
intuito
editora
HISTÓRIAS POSSÍVEIS
DA SAÚDE, DAS DOENÇAS
E DAS CIÊNCIAS
Saberes, Práticas e Acervos
DR. ÉDER MENDES DE PAULA
ME. RAICK DE JESUS SOUZA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Histórias possíveis da saúde, das doenças e das ciências [livro eletrônico] : saberes, práticas e acervos / organização Éder Mendes de Paula, Raick de Jesus Souza. -- 1. ed. -- Jataí, GO : Editora Intuito, 2024.
PDF

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-981154-4-9

1. Ciências da saúde 2. Doenças e história 3. Doenças - Aspectos sociais 4. Doenças - Causas 5. Epidemias - História 6. Saúde pública 7. Saúde - Pesquisa I. Paula, Éder Mendes de. II. Souza, Raick de Jesus.

24-207623 CDD-614.49

Índices para catálogo sistemático:

1. Doenças : Saúde pública : Ciências médicas 614.49

Aline Graziele Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem autorização prévia da Editora IntuitoI por qualquer processo, meio ou forma, especialmente por sistemas gráficos (impressão), fonográficos, microfílmicos, fotográficos, videográficos, reprográficos, entre outros. A violação dos direitos autorais é passível de punição como crime (art. 184 e parágrafos doCódigo Penal) com pena de multa e prisão, busca e apreensão e indenizações diversas (arts. 101 a 110 da Lei 9.610 de 19.02.1998, Lei dos Direitos Autorais).

1.a Edição - *Copyright*© 2023 dos autores
Direitos de Edição Reservados à Editora Intuito.

O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do autor. As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referencial bibliográfico são prerrogativas do autor.

Editor-Chefe Éder Mender
Revisão O autor
Diagramação Graziano Magalhães
Conselho Científico Drª. Ana Karine Martins Garcia – Coordenadora GRU
PO DE ESTUDO E PESQUISA da HISTÓRIA DAS
PRÁTICAS DA SAÚDE E DAS DOENÇAS
vinculado ao CNPq
Drª. Clarissa Adjuto Ulhôa – Universidade Federal de Jataí
Drª. Cristina Helou Gomide – Universidade Federal de Goiás
Dr. Elias Manuel Silva Mota – Universidade de Rio Verde
Dr. José Fábio da Silva -
Dr. Marcos Antônio Menezes – Universidade Federal de Jataí
Drª Marina Silva Gregório – Universidade Federal do Tocantins
Dr. Murilo Borges Silva – Universidade Federal de Jataí
Me. Murillo Oliveira Soares – Rede Sesi/Senai de Ensino
Drª. Nathália de Freitas – Rede Privada de Ensino de Goiânia
Drª. Renata Cristina de Sousa Nascimento – Universidade Federal de Jataí/
Universidade Estadual de Goiás/ Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Drª Sandra Nara Novais – Universidade Federal de Jataí
Drª. Tatiana Franco Rodrigues Zanirato – Universidade Federal de Jataí



SUMÁRIO

PREFÁCIO.....8

PARTE I – HISTÓRIA E DOENÇAS.....11

"A CRUZADA PELA INFÂNCIA": O COMBATE À MORTALIDADE INFANTIL EM FORTALEZA E UM MODELO INSTITUCIONALIZADO DE ASSISTÊNCIA (1877-1913) 12

Thiago Alves da Silva

A TUBERCULOSE E OS OPERÁRIOS TÊXTEIS DE FORTALEZA: CONDIÇÕES DE TRABALHO E ASPECTOS COTIDIANOS (1933 - 1955) 58

José Cleudon de Oliveira Neto

A PARÁBOLA DOS CEGOS: AS OFTALMIAS NO CEARÁ DURANTE A SEGUNDA METADE DO SÉCULO XIX E OS DIFERENTES SABERES DE CURA. 91

Pablo Victor Santiago Lima

PANDEMIA DE COVID-19 E O ENSINO REMOTO EMERGENCIAL: UMA ANÁLISE DE DESIGUALDADES 129

Emilly Cristhiny Silvino Teles
Eliza da Silva Vianna

PARTE II- HISTÓRIA E LOUCURA.....162

ENTRE FLUÍDOS E CHOQUES: EMBATES E CONCILIAÇÕES EM TORNO DA ASSISTÊNCIA À DOENÇA MENTAL EM JATAÍ 164

João Vitor Leal Lobato
Éder Mendes de Paula

POR MOTIVO DA HONRA: LOUCURA, FEMINICÍDIO E JUSTIÇA PENAL NA PRIMEIRA REPÚBLICA (BAHIA, 1914) 202

Patrick Moraes Sepúlveda

O LOUCO E DEGENERADO: "A ALTERIDADE DO HUMANO" 233

Ricardo Alexandre S. de Sousa 232

PARTE III- HISTÓRIAS DA SAÚDE E DOS SABERES.....266

DECOLONIZAÇÃO DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO BRASILEIRO: TENSÕES, CONFLITOS E INTERESSES LOCAIS.....267

Ricardo dos Santos Batista

JORNAIS, INSTITUIÇÕES MÉDICAS E ATORES CONTRA O ALCOOLISMO NO BRASIL (1870-1909).....300

Raick de Jesus Souza
Luci Mara Bertoni

A "RECUPERAÇÃO" DOS SERTÕES GOIANOS NA REVISTA ARQUIVOS DE SAÚDE PÚBLICA (1951-1954) 336

José Antônio Alves Mendes
Éder Mendes de Paula

A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA EM FLORIANO A PARTIR DA POLÍTICA INTERVENTORA DO PIAUÍ (1930-1945) 396

Rakell Milena Osório Silva
Joseanne Zingleara Soares Marinho

A MEDICINA PREVENTIVA E A PRÁTICA MÉDICA NA REVISTA SAÚDE EM DEBATE (1980).....434

Amanda Silva Leão
Murillo Oliveira Soares

OS SABERES POPULARES SOBRE PRODUTOS NATURAIS E O PAPEL DOS COMERCIANTES NA PROMOÇÃO DA MELHORIA DA SAÚDE.....466

Priscilla Rosa Azevedo
Jorge García Marín

O DISCURSO EUGÊNICO E SUAS SINGULARIDADES NA EDUCAÇÃO GOIANA: REPRESENTAÇÕES E SENTIDOS ATRAVÉS DA REVISTA DE EDUCAÇÃO (1937-1946) 494

Pedro Henrique de Melo Silva
Éder Mendes de Paula

ACERVO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE DIAMANTINA E SEU POTENCIAL PARA HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS E DA SAÚDE.....559

Keila A. CarvalhoRamon Feliphe Souza

PESQUISA EM HISTÓRIA DA SAÚDE E DAS DOENÇAS: O FUNDO DELEGACIA ESPECIAL DE POLÍCIA DE GOYAZ DO ARQUIVO DO MUSEU DAS BANDEIRAS.....578

Rildo Bento de Souza

Prefácio

O campo da História da saúde, das doenças e das ciências assistiu a um aumento de interesse nos últimos anos, também pelo processo trágico que se abateu sobre a humanidade em 2019 com a pandemia da COVID. Naquele momento, muitos descobriram que as doenças têm História e, consequentemente, a saúde e todo o aparato técnico e teórico que envolvem as ciências que lhe dão conta, também possuem historicidade.

A historicização dos processos que atravessam a questão da saúde e da doença atinge diferentes agentes e possibilidades no circuito acadêmico, surgem campos específicos como a história da saúde pública, história da medicina, história da farmacologia e outros, que são evidência da elasticidade conceitual e política que o campo possuí. Tendo a interdisciplinaridade como um dos motores analíti-

cos que guiam o campo, os produtos que tem surgido atingem conhecimentos, práticas, sujeitos, instituições e exploram os aspectos interseccionais inerentes às disciplinas das ciências humanas e socias.

Explorar as diferentes segmentações e suas convergências se torna um exercício fundamental para a compreensão e sofisticação teórico-metodológico do campo, os conceitos, objetos e concepções encontram nesta produção um ambiente de segmentação e contato, onde os leitores poderão atingir um panorama importante na mobilização de sentido de saúde e doença no "presente historiográfico" e no "passado histórico", nas categorias de Michel de Certeau (2011).

Ainda mais, como meio de compreender os diversos processos naturais e artificiais que resultam em enfermidade ou na busca por um estado saudável (re)equilibrado, encontra-se as "categorias que estruturam nosso pensamento, que modelam nossa concepção da argumentação e da prova, que organizam nossas práticas, que validam nossas formas de explicação e que dotam cada uma dessas atividades de um significado simbólico e de um valor afetivo" (Lorraine Daston, 2017, p. 71) na forma de saber científico, e tomando este fator como objeto aliado à tecnologia e sociedade que surge campos como a História das Ciências, com conexões com a pesquisa histórica sobre saúde.

Assim, percebemos uma crescente de temáticas, problematizações, fontes, descobertas de acervos, diálogos inter e transdisciplinares que auxiliaram na robustez das pesquisas e das trocas entre pesquisadoras e pesquisadores de diversas partes do país. Pensando a partir dessa ideia de fortalecer as redes entre diferentes regiões, a proposta do presente livro foi ampla, na perspectiva de receber con-

tribuições a partir das pesquisas de diversos colegas em diferentes instituições, pela busca de relações e múltiplas faces dos processos históricos, das variadas escalas geográficas e temporais dos fenômenos sociais, econômicos e culturais.

Neste sentido, o intitulamos Saberes, Práticas e Acervos: Histórias Possíveis da Saúde, das Doenças e das Ciências. Os textos recebidos, para além da grande qualidade, demonstravam uma imensa variedade de abordagens que se interessam pela historicidade dos saberes, das ciências, das práticas médicas ou de cura e também de acervos que possuem potencial para serem explorados nessas diferentes temáticas.

O livro foi dividido em 04 partes, I- História e Doenças, II- História e Loucura, III- Histórias da Saúde e dos Saberes e IV- Acervos e suas Potencialidades para História da Saúde, das Doenças e das Ciências. Em cada um dos segmentos temos pesquisadoras e pesquisadores de diferentes regiões do país, alcançando o objetivo de trazer em uma mesma obra diferentes reflexões sobre os temas. Esperamos conseguir ampliar os debates e possibilitar o diálogo com os leitores, a partir da elaboração de novas problematizações que podem se originar a partir da consulta dos textos presentes na obra.

Desejamos a todas e todos, excelentes elucubrações.

Prof. Dr. Éder Mendes de Paula – UFJ
Mestrando João Vitor Leal Lobato – UNB

Parte I – História e Doenças

"A CRUZADA PELA INFÂNCIA": O COMBATE À MORTALIDADE INFANTIL EM FORTALEZA E UM MODELO INSTITUCIONALIZADO DE ASSISTÊNCIA (1877-1913)

Thiago Alves da Silva[1]

INTRODUÇÃO

Ao longo de sua história, a Província do Ceará foi atingida diversas vezes por grandes catástrofes, como secas e epidemias, que tinham como consequência direta a fome, as mortes e o deslocamento populacional que provocavam sofrimento e dor à grande parte da população. Tais desastres, que tanto assolavam a região, desencadeavam ondas de migração de indivíduos oriundos das mais diversas localidades da província em busca de auxílio, fosse por parte daqueles mais abastados ou por parte do poder público.

Sendo assim, este capítulo tem a intenção de refletir sobre a relação das calamidades climatéricas e das epidemias com os índices

1 Mestrando em História, Culturas e Espacialidades pelo Programa de Pós Graduação em História da Universidade Estadual do Ceará (PPGHCE-UECE). Graduado em Licenciatura em História pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em História da Saúde e das Doenças Nise da Silveira da Universidade Federal de Jataí (GEPHS/UFJ), vinculado ao CNPq.

de mortalidade infantil no Ceará do início do século XX; bem como as políticas de proteção à infância adotadas nacionalmente, e seus reflexos no Estado entre os anos de 1877 a 1913. Consistirá, ainda, em uma análise de como esses dados se relacionam com os temas de saúde pública, medidas profiláticas e ações caritativas.

Desse modo, fazem parte da análise as nuances que cercam a mudança acentuada no panorama referente ao obituário do Estado, levando em conta o caráter grave no qual as moléstias acometiam os habitantes das cidades. Varíola, cólera, febres de fundo paludoso (impaludismo), influenza, sarampo e as gastroenterites, vinham rodear de maneira lastimável um povo, em sua maioria, vivendo em situação de profunda miséria. Essa miséria, atrelada à péssima qualidade da água no período, foi um grande fator de disseminação de doenças, e tais males faziam parte, principalmente, do cotidiano de famílias com crianças, tendo em vista fraqueza imunológica destas. Assim, os problemas relacionados às moléstias estavam intrinsecamente ligados ou agravavam-se com a situação do clima e das periódicas secas. Tendo uma população interiorana, em sua maioria identificada com sinais de miséria aliados a um Estado que não ofertava um sistema de saúde adequado, davam forma a um ambiente propício para o alastramento da situação enferma, sem uma previsão de melhora.

Nesse contexto, se estabelecia um cenário sombrio para crianças carentes, tanto as da capital quanto as advindas do interior. A partir disso, procuro compreender os mecanismos criados para o combate aos altos índices de mortalidade infantil, e como essas crianças foram sendo tratadas pelo Estado e pela assistência pública,

tendo por base o cuidado e a higiene a elas dedicados.

A exemplo do que ocorreu nos grandes centros, especialmente no Rio de Janeiro, a caridade foi a primeira alternativa no trato com a infância desvalida no Ceará, seguida pela adoção de práticas filantrópicas. Na esteira desse processo, surgiu o IPAI (Instituto de Proteção e Assistência à Infância) no Ceará, fortemente inspirado no trabalho de Moncorvo Filho no Rio de Janeiro, e a ação do médico Abdenago da Rocha Lima, dando origem a algumas políticas que visavam a controlar o problema das doenças das crianças e o abandono infantil, além de lançar um novo olhar sobre a infância cearense.

Palavras-Chave: ***Mortalidade infantil; Assistência; Instituição.***

A PENÚRIA DA SECA: COMPOSIÇÃO SOCIAL, MIGRAÇÕES E JORNADAS NO CEARÁ (1877-1913)

No que se refere ao cenário econômico cearense, na virada do século XIX para o XX, este se caracterizava pela liderança que Fortaleza assumia em relação aos outros municípios, principalmente em relação à Aracati2, por consequência do declínio do ciclo da pecuária no fim do século. Fortaleza, então, experimentava uma nova perspectiva com a ascensão do comércio algodoeiro3 cearense – devido à interrupção da produção americana pela Guerra Civil –, que proporcionava-lhe alcançar um posto de maior importância. Resultado da relação estabelecida do comércio algodoeiro, principalmente, com os Estados Unidos, a demanda fez o crescimento da exportação não só dinamizar a economia cearense, mas contribuir também para tornar Fortaleza o principal entreposto comercial do Estado. Assim, a partir da segunda metade do século XIX, Fortaleza se consolidava como a capital econômica e social da então província.

A composição social e urbana de Fortaleza ia se tornando cada vez mais variada. De profissionais liberais, políticos e comerciantes, a cidade passava a encarar uma onda migratória advinda dos locais mais variados do Estado, fazendo evocar uma figura bastante recorrente na história da cidade, os retirantes, que chegavam de forma massiva no perímetro urbano. Por se caracterizar como uma migração, devemos ter em mente que um indivíduo não sai do conforto e comodidade do seu lar e vai em direção ao desconhecido,

2 Antes o centro comercial do Estado, em virtude do comércio de Charque que foi decisivo para a vida econômica do Ceará entre os séculos XVIII e XIX.

3 Até então, a cotonicultura era uma atividade secundária, praticada paralelamente à pecuária.

assolado pela cruel incerteza do seu destino, senão movido ou por vontade própria ou por ser forçado por condicionantes climáticos, aparecimento de enfermidades, decisões políticas ou econômicas. Esse segundo fator se caracterizou como ponto central das ondas migratórias vindas do interior. Esta onda trazia consigo mulheres, homens e crianças das mais variadas idades e condições de saúde, constituindo um importante ponto de análise para este trabalho.

Entender a questão sanitária de Fortaleza, suas reformas urbanas e a construção de um sistema de saúde, é entender também a importância que essa onda migratória representou para a condição da infância desvalida, tendo em vista que esses êxodos rurais de populações flageladas tornaram o "problema da infância" em Fortaleza ainda mais complexo (LIMA, 1938, p. 16).

O Presidente do Estado do Ceará, Antônio Pinto Nogueira Accioly, já em seus relatórios destinados à capital da Nação, demonstrava sua apreensão com as condições da nossa terra em relação ao que ele chamava de "ano climatérico". A calamitosa seca que habitava o estado impedia a expansão das propriedades e atrapalhava a nova ordem capitalista. Toda essa situação se caracterizava como uma explosão de realidade, uma cidade que conquistou o status de "mais importante", que estava passando por uma reformulação econômica e política, também se via em meio a um problema grandioso que envolvia, além dessas duas esferas, a social. Podemos perceber tal turbulência que a capital enfrentava, nas palavras do próprio Presidente do Estado do Ceará:

> A secca accentua-se de modo irrecusavel. A falta de chuvas é geral em todos os municipios.

> Quase exgoltados os restos das pastagens do ultimo inverno, os gados começam a morrer de inanição. É difficil o transito dos animaes por carencia de agua na maior parte das estradas. Chegam incessantes caravas de retirantes a esta capital e mais pontos servidos pela Estrada de Ferro de Baturité. Não dispomos de recursos para enfrentar a crise que desponta pavorosa; e as mesmas rendas normaes diminuirão por effeito d'ella. A lei nº 499 de 28 de Outubro de 1898 autoris ou contrahir um emprestimo de quatro mil contos de reis - moeda brasileira - para accudir a crise d'aquella epoca, com juros não excedentes de 7% ao anno e amo [trecho ilegível] de 25 a 30 annos, sob garantia de qualquer ramo da receita estadoal. Urge promover ahi a execução d'essa lei, que sendo necessario, será repetida pela Assembléa Legislativa, prestes a reunir-se. Fracassando essa tentativa, será chegada a occasião das providencias garantidas pelo art. 5º da Constituição da Republica. É absoluta a necessidade de facilitar transportes para a franca emigração. (MENSAGEM, 1900, p. 18).

As consequências da seca logo se tornaram visíveis, e o cenário era de completo desespero. No ano seguinte, assumiu a Presidência do Estado o médico Pedro Augusto Borges, que logo em seu primeiro relatório, já deixou claro que estava ciente da árdua tarefa de representar o Ceará, dada a situação precária na qual este se encontrava. Logo então, Pedro Augusto se viu fadado a enviar um telegrama ao Sr. Presidente da República apresentando a real situação em que vivia o Estado do Ceará, um pedido literal de socorro.

O Presidente da República solicitou que o governo federal

fosse informado, circunstanciadamente, sobre as condições verdadeiras do Estado, o curso da calamidade, sua intensidade e efeitos. Uma vez que estes fatores estivessem devidamente esclarecidos, resolveria, com o poder público da União, sobre as providências que deveriam ser tomadas, no intuito de ser satisfeita a disposição formal do art. 5º da Constituição4.

Pedro Augusto Borges passou, então, a formular um plano de assistência pública organizado para obtenção de resultados no "presente e no futuro". Medidas definitivas (apoiadas nas opiniões de engenheiros, imprensa e grêmios científicos, nos debates no parlamento e na administração pública) que objetivavam neutralizar os efeitos da calamidade: expansão da estrada de ferro de Baturité, construção de açudes, a construção do grande reservatório Boqueirão de Lavras como medidas contra a seca. Em seu ponto de vista, o maior erro cometido pelos governos anteriores, ao se depararem com a seca, foi não terem adotado planos de serviços estáveis, que portassem começo, meio e fim, com verbas anuais para o custeio até completar-se o que se desejava (MENSAGEM, 1901, p. 27). Nesse sentido, era imprescindível o auxílio da União, e era isso que o Presidente do Estado buscava.

Na tabela 1, apresentamos, em números, a prestação de assistência na virada do século XX. Nela, verificamos a vasta quantidade de desvalidos à espera de uma assistência do Estado, e que parte da população foi assistida pelos sistemas de combate à calamidade.

4 Art. 5º -Incumbe a cada Estado prover, a expensas próprias, as necessidades de seu Governo e administração; a União, porém, prestará socorros ao Estado que, em caso de calamidade pública, os solicitar.

Tabela 1 – Quantidade de desvalidos amparados pelos socorros do governo federal

Ano	População total	Pessoas a serem socorridas	Os amparados	Os NÃO amparados
1900	**935.022**	**311.674(100%)**	**289.498(92,7%)**	**24.112(7,3%)**

Fonte: MENSAGEM, 1901, p. 43-44.

Em virtude da calamidade ocorrida, foi registrada uma elevação no número de obituários por moléstias de caráter grave, como varíola, febre paludosa, influenza, sarampo, gastroenterite. Esta última atingia uma grande cifra mortuária entre as crianças, apresentando 108 óbitos de um total de 347[5], em virtude do quadro vulnerável a que muitos indivíduos estavam expostos pela ausência de alimentação adequada. A alimentação destes, em suma, era de gêneros deteriorados ou de má qualidade, o que agravou o quadro. As epidemias andavam de mãos dadas com a fome e a miséria, ceifando vidas. Eram necessárias medidas como um sistema de esgoto e fornecimento de água potável para sanar várias dessas moléstias, e a criação de um laboratório para análises dos gêneros alimentícios, o que ainda não havia sido feito[6].

A alta cifra mortuária foi percebida e analisada por Barão de Studart, em artigo publicado na revista Norte Médico, no ano de 1913, intitulado: "Sobre o obituário infantil em Fortaleza", onde profere:

5 MENSAGEM, 1901, p. 60.
6 Idem, p. 60.

> Estou, porém, a demorar-me sobre cousas muito do conhecimento dos collegas presentes, mas essas minhas considerações visaram ao fim de juntamente com ellas submetter à sua observação o Quadro da Mortalidade em Fortaleza desde 1883 pelo qual ficará patente quão exaggerada é a cifra de obitos fornecidos pela primeira infancia e quanto esforço demandará à classe medica Fortalesisense pôr um paradeiro ou ao menos limitar a influencia da causa principal de perdas tamanhas. [...] Estudada a mortalidade de 1912 temos os seguintes dados: Mortalidade de parvulos (864 em relação ao total de obitos (1.759) 49,170%: mortalidade de parvulos de 0 a 1 anno (640) em relação ao total de obitos (864) 74,7%, idem de 1 a 2 annos (109) 12,6%. Isso é para entristecer, isso requer a adopção das mais serias medidas (STUDART, 1913, p. 21-22).

Fica perceptível, não só na fala de Barão de Studart, que esse índice mortuário era volumoso e incomodava as autoridades, por fazerem do Ceará um Estado atrasado em sua modernização perante os outros. Se, para as autoridades, esse número era negativo, para as famílias que conviviam com o fantasma dessas moléstias rondando suas crianças, tal situação era algo bem mais pavoroso.

O contingente de retirantes com destino à capital era imenso, modificando o estado sanitário da localidade. Com esse cenário e com as fontes do período, é possível dizer que os governantes do Estado do Ceará, nesse período, mantinham minimamente olhares voltados para as questões da saúde pública. Como exemplo, o governo Acciolino, em que pese a documentação oficial, parecia

buscar ações que pudessem minimizar os efeitos das calamidades, estabilizando os índices dos obituários, para mostrar uma preocupação em melhorar a qualidade das águas, posto que a insalubridade desta era um agente fatal. No entanto, relatava que ainda não havia chegado a vez de termos, pelo menos em vias de execução, serviços de abastecimento de água potável e da remoção de materiais fecais nesta capital[7].

> Do ponto de vista sanitário muito deveria ser feito. O subsolo, que guardava o manancial de água potável, era o depósito fecal da população, não havia água canalizada nem esgotos, a superfície do solo era repleta de materiais orgânicos em decomposição (nas ruas e nos quintais) e de depósitos entre as habitações provenientes das fábricas de sabão, de couros salgados e da borracha de maniçoba. (GADELHA, 2012, p. 141).

Foi nesse processo de seca, alastramento de doenças e advento das tecnologias em âmbito mundial que a organização sanitária do Ceará começou a engatinhar no sentido da construção de um saber que garantisse, ao estado, a saúde daquela massa de possíveis trabalhadores do sistema. Essa organização, mantida pela administração pública, foi tema dos profissionais da saúde desde o final do século XIX. O pioneirismo da proposta por uma organização do Serviço Sanitário do Estado acabou ocorrendo apenas em 1894, liderado pelo Dr. João Marinho de Andrade, formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e que viria a ser fundador do Centro Médico Cearense (CMC) em 1913.

7 MENSAGEM, 1900, p. 14.

> Este médico desde cedo teve contato com a medicina por meio de seu pai, Dr. Manoel Marinho Lopes de Andrade, também formado pela FMRJ, e que "durante o curso exerceu a função de interno do Serviço do Professor Miguel Couto, na Santa Casa de Misericórdia e de auxiliar de Higiene Municipal, no serviço de profilaxia de febre amarela, sob a sábia orientação do Dr. Oswaldo Cruz" (SALES: Anais, ano I- n. 1, pp. 85) e do seu avô, o farmacêutico Alfredo Marinho de Andrade. Sob a égide de seus familiares, foi médico atuante no que se refere aos "modernos" mecanismos da medicina e da organização estrutural de postos de trabalho. Segundo o Dr. João Marinho de Andrade, o Ceará necessitava de uma estrutura organizacional, com equipamentos e pessoas qualificadas para desenvolver pesquisas sobre as enfermidades. (GADELHA, 2012, p. 135).

O conceito de higiene era utilizado como, além de tudo, um instrumento de planejamento urbano e, no Ceará, aparecia como uma medida de reajuste social das camadas populares. Podemos verificar essa preocupação na capital cearense, ligada às mudanças que ocorriam no âmbito econômico.

> Nas primeiras décadas do século XX, o conjunto de reformas se intensificou na capital. O advento da República e, logo a seguir, a chegada do novo século reforçaram ainda mais os anseios por alinhar o Brasil à modernidade, o que significava a instauração efetiva de uma reordenação político-institucional que redimisse o país do "atraso" e "provincianismo" que lhe teria sido imposto pelo regime monárquico ao longo de quase todo o século XIX. (PONTE, 2014, p. 20).

Um novo ritmo tomava conta da capital cearense, caracterizado pelo desenvolvimentismo, mas também pelas ondas de migrantes e pelo aumento de moléstias, resultando em um quadro que não agradava nem um pouco a classe abastada cearense.

> A chegada de um grupo de retirantes a uma cidade era [...] um momento de preocupação, pois, junto a ele, um conjunto de outros problemas iriam abalar o cotidiano dos moradores: criminalidade, mendicância, prostituição, doenças ... A seca passou a ser um problema que afeta diretamente a população urbana e, mais do que isso, a coloca junto aos setores sociais que mais sofrem seus efeitos (NEVES, 2000, p. 30).

Drásticas mudanças no corpo estrutural que compunha as ruas de Fortaleza podiam ser percebidas. Uma consequência clara da migração foi o inchaço populacional na cidade. Todo aquele aglomerado de pessoas tornava propícia a disseminação de doenças, e prejudicava o processo de embelezamento e aformoseamento requerido pela elite, que visava a uma construção de uma nova ordem urbana. É importante ressaltar que Fortaleza não possuía as dimensões econômicas, sociais, industriais e populacionais apresentadas por outras cidades, então núcleos portadores de intensos fluxos urbanos e tensões sociais capazes de fazer vingar um denso movimento remodelador (PONTE, 2014, p. 18).

Dessa forma, o sistema sanitário fortalezense era deveras precário. Até o final do século XIX, a medicina no Ceará era incipiente e limitada, cabendo à Câmara Municipal a responsabilidade pela saúde pública. O cenário se constituía por

apresentar um sistema Republicano que herdou do Império uma estrutura de saúde totalmente deficiente, na qual a atuação do poder público era praticamente inexistente (BARBOSA, 1994, p. 62). Era responsabilidade de instituições caritativas, principalmente as Santas Casas, a assistência médica nas cidades, onde o papel do Estado era de caráter complementar e secundário. As condições gerais de higiene da capital cearense eram assustadoras, sendo imprescindível muito cuidado ao transitar por alguns locais conhecidos por reunir uma considerável quantidade de pessoas na capital, como o matadouro e as feiras. Tal situação foi demonstrada, também, a partir do trecho a seguir, disposto pelo Dr. Castro Ferreira, representante oficial do governo no departamento da administração pública em meados do século XX.

> Cabiam-lhe, a esse digno funccionario, no desempenho dos cargos de medico da pobreza e proador da saúde do porto, as attribuições que são hoje commettidas ao inspector de hygiene, e elle as desempenhava concitando os poderes publicos a tomarem as medidas, que lhe pareciam de maior urgencia. O matadouro do açougue, dizia, comquanto esteja em bom local, deve,todavia, ser mudado para o lado opposto do curral, pois que, o lugar onde se faz a matança, já está muito impregnado de sangue e outras materias em putrefação; cumpre que sejão enterrados todos os restos de fato e mais pertences etc. A feira é um foco, que só aprecia quem lá vai. É preciso ter o maior cuidado nos misteres de nossa alimentação; seria de grande conveniencia proceder-se a uma inspecção sanitaria em todos os quartos e tabernas, e nós estamos promptos para isso; há poucos dias passamos por uma taberna de dentro da

> qual sahia um cheiro insuportavel. Cumpre não consentir no centro da cidade salgadeiras de couro, como existe uma por traz da rua dos quarteis; as nossas ruas, comquanto largas, espaçosas e bem arejadas, precisão, todavia, dos cuidados dos fiscaes da camara, afim que não ajuntem immundicies; não ha muito tempo, que presenciamos em uma de suas mais frequentadas ruas um grande caxorro que entrou em putrefação e consumiu-se, sem que ninguem o tirasse; tenha-se cuidado para que não empocem as aguas da chuva; grande cuidado reclamão as aguas estagnadas nos quintaes da rua de Baixo (ABREU, 1928, p. 36-37).

Ainda segundo Gadelha (2012, p. 28), o objetivo era combater as doenças e as epidemias reinantes e "higienizar" a população, tarefas assumidas pelos profissionais da saúde. Isso possibilitou que estes se destacassem socialmente, e tivessem consciência de si como grupo profissional, procurando redefinir o seu papel na sociedade e, assim, garantir o controle das doenças para o desenvolvimento. Nesse período, alguns nomes destacavam-se no combate a essas moléstias no território cearense, dentre eles o filho de Marcos José Theóphilo, Rodolpho Theóphilo (1853 – 1932), um importante farmacêutico cearense que trabalhou no desenvolvimento, na produção e na disseminação da vacina antivariólica, confeccionada em sua casa. Em 1901, iniciou seu trabalho de porta em porta e, no período de dois anos de trabalho, conseguiu praticamente extinguir a varíola no Estado.

> Enquanto na capital da República, com todo o apoio financeiro e a força do governo federal, a varíola provocava grande mortandade, no

> Ceará, não existia nenhum caso da doença. Isto na vigência de um governo oligárquico, que nenhuma atenção dava à saúde pública. Esta constatação é, no mínimo, surpreendente. O fracasso de Osvaldo Cruz no controle da varíola, diante do retumbante sucesso de um simples farmacêutico, sem recursos financeiros e lutando contra o poder público em um dos mais pobres estados do país, faz questionar sobre a justeza e eficácia de uma prática sanitária autoritária e antidemocrática que se desenvolveu no Brasil no início deste século. (BARBOSA, 1994, p. 73).

Os problemas urbanos de saúde, para os médicos, se destacavam em duas linhas: poluições do ar e da água, que, vinculados à chamada "irracionalidade urbana" – esse modo precário de se viver –, era o agravante das elevadas taxas do obituário, sobretudo a infantil. O Dr. Aurélio de Lavor, em seu artigo na revista Norte Médico, em 1913, intitulado "Epidemias no Ceará", demonstra bem a relação do sertanejo advindo do campo que se depara com a urbanização de Fortaleza e a sua defasagem em assistência à saúde.

> Sabe-se entretanto que taes epidemias tiveram phases de [trecho ilegível] e, em epocas mais proximas de nós, se apresentam por infecção exógena e em maior escala, em consequencia do augmento da população e completa ausencia das boas normas de prophyllaxia, que sam a melhor conquista do nosso tempo. [...] As reses mortas à fome apodreciam à beira dos rios onde se fasiam aguadas nas quaes o gado bebia a morte em cada gôlo d'agua. A mesma penuria, a mesma miseria e talvez as mesmas infecções anullavam as resistências organicas no

> homem e nos animais. [...] As familias sertanejas refugiaram-se então nas cidades do litoral e principalmente em Fortaleza, cuja população [trecho ilegível] inopinadamente pelo advento de cem mil retirantes, attingiu o maximo de densidade concebivel em nosso meio e vejo a soffrer todos os aggravos da promiscuidade na [trecho ilegível] (LAVOR, 1913, p. 8).

A insalubridade da água era outro fator crucial à mortalidade infantil. Poços caseiros e chafarizes que passavam por toda a cidade eram locais de contaminação. Visto a situação de isolamento que esses migrantes vivenciam diariamente, esses locais eram os seus grandes abastecedores. Locais caracterizados por sujeira e pela má manutenção, onde os animais também usavam para suas necessidades. As águas desses lugares eram utilizadas para os mais diversos fins: lavar roupas, cozinhar migalhas de comida, banho e uso oral, o resultado era a infecção de milhares de pessoas. Por apresentarem um sistema imunológico e digestivo mais frágil, as crianças eram as principais vítimas da mortandade decorrida dessas águas. Essa compreensão do quanto a qualidade da água era prejudicial à saúde já era observada antes mesmo da virada do século, como podemos ver em mais um relato:

> E já que tratamos destas aguas, não podemos deixar de lançarmos as vistas para um intitulado açude do Pajehú, onde se pretendeu fazer deposito d'agua para um chafariz de inverno. O que se pode esperar de um charco, onde se acha uma porção não pequena d'agua empoçada, e onde a lavagem de roupa e animaes se acha unido substancias vegetaes e animaes em putrefação, senão um verdadeiro foco de emanações

> deleterias, senão males que só serão apreciados, quando produzirem os seus estragos? Porém, com isto nem por pensamento ventilamos a idéa de sua destruição, unicamente offerecemos este nosso pensamento ao futuro, o Ceará desse tempo fará justiça. [...] As nossas fontes devem ser cuidadosamente vigiadas, afim de que aquelles que tomãoagoa, o fação com o asseio que requer esta parte tão importante de nossa alimentação (ABREU, 1928, p. 37-38).

No entanto, a população cearense se mostrava incompatível com essas drásticas e rápidas mudanças implementadas pelos agentes governamentais, uma vez que a preocupação com a higiene não era algo do cotidiano da maioria dessas pessoas, as quais estavam mais preocupadas em sobreviver dia após dia. O medo recorrente era das moléstias como febre amarela e varíola, mas não existia um contato direto dessa massa com os modos de prevenção. Logo, as medidas impostas pelo governo, de maneira abrupta, não eram cumpridas pelos habitantes da cidade em geral, muito menos pelos desvalidos. Insalubridade, abandono e má alimentação acabaram por serem fatores fundamentais que incidiam nas altas taxas de mortalidade infantil do período, e que estavam imbricados no dia a dia de um ambiente de pobreza como o visto na época. Notadamente, esses fatores influenciavam diretamente nas taxas, em como se deu a denúncia e, principalmente, no combate de práticas que colocavam em risco a vida das crianças.

MOLÉSTIAS E O OBITUÁRIO INFANTIL EM FORTALEZA NO INÍCIO DO SÉCULO XX

Visivelmente, as epidemias e secas apresentam-se na história cearense como um fator central para o esvaziamento populacional interiorano. Tal locomoção é acompanhada de perto pelas altas cifras mortuárias, principalmente no que se relaciona às crianças. No que se refere às doenças pelo nosso Estado, as principais, evidenciadas nos registros e fontes utilizadas neste trabalho, são: impaludismo, febre amarela, peste bubônica, difterias, varíola, bouba, helmintoses, tracoma, sífilis, tuberculose, febre tifóide e doença de chagas. Quando respiratórias, essas moléstias levavam consigo os altos números referentes ao índice de mortalidade no Ceará, e mobilizavam, constantemente, discussões políticas e debates científicos, nos quais a pauta principal era barrar o avanço destas enfermidades.

As doenças que se manifestaram com maior frequência e gravidade no Ceará, durante a primeira metade do século XX, foram temas correntes dos profissionais da saúde do Centro Médico Cearense (CMC), o que exigia deles atenção e orientação à população sobre os cuidados para a obtenção da boa saúde. Os médicos do CMC publicavam na revista Ceará Médico, que editavam com frequência, modos de compartilhar suas pesquisas científicas sobre as doenças que assolavam o Ceará, e a promoção de atividades que os aproximassem da população.

A revista era o palco de debate e compartilhamento de informações de um estado que sofria com os períodos de epidemias e que não tinha uma ideia coesa de higiene. Assim, a Norte Médico – posteriormente "Ceará Médico" – foi o periódico responsável por disseminar os cuidados com a higiene, os casos de enfermidade e, até mesmo, de propaganda. A preocupação com a cifra mortuária do estado logo é colocada em voga com tabelas, quadros e artigos que demonstram doenças que acometem o povo cearense de forma fatal. As crianças aparecem, em seguida, como o grupo mais acometido por essas moléstias, como podemos observar na tabela a seguir.

Tabela 2 – Mortalidade em Fortaleza quanto ao Sexo e à Idade (1883-1912)

Anos	Homens	Mulheres	Adultos	Párvulos	Total
1883	496	479	499	476	975
1884	557	485	530	512	1.042
1885	544	486	502	528	1.030
1886	527	415	492	450	942
1887	482	439	497	424	921
1888	757	725	620	862	1.482
1889	1291	1.211	814	1.688	2.502
1890	658	674	700	632	1.332
1891	706	679	669	716	1.385
1892	1.010	864	832	1.042	1.874
1893	710	605	525	790	1.315
1894	821	645	750	716	1.466

1895	**746**	**794**	**820**	**720**	**1.540**
1896	**844**	**713**	**780**	**777**	**1.557**
1897	**883**	**860**	**763**	**980**	**1.743**
1898	**778**	**680**	**710**	**748**	**1.458**
1899	**1.059**	**878**	**885**	**1.052**	**1.937**
1900	**1.021**	**995**	**954**	**1.062**	**2.016**
1901	**677**	**671**	**773**	**575**	**1.348**
1902	**467**	**487**	**553**	**401**	**954**
1903	**427**	**618**	**595**	**450**	**1.045**
1904	**628**	**563**	**738**	**453**	**1.191**
1905	**848**	**817**	**772**	**893**	**1.665**
1906	**614**	**592**	**702**	**504**	**1.206**
1907	**628**	**593**	**712**	**509**	**1.221**
1908	**659**	**660**	**673**	**646**	**1.319**
1909	**665**	**545**	**689**	**521**	**1.210**
1910	**901**	**841**	**803**	**939**	**1.742**
1911	**848**	**752**	**901**	**699**	**1.600**
1912	**867**	**892**	**895**	**864**	**1.759**
Total	**22.119**	**20.658**	**21.148**	**21.629**	**42.777**

Fonte: STUDART, 1913, p. 21.

Fossem de cunho respiratório, verminoses, venéreas ou relacionadas ao aparelho digestivo, as moléstias infantis, nos mais variados casos, estavam ligadas à condição de saneamento da cidade e à ausência de cuidados básicos e de informações. Essa preocupação com o quadro da infância ficava perceptível nos debates médicos no

CMC, nos quais se observam vários artigos tratando da questão da saúde das crianças. Vejamos o excerto abaixo do médico Barão de Studart, em artigo para a revista Norte Médico:

> Já lá se vão muitos annos e o que eu via então de [trecho ilegível] e apavorador para a felicidade do lar e o futuro da Província continua o mesmo senão peior para os nossos fóros de povo adiantado, o appello feito às autoridadess e aos poderes publicos não echoou e menos foi ouvido, as memidas lembradas ou preconizadas foram postas de parte e desprezadas e o triste espetaculo que eu denunciava e para o qual pedia providencias, mantem-se hoje aos meus olhos qual era ha alguns quinquennios. É justo, é necessario clamar de novo em beneficio da infancia, o que é o mesmo que dizer do futuro do Ceará. Fazendo-o e quasi nos termos de outrora abro campo ao apparecimento de outros membros do Centro Medico não direi na arena da discussão, porque a verdade é tangível e insophismavel, mas no campo do apostolado. Estudando as estatisticas relativas ao tributo mortuario, que paga a população de Fortaleza, e à proporção em que para elle concorrem as primeiras edades, a impressão que resulta do confronto é desanimadora: ao Centro Medico fica bem abrir uma campanha, que o dignificará e o recommendará à gratidão publica. Estou habilitado a fornecer numeros para o estudo obituario a contar de trinta annos, anno por anno, e delles se concluirá facilmente quanto nos distanciamos da salubridade, que logram outras cidades, e das condições a desejar para aquella em que vivemos (STUDART, 1913, p. 19).

Para Studart, as cifras obituárias infantis no Ceará eram assombrosamente elevadas, em resultado somente da pouca civili-

zação e da negligência. O mesmo indica que não é culpa do salário nem da pobreza do país, nem que a organização do trabalho pode ser invocada para explicar o contingente de crianças que iam a óbito todos os meses. Os ditos "fatores estranhos", e as circunstâncias peculiares do Brasil, não estão ligados à situação mortuária infantil. Para este consagrado médico, uma das razões que dão ênfase à alta mortalidade infantil na época é a alimentação[8]. Essa temática vai ganhando espaço nos periódicos, com ênfase ao ano de 1913. Isso porque altas taxas mortuárias de crianças começaram a ser ligadas aos hábitos alimentares, principalmente ao leite materno. Vale destacar que, nesse período, era comum a amamentação ser realizada por uma pessoa que não era a mãe da criança. Isso passa a ser repudiado pela classe médica, dando início a diversas campanhas de valorização dessa ação, para que a mãe biológica amamentasse o filho por conta própria. Esse papel deveria ser exclusivamente materno, para que o "laço" não fosse quebrado, dando continuidade a uma suposta missão sagrada. Lembrando que a sociedade da época era marcada por fortes traços religiosos, os quais serviram de parâmetro para os médicos nessa jornada de combate ao obituário infantil. Sendo assim, o ato de amamentar o filho, e a higiene observada no cuidado com a alimentação das crianças, era pauta de destaque na busca por motivos que justificassem os altos índices de mortalidade infantil. Amamentar, na visão do médico, era fundamental para garantir que os bebês crescessem fortes e saudáveis.

No entanto, a situação econômica se apresentava como um fator de grande influência para toda gerência da causa infantil no Ceará. Fazendo um paralelo com a época referente à Revolução In-

8 STUDART, 1913, p. 19.

dustrial, Magalhães e Nazareno (2013, p. 505) colocam que houve alterações na alimentação infantil, na medida em que as mulheres camponesas, que amamentavam seus filhos e os filhos dos mais afortunados, se transferiram para as cidades em busca de melhores condições de vida e de trabalho. A introdução de alimentos alternativos ao leite materno coincide com o aumento das taxas nos índices de mortalidade infantil. Logo, trazendo para a realidade cearense, mães que vinham do interior para a cidade, fugindo das calamidades climatéricas, também eram condicionadas a expor seus filhos, por falta de condição de uma criação higiênica adequada.

Vale ressaltar que a preocupação com a organização sanitária, na primeira metade do século XX, era estendida também às regiões interioranas. Devido às constantes interações entre os sertanejos e a área urbana, seja de modo comercial com os produtos agrícolas ou os exodus dos retirantes fugidos das calamidades, essa área acaba adquirindo uma visibilidade relevante para o controle por parte dos poderes públicos. Para os desvalidos que chegavam a Fortaleza, tudo isso se caracterizava como novo e distante da sua realidade. Assim, percebemos que a pobreza e a desinformação se tornam fatores causais importantes quando nos debruçamos sobre a historiografia e fontes relacionadas a essa mortalidade infantil no início do século. Famílias pobres ou, quando não, desinformadas dos cuidados e das doenças que se alastravam pelas ruas, se tornam ponto central quando se analisa os documentos desses obituários.

Assim, inferimos que os maiores alvos das doenças, da pobreza, da enorme caminhada em direção à Fortaleza, da demora do Estado em propor alguma assistência em larga escala, da ausência de

empatia da elite fortalezense, foram as crianças. Estas compuseram a linha de frente das mortes na capital cearense, sendo acometidas por diversos tipos de doenças, facilitadas pela falta de higiene, de saneamento básico e de assistência do Estado. O primeiro modelo institucionalizado de organização para o trato com essa infância, na capital cearense, se deu através do IPAI/CE – Instituto de Proteção e Assistência Infantil do Ceará – no ano de 1913, instituição criada pelo Dr. Abdenago da Rocha Lima.

"O PROBLEMA DA INFÂNCIA" E O IPAI: UM MODELO INSTITUCIONALIZADO DE ASSISTÊNCIA

Antecedentes da criação da rede de assistência à infância no Brasil, a elite brasileira se fez bastante presente em momentos dedicados às ações caritativas e, posteriormente, às filantrópicas nos estados pelo Brasil. Tal participação exercia um papel na construção de uma imagem de homens bons, cultos, civilizados e misericordiosos, imbuídos de boa vontade, e que seriam, assim, acolhidos no recinto benevolente de sua religião. Rizzini (2011, p. 226) nos explica que, no período inicial do regime republicano, a assistência pública à infância foi qualificada por seus críticos como uma espécie de "caridade oficial".

Existe uma historiografia criticando esse novo modelo mais institucionalizado de assistência, se referindo a ele como sendo caracterizado pela dispersão, desorganização, duração efêmera e efeitos

inteiramente nulos. Para os pensadores que seguem essa noção, a assistência oficial durante esse período segue uma tradição ainda de práticas caritativas, constituindo-se a partir da criação de instituições do tipo internato, que objetivavam recolher e educar os "menores abandonados e viciosos". Disperso ou não, esse modelo de caridade oficial fez parte do processo referente aos modelos de assistência brasileiros e ajudou no debate científico na busca por melhoria desse sistema. Nós o compreendemos como uma etapa para se chegar a modelos mais eficientes no futuro.

Cuidar dos necessitados foi sempre uma estratégia discursiva – e com ações práticas, também, não se pode negar - exercida pela Igreja Católica, notadamente a partir da publicação da encíclica *Rerum Novarum*. Tal encíclica é entendida como causadora das motivações dos filantropos para a criação e manutenção das instituições voltadas à assistência de crianças e parturientes (SANGLARD, 2015, p. 134). Com a chegada do período republicano, e conseguinte do período filantrópico, marcado pela presença forte do estado no controle e na formação dos indivíduos que viriam a ser a classe trabalhadora, portanto no cuidado com a mão de obra de geração de lucros, é perceptível o surgimento de nomes importantes no que se refere à medicina e à saúde das crianças. Eram médicos filantropos, aparentemente preocupados, realmente, com o estado físico e mental daqueles indivíduos que viriam a se tornar a futura geração da nação.

O Rio de Janeiro, por ser a capital política da nação, estava inclusa em um vasto crescimento populacional, resultado de políticas de migração europeias com o intuito de desenvolver,

cada vez mais, o estado brasileiro, inserido nos moldes do processo capitalista civilizador. Este diz respeito a transformações as quais, desde meados do final da Idade Média, modificaram relações sociais e econômicas na Europa Ocidental, tendo como consequência a formação da sociedade burguesa dos séculos XIX e XX (ELIAS, 1994, p. 24). Este pensamento que se estabelecia no Brasil era ensejado pela classe abastada da sociedade, a dita elite. Foi naquele momento, então, que se iniciou uma série de reformas sociais, calcadas no pensamento de civilizar os corpos pobres e controlá-los para uma maior produção e geração de capital. Foi nesse ambiente que começou a ser elaborado um processo de transformação da ideologia sobre a higiene, em consórcio com o ambiente intelectual que pairava no ar – com jovens formandos das universidades brasileiras e mundiais –, abrindo espaço para ações saneadoras de médicos no início do século XX. O saneamento da cidade e dos costumes era umas das condições para que o país atingisse o almejado grau de civilização (SANGLARD, 2015, p. 135).

Seguindo os passos das reformas urbanas, sociais e ideológicas, as ações e cuidados relacionados à infância ganharam incrementos por contarem com o surgimento de novas especialidades médicas, como a puericultura (1863) e a pediatria (1872). O pensamento filantrópico serviu de ponte para unir médicos filantropos com essas novas especialidades que surgiam. Desse modo, as crianças da capital da república passaram a ser assistidas de uma forma mais eficaz, muito devido aos avanços e às descobertas científicas em prol da infância, como o descobrimento sobre os processos de fermentação do leite, por Pasteur, que trouxe grandes ganhos na prevenção de novos óbitos pela contaminação do leite.

Como supracitado, a medicina foi se aprimorando, ao passo que a capital carioca passava por diversas reformas urbanas sanitárias. E foi assim, seguindo o modelo dos antigos dispensários – instituições prestadoras de serviços assistenciais para a sociedade, cumprindo um papel de formação dos novos médicos formandos da época e contribuindo para o crescimento científico –, que se destacou a, então, Policlínica Geral do Rio de Janeiro (PGRJ). Em sintonia com as transformações vigentes, a instituição, criada em 10 de dezembro de 1881, na casa do médico Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo (1846-1901), foi fundada por um grupo de médicos, com os objetivos de prestar assistência médica à população socialmente desfavorecida e de atuar no aperfeiçoamento do ensino da medicina. Constituiu-se por ser uma instituição médico-filantrópica na qual, sob o comando de Moncorvo de Figueiredo, instalou-se um serviço dedicado exclusivamente à pediatria. Tal serviço, seguindo ainda os passos dos dispensários europeus, significou para aquela geração de médicos uma verdadeira "escola" para formação dos estudantes.

Esse serviço foi cumprindo um dos seus objetivos, que era treinar os estudantes e preencher o tal do "vazio pedagógico" entre a teoria nas cadeiras da faculdade e a prática nos consultórios com os pacientes. Foi dessa "escola" de treino médico que saíram diversos nomes responsáveis pela institucionalização da pediatria e da assistência à infância durante a Primeira República, como os médicos: Fernandes Figueira, Moncorvo Filho, Luiz Barbosa, Olinto de Oliveira, Clemente Ferreira, Vieira de Mello, Eduardo Meirelles, Olympio Portugal, Ribeiro da Silva e Luiz Nascimento Gurgel, como sendo aprendizes desse sistema que a PGRJ ofereceu para esses

estudiosos (FERREIRA, 2018, p. 15). Aprendizes filiados à especialidade pediátrica, para a qual dedicaram muito de suas vidas, na cruzada contra os altos índices de mortalidade infantil.

Entre eles esteve o médico Carlos Arthur Moncorvo Filho (1871- 1944), aprendiz do serviço de pediatria da PGRJ e formando em medicina, que decidiu seguir os passos de seu pai no modelo institucionalizado de assistência feito na PGRJ, e que criou, em 24 de março de 1899, na Rua da Lapa, 93, no Rio de Janeiro, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI), modelo que seria copiado para diversos estados da nação. O IPAI foi um desdobramento do trabalho iniciado por Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo na PGRJ desde 1882. Moncorvo, apesar de todos os ensinamentos colhidos e da grande soma que a PGRJ teve em sua vida pessoal e acadêmica, visava a conseguir uma maior rede de pacientes e a preencher a lacuna deixada pelo Estado no âmbito da assistência à infância. Ele considerava as "rodas dos expostos" – ainda utilizadas naquele período – como um modelo ultrapassado e falido, e passou a idealizar e a desenvolver um empreendimento conforme os moldes que a época mais precisava; a partir de então foi se construindo a ideia do IPAI. Os objetivos com essa nova instituição eram claros, como nos mostra o próprio Moncorvo Filho:

> Salvar a primeira infância, garantindo, sobretudo a lactação dos pobres; levar às mães noções de higiene para melhorar a criação de seus filhos; combater doenças que atingiam a infância; realizar levantamentos detalhados sobre as condições em que viviam as crianças desfavorecidas; promover a regulamentação do trabalho feminino na indústria, com o objetivo de favorecer indiretamente a infância; incentivar a criação

> de asilos de maternidade para abrigar mulheres nos últimos meses de gravidez; incentivar a criação de creches para crianças com menos de dois anos; estimular a criação de jardins de infância; lutar pela criação de hospícios e escolas para "imbecis e idiotas"; inspecionar escolas públicas e privadas; criar um dispensário central de moléstia de criança; fundar um hospital da criança; efetuar vacinação das crianças matriculadas no Ipai; regulamentar o trabalho das crianças na indústria; incentivar e favorecer a criação de sociedades protetoras da infância; exercer tutela sobre as crianças maltratadas ou em perigo moral. (FILHO, 1903 apud FREIRE; LEONY, 2011, p. 213).

No entendimento do médico, as crianças que recebiam maus tratos físicos ou psicológicos, sem criação presente dos pais, eram os seres propícios a fazer parte das estatísticas futuras de vadiagem e de mendicidade ou exercendo ofícios perigosos para sua idade. Nesse sentido, buscou oferecer um espaço com uma enorme comodidade para as crianças, visando a desenvolver e implantar experiências inovadoras e a equipar seu instituto com a mais avançada tecnologia científica disponível na época, diferenciando-o das instituições caritativas que visava substituir. Iniciou o serviço especializado de helioterapia[9] e o serviço de Gotas de Leite[10], inspirado nas Gouttes de Lait de Belleville, obra desenvolvida pelo pediatra francês Gaston Variot (1855-1930), que tinha, como principal finalidade,

9 Ação benéfica dos raios solares em quantidades terapêuticas para o tratamento de moléstias.

10 Ação que visava uma alimentação adequada para as crianças, tendo em vista que esse motivo era um grande causador da mortalidade infantil. Consistia no fornecimento de leite para crianças cuja família declarasse situação de pobreza e necessidade de alimentação.

distribuir leite esterilizado a crianças de até três anos de idade (FREIRE; LEONY, 2011, p. 215).

Um dos grandes objetivos da instituição era o combate à má alimentação infantil. Então, além do serviço de Gotas de Leite, era incentivado que as mães amamentassem seus próprios filhos para diminuir riscos de contaminação no leite, tendo em vista que, naquela época, era muito comum o serviço das amas de leite. Em relação a essa amamentação mercenária, Moncorvo fez vista grossa e acompanhou de perto essa prática, buscando regulamentar as mulheres que dispunham desse leite para outras crianças.

> Criado em 1901 com o nome de Gabinete de Exame e Atestação das Amas de Leite Mercenárias, atuava conforme vários procedimentos. O primeiro era o registro detalhado de dados sobre as mulheres, como idade, filiação etc., e de antecedentes hereditários e pessoais quanto a menstruação, abortos e partos. Após a coleta dessas informações, procedia-se ao exame antropométrico, dos seios e do leite – exames macroscópico e microscópico, com auxílio de instrumentos como o lactodensímetro, lactobutirômetro e pioscópio. Em seguida eram examinados os outros sistemas femininos (urinário, digestório etc.) e, por fim, o(s) lactente(s). O serviço do Ipai foi posteriormente remodelado, com a criação de uma caderneta e a redação de um novo regulamento – o qual Moncorvo Filho teve o cuidado de patentear –, e passou a chamar-se Serviço de Exame das Amas de Leite. Entre os motivos que levavam as amas a serem rejeitadas eram arrolados: insuficiência de leite ou leite pouco nutritivo, alcoolismo, "imundície extrema"23, tuberculose, sífilis e sarna. (FILHO, 1904, p. 278-279 apud FREIRE; LEONY, 2011, p. 216).

Também era oferecido um espaço à parte do Instituto, destinado a outros serviços vinculados ao IPAI:

> À parte da Associação, espaço físico que albergava os filantropos, a instância eminentemente médica do Instituto concentrava-se no Dispensário Central. Lá eram oferecidos serviços de: clínicas médica, cirúrgica e doenças de pele; massagem; cirurgia dentária; enfermaria; ginecologia; proteção à mulher grávida (além do acompanhamento da gestação, fornecia-se enxoval para o bebê); sala de incubadoras; exame, vacinação e atestação das amas de leite; distribuição de roupas, calçados e alimentos; orientação sobre higiene infantil; creche; inspeção e cuidados com a saúde de pequenos operários; realização de partos em domicílios; realização de exames microscópicos; e fornecimento de medicamentos. (FREIRE; LEONY, 2011, p. 214)

Nas palavras do industrial Albino de Souza Cruz, a construção do IPAI significava, para a elite carioca, um duplo caráter: o filantrópico e o patriótico. A estrutura da instituição demonstrava como era de suma importância a participação da elite carioca para o funcionamento do local, mas também eram recebidos indultos do estado.

> A estrutura administrativa do Ipai revelava uma burocracia hierárquica e a rede social que a sustentava, em conformidade com a cultura filantrópica da elite, no período. A administração geral estava nas mãos de um conselho composto pelo seu diretor fundador, Mon-

> corvo Filho, e uma diretoria formada por um presidente, um vice-presidente, um tesoureiro, um bibliotecário e três secretários – todos escolhidos pelos sócios em assembleia geral e com mandato de dois anos. Eram atribuições do diretor fundador, entre outras, elaboração dos relatórios do instituto, fiscalização da diretoria – respeitando-se a autonomia da mesma –, nomeação de funcionários e autorização de despesas. Já o presidente da diretoria deveria zelar pelo cumprimento do estatuto, convocar sessões do Conselho Administrativo, da Diretoria ou Assembleia Geral, nomear grupos para representação do Ipai, presidir e dirigir as sessões e apresentar relatórios anuais. (FILHO, 1903 apud FREIRE; LEONY, 2011, p. 214)

Além do exposto, a instituição buscou praticar uma cruzada educativa no que se refere ao ensino de práticas diárias e comuns às mães e às crianças, visando a corrigir hábitos culturais com relação à criação dos filhos, em especial no que tangia à alimentação e, sobretudo, no âmbito das classes populares (FERREIRA; FREIRE, 2005 apud FREIRE; LEONY, 2011, p. 217). A falta de instrução do povo era vista como um mal a ser combatido, uma vez que, por meio dela, advinham práticas higiênicas arcaicas que prejudicavam os seres ao seu redor, principalmente as crianças.

Sendo assim, Moncorvo e outros médicos organizaram palestras e conferências, proferidas nas dependências do seu instituto e que, posteriormente, foram reproduzidas em cartilhas e em periódicos que ensinavam às mães as regras básicas de alimentação infantil. Também eram transmitidos filmes e divulgadas essas práticas na

imprensa, com o intuito de educar essas massas mais carentes, como alternativa para frear os altos índices mortuários infantis.

Moncorvo foi, sem dúvida, uma figura inspiradora, que dedicou a vida no combate à mortalidade infantil. Especializando-se na área, voluntariando-se no serviço de pediatria do PGRJ, fundando o IPAI e lidando com o pioneirismo de serviços de assistência infantil, buscou sempre fornecer as mais avançadas tecnologias para o trato dessas crianças. Ainda contribuiu cientificamente para os estudos de campo e estatísticos, com intuito de procurar novas alternativas profiláticas, além de ser um militante ativo nos diversos congressos sobre saúde e higiene – sempre levando, ao microfone, o problema das crianças que pairava sobre o país. Sua figura é indissociável nessa cruzada do campo da saúde higienista infantil, por ser um transformador social, principalmente, por meio do caráter pedagógico empregado nos objetivos da sua instituição. "Moncorvo Filho e seus sucessores mobilizaram o atendimento a estes sujeitos, até então desassistidos socialmente, tanto no âmbito privado, em relação aos cuidados familiares, quanto no âmbito público, em relação às leis e políticas públicas" (GOLINELLI, 2017, p. 16737).

O IPAI, então, se tornou o centro de referência nacional para uma rede de instituições espalhadas pelo território brasileiro, que se dedicavam exclusivamente a esse modelo médico- filantrópico nessa cruzada contra o "problema da infância". Como afirmamos anteriormente, o IPAI seguiu alguns passos do PGRJ, principalmente na contribuição para a formação prática dos estudantes de medicina da faculdade do Rio de Janeiro, com o objetivo de preencher o tal "vazio pedagógico", passando a aliar a necessidade de clinicar dos

formandos ao grande número de pacientes que a instituição possuía para atendimento. Seguindo esses passos, a proliferação do modelo do IPAI pelo resto do país se deveu muito pela presença desses estudantes que atuaram como voluntários na instituição – ou mesmo na PGRJ[11].

Esta instituição, comandada pelo médico Moncorvo Filho, acabou por gerar discípulos e seguidores; entre eles, estava o médico cearense Abdenago da Rocha Lima. Assim como outros graduandos em medicina da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ele adquiriu treinamento na participação voluntária no dispensário infantil localizado no IPAI-RJ. Contava como cotidiano desse médico o contato direto com a realidade do povo carioca, com mães despreparadas e mal instruídas, com filhos enfermos necessitando, urgentemente, de assistência médica. Todo esse panorama, enfrentado pelo clínico, constituiu parte de sua formação, e uma etapa necessária para adquirir o diploma de medicina. Além disso, foi o grande motivador para trazer aquele modelo de assistência até as terras alencarinas, visto que a realidade do povo cearense estava em bastante sintonia com aquele quadro antes da criação do IPAI-RJ, com crianças enfermas em locais superlotados, uma população sem instruções básicas de higiene e um ambiente controlado pela elite intelectual, que se preocupava mais com o embelezamento e a civilização do Estado. Foi nesse contexto que o médico viu o perfeito encaixe para a criação de um IPAI na capital cearense.

11 Vale ressaltar que depois de 1900, além do serviço de pediatria da PGRJ, os estudantes de medicina também puderam estudar e praticar essa especialidade no IPAI, na Policlínica de Botafogo e na Policlínica de Crianças da Santa Casa da Misericórdia, instituições que mantiveram dispensários infantis.

Então, em 19 de maio de 1913, o médico Abdenago da Rocha Lima fundou o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, funcionando, inicialmente, nas dependências do Departamento de Higiene do Estado.

> o Instituto de Protecção e Assistencia à Infancia desvalida do Ceará manteve-se sob a direcção do Estado como dependencia da repartição de Hygiene Publica até 8 de agosto de 1914, data do Decreto n. 5, do Presidente do Estado, que o entregou à direcção particular do seu benemerito fundador. Organizado sob os moldes das associações congeneres, o Instituto vem prestando inestimaveis serviços à infancia desvalida, o que prova o elevado número de creanças, superior a cinco mil, que tem recebido assistencia nas suas clinicas. Acha- se installado à rua de D. Pedro. (ALMANACH, 1916, p. 125).

E, sobre a fundação, Abdenago comentou:

> Para os que convivemos no exercício edificante da caridade, com os sofrimentos alheios, para os que volvemos entristecidos, por sobre os próprios interesses, a vista para o infortúnio de outrem, é justo motivo de íntimo contentamento saber inaugurada a sede definitiva da Assistência à Infância, em edifício próprio que a instituição humanitária expõe doravante aos olhos do público. Especialmente para nós que nos empenhamos na cruzada humanitária da proteção à Infância do Ceará, o dia de hoje é de maior regozijo talvez que o da fundação do Instituto a 19 de maio de 1913, porque afirma a consolidação de nossa sociedade em sua vida

> autônoma, na qual vem se adaptando às suas funções em nosso meio social, como os corpos líquidos aos vasos que os contêm. (LIMA, 1938, p. 65-66).

O principal objetivo do Instituto era diminuir os índices de mortalidade infantil e, assim, combater o "problema da infância" – vale destacar que Fortaleza era uma das capitais onde mais morriam crianças. O próprio médico dedicou um livro, no ano de 1938, como forma de comemoração ao sucesso do instituto, e, por meio de suas palavras, pode-se perceber o cerne da criação do IPAI:

> Representamos aqui com os que nos assistem e que nos aplaudem, a iniciativa, o sustentáculo, e o amparo desta obra grandiosa que se proteja em nosso meio, como um pálio aberto às amarguras de nossas classes pobres. De quem vos fala neste instante nasceu à ideia da fundação deste Instituto, convertida prontamente num fato consumado, pelo espírito amotinado, pela inteligência robusta do cearense ilustre sobre cujos ombros caíam, há dois anos, quando na pasta do Interior, no Governo do Estado, a responsabilidade do salus populi. Conjurar a excessiva, a desmedida mortandade infantil de Fortaleza foi o motivo dessa iniciativa. [...] É a utilidade incomparável desta instituição que a faz credora de nossos esforços, de nossos sacrifícios, são diante dos benefícios à infância sofredora que empenhamos obstinadamente as nossas forças. [...] Qual o fim do Instituto? – poupar vidas – mas vidas no alvorecer, organismos perfeitos, sem vícios e sem defeitos, organizações no mais harmonioso equilíbrio que encaminhadas através da escola do caminho do bem, serão outros tantos fatores da sociedade

> de amanhã. Diminuir a mortalidade infantil não é tão somente evitar um certo número de óbitos, é proporcionar ao meio outros tantos elementos de progresso que entrarão mais tarde com o seu contingente de serviços em favor de todos. (LIMA, 1938, p. 5-8).

Abdenago da Rocha previa lidar com o "problema da infância", no Ceará, criando diversos serviços especializados e já testados em outros estados, sendo o primeiro deles o Rio de Janeiro, onde ele participara como voluntário. O médico tinha um projeto bastante amplo para o modelo assistencial infantil na capital cearense, que abarcava, principalmente, as crianças filhas de retirantes que advinham das massas aglomeradas do campo para a cidade, como exposto em tópico anterior. Os serviços idealizados e propostos para realização eram os mais diversos, congêneres com os do IPAI-RJ por priorizarem a alimentação das crianças e a qualidade do leite que chegavam até estas, relevando as amas de leite e procurando, também, educar as mães que não tinham conhecimento sobre assuntos pediátricos. Tudo isso contava como forma profilática.

> Organizado sob os moldes do Instituto Moncorvo do Rio de Janeiro, essa benemerita instituição vem prestando assignalados serviços à infancia desvalida desta capital o que prova o numero elevado de creanças, superior a dez mil que tem recebido asssistencia nas suas clinicas (ALMANACH, 1918, p. 167).

Após determinado tempo, foram esses serviços que ganharam espaço no instituto e nos debates científicos, os mesmos que

Abdenago via como fundamentais para a criação de um local de assistência infantil de cunho médico-filantrópico; era a partir desses serviços que a realidade mortuária infantil iria começar a retroceder enfaticamente. Podemos verificar a lista de serviços propostos por Abdenago e sua equipe no espaço do IPAI-CE:

> Da lista de serviços materno-infantis que foram propostos ou efetivamente implantados constavam: o consultório de lactantes, serviço especializado no atendimento de crianças em fase de amamentação, a creche destinada ao acolher de crianças em fase de amamentação, durante a jornada de trabalho das mães, a Gota de Leite, um dos símbolos da assistência à infância da época, responsável pela distribuição de leite esterilizado, a enfermaria para internação de crianças que exigissem maiores cuidados, a farmácia própria, responsável pela distribuição gratuita ou a baixo custo de medicamentos, o serviço de fiscalização de amas de leite, uma espécie de polícia médica que visava higienizar a conduta de mulheres que faziam da amamentação um ofício, o asilo de crianças abandonadas, a maternidade e o serviço de parto domiciliar. E indo além daquilo que tradicionalmente se esperava um dispensário, o IPAI montou uma casa de saúde própria – a Casa de Saúde São Lucas – com a justificativa de que a prestação comercial de serviços médicos seria uma forma de arrecadar recursos para a manutenção da obra de filantropia médica, dirigida às crianças e mulheres pobres (FERREIRA, 2018, p. 17).

O funcionamento da instituição ocorria por meio de verbas particulares e públicas. Abdenago tinha o objetivo de expandir

seu projeto e sabia que, com a ajuda das classes mais abastadas, poderia alcançar essa meta. Tendo em vista que doações ou participações em instituições caritativas ou assistenciais agregavam status social para o contribuinte, muitos homens e mulheres cearenses que tinham grandes posses começaram a fazer parte do projeto. Porém, ao mesmo passo em que o Instituto detinha essa renda, o Governo do Estado também contribuía com verbas para o funcionamento da instituição, utilizando-se dessa ajuda como propaganda para o próprio governo, no que se referia às medidas contra mortalidade infantil. O próprio médico comenta sobre esses dois canais de subvenção vitais para o funcionamento do IPAI-CE:

> Mas pela necessidade que tem uma instituição desta ordem, para o cabal desempenho de seus fins, de se generalizar em suas relações, de se identificar com o meio em todas as suas camadas em todos os seus tons, pela necessidade que tem do favor ilimitado de todos, favor que não falha, que é o mesmo através de todos os tempos, favor da coletividade, por estas contingências, foi a Assistência entregue à iniciativa particular, recebendo do Governo, como obra de utilidade pública uma subvenção que, chegando para as suas despesas no início, será com o seu evoluir, um auxílio valioso para o seu custeio. A iniciativa particular tem a sua representação na Sociedade do Instituto de Proteção e Assistência à Infância, agremiação de cavalheiros de nosso notório caridoso meio social, que a mais leve solicitação se constituiu, por limitadas contribuições, no alicerce inabalável sobre que assenta o futuro da Instituição. A este sustentáculo das paredes que se elevam do edifício majestoso, veio por fim somar-se o amparo da bondade feminina representado pela sociedade

> das Damas Protetoras da Infância, cujo auxílio grandioso, inestimável, garante por assim dizer da ação prejudicial do tempo, impermeabilizando-as, envernizando as paredes do edifício da Assistência e lhes em cima de protetora cobertura e lhes empresta o colorido e a graça de sua beleza arquitetônica. (LIMA, 1938, p. 5-6).

Em suma, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância de Fortaleza foi um genuíno dispensário materno-infantil que oferecia, gratuitamente, consultas médicas e medicamentos para crianças oriundas das classes pobres. Do mesmo modo que o IPAI carioca, a "filial" cearense teve a pretensão de implantar todos os tipos de serviços médico-sociais, então considerados fundamentais numa instituição que pretendia exercer, com sucesso, ações de proteção e assistência à infância.

É válido destacar que a trajetória do IPAI de Fortaleza repercutiu o conturbado ambiente político e, sobretudo, a dramática situação social e sanitária associada ao fenômeno climático das secas. Porém, apesar das dificuldades, o projeto foi sendo colocado em prática lentamente, e com grande empenho por parte da classe médica, reforçando o caráter preventivo das crianças e das mães dentro desse plano assistencial. Também foi marcado pela caridade pública feita por mulheres da sociedade, que ficaram conhecidas como "damas protetoras da infância".

À frente do Instituto de Proteção e Assistência à Infância de Fortaleza, Abdenago da Rocha Lima é um exemplo típico da prática da filantropia médica durante a Primeira República brasileira. A importância da sua iniciativa para a construção de

uma rede de assistência infantil no estado merece destaque, pois os avanços ocorridos no meio médico- científico cearense foram decorrentes de iniciativas pioneiras como a de Abdenago – logo nas décadas mais à frente, observamos as grandes mudanças nas práticas e assistências médicas aqui no Estado. O debate científico ficou mais bem elaborado e mais organizado – visto que, um pouco posterior à inauguração do IPAI, iniciou-se o trabalho da Revista Norte Médico –, o que ofereceu visibilidade para novas construções que se seguiram ao longo dos anos, como a Maternidade João Moreira, Casa de Saúde São Lucas, Asilo de Menores Juvenal de Carvalho.

A história e o desenvolvimento da medicina pediátrica no Estado do Ceará passa pelas mãos do médico Abdenago da Rocha Lima, que foi, sem dúvidas, um visionário de profundidade inestimável, apresentando um valor imensurável para os que se dedicam aos estudos da História Médica do Ceará.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto anteriormente, o presente trabalho apresenta uma relevância científica em virtude de trazer, em seu bojo, uma discussão sobre uma temática pouco trabalhada, ainda, no seio acadêmico. O estudo sobre a questão do combate à mortalidade infantil no Ceará, as nuances que permeiam o surgimento do Instituto de Proteção e Assistência à Infância em Fortaleza e suas relações com as calamidades climatéricas e epidemiológicas, são assuntos que apresentam, por hora, um certo ineditismo. Ainda contribui com a

perspectiva da História das instituições, da filantropia e da assistência aos enfermos – nesse caso, crianças desvalidas cearenses.

A escolha dessa temática se propôs, ademais, a contribuir com a área de estudo acerca da história da saúde e das doenças, no entanto, com ênfase no estudo do trato com os infantes em meio às transformações sociais no decorrer dos anos que recortamos para observar. Portanto, este capítulo traz o anseio de demonstrar a atmosfera insalubre na qual se encontravam as crianças na transição do século XIX para o XX, bem como de somar humildemente às contribuições no entendimento desse contexto.

O estudo em si apresenta, em seu cerne, uma análise sobre os mecanismos que permearam as tentativas do governo ou da classe médica em oferecer práticas de saúde que alcançassem as crianças cearenses – em especial, as pobres –, e que tiveram seu nascedouro na estiagem de 1877-1879, quando milhares de retirantes partiram rumo à Fortaleza em busca de trabalho. Acompanhando seus pais no cortejo miserável de fuga da seca, inúmeras crianças foram acometidas de várias moléstias e/ou muitas perderam seus pais durante a travessia ou tempos depois, restando-lhes as ruas como alternativa de sobrevivência.

Seguindo tal lógica, a pesquisa teve como objetivo analisar a situação referente às políticas nacionais de proteção e combate à mortalidade infantil, além da questão filantrópica e da caridade que se apresentavam como o vínculo primordial entre infância e assistência.

O estudo teve como foco a análise de fontes que demons-

travam a presença em massa de crianças na capital cearense, tanto as que já moravam na cidade como aquelas oriundas das ondas migratórias vindas do interior do estado. Objetivamos relacionar as medidas do estado em prol da assistência pública, tendo por base o cuidado e a higiene a elas dedicados.

No decorrer da pesquisa, ficaram expostos os desejos do Estado modernizador que se fazia presente no cotidiano não só cearense, mas brasileiro. Até então se compreende o estado cearense no início do século XX, caracterizado por secas e pela carência de água. Chegavam, diariamente, incessantes caravanas de retirantes à capital e a outros pontos servidos pela estrada de Ferro de Baturité. O governo demonstrava não possuir recursos para enfrentar a crise. Isso tudo se refletia no serviço de assistência em zonas extensas, distantes e desprovidas de qualquer ação oficial, uma vez que tratar das várias enfermidades que acometiam os cearenses demonstrava não ser um empreendimento que se enfrentasse com um saldo de rendas reduzido.

Sendo assim, modelos de assistência foram surgindo em meio a essa fase mista entre calamidades e desenvolvimento econômico. É perceptível o papel das instituições ligadas à Igreja Católica – Santa Casa de Misericórdia – nesse período, participando por meio da assistência caritativa, associada à crença na salvação do homem bom através de atos misericordiosos. Apresentando-se como uma maneira caritativa imbuída de cientificidade, a filantropia chegou para substituir o modelo caritativo, visando à construção de uma rede de assistência pautada na ajuda médica. Inferimos, então, a criação de clínicas e de institutos que objetiva-

vam essa ajuda às crianças, destacando-se figuras da classe médica como precursoras da luta em prol da saúde infantil, entre elas, Moncorvo Filho e Abdenago da Rocha Lima.

Compreendemos, então, a diferente dinâmica propiciada pelos anseios capitalistas, evocando uma preocupação com o trabalhador nacional tendo em vista que este seria a mão de obra do desenvolvimento econômico do país. Verificamos as bruscas tentativas de "educar" aquele povo, tendo em vista uma melhor condição higiênica, prevenindo-o de possíveis doenças. Os discursos médicos aparecem em voga, denunciando novas doenças que assolavam a população, além de proporem iniciativas de combate às mesmas, pensando em medidas profiláticas e em uma organização sanitária baseada em práticas higiênicas.

Por fim, ficam claras as expectativas do Estado em meio às mudanças sociais; a elite com seus anseios modernizadores pautados no capitalismo; a classe médica e seus discursos em prol da assistência infantil e da criação de uma rede médica respeitável, condizente com os objetivos de país desenvolvido; retirantes em busca de assistência do Estado para a situação que enfrentavam; por fim, as crianças, especialmente as desvalidas, que representavam o futuro da nação e seus objetivos modernizadores, mas que tinham que lutar diariamente contra o sistema e causas naturais para continuarem a sobreviver.

FONTES

ALMANACH Estatístico, Administrativo, Mercantil, Industrial e Literário do Estado do Ceará, para o anno de 1916. ANNO 19º. Typ Moderna Carneiro & C. Fortaleza: 1916, p. 124-125.

ALMANACH Estatistico, Administrativo, Mercantil, Industrial e Literário do Estado do Ceará, para o anno de 1918. ANNO 21º. Typ Moderna Carneiro & C. Fortaleza: 1918, p. 167-168.

MENSAGEM. Mensagem apresentada à Assembléa Legislativa do Ceará pelo Presidente do Estado Exm. Sr. Dr. Antonio Pinto Nogueira Accioly em 1º de julho de 1900. Fortaleza: Typ. d' A Republica, 1900.

MENSAGEM. Mensagem apresentada à Assembléa Legislativa do Ceará em 1º de julho de 1901 pelo Presidente do Estado Dr. Pedro Augusto Borges. Fortaleza: Typ. Economica, 1901.

REVISTA Norte Médico (Ano 1 - Número 1 ao Número 10). Ceará Fortaleza, 15 de abril de 1913 à 30 de dezembro de 1913.

REFERÊNCIAS

ABREU, Cruz. **Presidentes do Ceará** - Dr. Joaquim Marcos de Almeida Rego. Revista do Instituto do Ceará, v. 42, p. 33-63, 1928.

BARBOSA, José Policarpo. **História da saúde pública do Ceará:** da colônia a Vargas. Fortaleza: Edições UFC, v. 1, p. 62-73, 1994.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador:** uma história dos costumes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., v. I, 1994.

FERREIRA, Luiz Otávio. Prefácio: o "problema da infância" e a "proteção da infância" chegam ao Ceará. In: GADELHA, Georgina da Silva; LIMA, Zilda Maria Menezes; FERREIRA, Luiz Otávio (Org.). **Instituto de Proteção e Assistência à Infância de Fortaleza, 1903-1938:** vinte cinco anos e campanha em favor da infância. 2. ed. Fortaleza: EdUECE, v. 1, p. 07-20, 2018.

FREIRE, Maria Martha de Luna; LEONY, Vinicius da Silva. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 18, p. 199-225, 2011.

GADELHA, Georgina da Silva. **Sob o signo da distinção:** formação e atuação da elite médica cearense (1913-1948). Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde), Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2012.

GOLINELLI, Juliane Rembis Costa. "**A cruzada pela infância"**: o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro. In: XIII CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 13, 2017. Curitiba/PR. Anais... Curitiba/PR: PUCPR, p. 16725-16738, 2017.

LAVOR, Aurélio de. **Epidemias no Ceará.** Revista Norte Médico, Ano 1, Número 2, p. 8-9, 1913.

LIMA, A. B. **Vinte e cinco anos de campanha em favor da infância.** Fortaleza: Est. Graphico A.C. Mendes, 1938.

MAGALHÃES, Sônia Maria de; NAZARENO, Elias. Doenças das crianças goianas no século XIX: os registros de óbitos do Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara.

Varia História, UFMG, v. 29, p. 491-511, 2013.

NEVES, Frederico de Castro**. A multidão e a história:** saques e outras ações de massas no Ceará. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; Fortaleza: Secretaria de Cultura e Desportos, 2000.

PONTE, Sebastião Rogério. **Fortaleza Belle** Époque: reforma urbana e controle social 1860-1930. 5. ed. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2014.

RIZZINI, Irma. Meninos desvalidos e menores transviados: a trajetória da assistência pública até a Era Vargas. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco (Org.). **A arte de governar crianças:** a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SANGLARD, Gisele. Filantropia e política pública: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro na primeira República. In: SANGLARD, Gisele et al (Org.). **Filantropos da nação:** sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal. Rio de Janeiro: Ed. FGV; FAPERJ, 2015.

STUDART, Barão. **Sobre o Obituário Infantil em Fortaleza.** Revista Norte Médico, Ano 1, Número 3, p. 19-22, 1913.

A TUBERCULOSE E OS OPERÁRIOS TÊXTEIS DE FORTALEZA: CONDIÇÕES DE TRABALHO E ASPECTOS COTIDIANOS (1933 - 1955)

José Cleudon de Oliveira Neto[1]

INTRODUÇÃO

Enfermidade que atinge principalmente os pulmões, a tuberculose é causada pelo bacilo de Koch[2]. Transmitida de pessoa para pessoa através do ar, as aglomerações e os locais insalubres e fechados estão entre os fatores de risco para propagação da tísica. Sendo assim, é comum que a tuberculose atinja com maior frequência alguns setores sociais, dentre eles, as classes pobres. Não à toa, ainda hoje a Organização Mundial da Saúde se refere à tuberculose como "doença da pobreza". É importante ressaltar que, o indivíduo contaminado com o bacilo pode, ou não, desenvolver a doença. Assim sendo, as

1 Mestrando em História Social pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

2 Bacilo de Koch (Mycobacterium tuberculosis) é o agente causador da tuberculose. Leva o nome de Robert Koch, descobridor da causa da doença.

condições socioeconômicas são fundamentais para definir o adoecimento da pessoa contaminada.

Nesse sentido, os trabalhadores quase sempre estiveram à mercê da moléstia dos pulmões. Com a Revolução Industrial, o surgimento das cidades e a consequente urbanização desordenada desses espaços, especialmente através da migração de camponeses, o mundo se rearranjou a partir do sistema em voga, nesse caso, o capitalismo. A classe operária fabril vai tomando forma em vários lugares, inclusive no Brasil. Essa mesma classe sofreu as consequências desse sistema, que, ao mesmo tempo no qual sua principal preocupação era o lucro, necessitava da força de trabalho desses operários.

Desse modo, as doenças que atingiam majoritariamente a classe operária – estes eram também os pobres e miseráveis –, se tornavam um empecilho para a produção capitalista. Tal preocupação acaba por incentivar mudanças em diversos setores sociais. Segundo Michel Foucault (2021):

> É na Inglaterra, país em que o desenvolvimento industrial, e por conseguinte o desenvolvimento do proletariado, foi o mais rápido e importante, que aparece uma nova forma de medicina social. [...] De maneira geral, pode–se dizer que, diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina de Estado da Alemanha do século XVIII, aparece, no século XIX e sobretudo na Inglaterra, uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná–las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas. (FOUCALT, 2021, P. 166)

A partir deste breve exposto, buscamos, entre as doenças que atingiam a classe operária, nos debruçar aqui em analisar a tuberculose, que em sua história é conhecida por suas ressignificações. No período acima exposto, a tuberculose passa de uma doença romântica para uma doença social, que atingia especialmente grupos marginalizados, sem acesso a condições de salubridade, a péssima alimentação e trabalhos precarizados. Portanto, é nosso objetivo neste presente texto, analisar de maneira inicial, como a tuberculose esteve associada às condições de vida e trabalho da classe operária têxtil de Fortaleza, nos anos de 1930 a 1955.

Durante toda a primeira metade do século XX – período de grande atuação da doença na capital cearense –, a tísica agiu de maneira endêmica na cidade de Fortaleza, alguns anos matando mais e em outros menos, porém sempre com uma taxa elevada de mortes, sendo uma das doenças que mais matava nesse período. Entretanto, pensamos a doença na capital cearense a partir da década de 1930, particularmente a partir do ano de 1933, visto que ocorreria uma série de modificações políticas no Brasil e consequentemente no estado do Ceará, quando se inicia uma organização, público e também privado, no sentido de combater e controlar a tuberculose, como o caso da construção do Sanatório de Messejana, voltado para os doentes da peste branca.

Entendemos, portanto, a partir de nossos estudos sobre o tema, que o período apresentado por nós, foi um tempo de consolidação da indústria têxtil de Fortaleza e um momento inicial de forte organização do operário têxtil, em que no final da década de 1950 tal organização já estava consolidada. Isto posto, levantamos aqui

os dois discursos que relacionavam a tuberculose aos trabalhadores têxteis, sendo eles: o discurso dos médicos cearenses e, em menor medida, o dos próprios operários têxteis.

Alicerçados na documentação trabalhada, observamos que, sim, a tísica era uma doença presente no cotidiano do operário têxtil, motivo de preocupação dessa classe, e era discutida em reuniões do sindicato dos trabalhadores têxteis. Não objetivamos esgotar as análises sobre essa relação (tuberculose e trabalhadores têxteis) nesta pesquisa. Pensando nisso, é que, os trabalhos com base na imprensa operária estiveram pouco presentes neste estudo. Sabemos da sua importância como meio de debate entre os operários, como mecanismo de denúncias e como método organizacional. Diante disso, essas fontes devem ser analisadas como maneira de contribuir para entendermos melhor o processo de assimilação da classe operária ante uma doença tão assoladora. Ressaltamos que o caráter desse texto é iniciar o debate sobre o tema, que muito precisa ser aprofundado.

A INSALUBRIDADE NA INDÚSTRIA TÊXTIL DE FORTALEZA E SUA RELAÇÃO COM A TUBERCULOSE

Objetivamos neste texto analisar, na cidade de Fortaleza, entre os anos de 1933 a 1955, como uma das doenças mais estigmatizadas do período, a tuberculose, atingia os trabalhadores têxteis fortalezenses. Desse modo, é nosso intuito observar, especialmente os discursos de intelectuais e médicos, principalmente, médicos liga-

dos ao Centro Médico Cearense, que *enfaticamente* traçam a ligação da tísica com a classe operária, evidenciando em suas explanações os seus cuidados, em múltiplos artigos reproduzidos na Revista Ceará Médico. A partir disso, percebemos em diversos documentos as declarações e preocupações com relação à classe operária, que claramente nestes discursos, é apontada como um "grupo de risco" no que corresponde à disseminação da peste branca.

A tuberculose em solo cearense aparece desde a época colonial. Foi com a chegada do estrangeiro, que consigo trouxe a moléstia, que a tísica fez suas primeiras vítimas no Siará Grande, como nos mostra Barbosa (1994):

> O quadro nosológico do Ceará, no período colonial, caracteriza-se por surtos de doenças infecto-contagiosas, de caráter epidêmico, como: a varíola, o impaludismo, o sarampo, as febres tíficas e as disenterias; doenças endêmicas, como a sífilis, a hanseníase e a tuberculose, e ainda, doenças carenciais como o raquitismo e o escorbuto ou peste náutica. (BARBOSA, 1994, P. 21)

Mas, no que se referem aos corpos sadios, e a relação com trabalhadores e tuberculose na cidade de Fortaleza, é aos finais do século XIX, que poderemos observar as primeiras análises dessa relação. O industrial Thomaz Pompeu, em um grande estudo publicado na revista da Academia Cearense intitulado *''Importância da vida humana como factor da riqueza. O desenvolvimento da população de*

Fortaleza. Sua natividade e mortalidade. Taxa excessiva desta"[3], já demonstrava suas preocupações com o corpo saudável dos trabalhadores para se fazer crescer e funcionar o Estado.

Pompeu levantou questões de urbanização e modelação de Fortaleza, que começava a passar por um processo tal qual as grandes cidades. Ao falar da tuberculose — única doença citada em todo o artigo — o autor faz relação com questões ligadas aos ares e higienização, que naquela época começaria a ganhar destaque. Apesar de não destacar explicitamente operários têxteis[4] em seus estudos, e sim outras categorias de trabalhadores, é perspicaz notar que em 1896 já se percebia, na cidade de Fortaleza, as relações de trabalhadores e a tuberculose, expostas aqui.

Outro grande intelectual cearense que tratou de escrever dos males que a tuberculose estava causando foi Barão de Studart. No tocante ao tema da pesquisa aqui proposta, Studart participou de Conferência no Centro Artístico Cearense – uma organização de trabalhadores – no dia 8 de fevereiro de 1921, com a seguinte palestra *"Alguns problemas em tôrno da tuberculose e o operariado".*[5]

Não obstante o tempo da pesquisa aqui proposto, vemos que, já em 1926 a classe operária já era lembrada por sua conexão com a tuberculose. Antonio Theodorico da Costa Filho[6], no dia 1º

3 Artigo publicado no ano de 1896. Revista da Academia Cearense.

4 Possivelmente não destaca operários têxteis, pois na época da escrita do documento não existia uma indústria desenvolvida na área que carecesse de preocupação. Apenas a fábrica "Progresso" ligada à sua família.

5 Infelizmente, não obtivemos acesso a tal documento, mas o título e para quem o discurso foi feito, deixa claro a intenção do autor.

6 Nascido em Fortaleza, 12 de agosto de 1861, filho de Antônio Teodorico da Costa e Higina de Castro Costa. No Rio de Janeiro, colou grau de Engenheiro Civil em 1884 na Escola Politécnica. Foi Professor do Liceu do Ceará. Membro da Academia Cearense de Letras e do Instituto do Ceará.

de Maio de 1926, proferiu um longo discurso para o Centro Artístico Cearense, agremiação de operários. Tal conferência tinha como título *"O operário como factor de progresso"*, o autor discorre sobre a importância do operário para o crescimento econômico, a modernização da cidade etc. Ao falar dos problemas que o operário enfrenta em suas jornadas, Costa cita uma única doença: a tísica, "Entretanto ahi está um grande numero de questões importantes, as mais vitaes — casas de operários; o trabalho de menores; horas de trabalho; a sorte do operário; hygiene; as mães operárias; a tuberculose nas oficinas"[7].

No discurso proferido, são levantadas questões relacionadas às condições de trabalho de operário, que são fundamentais no que consiste para a propagação da tuberculose em tais locais. A insalubridade das fábricas, que contavam com aglomerações de operários, era, portanto, um dos fatores mais agravantes no alastramento da doença: "Como uma moléstia contagiosa, a tuberculose poderia atingir qualquer pessoa que tivesse contato com o bacilo, mas em fábricas insalubres [...], sua disseminação dava-se com maior facilidade" (GILL, 2007, p. 283). Como vemos, a tuberculose já causava inquietação quanto a associação com a classe operária.

A partir de 1933, na cidade de Fortaleza, passava a ter nova administração pública e na saúde, observamos um início de mudanças causadas pela Reforma Pelon, caracterizada por implantar um novo modelo à saúde do Estado do Ceará. Destacamos aqui a criação do Centro de Saúde, responsável por "uma assistência específica,

7 Discurso proferido no Centro Artístico Cearense em 1º de Maio de 1926. In Revista do Instituto do Ceará.

educativa, defendendo na unidade o todo da população" e parte do Centro de Saúde, estava agora um espaço destinado à tuberculose: "[...] congregam-se no Centro de Saúde de Fortaleza, os seus vários serviços de administração [...] os dispensários pré-natal, infantil, pré-escolar, de sífilis, venéreas e bouba **e de tuberculose**" (BARBOSA, 1994, p. 118, grifo nosso).

Percebemos, a partir das fontes, que para a classe médica fortalezense, assim como a de outras localidades como a do Rio de Janeiro, a tuberculose era uma das doenças respiratórias que mais atingia os operários. O Dr. Wilson Jucá[8], importante tisiologista de Fortaleza, traz um estudo interessante para nossa pesquisa em um artigo intitulado: *"Mortalidade por Tuberculose em Fortaleza nos anos de 1948 – 1949"*[9] O artigo mostra algumas estatísticas sobre a mortalidade pela tísica relacionando-a com fatores econômicos e sociais. Segundo o médico, as estatísticas ligadas a idade mostram uma "tuberculinização" maciça entre os grupos etários de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos de idade, períodos caracterizados pela maior produtividade do homem.

Nos anos em que o Dr. Wilson Jucá realizou a pesquisa, a indústria têxtil de Fortaleza estava ligada intrinsecamente à sociedade cearense, já que se caracterizava como um dos maiores setores de trabalho na capital do Estado. Obviamente, grande parte das pessoas em idade produtiva na capital do Ceará estavam empregadas nas

8 O Dr. Raimundo Wilson de Queiroz Jucá, nasceu em Crateús, filho de Leonel Jucá Bezerra.

9 Revista Ceará Médico. Outubro – Dezembro de 1950. Dr. Wilson Jucá.

fábricas têxteis, que não ofereciam condições mínimas de trabalho, sendo assim, bastante insalubres, o que acarretava numa epidemiologia tísica entre os operários.

O período de 1933 é marcado também por se tratar de uma época em que os discursos começavam a atrelar *mais fortemente* a classe operária à tuberculose, doença que apresentava uma taxa elevada de óbitos na população fortalezense em geral, como mostra uma estatística da Revista Ceará Médico de março de 1942, em artigo de Otávio Lobo e Lineu Jucá, "Tuberculose em Fortaleza" (Tabela 1).

De acordo com o tisiologista Otávio Lobo e o diretor do Centro de Saúde de Fortaleza, Lineu Jucá, esse aumento se explica por alguns fatores, sendo eles: a) a mudança de pessoas do interior para a capital, muito provavelmente pessoas anérgicas e b) o padrão de vida caro, que acabava por aumentar o pauperismo das classes proletárias. Ainda segundo os dois médicos "a corrente migratória do homem do campo para a capital cearense – fenômeno que marca o início da industrialização da cidade e aumento de incidência do morbo". Essa população que migrava do campo para a cidade, se alocava nas zonas limítrofes de Fortaleza, onde residia, em sua grande maioria, o operário, por conta do aluguel mais barato e por ter uma distância pequena das fábricas[10].

10 Revista Ceará Médico. Março de 1942. Octávio Lobo e Lineu Jucá.

Tabela 1 — Estatística de óbitos

Ano	Óbitos Gerais	Óbitos por tuberculose	Porcentagem óbitos por tuberculose	Coeficiente por 100.00 habitantes	População
1930	2.393	250	10,44%	223	111,8
1931	3.210	315	9,81%	275	114,33
1932	4.142	416	10,04%	275	151,1
1933	4.091	441	8,66%	323	136,28
1934	3.135	427	13,62%	305	139,78
1935	3.387	377	11,13%	263	143,22
1936	3.699	391	10,57%	266	146,8
1937	3.869	491	12,68%	334	146,8
1938	3.424	479	13,99%	318	150,5
1939	3.625	488	13,46%	316	154,27
1940	3.781	479	12,66%	310	154,2

Fonte: Revista Ceará Médico, 1942.

Apesar do artigo não trazer uma estatística comparativa com relação a morte de operários por tuberculose, é percebido claramente a relação da tísica com o operariado de fortaleza. A preocupação que os autores demonstraram com a mesma classe também aponta para tal fato, sendo feito ainda, um levantamento por Lineu Jucá no Centro de Saúde de Fortaleza, sobre a ocorrência da doença em três grupos de profissionais considerados os mais expostos ao morbo, sendo eles: os bancários, os manipuladores dos gêneros alimentícios e os operários das fábricas têxteis. Podemos assim inferir que já se fazia perceptível a atenção da classe médica com os operários cearenses.

Lineu Jucá e Otávio Lobo trazem informações sobre a mortalidade e contaminação de operários em algumas fábricas fortale-

zenses. As instalações fabris que aparecem na pesquisa dos médicos são: fábrica "Pompeu", "Arakem" e "São José". Nesse sentido, vemos a preocupação da elite médica fortalezense em denunciar a ação da doença na classe operária. É importante pensar que essa elite esmerava uma modernização da cidade, ampliando e trabalhando as questões de higiene, por exemplo.

As novas perspectivas da ''ideologia da higiene", surgidas em meados do século XIX, que adentraram e se fortaleceram durante o século XX, proporcionaram a crítica de médicos fortalezenses aos ''modos de vida" das classes pobres da cidade, pois de diversos pontos de vista, favoreciam largamente a proliferação de doenças. Compreendemos, no entanto, que a "ideologia da higiene", revestida pelas ideias de modernidade, civilidade e progresso, e utilizando-se do combate a doenças, serviu para excluir e controlar as classes pobres trabalhadoras. Lembremos que, grande parte sem qualquer planejamento, as habitações da classe operária têxtil não tinham ventilação, banheiros e nem iluminação suficiente, porém as atitudes tomadas pelas autoridades responsáveis objetivavam mais a exclusão/controle do que o combate a doenças em si. De acordo com Sidney Chalhoub (2017, p. 34), sobre o início dos ideais de higiene no século XIX, "houve então o diagnóstico de que os hábitos de moradia dos pobres eram nocivos à sociedade".

As péssimas condições no ambiente de trabalho favoreciam largamente a expansão da moléstia. Muitas são também as reclamações de trabalhadores sobre os ambientes insalubres dos locais em que trabalhavam. Apesar de a pesquisa aqui exposta se dedicar até o ano de 1955, podemos observar em documentos do Sindicato dos

Trabalhadores de Fiação e Tecelagem de Fortaleza as reclamações sobre a falta de água potável no ambiente de trabalho ainda no ano de 1956. Em sessão ordinária dirigida pelo então presidente do sindicato Raimundo Lopes Gondim foi "expedido: com a palavra o companheiro Carlos Alberto, falou sobre a inexistência de água potável na Fábrica Ceará Industrial".[11] Ou seja, percebemos que os próprios operários têxteis levantavam as reclamações sobre o ambiente de trabalho, como forma de conseguir melhorias.

Segundo Ribeiro (1988):

> Fora esses elementos que dominavam o ambiente fabril apareciam outros, como as instalações sanitárias, a água destinada ao consumo dos operários, cujos efeitos não deixavam de ser menos prejudiciais. [...] As condições do fornecimento de água ao consumo dos operários foram assim descritas pelo médico sanitarista que visitou as fábricas do algodão: [...] O operário satisfaz suas exigências ou colocando a boca diretamente nessas torneiras ou servindo-se de canecas utilizadas por vários deles [...] A utilização direta ou pelas canecas, por sem dúvida, pode concorrer a outras infecções quais a tuberculose, a sífilis. (RIBEIRO, 1988, P. 122-123)

As análises de Ribeiro correspondem ao Estado de São Paulo na primeira metade do século XX, e as fontes nos mostram uma similaridade de condições ainda nos anos de 1956 no Estado do

11 Ata da Sessão Ordinária realizada em 13/05/1956. Livro de ata de 1953. Sindtêxtil/CE.

Ceará. Podemos inferir que nas décadas de 30 e 40 a situação era a mesma ou pior que a descrita pelo operário Carlos Alberto.

O Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Fiação e Tecelagem de Fortaleza, fundado em 04 de abril de 1933, teve grande importância para a organização da luta dos operários têxteis no que se refere também a melhores condições de trabalho e de vida. Após a reclamação do operário Carlos Alberto, o sindicato, na figura do então presidente Raimundo Lopes Gondim, expediu em sessão ordinária "ao Sr. Delegado Regional do trabalho, ofícios número [...] cinquenta e um solicitando um funcionário daquela repartição para examinar as condições de higiene da Fábrica Ceará Industrial"[12].

Infelizmente, acreditamos que a ação do Sindicato nesse caso não teve efeito. Ainda de acordo com a documentação é possível observar a mesma reclamação de outro operário sobre a mesma fábrica: "ordem do dia: com a palavra o companheiro José Soares reclamando a inexistência de água potável na fábrica Ceará Industrial"[13].

Além disso, o Sindicato estava preocupado com a saúde operários têxteis desde anos de sua fundação. É possível ver na documentação livros de registros de assistência médica e medicamentos, que eram disponibilizados para os seus associados[14]. Em 1948, por exemplo, vemos a solicitação de medicamentos diante do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio: "expediente: copia de um oficio,

12 Ata da Sessão Ordinária realizada em 10/06/1956. Livro de ata de 1953. Sindtêxtil/CE.

13 Ata da Sessão Ordinária realizada em 28/10/1956. Livro de ata de 1953. Sindtêxtil/CE.

14 O Sindtêxtil disponibilizava também de um médico Dentista.

datado de dez do corrente mês de dezembro, dirigido ao Exmº Sr. Dr. Honório Monteiro, Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, requisitando medicamentos para o sindicato"[15].

Sobre medicamentos, é interessantíssimo a relação do Sindtêxtil com o S.D.E: Serviço de Distribuição de Estreptomicina. A Estreptomicina consiste num medicamento antibacteriano usado para o combate da tuberculose. Descoberto em 1943, foi o primeiro agente efetivo no tratamento da tísica. Aparentemente, o Ceará possuía um serviço de distribuição de tal medicamento e podemos observar a relação do Sindicato dos Trabalhadores Têxteis de Fortaleza com o S.D.E. Primeiramente, "um telegrama do Sr. Nilson Silveira Lima, do chefe do S.D.E datado de 6 de abril comunicando haver assumido a chefia do Serviço de Distribuição de Estreptomicina"[16].

Entre outras atas é possível observar a troca de telegramas entre o Sindicato e o S.D.E, porém, não temos acesso aos telegramas. Algumas atas mais detalhadas acabam informando algumas ações, como a reunião realizada em agosto de 1949, na qual o Sindicato expedia "Ofícios do Sr. Presidente João Carlos Pessoa: Um datado de 14 de junho, para o Sr. Nilson Silveira Lima, pedindo para serem enviados aos Sindicato com a possível breviedade, 10 gramas de Estreptomicina"[17].

Temos, a partir disso também, ideias sobre a proliferação da tuberculose entre os operários têxteis de Fortaleza, sabendo que eram associados ao Sindicato trabalhadores de quase todas – senão

15 Ata da Sessão Extraordinária realizada em 19/12/1948. Livro de ata de 1948. Sindtêxtil/CE.
16 Ata da Sessão Ordinária realizada em 24/04/1949. Livro de ata de 1948. Sindtêxtil/CE.
17 Ata da Sessão Ordinária realizada em 07/08/1949. Livro de ata de 1948. Sindtêxtil/CE.

todas – as fábricas em funcionamento na época.[18] A partir do serviço de distribuição de medicamentos e assistência médica que existia no sindicato é que, muito possivelmente, esses medicamentos chegavam aos tuberculosos.

Os operários têxteis também contavam com o apoio da imprensa, que colaborava denunciando diversos aspectos do cotidiano desses trabalhadores. Nesse sentido, temos a presença do jornal *O Democrata*, que publicava em suas páginas diárias, matérias relativas ao dia-a-dia dos operários têxteis. Podemos observar em edição de junho de 1950 a reportagem ‘’A tuberculose dizima os trabalhadores têxteis”. Na matéria, o jornal relata a morte de um operário, Antônio Pereira, da fábrica ‘’Siqueira Gurgel”, vítima da tuberculose. Para os editores, no entanto, o operário têxtil foi primeiro vítima do trabalho excessivo e da falta de boas condições alimentares:

> Antônio Pereira morreu, como morrem milhares de operários em nossa pátria: vítima da fome, da miséria, da exploração patronal. Antônio teve seus pulmões atingidos pelos bacilos da tuberculose, porque trabalhava excessivamente e não podia se alimentar bem. Como Antônio Pereira, todos os operários da ‘’Siqueira Gurgel” estão ameaçados de perderem muito cedo as suas vidas, de terem também os pulmões afetados pela tuberculose. (O DEMOCRATA, 1950, P. 3)

18 A partir da vasta documentação localizada no Sindtêxtil, como relatórios, frequências etc. sabemos que existiam sindicalizados das diversas fábricas têxteis da capital cearense.

A imprensa operária, como é o caso d' *O Democrata*, foi fundamental como apoio aos operários nas lutas cotidianas, inclusive no combate a tuberculose. Podemos perceber que, de maneira enfática, o jornal, antes de culpabilizar a doença, apontava quais fatores foram os responsáveis pelo adoecimento daqueles operários. Nesse sentido, cita as condições – diretas e indiretas – causadas pela exploração que sofriam diariamente no trabalho, como o excesso de carga horária e a falta de uma alimentação adequada.

A preocupação com as péssimas condições de trabalho a qual era exposto o operariado de Fortaleza, tende a ser considerada nos estudos que revelavam a tuberculose como agente de óbitos na classe operária. Não fugindo disso, Hyder Correia Lima, figura importante no cenário médico de Fortaleza, tendo trabalhado como assistente do Departamento de Saúde Pública a época, discorre a respeito do processo de higiene e sua importância para uma sociedade sadia. Ao levantar aspectos que achava ser necessário para concretização de tal fato falava em: "Regular com o Ministério do Trabalho, por convênio ou outros meios hábeis, as questões referentes à fiscalização da Higiene do Trabalho"[19].

É importante mencionar que questões de higiene são fundamentais no que consiste em impedir a transmissão da tuberculose, especialmente em locais com aglomerações de pessoas, como são os casos das fábricas, visto que eram locais muitas vezes insalubres acabavam por corroborar com a ação da doença. Para além das questões ligadas a insalubridade das fábricas, temos ainda que analisar outras questões ligadas à vida "privada" do operário têxtil para entendermos

19 Revista Ceará Médico. Maio de 1940. Hyder Correia Lima

melhor a sua relação com a tuberculose, sabendo que essas questões relacionadas à sua vida privada também estavam conectadas com as condições de capital – trabalho.

ALIMENTAÇÃO E HABITAÇÃO: AS CONDIÇÕES DE VIDA DO OPERÁRIO FORA DA FÁBRICA E SUAS RELAÇÕES COM A PESTE BRANCA

Como já explicado, em certo momento, a tuberculose passa a ser considerada uma doença social ligada às classes mais pobres devido às suas condições de trabalho e às condições de habitação e alimentação. A insalubridade das residências e a péssima alimentação da classe operária, juntamente com o nocivo local de trabalho: as fábricas, acarretam num desenvolvimento maior da tísica entre essa classe. Em Dilene R. Nascimento (2005), vemos:

> O avanço do conhecimento científico sobre a doença e a nova organização social trazida pela industrialização deslocaram, claramente, a incidência maior da tuberculose para as classes trabalhadoras. Nos inícios do século XX, a doença tornou-se, de maneira indiscutível, uma patologia de caráter social, isto é, de ocorrência e propagação estreitamente ligadas às condições de vida e de trabalho. (NASCIMENTO, 2005, P. 46)

Sabendo disso, torna-se imprescindível que observemos agora as situações de moradia e nutrição da classe trabalhadora de Fortaleza e como isso estava intimamente ligado ao alastramento da doença.

As habitações das classes mais pobres sempre foram propícias ao alastramento de doenças devido à falta de estrutura e insalubridade, que garantiam a proliferação do agente patogênico da tuberculose. Grande parte, sem planejamento algum, as casas não tinham ventilação, banheiros e nem iluminação suficiente. Outro fator de grande importância é que as habitações das classes pobres eram ocupadas quase sempre por 4 ou 5 pessoas, o que acarretava numa aglomeração em pequeno espaço.

O final do século XIX foi o momento em que a ciência médica propagava as ideias higienistas. Além disso, questões relacionadas a uma nova "civilidade" acabavam por condenar as, agora antigas, condições de vida das classes pobres. Essas novas perspectivas proporcionaram a crítica de médicos fortalezenses aos casebres das classes pobres da cidade, pois de diversos pontos de vista, essas habitações favoreciam largamente a proliferação de doenças. Essas doenças, obviamente, não convergiam com as ideias de sociedade moderna.

O estudo de Thomaz Pompeu, já citado anteriormente, nos permite saber que este pensamento já rondava a classe intelectual de Fortaleza quando ele citava as péssimas condições de higiene como um fator de risco. Segundo Pompeu (1896):

> Pelo que ficou dito relativamente ao perigo das construcções prediaes, sem as precisas condições hygienicas, vê-se que falta-nos quasi todo conforto na habitação, e os meios mais rudimentares de hygiene privada. A disposição dos compartimentos de trabalho ou de repouso parece propositalmente ordenada para prejudicar a saúde. Os quartos internos, de dormir, são escuros, mal ventilados e quentes nas horas cálidas do dia; as salas expostas, ora ao sol da manhã, ora ao da tarde, de modo que a temperatura nellas está acima ou abaixo do ambiente. As communicações entre ellas se fazem por estreitos corredores, as mais das vezes sombrios, por onde se precipitam as correntes de ar frio. Quem sae de uma câmara de dormir ou de uma sala aquecida tem necessariamente de supportar as consequências desse ar encanado. (POMPEU, 1896, P. 27)

Os líderes governamentais da cidade de Fortaleza agiram de maneira a colocar as ideias ligadas à higiene em prática. Os códigos de postura municipais do final do século XIX demonstram isso, principalmente ao afirmarem a obrigatoriedade de certas condutas que exigiam níveis de higiene antes não postos à sociedade cearense.

A classe médica brasileira também passa a ser defensora dos preceitos higienistas. Em meados dos anos 1940 a questão da higiene como método preventivo não era mais ponto de discussão, mas era agora propagada entre congressos e encontros médicos e os médicos da capital do Ceará estavam inseridos nesse debate científico. Pela Revista Ceará Médico, percebemos tal fato quando é publicado um artigo do tisiologista Dr. José Francisco Valiente, em 1942:

> O século XX viu reunir-se um novo ramo ao já acrescido grupo das ciências médicas: é a medicina preventiva ou higiene social: "A medicina do futuro", chamou-a alguém; a mais jovem das ciências médicas, porém não obstante, aquela cuja excelsitude se acha acima de toda ponderação. A arte moderna de curar não concebe melhor meio de combater as doenças infecto-contagiosas do que o preveni-las. (VALIENTE, 1942, p. 1).

Seguindo essa perspectiva, é neste momento também que a preocupação com as habitações das classes operárias se intensifica[20], assim como a tentativa de dar um fim a este problema, especialmente com a construção das chamadas "vilas operárias", que ganharam força, na cidade de Fortaleza, com a expansão da indústria têxtil, principalmente nos anos de 1920 a 1950. Nesse sentido, pensamos aqui, as vilas operárias como ponto crucial para as análises de habitação dessa classe, visto que, inclusive no código de postura municipal no ano de 1932 era a primeira vez que se observava uma legislação específica para estas vilas:

> Art. 346 – Os grupos de habitações denominadas "vilas" somente poderão ser construídas fora da zona urbana.
>
> Art. 347 – A entrada para as "vilas" terão a largura mínima de dois metros (2m,00), com portões de ferro, tendo a numeração que lhes couber, pelo logradouro onde estiverem situadas.[21]

20 De acordo com Telma Correia e Caliane Almeida (USP), "a prática de construção de casas para seus empregados remonte ao período colonial".

21 Decreto 70, de 13.12.1932, **Código Municipal de Fortaleza**, Capítulo XI. In: ANDRADE, 1990, P. 151.

De acordo com o estudo realizado pelos Drs. Octávio Lobo e Lineu Jucá (1942), sobre o momento epidemiológico de Fortaleza[22], um dos motivos que elevavam a taxa de casos de tuberculose era:

> [...] o padrão de vida muito caro, aumentando o pauperismo da das classes proletárias. [...] Por esses dados estatísticos, vê-se que a onda de população adventícia é mais volumosa nas zonas limítrofes da capital – onde se domicilia, de preferência, o operário, em razão do aluguel mais barato, do casebre e da menor distância das instalações fabris. (LOBO; JUCÁ, 1942, P. 1)

Além dos aluguéis baratos, temos que destacar a questão da distância das instalações fabris. Apesar de, como dito anteriormente, a preocupação com a habitação das classes operárias surgir a partir do advento da perspectiva higienista, a relação com o controle do operário para garantir sua força de trabalho, também estava em voga. De acordo com José Sérgio Lopes (1984. In: SILVA, 2010):

> Com efeito, essas vilas operárias e cidades, mais do que simplesmente funcionais à produção, são instrumentos estratégicos de formação, educação, domesticação e transformação da classe trabalhadora real, com suas tradições e disposições culturais, no modelo que a burguesia se faz da classe trabalhadora. E aí o meio físico, a disposição da cidade e das casas, as ins-

22 **Revista do Centro Médico Cearense**. Março de 1942. Octávio Lobo e Lineu Jucá.

> tituições criadas pela companhia, são elementos para moldar ou pretender moldar uma nova classe operária segundo a crença no determinismo "físico e moral". (LOPES, 1984, In: SILVA, 2010, P. 21)

Pensando que os industriais de Fortaleza não estavam isentos dessas análises acimas, é que sabemos que na capital cearense, alguns empresários ligados ao setor de fábricas têxteis acabaram construindo vilas operárias. Dentre as conhecidas estão a vila operária da Fábrica São José, chamada "Vila São José", a vila operária "Diogo" ligada a Fábrica Santa Elisa, que pertencia ao empresário Antônio Diogo, a vila operária pertencente a Fábrica Pompeu e a vila ligada a Fábrica Baturité, "Vila José Pinto do Carmo", onde mais adiante seria construída também a denominada "Vila Baturité".

Como visto anteriormente, o período de 1920 a 1950 é considerado um tempo de consolidação da indústria têxtil no Ceará, sabendo disso, em Andrade (1990) observamos que:

> No Ceará, esse padrão de construção também está ligado a história do algodão – mercadoria responsável pela dinamização do comercio e pelo aparecimento das primeiras indústrias têxteis. [...] Assim, pode-se dizer que as vilas operarias são consequência das condições da indústria têxtil, que geram essa necessidade, e das condições urbanas de Fortaleza, que contém essa solução. [...] De 1920 a 1945 inicia-se o surgimento das vilas operarias, período em que a indústria se consolida e a cidade apresenta uma estrutura espacial mais definida. (ANDRADE, 1990, P. 13)

Na mesma pesquisa, já apresentada acima[23], de Lineu Jucá e Octávio Lobo, as condições de habitação também são citadas como sendo relevantes para a ocorrência da tuberculose. Segundo os médicos:

> Fortaleza possue, atualmente, incluindo os subúrbios, 41.295 casas. O numero de casebres ou mocambos sobe a 11.693. A população total da cidade é de 169.587 habitantes (menos de 4 pessoas por casa) (Dados do serviço de Febre Amarela). Sendo, porém, a família operária muito prolífera, podemos fazer o cálculo aproximado de sua população em 58.465 pessoas (5 pessoas por casa). (LOBO; JUCÁ, 1942, p. 1-2).

É interessante perceber, que ao se referir aos "casebres" e habitações de classes pobres, os médicos destacam a família operária como sendo parte deste processo. A partir disso, sabemos que majoritariamente eram as famílias operarias que ocupavam as habitações consideradas insalubres, inclusive as vilas operárias, que acabavam também não oferecendo as condições necessárias para uma vida saudável.

As vilas surgiram para solucionar problemas eventuais que atrapalhavam a produção, mas pensando além, este não era o motivo exclusivo de seu surgimento, partindo "do pressuposto de que esse padrão de construção é consequência de um conjunto de relações

23 Idem.

sociais e não apenas de um problema de moradia" (ANDRADE, 1990), pois garantia para a elite de Fortaleza a sua diferenciação no que se refere aos locais de habitação. O isolamento da classe abastada garantia o seu *status* enquanto elite.

O próprio Estado foi um incentivador das vilas operárias, já que garantia isenções para empresários que construíssem vilas com uma quantidade inicial de casas e que cobrassem um valor abaixo do comum para os seus inquilinos[24]. Mesmo que as habitações insalubres continuassem preocupando a classe médica e segundo eles, sendo motivo da proliferação da doença entre operários — vide os artigos de Jucá e Lobo —, as leis municipais procuravam exercer algum tipo de controle higienista sobre essas casas, como já observado sobre os códigos de postura.

A Vila São José, nesse período de consolidação da indústria têxtil, chegou a um número de habitações que ultrapassava 200. Enquanto isso, existiam ainda mais sete vilas operárias até o ano de 1945 ligadas ao setor têxtil.

O Dr. Wilson Jucá, em artigo publicado na mesma revista alguns anos depois também ressaltava a quantidade de pessoas que formavam as famílias cearenses. De acordo com ele, "a família pobre cearense ganha em média Cr$424,50 mensalmente; para sustentar 6 pessoas" (JUCÁ, 1950, p. 17). Aqui o médico se referia a questões de alimentação, que também sendo insuficientes, acarretavam numa facilidade para que o bacilo se instalasse em corpos fracos. Ao falar "família cearense" o Dr. Wilson Jucá acaba generalizando, mas é

24 ANDRADE, 1990, P.153 – 155.

muito improvável que as classes mais abastadas de Fortaleza possuíssem essa renda mensal. Levando isso em consideração, acreditamos que a "família cearense" a que se referia o médico, seriam as famílias pobres, incluindo operários.[25]

Os "fatores econômicos — sociais indiretos", citados por Wilson Jucá nas suas análises, reafirma as condições vinculadas a habitação na qual moravam as classes pobres. "A repetição e a prolongação do contato favorecem o contágio tuberculoso", e "o casebre é funesto porque favorece a disseminação dos bacilos tuberculosos"[26].

Ainda de acordo com os pressupostos científicos sobre a tuberculose, aceitos pela classe médica de Fortaleza, a alimentação também consistia num ponto crucial para o adoecimento. A Liga Brasileira Contra a Tuberculose já apontava que "Dentre os fatores sociais que a Liga apontava como fundamentais na produção da tuberculose no Rio de Janeiro, e para os quais reivindicava atenção, destacaram-se, principalmente, a casa e o trabalho insalubres e a alimentação insuficiente" (NASCIMENTO, 2005, p. 62).

Apesar de Nascimento se referir a cidade do Rio, já percebemos que os padrões em relação a tuberculose, seu contágio, alastramento etc., são equivalentes também na cidade de Fortaleza.

Tal qual Jucá e Lobo (1942) escreveram, sabemos que, pelo menos nos anos de 1937 a 1942:

> [...] Fortaleza é em verdade uma das cidades do Brasil de vida mais cara. Não há concordância

25 **Revista Ceará Médico**. Outubro-Dezembro de 1950. Dr. Wilson Jucá.
26 Idem.

> entre o salário do operário e o preço dos gêneros de primeira necessidade. Em análise rigorosa, o salário não é suficiente para uma ração de sustento. Pelo inquérito alimentar que fizemos, como Diretor de Saúde Pública, em 1937 no serviço escolar sob a inspeção do Dr. Hider Correia Lima, com o preenchimento de 1.000 fichas, vê-se que há uma ração de hipo-nutrição, insuficiente para a despesa orgânica. Há um verdadeiro regime de fome crônica entre os escolares, filhos de operários. (LOBO; JUCÁ, 1942, P. 5)

É possível, então, situarmos as condições de vida do operário pela visão médica através dos principais tisiologistas da cidade. Claramente a situação em relação aos baixos salários da classe operária impediam uma alimentação de qualidade, ocasionando corpos "anérgicos" — assim se referiam os médicos — e, portanto, uma aptidão maior para contrair a doença[27].

Essa investigação sobre a alimentação como sendo um dos fatores de risco para adquirir a tuberculose tem seu foco principal sobre a classe operária de fortaleza, especialmente os operários têxteis. Continuando a pesquisa, os médicos afirmam que:

> Não menos interessante é o inquérito alimentar, entre os operários, pais de família, das Fábricas "S. José" e "Antônio Diogo". É digno de atenção o resultado do estudo analítico que fizemos de 10 dentre essas 100 fichas sobre o poder energético alimentar. O potencial dina-

27 No que se refere a questão salarial, as discussões estavam presentes nas organizações operárias. Em diversas atas de reuniões do Sindtêxtil, por exemplo, é possível acompanhar a falas sobre reinvindicações de melhores salários.

> mogênico dessa alimentação referente as 10 fichas, é calculado em 59.622 calorias. Sendo 44 o número de pessoas correspondente as famílias, cabe a cada uma pessoa 1.355 calorias. É surpreendente a deficiência dessa ração alimentar de nosso operário. (LOBO; JUCÁ, 1942, P. 5-6)

Em uma das fichas do "inquérito sobre a alimentação do operário" mostradas para análises, temos a situação apresentada no Tabela 2.

Observamos, portanto, que a família residia na Vila São José e, logicamente, pelo menos uma pessoa que residia na habitação, exercia funções na Fábrica têxtil São José. A maior parte da renda da família era gasta com alimentação e habitação, as quais, somadas, consomem mais da metade da receita total da residência. Levando em consideração os valores dos alimentos mais consumidos pelas famílias operárias, sabendo-se que somente o quilo de carne seca custava 4$000, por exemplo, e a quantidade de pessoas que residiam numa mesma habitação, concluímos que os salários não correspondiam às necessidades alimentares básicas da família.

Tabela 2 — A família operária

Dados gerais		Receita		Despesa	
Cidade	Fortaleza	Salário do chefe da família	60$000	Alimentação	84$000
Zona	0				
Número do questionário	—			Habitação	32$000
Data	17.5.38				
Residência	Vila S. José	Outras rendas	90$000	Transporte	5$000
Nº. de pessôas da família	7				
Adultos mulheres	6			Outras despesas	10$000
Adultos homens	1	Receita total	150$000		
Filhos mortos	2			Total	131$000
Menores de 1 ano	0				

Fonte: Revista Ceará Médico, março de 1942.

Após este primeiro estudo realizado, os médicos retomam ainda as pesquisas sobre alimentação em torno do operário fortalezense, continuando a analisar os trabalhadores da fábrica São José e agora também das fábricas Pompeu e Arakem, além de manipuladores dos gêneros alimentícios.

Peguemos então o exemplo do estudo sobre a fábrica São José: foram fichadas 10 famílias, que correspondiam a 47 pessoas no total, ou seja, quase 5 pessoas por habitação. Sobre a "ração alimentar" (Tabela 3) observada individualmente temos o seguinte:

Tabela 3 — Ração alimentar

Calorias	Proteínas	Cálcio	Ferro	Fósforo
2.320	60.062	0.169	0.008	0.714

Fonte: Revista Ceará Médico, março de 1942.

Para se compreender claramente a péssima situação alimentar da família operária, os médicos fazem questão de comparar a tabela mostrada acima com a exigência do Ministério do Trabalho sobre o "essencial mínimo" (Tabela 4) relacionado a ração:

Tabela 4 — Essencial mínimo

Calorias	Proteínas	Cálcio	Ferro	Fósforo
3.488.2	**110.26**	**0.710.3**	**21.018**	**1.430**

Fonte: Revista Ceará Médico, março de 1942.

Concordamos então quando os médicos Jucá e Lineu (1942, p. 7) referem-se que "[...] ante semelhante regime de hipo-nutrição dessa gente, dispensamos qualquer comentário", e ainda que "Fortaleza, entre as cidades brasileiras, tem um coeficiente muito forte de mortalidade (298 óbitos por 100 mil habitantes). O armamento anti-tuberculoso é, evidentemente insuficiente".

A má alimentação da família operária constituía-se como um fator para os seus corpos frágeis e consequentemente uma maior

vulnerabilidade em se contrair a doença. Suas condições de habitação certamente eram adequadas para o alastramento da doença através da insalubridade, falta de iluminação e especialmente de ventilação. Nesse sentido, as condições de vida do operário fora — às vezes nem tão fora assim, vide as vilas operárias — das fábricas, eram tão culpadas quanto a insalubridade dentro das próprias instalações fabris.

CONCLUSÃO

Levando em consideração os dados acima apresentados, observamos que a tuberculose era uma doença de locais insalubres, com aglomeração de pessoas e especialmente sujeitos a condições alimentares adversas ao considerado "normal" para sobreviver. Nesse sentindo é que temos indivíduos que se encaixam exatamente nesses padrões: os operários têxteis.

Os grandes industriais ligados ao setor têxtil de Fortaleza, o qual teve seu apogeu nos anos de 1930 a 1950, pouco levavam em conta as condições de trabalho, garantindo a proliferação da tuberculose entre os seus empregados.

Além disso, os péssimos salários, pauta de inúmeras discussões nas reuniões entre os operários sindicalizados, também eram um fator que corroborava indiretamente o adoecimento do operariado. Com uma baixa remuneração, o trabalhador não tinha acesso a uma alimentação de qualidade, rica em nutrientes que fortaleciam seu organismo. Fraco, o operário têxtil tinha uma facilidade maior de contrair a doença, sendo mais complexa a sua cura.

Dessa maneira é que nos propomos a refletir sobre a relação da tísica com a classe operária têxtil de Fortaleza. Acreditamos, baseados nas fontes, que os indivíduos que se mantinham sobre as condições já destacadas acima, tinham uma facilidade maior para contrair a peste branca.

Sendo assim, buscamos entender essa relação em Fortaleza, o que era discutido pelos médicos cearenses e pelos próprios operários — nesse caso, em menor medida. A classe médica da cidade estava encaixada com o que vinha sendo debatido no meio científico brasileiro e internacional, no sentido de que a higiene passava a ser fundamental para se evitar uma série de doenças.

Por esse ângulo, os governantes do Estado do Ceará também estavam inquietos com a proliferação da tísica. Os documentos mostram que a doença se situava fortemente na capital cearense e, apesar de nos relatórios dos interventores não observarmos falas apreensivas sobre a tísica, era sempre comemorada a chegada de novos métodos e mecanismos auxiliadores no combate à doença.

O período estudado remete ao fortalecimento da indústria têxtil no Ceará e ao projeto de Getúlio Vargas, que pretendia amodernar o Brasil. Com um governo centralizador, as medidas tomadas a nível federal refletiam diretamente nos Estados brasileiros. A própria Reforma Pellon foi um reflexo dessas medidas: com o objetivo garantir a modernidade no que se refere à saúde, ampliava a noção de "saúde pública", que, antes da Era Vargas, praticamente inexistia.

Contudo, a própria comunidade médica considerava que Fortaleza tinha um fraco armamento antituberculoso. As considera-

ções dos médicos acerca da peste branca mostravam o assombroso alastramento da doença em Fortaleza, evidenciando que as medidas tomadas pelo Estado eram insuficientes. O próprio Sanatório de Messejana surgiu de uma iniciativa privada proposta por três médicos ligados ao Centro Médico Cearense.

Sabemos também que diversas propostas para combater a tísica surgiram durante a administração de Vargas. A própria criação do Mesp mostra que a saúde pública passava a ser um ponto central das discussões políticas, e o Serviço Nacional de Tuberculose (1940) demonstra esse aspecto. Apesar disso e dos avanços tecnológicos que proporcionaram novos mecanismos de identificação e combate à doença, concordamos com a classe médica e os principais tisiologistas de Fortaleza, que a Tuberculose ainda era uma moléstia abundante na cidade, especialmente entre os operários, como afirmava o médico Lineu Jucá. Os leitos na Santa Casa, o Sanatório de Messejana, o Centro de Saúde de Fortaleza e outros meios que proporcionavam a profilaxia e o tratamento da doença tornavam-se diminutos se observados também os dados que mostram os altos índices de mortalidade causados pela peste branca.

Como vimos, os Códigos de Postura se atualizavam na medida em que a ciência lançava suas novas perspectivas sobre o combate de doenças. Os Códigos eram a tentativa do poder público de modificar diversas práticas sociais, mas também para debelar a proliferação de patologias.

Nos propusemos a pensar a tísica e sua manifestação entre a classe operária têxtil de Fortaleza, chegando ao resultado, baseado nas fontes, de que a tísica estava presente no cotidiano dos

operários, que debatiam a esse respeito, e preocupava os médicos fortalezenses. Sabemos da existência da inquietação das autoridades, mas, ao mesmo tempo, da insuficiência de suas medidas até o final dos anos de 1940. A tuberculose, no entanto, passa a ser uma doença facilmente curável, devido aos avanços científicos, da década de 1950 em diante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, M. J. F. S. **Onde moram os operários?** Vilas operárias em Fortaleza: 1920-1945. 1990. 271 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) — Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1990.

ATAS do Sindicato dos Trabalhadores de Fiação e Tecelagem de Fortaleza. **Sinditêxtil.** Fortaleza: 1933-1960.

BARBOSA, J. P. **História da saúde pública no Ceará**. Fortaleza: UFC, 1994.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril**: cortiços e epidemias na Corte Imperial. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: Machado R, organizador. **Microfísica do poder**. 11ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2021. p. 143-170.

GILL, Lorena A. **O mal do século:** tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS) 1890-1930. Pelotas: Educat, 2004.

LOBO, Octávio. JUCÁ, Lineu. Tuberculose em Fortaleza. Ceará Médico: **Revista Ceará Médico**. Fortaleza: março de 1942. p. 1-11.

LOPES, José Sérgio Leite. Anotações em torno do tema ''condições de vida" na literatura sobre a classe operária. In: SILVA, Nauber G. da. **Vivendo como classe:** as condições de habitação e alimentação do operariado porto-alegrense entre 1905 e 1932. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Rio Grande do Sul, RS, 2010.

NASCIMENTO, Dilene R. **As Pestes do Século XX:** *Tuberculose e Aids no Brasil: uma história comparada.* Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005.

POMPEU, Thomaz. Importancia da vida humana como factor da riqueza. O desenvolvimento da população de Fortaleza. Sua natividade e mortalidade. Taxa excessiva desta. **Revista da Academia Cearense de Letras**. Fortaleza: 1896. p. 15-45.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. **Condições de trabalho na indústria têxtil paulista (1870-1930)**. 1. ed. São Paulo: Editora da Unicamp, 1988. 207 p. ISBN 85-271-0035-5.

VALIENTE, J. F. Importância da higiene moderna no desenvolvimento das Nações. Ceará Médico: **Revista Ceará Médico**. Fortaleza: junho e julho de 1942. p. 1-4.

A Parábola dos cegos: as oftalmias no Ceará durante a segunda metade do século XIX e os diferentes saberes de cura.

Pablo Victor Santiago Lima[1]

Em 1995, quando José Saramago publica pela primeira vez sua obra Ensaio sobre a Cegueira, o escritor lusófono nos coloca de frente a inúmeras questões, sendo uma delas a (im)possibilidade de se viver em uma sociedade privada de um dos seus sentidos humanos mais valorizados, a visão. Logo nas primeiras páginas do seu romance, acompanhamos como uma civilização inteira pode desabar por sua dependência visual. Nesse sentido, foi com a lembrança da leitura deste livro que ao encontrarmos os primeiros relatos de uma oftalmia misteriosa no sul do Ceará entre as décadas de 1860

1 Mestre em História pelo Programa de Pós-Graduação em Histórias, Culturas e Espacialidade (PPGHCE) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), graduação pela mesma instituição. Atualmente é professor efetivo do município de Fortaleza.

e 1910 que nos indagamos: como o sujeito cego ressignificava seu cotidiano e em que medida ele também era ressignificado por uma sociedade cada vez mais preenchida pelo discurso médico sanitarista?

No século XIX, o registro mais antigo que tivemos acesso que dissertasse sobre os males oculares no Cariri cearense data de 1817, estamos falando da relação histórico-geográfica das províncias do reino do Brasil publicada por Manuel Ayres de Casal, no documento o autor comenta sobre o Crato, vila pertencente a região do Cariri: "Crato, vila medíocre, (...) Moléstia de olhos e das pernas aqui são comuns" (CASAL, 1817, p. 287). Não muitos anos depois a região recebe a visita do médico escocês George Gardner que em seus relatos de viagem também não deixa de notar a presença das oftalmias na região:

> A oftalmia é aí verdadeiramente endêmica e, em certa parte do ano, ninguem lhe escapa aos efeitos: eu tive um ataque que me prendeu em casa por dias. Fui consultado por não poucos dos que sofriam de molestia em estado crônico e firmei reputação por haver curado ou, quando menos, mitigado as manifestações da maioria dos casos, mesmo os de longa data. A cegueira é uma de suas consequencias e em parte alguma vi mais cegos que aqui nesta zona. (GARDNER, 1839, p.161).

Desse modo, o Cariri se mostrou um rico espaço para o estudo das oftalmias, pois encontramos inúmeras referências entre os séculos XIX e XX à forte presença da cegueira nessa região. Esta reincidência do tema em documentos foi um dos propulsores para a nossa investigação, pois denotava uma sociedade que lidou por muito tempo com essas questões e denotava ter uma maneira distinta

de entender esses fenômenos. A partir da década de 1850 podemos assistir à promessa de renascimento urbano e social da cidade do Crato, impulsionada principalmente pela necessidade de exportação de matéria-prima. Irineu Pinheiro (1950) e Figueiredo Filho (1968) vão ser os principais nomes da Historiografia do século XX que irão corroborar com essa percepção. Esse remodelamento das vilas cariri-enses é acompanhado de uma onde de imigrações, principalmente de famílias de comerciantes que procuravam no clima de maior altitude da chapada do Araripe, região onde se encontra o Cariri, uma oportunidade para fugir dos efeitos da seca.

Desse modo, em que medida as pessoas consideradas "desvalidas" como deficientes, loucos e, principalmente, os cegos serão reorganizados nesse momento de expansão das cidades? Foucault (1972) compreende que o crescimento urbano é acompanhado de processos cada vez mais institucionalizados de segregação de uma população indesejada, daí a necessidade de se criar Hospitais Gerais: "De início, a instituição atribuía-se a tarefa de impedir 'a mendicância e a ociosidade, bem como as fontes de todas as desordens'". (FOUCAULT, 1972, p. 73). Contudo, o registro do primeiro Hospital voltado para saúde mental na região do Cariri data de 1970, com a criação da Casa de Saúde Santa Teresa, o que nos leva a crer que as relações com esses sujeitos indesejáveis para a paisagem urbana eram realizadas de outras formas, talvez não institucionalizadas.

Em sua *Monografia Histórica do Crato* produzida em 1943 pelo ex-prefeito da cidade Alexandre Arraes de Alencar, temos um panorama otimista sobre a situação dessas pessoas:

> (...) Alguns casos de loucos e dementes existem

> na séde municipal e nas villas, não os havendo, porém recolhidos em cadeia ou outros locais impróprios. Não possuindo o Municipio abrigo apropriado e estando os existentes na capital superlotados, a única solução é deixá-los livres. Na séde Municipal, mantidos pela caridade pública, existem a Casa de Caridade, desde 1867, que abriga duas dezenas de crianças órfãs, e a Sociedade Cratense de Auxílio aos Necessitados, que se encarregava de destribuir auxilio aos mendigos e as pessôas inválidas, não havendo, em conseqüência, livre mendicância na cidade. (ALENCAR, 1943, p. 40)

Este recorte nos ajuda a entender duas coisas: os loucos e desvalidos quando não há a existência de local apropriado, podiam ser alojados em cadeias públicas, ainda que fosse considerada uma medida imprópria. Em segundo lugar, constatamos que na região, pelo menos até a década de 1940, não havia ainda uma aparelhada rede de controle desses ditos "inválidos", sugerindo que por muitos anos estes não viviam separados institucionalmente do resto da sociedade. A partir disso podemos pensar na vivência desses sujeitos como uma vivência invisibilizada e indesejável, o que poderia explicar como a cegueira só reaparecerá como um problema de saúde pública a partir do século XX, quando os índices solapavam e as preocupações sanitárias tomavam de conta do clima discursivo das elites e dos governos.

Jucieldo Ferreira Alexandre em sua dissertação *O anjo do Extermínio se aproxima de nós* (2010) fez um comparativo dos índices demográficos durante as décadas de 1840 à 1860, observando triplicar a cifra de residentes da cidade do Crato nes-

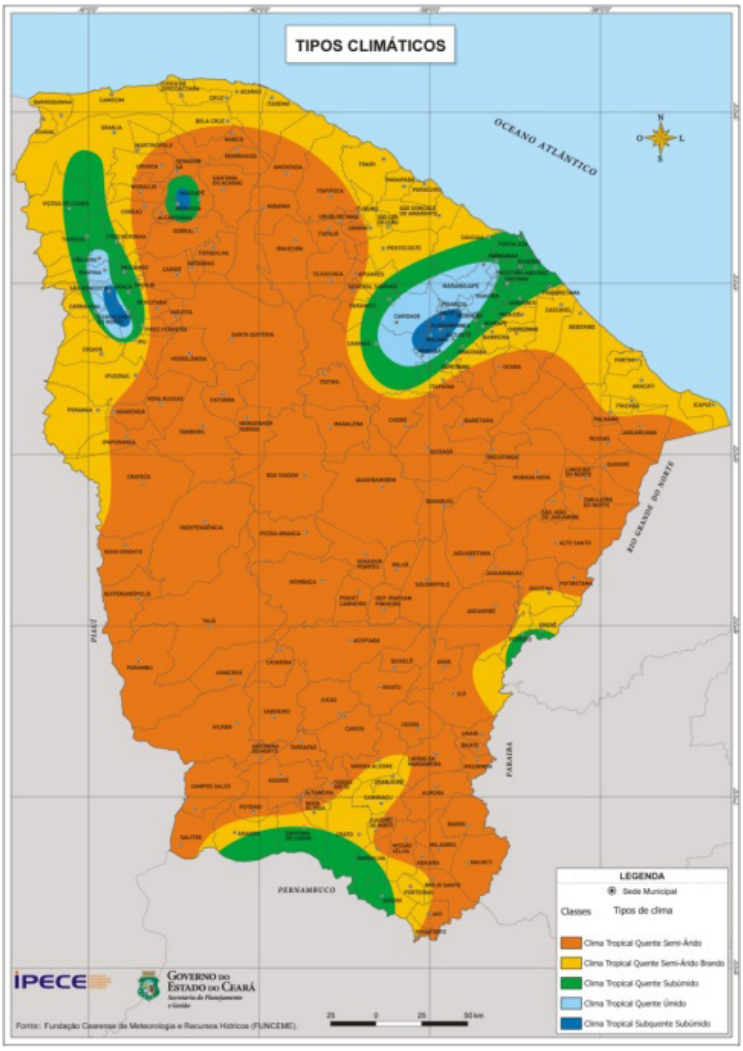
se período, estatística que vai pesar para a transmissão do Cólera Morbus no início da década de 1860. Sobre esse crescimento ele ressalta: "Esse desenvolvimento demográfico, por outro lado, não foi acompanhado por melhoria nas condições de vida para parte da população citadina. A pobreza era considerável em tal contexto e muitas pessoas viviam na marginalidade, a mendigar pelas ruas (...)". (ALEXANDRE, 2010, p. 80).

Ilustração 1



(Mapa político da Região Metropolitana do Crato (RMC). Fonte: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE))

Ilustração 2



(Mapa climático do Ceará, o Cariri aparece em boa parte na classificação climática de Tropical quente subúmido. Fonte: Fundação Cearense de Meteorologia e Recursos Hídricos FUNCEME))

Em sua dissertação de mestrado sobre a formação histórica do Cariri, o autor Hidelbrando Maciel Alves (2017) analisa como essa elite recente e emergente da cidade do Crato investiu em uma construção de uma narrativa histórica gloriosa para a região, o principal veículo dessa narrativa foi o Instituto Cultural do Cariri (ICC), sobre isso o autor comenta:

> Em síntese, a escrita da história caririense desse período se constituía no esforço de sacralizar um dado passado tido como glorioso, valorizar os aspectos de civilidade e progresso que advinham com a cultura letrada, a crença no progresso cratense "rumo à civilização" e o destaque positivo aos elementos formadores do caráter do homem caririense. Mesmo que de modo sintético, vale apresentar dois historiadores desse período que, junto com J. de Figueiredo Filho, obtiveram destaque em sua trajetória intelectual: Irineu Pinheiro e Padre Antônio Gomes de Araújo, primeiros presidente e vice-presidente do ICC, respectivamente. (ALVES, 2017, p. 36).

A noção teleológica de progresso presente nessa elite cratense da segunda metade do século XIX vai proporcionar também a remodelação do espaço da vila. Alexandre (2010) cita as primeiras tentativas de construção de uma estrutura de saneamento: "O encanamento era feito à base de pedra, tijolo e cal com bicas de aroeira ou cedro. Afirmava a lei que os proprietários das casas por onde o canal passava, podiam construir tanques em seus quintais para armazenas a água." (IDEM, p. 90). Além disso, a inauguração de um cemitério ainda na década de 1850 condizia com o:

> (...) discurso sobre o desenvolvimento da lo-

> calidade, ao instituir práticas de sepultamento condizentes com o modelo higiênico propagado nas cidades europeias e que começavam a ganhar legitimidade nas principais urbes do Brasil. (IDEM, p. 96).

Em relação às doenças, percebe-se um aumento da incidência de textos voltados para a questão. No entanto, apesar da *Bexiga*, *Varíola* e *Cólera* aparecerem com mais expressividade, sobretudo esta última que sua epidemia em 1862 deixou conseqüências arrasadoras para a região, às oftaltalmias será destinado pouco espaço nesses meios de comunicação. Entendemos que isso se dá, a priori, por um motivo bem notório: as oftalmias não se configuram como *causas morti*, apesar de minorarem a saúde de um enfermo, podendo facilitar o falecimento em alguns casos. Em segundo lugar, podemos pensar nisso também enquanto reflexo de uma noção de civilidade e higiene presente nas elites cratenses já mencionadas, estimuladas a negarem a existência desses sujeitos, a fim de proporcionar um embelezamento da cidade por meio da ausência de registros sobre as coisas indesejáveis.

Sobre os cegos nesse período, há em uma edição do jornal *O Araripe* de 1856 um anúncio feito pelo pároco local Francisco Chavier Paes Barreto. Ciente da forte presença de cegos na regiã, o sacerdote divulgava a iniciativa do governo imperial em catalogar a população cega infanto-juvenil:

> [Ofício] Palacio do Governo do Ceará em 28 de janeiro de 1856. Circular N. 2. Sendo indespensavel alcançar os dados positivos sobre o numero dos meninos cegos desta Provincia com declaração dos seos nomes, idade, sexo,

> lugar do nascimento, ou freguesias, e condições das respectivas familias, afim de milhorar a sorte dos que se acharem em circunstancias de carecer de auxilio e protecção que Houve por bem conceder-lhes SUA MAGESTADE O IMPERADOR, cumpre que Vossa mercê trate com todo o zelo e deligencias possiveis de fazer a resénha dos que existirem nessa Parochia redusindo esse trabalho a um mappa em que se contenhão aquellas declarações. O que executará com a maior brevidade. Deus Guarde a Vossa mercê. (BARRETO, 1856, p. 3-4).

Esta iniciativa estava relacionada com a criação do Imperial Instituto dos Meninos Cegos em 1854, que traduzia um esforço imperial de estabelecer um sistema de ensino e formação para cegos e, posteriormente por outro instituto, surdos-mudos, no intuito de construir uma identidade nacional civilizada, tal como acontecia à época na França, que já possuía institutos com finalidades semelhantes. Contudo, é interessante observar que os índices da região cearense não constam no relatório final publicado em 1857:

> (...) Quanto ao número dos alunos no Instituto, este sempre fora reduzido, não só pelas poucas vagas que eram oferecidas, como também pelas barreiras sociais, geográficas e burocráticas que eram impostas. Conforme o *Relatório dos dados estatísticos até hoje fornecidos a este Instituto, dos meninos cegos existentes, e carecidos de instrução*, de 1857 (IIMC, 1857, fl. 40), havia um número de 299 cegos contabilizados e enviados ao instituto pelas províncias do Pará, Pernambuco, Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e no município neutro do Rio de Janeiro. (...) Em geral, esses dados acabavam sendo arbitrários,

> pois ainda não havia mecanismos bem estruturados para contabilizar essa população; a própria administração das províncias não contava com estimativas precisas da condição dos seus habitantes. (LEÃO, 2019, p. 294).

A partir disso podemos questionar por quais motivos não figuram dados referentes ao Ceará no relatório: houveram falhas no processo de coleta de dados? Ou o estigma da cegueira contribuiu no não aparecimento voluntário dessas pessoas impossibilitando a contabilização desses sujeitos a fim de evitar ao Crato uma imagem de possuidora de uma considerável população de cegos? Esta suposição nos é a mais inquietante, ainda mais ao notarmos que anúncios dessa natureza não se repetem posteriormente no periódico cratense.

Antes de nos aprofundarmos na análise das oftalmias no Cariri cearense, acreditamos necessário mergulhar brevemente sobre a História da Cegueira e compreender-la como um fenômeno de diversas origens a depender daqueles que a analisam e a vivenciam. Estudar os fenômenos do adoecimento que levam a cegueira, costumeiramente nos proporciona compreender questões acerca da vida desses sujeitos doentes. Para Bruno Sena Martins (2006):

> (...) o modo como a experiência cultural da cegueira é evocada na matriz ocidental revela, antes de mais, uma presença assombrada pelo desvanecimento. A condição de alguém que está privado do uso da visão é uma presença cultural espectral, em que ideias várias sobrevêm ao reconhecimento da densidade dessas existências – as das pessoas cegas – para as quais a cegueira não representa uma metáfora itinerante, ou sequer uma figura da paisagem, mas sim uma duradoura marca da experiência de «ser-no-mundo». (MARTINS, 2006, p.15)

Nesse sentido, estudar aqueles afetados pela cegueira é lidar muitas vezes com a ausência e a invisibilidade dessas pessoas. No entanto, Martinez (1991) ressalta que a experiência da cegueira durante os processos históricos passa por uma gama de diferentes significações, cada sociedade vai entender esse fenômeno de forma distinta, com base nos seus próprios entendimentos sobre o funcionamento da sociedade.

No Egito Antigo, civilização onde houve a presença de inúmeros cegos devido às oftalmias recorrentes e mutilações oculares utilizadas como medida punitiva, era comum observar que:

> (...) as pessoas cegas desempenhavam praticamente todas as profissões. Todavia, com destaque para as áreas da música e artesanato, o que levou ao surgimento das primeiras escolas de música e arte, exclusivas para pessoas nessa condição. (...) as pessoas cegas sem ofício eram mantidas em asilos, pelo Estado, locais em que lhes eram impostas certas ocupações. Ainda se castigavam severamente os desocupados, porque o próprio faraó, exemplo vivo de que os privados de vista podiam ser úteis, não tolerava mendicância em seus domínios. (MARTINEZ, 1991 apud COSTA, 2018, p. 542-543).

No Código de Manú, texto jurídico-religioso criado por volta do século II a. C. que assenta as bases da civilização da Índia, às pessoas com deficiência, dentre estes, os cegos, não era permitida a posse de heranças: "Art. 617º Os eunucos, os degradados, os cegos e surdos de nascimento, os loucos, idiotas, mudos e estropiados não são admitidos a herdar." (VIEIRA, 2011, p.98).

Em Esparta e Atenas, duas das principais *polis* da civilização grega, era comum o extermínio daqueles que nasciam com alguma deficiência, seja por abandono ou pela sentença de morte (DIAS, 2005 apud COSTA, 2018). Em contrapartida, séculos mais tarde em Roma é possível observar que aos cegos eram relegados espaços e papéis sociais específicos:

> Entre os séculos dois e três, segundo Martínez (1991a), têm-se notícias de que muitos cegos trabalharam como curandeiros, de alguns anciãos como juízes, e de outros na casa da moeda de Roma, devido ao "tato sensível". Também, neste período há notícias que os cegos foram os primeiros pedagogos, ensinando música e instrumentos musicais. (MARTINEZ, 1991 apud COSTA, 2018, p. 546).

Desse modo, é interessante notar como o cego vai ser vestido de uma roupagem mística em alguns contextos, como aquele que, sem conseguir ver a realidade física, enxerga para além dos outros, alcançando uma verdade impossibilitada pelos "normais". Foucault (1996) ao analisar os princípios de exclusão da sociedade ocidental, reflete sobre a situação daqueles historicamente considerados como loucos:

> Desde a alta Idade Média, o louco é aquele cujo discurso não pode circular como o dos outros: pode ocorrer que sua palavra seja considerada nula e que não seja acolhida, não tendo verdade nem importância, não podendo testemunhar na justiça, não podendo autenticar um ato ou contrato, não podendo nem mesmo, no sacrifício da missa, permitir a transubstanciação e fazer do pão um corpo; pode ocorrer também, em contrapartida, que se lhe atribua, por opo-

> sição a todas as outras, estranhos poderes, o de dizer uma verdade escondida, o de pronunciar o futuro, o de enxergar com toda ingenuidade aquilo que a sabedoria dos outros não pode perceber. (FOUCAULT, 1996, p. 10-11).

Em certa medida, o cego, na posição de pessoa estigmatizada pela sua condição, pode ser identificado em diferentes documentos como um sujeito de habilidades estranhas, ou como aquele destinado a viver uma vida de miséria nas ruas. Na literatura presente em jornais podemos observar isso mais atentamente; em uma edição de 1869 do jornal Voz da Religião no Cariri, uma quadra produzida por Victorino de Barros intitulada "A Esmola" publicada na seção de literatura retrata os órfãos, viúvas, idosos abandonados, pessoas com deficiência e os cegos dentro do estigma dos pedintes:

> Pede o cego ente mesquinho / Mas que muito amesquinhado / Por que não usa dos braços / Estando da vista privado; / Vós que vedes, guardai / O alcanse do seu ai! (...) Daí a esmolla sem alarde. / Amparai vossos irmãos, / Para que não morram de fome, / Sendo como vós christãos: / Elles gratos resarão / Por aquelles que lhes dão. (BARROS, 1859, p. 4)

Outros relatos também reforçam a associação da imagem do deficiente visual a pedintes ou mendigos, tornando-o assim uma pessoa "(...) ritualmente poluída, que devia ser evitada; especialmente em lugares públicos." (GOFFMAN, 2008, p.11). Erving Goffman (2008) ao analisar as configurações sociais que englobam as formações de identidades nos apresenta o conceito de Estigma:

> O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem horroroso nem desonroso. (GOFFMAN, 2008, p. 13).

Em 1850, o escritor Manoel Theofilo Gaspar d'Oliveira escreveu um texto publicado no dia 16 de fevereiro no jornal Pedro II, clamando às autoridades e sociedade civil pela criação de um jardim botânico para a província do Ceará, no intuito de minorar os efeitos de possíveis futuras secas. Em certo momento, ao reclamar da dificuldade de acesso a essas plantas, menciona a presença de cegos:

> A nossa província abunda em arvores, e planta medicinaes, que já é tempo de cutivar e aproveitar com grande interesse de nossa sociedade. Se houver um jardim, em que se plantem, sua cultura se generalisará, e as que espontaneamente nascem em nossos campos se colherão com um augmento de riquesa para os habitantes da província. Crescendo sua quantidade, a que sobrar do abastecimento de nossas boticas engrossarão o nº dos gêneros d'exportação. Presentemente mui poucos de ditas plantas se vendem em pequena quantidade em nosso mercado, ou para melhor diser e com vergonha (pois patenteia nosso desleixo) são trasidas ao nosso mercado pelos cegos e aleijados, que às sextas feiras e sabbados vem a nossa cidade pedir uma esmola para adjutório de sua sustentação. Ora que quantidade póde traser um pobre cego?! (D'OLIVEIRA, 1850, p. 4).

No excerto podemos ter um vestígio de como os cegos, apesar do peso dos estigmas, conseguiam encontrar maneiras alternativas para o seu sustento. Francisco Freyre Alemão em 1860 também escreve relato semelhante sobre sua visita ao Crato:

> Uma das coisas que mais aqui nos atormentam é a quantidade de pobres, de órfãos, de aleijados, de cegos, de presos da cadeia, que nos vêm pedir esmolas, de joelho e chorando. É uma miséria terrível e nós não podemos satisfazer a todos e nos achamos em grande embaraço. Eles supõem que seremos muito ricos e que podemos fartar a todos. O que fazer? Como resistir a tanta desgraça? Uma maneira que eles têm de levar-nos dinheiro é singular: trazem-nos um presente (são ovos, mangas, animais, galinhas etc. etc.) e é claro que a esmola deve ser superior ao valor do presente. O que fazemos é dar-lhes alguns cobres e restituirlhes o presente, com um presente que lhes fazemos. Não é um modo engenhoso de obter dinheiro? Às vezes nos vemos tão aborrecidos, que tomamos o presente e o restituímos no mesmo momento sem lhes dar nada, com o que não vão contentes. (ALEMÃO, 2011, p. 162).

Desse modo, podemos perceber que como não havia a época, instituições que os aglutinasse/segregasse, estes desenvolviam suas próprias táticas de sobrevivência social. Além disso, o relato do boticário vai de encontro com a imagem civilizada promovida pela elite caririense.

Por outro lado, é comum também encontrar representações dos cegos como sujeitos dotados de características que os "normais" não possuem. Deparamos-nos com uma correspondência publicada

no jornal caririense O Araripe em 1858, onde é possível encontrar um texto de autoria não revelada intitulado "Um cego esculptor", narrando a crônica de um:

> (...) cego, que trabalhava em cera com tanto primor e delicadesa, retratando a qual quer pessoa, que para este fim lhe apresentassem, e fazendo tam perfeitas copias de estatuas e bustos de marmore, que geralmente era tido em conta do insigne esculptor. (...) foi observado attentamente por um curioso das bellas artes, que, cheio do assombro lhe perguntou, se via alguma coisa, por pouco que fosse, pois copiava com tanta exactidão e semelhança. Nada vejo, respondeu o artista; os meus olhos estam nas pontas dos meus dedos. (...) O curioso parece que se deu por satisfeito com a explicação do esculptor; porem não aconteceu o tanto com o duque de Braciano, segundo referem as chronicas, porque este fidalgo, duvidando de acreditar em tam estranha maravilha, quis que o artista lhe tirasse o retrato em uma casa totalmente ás escuras. O artista conveio, metteu as mãos á obra, e a final sahio á luz um busto, que todos que o viam, confessaram, que não podia ser mais parecido com o duque. (...) o retrato sahiu de suas mãos copia fiel do original, deixando os incrédulos convencidos, e os invejosos confundidos. (ARARIPE, 1858, p. 4).

Durante a nossa análise da documentação coletada, percebemos que são raras as vezes em que a condição da cegueira é atrelada à causa, na maioria das vezes o sujeito cego aparece nos textos apenas como alguém com uma deficiência de origem não mencionada. Diante disso, começamos a refletir acerca do momento em que poderíamos identificar com mais frequência a cegueira associada

a alguma patologia, daí a nossa necessidade de abordar primeiro o fenômeno da cegueira nas suas múltiplas facetas, seja como castigo divino, mutilação ou doença. Esse esforço de associar as duas coisas – o cego e uma causa por corpo estranho - acontece em diferentes contextos marcados pelo ímpeto racionalista ou pela urgência da medicalização da sociedade. É nesse sentido que o pensamento de Leonidas Hegenberg (1998) ao analisar a trajetória da concepção de Doença no Ocidente nos ajuda a entender que o adoecimento vai passar por uma progressiva mudança interpretativa, sendo a priori entendido como um fenômeno religioso e sobrenatural, para posteriormente a explicação racional e experimentalista tomar o lugar dessas respostas:

> (...) A Hipocrates se deve a primeira tentativa no sentido de eliminar causas sobrenaturais, atribuindo às doenças uma causa natural. Vale a pena repetir o que registrou a respeito da "doença sagrada" (epilepsia): "Parece-me que não é mais divina ou mais sagrada do que outras doenças; tem, ao contrário, uma causa natural de que - como outros males - se origina" (Cf. Rothschuh, 1975, p. 1, trecho aqui traduzido com certa liberdade). (HEGENBERG, 1998, p.20)

Logo, compreendemos que por meio do apoio institucionalizado, seja da Igreja medieval ou Estado moderno, houve um esforço de delimitação dos significados da ideia de doença no mundo ocidental. Nesse sentido, acreditamos que é concomitantemente a esse processo que a cegueira vai ser progressivamente ressignificada como também pertencente ao rol dos fenômenos patológicos. Este processo, apesar de ter seu berço na Europa, não vai deixar de se

expressar em contextos mais afastados como no Ceará por volta das primeiras décadas do século XX, em que a imprensa médica toma cada vez mais espaços institucionalizados e vai, aos poucos, afirmando seu lugar como representante da "verdade" médica. O médico oftalmologista Dr. Hélio Góis Ferreira em artigo de 1931, comenta com certa ojeriza a percepção daqueles que associam a doença à questões sobrenaturais:

> O nosso distincto collega Dr. Belem de Figueiredo [...] em relatorio apresentado ao chefe do Serviço em 1929 assim se expressou: << O fanatismo religioso entrava a acção das auctoridades sanitárias. A erradicação do trachoma no Vale do Cariry é um problema complexo. O índice de infectação atinge a cifra de 40% da população total. O povo, mystico e retrogrado, vive engolfado em um musulmano fatalismo, recebendo com indiferença a acção sanitária, na falsa crença de que <Deus castiga com as doenças para expiação das nossas grandes culpas>>. (FERREIRA, 1931, p. 4).

No entanto, o que percebemos é na verdade um reajuste sobre as doenças: os populares não negam a doença em sua dimensão patológica, mas justificam sua chegada através de um entendimento sobrenatural. Este tipo de relato, para nós, é indicativo de como o discurso médico ao longo do tempo vai se fazendo presente na mentalidade popular, ainda que com adaptações e reajustes.

Dominique Buchilet (1988) em seu estudo sobre a simbologia das doenças nas sociedades nos entrega uma reflexão profunda sobre como diferentes culturas compreendem os fenômenos: as doenças, assim como inúmeros eventos da vida humana, estão

constantemente em processo de reinterpretação, pois são representações das formas como nós nos enxergamos e nos comunicamos com o mundo. Nesse sentido, essa reflexão é fundamental para enfrentamento de uma questão bastante presente em nossa pesquisa: ao analisar arquivos entre o século XIX e as primeiras décadas do século XX, é possível se deparar com diferentes nomes referentes às moléstias oculares. Duas se destacam pela frequência com que aparecem ao se referirem a máculas oculares: o *Tracoma* e a *Sapiranga*, ambas unidas em muitas situações pelas similaridades sintomáticas por vezes descritas. A primeira é uma palavra de origem grega primeiramente utilizada por Pedanius Diascarides por volta de 60 a.C. que notou as granulações oculares e passou a se referir ao fenômeno como Trachoma, ou "olhos ásperos" do grego. (SCARPI, 1991, p. 202), o nome se perpetuou graças à tradição ocidental de valorização do pensamento clássico. Atualmente, entende-se que o Tracoma é, na verdade, um tipo de conjuntivite infectocontagiosa causada pela bactéria *Chlamydia Trachomatis*[2] cujos sintomas podem demorar muito a se manifestarem, mas envolvem um processo de atrito dos cílios e pálpebras com os globos oculares, ocasionando, em longo prazo, na progressiva perca de visão do enfermo. Já a palavra Sapiranga, segundo o Dicionário de nomes e expressões vulgares da medicina cearense é um termo originário da língua Tupi que significa "olhos vermelhos" ou "olhos ardentes" (JÚNIOR, 1985). No *Vocabulário Indígena* publicado na revista do Instituto do Ceará em 1887 por Paulino Nogueira, a definição de Sapiranga aparece:

2 Chlamydia trachomatis é uma espécie de bactéria da família Chlamydiceae, sendo um parasita intracelular, podendo causar doenças como: tracoma ocular, tracoma genital, conjuntivite de inclusão, linfogranuloma venéreo, síndrome de Reiter e a psitacose. Além disso, por falta de estudos de isolamento apropriados, até a década de 1960 a C.trachomatis era considerada como um vírus. (CHAVES, 1987)

> SAPIRÁNGA: nome usual de uma molestia d'olhos, que gasta a pestana, póndo as pálpebras vermelhas. - Ety.: - de *eçá* olhos e *piranga* vermelhos. E' a mesma ety. de *sapiron* choro continuo de 3 dias, honra com que os índios distinguiam as exequias dos seus defunctos illustres. (NOGUEIRA, 1887, p. 391-392.)

O pesquisador Eduardo Campos ao refletir acerca da medicina popular nordestina encontrou também a mesma palavra em suas pesquisas: "(...) sapiranga ("... tem sua origem etimológica na linguagem, com a locução *As Piranga* ou antes *Eça-Pirang* (isto é *ceça* forma absoluta *teça*), que significa literalmente olhos vermelhos ou sangüíneos (...)." (CAMPOS, 1967, p. 79). Além disso, em bibliografias mais recente também é possível identificar explicações semelhantes, J. Flávio Vieira (2018) pontua que: "No Cariri, são antigos os relatos das oftalmias e que aqui tomou o nome popular de *Sapiranga* (do Tupi – "olhos vermelhos"). "(VIEIRA, 2018, p. 269). Logo, para a historiografia o termo se apresenta com certa unanimidade em referência a uma especifica oftalmia, não sendo categorizada de forma cientifica.

A misteriosa moléstia, *Sapiranga*, nos chamou a atenção devido o sua presença em algumas fontes que o uso dessa palavra estava comumente associado a diferentes tipos de doenças oculares, o que dificulta a tentativa de categorizar a qual doença específica o texto se refere. Esta interessante constatação pode ser consequência de uma falta de detalhes com que muitas vezes esses males oculares são relatados para e/ou por pessoas pouco habituadas com a medicina douta, o que pode ter dado vazão para a utilização de um termo que aglutinasse a maioria dessas enfermidades. Como pode-

mos observar nesse anúncio de fuga de negros cativos no jornal *O Cearense*, há pouco interesse em detalhar a oftalmia: "(...) Benta, cabra, idade de 30 annos à cima, olhos ruídos de sapiranga com uma filha mulata de 9 annos, e um filho de 4 annos." (O CEARENSE, 1849, p. 4). Em relato publicado no jornal *Pedro II* na tiragem do dia 1 de setembro de 1860, o médico Dr. Manuel Mendes da Cruz Guimarães menciona um encontro com uma vítima da doença que era desconhecida por ele:

> Logo no começo de minha clinica, fui consultado para a filha de um finado comandante superior José Antônio Pereira Pacheco, á quem o Sr. Dr. José Lourenço prestara cuidados. Soube, por elle ter dito a familia da doente, que a menina padecia de sapiranga. Era a melhor quadra para observar esta molestia ouvi dizer, abundava n'esta província, e de fato no seu nome ouve-se frequentemente os doentes fallarem. (...) Dando a definição em sua these de doutorando (pág.11) d'esta molestia, diz que <<a produção de piolhos nas pestanas, é sucesso vulgarmente conhecido por sapiranga.>>. Não me conformo com esta explicação, porque sendo também consultado para numerosas e, variadas affecções de olhos, o povo indistinctamente as denomina sapiranga, sem entretando nunca achar n'ellas piolhos. Sou levado antes pela minha pequena pratica á acreditar que mais frequentemente esta denominação deve ser aplicada ás granulações da conjuntiva, e á blepharites glandulo-ciliar. (GUIMARÃES. 1860, p. 2).

Dessa forma, pela existência de relatos que trabalham no mesmo texto as duas nomenclaturas, passamos a concordar em pensar que a *Sapiranga* seria não somente o Tracoma, mas qualquer ou-

tro tipo de oftalmia, que grassando em larga escala era, muitas vezes lida apenas como *Sapiranga*.

Ainda refletindo sobre os dois nomes, é possível entender como cada nomenclatura carrega consigo o peso de um discurso: o *Tracoma* rejeita a vivência do mundo que representa a *Sapiranga* e a troca pela experimentação do mundo, ou seja, não se vivência os fenômenos, eles são experimentados, observados, analisados, ou seja, não são apenas os procedimentos que diferenciam os nomes, mas as próprias intenções. Compreendemos também que a presença do nome *Tracoma* nos periódicos, discursos e falas próximos do final do século XIX não é uma coincidência, mas sim indicativo de uma possível tentativa de estabelecer o termo médico – e aqui afirmamos médico, pois se remete a um conjunto de conhecimentos acessados e reproduzidos por um campo específico de sujeitos – como mais o apropriado, o que pode nos ajudar a explicar a diminuição do uso do termo *Sapiranga* a partir desse momento.

Boaventura de Sousa Santos em seu livro Para além do pensamento abissal (2007) define que o pensamento ocidental partiu cartograficamente as epistemologias do mundo entre as válidas e as inválidas, chamando isso de pensamento abissal, que:

> (...) Consiste num sistema de distinções visíveis e invisíveis, sendo que as invisíveis fundamentam as visíveis. As distinções invisíveis são estabelecidas através de linhas radicais que dividem a realidade social em dois universos distintos: o universo "deste lado da linha" e o universo "do outro lado da linha". A divisão é tal que "o outro lado da linha" desaparece enquanto realidade, torna-se inexistente, e é mesmo produzi-

> do como inexistente. Inexistência significa não existir sob qualquer forma de ser relevante ou compreensível. Tudo aquilo que é produzido como inexistente é excluído de forma radical porque permanece exterior ao universo que a própria concepção aceite de inclusão considera como sendo o Outro. (SANTOS, 2007, p.1-2).

Nesse ínterim, compreendemos que no cenário cearense entre as décadas finais do século XIX e o início do século XX, existiu uma linha abissal entre as diferentes epistemologias que versaram sobre as doenças, *deste lado da linha* há a medicina acadêmica, o conhecimento cientifico desenvolvido a partir da racionalidade, experimentação e um conjunto de métodos historicamente construídos por meio de uma base filosófica ocidental; *do outro lado da linha*, como coloca Santos (2007):

> (...) não há conhecimento real; existem crenças, opiniões, magia, idolatria, entendimentos intuitivos ou subjectivos, que, na melhor das hipóteses, podem tornar-se objectos ou matéria-prima para a inquirição científica. Assim, a linha visível que separa a ciência dos seus "outros" modernos está assente na linha abissal invisível que separa, de um lado, ciência, filosofia e teologia e, do outro, conhecimentos tornados incomensuráveis e incompreensíveis por não obedecerem, nem aos critérios científicos de verdade, nem aos dos conhecimentos, reconhecidos como alternativos, da filosofia e da teologia. (SANTOS, 2007, p. 5-6).

Desse modo, a distinção de nomes também faz parte de uma tentativa do discurso médico de que visa ao mesmo tempo se desvincular das práticas de cura populares e criar um signo de supe-

rioridade e validade para si a partir do prisma epistemológico ocidental, o racionalismo, a experimentação científica etc.

Consequentemente, a *Sapiranga* como doença figurou em páginas jornalísticas entre as décadas de 1890 e 1930 como uma enfermidade estigmatizada pela pobreza, em que suas vítimas são comumente retratadas de maneira a deixar claro ao leitor que a oftalmia é quase sempre acompanhada de outras mazelas. Em um texto pertencente à sessão literária do jornal *A Lucta,* intitulada *Contos Electricos*, podemos ver a oftalmia aparecendo novamente na literatura, num conto que relata o questionamento de uma moça ao seu pai sobre o que seria um selo de verba, o mesmo a responde que se trata do simples ato de colocar selos em um documento, a jovem pergunta se todo funcionário pode fazer esse procedimento e ele responde: "(...) Não! Somente o collector e o escrivão, cargos aqui exercidos por aquelle velho do cancro ao beiço, que por ahi passa todas as tardes e aquelle outro dos olhos de sapiranga e desdentado, que o acompanha." (LUCTA, 1923, p. 1).

Em seu livro intitulado *O Folclore no Cariri*, o autor José Alves Figueiredo Filho, relata como a oftalmia era retratada de forma jocosa, marcando a região com a mácula da cegueira:

> A doença, que tanto afetava o caririense e até servia de motejo, nos sertões, para beldades desta zona, está bem integrada no folclore. Mas, é sempre ridicularizada, e não por motivo de piedade; pelos estragos que faz num dos preciosos sentidos do ser humano. Já é antiga e corriqueira a quadrinha, recitada outrora pelos vizinhos, não acometidos pelo mal: Lá vem o carro cantando / Cheio de olhos de cana, / As

> moças do Cariri / Têm olhos, não têm pestana. (FILHO, 1962, p. 45).

O estigma, que existe apenas por uma questão social, pois sem sociedade não existe estigma ou distinção (GOFFMAN, 2008), reforça o impacto das doenças oculares na sociabilidade do Cariri em relação às regiões circunvizinhas. Desse modo, quando a iniciativa médica institucionalizada se fez mais presente nas primeiras décadas do século XX, a população que convivia com a moléstia por décadas já estava desacreditada dos frutos desses tratamentos:

> A doença no Brejão era tão arraigada que ninguém acreditava que os médicos pudessem desalojá-la. Conta-nos a "Lira Sertaneja", de José Aires Filho, de Juázeiro do Norte, que, certa vez, atiraram mote ao poeta repentista cego, José Pinto, natural de Missão Velha, residindo no sítio juàzeirense de Brejo da Roça. Faleceu em 1928. Transcrevemos o mote e a glosa, baseados em cópia fornecida pelo Sr. Hermógenes Martins, infatigável colecionador de motivos folclóricos regionais: MOTE: Não tem posto que dê jeito / Sapiranga no Brejão. GLOSA: Falar muito é meu defeito / Aprendi desde pequeno, / Neste meu dizer sereno, / Não tem posto que dê jeito, / Sustento e bato no peito, / Naquele alegre rincão, / Previno a todo cristão / Que ande com muito cuidado / Senão toma no costado / Sapiranga no Brejão. (FILHO, 1962, p. 45-46.).

Figueiredo Filho entende o problema das oftalmias como uma vitória médica na região, pois afirma que: "(...) já poderemos antever a total erradicação do flagelo, no vale, pelo emprego generalizado da eletrocoagulação, alimentada a bateria, (...)" (FILHO, 1962, p. 44).

Ainda no mesmo texto o autor relata um episódio envolvendo o poeta popular José de Matos e um caixeiro, com os olhos marcados pela oftalmia, assunto combustível para jocosidades:

> José de Matos, o poeta repentista, Bocage matuto, também atirou remoques contra os portadores de tracoma. Em fins do século passado, vivia o Cariri em pleno período dos BORÓS, que eram vales assinados por comerciantes, com valores diversos, circulando à guisa de papel-moeda. O Brasil, após a proclamação da República, passou por excessiva fase de liberalismo econômico. Foi na época do chamado ENCILHAMENTO. Seu reflexo no interior foi a emissão, sem qualquer contrôle fiscal, do vale circulante – o boró. Qualquer comerciante tinha o direito de emiti-lo ao bel-prazer. Mas, no meio da gente honesta, que militava no comércio, apareciam casos especiais de comerciantes sem crédito. No número dêsses estava o Ramalho. Seus vales nada valiam, pois faltavam-lhe fundos de garantia. (...) Não sei com que artes do diabo, o poeta José de Matos veio a adquirir um boró do Ramalho. Dado ao vício da cachaça, quando se tornava até mais inspirado, sentindo as guelas bem sêcas, dirigiu-se à loja do Sr. Jeconias Bezerra, espécie de bazar árabe, daqueles tempos, onde havia de tudo e mais alguma coisa. Entrou, e deparando-se com empregradinho muito esperto, pediu-lhe bom trago de pinga. (...) Quando o caixiero ia entregar ao freguês, que se apoiava pachorramente no balcão, notou que ele êxibia, à mão direita, um conhecido e suspeito boró do Ramalho. Suspendeu imediatamente a entrega do copázio de cana, exigindo-lhe dinheiro, ou vale de outra firma. Zé de Matos como que ficou petrificado por alguns momentos. Calou-se. Depois, sacudiu em

> versos a sua vindicta que ainda hoje vive, entre nós, e que me foi recentemente recitada pelo coronel do Exército, Dr. Pinheiro Monteiro, cratense neto do capitão Zeco, também figurado no improviso: Se a mente não me engana, / Se não me nega o espírito, / Pelos olhos eu conheço / É da família dos Brito, / Sua mãe Rosa Carvalho / Seu avô Ioiô de Brito. (...) José de Matos, o bardo matuto, ao referir-se aos olhos do empregadinho, mangou da velha doença caririense que os roera, tão comum nos brejos e territórios úmidos. Sendo a família Brito nitidamente ruralista, naquela época, pagava forte tributo ao tracoma. (FILHO, 1962, p. 46-48.).

No texto é interessante notar como parte da jocosidade aplicada à oftalmia reside em uma noção popular cada vez mais alvejada pelo discurso médico da época que nas primeiras décadas do século XX vai intensificar seus esforços para se mostrar como solucionador dos imbróglios sanitários. Por sua vez, a glosa do poeta José Aires Filho retrata também a desconfiança com que muitos sertanejos interpretavam o avanço das ciências médicas no cotidiano. Outro ponto interessante é a utilização dos termos que se referem à oftalmia, Figueiredo Filho escreve em um momento marcado por uma Medicina bem estabelecida no corpo social. Consequentemente, o autor se refere à doença apenas como *Tracoma*, sem citar a nomenclatura regional que também foi usada em outros momentos para se referir às moléstias oculares, a *Sapiranga*. Portanto, entendemos que a virada entre os séculos XIX e XX vai marcar não somente o avanço dos saberes e poderes médicos sobre a sociedade, mas também vai ser indicativo da mudança de costumes, inclusive linguísticos acerca do trato com esses fenômenos patológicos.

Além das nomenclaturas, as práticas e saberes sobre as oftalmias também são distintas e demarcam como os sujeitos as entendiam e vivenciavam nos seus cotidianos. Irineu Pinheiro em seu livro O Cariri (1950), descreve um dos comuns tratamentos para hemeralopia, conhecida como cegueira noturna:

> (...) Pede o paciente a um de seus conhecidos, por amor de Deus, que mate uma de suas galinhas e lhe dê o fígado. Conseguida a víscera, assam-na sem sal, aparam em um vaso a salmoura (expressão deles), a qual é posta nos olhos do doente. Come êste o fígado, deixando um pedacinho que é, logo, atirado longe, sem que o enfermo saiba onde caiu. Passa êste um ano sem tocar em fígado. (PINHEIRO, 1950, p. 139).

Nesse sentido, é interessante notar como os sujeitos letrados da sociedade da época constroem, muitas vezes, uma narrativa que trata os costumes populares como exóticos ou incivilizados, ainda sobre as práticas de cura, Pinheiro comenta:

> Ao lado dos curandeiros, barbeiros e sangradores relembremos as parteiras, mulheres ignorantes, incientes das mais simples regras de higiene. A remédios empíricos, a práticas, às vezes, nocivas, acrescentam rezas que proclamam de efeitos infalíveis. (PINHEIRO, 1950, p. 139)

Além da necessidade de distinguir e classificar os saberes, é possível encontrar contextos que demonstram as amalgamas de diferentes práticas sendo utilizadas pela medicina da época. Retornando novamente ao texto do Dr. Manuel Mendes da Cruz Guimarães publicado no jornal Pedro II em 1860 referente ao com-

portamento pessoal e profissional do seu colega de profissão Dr. José Lourenço de Castro e Silva, o autor comenta:

> Adoecendo de um olho o Sr. Vice-consul da Austria José Barbosa Cordeiro, chamou o Sr. Dr. José Lourenço para trata-lo tres dias depois. No fim de 44 dias achando-se ainda bastante grave, e receiando perder a vista, exigio uma conferencia, sendo convidados o Sr. Dr. Domingos José Pereira Pacheco, e eu. Ouvimos a historia que fez de seu doente, e do tratamento prestado; este consistio em numerosas applicações de sanguessugas, tartato emético, purgativos, e loções emollientes. Quando observamos o doente, encontramos o seguinte: conjuntivite catharral, granulações muito desenvolvidas das palpebras, principalmente da superior, keratites pustulosa, ulcerosa, e vascular, e uma intumescencia de uma porção da conjuntiva oculo-palpebral do angulo externo do olho (que o Sr. Dr. José Lourenço insistio para excita-la) já excedendo alguma cousa a bordo livre da palpebra superior, e assemelhando-se um pouco ao chernosis. (GUIMARÃES, 1860, p. 2).

É possível observar como o autor crítica o Dr. José Lourenço principalmente pelos seus métodos considerados inadequados para um médico atuante naquele período, alguns desses tratamentos utilizados pelo oculista foram sendo aos poucos rejeitados pela sociedade letrada:

> (...) Outra panaceia de aceitação universal, que perdurou até o início do século xx, foi o do uso de purgativos e clisteres. Desde a medicina egípcia que se acreditava ser o intestino uma via natural de eliminação da materia morbi, ou seja, de substâncias nocivas ao organismo (Ta-

> mayo, 1988, p. 75). As fezes, por outro lado, sempre foram vistas como excrementos tóxicos, capazes de envenenar o sangue. A ideia de "intoxicação", como consequência da prisão de ventre, ainda perdura no entendimento das pessoas menos esclarecidas. Ouvimos, frequentemente, de pessoas simples, o termo "intoxicado" como sinônimo de "obstipado". O uso sistemático da sangria, dos purgativos e clisteres foi objeto de acerbas críticas por parte de escritores, dramaturgos e artistas, que nos legaram sátiras irreverentes sobre essa terapêutica polivalente. (REZENDE, 2009, p. 138)

Em seguida, Dr. Manuel volta-se para a literatura médica francesa, especificamente aos oculistas Desmarres e Sichel, na tentativa de mostrar cientificamente amparado para o caso analisado e sendo feliz em observar que os mestres possuíam recomendações sobre esse tipo de quadro clínico:

> Observando as applicações, que se restringira ao uso tratamento simplesmente antiphlogistico, e que Desmarres fallando no diagnostico differencial das conjuntivites franca, pustulosa e catarrhal (T. 2º pag. 84) diz que todas as veses que o pratico se limitar ao tratamento antiphlogistico n'esta ultima, que a inflammação diminue, cede, porém que as granulações se desenvolvam; e que nos dous primeiros períodos deve-se lançar a mão dos adstringentes fortes; animei-me com a autoridade d'este grande mestre á diser-lhe julgava tera molestia chegado aquelle estado por causa do seu tratamento, e que se poderia ter prevenido com a applicação do sulphato de cobre (pedra lipis) porque sendo um adstringente de primeira ordem, e indicado n'esta molestia, é de mais um meio abortivo. (GUIMARÃES, 1860, p. 2).

Esse relato nos ajuda a compreender como o discurso opera em sua necessidade de ordenar os fenômenos, o médico Dr. Manuel age como representante fiel do conhecimento acadêmico médico, enquanto repreende seu colega de profissão por se utilizar de métodos não aceitos pela epistemologia médica. Em certa medida dentro da lógica de Boaventura Santos, o Dr. Manuel representa o conhecimento *deste lado da linha* e o Dr. José Lourenço em partes se apropria do *outro lado da linha*.

> (...) De repente me vi transportado de uma noite de trevas para o clarão de um dia explendido! Hoje que me acho bom, dispondo de vista sufficiente para trabalhar, venho agradecer a meu desinteressado bemfeitor, Dr. Paula Rodrigues (...). (FALCÃO, 1890, p. 2)

> (...) Fez-se a luz! Immediatamente vi a mão do meu bem-feitor e sucessivamente tudo o quanto me cercava. Vi, estou vendo e dissipou-se assim a caligem da noite em que vivi immerso durante todo esse tempo. E' pois restituído a posse d'esse dom, que nunca amei tanto, eu e minha família vimos a imprensa para dizer ao Dr. Paula Rodrigues: Obrigado, obreiro do bem; obrigado, apostolo da caridade. (MENEZES, 1890, p. 3)

Os excertos acima fazem parte de dois agradecimentos publicados no jornal Gazeta do Norte nos dias 18 de abril e 6 de junho de 1890. Os autores dos textos, Antonio Rodrigues Falcão e João da Silva Menezes, respectivamente, relatavam com muito jubilo a experiência de sentir devolvida a visão pelos procedimentos cirúrgicos realizados pelo médico Dr. Paula Rodrigues. Desse modo, compreendemos esses testemunhos como sinais da crescente credibi-

lidade que a medicina especializada vai procurar conquistar ao longo das décadas de virada para o século XX. É curioso notar como muitas vezes a cegueira e a visão estão atreladas as idéias de trevas e luz ou analogias com a noite/dia. Nesses momentos, o médico aparece como um ser iluminado, responsável por trazer a luz aos indivíduos que viviam na escuridão.

No livro *Danação da Norma: Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil* de Roberto Machado, Angela Loureiro, Rogério Luz e Katia Muricy, e publicado originalmente em 1978, podemos começar a compreender as tentativas de delinear um campo de ação para os saberes médicos institucionais:

> (...) A Medicina investe sobre a cidade, disputando um lugar entre as instâncias de controle da vida social. Possuindo o saber sobre a doença e a saúde dos indivíduos, o médico compreende que a ele deve corresponder um poder capaz de planificar as medidas necessárias à manutenção da saúde. (MACHADO, 1978, p. 18)

Para os autores, o Brasil da segunda metade do século XIX foi palco de esforços que contribuíram para uma sociedade cada vez mais medicalizada, em que a Medicina toma papéis cada vez mais influentes na vida dos indivíduos:

> A intervenção médica visa não somente a curar um paciente depois que foi atingido pela doença, mas a dificultar ou mesmo impedir que esta apareça. Uma medicina da saúde é necessariamente uma medicina das causas das doenças, o médico vigilante devendo atuar para proteger os indivíduos contra tudo o que, no espaço social, pode interferir no seu bem-estar físico e

> moral. (...) No momento em que, pela primeira vez, se pensa em prevenção e se organiza um dispositivo para realizá-la, a medicina situa as causa da doença não no próprio corpo doente, mas naquilo que o cerca, em sua circuvizinhança, no meio ambiente. (MACHADO, 1978, p. 248)

Em contrapartida, Edler (1992) defende que a tese da medicalização radical da sociedade brasileira não poderia ter acontecido de acordo com os parâmetros elencados por Machado (1978), pois as idiossincrasias da sociedade patriarcal e escravista não possibilitavam uma aplicação generalizada desse projeto durante o século XIX. (EDLER, 1992, p. 286). Nesse sentido, concordamos em pensar em certa medida com Edler (1992), pois compreendemos que, na realidade, ao final do século XIX a medicina cearense ainda lutava para se estabelecer como única alternativa possível para o tratamento das doenças. Este processo, como percebemos, vai se manifestar muitas vezes em relatos acerca do potencial curativo dos procedimentos médicos acadêmicos ou também em tentativas de criminalização de práticas de cura não licenciadas. Logo, um forte aliado do discurso médico nesse contexto foi a Imprensa, que beneficiava-se dessa relação de promoção das ciências médicas na medida em que significava também o aumento da publicidade de fármacos, bem como reafirma a ocupação de mais um espaço social feito por uma elite local. No princípio do século XX, os esforços de remodelação das urbes também impactaram na forma como os medicamentos eram divulgados:

> O início de uma nova era também para a publicidade, pois junto com os prédios erguidos na Avenida, nasceu uma ostensiva forma de anunciar. Em meio aos esqueletos de concreto

> que brotavam, surgiram, como uma espécie de adorno dos andaimes, imensos painéis publicitários. Era a mídia externa em seus primórdios, e não há de causar surpresa o fato de que os principais produtos anunciados fossem os medicamentos. Nesse recém surgido Brasil da propaganda planejada, foram nascendo estratégias diferenciadas para vender os tônicos e os xaropes, agora produzidos em larga escala, pois muitas das tradicionais boticas e farmácias do país haviam se transformado em pequenos e médios laboratórios e, alguns, já usavam elementos sintéticos. (BUENO, 2008, p. 37).

Desse modo, em 1890 podemos identificar as primeiras tentativas institucionais de limitação da atuação dos profissionais da medicina popular com o código penal estabelecendo a criminalização dessas práticas. No capítulo terceiro do Decreto Nº 847 de 11 de outubro de 1890 se tem os considerados crimes contra a saúde pública:

> 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 cellular 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 espiritismo, 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. (...)

> Art. 158. Ministrar, ou simplesmente prescrever, como meio curativo para uso interno ou externo, e sob qualquer fórma preparada, substancia de qualquer dos reinos da natureza, fazendo, ou exercendo assim, o officio do denominado curandeiro. (BRASIL, 1890, p. 16)

Os anos que se aproximavam da virada do século foram marcados pela presença de um discurso médico cada vez mais unificado pela luta em angariar maior legitimidade institucional e social no país. Além disso, o período vai coincidir com a criação de influentes periódicos médicos, como a revista Brazil-Medico em 1887, que tinha relações com as sociedades médicas do país e procuraram por meio dos seus textos mobilizar a sociedade em torno da pauta da institucionalização da medicina (MENDES, NOBREGA, 2008, p. 210)

Esse esforço vai encontrar aportes legais mais incisivos após o início da república, pois concatenava o pensamento positivista dos intelectuais do período com as reivindicações da classe médica:

> Há tempos os médicos já reclamavam sobre a necessidade de existirem leis que assegurassem a eles a proteção legal para o exercício de sua profissão. Mas a proteção jurídica só pode ser elaborada quando as relações sociais tradicionais estavam em processo de reordenamento pela própria modernidade. Nessa ordem, as práticas terapêuticas dos curandeiros, sob quaisquer instrumentos e artifícios que promovessem a cura, passaram a ser desconsideradas e se tornaram ilegais. O Código Penal de 1890 garantiu aos médicos a exclusividade no exercício da medicina mediante a punição a quem realizasse procedimentos de cura que não fossem os reconheci-

> dos pela medicina acadêmica. Por essa razão, as práticas terapêuticas populares, que mesclavam elementos culturais e religiosos, não poderiam mais ser admitido e, tampouco, deveriam ser permitidos pelas autoridades. (RODRIGUES, 2009, p. 97; SCHRITZMEYER, 2004, p. 75 apud GOMES, 2021, p. 60).

Por fim, a virada do século XIX para o século XX proporcionou um aumento da capacidade reguladora do Estado em todo o Brasil. Desde 1891 a Constituição Federal preconizava uma maior abertura para a ampliação de Políticas Públicas. De acordo com Hochman (1997), as reformas sanitárias ocasionadas por esses avanços do poder público resultaram na constituição da base para as políticas sanitárias das décadas seguintes. No entanto, salientamos que o intuito da nossa pesquisa não é de colaborar com uma literatura historiográfica médica elogiosa e etapista sobre como ocorreu a construção e afirmação de saberes e práticas de cura, mas sim de demonstrar, pelo menos de forma incipiente, como esses processos ocorreram por meio de diálogos, negociações, adaptações, conflitos e mudanças.

BIBLIOGRAFIA

ALENCAR, Alexandre Arraes de. Monografia do município de Crato – Ceará. Crato: Ext. Gráfico Gazeta do Cariri, 1943.

ALEXANDRE, Jucieldo Ferreira. Quando o anjo do extermínio se aproxima de nós: representações sobre o cólera no semanário cratense O Araripe (1855-1864). Dissertação em História – UFPB/ CCHLA. João Pessoa: 2010.

ALVES, Hidelbrando Maciel. A face historiadora de J. Figueiredo Filho e a construção do Cariri cearense. Dissertação de mestrado em História. Rio Grande do Sul: UNIFESP, 2017.

BATISTA, Célio Augusto Alves. Breve historia dos municípios do Cariri cearense: fatos e dados [livro eletrônico] / Célio Augusto Alves Batista, Halley Guimarães Batista. - Fortaleza: INESP, 2020.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Vendendo Saúde: história da propaganda de medicamentos no Brasil / Eduardo Bueno. – Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008.

BUCHILLET, Dominique. Interpretação da doença e simbolismo ecológico entre os índios desana. In: Bol. Mus. Para. Emilio Goeldi, vol. 4, nº 1, p. 27-42, 1988.

CAMPOS, Eduardo. Medicina popular do Nordeste: superstições, crendices e meizinhas. 3ª. Ed. Rio de Janeiro: Edições O Cruzeiro, 1967.

CASAL, Aires de. Corografia Brasílica. Tomo II. Edição fac-similar (1817). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947.

EDLER, Flávio Coelho. O debate em torno da medicina experimental no segundo reinado. In: Manguinhos, vol. 3, n. 2, p. 284-299, 1996.

FERREIRA, Hélio Góis. Considerações em torno do tracoma no Ceará. In: Ceará Médico, Fortaleza, v.10. n.4. 1931.

FILHO, José Alves Figueireido. O folclore no Cariri. In: Itaytera. Nº4. Crato: Tipografia Imperial, 1958.

FOUCAULT, Michel. Arqueologia do saber. Tradução de Luis Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. 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.

GUIMARÃES, Manuel Mendes da Cruz. Ao publico ignorante de medicina. In: Pedro II, Ceará, n. 2081, p. 1-4, 1 de setembro de 1860.

GOFFMAN, Erving. Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. 4ª Ed. Rio de Janeiro. LTC, 2008.

HEGENBERG, Leonidas. Doença: um estudo filosófico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações da saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). In: Estudos Históricos, Rio de Janeiro, vol,6, n.11, p.40-61, 1993.

LEAL, Vinicius Antonius Holanda de Barros. História da Medicina no Ceará. Fortaleza: INESP, 2019.

MACHADO, Roberto et al. Danação da norma. Rio de Janeiro, Graal. 1978.

MARTINS, Bruno Sena. E se eu fosse cego? Narrativas silenciadas da deficiência. Santa Maria da Feira: Rainho e Neves, Lda., 2006

NOGUEIRA, Paulino. Vocabulario indígena Em uso na província do Ceará. In: Revista Trimestral do Instituto do Ceará, Ceará, anno 1, Tomo 1, 4º trimestre de 1887.

ORLANDI, Eni P. Análise de Discurso: princípios e procedimentos. 8ª edição, Campinas, SP: Pontes, 2009.

PINHEIRO, Irineu. O Cariri: seu descobrimento, povoamento, costumes. 1950. Ed.fac-sim. Fortaleza: FWA, 2009.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina In LANDER, Edgardo. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais perspectivas latino-americanas. Colección Sur Sur, Buenos Aires, Argentina: CLACSO, p.107-130, 2005.

REZENDE, J. M. Modismos na História da Medicina. In: À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora Unifesp, p. 137-150, 2009.

SANTOS, Boaventura de Souza. Para além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: Revista Crítica de Ciências Sociais, 78, p. 3-46, 2007,

SILVA, José Lourenço de Castro e. Ligeiras observações sobre algumas enfermidades dos órgãos annexos ao globo occular e a ophtalmia aguda em geral. Tese de doutoramento para a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1850. Rio de Janeiro: Typographia de Francisco de Paula Brito, n.64, 1850.

VIEIRA, José Flávio. Dormindo à borda do abismo: a medicina no Cariri Cearense (1800-1900). Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2018.

Pandemia de covid-19 e o Ensino Remoto Emergencial: uma análise de desigualdades

Emilly Cristhiny Silvino Teles[1]
Eliza da Silva Vianna[2]

Introdução

"Escribir y pensar una epidemia es mucho mas fácil que vivirla". A frase do historiador Diego Armus abre uma das análises elaboradas durante o período inicial da pandemia de covid-19, em abril de 2020 (Armus, 2020, p. 91). Se dispor a analisar e narrar uma epidemia que foi também vivida, certamente não configura tarefa fácil, de modo que é necessário abrirmos a reflexão aqui apresentada situando algumas ressalvas.

1 Graduanda em Sistemas de Informação pela Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca – Unidade Penedo.
2 Professora EBTT do Instituto Federal de Alagoas, Campus Penedo. Doutora em História das Ciências e da Saúde.

Charles Rosenberg (1992) postula que ao estudar uma epidemia, não se analisa apenas o agente patogênico e sua propagação, mas também as narrativas que a envolvem. Cada sociedade, em diferentes momentos históricos, tem desenvolvido narrativas particulares em torno de determinadas doenças. Estas histórias, por sua vez, moldam a percepção pública, influenciando decisões políticas, práticas médicas, ou mesmo comportamentos individuais.

Ao explorar epidemias através deste prisma cultural e social, percebemos que as respostas a elas não são uniformes ao longo do tempo ou entre diferentes sociedades. Ainda de acordo com Rosenberg (1992), o que permanece constante, contudo, é a capacidade de uma epidemia de revelar profundas verdades sobre os valores, medos e aspirações de um grupo social. Ao considerarmos que a saúde e a doença não são apenas estados físicos, mas entidades culturalmente construídas, interagindo continuamente com as forças sociais em evolução, em momentos de crise, as epidemias fazem aflorar com ainda mais intensidade questões sociais já presentes. A pandemia de covid-19 foi, e permanece sendo, um exemplo vívido e doloroso disso.

As reflexões trazidas aqui são resultado de projeto de pesquisa realizado entre os meses março e dezembro de 2021, em que foram analisados dados referentes ao processo de implementação do Ensino Remoto Emergencial (ERE) no Instituto Federal de Alagoas (IFAL), Campus Penedo no ano de 2020.[3]

3 A pesquisa contou com financiamento do Núcleo de Estudos Afro-brasileiros e Indígenas (NEABI) do Instituto Federal de Alagoas (IFAL), Campus Penedo, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio do parecer no. 4.854.619.

Considerando as reflexões de Haraway (1995) sobre o conhecimento socialmente situado, é relevante para nós estabelecer uma breve apresentação do contexto histórico em que a pesquisa foi realizada, bem como das relações específicas das pesquisadoras com o objeto de estudo. Desta forma, é relevante destacar que as pesquisadoras participaram do processo de implementação do ERE como discente e docente. Além disso, a pesquisa teve como recorte temporal o ano de 2020 e foi realizada durante o ano de 2021, período em que a situação da pandemia se agravou, chegando aos números drásticos de mais de 5 mil óbitos por dia (IBGE, 2023).

Em dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS), recebeu notificação sobre vários casos de doença respiratória na cidade de Wuhan, na China. Ainda no mês de janeiro, foi identificado o novo tipo de coronavírus (OPAS, 2023). A covid-19 se espalhou rapidamente pelo mundo e, no dia 03 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde brasileiro declarou a doença como uma emergência de saúde pública (BRASIL, 2020). Em 26 de fevereiro de 2020 foi registrado o primeiro caso no Brasil e em 08 de março, o primeiro caso no estado de Alagoas (G1-ALAGOAS, 2020). No dia 22 de março, Roraima confirmou os dois primeiros casos de covid-19, fazendo com que a partir daquele momento todos os estados do país tivessem casos confirmados (G1-RORAIMA, 2020).

Em 25 de março de 2020, foi registrado o primeiro caso no município de Penedo/AL por meio de boletim epidemiológico (FIGURA 1). Penedo está localizada na região do baixo São Francisco, no sul do estado de Alagoas. Nesta cidade está situado o Ins-

tituto Federal de Alagoas (IFAL), Campos Penedo, objeto de estudo desta análise.

A primeira resposta do IFAL à emergência sanitária deu-se em dia 18 de março de 2020, com a suspensão de suas atividades presenciais (INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS, 2020a). Meses depois, foram aprovadas diretrizes para a retomada das aulas no formato do Ensino Remoto Emergencial (ERE) por meio da Resolução no. 50, de 28 de agosto de 2020 (INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS, 2020b). No *Campus* Penedo, o ERE foi implementado para as turmas concluintes em 28 de setembro de 2020 (INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS, 2020c) e em 16 de novembro de 2020 para as demais (INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS, 2020d).

Silva, Andrade e Brinatti (2020) definem o Ensino Remoto Emergencial (ERE) como uma resposta imediata à necessidade de continuação das atividades de ensino-aprendizagem em meio à crise. Em suas análises, é possível compreender que o ERE não é um modelo pedagógico deliberadamente construído para o ambiente virtual, uma vez que em circunstâncias normais, muitas dessas aulas seriam presenciais ou adotariam um formato híbrido. Portanto, o ERE representou uma transição adaptativa, cuja intenção seria retornar ao formato original após a resolução da situação de emergência.

A medida de suspensão das atividades presenciais e implementação do ERE teve consonância com a formulação do direito à saúde, previsto na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2016), que, em seu artigo 196 estabelece que:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Art. 196).

Durante a emergência sanitária enfrentada no Brasil, o direito à saúde da população foi frequentemente desconsiderado e, em muitos casos, subordinado às preocupações econômicas. A crise econômica, intensificada pela situação sanitária, trouxe consigo altas taxas de desemprego, inflação e aumento da miséria. Mesmo após a covid-19 deixar de ser categorizada como emergência global pela OMS, em maio de 2023 (OPAS/OMS, 2023), as sequelas dessas crises continuam a afetar cotidianamente a população.

Diante desse cenário, a garantia do direito à educação, também previsto na Constituição em seu art. 205 (BRASIL, 2016), tornou-se um desafio ainda maior. Como sabemos, a alternativa institucional encontrada, da implementação do Ensino Remoto Emergencial, agregou dificuldades que em grande medida estão intrinsecamente relacionadas ao cenário de desigualdades do Brasil, onde a garantia de direitos básicos permanece sendo um desafio. Logo, toda a comunidade escolar vivenciou o desafio de implementação do ERE diante das condições de desigualdade raciais, sociais, de gênero e de orientação sexual; na tentativa de garantir, diante de uma grave condição sanitária, o direito à educação de nossos/as estudantes.

A partir desse quadro, a pesquisa aqui apresentada teve por objetivo analisar o processo de implementação do Ensino Remoto Emergencial (ERE), considerando o cenário de desigualdades

presente no Brasil e, consequentemente, no Campus IFAL/Penedo. Nossa principal hipótese é de que o contexto pandêmico trouxe o agravamento das condições de desigualdade social, considerando seus gradientes de raça e classe.

Cabe destacar que o ERE se tornou um tema amplamente discutido na esfera acadêmica desde os seus primeiros momentos de implementação. Ainda no ano de 2020, em meio a todas as incertezas que pairavam a pandemia, podem ser identificadas múltiplas publicações em revistas acadêmicas ou em coletâneas (RONDIN et al, 2020; CUNHA, SILVA & SILVA, 2020; VALENTE et al, 2020; CONCEIÇÃO, PEREIRA & SOUZA, 2021; MURTA, 2021; GOTTSCHALCK, D. R. S.; TAVARES, 2021), que versam sobre o tema, motivadas pelo interesse em trazer ao debate público as inquietações, os desafios, e as experiências que se apresentavam a Educação brasileira naquele momento.

A pandemia de Covid-19 no Instituto Federal de Alagoas, Campus Penedo

Localizada na região do Baixo São Francisco, em Alagoas, Penedo é um dos municípios mais antigos do Nordeste, tendo sido fundada no início do século XVI, mais precisamente em 1565 (IPHAN, s/d). Historicamente, desempenhou um papel significativo durante o período colonial, principalmente devido à sua posição estratégica à margem direita do Rio São Francisco. Este legado pode ser observado em seu patrimônio arquitetônico, tombado pelo IPHAN em 1996. A cidade possui edificações que

datam dos séculos XVIII e XIX, que por meio das políticas de preservação tornaram-se, com o tempo, alguns dos principais atrativos turísticos do município.

No que se refere à população, o censo do IBGE de 2022 registrou que Penedo possuía aproximadamente 58.647 habitantes, com uma renda média de 2,1 salários mínimos. Ainda de acordo com o IBGE, a taxa de escolarização de crianças de 6 a 14 anos de idade 94,6 %. O município possui 39 instituições de ensino fundamental e 12 de ensino médio, totalizando mais de 11 mil estudantes matriculados (IBGE, 2022)

Em termos econômicos, Penedo historicamente se beneficiou de sua localização portuária. No entanto, ao longo dos anos, a economia da cidade se diversificou para abranger a agricultura e a pesca. Recentemente, o turismo, especialmente aquele voltado para o patrimônio cultural e histórico, tem desempenhado um papel crescente na economia local. Ainda assim, a cidade enfrenta desafios em áreas como saúde, educação e saneamento básico. Estas questões têm sido constantemente abordadas por políticas públicas e investimentos, mas continuam sendo pontos de atenção para a gestão municipal.

No que diz respeito aos impactos da pandemia de covid-19, a tabela abaixo foi produzida a fim de ilustrar, de forma mais consistente, os dados relativos a casos da doença entre março de 2020 a março de 2021 com base no levantamento feito através dos boletins epidemiológicos disponibilizados no site da prefeitura de Penedo (AL). É importante destacar que há críticas sobre a subnotificação de casos no Brasil, como aponta Alves Neto (2020). Como

é possível observar na tabela, o primeiro caso foi registrado no dia 25 de março de 2023, havendo um aumento significativo apenas no mês de maio, com aumentos significativos até o momento em que este levantamento foi interrompido.

Figura 1 - Tabela de casos de covid-19 no município de Penedo (AL) entre os meses de março de 2020 a março de 2021

Dias	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
1				31			1225	1434	1560	1631	1851		2205
2				44		858	1231	1440		1637			2218
3				45	448	920	1240		1566	1641			2228
4				63	448				1566	1643	1787		2239
5			2	78	453		1244	1448	1575		1798		2244
6			4	78		947							
7			4	94	489	958	1249	1448		1656			
8		3	4	96		964	1249	1482				2080	2258
9				107			1260	1490	1581	1664			
10			5	121		986	1282	1494	1584	1670		2097	2273
11			5	130			1290				1873	2101	2279
12			6	130					1588			2114	2298
13			7	138					1591	1686			
14			7	138			1299	1506		1689	1889		
15			7	143			1309	1511		1698			2310
16			11				1319	1520	1595				2357
17			13	165					1597				2371
18			13	174			1320		1601			2140	2408
19				192				1524	1605			2152	2453
20			13	196				1528					2475
21			13					1530					
22			13	196				1531		1720		2161	2528

23			**18**				**1339**	**1532**	**1612**	**1734**		**2167**	**2550**
24			**18**	**232**		**1077**	**1342**		**1615**	**1748**		**2171**	**2571**
25	**1**		**23**	**255**		**1091**	**1348**		**1618**	**1767**		**2180**	**2594**
26			**23**			**1178**		**1537**	**1619**			**2190**	**2517**
27			**23**			**1200**		**1539**	**1625**				**2633**
28		**6**	**26**			**1208**		**1547**					
29			**26**				**1407**			**1775**			**2667**
30	**2**		**34**			**1215**	**1413**		**1629**				**2680**
31	**2**		**34**			**1222**		**1550**					

Fonte: Acervo da Autoras 2021[4]

A metodologia utilizada na pesquisa compreendeu a comparação entre dados públicos sobre a pandemia, tais como os *Boletins Epidemiológicos da cidade de Penedo, Alagoas* (SECRETARIA DE SAÚDE, 2020), e análises sobre o agravamento das desigualdades, como o *Relatório de Pesquisa Juventude e Pandemia* (CONJUVE, 2020) *e Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil* (PENSSAN, 2021); bem como dados específicos sobre o corpo discente do Instituto Federal de Alagoas (IFAL), Campus Penedo, disponibilizados pelo setor de Assistência Social e coletados especificamente pela equipe de pesquisa.

Os dados específicos sobre o corpo discente foram provenientes de questionário socioeconômico aplicado pelo setor de Serviço Social do campus por ocasião do edital para a concessão de auxílio conectividade, em novembro de 2020, totalizando 423 respostas.

4 Os dados desta tabela foram feitos com base nos boletins epidemiológicos publicados no site da prefeitura de Penedo entre os dias 01 de março de 2020 e 31 de março de 2021.

A análise quantitativa da base de dados feita de forma anonimizada, suprimidos nomes, datas de nascimento e quaisquer dados pessoais que pudessem permitir a identificação dos(as) estudantes. As categorias analisadas compreenderam os seguintes critérios: raça, condições e local de moradia (bairro), renda, composição familiar, acesso aos programas de assistência estudantil e condições de conectividade.

Os dados quantitativos dos(as) estudantes atendidos(as) pelo setor de Assistência Estudantil foram comparados com os dados disponibilizados nos seguintes documentos: *Relatório de Pesquisa Juventude e Pandemia* (Conselho Nacional de Juventude, 2020) e *Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil* (PENSSAN, 2021). Tal comparação teve por objetivo identificar a relação entre o contexto específico dos estudantes do Instituto Federal de Alagoas, Campus Penedo, e o contexto geral do país durante a pandemia, considerando principalmente o ambiente escolar.

Após a emergência sanitária decorrente da covid-19, que teve início em março de 2020, a situação global tem demonstrado uma retomada graças à ampla vacinação e esforços combinados de comunidades e nações. Agora, em 2023, com a OMS declarando o fim da emergência sanitária, refletimos sobre a magnitude do impacto desse evento histórico em suas mais distintas dimensões. Em cidades como Penedo, o período pandêmico foi agravado por desafios, incluindo o ceticismo de muitos em relação à ciência e à própria gravidade do vírus.

A desigualdade emergiu com uma clareza perturbadora durante esse período, com o ensino remoto expondo disparidades preexistentes. Com a pandemia agora em nosso retrovisor, é essencial compreender de discutir as complexidades que compuseram esse processo.

Tudo começou em 3 de fevereiro de 2020, com a declaração do Ministério da Saúde, reconhecendo a covid-19 como uma emergência de saúde pública. Inicialmente, muitos acreditavam que o Brasil seria poupado, mas essa noção foi rapidamente dissipada quando, em 26 de fevereiro, o país registrou seu primeiro caso. A progressão foi veloz, e, já em 8 de março, Alagoas notificou sua primeira infecção. Aquilo que parecia distante e restrito às metrópoles alcançou nosso estado, levando à adoção de medidas mais rigorosas. Em resposta, o governo de Alagoas emitiu seu primeiro decreto relacionado à pandemia em 12 de março.

O IFAL, assim como o estado, tomou atitudes sobre essa situação e, no dia 13 de março de 2020, a reitoria publicou uma nota de recomendação sobre a covid-19. Com o agravamento de casos e por precaução, no dia 20 de março de 2020, a Pró-reitoria de Ensino comunicou à comunidade acadêmica da instituição a suspensão das atividades presenciais no período de 18 de março a 1º de abril (INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS, 2020e). No dia 26 de março, a prefeitura de Penedo publicou decreto sobre prevenção ao contágio do novo coronavírus e os casos começaram a crescer.

O que achávamos ser precaução foi se alongando e, no dia 2 de abril, o município publicou mais um decreto de prorrogação de medidas sanitárias. Com todas as atividades presenciais

suspensas, no dia 8 de abril, o IFAL publicou nota técnica com orientações de atividades remotas durante a suspensão (INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS, 2020f). A situação piora quando, no dia 07 de maio o município publica em seu Diário Oficial um Decreto com mais uma atualização de medidas sanitárias na cidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE PENEDO, 2020).

Em 15 de maio de 2020, frente aos riscos crescentes da covid-19, o IFAL decidiu estender a suspensão de suas atividades acadêmicas. Já havia mais de um mês sem aulas, e a segurança dos alunos e profissionais era a prioridade. A sociedade enfrentava inúmeros desafios simultâneos: aumento do desemprego, crescente insegurança alimentar, dificuldades financeiras, entre outros. No mesmo dia, o IFAL-Campus Penedo divulgou, em seu site oficial, o resultado preliminar do auxílio permanência (INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS, 2020g).

O auxílio permanência é uma iniciativa adotada por diversas instituições de ensino federais brasileiras com o objetivo de garantir a inclusão e permanência de estudantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Essa ajuda financeira busca minimizar as desigualdades e obstáculos que possam interferir no processo educativo dos alunos e alunas, facilitando a continuidade de seus estudos e evitando a evasão escolar.

Durante a pandemia, o IFAL implementou os seguintes programas de assistência estudantil: o Programa Auxílio Permanência (PAuP), criado com o objetivo de assegurar a permanência e a qualidade de estudo para alunos/as que enfrentam situações de vulnerabilidade socioeconômica; o Auxílio Conectividade, introduzido

visando garantir que os estudantes sem acesso à internet mantenham seu vínculo com a instituição. Este auxílio se manifesta tanto na forma de suporte financeiro para a contratação de serviços de internet quanto na disponibilização de equipamentos, como tablets; e por fim o Programa Alunos Conectados Adicionalmente, em parceria com o Ministério da Educação, que tinha por objetivo oferecer chips telefônicos com franquias de dados, facilitando a continuidade das atividades acadêmicas dos estudantes fora do campus.

Quatro meses após a suspensão das aulas e com apenas interações superficiais acontecendo online, em 16 de julho de 2020, a direção de ensino do Campus Penedo convocou os estudantes para debater o potencial retorno do calendário letivo. No esforço de aliviar as adversidades enfrentadas pelos alunos durante este período, a equipe de nutrição do campus, em 4 de setembro de 2020, anunciou a distribuição de kits contendo produtos alimentícios.

Reconhecendo as necessidades tecnológicas dos estudantes em um ambiente de ensino à distância, a instituição lançou em 8 de setembro de 2020 o já mencionado Auxílio Conectividade. Aqueles que já haviam sido beneficiados pelo auxílio permanência tiveram até o dia 15 de setembro para aderir ao programa. Em 21 de setembro de 2020, os resultados do auxílio conectividade foram divulgados para os estudantes já cadastrados no PAuP (Auxílio Permanência). Esta etapa reacendeu as esperanças de um retorno às aulas online. Em uma manifestação concreta desse progresso, a primeira leva de tablets do auxílio conectividade foi distribuída em 26 de setembro de 2020, sinalizando que o retorno às aulas remotas estava próximo.

Dito isso, no dia 27 de setembro foi entregue a nova proposta do novo calendário do ano letivo. O Ensino Remoto foi implementado para as turmas concluintes em 28 de setembro de 2020 (INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS, 2020c) e em 16 de novembro de 2020 para as demais (INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS, 2020d).

Apesar de terem sido tomadas medidas para diminuir as dificuldades dos/as estudantes, é importante pontuar que todos esses auxílios foram temporários e insuficientes quando consideramos as perdas de vidas provocadas pela pandemia, o desemprego e a inflação que aumentaram nesse período.

Com isso, tendo em vista todo o processo descrito até aqui, tentamos identificar como as desigualdades prejudicaram e prejudicam os(as) alunos(as) no nosso campus durante a pandemia de covid-19. Para compreender a relação entre estudantes de nosso campus e o contexto geral do país, foram lidos dois documentos que abordam em desigualdades e vulnerabilidades referentes à educação e à fome.

O primeiro deles, o relatório *Educação e Aprendizagem: percepções sobre o ensino remoto e continuidade dos estudos* (2020), foi produzido com a iniciativa da Conselho Nacional de Juventude (CONJUVE) junto a outras organizações. Este resulta de uma pesquisa abrangendo as cinco grandes regiões do Brasil, onde foram aplicados questionários com 48 perguntas divididas nas seguintes oito temáticas: informação; hábitos; educação aprendizado; economia; emprego e renda; saúde e bem-estar; contexto e expectativas; e perfil socioeconômico mantido em uma plataforma online para jovens de 15 a 29 anos.

Com total de 33.000 jovens participantes, seus resultados são significativos, levando à conclusão de que a pandemia afetou os jovens em diferentes aspectos da vida, principalmente, na disponibilidade financeira e na saúde emocional. Identificaram que a pandemia de 2020 provocou muito estresse, prejudicando o ensino e a organização dos estudos, tendo 28% dos jovens que não pretendiam voltar às aulas e 49% que desistiram de fazer o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM).

Ao se aprofundar mais e observar as desigualdades, estas pendem para o lado mais vulnerável, onde, na sua grande maioria, são mulheres negras, e como a falta de educação que deveria ser um direito se tornou uma grande desigualdade onde os jovens que passam por vulnerabilidade têm pouco acesso à educação de forma remota.

O segundo documento que utilizamos foi o *Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil: Insegurança Alimentar e Covid-19 no Brasil* (VIGISAN, 2021). Trata-se de um projeto da Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (Rede PENSSAN) que visa saber como estava a alimentação regular dos/as brasileiros/as durante a pandemia de covid-19. Para tanto, foi preciso dividir as cinco principais regiões do Brasil, no projeto foram consideradas a zona urbana e a zona rural dos estados. Foram feitas entrevistas nos domicílios em dezembro de 2020 com pessoas com idade igual ou maior que 18 anos, independente se o(a) entrevistado(a) fosse ou não o(a) "chefe" da casa, o importante era que essa pessoa pudesse dar informações sobre o perfil demográfico, alimentação e rendimento da residência.

Em 2020, a insegurança alimentar atingiu níveis alarmantes no Brasil: de um total de 211,7 milhões de brasileiros, 116,8 milhões enfrentaram algum grau de insegurança alimentar, com 19 milhões vivenciando a fome. As desigualdades são acentuadas nas regiões norte e nordeste, onde 25% da população vive com rendimentos mensais inferiores a um quarto do salário-mínimo, que era de R$1.100. Isso significa que, para muitos, a renda per capita fica em torno de 250 reais por mês. O estudo também revelou que a insegurança alimentar é significativamente mais alta em famílias com líderes desempregados ou em trabalhos informais. Fatores como gênero, raça, classe social e escolaridade influenciam nas chances de desemprego e, consequentemente, em situações de insegurança alimentar ou fome.

A situação de insegurança alimentar não é determinada apenas pelo desemprego. As circunstâncias que levam alguém ao desemprego, as razões para essa condição e os motivos pelos quais algumas pessoas, mesmo trabalhando informalmente, enfrentam insegurança alimentar são complexos e interligados. Essas questões, embora difíceis de responder completamente, exigem uma análise profunda dos problemas subjacentes, como a educação insuficiente e outras desigualdades sistêmicas.

Em 2019, antes mesmo da chegada da pandemia ao Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) já apontava uma disparidade educacional preocupante: o abandono escolar entre jovens de famílias de baixa renda era oito vezes maior. Esse cenário era especialmente crítico em Alagoas, estado que já registrava o maior índice de analfabetismo do país (GAZETAWEB, 2020). A

crise sanitária agravou ainda mais essa situação. O ensino remoto, que se tornou a principal ferramenta educacional durante a pandemia, revelou-se um desafio devido às barreiras de acesso à internet enfrentadas por muitos estudantes. Além disso, essa exclusão educacional projeta-se no mercado de trabalho, marginalizando ainda mais aqueles que já enfrentam barreiras socioeconômicas. Sem uma formação adequada, muitos jovens encontram portas fechadas no competitivo cenário laboral, reforçando um ciclo de desigualdade que demanda atenção e ações concretas para sua interrupção.

No trecho destacado abaixo, Medeiros (2021), sintetiza os dados sobre acesso a equipamentos e conectividade no estado alagoano:

> Segundo dados da PNAD [Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios], no quarto trimestre de 2018, 32,8% dos domicílios alagoanos possuíam algum tipo de restrição de acesso à internet, enquanto a média brasileira de restrição ao acesso era de 20,1%. Já a PNAD de 2015 demonstrou que 73,1% dos domicílios alagoanos não possuíam acesso a microcomputador, a média brasileira de domicílios com acesso a um microcomputador, no mesmo período, era de 46,2%. Apenas 9,8% dos domicílios alagoanos possuíam tablet, enquanto a média nacional era de 16,3%. Da população alagoana com acesso à internet, 97% dos internautas navegam pelo celular[...] (MEDEIROS, 2021, p. 4)".

A desigualdade no acesso à educação digital torna-se evidente ao considerarmos os desafios relacionados ao ensino online. É notório que utilizar exclusivamente meios digitais é limitante, dado que muitos estudantes não possuem acesso à internet, ou, quan-

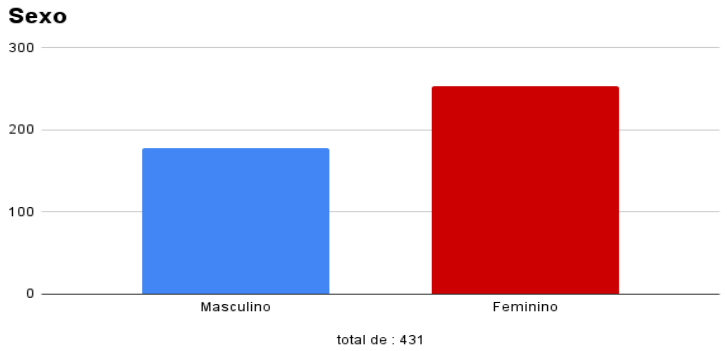
do possuem, o fazem por meio de dispositivos inadequados para o aprendizado, afastando-se, assim, das garantias estipuladas pela constituição.

Ao examinar essa situação mais de perto, voltamos nosso olhar para a realidade do nosso campus (IFAL-Campus Penedo). A assistência social forneceu dados anonimizados do questionário socioeconômico aplicado aos estudantes durante o processo seletivo para a concessão de auxílios conectividade, em 2020. Do total, 431 estudantes solicitaram auxílio da assistência estudantil, representando 73,8% dos 584 estudantes matriculados na instituição em 2020. A partir desses dados, realizamos análises abrangendo variáveis como raça, situação laboral, renda, entre outras, e elaboramos gráficos para melhor compreensão do cenário.

As desigualdades no Ensino Remoto Emergencial

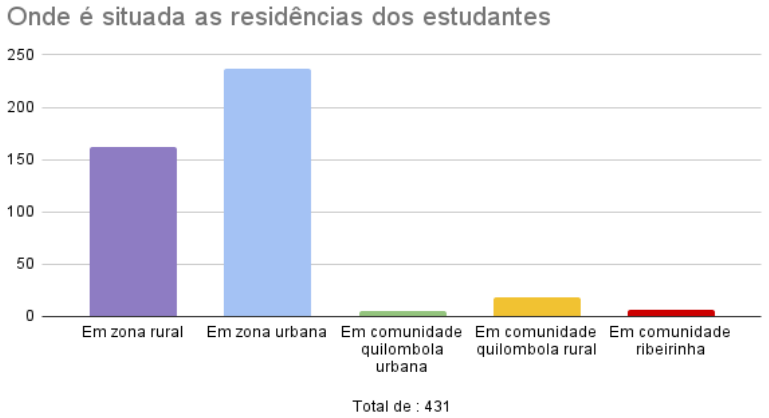
Destacamos abaixo a síntese dos resultados obtidos com a análise dos dados cedidos pela Assistência Social do campus. Do total de 431 pessoas que responderam ao questionário socioeconômico do IFAL campus Penedo, 58,7% são mulheres e 41,3% homens, como é possível ver no Gráfico 1.

Gráfico 1. Gênero dos alunos (as) que responderam o questionário socioeconômico do IFAL – *Campus* Penedo



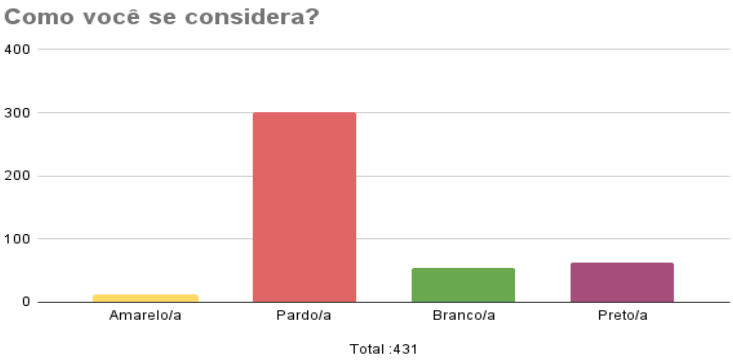
Dos estudantes que responderam, 4,2% morava em comunidades quilombolas; 37,8% em zona rural; 55,2% em zona urbana e 2,8% em zona urbana quilombola. Cabe observar que os dados sobre zona urbana quilombola podem ser menores do que a realidade devido ao desconhecimento sobre o quilombo urbano do município, como é possível observar no Gráfico 2.

Gráfico 2. Localização da Residência dos estudantes.



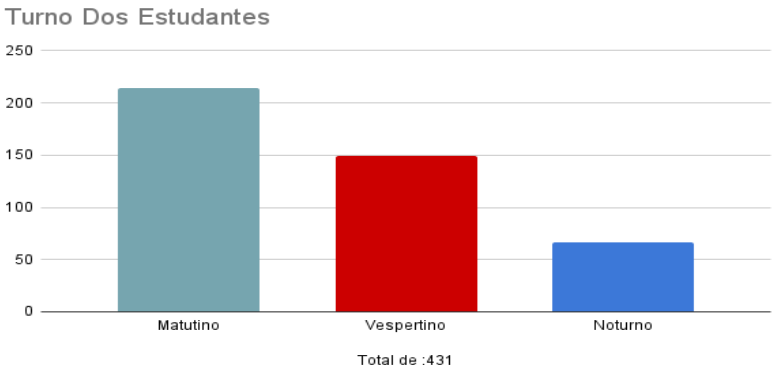
Das pessoas que responderam, 14,5% se consideram pretos/as, 70,2% se consideram pardos, 12,8% se consideram brancos/as, e 2,6% amarelos/as, como é possível ver no Gráfico 4. Este dado sinaliza a importância de que debates raciais sejam priorizados na instituição, salientando a necessidade de fortalecimento do Núcleo de Estudos Afro-brasileiros e Indígenas (NEABI) a que essa pesquisa é vinculada.

Gráfico 3. Categoria cor/raça dos alunos (as).



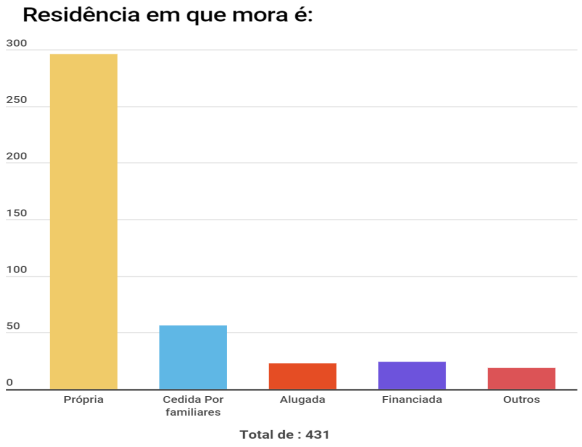
Dos estudantes que responderam ao questionário, 49,9% estudavam pela manhã, 34,7% estudavam pela tarde e 15,4% pela noite, como dá para ver no Gráfico 4 abaixo.

Gráfico 4. Turno escolar dos Estudantes.



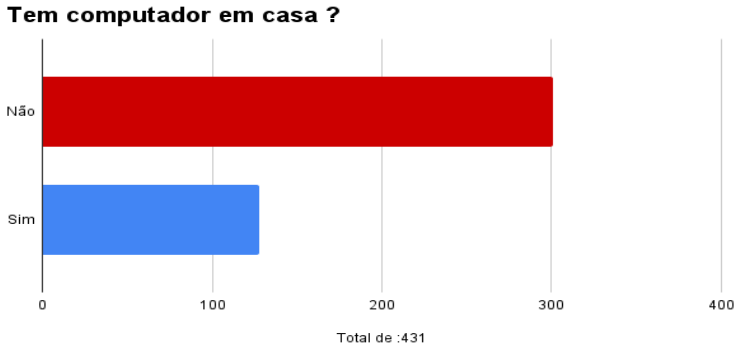
Foi também perguntado aos estudantes como era o *status* da residência, obtendo-se a informação de que 69,0% têm casa própria; 13,1% residem em local cedido pela família; 7,7% vivem em moradia alugada; 5,6% em moradia financiada; e 4,6% de outras formas, o que pode se observar no Gráfico 5.

Gráfico 5. Status da habitação dos alunos (as).



Foi perguntado aos alunos se eles tinham computador pessoal ou para estudo, de modo que 29,8% responderam sim e 70,2% disseram que não, como demonstrado no Gráfico 6 abaixo. Esse dado corrobora a síntese colocada por Medeiros (2021), de que a maioria dos acessos à internet no estado de Alagoas ocorrem via equipamento celular. Cabe pontuarmos as dificuldades de participação do ensino remoto com o uso deste equipamento, cujo visor é pequeno, o que já dificulta a compreensão e atenção dos(as) estudantes.

Gráfico 6. Percentual de alunos (as) que possuem computador pessoal



Foi perguntado aos alunos também quantos tinham internet em casa, dos quais obteve-se a informação de que 80,2% afirmaram ter acesso à internet e 19,8% disseram que não. Entre os que possuíam acesso à internet, 68,2% afirmaram ter internet a cabo; 7,2% internet móvel; 4,8% internet móvel a cabo, wi-fi ou rádio. Os dados estão esquematizados nos gráficos 7 e 7.1 abaixo. É também importante lembrar que não foi perguntado a respeito da estabilidade da conexão, contudo, há constantes queixas de interrupção ines-

perada do serviço de internet e de eletricidade em diversos bairros da cidade.

Gráfico 7. Acesso à internet

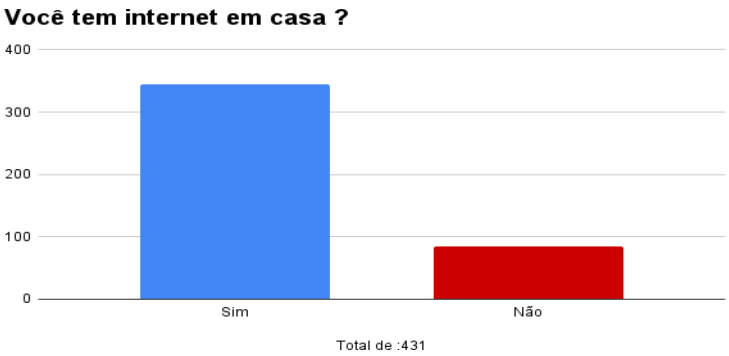
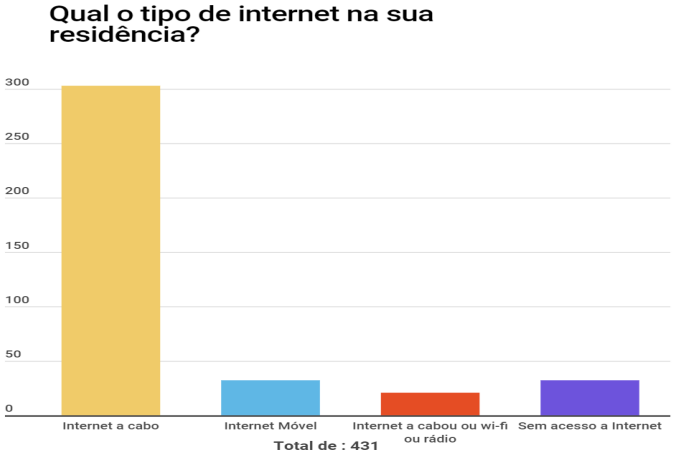
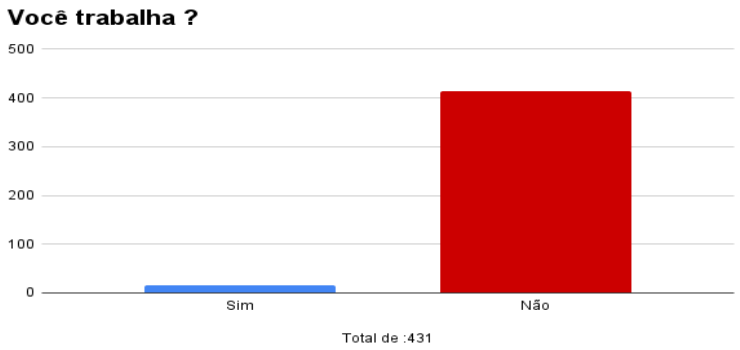


Gráfico 8. Tipo de internet utilizada na residência dos alunos (as)



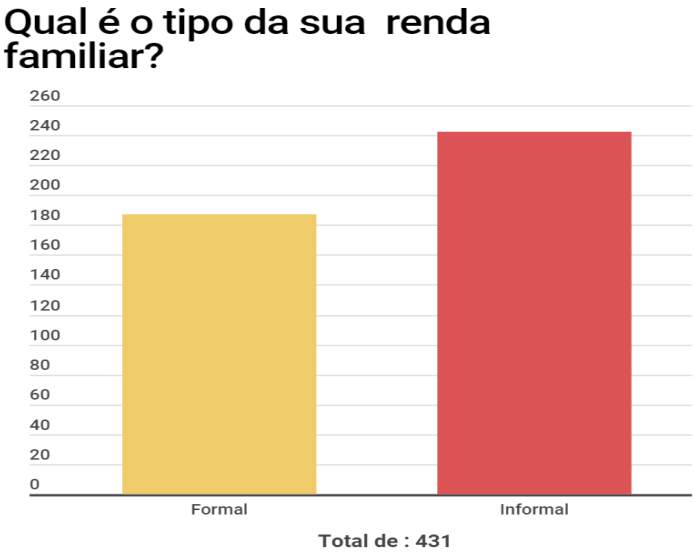
Na ocasião em que foi aplicado o questionário, 96,3% dos/as estudantes que responderam disseram que não estavam trabalhando e 3,7% afirmaram que trabalhavam, conforme aparece no Gráfico 9.

Gráfico 9. Alunos que atuam no mercado de trabalho.



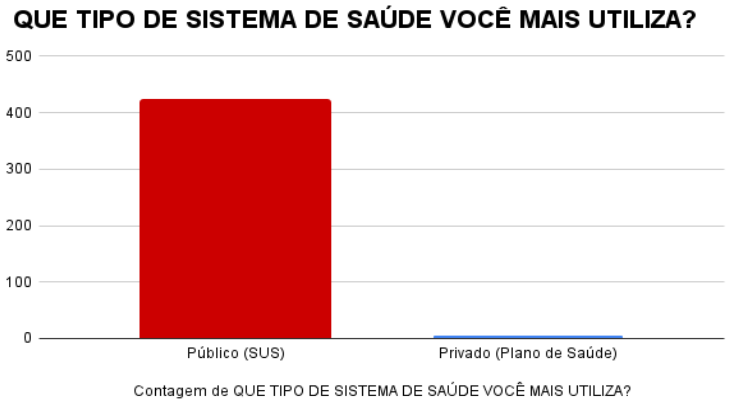
Sobre o tipo de renda familiar obtida pela família, 38,3% dos alunos disseram que era por trabalho formal e 56,4% por trabalho informal, como é possível ver na no Gráfico 10. Como podemos observar, estes dados confirmam o quanto a renda é baixa, dificultando vários aspectos durante a pandemia, principalmente no período de ensino remoto emergencial.

Gráfico 10. Renda familiar dos alunos (as)



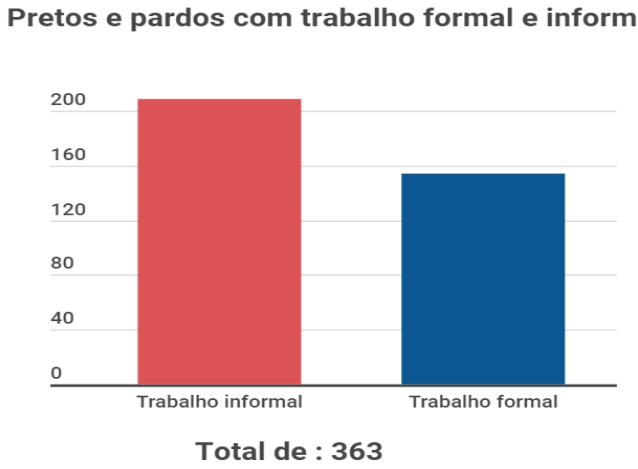
Sobre o tipo de sistema de saúde utilizado pelos discentes, 98,6% disseram que era o Sistema Único de Saúde (SUS) e 1,4% afirmaram fazer uso da saúde privada, como demonstrado no Gráfico 11. Esse dado é importante de ser observado no contexto da pandemia, o que deve ser complementado com a informação de que o município de Penedo conta com 25 leitos de UTI'S, fornecidas apenas durante a pandemia (Prefeitura de Penedo, 2020).

Gráfico 11. Sistema de Saúde que utiliza



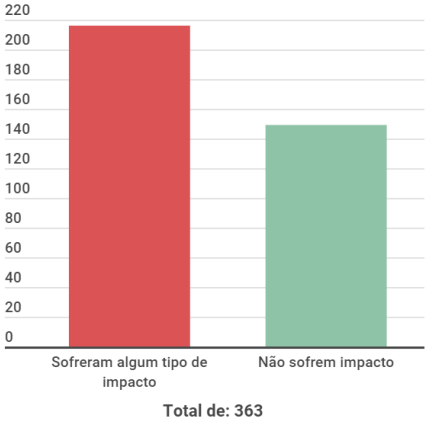
Os dados indicam que, durante a pandemia, aqueles com rendimentos oriundos do trabalho informal foram mais prejudicados, enquanto os provenientes do trabalho formal, apesar de enfrentarem despesas elevadas, mantiveram sua renda estável. Além disso, a maioria dos indivíduos autodeclarados pretos ou pardos atua no setor informal e possui menor acesso à internet. Dos 363 autodeclarados pretos e pardos, 57,8% têm renda de trabalho informal e 42,2% de trabalho formal, conforme ilustrado no Gráfico 12.

Gráfico 12. Modalidade de trabalho entre pretos e pardos.



Também é possível perceber que pretos e pardos tiveram mais impacto na renda familiar durante a pandemia: dos 363 pretos e pardos, 59,5% sofreram algum tipo de impacto e 40,5% disseram que não. O Gráfico 13 ilustra esse dado:

Gráfico 13. Famílias com renda impactada durante a pandemia



Como foi destacado anteriormente, entre as iniciativas de auxílio permanência aos alunos, o IFAL-Campus Penedo promoveu o fornecimento de acesso à internet, oferecendo tablets ou um auxílio financeiro. O valor do auxílio era de R$ 700,00, além de R$ 70,00 destinados à contratação de internet. Dentre os alunos sem acesso à internet, 19% eram autodeclarados negros e pardos. Do total de 363 participantes negros e pardos, 31,6% afirmaram não ter sido beneficiados com o auxílio ou o dispositivo. Muitos desses estudantes, além de não possuírem internet, tinham sua renda familiar originada de trabalho informal.

Dos pretos e pardos, 10,1% disseram não precisar do recurso, 31,6% disseram que não foram contemplados e 58,2% disseram ser contemplados com o tablet ou com o valor de R$ 700,00 para compra de um computador portátil (tablet ou notebook). Dos 363 pretos e pardos, 81% informaram ter acesso à internet, enquanto 19% não possuíam acesso.

Gráfico 14: Alunos (as) beneficiados com auxílios oferecidos pelo IFAL Campus Penedo.

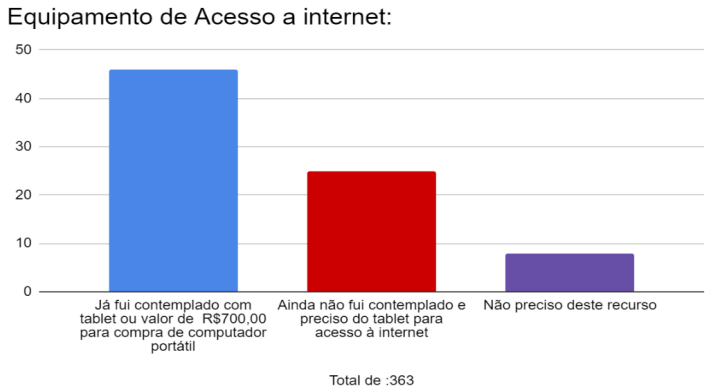
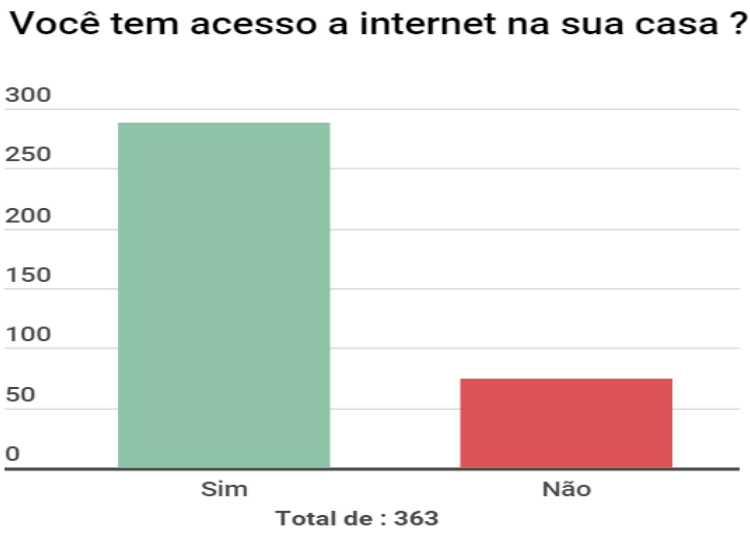


Gráfico 15:

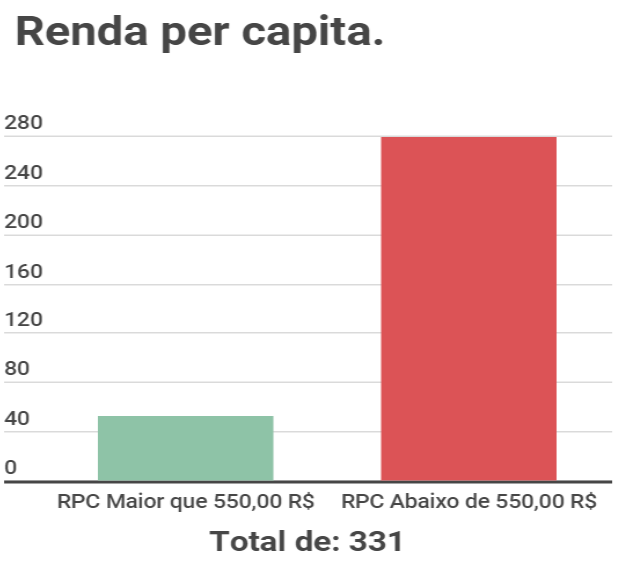


Foi visto também a situação de renda per capita (RPC) por alunos. Dos 431 estudantes que responderam ao questionário, 331 informaram a renda per capita; destes, 84,3% têm a renda abaixo de R$ 550,00, valor *per capita* levando em consideração o salário-

-mínimo no valor de R$ 1,100. Desses 84,3% a maioria sendo autodeclarada, preta ou parda e como vimos no gráfico da Gráfico 11, a maioria dos pretos e pardos têm trabalho informal sendo assim ao observar, as pessoas com renda abaixo de 550,00 reais são pretas ou pardas cuja renda familiar provém de trabalho informal.

Além disso, são também as que mais sofreram impactos na renda durante a pandemia, as que têm menos acesso à internet e com menos acesso a equipamentos também. Dos 84,3% com a renda abaixo do valor necessário, 8,7% têm a renda igual a 0,00 (zero) reais estando em total vulnerabilidade. No Gráfico 16 do gráfico abaixo é visto a quantidade de pessoas com a RPC.

Gráfico 16. Renda per capita dos alunos (as)



Considerações finais

Entre 2020 e 2023, o Brasil registrou oficialmente 705.775 vítimas fatais da covid-19. O total de casos foi de 37.796.956, dos quais ainda não se sabe quantas pessoas enfrentam desdobramentos da covid longa ou síndrome pós-covid.[5] O estado de Alagoas registrou 7.302 óbitos por covid, dos quais 2.489 no ano de 2020 (Ministério da Saúde, 2023).

A emergência sanitária trouxe aspectos como o isolamento social, o medo do contágio, o colapso dos sistemas de saúde, o descaso do poder público, a defesa de medicamentos ineficazes, agravamento das desigualdades etc. Apesar de o estado emergencial do evento pandêmico ter se encerrado, ainda há muito o que se discutir acerca dos impactos sociais da Covid-19, os desafios na reabilitação das pessoas doentes, a experiência daquelas que sobreviveram à doença e/ou perderem entes queridos. Não menos importante, a memória e o trauma coletivos e individuais são elementos que demandam atenção da sociedade e do Estado.

Desde o início da pandemia, historiadores/as das doenças têm se mobilizado para tentar compreender o fenômeno que evocou inúmeras questões para análise. As desigualdades no acesso à educação, particularmente no formato do Ensino Remoto Emergencial, figuram entre as iniquidades agravadas no contexto pandêmico, bem como estão no escopo de impactos sociais da Covid-19 que necessitam de atenção, principalmente se considerada a tendência de manutenção e intensificação de práticas e modelos adotados durante a

5 Sobre covid longa e síndrome pós-covid, ver Santos Filho e Lima (2021).

pandemia para a área da educação.

Um recorte pequeno como este ajuda a elucidar alguns aspectos relacionados à experiência de processos históricos de escalar macro em perspectivas locais e fora de grandes centros urbanos. Também possibilita aprofundar discussões acerca do caráter de ruptura na ordem social causada pelas epidemias e pandemias, algo que vai muito além da dimensão biológica e mesmo da própria área da saúde, como explorado neste capítulo.

Na contramão de um discurso liberal de que a doença não veria desigualdades e estaríamos todos no mesmo barco, a pandemia de Covid-19 mostrou como as iniquidades sociais possuem efeito direto na saúde e tornou nítida a relação entre o grau de vulnerabilidade social e os efeitos da doença. Não só pessoas mais vulneráveis socialmente morreram mais pela doença do coronavírus, mas também foram elas que sofreram de maneira mais intensa os variados impactos da pandemia na vida social.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO NETO, L.A. A notificação de doenças no Brasil: um problema histórico. Boletim Eletrônico da Sociedade Brasileira de História da Ciência, n. 24, jun. 2020. Disponível em: <https://www.sbhc.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=1091>. Acessado em 24 de agosto de 2023.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 188, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União, Brasília, DF, edição 24-A, seção 1 - Extra, p. 1, 4 fev. 2020.

CONCEIÇÃO, A. N.; PEREIRA, A. A.; SOUZA, M. M. G. S. (Orgs.). De repente, uma pandemia: discussões sobre os processos educacionais durante o período de distanciamento social. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2021.

CONJUVE. Juventudes e a Pandemia do Coronavírus – 2ª edição. 2021. Disponível em: <https://atlasdasjuventudes.com.br/wp-content/uploads/2021/08/JuventudesEPandemia2_Relatorio_Nacional_20210702.pdf>. Acessado em 23 de agosto de 2023.

CUNHA, Leonardo Ferreira Farias da; SILVA, Alcineia de Souza; SILVA, Aurênio Pereira da. O ensino remoto no Brasil em tempos de pandemia: diálogos acerca da qualidade e do direito e acesso à educação. 2020.

G1 - ALAGOAS. Homem que veio da Itália é o primeiro caso confirmado de coronavírus em Alagoas, diz Secretaria. 08/03/2020. Disponível em: <g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2020/03/08/homem-que-veio-da-italia-e-o-primeiro-caso-confirmado-de-coronavírus-em-alagoas-diz-secretaria.ghtml>. Acessado em: 23 de agosto de 2023.

G1 - RORAIMA. Governo confirma dois primeiros casos de coronavírus em RR. 21/03/2020. Disponível em: <g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2020/03/21/governo-confirma-dois-primeiros-casos-de-coronavírus-em-rr.ghtml>. Acessado em: 23 de agosto de 2023.

GAZETAWEB. IBGE revela que Alagoas continua na liderança do analfabetismo no país. 2020. Disponível em: <https://www.gazetaweb.com/noticias/geral/ibge-revela-que-alagoas-continua-na-lideranca-do-analfabetismo-no-pais/>. Acessado em 25 de agosto de 2023.

GOTTSCHALCK, D. R. S.; TAVARES, D. (org). Educação e Pandemia: (Re) Inventando o Processo de Ensino-Aprendizagem na Sala de Aula. Maringá, PR: Uniedusul, 2021.

IBGE. Censo demográfico 2022: resultados gerais da amostra. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>. Acessado em 25 de agosto de 2023.

IBGE. Em 2021, número de óbitos bate recorde de 2020 e número de nascimentos é o menor da série. https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/36308-em-2021-numero-de-obitos-bate-recorde-de-2020-e-numero-de-nascimentos-e-o-menor-da-serie Acessado em 03 de outubro de 2023.

INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS. Educação a distância. 2020a. Disponível em: https://www2.ifal.edu.br/o-ifal/reitoria/diretorias/diretoria-de-educacao-a-distancia.

Acessado em 25 de agosto de 2023.

INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS. IFAL suspende as aulas em todos os campi. 2020b. Disponível em: https://www2.ifal.edu.br/noticias/ifal-suspende-as-aulas-em-todos-os-campi. Acessado em 25 de agosto de 2023.

INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS. Confira programação das atividades de ensino remoto para turmas concluintes. 2020c. Disponível em: https://www2.ifal.edu.br/noticias/confira-programacao-das-atividades-de-ensino-remoto-para-turmas-concluintes.. Acessado em 25 de agosto de 2023.

INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS. Confira programação das atividades de ensino remoto para turmas do 1º ao 3º ano/período. 2020d https://www2.ifal.edu.br/campus/penedo/noticias/confira-programacao-das-atividades-de-ensino-remoto-para-turmas-do-1o-ao-3o-ano-periodo. Acessado em 25 de agosto de 2023.

INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS. Nota da Pró-Reitoria de Ensino à comunidade acadêmica

do Ifal. 2020e. Disponível em: https://www2.ifal.edu.br/noticias/nota-a-comunidade-academica-do-ifal

INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS. Nota técnica do Ifal orienta sobre ações de ensino durante a suspensão de atividades acadêmicas. 2020f. Disponível em: https://www2.ifal.edu.br/noticias/nota-tecnica-do-ifal-orienta-sobre-acoes-de-ensino-durante-a-suspensao-de-atividades-academicas

INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS. Confira resultado preliminar do edital de auxílio permanência durante suspensão. 2020g https://www2.ifal.edu.br/campus/penedo/noticias/confira-resultado-preliminar-do-edital-de-auxilio-permanencia-durante-suspensao. Acessado em 25 de agosto de 2023.

INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS. Edital 2021: Assistência Estudantil abre inscrições para concessão de auxílios. 18/02/2021. Disponível em: https://www2.ifal.edu.br/campus/penedo/noticias/edital-2021-assistencia-estudantil-abre-inscricoes-para-concessao-de-auxilios. Acesso em 10/12/2021

MEDEIROS, Vanessa Daiany Vieira. Ensino remoto emergencial: as veias abertas do abismo social alagoano.. Anais VII CONEDU - Edição Online... Campina Grande: Realize Editora, 2020. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/68532>. Acesso em: 03/10/2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Covid-19 no Brasil. Dados até 23/09/2023. https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html acesso em 03/10/2023

MURTA, L.N.(Orgs.). Ensino Remoto Emergencial (ERE): múltiplas visões e vivências no ensino técnico e tecnológico em tempos de pandemia -Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2021

OPAS/OMS. OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19. 2023. https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente Acessado em 23 de agosto de 2023.

PENSSAN. II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil [livro eletrônico]: II VIGISAN : relatório final. São Paulo, SP : Fundação Friedrich Ebert : Rede PENSSAN, 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENEDO. Diário Oficial do Município, 8 de maio de 2020. Disponível em: https://sai.io.org.br/Handler.ashx?f=diario&query=1368&c=11064&m=0. Acessado em 25 de agosto de 2023.

PREFEITURA DE PENEDO. Prefeitura de Penedo transmite ao vivo inauguração de leitos de UTI. https://penedo.al.gov.br/2020/06/22/prefeitura-de-penedo-transmite-ao-vivo-inauguracao-de-leitos-de-uti/

RONDINI, Carina Alexandra et al. Pandemia do covid-19 e o ensino remoto emergencial: mudanças na práxis docente. Educação, v. 10, n. 1, p. 41-57, 2020.

ROSENBERG, Charles. Explaining epidemics and other studies in the history of medicine. Cambridge: Cambridge University Press. 1992.

SANTOS FILHO, Airton. LIMA, Alessandra. Covid longa e pós-covid. Subsecretaria de Saúde Gerência de Informações Estratégicas em Saúde CONECTA-SUS. 2021.

VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcanti et al. O ensino remoto frente às exigências do contexto de pandemia: Reflexões sobre a prática docente. Research, Society and Development, v. 9, n. 9, p. e843998153-e843998153, 2020.

Parte II- História e Loucura

Entre fluídos e choques: Embates e conciliações em torno da assistência à Doença Mental em Jataí

João Vitor Leal Lobato
Graduado em História pela Universidade Federal de Jataí (UFJ)
Éder Mendes de Paula
Prof. Dr. Curso de História (UFJ) GEPHSD-Nise da Silveira

Resumo:

O Modelo psiquiátrico brasileiro aliado às políticas e ideais pragmáticos para saúde mental no séc. XX constituíram as bases para a implantação do Sanatório Antônio de Paulo Cançado na cidade de Jataí no ano de 1966. Este trabalho tem como objetivo tecer o processo de implantação e organização administrativa do Sanatório Espírita na cidade, bem como os vetores participativos das condições de existência da entidade, partindo do encontro entre discursos desenvolvimentistas, médicos e espíritas contextualizados a partir lógica institucional. A pesquisa teve como método a organização e catalogação das fontes, tratamento e análise discursiva dos registros documentais, contrastando as narrativas e ferramentas linguísticas operacionalizadas nos registros, buscando enxergar os vestígios das representações que formaram sistematicamente os objetos de que falam (FOUCAULT, 2007), por fim, através de uma perspectiva qualitativa, examinou-se as narrativas extraídas a partir de seu contexto e intertextualidades. Utilizo o Livro de Atas de Reunião Ordinária da Sociedade de Beneficência São Vicente de Paulo N. 1, 2 (1952-1970), o Registro dos Estatutos da Sociedade de Beneficência São Vicente de Paulo (1982) e o Registros de Imóveis registrados na Co-

marca de Jataí, recortados em uma porção temporal vinculado aos primeiros anos de existência do Sanatório, entre 1966 e 1970.

INTRODUÇÃO

Preparar uma reflexão sobre uma Instituição proposta a abrigar/tratar o que se entendia por doença mental em um espaço e tempo específicos abre um horizonte plural de métodos, formas e aplicações. Muito do que foi pensado e operacionalizado neste horizonte se volta para pensar como se organizou tanto administrativamente, como também representativamente o Sanatório Espírita Antônio de Paulo Cançado na cidade de Jataí, interior de Goiás.

A forma como espíritas tomaram a frente do que podemos chamar de profilaxia da Loucura, em comunhão com interesses do poder público e setores privados da cidade nos permitem atingir alguns modelos instalados sobre a forma de se Institucionalizar a Loucura no estado. É interessante pensar que o advento de alternativas à saúde mental no Brasil e principalmente em Goiás não esteve aliado apenas ao pensamento médico, pois, não é incomum instituições vinculadas especialmente a centros espíritas se apresentarem enquanto sanatórios, manicômios, casas de acolhimento e etc. desde o início do século XX. O espiritismo kardecista foi introduzido no Brasil por parte de uma elite letrada entre o final do século XIX e início do XX, chama a atenção sua aproximação com as formas de tratamento para a Loucura, visto que inúmeras instituições no

século XX foram criadas e administradas por membros adeptos à doutrina (JABERT, 2008).

A partir de um levantamento feito nesta pesquisa, pelo menos seis Instituições Manicomiais Espíritas foram criadas no estado de Goiás entre 1930 e 1970, se formos comparar com o setor público temos somente o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho em Goiânia criado em 1954. Tal pujante diferença pode ser constatada pelo modelo de política assumida no estado neste momento, como catalizadores primordiais na expansão e manutenção da assistência espírita à saúde mental na década de 1950 em diante, a exemplo disso a implantação do Sanatório Antônio de Paulo Cançado em Jataí.

Assim como discutido por Braga (2013), as bases da assistência psiquiátrica que vão se fazer presentes de 1940 até a Reforma e Luta Antimanicomial e extinção da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) já aos finais da década de 1970 e início de 1980, perpassam principalmente por uma centralização normativa e administrativa do Estado a partir da descentralização executiva. "Essa estratégia seguia as diretrizes das políticas de saúde pública que se discutiam internacionalmente, entre 1930 e 1945. Neste período, a Organização Panamericana de Saúde havia promovido várias 50 reuniões recomendando o modelo de centralização normativa e descentralização diretiva" (BRAGA, 2013, p. 69 Apud FONSECA, 2005, p. 36; VENANCIO, 2012, p.179).

As evidências deste processo em Jataí podem ser observadas a partir da movimentação financeira da unidade, onde se registra inúmeras subvenções estaduais e federais principalmente de órgãos como Serviço Nacional de Doenças Men-

tais (SNDM), vinculado ao Departamento Nacional de Saúde (DNS), Instituto de Previdência Social (INPS) e Organização de Saúde do Estado de Goiás (OSEGO), o que possibilitou a sua construção e inauguração em 1966.

O Sanatório Antônio de Paulo Cançado é a ampliação dos serviços da Sociedade performada pela necessidade de abrigar os (as) loucos (as) e indigentes de Jataí, os espíritas se apresentam como recurso viável para o tratamento da loucura durante 34 anos, realizando internações envolvendo a loucura na região, porém algumas questões se fazem presentes a partir da instituição, quais os parâmetros para atuação junto a loucura? Espíritas? Médicos? Quais os sentidos da filantropia cristalizados nas fontes e documentos trabalhados?

Utilizando o Livro de Atas de Reunião Ordinária da Sociedade de Beneficência São Vicente de Paulo N. 1, 2 (1952-1970), o Registro dos Estatutos da Sociedade de Beneficência São Vicente de Paulo, os Registros de Imóveis registrados na Comarca municipal e as Plantas Arquitetônicas da Unidade, procurei tecer os laços que formaram a instituição manicomial, bem como as narrativas cristalizadas que promoveram a manutenção da ordem e os sentidos da Instituição.

A metodologia empregada se alicerça na catalogação destes documentos em tabela, esquadrinhadas em tipologia da fonte, título, data, conteúdo, termos chave e assinaturas, estabelecendo um levantamento qualitativo dos dados (PIMENTEL, 2001), buscando enxergar os vestígios das representações que formaram sistematicamente os objetos de que falam (FOUCAULT, 2007) tratados a

partir dos parâmetros de trabalho com atas de reunião (MARTINY, 2008) e documentos oficiais, além da revisão bibliográfica de autores que conversam com o tema, partindo do entendimento de que a doença não é somente uma experiência individual, mas também um fenômeno coletivo sujeito às forças representativas da sociedade (SPINK, 2011), portanto examinou-se as narrativas extraídas a partir de suas entrelinhas, intertextualidades e contexto.

Neste sentido, os delineamentos dessa pesquisa se ancoram em conceitos de discussões que permeiam a chamada História Cultural, Sandra Jatahy Pesavendo em História & História Cultural (2012),

> define que as representações construídas sobre o mundo não só se colocam no lugar deste mundo, como fazem com que os homens percebam a realidade e pautem a sua existência. São matrizes geradoras de condutas e práticas sociais, dotadas de força integradora e coesiva, bem como explicativa do real. Indivíduos e grupos dão sentido ao mundo por meio das representações que constroem sobre a realidade [...] A força da representação se dá pela sua capacidade de mobilização e de produzir reconhecimento e legitimidade social. As representações se inserem em regimes de verossimilhança e de credibilidade, e não de veracidade (PESAVENTO, 2012, p.21)

A comunidade espírita local, não de maneira única e hegemônica, mas através de embates, disputas, relações de poder, conciliações e silenciamentos, construiu representações que nortearam práticas manicomiais partindo de preceitos assistencialistas e alinhados às práticas espíritas. O poder público, catalizador deste proces-

so, influenciou a implantação, manutenção e ampliação do modelo assistencial proposto pelo movimento espírita local, convém se perguntar até que ponto isso aparece como uma proposta para saúde pública, e como a Unidade se interage com as políticas da época.

O recorte foi estabelecido a partir da escolha do livro de Atas da Sociedade, portanto a amplitude temporal se dá de 1967 a 1970, os primeiros anos de atuação do Sanatório na cidade de Jataí. As informações obtidas se fizeram embasadas nas propostas teóricas de Chartier (2002) e Pesavento (2012), referentes às práticas (discursivas, culturais e políticas) relacionadas a representações. A realização desta pesquisa busca contribuir para elucidação das particularidades de Jataí junto à manifestação de uma Instituição Espírita tendo como alvo o que se entendia por doença mental naquele período, reforçando o campo de pesquisa relacionado a História da Saúde Mental no Brasil e na Historiografia Goiana.

Organização administrativa: Sanatório, Hospital ou Abrigo?

Sobre a organização administrativa da Instituição regida pela Sociedade, a diretoria é composta exclusivamente por espíritas responsáveis pela "prática da caridade por todos os meios ao seu alcance, eleita anualmente em assembleia geral cujo representante é o presidente ou representante em Juízo" (SOCIEDADE DE BENEFICÊNCIA SÃO VICENTE DE PAULO, Estatutos, 1952), no total são seis membros da diretoria,

sendo eles: Presidente, Vice-Presidente, 1° Secretário, 2° Secretário, 1° Tesoureiro e 2° Tesoureiro.

Temos abaixo da Diretoria duas áreas de atuação: a área técnica e a área administrativa, primeiro recortando a área técnica, ela é dividida em três setores, o setor da Saúde, o Social e o da Educação. A Saúde era vinculada às atividades relacionadas aos Médicos, Enfermeiros e Auxiliar de Enfermagem, o Social a Adaptação, Triagem e Trabalho Voluntário e o Setor da Educação, vinculado a questões religiosas e recreação.

Já a área administrativa está relaciona aos funcionários (rouparia, cozinha e limpeza) e a secretaria vinculada à tesouraria, assim se organizou o Sanatório Antônio de Paulo Cançado. Depois da inauguração em 1966 a principal busca da Diretoria é pela regulamentação junto à legislação Estadual e Federal, a partir primeiramente da contratação de mão de obra especializada, enfermeiros e um médico psiquiatra, será essa a principal preocupação da administração nestes primeiros anos.

Há indícios que o médico jataiense Geraldo Vilela atuou nos primeiros anos da Instituição como médico voluntário, segundo pesquisa realizada por Martins, Rocha e Silva (2022)

> sabe-se que o SanatórioEspírita começou a funcio-
> -nar somente após a especialização do obstetra Geraldo Vilela em psiquiatria. Pelos relatos, o referido médico permaneceu na instituição por cerca de 10 anos, sendo substituído por um psiquiatra da cidade de Rio Verde, que semanalmente ou quinzenalmente prestava assistência médica aos/às internos/as (Ibid, p.162)

Em uma publicação no Diário da Manhã de Goiás, no dia 12 de outubro de 2015, intitulada de "O último Adeus a Geraldo Vilela", escrita por **Maguito Vilela, ex-governador e na época prefeito de Aparecida de Goiânia, foi relatado essa presença do médico na instituição.**

> o senhor Moisés Franco de Carvalho, avô de meus netos Vanessa e Daniel Vilela, pioneiro do Espiritismo em Jataí e apóstolo da caridade, contou-me uma história singela e comovente. Ele desejava inaugurar e fazer funcionar regularmente o Sanatório Espírita Antônio de Paula Cançado, instituição pioneira das obras sociais em Jataí e construídas com a contribuição da sociedade. Em vão ele percorreu vários municípios e não encontrou um profissional médico credenciado e devidamente habilitado para viabilizar jurídica e legalmente aquela casa de saúde. Decidiu então ir bater às portas do Dr. Geraldo Vilela, ilustre benfeitor da humanidade, que se propôs ir ao Rio de Janeiro, às suas expensas, fazer os cursos necessários para o necessário credenciamento. Dentro de poucos dias ele retornou a Jataí já devidamente credenciado, assumiu o setor de psiquiatria do Sanatório a quem anônima e voluntariamente prestou inestimáveis serviços por quase uma década. (VILELA, Diário da Manhã, 12/08/2015)

O relato do espírita Moisés Franco Carvalho também retrata este período inicial da Instituição, na dificuldade de encontrar um médico especializado que atue no Sanatório Antônio de Paulo Cançado, se referindo até mesmo a um atraso na inauguração do prédio por conta da ausência de um médico. O interessante em acompanhar este processo pelas Atas de reunião e por outras do-

cumentações é justamente pelo fato de perceber a mobilização dos espíritas e também de outros agentes para que o projeto fosse realizado, demonstrando a influência política e social que o grupo acumulou durante sua existência.

> Aí o Sanatório ficou pronto, naquela época tinha um médico aqui o Dr. José Carlos falou olha, para inaugurar o sanatório não pode fazê-lo sem médico responsável. Então saímos, fomos em Uberaba, Uberlândia, Goiânia, Anápolis. Lá em Goiânia um médico professor disse: - Eu estou com alguns acadêmicos e alguns que são da área de psiquiatria e eu vou ter uma reunião com eles e vocês não quis com eles. Eu de pronto fui, eu disse que para havíamos de conversar, construído um Sanatório em Jataí, na região não tem psiquiatra e possui muitos casos psiquiátricos. O prédio está prontinho. Eles perguntaram o que tínhamos para oferecer para o médico. A única coisa que podemos oferecer lá é o doente e talvez serão poucos que terão condições de pagar a consulta. Então disseram que sentiam muito e nós não conseguimos médico. Voltei e espalhou pela a cidade que precisávamos de um médico responsável para inaugurar e tocar o Sanatório. Aí o Dr. Roberto, recém-formado, inicialmente até demonstrou interesse, mas ele estava recém-chegado havia feito curso como anestesista; aí era difícil conseguir conciliar. Ai o Dr. Geraldo Vilela ficou sabendo, nos procurou e perguntou se estávamos com dificuldade para arrumar um médico e eu disse justamente. Então já tem o médico. Eu sou o médico pode arrumar os papéis que serei o responsável e enquanto vão organizando a parte burocrática eu vou para o

> Rio fazer um curso de Psiquiatria por alguns meses. (SOCIEDADE DE BENEFICÊNCIA SÃO VICENTE DE PAULO, Arquivo, s/d)

De acordo com os registros institucionais o que seriam meses, se tornaram anos, mais precisamente até o ano de 1978, com a enfim chegada de um médico psiquiatra especializado, que atendeu durante grande parte da existência da Instituição. A discussão sobre a relação de médicos e espíritas, as divergências e negociações em torno do tratamento no Sanatório será um objetivo desta produção, podemos realçar o fato de que os primeiros 10 anos da instituição a atuação de um médico acontecerá de forma voluntária. Isso sugere que a maior parte das atividades ocorridas a partir do Sanatório fosse coordenado por outra instância, onde segundo evidências os espíritas centralizaram o tratamento, organização e administração da Unidade.

O que chama a atenção é que após a inauguração da Unidade destinada aos Doentes Mentais, há uma busca constante por um médico psiquiatra especializado para atuar no Sanatório, como demonstrado na Ata do dia 09/03/1968, onde a Diretoria fez contato com um médico residente em Engenho de Dentro sobre a possibilidade de trabalhar para a Sociedade. No dia primeiro de maio de 1970, quatro anos depois da inauguração da Instituição, o documento que registra a reunião da Diretoria destaca a

> Presença do Dr. Serafim de Carvalho, um Juiz de Direito, um Representante da Câmara Mu-

> nicipal, um representante do Lyons Club de Jataí, um representante da associação dos comerciantes e um representante do Hospital Regional. Em seguida o Presidente traz uma síntese do que será tratado neste debate. O Ministério entregou um ofício ao Sanatório acompanhado de um questionário a ser preenchido exigindo alguns elementos, entre eles a assinatura de um médico psiquiatra junto aos doentes e ainda sua assinatura no referente questionário. Após debate concluiu-se que: Considerável para a Diretoria desta Instituição que é composta de pessoas leigas, portanto ignorando a documentação recebida; considerando que a referida Sociedade, que de acordo com seus estatutos não faz nenhuma alusão aos dizeres "Sanatório/Hospital" e estes mesmos que figuram muitas impressões. (SOCIEDADE DE BENEFICÊNCIA SÃO VICENTE DE PAULO, Ata de reunião, 01/05/1970)

A partir deste acontecimento a denominação do Antônio de Paulo Cançado muda de Sanatório para Abrigo, até então todas as documentações que mencionavam a Unidade se referiam a ela como "Sanatório" ou "Unidade destinada aos débeis mentais", posteriormente do recebimento deste ofício se intensifica a busca por um médico especializado e o cuidado com a denominação nas documentações, onde identifica-se várias vezes rasuras nas atas, riscando a palavra "sanatório" e escrevendo "abrigo" logo em seguida.

O termo Sanatório e Hospital só volta a reaparecer com a presença do primeiro médico especializado que irá atuar na instituição, no ano de 1978. Este embate por mais que pareça somente nar-

rativo ou burocrático, traz significativamente a estratégia assumida pela Diretoria e pelos presentes na reunião para que seja mantida as mesmas práticas e o mesmo lócus de atuação.

A presença de outras autoridades nesta reunião demonstra o apoio e a tomada de decisão na comunhão de interesses em prol da Unidade, temos um médico de grande influência na região, um juiz de Direito, um representante dos comerciantes, da prefeitura e do Hospital Regional a fim de tentar encontrar uma saída para a única alternativa de assistência ao que era visto como doença mental na época, a elite política e econômica do município encontram uma saída pelo campo representativo, trocando a perspectiva simbólica sobre a instituição.

O que a denominação Sanatório traduz? E o que muda a partir de agora com a ideia de Abrigo? Definitivamente as práticas institucionais permanecem as mesmas segundo as reuniões ordinárias, os espíritas com grande influência no tratamento e "recuperação moral" dos sujeitos, e não se sabe ao certo sobre a atuação do médico voluntário, no entanto, a pressa da Diretoria para a contratação de um especialista continua.

Segundo a pesquisa realizada por Martins, Rocha e Silva (2022) entrecruzando levantamentos orais de internos da instituição e as documentações institucionais, um parâmetro chama a atenção nesta perspectiva conceitual de definição do agora Abrigo Antônio de Paulo Cançado, em uma das entrevistas encontra-se o relato:

> E as celas, os pacientes permaneciam ali dias, as vezes semanas nas celas e só eram retirados dali quando não mostrassem mais agressividade, pelos parâmetros eram avaliados dessa forma. E o tratamento também era eminentemente religioso. A admissão do paciente era feita pelo pessoal espírita, a alta também. O médico consistia apenas em dar uma assistência psiquiátrica àqueles pacientes que aqui se encontravam, quer dizer, o médico não tinha salário, não tinha vínculo empregatício, vale ressaltar que a Sociedade era inteiramente filantrópica (MARTINS, 2001).

Através deste relato podemos observar em alguma medida os vetores de força existentes na Instituição, por mais que o médico credenciado atue com certo grau de intensidade na internação, tratamento e acompanhamento dos internos, se deve levar em consideração sua condição enquanto voluntário, ao que se demonstra, as comissões espíritas tinham poder de decisão maior nesta primeira fase da Instituição, até a chegada do médico especializado.

Isso abre espaço para uma possibilidade de discussão envolvendo como a comunidade espírita local, que interpretou a assim chamada "doença mental" a partir da Institucionalização de sujeitos. Seria interessante para mensurar a influência espírita nas internações o acesso aos prontuários de pelo menos os primeiros anos de funcionamento do Sanatório, o que não foi encontrado no arquivo da Sociedade de Beneficência São Vicente de Paulo, estas documentações nos auxiliariam a entender o pensamento e a prática espírita

como construtores sociais da doença, por aplicarem certos esquemas conceituais que classificam e formulam seus próprios significados.

Pelo que foi evocado anteriormente, o Sanatório só começa a funcionar a partir do credenciamento do médico Geraldo Vilela, a própria presença médica na instituição, mesmo que mínima, também (re)cria essa condição de legitimidade e atuação espírita. Por mais que sejam os espíritas que organizam a prática cotidiana da Instituição, será o médico que estará presente por exemplo na inauguração do Sanatório e do pavilhão masculino no Albergue.

Outro ponto a ser destacado ainda sobre o relato presente na pesquisa exposta em contrapartida com as documentações é a existência de um Setor de Educação relacionada à religião. O pesquisador Alexander Jabert foca em uma parte específica de seu trabalho sobre as variadas práticas de cura espíritas, segundo o pesquisador

> foram criados serviços terapêuticos tanto de natureza mais "espiritual" – como as atividades do receituário mediúnico ou como os trabalhos de desobsessão espiritual – como também de natureza mais "material" – como o oferecimento de tratamento dentário gratuito em sedes de grupos espíritas (JABERT, 2008, p. 161).

É importante pontuar que a interpretação da loucura a partir do espiritismo é vasta e possuí formas heterogêneas a depender da fonte pesquisada, não é interesse desta pesquisa em si demonstrar como isso se manifesta nacionalmente ou os conceitos espíritas sobre

saúde e doença em um nível mais geral, tomaremos como ponto de partida os traços principais que encontramos em Jataí, partindo do conceito base que

> além desses pressupostos mais gerais sobre os processos de saúde e doença, em parte relacionados com as construções conceituais do mesmerismo[1] e da homeopatia, o espiritismo também desenvolveu construções teóricas próprias para tentar dar sentido e explicação para fenômenos como a atividade psíquica, a inteligência, os sentimentos, a loucura e os comportamentos desviantes ou moralmente condenáveis. Devido à sua visão dualista da realidade, dividida entre o mundo material e o mundo espiritual, os espíritas teciam uma série de críticas ao que chamavam de "medicina materialista" e acreditavam que poderiam dar uma grande contribuição às artes de curar, principalmente no campo de tratamento das alienações mentais (JABERT, 2008, p. 160)

A ideia da existência de corpo e espírito explicaria as funções do cérebro como um órgão que apenas transmitiria o pensamento produzido pelo espírito e estando a ele subordinado (KARDEC, 2003; MENEZES, 2002). No entanto interferências podem acontecer neste meio termo, como a obsessão, resultado de manifestações de espíritos sobre o corpo orgânico, ou até mesmo lesões cerebrais, que são explicadas a partir da ideia de que "este tipo de loucura ocorreria como uma conseqüência da aplicação de uma lei cármica, que determinava que as faltas cometidas em vidas passadas

1 Prática terapêutica criada pelo Alemão Franz Mesmer no século XVII, ao qual consistia na ideia de que todos os seres vivos possuíam uma força natural que poderia ser manipulada através do magnetismo, tendo efeitos físicos com propriedades de cura.

fossem ser expiadas em encarnações subseqüentes" (JABERT, 2008, p. 113).

Segundo o Livro dos Espíritos no Capítulo 7 denominado de Retorno à vida corporal, Kardec sistematiza através de perguntas e respostas princípios sobre "idiotismo e loucura", onde

> 372 – Qual o objetivo da Providência criando seres infelizes como os cretinos e idiotas?
>
> *- São Espíritos em punição que habitam corpos de idiotas. Esses Espíritos sofrem pelo constrangimento que experimentam e pela impossibilidade em que se encontram de se manifestarem por meio de órgãos não desenvolvidos ou desarranjados.*
>
> - Não é exato, então, dizer que os órgãos não têm influência sobre as faculdades?
>
> *Jamais dissemos que os órgãos não tivessem influência; eles têm uma influência muito grande sobre a manifestação das faculdades, porém não dão as faculdades; aí está a diferença. Um bom músico com um mau instrumento não fará boa música, e isso não o impedirá de ser um bom músico.*
>
> É necessário distinguir o estado normal do estado patológico. No estado normal, o moral suplanta o obstáculo que lhe opõe a matéria; mas existem casos em que a matéria oferece uma resistência tal que as manifestações são entravadas ou desnaturadas, como na idiotia e na loucura; são casos patológicos e, nesse estado, a alma, não gozando de toda a sua liberdade, a própria lei humana a isenta da responsabilidade dos seus atos. (KARDEC, 2007, P.140)

Esta perspectiva de Loucura enquanto punição que atinge os níveis morais de comportamento, desencadeou em várias instituições alternativas de cura espíritas para os internos, variando somente a intensidade e o espaço que este tratamento possuía em diálogo ou disputa com a medicina. Temos por exemplo o caso do Dr. Inácio Ferreira, médico psiquiatra que atuou no Sanatório Espírita de Uberaba e realizou uma série de relatos e análises de casos de pacientes que haviam sido internos.

Com os livros *Novos Rumos à Medicina Vol. I e II* (1945 e 1949) e *Psiquiatria e Espiritismo* (1951) o médico buscou demonstrar como o espiritismo poderia ser considerado uma teoria e uma prática eficazes para o tratamento e a prevenção de determinados tipos de alienação mental que fossem resultantes de uma obsessão espiritual (JABERT, 2008, p. 174; RIBEIRO, 2013, p. 134).

No caso de Jataí não temos um médico especializado atuando na Instituição, e sim um médico que se credenciou de forma voluntária para que o Sanatório fosse inaugurado, há de se levar em consideração os interesses e negociações neste processo, mas que de certo modo, garantiu aos espíritas a aplicação do que se construiu e significou como tratamento para a doença mental a partir do movimento espírita local.

O tratamento espírita era realizado através de passes, água fluidificada (água energizada) e sessões de desobsessão, a fim de afastar espíritos obsessores na Instituição (MARTINS; ROCHA; SILVA, 2022, p. 162) o cuidado espiritual dos internos era também intercalado com o tratamento do ambiente, do espaço do Sanatório.

Tais práticas possivelmente regiam o tratamento à Saúde Mental na Instituição nos primeiros anos, até a chegada do então médico psiquiatra em 1978, durante 12 anos a instituição funcionou com a atuação de um médico credenciado de forma voluntária, que também possuía outras atividades profissionais de acordo com sua especialidade, a geriatria.

A resposta ao ofício recebido pela instituição referente à sua atuação como Hospital/Sanatório obriga a própria diretoria a refletir sobre seu espaço de atuação, que de certa forma nos fornece pistas para entender sobre a prática espírita e a presença do médico.

Além de ser uma estratégia de sobrevivência da instituição, chama-la agora de abrigo denota que as atividades espíritas realizadas por pessoas "leigas" que moviam uma complexa rede de internações, eram idealizados por preceitos caritativos e assistencialistas somente, organizados a partir das estruturas históricas daquele momento, ao seja, significa reintegrar a instituição ao espaço filantrópico a fim de conservar suas atividades e significados.

É neste viés que encontramos princípios tanto de uma perspectiva de assistência voltada para a recuperação de mão de obra útil, quanto de absorver e zelar pelas camadas mais frágeis da sociedade, o que dialoga com as políticas de saúde da época, tanto de higiene, utilidade e moralidade imersos na narrativa espírita, interpretadas a partir da ambiguidade histórica local.

Entre ciência e a fé: O tratamento e a cura.

Apresentar uma discussão sobre o tratamento, cura ou assistência recortando a saúde mental em Jataí encontra alguns desafios, principalmente no que tange as fontes de trabalho necessárias para essa tarefa. Destaco que os prontuários de 1967 até 1984 não foram encontrados no arquivo da Sociedade de Beneficência Albergue São Vicente de Paulo, também se perderam fichas de pacientes, quantitativo de internações ou algum documento produzido na época que fichasse os internos ou informasse alguma forma de tratamento, seja ela médica, farmacológica ou espírita.

O que compõe de fato o arquivo referente a esta tipologia de documentação são os prontuários, anamneses e fichas de pacientes de 1984 em diante, assinadas pelo médico psiquiatra que chega para atuar na Instituição em 1978, o que foge do recorte escolhido para esta produção, até então fica a questão, como eram realizados os tratamentos no Sanatório Antônio de Paulo Cançado? Sob os parâmetros Espíritas? Médicos? É importante pontuar que a intenção aqui não é tentar se aproximar da experiência do doente em si, assim como pontua Keila Carvalho

> para o historiador que lida com o campo da História da Saúde e das Doenças, não é fácil abordar o tema a partir da perspectiva dos indivíduos que são acometidos pelas enfermidades, principalmente pela escassez de fontes produzidas por eles (CARVALHO, 2012, p. 5)

O que será demonstrado são fragmentos que aparecem nas documentações institucionais (Atas de Reunião e Registro dos Estatutos) e do relato datilografado de uma entrevista oral de Moisés Franco Carvalho, possuindo um sentido específico se tratando de uma fonte encontrada no arquivo da entidade, produzida com a intenção de realizar um levantamento histórico memorialístico das atividades espíritas na cidade, sendo um importante recurso documental de um dos principais nomes na coordenação da Sociedade Espírita e do movimento espírita local.

Entende-se que essa dimensão documental é produzida e mediada por atores externos à experiência biológica e cultural da doença pelo paciente, não acessando de fato as condições próximas de estar durante dias, anos ou meses dentro da Instituição, ou de fato as marcas sociais dos estigmas representativos herdados por ter passado algum momento por lá, onde categorias como doido(a), desequilibrado(a), obsediad (a) e etc. transcendiam as identidades e mediações daquilo que se entendia como "outro".

Esta documentação iluminada a partir de pesquisas que corroboram para um entendimento das terapêuticas oferecidas em outras Instituições Espíritas e no Sanatório Antônio de Paulo Cançado, forneceram os parâmetros metodológicos para buscar as representações do tratamento da Loucura naquelas condições, entre requisitos espíritas e psiquiátricos.

Tratadas desta maneira não almejam exprimir as condições experienciais dos internados na Instituição, buscamos a partir das fontes apresentadas as referências representativas sobre a consolida-

ção do imaginário acerca de uma forma de tratar as pessoas internadas pelo Sanatório, entendendo que

> o desafio é analisar como fatores sociais interferem não somente na maneira de se representar, atribuir significados e enfrentar concretamente um fenômeno da natureza, já caracterizado como tal, mas inclusive no processo de definição e aceitação deste fenômeno como realidade orgânica, dotada de características específicas. Trata-se, em suma, da perspectiva de analisar a dimensão social das doenças em seu estatuto de fatos produzidos pela ciência médica (KROPF, 2009, p. 31)

No caso específico de Jataí, são parâmetros não só médicos, mas se trata de como o grupo espírita guia os alvos de internações e o que fazer com essas pessoas a partir daí, como as documentações institucionais que possuem um cunho normativo cristalizaram as formas terapêuticas empregadas na Instituição. Foi discutido na reunião da Diretoria do dia 12/06/1966 quanto ao internamento de doentes no Hospital

> Discutiu ainda sobre o internamento de doentes no Hospital, ficou estabelecido que será de acordo com as condições do doente e a situação financeira dos seus familiares, ficando encarregados de comprar os medicamentos ou pagar a mensalidade de noventa mil cruzeiros (Cr$90.000,00), no caso de ser oferecidos os medicamentos pelos familiares do doente, estes pagarão apenas uma pensão de cinquenta mil

> cruzeiros (Cr$ 50.000,00) mensais (SOCIEDADE DE BENEFICÊNCIA SÃO VICENTE DE PAULO, Ata de reunião, 12/06/1996)

Essa discussão, que envolve principalmente o público que será recebido pelo Sanatório foi realizada antes da inauguração do dia 25 de junho, o interessante é refletir sobre a cobrança de mensalidade para os internos neste momento, visto que isso contradiz todas as propostas antes enunciadas, que envolve um movimento caritativo e benevolente. Quando observamos a trajetória das reuniões que se sucedem, percebemos que este público em específico são as pessoas que de alguma maneira podem pagar pela internação, e deste modo receberiam um tratamento diferenciado no Sanatório, classificados como pensionistas ou mensalistas.

Este grupo de sujeitos retratados como mensalistas sempre terão espaço dentro das internações feitas pela unidade, o próprio tratamento e assistência se diferenciava pelas condições econômicas onde

> Os leitos privados possuíam alguns privilégios em relação aos outros leitos, tais como: quartos com banheiros, melhor localização dentro da instituição, janelas para o pátio e próximas a cozinha. Os demais leitos ficavam no andar superior do prédio, divididos em alas separadas por sexo, com banheiros coletivos, em quartos com janela no alto da parede, impedindo a visão do exterior e dificultando a circulação de ar. (MARTINS; ROCHA; SILVA, 2021, p. 163)

A hierarquização social através do espaço físico reflete no tipo de assistência prestada pelos espíritas, influenciando a forma de condução do interno no interior da instituição, relembrando os Estatutos vigente, é finalidade da sociedade prestar auxílio material, espiritual e moral às pessoas necessitadas, no entanto, através do entrecruzamento das fontes, percebe-se que quem podia pagar pela presença na unidade, recebia medicamentos, atenção médica e terapêuticas específicas.

Como demonstrado na Ata de reunião do dia 29 de junho de 1966, a Diretoria discute especificamente sobre os internos que não podem pagar pela mensalidade, que seria destinada para medicamentos e alimentação, onde fica decidido "que serão realizadas todas as terças e sextas reuniões mediúnicas destinadas a estes enfermos no Hospital" (SOCIEDADE DE BENEFICÊNCIA SÃO VICENTE DE PAULO, Ata de reunião, 29/06/1966), e que quando possível, a depender de doações e verba recebidas, situação do doente e condições de aplicabilidade, outras ferramentas seriam utilizadas.

As reuniões mediúnicas eram realizadas por espíritas voluntários preparados para tal função, visto que o médium deve estar preparado espiritualmente para sua prática, sendo um estudioso da Doutrina Kardecista e frequentador dos espaços espíritas. O médium é todo aquele que serve de intermédio entre o mundo espiritual e o corpóreo, onde o indivíduo serve de espaço de manifestação dos espíritos no mundo material, segundo a Doutrina.

Destaco que quem poderia pagar pelas medicações não ficava avulso do tratamento espiritual, os passes, a água fluidificada, rezas e reuniões mediúnicas eram transversais, se não, a principal

forma de tratamento realizada. A própria estrutura administrativa do Sanatório, como exposto anteriormente, possui no "setor de educação" o espaço de atuação próprio da noção religiosa.

A hipótese é que quem poderia pagar pelos medicamentos prescritos pelo médico voluntário que atuava na instituição, recebia tratamento e atenção específica, diferente dos alvos de caridade, que eram a grande maioria e ficavam a mercê das terapêuticas espirituais e da benevolência de doações recebidas. Independente da crença dos internos, a instituição entendia como necessária a intervenção espírita, onde em casos tidos como mais "graves", tratamentos intensivos eram realizados, "todo o processo de admissão e alta dos pacientes eram responsabilidade assumidas pela comunidade espírita" (MARTINS; ROCHA; SILVA, 2021, p. 163).

Esta perspectiva do tratamento espiritual é resultado, como exposto em outros momentos, das concepções kardecistas de doença e obsessão, as pesquisas que abarcam o tema demonstram que os espíritas tinham grande influência no tratamento oferecido também em outros Sanatórios pelo Brasil. Segundo Ribeiro (2013), acerca do Sanatório Espírita de Uberaba em seus primeiros anos de atuação,

> os responsáveis espíritas à institucionalização da loucura na cidade foram bastante cautelosos tomando preocupações para que não incorressem na prática de medicina ilegal [...] No começo era a médium Modesta quem aplicava os tratamentos sob a orientação mediúnica daqueles que eles acreditavam ser o espírito Bezerra de Menezes (RIBEIRO, 2013, p. 61).

Michel Barbosa (2019) também demonstra como o viés central do tratamento oferecido pelas instituições espíritas analisadas pelo pesquisador em Goiás são majoritariamente espíritas, falando do Sanatório Espírita Batuíura, se destaca que "outro dado relevante é que, embora contasse com apoio voluntário de alguns médicos, os tratamentos às internas eram sobretudo de ordem espiritual e com a utilização de medicamentos naturais" (BARBOSA, 2019, p. 88).

Em jataí não é diferente, as práticas de cura espírita são anteriores ao Sanatório, Moisés Barbosa sobre o Centro Espírita Casa do Caminho fundado no início da década de 1960 diz que "logo estava cheio de gente, tivemos ali 80 médiuns, e a maior finalidade era a cura e os estudos, se pudesse falar a história de cada um que foi curado ali, eu sei a história de cada um, e são histórias lindas, até dos que estavam albergados e os indigentes. " (SOCIEDADE DE BENEFICÊNCIA SÃO VICENTE DE PAULO, Arquivo, s/d).

Essa prática permanece com o Sanatório, a partir do momento em que o interno entra na unidade o tratamento espiritual se faz presente, demonstrando que há de fato um processo de ampliação e consolidação das práticas espíritas relacionadas a cura e tratamento de doenças entre mais de uma região, em Goiás como apresentado, teremos a deflagração de vários Sanatórios Espíritas com práticas semelhantes, além de casas de cura e tratamento de enfermidades diversas, como o Centro Espírita Luz e Verdade em Palmelo.

Como bem destaca Marion Aubreé,

> o espiritismo brasileiro é – e isso desde as origens – um movimento com vocação terapêutica, que se preocupa em fornecer soluções não apenas para as questões metafísicas, que se colocam não somente para a gestão individual e coletiva dos "bens de salvação", mas à gestão do que podemos chamar de bens de saúde. A popularidade incontestável de que goza o espiritismo no Brasil, a atração que ele exerce sobre boa parte da população, vem do fato de ser um recurso terapêutico possível, e, além disso, um recurso terapêutico que se apresenta como totalmente compatível, por um lado, com as descobertas da ciência e, por outro, com os princípios da fé cristã. Finalmente, do mesmo modo que o espiritismo como "família religiosa" supre as carências da família de origem, ele assume os encargos das doenças, de um modo que os sistemas de saúde oficiais evidentemente estão longe de poder proporcionar ao conjunto da população brasileira (AUBRÉE, LAPLANTINE, 2009, p. 216).

E de fato o aspecto de uma adaptação maior ao cotidiano simbólico e religioso popular da sociedade garante que a alternativa de cura espírita responda aos anseios de saúde e espirituais dos sujeitos. A maior assimilação com práticas de cura e a cultura religiosa popular da época garantiria certa identificação com aquela sociedade, em um dos casos narrados por Moisés Franco Carvalho podemos perceber essa questão,

> Na época que o Sanatório estava perto de ficar pronto, nos procuraram, disseram de um homem louco que ficava próximo ao Colégio José Feliciano, tinha no Cerrado um doente mental que causava medo, principalmente nas crianças. Fomos lá com dois médiuns, procuramos o homem e não achamos, no outro dia voltamos e encontramos. Ai sempre com fé, muita fé, parece que hoje mesmo estudamos a doutrina. Procuramos se ele queria vir com a gente e pedia Jesus que ajudasse o homem, sozinho, abandonado, tínhamos amor ao trabalho. O homem não queria vir, eu disse pra não levarmos ele a força, mas se quisesse eu tinha um lugar para o senhor fazer tratamento, se o senhor resolver e pensar melhor. Entregamos para que os mentores espirituais levem ele, o seu anjo conversaria com ele. No dia seguinte ele apareceu e começamos o tratamento, com água fluida e passe, ainda estávamos nos acabamentos do Sanatório, perguntamos se ele queria trabalhar de servente e assim foi feito. (SOCIEDADE DE BENEFICÊNCIA SÃO VICENTE DE PAULO, Arquivo, s/d)

Percebemos como a trajetória deste caso contrasta com questões relativas a fé, o medo e a estranheza do homem louco denunciado pela comunidade, sugerindo a intervenção dos espíritas, que acatam o pedido e a seu modo realizam a internação. Nota-se a exclusividade do tratamento espiritual, visto que o Sanatório ainda não tinha sido inaugurado, portanto não havia médicos para prescrever algum tipo de tratamento, e por fim o cumprimento daquilo

que se prevê a Instituição pelos seus Estatutos, a transformação do indivíduo para a utilidade, tendo o trabalho como ponto de chegada.

Neste caso, questão do Sanatório ultrapassa somente os aspectos religiosos e terapêuticos espíritas, a função social desta instituição se difere de uma casa de cura, onde impera o tratamento de patologias ou demandas espirituais, o tratamento constituído na entidade sofrerá com as representações do significado da Loucura, atribuídos socialmente, politicamente e das referências médicas em questão.

O isolamento, o regime moral, o controle, a transformação do comportamento, do pensamento e de sua utilidade para a realidade agregam e propõe um sentido para a presença e tratamento dos indivíduos na unidade. "Uma das histórias rememoradas pelo ex-gestor conta que uma mulher indígena foi internada por anos na instituição porque a equipe do Sanatório não compreendia que ela falava tupi-guarani e considerou sua língua como um estado de loucura" (MARTINS; ROCHA; SILVA, 2021, p. 163).

Este fato demonstra como os alicerces daquilo que se entendia por loucura naquele momento se baseavam em perspectivas culturais, na identificação da anormalidade, da desrazão, influenciados pela perspectiva moralizante que se impõe socialmente. No mesmo recorte de dados apresentados pelos pesquisadores, o ex-gestor da instituição também apresenta um pouco da rotina dos internos, destacando que "tinha os horários de banho, horários de tomar sol, e naquela época, mais para trás da equipe profissional, tinha lá na parte de baixo, naquela parte de lá, eram as celas incomunicáveis" (MARTINS; ROCHA; SILVA, 2021, p. 163).

Deste modo, o tratamento espiritual no Sanatório se constitui no sentido pelo que se entendia por doença mental em questão e de como os sujeitos deveriam estar em situação de normalidade. A medicina não fica fora desta definição, aliás a presença do médico na instituição não ocorre de forma passiva aos preceitos karcedistas, na ata de reunião do dia 21 de junho de 1966, um médico vindo de Goiânia apresentou as diretrizes básicas organizacionais para o funcionamento de um Hospital Psiquiátrico:

> 1) O Hospital precisa de um regimento interno.
>
> Um fichário completo.
>
> Horários pré-estabelecidos com organização de equipes para trabalhar durante toda a semana de segunda a domingo, fazendo plantão com rodízio de pessoas colaboradoras na tarefa de assistir os enfermos internos.
>
> Montar uma farmácia a fim de existir sempre no estoque os medicamentos mais exigidos para as casas indicadas. Observar primeiro o tipo de doente a ser internado, pois existem muitas doenças crônicas como epilepsia etc. que precisa examinar antes de internar.
>
> Adquirir um aparelho de choque, aparelho para passar soro. (SOCIEDADE DE BENEFICÊNCIA SÃO VICENTE DE PAULO, Ata de reunião, 21/06/1966)

Chama a atenção o fato do médico mencionar que deve observar o tipo de doente a ser internado, pelo que parece a preocupação da Diretoria (pelo menos discursivamente nas Atas) seria de internar seguindo os termos utilizados como débeis, doentes e obsediados mentais, vinculado aos sentidos culturais que estes enunciados tinham a época para este grupo, sem ao certo ter uma definição clara para os alvos de internação em si. Nos estatutos, temos a divisão de uma comissão de beneficência que fica a cargo de realizar visitas urbanas a fim de demarcar sujeitos que necessitam de assistência, esta comissão sempre formada por membros da Diretoria Espírita.

A relação entre médicos e espíritas segundo os documentos institucionais é bem demarcada e acontece de forma intercalada, no entanto, prevalecendo a terapêutica espírita nestes primeiros anos de funcionamento. Segundo relato

> O Dr. Geraldo Vilela dava a assistência como médico e a comunidade ajudava na manutenção. Nós tínhamos o trabalho espiritual, com até hoje sala de oração. Todo doente que internava fazia um trabalho especial espírita e científico com o Dr. Geraldo, e naquela época a Psiquiatria usava um método de tratamento, dando choque em seus pacientes, tive que ir em São José do Rio Preto adquirir o equipamento [...] E nós usamos muito esse aparelho aqui, o médico anestesiava o paciente, ele dormia, aí a gente amarrava o paciente pelos pés e mãos e dava o choque, sarou muita gente, não sei se foi o aparelhou ou nossa boa vontade e fé espiritual (Relato oral, s/d)

O eletrochoque ou eletroconvulsoterapia (ECT), é um tratamento psiquiátrico desenvolvido na década de 1930 para tratar especialmente pacientes esquizofrênicos e foi difundido pelos Hospitais Psiquiátricos no Brasil na década de 1940 como a principal forma de tratamento médico para as doenças mentais, que consiste em provocar alterações na atividade elétrica do cérebro induzidas por correntes elétricas.

> Essa popularidade levou ao uso da técnica em casos em que não havia nenhuma eficácia comprovada. Aplicado em condições inadequadas de intensidade e duração da corrente elétrica, o tratamento provoca dor, fraturas de ossos, perca de memória e outras sequelas. Com o surgimento dos antidepressivos na década de 1960, o tratamento foi praticamente aposentado (WOOD; CALDAS; 1995, p. 14)

O uso do ECT já estava em decadência pela instaurada relação entre biomedicina e psiquiatria antes mesmo da idealização do Sanatório, no entanto este tipo de tratamento ainda é aplicado na instituição atravessando a década de 1970. Segundo levantamento feito, por mais que o tratamento por ECT estivesse em decadência e o uso de fármacos cada vez mais constante, este ainda foi amplamente usado até meados da década de 1970 em Hospitais Psiquiátricos pelo Brasil.

Nos primeiros anos de funcionamento do Sanatório Antônio de Paulo Cançado o tratamento era aplicado pelo médico voluntário e auxílio dos espíritas voluntários, havia também a realização de práticas de isolamento e medicação. Não se sabe ao certo os

fármacos utilizados no tratamento, o comum em Hospitais desta natureza neste momento histórico era a utilização de psicofármacos como clorpromazina (Amplictil), levomepromazina (Neozine) e haloperidol (Haldol), no caso de Jataí, neste primeiro momento não se sabe ao certo a dimensão da utilização destes medicamentos.

Consta nas Atas que os pensionistas internados tinham acesso maior a este tipo de tratamento farmacológico, enquanto os demais dependiam da disponibilidade e doações destes recursos na unidade. O interessante é perceber o embate e diálogo entre estas formas de lidar com os internos dentro da Instituição, entre o próprio tratamento médico e o espírita, percebemos no relato de Moisés Carvalho já a incerteza sobre qual tipo de tratamento curou de fato os pacientes, se foi a fé ou a medicina no caso supracitado. Em outro caso esta relação fica ainda mais evidente,

> Eu lembro de uma senhora, esposa de militar, ela ficou louquinha. Chegando teve que ir para a cela, internamos, o Dr. Geraldo deu toda a assistência, mas esta não tomou choque. Nós fizemos o trabalho, passe, água fluídica, até que ela foi melhorando, melhorando até ficar completamente sã, como muitos outros, ela foi embora, depois de uns seis meses chegou uma mulher no centro, perguntou se eu lembrava dela, foi aí que ela disse que era a esposa do militar que havia sido internada no Sanatório, ela estava forte, gorda e saudável (SOCIEDADE DE BENEFICÊNCIA SÃO VICENTE DE PAULO, Arquivo, s/d)

Esta relação entre psiquiatria e espiritismo no Sanatório Antônio de Paulo Cançado é de fato a disputa pela legitimidade prática do tratamento pela Loucura, por mais que os médicos estivessem atuando a guiando algumas das práticas psiquiátricas dentro desta unidade, a "admissão e alta dos pacientes era realizado pela comunidade espírita" (MARTINS; ROCHA; SILVA, 2021, p. 163) principalmente nestes primeiros anos.

Esta é uma questão interessante a ser analisada em Jataí, o mote principal no período analisado para o sistema de internações realizado na cidade é majoritariamente empenhado pela comunidade espírita local. Este tipo de análise poderia se aprofundar em questões de gênero, raça, aspectos culturais e até mesmo no tratamento aplicado a cada paciente se tivéssemos os prontuários ou alguma documentação que fichasse os pacientes neste primeiro momento.

Porém, a partir destas documentações institucionais em conjunto com o cruzamento de fontes, podemos perceber as relações instituídas entre psiquiatria e espiritismo na unidade e o esboço representativo de como se enxergava o tratamento aos indivíduos alvo do Sanatório Antônio de Paulo Cançado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trajeto percebi que a construção do Sanatório Antônio de Paulo Cançado traduz em certa medida a forma como o espiritismo se constituiu e garantiu espaço enquanto religião não só na cidade de Jataí, mas em tantas outras regiões do Brasil. A relação entre caridade e a necessidade empregada pelo higienismo na institucionalização da Loucura se tornaram resposta ao problema social deflagrado pela urbanização. A instituição representa um movimento que se encontrou pujante em Goiás entre 1930 e 1970, tanto na deflagração e aumento do espiritismo, quanto da construção destes espaços destinados a prestar alguma assistência ao que se entendia por Loucura na época.

Minha intenção com este trabalho foi que se erigisse de uma Instituição, em particular, as possibilidades para leitura de um processo sobre as condições de existência históricas das práticas empregadas em Jataí, e de como o imaginário de modernização e desenvolvimentismo aliou-se a percepções higiênicas na constituição do saber psiquiátrico, apropriado pelos espíritas, nos mecanismos de segregação do doente e na elaboração de caminhos de cura. Entender o movimento de legitimação do espiritismo e a seus diálogos com a medicina empregados em torno da caridade e assistencialismo, é de suma importância para perceber a construção do louco vinculado à mendicância, falta de utilidade, indigência e aversão ao ideal de trabalho que se estabelecia.

FONTES:

Livro de Atas de Reunião da Sociedade de Beneficência São Vicente de Paulo, Livro 1 (1952-1967)

Livro de Atas de Reunião da Sociedade de Beneficência São Vicente de Paulo, Livro 2 (1967-1970)

Registro dos Estatutos da Sociedade de Beneficência São Vicente de Paulo (1952)

Registro de Imóveis e Bens da Sociedade de Beneficência São Vicente de Paulo, Comarca de Jataí (1961-1965)

Levantamento Histórico da Sociedade de Beneficência São Vicente de Paulo por Moisés Franco Carvalho, datilografado. Arquivo da Sociedade de Beneficência São Vicente de Paulo, s/d.

Levantamento Histórico da Sociedade de Beneficência São Vicente de Paulo por Leontino de Assis, datilografado. Arquivo da Sociedade de Beneficência São Vicente de Paulo, 1984.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALMEIDA, Angélica A. S. Uma Fábrica de Loucos: psiquiatria x espiritismo no Brasil (1900-1950). 2007. Tese (Doutorado em História). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Campinas, 2007.

AMARANTE, Paulo (org.) Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, Paulo (org.) Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.

BERGER, P.L. & LUCKMANN, T. A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. [The social construction of reality. Trad. Floriano de Souza Fernandes. 7. ed. Petrópolis, Vozes, 1976.

BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. Lisboa: Difel, 1989

BOCK, Ana Mercês Bahia. Psicologia da Educação: cumplicidade ideológica. In: MEIRA, Marisa Eugênia Melillo; ANTUNES, Mitsuko Aparecida Makino. (Org.). Psicologia Escolar: teorias críticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 70 – 104, 2003,

BERGER, P; LUCKMANN, T. A Construção social da realidade. Editora Vozes, Petrópolis, 1976.

BRAGA, André Luiz de Carvalho. O Serviço Nacional de Doenças Mentais no governo JK: a assistência psiquiátrica para o Distrito Federal. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2013.

REBOLLIDO, Benitto Alvarez. A evolução e influência do desenho arquitetônico no hospital psiquiátrico. (Dissertação) ESG - Escola Superior Gallaecia, ESG - MIAU - Mestrado Integrado em Arquitetura e Urbanismo, 2014.

BRAGA, André Luiz de Carvalho. O serviço Nacional de Doenças Mentais no governo JK: A Assistência Psiquiátrica para o Distrito Federal. (Dissertação) Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

CAPONI, Sandra. LOUCOS E DEGENERADOS: Uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

CHARTIER, Roger. A História Cultural: entre práticas e representações. 2 ed. Diefel – Difusão editorial S.A. Memória e Sociedade, 2002.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

COSTA, Jurandir Freire. Ordem Médica e norma familiar. 5ªed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

COSTA, Jurandir Freire. História da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

COSTA, Renato. Apontamentos para a arquitetura hospitalar no Brasil: entre o tradicional e o moderno. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 18, p. 53–66, 2011.

CHALOUB, Sidney, Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo, Brasiliense, 1986.

DAMÁZIO, Sylvia. Da elite ao povo: avento e expansão do espiritismo no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz,. Saúde e sociedade. São Paulo: Hucitec; 2011

ENGEL, Magali Gouveia. Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios: Rio de Janeiro, 1830-1930. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FRANÇA, Basileu Toledo. Pioneiros: romance histórico da fundação de Jataí e contribuição ao estudo do povoamento de Goiás. Goiânia: Ed. UFG, 1995.

GIRARDI, Felipe; WEBER, Beatriz Teixeira. Espiritismo, caridade e assistência: Florina da Silva e Souza e a Sociedade Espírita Feminina Estudo e Caridade em Santa Maria/RS. Revista História e Cultura: Dossiê Assistência e Pobreza: sentidos e lugares dos pobres no Brasil, V. 6 N. 2, 2017.

GIUMBELLI, Emerson. O cuidado dos mortos: uma história da condenação e legitimação do espiritismo. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1997.

GONÇALVES, Estael Lima. Veredas do Rio Claro: organização urbana e convívio social em Jataí (1887-1927). Dissertação (Mestrado em História) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2012.

GOMES, Michel Barbosa. Loucura e Espiritismo: O Surgimento dos Sanatórios Espíritas em Goiás, 1949-1959. Dissertação (Mestrado em História) – PUC de Goiás, Goiânia, 2019.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GONÇALVES, Estael Lima. Veredas do Rio Claro: organização urbana e convívio social em Jataí (1887-1927). Dissertação (Mestrado em História) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2012.

FOUCAULT, Michel. A Arqueologia do Saber. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

_____. Michel. História da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 2014.
_____. A Ordem do Discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 15. ed. São Paulo: Loyola, 2007.

FREITAS, Fernanda Dias de. Adauto Junqueira Botelho e a "assistência a psicopatas" no Brasil (1938-1958). Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2019.

HERSCHMANN, Micael M.; PEREIRA, Carlos Alberto Messeder. A Invenção do Brasil Moderno: Medicina, Educação e Engenharia nos anos 20-30. Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 1994.

JABERT, Alexander. De médicos e médiuns: medicina, espiritismo e loucura no Brasil da primeira metade do século XX. 2008. 308 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

LEWGOY, Bernardo. (2003). O mal à moda espírita: As estruturas narrativas da desobsessão. Debates do NR, vol. 4, nº 2, p. 91-108, 2007.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional brasileiro: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: Lima, Nísia (org). Saúde e Democracia na História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 27-58, 2005.

LIMA, A. de A. Psiquiatria e espiritismo no atendimento à doença mental: a história do Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro (Curitiba, 1930-1950). Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

MARMITT, Wadi Yonissa. Olhares sobre a loucura e a psiquiatria: um balanço da produção na área de História (Brasil, 1980-2011). História Unisinos [en linea]. 2014, 18(1), 114-135 [fecha de Consulta 16 de Noviembre de 2022]. ISSN: Disponivel em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=579866788016

MARTINY, Carina. Das presenças: As Atas da Câmara Municipal de São Sebastião do Caí (1875 a 1892) como fontes de pesquisa. In: IX Encontro Estadual de História da Associação Nacional de História – ANPUH, 2008, Rio Grande do Sul. Anais, Vestígios do Passado: A história e suas fontes, Porto Alegre, 2008.

MACHADO, Roberto et al. Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARTINS, Rita de Cássia Andrade; ROCHA, Izabela Assis; SILVA, Adailton da. Desvio Social, Obsessão ou Doença Mental? Um estudo sobre a Institucionalização da loucura em Jataí (GO). Revista Mosaico, v. 14, p. 153-169, 2021.

MARQUES, Higina Teixeira. Da fotografia na cidade a cidade na fotografia: Ribeirão Preto 1891-1923. 2015. 272 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2015.

MARTINY, Carina. Das presenças: As Atas da Câmara Municipal da São Sebastião do Cai (1875 a 1892) como fontes de pesquisa. In: IX Encontro Estadual de História da Associação Nacional de História – ANPUH, 2008, Rio Grande do Sul. Anais, Vestígios do Passado: A história e suas fontes, Porto Alegre, 2008

MONTICELLI, Juliana. O ornamento arquitetônico como linguagem produtora de sentidos: uma análise semiótica dos edifícios da av. Faria Lima. Programa de Mestrado em Comunicação e Cultura. Universidade de Sorocaba. Sorocaba,São Paulo, 2016.

OLIVEIRA, Manoel Napoleão Alves de. Bobos e Tipos de Rua: Tempo e memória das cidades. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2003.

OLIVEIRA, Carolina Oliveira e. Dos empórios aos pegue-pague: a modernização das casas de comércio de Jataí. 2010. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

OLIVEIRA, Sarah Gabriela de Carvalho; ABDALLA, José Gustavo Francis. Arquitetura como reflexo do isolamento: Estudo de caso – FHEMIG BARBACENA. TRIADES | Revista (online). III Encontro de Semiótica do Projeto, Juiz de Fora/MG, p. 29-45, 2019.

PAULA, Éder Mendes. Os sons do silêncio: o louco e a loucura em Goiás. Dissertação

(Mestrado em História) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. História e... Reflexões: História & História Cultural. 3° Edição. Editora Autêntica. 2012.

PIMENTEL, Alessandra. O Método da Análise Documental: Seu uso numa Pesquisa Historiográfica. Cadernos de Pesquisa. N. 114, p. 179-195, 2001.

PIRES, Sanyo Drummond; GROPPO, Paula. A institucionalização do espiritismo como religião no Brasil a partir do seu conflito com a psiquiatria. Mnemosine, Vol.14, nº2, p. 25-50, 2018.

PUTTINI, R. F. Medicina e Religião no Espaço Hospitalar. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2004.

REIS, José Roberto Franco. "Viver é influenciar": Mario Magalhães, sanitarismo desenvolvimentista e o campo intelectual da saúde pública (1940-1960). Tempo Social, revista de sociologia da USP, v. 27, n. 2, p. 257-182, 2015.

RIBEIRO, Raphael Alberto. Loucura e obsessão: entre espiritismo e psiquiatria no Sanatório Espírita de Uberaba (1933-1970). 2013. 199 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Pobreza e filantropia: Estudos Históricos, Rio De Janeiro, 27(53), p. 71–91, 2014.

SANGLARD, Gisele. Filantropia e assistencialismo no Brasil. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 10, n. 3, p. 1095–1098, set. 2003.

SOUZA, Rildo Bento. Pobres, doentes e desvalidos: o asilo São Vicente de Paulo na cidade de Goiás (1909-1935). Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

SILVA, Leicy Francisca da. O SANATÓRIO PSIQUIÁTRICO DA "CIDADE ESPÍRITA" DE PALMELO (GOIÁS,1937-1970), Revista de História Mosaico. V. 1, n. 2. P. 170-186. 2021.

SILVA, Jefferson Alexandre. Norbert Elias. O Processo Civilizador: Uma História dos Costumes. Humanidades em Diálogo, USP, vol. IV, n. II, 2012.

SPINK, Mary Jane P. Psicologia Social e Saúde: Práticas, saberes e sentidos. 8 ed. Editora Vozes, Petrópolis, 2011.

SCHMACHTENBERG, Ricardo. Nas tramas do poder local: a família de Francisco de Oliveira Porto e a Câmara Municipal de Rio Pardo, Província do Rio Grande de São Pedro - 1811/1830. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais v. 5 n. 9 (Dossiê): RBHCS 9 - Arranjos familiares: as famílias ontem e hoje, p. 151-168, 2013.

TAKAHASHI, Mara Alice Batista Conti; IGUTI, Aparecida Mari. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, nov, 2008.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

VENÂNCIO, Ana Teresa A.. História do saber psiquiátrico no Brasil: ciência e assistência em debate. História, Ciência, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 10(3): 1087-93, set-dez. 2003.

VENANCIO, Ana Teresa A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, p.35-52, dez. 2011.

KARDEC, Allan. O Livro dos Espíritos. Rio de Janeiro, Ed. Da FEB, 2016.

WADI, Yonissa Marmitt. Olhares sobre a loucura e a psiquiatria: um balanço da produção na área de História (Brasil, 1980-2011). Revista História Unisinos, estudos históricos latino-americanos, v. 18, n. 1, p. 114- 135, 2014,

WEBER, Beatriz Teixeira. As artes de curar: medicina e religião, magia e positivismo na república Rio Grandense (1889-1928). Santa Maria/ EDUSC: Ed. UFSC, Bauru, 1999.

POR MOTIVO DA HONRA: LOUCURA, FEMINICÍDIO E JUSTIÇA PENAL NA PRIMEIRA REPÚBLICA (BAHIA, 1914)

Patrick Moraes Sepúlveda[1]

INTRODUÇÃO

O presente capítulo tem o intuito de analisar a inimputabilidade penal como uma possibilidade de estratégia jurídica dos sujeitos alienados durante a Primeira República, tomando como base um caso de feminicídio ocorrido na cidade de Salvador. O crime em questão tornou-se popular após a sua repercussão no jornal *Gazeta de Notícias: Sociedade Anonyma*, no ano de 1914, onde ficou evidenciado os detalhes do assassinato, o local e os principais personagens envolvidos.

O autor do crime, o engenheiro Joaquim Pereira Navarro de Andrade, desferiu um tiro na esposa, Eponina, motivado pelo

1 Mestre em História, pelo Programa de Pós-Graduação em História da UNEB, Campus II. Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/3033077833450417. E-mail: patrick0sepulveda@hotmail.com.

abalo da sua honra. Filho de uma família pertencente à classe média e Funcionário público dos Telégrafos, o indivíduo foi conduzido à 1° Circunscrição Policial horas após o delito, mas teve a saúde mental questionada durante a diligência. O seu advogado, solicitou à justiça um exame de sanidade mental, no intuito de garantir a inimputabilidade do cliente (GAZETA DE NOTÍCIAS: SOCIEDADE ANONYMA. 28.03.1914. p.2).

Através do discurso de defesa da honra, os crimes classificados como passionais sofreram constantemente intervenções do saber psiquiátrico no meio jurídico. Os agressores, muitas vezes considerados "sujeitos de bem" e que sequer apresentaram anteriormente sinais de alienação, encontraram no discurso médico um meio para não serem culpabilizados por delitos desta natureza. Sustentadas nas teorias biológicas, essas concepções contribuíram para naturalização da violência de gênero a partir da difusão das expectativas dos papéis masculinos na sociedade (TOLEDO, 2020).

Para além do discurso médico, o Código Penal de 1890 previa que sujeitos "em estado de completa privação de sentidos e de inteligência" durante o delito, assim como os portadores de "imbecilidade nativa", "enfraquecimento senil", ou "absolutamente incapazes de imputação" não podiam ser culpabilizados caso se envolvessem em crimes (BRASIL, Decreto n° 847, 11.10.1890). Treze anos depois, a legislação dos alienados se amplificou com a Lei que Reorganizava a Assistência aos Alienados no Brasil de 1903, quando foi proibido o encaminhamento desses sujeitos para as prisões e casas de correção (BRASIL, Decreto Nº 1.132, 22.12.1903).

Com a legislação supracitada, a psiquiatria ganhou maior notoriedade na sociedade, tendo os asilos e hospitais especializados como espaços específicos para a sua atuação. Embora a lei vigorasse para todo o Brasil, na Bahia os médicos tardaram a adquirir o controle sobre o Asilo São João de Deus, instituição fundada em 1874. Apelidada de *Bella Vivenda*, a instituição foi administrada incialmente pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia sob o modelo caritativo e funcionou em um casarão que pertenceu a família do poeta Castro Alves, na Freguesia de Brotas, centro da cidade de Salvador (RIOS, 2006, p. 64).

Nas primeiras décadas do século XX, o saber psiquiátrico concentrou as suas forças na crítica à terapêutica "leiga" das irmãs da misericórdia no asilo, a partir da defesa de um modelo de direção médica em trabalho conjunto com o governo do estado, tal como teria ocorrido em outros hospitais brasileiros, como o Hospício Nacional dos Alienados do Rio de Janeiro e o Juqueri, em São Paulo. A transição administrativa ocorreu apenas em 1912, quando a Santa Casa abandonou o asilo e o Estado assumiu após as inúmeras pressões da imprensa soteropolitana, que denunciava constantemente a situação de abandono experimentada pelos alienados na instituição (SILVA, 2005, p. 79-82).

É nesse contexto de transições administrativas e implementação de novas terapêuticas e em um cenário de desenvolvimento da psiquiatria na Bahia que Joaquim Pereira Navarro de Andrade foi encaminhado para o Asilo São João de Deus, a fim de ser realizado o seu exame de sanidade mental. Eutychio Leal, que se manteve no cargo de diretor na nova fase da instituição, foi escalado como um

dos peritos médicos responsáveis. Norteado por diversas concepções da psiquiatria europeia, Leal produziu e publicou estudos de caso sobre os transtornos mentais causados pelo alcoolismo na *Gazeta Médica da Bahia* a partir de abril do ano de 1913 (LEAL, 1913).

Tal estratégia evidencia a articulação do diretor na busca do saber psiquiátrico por novos espaços na sociedade baiana através da difusão de estudos nos periódicos científicos durante a segunda década do século XX. Essas publicações também tinham o intuito de garantir maior legitimidade à especialidade à nível acadêmico, visto que o campo da medicina era marcado por ideias heterogêneas e constantes discordâncias entre os doutores (SAMPAIO, 2001, p. 47-48).

Embora nem sempre concordassem entre si, a ciência médica expandiu o seu domínio para outros âmbitos e conquistou o seu espaço no meio jurídico, tão logo partindo em favor dos agressores à luz do discurso de legitimidade do seu saber. Como Joaquim, tantos outros homens aproveitaram da brecha legislativa para acionar o exame de sanidade mental a fim de não serem responsabilizados pelas violências que cometeram contra as mulheres na vida privada, os encaminhando para o tratamento nos asilos e hospitais.

As discussões presentes nesse capítulo se sustentam no arcabouço teórico da História da Saúde e das Doenças e foram possíveis devido a intensa pesquisa na documentação relacionada ao delito, bem como os periódicos populares e científicos que discutiram a aproximação entre a criminalidade a loucura. São os sinais e indícios presentes na fonte que contribuem para a reconstrução do caso em uma perspectiva histórica (GINZBURG, 1989, p. 177-178). Nela,

conseguimos identificar diversas informações sobre os elementos que atravessam o fenômeno, os elementos sociais e culturais evidenciado nas relações dos personagens envolvidos, a representação deste tipo de crime na imprensa e a formulação do diagnóstico médico.

A partir desses pequenos indícios buscamos reconstruir a história do "uxoricídio da Rua do Caquende", alcunha concedida ao assassinato de Eponina Pires de Carvalho de Andrade pelo seu marido nos periódicos soteropolitanos da segunda década do século XX, a fim de compreendermos os caminhos utilizados por médicos e juristas para a concessão da inimputabilidade do indivíduo.

O CRIME

Na manhã do dia 28 de março de 1914, um crime reportado no jornal *Gazeta de Notícias: Sociedade Anonyma* chocou a cidade de Salvador, em específico a população que vivia aos arredores do Distrito de Nazaré. Uma mulher, mãe de oito filhos, havia sido vítima de um ato de fúria do marido, na cama, enquanto amamentava a sua caçula. O agressor, Joaquim Pereira Navarro de Andrade, filho do também engenheiro Luiz Thomaz da Cunha Navarro de Andrade, foi ao sótão onde estava Eponina Pires de Carvalho e lhe deflagrou um tiro no peito (GAZETA DE NOTÍCIAS: SOCIEDADE ANOYNIMA, 28.03.1914, p.2). Começava, a partir de então, uma longa diligência na Repartição Central da Polícia da cidade de Salvador.

Na delegacia, Joaquim justificou as motivações do seu ato ao delegado Aurélio Velloso. Tratava-se de uma espécie de manuten-

ção da "honra ultrajada", afinal, alegava ter sido traído por Eponina, entretanto, essa versão se contradizia a dos familiares e pessoas próximas, que alegavam que ela era uma "senhora de raras virtudes e excelentes qualidade de caráter" (Ibid.).

As qualidades da vítima ressaltadas pelo periódico estão provavelmente relacionadas à aspectos específicos do que eram considerados como o universo feminino na vida privada durante o século XX. Por conviver em uma sociedade patriarcal, Eponina provavelmente se deparou com uma educação voltada para o cuidado do lar, dos filhos e dos familiares, bem como restrições impostas pela ideia de soberania da figura masculina, que não hesitava em caracterizar como subversivo ou imoral quaisquer ações que fugissem a normatividade (BARBOSA, 2016, p. 66-68).

A partir de uma linguagem sensacionalista e influenciada pelos romances policiais, o periódico contribuiu para a formação da opinião pública sobre o crime, sobretudo no que diz respeito às dúvidas acerca do adultério. Não por acaso, a coluna contendo a notícia foi intitulada de "Os crimes sensacionais". Estórias como a do casal não eram exclusivas e ganharam, inclusive, longos trechos publicados nos principais jornais do período, como era o caso dos denominados "romances de sensação", que por vezes apresentavam narrativas relacionadas a crimes "capazes de provocar no leitor emoções pouco experimentadas na previsível rotina do cotidiano" (EL FAR, 2004, p.113-115).

Nesse sentido, foi apresentado durante todo o processo crime uma concepção da mulher associada a ideia de maternidade, cuja qualidade se interligava a dedicação e o cuidado na criação dos filhos

e da família. Contudo, nem todas as mulheres cumpriam somente as tarefas domésticas ou o cuidado do lar, sendo possível distinguir as atividades femininas a partir da classe a que elas pertenciam. Em Salvador, por exemplo, como apontou a historiadora Marina Leão de Aquino Barreto, as mulheres negras se articulavam em ofícios variados como o serviço doméstico e operando como lavadeiras ao final do século XIX (BARRETO, 2019, p. 88-89). Cabe ressaltar que o projeto burguês de civilização surtiu pouco efeito no cotidiano dos segmentos populares, que precisaram se readequar às relações de trabalho no pós-escravidão no intuito de sobreviver, existindo também casos de mulheres com certa autonomia financeira que, inclusive, questionavam a autoridade masculina (FILHO, 2003, p. 21-22).

Com a chegada da polícia ao local, foram convocados imediatamente os médicos Octaviano Pimenta e Oscar Freire para a função de peritos responsáveis pelo exame cadavérico e a remoção do corpo da vítima. A fim de descobrirem a causa mortis, eles se dirigiram ao quarto onde ocorreu o assassinato e se depararam com uma mulher de "cor morena", com os cabelos presos e "fisionomia calma". Sem sinais de luta, ela possuía uma lesão na "região mamária esquerda" e os médicos constataram que a sua posição havia sido modificada após o disparo (APEB, Processo Crime. Núcleo: Tribunal de Justiça. Série: Homicídios, Seção: Judiciária. Estante 193, Caixa: 80, p. 3-5).

Ao solicitarem o auxílio pericial, as autoridades policiais buscaram legitimar a prisão através do recolhimento de provas fundamentais para encaminhar o indivíduo à julgamento. Tal estratégia acompanhava também uma nova fase da polícia baiana, associada

ao alinhamento com teorias científicas atreladas à medicina-legal e a antropologia criminal. Decerto a fundação do Gabinete de Identificação e Estatística, em 1911, contribuiu para as mudanças dos métodos investigativos, conferindo um caráter de especialidade e ciência ao ofício dos peritos a partir da implementação de sistemas como o desenvolvido por Juan Vucetich, que visava mapear a reincidência criminal dos indivíduos através da coleta datiloscópica (OLIVEIRA, 2020, p. 105-107).

Outro recurso utilizado pela polícia foi a convocação das testemunhas, no intuito de auxiliá-los na reconstrução do crime. A primeira delas foi Maria Carolina dos Santos, funcionária que estava na casa dos Navarro de Andrade à trabalho no momento do delito. Ela relatou que nem sempre o casal residiu em Salvador e dentre as cidades que viveram estavam Ilhéus, Maceió, Cachoeira e o Rio de Janeiro. As mudanças constantes se davam pelo fato de Joaquim ocupar o cargo de engenheiro da Repartição dos Telégrafos. Ao visitá-los disse não ter presenciado episódios de infidelidade de Eponina, entretanto, percebeu que na cidade alagoana eles sequer se cumprimentavam (APEB, Processo Crime. Núcleo: Tribunal de Justiça. Série: Homicídios, Seção: Judiciária. Estante 193, Caixa: 80, p.10-13).

Embora a tensão entre o casal se constituísse em Maceió, as suspeitas de Joaquim sobre o adultério de sua esposa se iniciaram anteriormente, na cidade de Ilhéus. Segundo o assassino, Eponina se envolveu amorosamente com o médico Arthur Lavigne e parte da população daquela região tinha conhecimento sobre o caso. Sentindo-se desmoralizado, alegou ter chegado ao Rio de Janeiro "doente"

e lá permaneceu por pouco tempo. O casal seguiu para Cachoeira, onde ele a acusou novamente, desta vez com Ramiro Pimentel, que tinha certa influência na região. Ao tentar arguir o homem sobre o ocorrido, ambos entraram em luta corporal e as agressões resultaram em ameaças de morte. Em território alagoano nasceu uma criança que o engenheiro atribuiu ao adultério por considerá-la com "traços fisionômicos" distintos ao seu. (APEB, Processo Crime. Núcleo: Tribunal de Justiça. Série: Homicídios, Seção: Judiciária. Estante 193, Caixa: 80, p. 6-10).

A briga entre os homens, seguida da fuga de Cachoeira para Maceió evidencia a dinâmica social em que esses personagens estavam inseridos, caracterizado sobretudo por relações patriarcais. A honra, principal motivação da briga entre Joaquim e Ramiro, era oriunda da ideia de masculinidade. Segundo Peter Gay, o discurso relacionado a noção de masculinidade era defendido por teóricos do século XIX e XX, cujos valores estavam associados à virilidade, modelada ainda na adolescência dos indivíduos. Nessa fase da vida, considerada de "feitura de um homem", os meninos deviam desenvolver a sua capacidade de brigar e duelar, pois elas estavam ligadas à possibilidade de sobrevivência (GAY, 1995 p. 104-105).

Para Joaquim, a briga contra o seu rival significou a defesa simbólica da sua honra e a demonstração da sua virilidade para os habitantes da cidade. O ato violento resultou em inúmeras privações à sua esposa seguidas de agressões no âmbito da vida privada. Em resposta a uma das perguntas do delegado durante a diligência sobre se houve outro adultério após o acontecimento mencionado, o engenheiro negou, alegando desta vez ter se "prevenido" e "tomado

precauções" para que as supostas traições não se repetissem (APEB, Processo Crime. Núcleo: Tribunal de Justiça. Série: Homicídios, Seção: Judiciária. Estante 193, Caixa: 80, p. 8).

Embora não tenha dito ao delegado quais precauções tomou, deduzimos que as suas medidas tenham se direcionado a reclusão da sua esposa, a vigília ou agressões. Em diversos trechos ao longo do processo crime foi apresentado um homem violento, entretanto, as perguntas dos policiais tendiam a culpabilizar a vítima, ainda que ela não pudesse mais se defender e outras testemunhas desmentissem quaisquer possibilidades de traição. Como Eponina, outras mulheres experimentaram violências domésticas, sexuais e repressões no cotidiano do lar, acontecimentos na maioria das vezes abafados pelo silêncio que ecoava em meio a uma sociedade que naturalizava o direito do patriarca na correção das esposas e filhos (PERROT, 2003, p. 18-19).

Sem a validação social do crime prevista no discurso de defesa da honra, Joaquim apelou junto ao advogado para a suposta anormalidade do seu estado de saúde, brecha essa possível a partir do Código Penal de 1890, como veremos adiante.

INIMPUTABILIDADE: UM CAMINHO LEGAL PARA A LIBERDADE?

No final do século XIX, o Brasil contemplou diversas transformações políticas, sociais e econômicas, sobretudo ligadas a experiências como a abolição da escravidão e a Proclamação da República. A última, inclusive, trouxe mudanças no âmbito jurídico após publicado o Código Penal, em 1890. Ainda que de forma superficial, a loucura e os tipos sociais classificados como alienados se tornaram pauta no documento oficial, no seu título III, "da responsabilidade criminal, das causas que dirimem a criminalidade e justificam os crimes". Segundo o Art. 29, eram inimputáveis, os indivíduos que cometerem os delitos "em resultado de afecção mental". Nesses casos, eles deveriam ser "entregues as suas famílias, ou recolhidos a hospitais de alineados, se o seu estado mental assim exigir para segurança do público" (BRASIL, Decreto Nº 1.132, 22.12.1903).

Mais tarde, em 1903, uma legislação específica dos alienados constatou que os sujeitos acometidos por transtornos mentais deveriam ser encaminhados para os hospitais especializados ao invés de instituições como prisões, sendo também o médico o único profissional responsável por emitir o diagnóstico e tratá-los. Isso se deu pelo desenvolvimento científico do final do século XIX, que ampliou a atuação da psiquiatria para outros âmbitos, dentre eles o meio jurídico. Entretanto, esse cenário nem sempre era harmonioso, pois como apontou Magali Engel, assim como haviam alianças entre médicos e juristas, também ocorriam disputas e discordâncias (ENGEL, p. 97-98).

A medicina psiquiátrica se inseriu no âmbito jurídico a partir de discursos pautados na ciência, traçando assim os critérios para estabelecer que determinados tipos sociais não deveriam conviver em meio aos sujeitos considerados saudáveis, por apresentarem um perigo para a sociedade. Como apontou Allester Dias, a construção desses "padrões de anormalidade, diagnósticos e terapêuticas" eram complexos e se associavam a sociedade e a cultura na qual essa especialidade estava inserida (DIAS, 2010, p. 19-20).

Na segunda década do século XX, quando ocorreu o assassinato de Eponina, esses saberes já estavam inseridos na dinâmica social, ainda que em processo de desenvolvimento. A legislação vigente sobre os alienados já era de conhecimento dos juristas do período, cenário esse propício para a defesa de Joaquim apresentar à possibilidade de alienação mental. É de se notar que essa talvez tenha sido uma estratégia premeditada, visto os relatos do delegado para a captura em flagrante do indivíduo no dia do crime. Ao chegar à cena, Aurélio Velloso afirmou que a polícia se deparou com um ambiente de "confusão, pesar e aflição", ao mesmo tempo que avistaram uma mulher aos prantos impedindo a captura do assassino (APEB, Processo Crime. Núcleo: Tribunal de Justiça. Série: Homicídios, Seção: Judiciária. Estante 193, Caixa: 80, p. 37-39)

A mulher em questão era a mãe de Joaquim, que, com exceção desse relato, sequer é mencionada em outras partes do processo crime e do exame de sanidade mental. Entretanto, cabe salientarmos a ação dos policiais, que certamente se justifica devido ao perfil social e racial do assassino, afinal, dificilmente se repetiria caso se tratasse de um indivíduo pertencente às classes populares. Aos olhos

do delegado, o engenheiro não se inseria no tipo social normalmente associado aos degenerados que estavam propícios para a medicina do período a cometer crime dessa natureza com tamanha frieza.

Mas, foi a calma de Joaquim que gerou dúvidas do delegado sobre a tese de alienação mental defendida pela defesa, pois o ele notou que ao contrário de um indivíduo irritado ou em fúria após o ato, ele se deparou com um homem tranquilo e que buscava acalmar a mãe antes de se entregar à polícia. E como outras testemunhas, Aurélio Velloso afirmou que Joaquim:

> "estava em seu juízo perfeito; trazia a fisionomia de um homem ciente e consciente do ato que praticara; a um insignificante sinal de cabeça que lhe fez o delegado ao retirar-se para a sala de visitas da mesma casa, onde mandara compor o seu juízo. Joaquim Navarro, compreendendo o acompanhou." (APEB, Processo Crime. Núcleo: Tribunal de Justiça. Série: Homicídios, Seção: Judiciária. Estante 193, Caixa: 80, p.38)

Apesar das dúvidas apresentadas por Aurélio Velloso acerca do estado de saúde de Joaquim, foram os últimos testemunhos que conduziram o caso para a observação médica. A quinta testemunha, Carlos Nuno, era também engenheiro da Repartição dos Telégrafos e prestou um depoimento com informações que favoreceram a defesa na solicitação para a realização do exame de sanidade mental. Para ele, o assassino era "de índole mansa e tolerante", entretanto, os acontecimentos mencionados na

seção anterior mudaram o seu comportamento e o levaram a ter pensamentos suicidas. Inclusive, em certa ocasião, Joaquim se atirou no mar, mas foi resgatado por marinheiros (APEB, Processo Crime. Núcleo: Tribunal de Justiça. Série: Homicídios, Seção: Judiciária. Estante 193, Caixa: 80, p. 31-35)

A visão construída sobre o indivíduo é modificada a partir da sua tentativa de suicídio. De uma pessoa tolerante e calma, foi apresentado à justiça um sujeito perigoso para si e para a ordem social em que ele estava inserido, tornando o hospital psiquiátrico o local mais indicado para o seu isolamento, tal como teria ocorrido com o caso de Pierre Rivière, que assassinou a mãe e os irmãos na França durante o século XIX (FOUCAULT, 1977, p. 259-260)

Além de Joaquim, outras pessoas também foram direcionadas para asilos e hospitais a fim de serem analisadas por psiquiatras após terem tentado subtrair a própria vida, tornando comum a correlação entre as doenças mentais ao suicídio entre o final do século XIX e início do XX. Com discursos divergentes sobre se os suicidas eram ou não alienados, os médicos sustentaram seus discursos sobretudo na questão moral, classificando as motivações para o ato suicida entre "morais" e "mórbidas", sendo as primeiras vinculadas às "decepções, os traumas morais, as dívidas, as responsabilidades comerciais, os compromissos não realizados, a fome, a miséria e o amor platônico ou contrariado" e a segunda relacionada à doenças como a "epilepsia, histeria, psicastenia, a loucura e as psicoses em geral" (SOUZA, 2018, p. 27).

Desse modo, o episódio mencionado influenciou diretamente no pedido da defesa pela realização do exame de sanidade

mental, visto que, na perspectiva do período, o indivíduo estava provavelmente acometido por uma doença mental, já que além de tentar o suicídio motivado por causas correlacionadas ao insucesso do seu relacionamento, meses depois assassinou a esposa.

Ainda que não concordasse com os rumores de alienação, não restava alternativas para Aurélio Velloso, se não, acatar a ordem judicial e encaminhar Joaquim para o Asilo São João de Deus para a análise pericial psiquiátrica. A partir daquele momento, não cabia mais à polícia o dever e a responsabilidade de definir se o réu era ou não responsável legal pelos crimes que era acusado, mas à ciência que ganhou maior prestígio nas primeiras décadas do século XX. Saia de cena as autoridades policiais e entrava a medicina psiquiátrica.

ALIENADO OU CRIMINOSO?

Em 1916, em um artigo para o periódico Gazeta Médica da Bahia, Alfredo Britto criticava a ausência de uma legislação específica para os "alienados delinquentes", indivíduos esses que, de acordo com a visão da psiquiatria, cometeram crimes em estado de privação dos sentidos. O médico, direcionou as suas críticas sobretudo à "redação" do Artigo 27 do Código Penal de 1890, que desconsiderava a diversidade tipológica dos transtornos mentais, ignorando, portanto, boa parte dos que não se encaixavam na definição de "demente senil, o imbecil e o idiota" (BRITTO, 1916, p. 240-241)

O seu relato demonstra um conflito entre a definição promovida pela justiça brasileira dos indivíduos alienados e os crimino-

sos. Segundo Sérgio Carrara, essa aproximação entre crime e loucura se dava porque

> a sociedade aparece fundada sobre a base racional de um contrato cuja finalidade é a promoção do bem comum. Percebido enquanto ataque à sociedade e ruptura do contrato social que a constitui, o crime não deixava de se transfigurar em espécie de "erro" ou de irracionalidade. (CARRARA, 1998, p. 69)

Como os alienados, os criminosos também eram considerados um perigo para o caminhar do progresso, pois a sua figura representava o antagonismo da construção do padrão relacionado ao "sujeito de bem" ou "saudável". Na tentativa de implementar o seu projeto civilizatório no Brasil, políticos, médicos, juristas e policiais buscavam a superação de hábitos associados aos tempos da escravidão, concedendo a importância ao trabalho e à mão-de-obra livre. Os indivíduos deveriam, portanto, produzir e "provar a sua condição de trabalhadores". Aos que não se adaptassem à essa lógica, a polícia se configurava como o aparato de contenção e isolamento ideal naquela sociedade (CHALHOUB, 2012, p. 255).

Tal estratégia das classes dominantes contra a circulação de alienados e criminosos pelas ruas se legitimou a partir do discurso cientificista do século XIX, sobretudo através da construção de critérios para a identificação da anormalidade nos indivíduos. Defendida por Benedict Morel no seu *Traité des Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l'Especie Humaine*, as noções de degenerescência compreendiam a predisposição genética como fator determinante para o desenvolvimento de doenças mentais, cujas

causas, podiam estar atreladas a aspectos físicos, sociais e morais dos indivíduos, contribuindo assim para o surgimento de patologias diversas (VÁSQUEZ-VALÊNCIA, 2015, p. 54-55). Na Bahia, tais ideias estiveram presentes no cotidiano dos médicos, formulando as distinções entre loucos e criminosos.

Entretanto, os médicos baianos apresentavam dificuldades em tal diferenciação, visto as falhas no processo de análise pericial nos exames de sanidade mental devido ao baixo contingente de médicos especializados em psiquiatria, como indicou Alfredo Britto durante o artigo. Para ele, as falhas eram evidenciadas no momento da seleção dos médicos peritos, que nem sempre eram especializados e ainda assim eram nomeados como peritos pela justiça. A solução para esse problema, na sua concepção, era a formação de um Conselho Psiquiátrico, composto por até cinco membros especialistas que examinariam os indivíduos suspeitos de alienação. Caberia ao juiz apenas aderir aos critérios dos médicos e pôr em prática a legislação, definindo a interdição nos hospitais psiquiátricos ou o tratamento domiciliar (BRITTO, 1916, p. 242-243).

A solução de Alfredo Britto demonstra que embora buscasse novos espaços na sociedade, a prática psiquiátrica na Bahia podia conter falhas, principalmente devido a atuação de médicos pouco experientes aos termos e definições da área. É nesse contexto de uma ciência em desenvolvimento que o personagem se insere, tornando as definições descritas no discurso médico como passiveis de equívocos.

Joaquim Pereira Navarro de Andrade foi encaminhado para o Asilo São João de Deus no dia 30 de março de 1914 (APEB, Ofí-

cios expedidos pelo diretor do hospital Juliano Moreira 1906 -1914. Caixa: 3188. N° 205). Em observação, o engenheiro aguardou que as autoridades jurídicas acatassem ao pedido do seu pai para a indicação dos peritos que procederiam com o exame no fim de maio do mesmo ano. Foram designados, portanto, os médicos Antônio Prado do Valladares, professor da Faculdade de Medicina da Bahia, e Eutychio Leal, o diretor da instituição psiquiátrica (APEB, Processo Crime. Núcleo: Tribunal de Justiça. Série: Homicídios, Seção: Judiciária. Estante 193, Caixa: 80, p. 47).

A fim de definir sobre a inimputabilidade do réu, os médicos traçaram o perfil do paciente e dividiram o exame de sanidade em quatro etapas: a anamnese, o exame físico e somático, as conclusões diagnósticas e, por fim, as respostas aos quesitos solicitados pela justiça. No primeiro, foram elencados os principais acontecimentos da infância que poderiam influenciar no seu estado mental, pois, para os peritos, retornar à fase da anamnese era tarefa fundamental para a compreensão se haviam anomalias físicas e morais no paciente.

Entre o final do século XIX e início do XX, os médicos, sobretudo os especializados em psiquiatria, sustentaram os seus diagnósticos em teorias científicas atreladas ao determinismo biológico e ao evolucionismo. Seguindo um ponto de vista organicista, alguns médicos brasileiros, como Juliano Moreira implementaram estudos de teóricos europeus na realidade brasileira, como ocorreu com as noções de Emil Kraepelin. Nela, as causas das doenças mentais eram compreendias a partir de uma síntese entre as "etiologias moral e físicas" e podiam também estar associadas a outros fatores externos

como a "a lepra, a sífilis, a epilepsia e o alcoolismo" (VENANCIO; CARVALHAL, p. 75-80).

Em se tratando dos médicos baianos realizadores do exame, o direcionamento teórico foi semelhante, afinal, Eutychio Leal já buscava propagar e implementar variadas concepções europeias na realidade soteropolitana, além de adaptar modelos experimentados por outros hospitais nacionais e internacionais na instituição que administrava durante a segunda década do século XX (SEPÚLVEDA, 2022, p. 47-48). No exame de Joaquim, por exemplo, percebemos a influência de psiquiatras como o alemão Emil Kraepelin e o francês Valentin Magnan (APEB, Processo Crime. Núcleo: Tribunal de Justiça. Série: Homicídios, Seção: Judiciária. Estante 193, Caixa: 80, p. 67).

Apoiados nas ideias de hereditariedade, na etapa da anamnese os peritos investigaram o surgimento de doenças na família do indivíduo, bem como os estigmas físicos e morais. Segundo o relatório, os pais gozavam de "integra saúde física e mental" e Joaquim não possuía "anomalias de caráter", entretanto, alguns parentes próximos já haviam apresentado sintomas psicopatológicos e registrado passagens em hospitais especializados. Ele, inclusive, se casou jovem, com vinte e um anos, em seguida se mudou para Ilhéus e não apresentava sinais de transtornos mentais até o ano de 1910, quando o seu comportamento se modificou após insucessos nos negócios. Acometido por delírios persecutórios, acompanhado de alucinações, o personagem tinha pensamentos homicidas contra amigos e pessoas próximas, além das dúvidas sobre a fidelidade da esposa. Com o avançar do quadro, a família buscou auxílio encaminhando-o ao

Rio de Janeiro, para a Casa de Saúde do Dr. Eiras. Entretanto após alguns dias internado, o engenheiro recebeu alta e retornou ao trabalho na Repartição dos Telégrafos, onde manteve as "maneiras e composturas do possuidor de mente sã" (APEB, Processo Crime. Núcleo: Tribunal de Justiça. Série: Homicídios, Seção: Judiciária. Estante 193, Caixa: 80. p. 50-54).

Essa instituição também voltada para o tratamento de pessoas acometidas por doenças mentais, possuía característica disciplinar similar aos hospitais especializados e era dirigida por médicos que empregavam de terapêuticas morais e medicamentosas nos seus pacientes. Instituições dessa natureza surgiram no Brasil durante o Segundo Reinado e a sua principal diferença consistia em ser um serviço particularcom serviços amplamente divulgados em periódicos como o *Almanak Laemmert* (GONÇALVES, 2013).

Dos poucos registros das observações provenientes da Casa Eiras, os peritos mencionaram as seguintes características sobre o estado de saúde de Joaquim:

> "Assinalam-se no doente, a este tempo, continua agitação por dias e noites igualados numa vigília inconsciente, revoas delirantes de nascente alucinatória sem rebuços, gestos e maneiras estereotipadas de expressão religiosa (sempre a rezar, a ajoelhar-se a benzer-se), quando não eram tentativas de suicídio; frustradas por efeito de assídua enfermagem fiscalizadora." (APEB, p. 53)

Através dos relatos médicos da Casa Eiras atreladas aos meses de observações no asilo baiano, os peritos sustentaram argumentos em defesa da alienação de Joaquim a partir da recorrência dos sintomas e as tentativas de suicídio.

Os peritos afirmavam também que o indivíduo tinha a "orientação auto psíquica" normalizada, mas não esboçava reação quanto a questão da morte da esposa e sequer demonstrava preocupação e empatia em relação aos filhos, demonstrando uma espécie de naturalidade das suas ações diárias. Por esse motivo, foi classificado como "egoísta", visto que as poucas vezes que contactou os familiares era no intuito de solicitar um auxílio a seu favor nos momentos de maior dificuldade durante o isolamento (APEB, Processo Crime. Núcleo: Tribunal de Justiça. Série: Homicídios, Seção: Judiciária. Estante 193, Caixa: 80, p.57).

Essas ações atraíram a atenção dos médicos, que compreendiam a complexidade do caso a partir do agrupamento de sintomas em torno de uma patologia incurável, havendo a possibilidade do diagnóstico ser construído sustentado nas concepções francesas e alemãs da psiquiatria. Caso analisado de acordo com a primeira noção, Joaquim estava acometido por um delírio crônico, defendida e explicada pelo médico francês, Valentin Magnan. Sob o olhar da segunda possibilidade, o diagnóstico estava atrelado à definição de parafrenia sistemática, formulada por Emil Kraepelin (APEB, Processo Crime. Núcleo: Tribunal de Justiça. Série: Homicídios, Seção: Judiciária. Estante 193, Caixa: 80, p. 66-67). Tal classificação bilateral se constituía porque é possível identificar concordâncias no pensamento dos dois psi-

quiatras, principalmente em se tratando da origem da doença, na maioria das vezes associada à questão da hereditariedade mórbida e da degenerescência (CAPONI, 2011).

Levando em consideração o pensamento de Kraepelin, amplamente defendida por Eutychio Leal, a parafrenia se caracterizava como um:

> [...] desenvolvimento extremamente insidioso de um delírio de perseguição, cuja evolução é continuamente progressiva e ao qual se acrescentam mais tarde ideias de grandeza sem desintegração da personalidade [...] (KRAEPELIN, 2005, p. 114)

Para o médico alemão, o quadro do paciente acometido pela parafrenia sistemática se iniciava de forma silenciosa e ganhava maior intensidade com o passar do tempo, sendo caracterizada pela amplificação do estado violento dos indivíduos, bem como o "ódio amargo pelas pessoas que o rodeiam", a frequência das "ideias de ciúme" e a intensificação dos delírios de perseguição. Nesse sentido, para Kraepelin, os sintomas mais recorrentes nos alienados que apresentavam esse quadro eram as alucinações, mudanças de humor, exaltação (KRAEPELIN, 2005, p. 116-124).

No curso geral da doença, considerava que doentes parafrênicos tendiam a intensificar o seu quadro diante de diversos fatores, sobretudo se fossem privados da liberdade em instituições de exclusão, pois nesses locais:

> Os seus delírios que recebem novas forças tornam-se pouco a pouco mais absurdos e mais extraordinários. Os doentes encontram-se num covil de assassinos, sentem-se preocupados de todas as maneiras possíveis, são massacrados dia e noite, violentados, cloroformizados, atormentados pelo diabo, sufocados por correntes fétidas e por raios elétricos envenenados. Os médicos são cúmplices dos seus perseguidores; inoculam-lhe sífilis; provocam-lhes varizes e furúnculos; os seus ossos são quebrados eletricamente; provocam-lhes poluções noturnas; atentam contra a sua vida com um furor sem escrúpulos [...] (KRAEPELIN, 2005, p. 125)

Assim, para Kraepelin a internação e o isolamento resultavam na piora do quadro, em contrapartida, considerava delicada a possibilidade de concessão da liberdade nesses casos, pois, segundo os seus estudos, esse perfil de doentes muitas vezes apresentava comportamentos violentos, principalmente em contato com outros doentes classificados como "irritados". Na concepção do psiquiatra alemão, durante o "tratamento individual é necessária paciência, autodomínio e clarividência", bem como se mostrava fundamental o rigor dos responsáveis pelo doente na observação de atividades cotidianas como "banhos" e a "limpeza dos quartos" (KRAEPELIN, 2005, p. 130).

Ao retornarmos ao caso de Joaquim, as noções de Kraepelin serviram de sustentáculo teórico e científico para a formulação do diagnóstico e das respostas ao questionário judicial. Com elas, os médicos legitimaram o seu discurso em defesa da alienação de

Joaquim e a impossibilidade deste indivíduo ser culpabilizado por suas ações. Para eles, o engenheiro era de fato um alienado com delírios de "ciúme, místicos e de megalomania" e os seus atos violentos contra a sua esposa se deram em decorrência do seu estado mental (APEB, Processo Crime. Núcleo: Tribunal de Justiça. Série: Homicídios, Seção: Judiciária. Estante 193, Caixa: 80, p. 68).

Nota-se que embora legitimado no seu tempo, todos acontecimentos mencionados e registrados pelos peritos partiram do indivíduo ou dos seus parentes questionados no momento do exame. Tais informações incompletas e imprecisas deste tipo documental nos leva a questionar a efetividade do procedimento médico e a veracidade dos fatos, visto que, segundo os relatos das testemunhas e o delegado, Joaquim não possuía sinais de alienação, evidenciando assim o interesse dos familiares em defender a tese de alienação.

Com isso, algumas perguntas vêm à tona no processo de análise documental, como: se relatadas pelo indivíduo e familiares, até que ponto as informações são fidedignas? Havia efetividade no exame? Quais os benefícios da comprovação de inimputabilidade para Joaquim?

Decerto nunca saberemos se ele de fato estava ou não acometido por uma doença mental, afinal, os recursos tecnológicos existentes no presente para a identificação de transtornos mentais diferem dos utilizados a sua época, que ainda contava com uma especialidade em processo de desenvolvimento e apoiada em noções deterministas. Contudo, é fundamental analisarmos criticamente o procedimento. Como apontou Andrés Rios Molina, há certa subjetividade nas cartas escritas por alienados e nos exames médicos, pois

esses relatos, quase que autobiográficos, são marcados por características relacionadas ao "cotidiano do confinamento, as relações de poder que ali se estabeleceram, os códigos que comunicação regida entre pacientes e médicos, a experiência subjetivo do interno, sua atitude perante a instituição psiquiátrica, tratamento e diagnóstico imposto", além de serem cercados por "preconceitos culturais e elaborada sob uma marca biologicista" (RIOS MOLINA, 2009, p. 74-75).

Desse modo, como mencionamos anteriormente ao tratarmos em relação à crítica de Alfredo Britto aos procedimentos de seleção dos peritos para a realização do exame, existiam margens para possíveis erros daquela ciência que estava se desenvolvendo e em processo de conquista do seu espaço social após a Lei que Reorganizava a Assistência aos Alienados, de 1903. Outro ponto é que, enquanto sujeitos históricos, alguns indivíduos podiam se articular através da simulação e da negação a fim de se beneficiar diante variadas situações, algo que pode ter ocorrido no caso de Joaquim na tentativa de manter seus proventos como funcionário público.

Enquanto engenheiro da Repartição dos Telégrafos, a responsabilização pelo crime talvez culminasse em uma exoneração do cargo e consequentemente na subtração de proventos e benefícios. Não por acaso, Luiz Thomaz se tornou curador do filho e em duas ocasiões solicitou licenças de um ano, em 1915 e 1918, por seu filho estar internado no Asilo São João de Deus e não dispor de "outros recursos se não os vencimentos do cargo" e por possuir "oito filhos menores órfãos de mãe" (ANNAES DA CAMARA, 1915, p. 102).

As últimas relacionadas à Joaquim nos direcionam a acreditar que passou anos internado ou se beneficiou do modelo *open-door*[2], defendido e oferecido pela psiquiatria. Em um ofício direcionado ao Juiz de Direito da Vara de Órfãos Menores e Ausentes de Salvador, do ano de 1934, que informava a morte de Luiz Thomaz Cunha Navarro de Andrade, pai e curador de Joaquim, tomamos conhecimento que o engenheiro conseguiu a aposentadoria, porém, foi encaminhado ao Hospício Nacional dos Alienados, onde esteve internado por "muitos anos". Após o ocorrido, sabe-se que o seu genro assumiu a curadoria dos seus bens a partir de 1937 (APEB, Processo Crime. Núcleo: Tribunal de Justiça. Série: Homicídios, Seção: Judiciária. Estante 193, Caixa: 80, p. 70-76).

Ainda que se caracterizasse como um alienado delinquente por ter se envolvido em um crime, Joaquim não foi enquadrado como degenerado pois os peritos não identificaram os estigmas físicos e morais geralmente associados pela ciência médica à população negra, pobre e liberta. O diagnóstico da doença foi definido a partir do seu perfil social e racial, tornando distintas as terapêuticas empregadas no ambiente asilar, cujos critérios se pautavam em "padrões fortemente racistas" e definidas a partir da capacidade do pagamento da internação (CUNHA, 1998, p. 3).

Embora as fontes impeçam de compreendermos o tratamento empregado em ambos os hospitais que foi encaminhado ou se algum dia deixou a instituição asilar, devemos considerar que a

2 O sistema *open-door* já havia sido amplamente defendido por Raimundo Nina Rodrigues em um relatório sobre o Asilo São João de Deus, na revista O Brasil-Médico, no ano de 1906. A proposta, defendida sobretudo médicos europeus, consistia na possibilidade do alienado experimentar o tratamento em domicílio (RODRIGUES, 1906)

decisão dos médicos impediu o encaminhamento de Joaquim à prisão, o favoreceu ao classificá-lo como inimputável, manteve os seus proventos enquanto funcionário público e permitiu que talvez ele gozasse de uma liberdade momentânea através do tratamento domiciliar.

CONCLUSÃO

Como muitas outras histórias retratadas nos periódicos correlacionadas a violência de gênero, o "uxoricídio da Rua do Caquende", alcunha concedida pelo jornal daquele período ao assassinato de Eponina, foi mais um crime em que a vítima terminava culpabilizada pelas ações do seu agressor, que, por sua vez, tinha e efeitos e consequências minimizados ou temporários. Nesse sentido, os discursos de defesa da honra eram socialmente aceitos e atrelados à justificativa de insanidade do indivíduo proposto pelo saber psiquiátrico, ainda que considerado abominável, como ocorreu com o delegado Aurélio Velloso e a imprensa no caso abordado.

É importante salientarmos que os marcadores raciais, de classe e de gênero influenciaram na decisão dos peritos. Joaquim era um homem branco, pertencente à classe média, com formação acadêmica e funcionário público, por isso conseguiu melhores condições de defesa, situação distinta de outros pacientes indigentes no asilo que tiveram diagnósticos atrelados ao determinismo biológico e a degenerescência. O indivíduo era, sim, um alienado, porém, não possuía quaisquer indícios do que os médicos consideravam como desvios morais ou de caráter.

Esses privilégios permitiram que ele utilizasse do Código Penal de 1890 a seu favor com o apoio do seu advogado, colaborando assim para que mesmo tendo cometido um crime brutal e com considerável repercussão na mídia da época, conseguisse ser encaminhado para o Asilo São João de Deus. A estratégia traçada auxiliou na manutenção dos seus proventos e na concessão da aposentadoria dos serviços prestados na Repartição dos Telégrafos.

O assassinato de Eponina ilustra o quanto as violências de gênero se perpetuam, ainda que existam medidas jurídicas punitivas na atualidade, como a Lei Nº 11.340, muitas vezes os homens envolvidos permanecem em liberdade após terem cometido o delito. Por isso, reconstruir o caso abordado e analisá-lo em uma perspectiva histórica é tarefa fundamental para compreendermos a importância do combate a práticas iniciadas no passado, mas que persistem no tempo presente.

FONTES

Arquivo Público do Estado da Bahia

APEB, Processo Crime. Núcleo: Tribunal de Justiça. Série: Homicídios, Seção: Judiciária. Estante 193, Caixa: 80.

APEB, Ofícios expedidos pelo diretor do hospital Juliano Moreira 1906 -1914. Caixa: 3188. Nº 205.

Biblioteca Nacional Digital

ANNAES da câmara dos deputados, sessões de 21 a 31 de agosto de 1915, vol. X, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1917.

GAZETA de notícias: sociedade anoynima (BA), 28.03.1914, p.2.

Gazeta Médica da Bahia

BRITTO, Alfredo. Gazeta Médica da Bahia Vol. XLVIII, nº 1, julho de 1916.

LEAL, Eutychio. Gazeta Médica da Bahia Vol. XLIV, nº 10, abril de 1913.

Legislação

BRASIL, Decreto Nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-8834-11-julho--1911-507693-publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 04.06.2023

BRASIL, Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890. Código penal dos Estados Unidos do Brazil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm Acesso em: 04.06. 2023

Revista O Brasil-Médico

O BRASIL-MÉDICO: Revista Semanal de Medicina e Cirurgia (RJ), Ano XX, N° 5, 11, 12, 13, 14. 1906.

REFERÊNCIAS

DIAS, Allister Teixeira; MUÑOZ, Pedro Felipe Neves de. "Dramas de sangue na cidade": algumas trajetórias da "loucura-assassina" nas redes da psiquiatria (década de 1910). IN: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de; LACERDA, Aline Lopes de [et.al]. **Uma História brasileira das doenças**, Volume 3. Belo Horizonte, MG, ARGVMENTVM, 2010.

BARBOSA, Everton Vieira. **Páginas de sociabilidade feminina**: sensibilidade musical no Rio de Janeiro oitocentista. ASSIS: Universidade Estadual Paulista, 2016. (Dissertação de Mestrado)

BARRETO. L. de A. Gênero e raça no trabalho doméstico livre em Salvador em fins do século XIX: o surgimento de uma classe fatalmente segmentada. **Revista Mundos do Trabalho**, Florianópolis, v. 10, n. 20, p. 81–102, 2019. DOI: 10.5007/1984-9222.2018v10n20p81. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdotrabalho/article/view/1984-9222.2018v10n20p81. Acesso em: 17 mar. 2023.

CAPONI, Sandra. A hereditariedade mórbida: de Kraepelin aos neokraepelinianos. **Physis: Revista De Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 [3]: 833-852, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300004

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EDUERJ; São Paulo: EDUSP, 1998.

CHALHOUB, Sidney. **Trabalho, lar e botequim**: o cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da belle époque. 3° ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2012.

CAULFIELD, Sueann. **Em defesa da honra**: moralidade, modernidade e nação no Rio de Janeiro (1918-1940). Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2000.

COSTA, Iraneidson Santos Costa. **A Bahia já deu Régua e Compasso**: Medicina Legal, Raça e Criminalidade na Bahia (1890-1940). Salvador: EDUFBA, 2023.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. De historiadoras, brasileiras e escandinavas: Loucuras, folias e relações de gêneros no Brasil (século XIX e início do XX). **Tempo**, Rio de Janeiro, Vol. 3, nº 5, 1998, p. 181-215.

EL FAR, Alessandra. **Páginas de sensação**: literatura popular e pornográfica no Rio de Janeiro (1870-1924). São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da Razão**: Médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

FERREIRA FILHO. A. H. **Quem Pariu e bateu, que balance!** Mundos femininos, maternidade e pobreza. Salvador, 1890-1940, Salvador: CEB, 2003.

KRAEPELIN, Emil. **A Demência Precoce**. 2.ª Parte - Parafrenias. Tradução de Virgínia Campos. 1 ed. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 2005.

GONÇALVES, M. S.. Os primórdios da psiquiatria no Brasil: o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850-1880). **Revista Brasileira de História da Ciência**, v. 6, p. 60-77, 2013.

Gay, Peter. **O Cultivo do Ódio**: a experiência da burguesia da Rainha Vitória a Freud. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

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

OLIVEIRA, Henrique Silva de. **"Os gatunos agem à vontade"**: polícia, ciência e identificação criminal em Salvador (1911 - 1922). UFBA: Salvador, 2020.

PERROT, M. **Os silêncios do corpo da mulher**. In: MATOS, M. I. S.; SOIHET, R. (Org.). O corpo feminino em debate. São Paulo: UNESP, 2003.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. **Nas trincheiras da cura**: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial. Campinas, SP: Editora da Unicamp, Cecult, IFCH, 2001.

SOIHET, Rachel. **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora UNESP, 2003.

SOUZA, Daiane Santos de. **"Os vencidos na vida"**: discursos sobre o suicídio na cidade de Salvador na primeira metade do século XX. Alagoinhas: UNEB, 2018. (Dissertação de Mestrado)

RIOS, Venétia Durando Braga. **O Asylo São João de Deos**: As faces da loucura. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006. (Tese de Doutorado)

RIOS MOLINA, Andrés. Un mesías, ladrón y paranoico em el Manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos. **Estud. hist. mod. contemp**. Mex, Ciudad de México, n. 37, p. 71-96, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185262020090001000003

&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 23 de abril de 2023.

SEPÚLVEDA, Patrick Moraes. **Entre os Muros da Exclusão**: Trajetórias de alienados na cidade de Salvador (1903-1916). Alagoinhas: UNEB, 2022. (Dissertação de Mestrado)

TOLEDO, E.; DIAS, A. Psiquiatria e naturalização do crime passional no Rio de Janeiro da década de 1930. **Estudos Históricos**, v. 33, n. 70, p. 403–423, 2020.

VÁSQUEZ-VALENCIA, Maria Fernanda. **Degenerados, criminosos e alienados**: Para uma história do conceito de degeneração na Colômbia, 1888-1950. Florianópolis: UFSC, 2015. (Tese de Doutorado)

VENANCIO, Ana Teresa A.; CARVALHAL, Lázara. Juliano Moreira: a psiquiatria científica

no processo civilizador brasileiro. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; RUSSO, Jane Russo; VENANCIO, Ana Teresa A. (Org.). **Psicologização no Brasil**: atores e autores. Rio de Janeiro: Contracapa, 2005.

O LOUCO E DEGENERADO: "A ALTERIDADE DO HUMANO"

Ricardo Alexandre S. de Sousa[1]

Aqueles que põem em dúvida os efeitos perniciosos da mistura de raças e são levados, por uma falsa filantropia, a romper todas as barreiras colocadas entre elas deveriam vir ao Brasil. Não lhes seria possível negar a decadência resultante dos cruzamentos que, neste país, se dão mais largamente do que em qualquer outro. Veriam que essa mistura apaga as melhores qualidades quer do branco, quer do negro, quer do índio, e produz um tipo mestiço indescritível cuja energia física e mental se enfraqueceu" (AGASSIZ. E. & L, 2000, p. 282).

Já não existe nenhuma família brasileira que não tenha sangue negro e índio nas veias; o resultado são compleições raquíticas que, se nem sempre repugnantes, são sempre desagradáveis aos olhos" (GOBINEAU, 1869. *In*: RAEDERS,1988, p. 90).

O Brasil, como um lugar onde a mistura entre europeus, índios e africanos, produziu uma população bastante diferente do tipo europeu, foi alvo de curiosidade, nem sempre despida de preconceito, de viajantes que aqui estiveram. A construção de uma nação civilizada nos trópicos era tida como uma impossibilidade por alguns destes viajantes.

1 Professor adjunto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Tem experiência na área de História, com ênfase em História das Ciências, atuando principalmente nos seguintes temas: capistrano de abreu, ensino de história, theodoro sampaio, a ocupação dos Sertões, raça, racismo e mestiçagens na ciência oitocentista.

Dois deles, talvez os mais radicais, foram, o naturalista suíço Louis Agassiz e o conde francês Joseph Arthur de Gobineau. O primeiro veio ao Brasil em 1865 na Expedição Thayer, a fim de recolher espécies para formação o Museu de História Natural e Cambridge, bem como buscar indícios de que teria havido uma idade do gelo em tempos remotos também em regiões de clima tropical. Esses dois objetivos, no entanto, não foram suficientes para desviar seu olhar da formação étnica do brasileiro (SOUSA, 2023).

Agassiz, um naturalista suíço que se radicou nos Estados Unidos e ali se tornou grande defensor do poligenismo, pensava a mestiçagem do brasileiro como uma impossibilidade de progresso devido "aos efeitos perniciosos da mistura de raças".

O segundo viajante, foi o conde Joseph Arthur de Gobineau, este veio ao Brasil em 1869, em missão diplomática. Gobineau tentou de todas as maneiras se desvencilhar da missão, porém seus superiores insistiram em enviá-lo como ministro representante da França no Império brasileiro. O francês que no ano de 1854 lançou sua principal obra, o "Ensaio sobre a desigualdade das Raças Humanas", onde afirmava que a mistura de raças era a causa da decadência de todas as grandes civilizações, evidentemente não via com bons olhos o resultado da colonização portuguesa nos trópicos. O brasileiro tão miscigenado era para ele a encarnação viva de seus piores pesadelos. O imperador D. Pedro II foi único grande amigo com quem manteve contato por meio de vasta correspondência após sua volta à França e até 1882, o ano em que o conde veio a falecer (SOUSA, 2023).

A visão do mestiço como degenerado, no entanto não é uma discussão simples. Deparar-se com a alteridade constitui-se para o ser humano em o incômodo desafio de ter de repensar a própria identidade frente ao outro.

Vários autores já se debruçaram sobre o tema da reação humana à alteridade. Claude Lévi-Strauss observou esse traço comum às sociedades humanas.

> A atitude mais antiga e que se assenta sem dúvida em fundamentos psicológicos sólidos, pois tende a reaparecer em cada um de nós quando se nos depara numa situação inesperada, consiste em repudiar pura e simplesmente as formas culturais – morais, religiosas, sociais, estéticas – mais afastadas daquelas com que nos identificamos(LEVÍ-STRAUSS, 1960, p 236).

Freud também percebeu tal repulsa, seja por uma agressividade plenamente realizável ou sublimada em forma de piadas e pequenas maneiras de ridicularizar o outro.

> Evidentemente, não é fácil aos homens abandonar a satisfação desta inclinação para agressão. Sem ela, eles não se sentem confortáveis. A vantagem que um grupo cultural, comparativamente pequeno, oferece, concedendo a esse instinto um escoadouro sob a forma de hostilidade contra intrusos, não é nada desprezível. É sempre possível unir um considerável número de pessoas no amor, enquanto sobrarem outras pessoas para receberem as manifestações de sua

> agressividade. Em outra ocasião, examinei o fenômeno no qual são precisamente comunidades com territórios adjacentes, e mutuamente relacionadas também sob outros aspectos, que se empenham em rixas constantes, ridicularizando-se umas às outras, como os espanhóis e os portugueses por exemplo, os alemães Norte e os alemães do Sul, os ingleses e os escoceses, e assim por diante. Dei a esse fenômeno o nome de "narcisismo das pequenas diferenças", denominação que não ajuda muito a explica-lo. Agora podemos ver que se trata de uma satisfação conveniente e relativamente inócua da inclinação para a agressão, através da qual a coesão entre os membros da comunidade é tornada mais fácil" (FREUD, 1997, p. 71).

O outro sempre esteve presente na história de desenvolvimento do *Homo sapiens,* e as características eleitas para classificá-lo estão intimamente ligadas às características pelas qual um grupo constitui sua própria identidade. Sendo assim, ao longo da história humana, vários "outros" tendem a surgir em diferentes contextos: o bárbaro foi o outro dos romanos, os gentios o outro dos judeus, o pagão o outro do cristão, a mulher o outro do homem, o louco o outro do são e por aí afora.

A loucura, entretanto, viu-se incluídas em outras alteridades, ao longo da história: na Idade Média loucura e miséria eram vistas como intimamente ligadas (FOUCAULT 1961); num momento posterior a loucura se vê posicionada lada a lado com a epidemia de sífilis que alcançou a Europa com uma virulência terrível no século XV (FOUCAULT 1961); na modernidade a loucura era associada à

degenerescência, um conceito amplo e que teve inúmeras definições ao longo da história.

A associação loucura/degenerescência tem para a inteligência brasileira de fins do século XIX e início do XX um caráter de difícil assimilação, já que diversas características do homem degenerado; na concepção de Agassiz, Gobineau, Lombroso e outros; correspondia em muito à imagem do brasileiro.

O critério de raça, hereditariedade ou o conceito de degenerescência com base nesses dados como indicador de alteridade é um fenômeno relativamente novo na história da humanidade e que somente pode ser entendido se inserido num contexto muito mais amplo, ou seja, a necessidade de o ser humano constituir um grupo identitário frente ao outro pelo qual o primeiro exercitará de forma realizada ou latente sua pulsão de agressividade.

Segundo o dicionário priberam da língua portuguesa, degeneração tem o sentido de "desvio parcial do tipo primitivo; perda das boas qualidades próprias ou herdadas; corrupção, depravação"[2]. Embora, o sentido do termo não seja estrito ao caráter racial, é evidente na perspectiva racialista do século XIX que o termo adquire a significação de perda essencial das qualidades da raça original. Especialmente autores como Gobineau e Agassiz tomavam a mestiçagem como elemento causador dessa corrupção dos valores essenciais das raças e em especial a queda da raça ariana.

2 Ver: https://dicionario.priberam.org/degenera%C3%A7%C3%A3o consultado em 22/6/2023

No sentido que os citados autores oitocentistas empregam o termo, degenerado, atingem um amplo espectro que vai desde as qualidades morais, à força física, a capacidade intelectual e, inclusive a desrazão ou a loucura.

A história do desenvolvimento da psiquiatria e psicologia na Europa não aconteceu de forma alheia à questão do outro e a patologização deste, seja como degenerado, desumanizado ou enlouquecido. O louco, como o outro em relação ao são faz parte de um longo processo construído historicamente e não pode ser desprezado na própria concepção do mestiço degenerado como o outro do europeu puro.

Construindo a Identidade da Loucura ao Longo da História:

Michel Foucault em "História da Loucura" (1961) percebeu o processo de transformação do papel do louco na sociedade européia: Os asilos na Idade Média utilizados para apartar da sociedade os leprosos, com a diminuição drástica da incidência daquela doença e o aumento vertiginoso dos doentes venéreos sifilíticos, a partir do século XV, começam a serem utilizados para apartar da sociedade esse segundo grupo e a loucura, como uma forma de manifestação da sífilis em seu estágio mais avançado, acaba por ser incluída na relação das pessoas passíveis de serem apartadas da sociedade. Mesmo quando a doença venérea diminui sua virulência, o louco, sifilítico ou não já se enquadra no *hall* dos excluídos sociais.

Os pobres, na Idade Média (miseráveis e loucos) eram vistos com alguma positividade mística; já que Jesus teria dito, segundo os evangelhos, que aquele que alimentava ou agasalhava um pobre fazia isso ao próprio filho de Deus. Logo, a pobreza estaria associada a um ato caridoso, o que reservava aos loucos e miseráveis um lugar bem definido no espaço social.

Até o Renascimento a loucura estaria associada a um saber proibido e demoníaco. Logo, a loucura, seria uma forma de saber trágico, ou uma verdade impossível de ser suportada, seria, enfim uma forma complementar da razão. A partir dos séculos XVI e XVII, segundo Foucault, começa a surgir uma nova concepção da loucura, segundo a qual conforme o pensamento cartesiano era encarada como o engano. Em Descartes a loucura passou a ser a ausência do pensamento e consequentemente a ausência do ser. Assim, o louco perde seu status de humanidade – já que, se não há razão, não há humanidade. Dentro desse contexto, os loucos e miseráveis são recolhidos ao *hôpital general*, não para serem curados, mas para serem excluídos da sociedade.

Já Gladys Swain em *Dialogue Avec L'insensé* (1994), procurou entender a loucura em dois momentos diferentes.

> Existem, no entanto, diversas variantes dessa autarquia intelectual dependendo das diferentes maneira pelas quais as regras subjetivas virão a suplantar as regras objetivas do pensamento. kant distinqgue quatro deles, dos quais poderíamos agrupar os três primeiros – confusão, delírio, estravagânci para opô-los ao quarto:

> vesânia. Acerca dessa última, com efeito, não se trata simplesmente, como nas precedentes, 'de uma desordem e de um desvio das regras de uso da razão, mas também de uma desrazão positiva, ou seja, de uma outra regra' (SWAN, 1994,p.4)[3].

Assim, na perspectiva da autora, há uma tênue linha que separa a visão acerca da alienação mental em que de um lado estaria a perpectiva antropológica Kantiana e posteriormente perspectiva enciclopédica Hegeliana[4]. A autora parte da premissa de que os eventos naturais nunca são dados como objetos naturais, mais são vistos a partir de uma determinada cultura, e elege o discurso filosófico como aquele que, a seu ver, melhor captura os conceitos vigentes em determinada época.

Para Kant a loucura é vista como uma "desrazão", ou o outro da razão. Tal "desrazão" se caracterizaria por diferentes estágios que iam desde a confusão, o delírio, a extravagância até propriamente a vesânia, forma mais radical, já que se constitui numa outra razão, ou seja, a "loucura por excelência", onde o louco é "excluído da possibilidade de um pensamento em conformidade com as leis da experiência" (SWAIN, 1994, p.4).

Nesse aspecto a vesânia suplantaria as outras citadas formas de loucura por sua amplitude, já que ela seria o resultado do processo natural que, na perspectiva kantiana, conduz sempre a um sentido universal. O engano, a falsa concepção da realidade que nas três primeiras formas de loucura (a confusão, o delírio e a extravagância)

3 Tradução livre do autor do original em francês.

4 L'Anthopologie de Kant foi publicada em 1798, ao passo que L'Encyclopédie de Hegel data de 1817.

mantinham algum elo com a realidade racional, na vesânia se caracterizava por assumir uma forma própria de razão, completamente apartada dos fatos e da vida real, constituindo-se assim numa desrazão e, portanto, num outro absoluto da razão. O que não significava que não fosse um processo evoluído e natural, porém, desprovido de contato com o mundo real (SWAIN, p.7).

Assim, Kant procurava descolar a loucura tanto da explicação médica quanto da explicação do direito, trazendo-a para o campo da filosofia.

Sob o ponto de vista de Swain essa concepção hermética da loucura, bem como a possibilidade de uma terapia que pudesse trazer o louco de volta à razão comum começa a sofrer uma ruptura no começo do século XIX. Hegel é apontado pela autora como a "exata antítese da visão kantiana".

Enquanto para Kant a loucura é um tipo de outra razão ainda que deformada por uma visão equivocada do mundo e de suas regras, para Hegel o louco não estaria envolto em uma nova forma de razão. Ou seja, ele não se desvincularia do sistema racional, fundando para si uma razão particular, mas viveria a contradição de viver dividido entre a razão comum e a sua consciência adoecida. Nessa perspectiva, para Hegel, havia a possibilidade de tratamento, já que diferentemente da vesânia Kantiana, o louco sempre manteria algum contato com a razão vigente e, justamente por isso "vive um estado de convulsão e infortúnio espiritual" (SWAIN, p. 9).

Dentro da perspectiva hegeliana o louco poderia ser resgatado do seu estado de loucura caso um "habilidoso médico da alma"

pudesse fazer triunfar a razão frente à loucura que atuam no louco, indivíduo dividido e em conflito entre esses dois estados.

Na sua concepção Philippe Pinel era visto por Hegel como um marco no qual pensar a loucura, seria cogitar a possibilidade de tratamento para essa.

O louco como ser que vive o conflito de uma vida fendida entre realidade e fantasia ou antes entre aquilo sua pulsão reivindica e a objeção da realidade, foi algo que Freud percebeu como o sentimento de clivagem do eu e suas diferentes manifestações nos sujeitos de seus estudos psicanalíticos.

A loucura: A nau dos loucos, o confinamento e o tratamento

Foucalt (2013) em seu impactante livro "A história da loucura" lançado em sua primeira edição em 1972, relata o aparecimento na Renascença da *Stutifera Navis*, ou a nau dos loucos, que marca uma mudança de relação das sociedades europeias com o louco. Mudança que decorre da própria mudança da sociedade que passa a exaltar a razão e posteriormente o trabalho e aqueles que se encontravam à margem desse processo de evolução social já não eram encarados como detentores de uma razão secreta ou até mesmo maldita e sim como sujeitos a serem expelidos daquela sociedade.

> Por um lado, não se deve reduzir a parte de uma eficácia prática incontestável: confiar o louco aos marinheiro é com certeza evitar que ele fi-

> casse vagando infefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torna-lo prisioneiro de sua própria partida. Mas isso a água acrescenta a massa mais que isso, ela purifica. Além do mais a navegação entrega o homem à incerteza da sorte: nela, cada um é confiado aos seu próprio destino, todo embarque é potencialmente o último. É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca. (FOUCAUL, 2013, p, 13).

Dessa forma ao louco é designado um "não lugar", uma posição em que ele estaria confinado ao externo, transferido de nau em nau sempre para mais distante. Uma Odisseia sem volta era o ideal para aqueles que já não tinham espaço na sociedade Moderna que estava sendo gestada.

Não que as naus dos loucos dessem conta da população de insanos que circulava pelas cidades. Já que lançá-los às águas era como varre para baixo do tapete aquilo que era indesejável. Se uma nau partia, outros loucos haveriam de surgir e outras naus haveria de despejar cerca dalí os insanos de outras cidades. Portanto, não era possível abrir mão do confinamento para essas pessoas, ainda que isso representasse um maior gasto para as cidades.

O confinamento, portanto, não poderia ser descartado. Era necessário recolher, alojar, alimentar tanto os que se apresentavam espontaneamente em busca de um abrigo, como os que eram encaminhados coercitivamente pela autoridade real ou judiciária (FOUCAULT, 2013, p. 49).

Entretanto, agrupar os loucos em alas restritas nos hospitais, não significava trata-los. Toda a estrutura pretendia excluir, deixar, aparte da sociedade tais figuras, que não se encaixavam no modo de vida que estava sendo gestado na modernidade. Em 1656, foi fundado por decreto em Paris o Hospital geral, que agrupava uma série de instituições sob uma só administração. Assim, Salpêtriére, Bicêtre, a Misericórdia do bairro de Saint-Victor, a Casa e o Hospital do Cipião, a Casa da Savonerie, todos foram destinados a Paris. Embora, houvesse a visita semanal de um médico da Misericórdia, o hospital não se tratava de um estabelecimento médico, mas uma estrutura semijurídica de confinamento e guarda daquelas pessoas.

A perspectiva de tratamento para a loucura passou a efetivamente existir a partir de Philippe Pinel (1745-18260. Médico formado em Toulouse e Montpellier, Pinel desenvolveu sua mais conhecida obra em Bicêtre na divisão destinada aos insanos, o que deu origem ao seu "Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania" de 1800 (PINEL, 2007, p. 16-18).

Desde que chegou a Paris, tornou-se amigo próximo de Cabanis (1757- 1808), e por meio dessa amizade passou a frequentar o "Salão dos Ideólogos", os quais buscavam analisar as ideias, sobretudo, por meio da cuidadosa observação dos fenômenos ((PINEL, 2007, p.21).

Seguindo os preceitos do médico e filósofo, Pinel acreditava que a experiência era de suma importância para o conhecimento e, como grande parte de sua geração, manifestava profunda fé na ciência. Em 1793 é designado como médico dos alienados de *Bicêtre* e em 1795 é nomeado médico responsável por *Salpê-*

trière. Nesses dois asilos, junto com o vigilante-chefe Jean-Baptiste Pussin; tido por Pinel como auxiliar perfeito: firme, forte, sensato, criativo e compassivo; começou uma radical mudança no tratamento dos loucos asilados, com uma descrição minuciosa do desenvolvimento da doença caso a caso e um tratamento, sobretudo mais humano, no qual os frequentes castigos físicos são abolidos (PINEL, 2007, p.19-20).

Pinel procurou construir uma nosologia da doença mental, buscando alterações anatômicas que pudessem ser relacionadas às várias espécies de alienação.

Cada doente, na opinião daquele médico, necessitava de ambientes específicos, próprios no auxílio do tratamento:

> Será num lugar agradável, limpo e adequado ao cultivo de vegetais que serão colocados os sombrios melancólicos; os maníacos em fúria ou em estado de extravagância serão confinados em espaço mais recolhido do hospício, em local silencioso e sombrio para ali concentrar seus gritos e seu turbulento alarido, bem como para poupá-los de todas as impressões dos sentidos próprias a excitá-los; aqueles que apresentavam a mania serão retirados deste local durante seus intervalos lúcidos e colocados entre os convalescentes" (PINEL. *Apud.* CHRISTOFF & ODA, 2007, p.28).

Embora Pinel não tenha conseguido em seu trabalho avançar a ponto de produzir uma etiologia da doença mental, a nosologia por ele produzida foi fundamental para que seus seguidores avançassem na pesquisa acerca do entendimento da doença mental e suas causas, e mais do que isso, Pinel foi muito impor-

tante para a humanização do tratamento psiquiátrico e a consolidação da doença mental como objeto do saber médico e não do sistema repressor de Estado.

Pinel reconhecia que havia causas hereditárias como responsáveis pelo surgimento de doenças mentais, mas ressaltava a influência de fatores outros, como fortes emoções. Neste último caso, o tratamento não poderia consistir em impor novas emoções desagradáveis ao doente com o intuito de colocá-lo face à realidade dos fatos para trazê-lo de volta a si.

Um dos muitos exemplos citados no Tratado era de um homem que acreditava ser um rei e que recebeu como tratamento no *Hôtel de Dieu* vários golpes e atos de violência pela parte das pessoas que ali prestavam serviço, os quais ele acreditava que deveriam tratá-lo com a deferência que um soberano merece. Essa forma de ataque o tornava mais autoritário e violento. Segundo Pinel, era necessário encontrar uma brecha ocasional para submeter um caráter tão difícil e, enfim, trazê-lo de volta à consciência.

Pussin, o fiel ajudante de Pinel foi quem percebeu o momento adequado. Um dia, o tal homem escreveu uma carta cheia de fúria para a sua esposa, acusando-a por estar ali confinado e prometendo vingança, antes de enviar a correspondência, entretanto, leu-a para outro paciente que de forma delicada o dissuadiu de enviar uma carta tão raivosa que deixaria a mulher em puro desespero. O doente, então, desfez-se da carta e no seu lugar enviou uma outra mais moderada e com considerações menos radicais.

Aproveitou-se o evento para ter com o paciente em que iniciou-se por questioná-lo dentro de seu próprio delírio " se você é soberano, como não faz cessar a sua própria detenção?", assim , pouco a pouco e em tom amistoso foi se mostrando as contradições de seu discurso e a sua real situação. O resultado final foi que num prazo de quinze dias o homem pode voltar ao convívio de seus familiares (Pinel, 2007, p. 201).

Por outro lado, conforme dito, Pinel não descartava as causas hereditárias como importante aspecto na etiologia da doença psíquica. Diferentemente, entretanto, de alguns contemporâneos, o alienista não encontrou qualquer evidência de que o formato do crâneo estivesse relacionado à causa da doença e, inclusive era bastante crítico àqueles que tomavam como modelo de conformidade perfeita das formas a imagem do deus grego Apolo. Embora, em seus estudos, percebesse que uma má formação craniana implicava em idiotia, cretinia e outras moléstias mentais. Não há, entretanto, qualquer alusão à raça como determinante da alienação mental nessas especulações (PINEL, 2007, p.141-159).

As observações de Pinel e seus estudos acerca de diferentes tipos, deu à medicina a dimensão das diferentes variedades das doenças mentais e a possibilidade de agrupar e classificá-las a partir das variadas formas pelas quais esta se manifestava.

Dentre os seguidores de Pinel destacou-se Esquirol, o qual aprofundou o trabalho clínico de delimitar precisamente os quadros nosográficos da então nascente psiquiatria contemporânea, baseando-se em critérios objetivos numa clara aproximação com os métodos das ciências naturais.

Esquirol procurou levar mais a fundo a classificação das doenças mentais iniciadas por Pinel separando perturbações de fundo claramente orgânico das perturbações de natureza psíquica, consideradas como disfunções mentais. Nesse esforço classificatório, Esquirol, buscou rever o conceito de melancolia de Pinel, por considerá-lo ambíguo, e separou-o em mania e lipemania, formas de monomania.

> A monomania , caracterizada por uma paixão alegre ou triste, excitante ou opressiva, produz o delírio fixo e permanente de desejos e de determinações relativos ao caráter da paixão dominante, divide-se naturalmente em monomania propriamente dita, cujo sinal específico é um delírio parcial com uma paixão excitante ou alegre e em monomania caraterizada por um delírio parcial e uma paixão triste e opressiva. A primeira dessas afecções corresponde à melancolia maníaca, ao furor maníaco, à melancolia complicada pela mania, enfim, à *amenomania* (Rush). Eu lhe consagro o nome de monomania. Falarei dela mais tarde.
>
> A segunda corresponde à melancolia dos idosos, à *tristimania* de Rush, à melancolia com delírio de Pinel. Apesar do temor de ser acusado de neologismo, dou-lhe o nome de *lipemania*, palavra formada do grego *lupeo*, *tristiam ínfero*, *ansium reddo* (eu entristeço, eu atormento alguém), e de *mania*, mania (ESQUIROL, 2003, p. 159).

Percebe-se que Esquirol buscava por meio da análise nosológica ir além da classificação de Pinel nomeando cada grupo de doentes por meio de características quase individualizadas.

Outro ponto importante onde Esquirol aprofundou conceitos presentes em Pinel foi numa maior visão dos transtornos sociais como elemento desencadeante de doenças mentais e não somente as paixões a nível pessoal. A época de grande turbulência social na França que se deu no rastro da Revolução Francesa era considerada como um desses fatores sociais que poderiam desencadear doenças mentais. Uma moça identificada apenas com M. após ter sido aterrorizada por soldados permanecia em posição fetal dia e noite, sem proferir palavras e se alimentando somente se lhe fosse oferecido e pressionando-a para que comesse; uma outra, identificada como senhorita e que vivia no castelo de Chantilly, após os eventos de perseguição aos nobres, ficou com os cabelos completamente grisalhos, tendo apenas 16 ou 17 anos e permaneceu aterrorizada e incomunicável (ESQUIROL,2003, p.160-161).

À medida que o olhar do alienista tende a ultrapassar os muros do asilo e voltar-se para a sociedade, esta começa cada vez mais a tornar-se alvo das especulações médicas acerca dos padrões não somente de loucura, mas de normalidade.

Em 1860, Morel foi um dos que se empenhou em ultrapassar um caráter nosológico, ou tão somente descritivo da alienação mental e buscar uma etiologia da insanidade, acreditando que a natureza da causa da doença indica também a natureza do tratamento.

Para Morel o homem havia sido criado por Deus segundo um tipo primitivo perfeito e qualquer desvio desse tipo era uma degenerescência. O homem primitivo se caracterizava pelo domínio da moral sobre o físico e a inversão dessa ordem rebaixava o homem

ao nível animal. Em *Traité des Dégenérescence*, Morel defende o caráter hereditário e progressivo, o que levaria a um agravamento do quadro geração após geração com imbecilidade, a idiotia e por fim à degenerescência cretina. Várias eram as causas atribuídas por Morel às degenerescências. Dentre elas destacam-se: a intoxicação (pelo impaludismo, o álcool, o ópio, constituição geológica do solo, fomes, epidemias e intoxicação alimentares); o meio social (indústria, profissões insalubres, miséria); afecção mórbida anterior ou temperamento malévolo; mal moral (imoralidade dos costumes); enfermidades congênitas ou adquiridas na infância e influências hereditárias.

Embora Morel trabalhasse com causas adquiridas para as doenças mentais, a questão da hereditariedade como fator explicativo para caracterizar uma tendência, bem como para mostrar o desenvolvimento da doença geração após geração é um traço marcante, o que coloca toda a sociedade, e não somente o asilado, como alvo do olhar do alienista. Vale ressaltar que ainda que a degenerescência seja bastante marcante no trabalho de Morel, sua perspectiva não vislumbra propriamente a concepção racial que ganhou força em fins do século XIX.

Para Morel, as causas da degenerescência eram basicamente:

> 1. Intoxicação: impaludismo, álcool, ópio, constituição geológica do solo (no cretinismo, por exemplo), fomes, epidemias e intoxicação alimentares; 2. Meio social: indústrias, profissões insalubres, miséria; 3. Afecção mórbida anterior ou temperamento malévolo; 4. Mal moral (a própria imoralidade dos costumes, de fato, era uma causa de dependência degenera-

> tiva); 5.Enfermidades congênitas ou adquiridas na infância; 6. Influências hereditárias (BECHERIE, 1980, p. 109).

Percebe-se na etiologia dos estados de insanidade descritos por Morel que a degenerescência era o argumento fundamental. Esta, porém, tem fatores ligados ao meio, com doenças, alcoolismo e miséria como essenciais na investigação acerca das doenças do espírito, embora, a hereditariedade não seja descartada também como fator. Esse tipo de análise confere ao médico um papel social bastante relevante sobre o como evitar a degeneração, e, portanto, a loucura.

O discurso médico volta-se para a sociedade, preconizando sobretudo a moderação dos costumes. O excesso de bebida, a sexualidade exacerbada e o vício em geral eram vistos como prejudiciais, não somente para o indivíduo, mas para a sua prole que seria marcada pelas consequências da vida desregrada dos pais.

Esse tipo de análise vai bastante ao encontro do que a sociedade nascente esperava da classe trabalhadora, ou seja, que esta fosse moderada e empregasse as suas forças no trabalho e não na devassidão dos costumes. A moral burguesa aliada ao discurso sanitário se sobrepõe ou antes, complementa o discurso cristão na organização e contenção das classes trabalhadoras.

Com uma sólida formação clínica, Magnan distanciou-se do discurso mais filosófico de Morel. Seu enfoque foi a degenerescência vista como um desequilíbrio entre diferentes partes do cérebro. Percebia por exemplo, a existência de homens inteligentes e

instruídos, mas que eram idiotas moralmente; existiam, por outro lado, aqueles que detinham uma moralidade perfeita, mas que possuíam uma inteligência profundamente prejudicada e por fim havia os que não apresentavam nenhuma tara apreciável, mas sob impacto de forte emoção (doença, debilidade física ou algum evento fisiológico como gravidez, menopausa ou menstruação) desencadeava-se o desequilíbrio psíquico (BECHERIE, 1980, p. 154).

Magnan colocava toda a sociedade sob suspeita, na medida em que aproxima retardos mentais e distúrbios de personalidade. Sob esse aspecto qualquer pessoa poderia vir a ser enquadrada na classe dos hereditários-degenerados, já que pessoas aparentemente sem qualquer manifestação da doença mental poderiam ser acometidos por um evento que funcionasse como "gatilho" de uma pré-disposição oculta.

A Alemanha – Griesinger e Kraepelin

A escola francesa não era a única a desenvolver o pensamento psiquiátrico. Griesinger na Alemanha foi quem abriu naquele país as portas para a revolução pineliana. Duas escolas disputavam ali a hegemonia do discurso médico acerca das doenças mentais: a escola "psiquista", que tratava a loucura como uma doença da alma e a escola "somatista", que considerava a loucura como sendo sempre fruto de alguma afecção orgânica.

A tradição clínica, propriamente dita, teria sido introduzida na Alemanha por Griesinger, porém não se pode des-

considerar o quanto sua obra foi devedora dos somatistas, visto que a forte tradição da fisiologia naquele país certamente exercia influência sobre os homens das ciências e sobre a medicina anatomo clínica do século XIX.

Griesinger sempre relacionava a doença mental a algum tipo de afecção do cérebro, embora considerasse que nem sempre tais afecções pudessem ser apontadas devido às limitações dos meios de sua época. O médico alemão tentou elaborar uma síntese da psicologia e anatomia por meio da fisiologia e para isso o arco-reflexo descoberto por Marshall Hall serviu-lhe de modelo – o cérebro seria um "imenso aparato reflexo" e a doença mental seria uma reação a uma "dor mental". Embora, lesões no tecido nervoso central fossem importantes na explicação da doença mental, Griesinger encarava a loucura como advindas de um conjunto de causas: por um lado as predisponentes, ou seja, as causas físicas e as causas excitantes, que seriam as psíquicas ou emocionais.

Para Griesinger haveria uma continuidade entre todo o tipo de doença mental, começando pela melancolia, passando pela excitação e freqüentemente terminando na demência.

Em fins do século XIX e inicio do século XX outro destaque na psiquiatria alemã foi Emil Kraepelin (1856 – 1926). Existiria para esse autor uma universalidade das doenças mentais, o que diminui a ênfase na degeneração, mas mantêm a crença de que haveria uma predisposição em termos de raça e cultura para determinadas alterações no quadro psíquico.

A obra de Kraepelin foi reeditada oito vezes ao longo dos anos e em cada uma dessas sofria diversas modificações quanto à categorização das doenças. No entanto, seu carro chefe, pode-se dizer era a demência precoce. Assim chamada porque começava na juventude e não na velhice como se verificava mais comumente os casos de demência. Seus sintomas característicos incluíam alucinações, perturbações em atenção, compreensão e fluxo de pensamento, esvaziamento afetivo e sintomas catatônicos (da Silva, 2006). Através do estudo de casos Kraepelin pretendia delinear a existência da doença com etiologia, sintomatologia, curso e resultados comuns. No caso da demência precoce sua etiologia baseava-se na suspeita da existência de lesões cerebrais (ainda que não comprovadas), paralelamente a uma sintomatologia de confusão e alucinação levavam a uma hipótese de um fator tóxico, provavelmente autotóxico (FACCHINETTI & VENÂNCIO, 2006).

Se na Idade Média a loucura enquanto alteridade se encontrava próximo à pobreza ou miséria como categorização, percebemos que à medida que a Modernidade se estabelece como forma dominante de concepção do mundo o louco foi se distanciando do universo dos miseráveis e penetrando no universo dos degenerados que seriam hereditariamente propensos a certas afecções mentais.

Esse discurso, que nem sempre tinha um caráter racial[5], era proferido por inúmeras vozes. Embora no campo médico à medida que a concepção pasteuriana de contágio levava a uma bus-

5 O conceito "degenerado" varia de um autor para outro. Embora alguns tomassem como degenerados as "raças" inferiores, outros atribuíam o termo àqueles que eram dados a vícios, excessos sexuais, ou excessos em geral, cuja prole sofreriam de enfraquecimento físico, falta de inteligência, idiotia e loucura.

ca cada vez maior dos agentes patológicos causadores das doenças, em outras áreas como as ciências sociais a percepção do degenerado, como um tipo humano que vivia um processo evolutivo atrasado ou mesmo sofrido uma involução ao longo da história, aproxima tais grupos dos loucos e dos criminosos.

A Antropologia Criminal – Cesare Lombroso (1835-1909)

Se a medicina parecia recalcitrante em associar o degenerado à questão da raça, o mesmo não se deu com a antropologia criminal que teve grande repercussão com o controverso italiano Cesare Lombroso que era um médico psiquiatra de família judaica e que ficou bastante conhecido por associar delinquência à degeneração, por conta de alterações congênitas no cérebro.

Lombroso, portanto, passou a estudar as formas morfológicas que tais degenerações poderiam se manifestar com o intuito de, através a antropologia criminal permitir que a sociedade se prevenisse ou defendesse dos degenerados que por sua vez eram vistos como potenciais delinquentes.

Lombroso começa sua Antropologia criminal e seus recentes progressos (XXX) pela anomalia que considera, "talvez , a mais característica e certamente a mais atávica nos criminosos", pela fosseta occipital média.

> No estudo do tipo criminal, encontrei em seis crâneos de assassinos e em seis de assaltantes dois tipos que se assemelham com certo exa-

> gero evidente, a característica do criminoso nato, e mesmo, poderíamos dizer do homem selvagem: seio frontal muito aparente, zigomas e mandíbulas muito volumosas, órbitas grandes e muito distantes, assimetria da face, tipo pteleiforme de abertura nasal, apêndice lémurien de maxilar. Seis outros crâneos de bandidos e assaltantes deram-me um tipo menos preciso, mas assimetria na distância das órbitas, a saliência dos zigomas também são todavia menos marcadas. Tais anomalias são menos evidentes em uma fotografia obtida com esses dezoito crâneos (LOMBROSO,1890, p.32)[6].

Assim, por meio da formação óssea de delinquentes, Lombroso procurava os traços que fossem comuns e que, segundo seu parecer traziam um traço do ancestral selvagem que de forma atávica fazia com que aquelas pessoas fossem incivilizáveis e, portanto, incompatíveis com a sociedade, já que cedo ou tarde suas características criminais tendiam a se manifestar.

Há também na análise de Lombroso, um tipo de inversão do que se propunha nos alienistas que tratamos até aqui. O alcoolismo que era visto como causa da degeneração e um "gatilho" para o desenvolvimento de doenças mentais, na análise do psiquiatra italiano era também um sintoma da degeneração já que o degenerado tendia aos vícios, "podemos perceber que o hábito do alcoolismo foi bastante difundido entre os criminosos, Marro encontrou 74,7 por 100 entre esses" (LOMBROSO, 1890, p.37);.

6 Traduzido livremente do original em francês pelo autor.

Uma série de estereótipos são ressaltados nas observações de Lombroso acerca dos criminosos. Muitos traços tomados a partir de generalidades e é curioso notar que dentre as características assinaladas pelo autor para identificar o delinquente atávico, mal se escondia nas características físicas ou comportamentais, aquelas das classes mais baixas e trabalhadoras e dos não europeus.

O Brasil – Desafio de Construir a Identidade Nacional:

Lidar com as diversas formas de classificar a degenerescência era um exercício difícil e perigoso para os intelectuais brasileiros, na medida em que muitas concepções de degenerescência apontavam para as características do povo brasileiro mestiço.

No caso dos dois homens das ciências cuja amostra do discurso acerca do brasileiro encontra-se na epígrafe deste trabalho, seus prognósticos acerca do Brasil eram os piores possíveis. Para Agassiz o brasileiro era um ser degenerado. O suíço acreditava que as raças humanas eram espécies distintas surgidas paralelamente em diferentes regiões do globo. Adepto do criacionismo e da fixidez das espécies, Agassiz tanto acreditava que a providência tinha um propósito para cada raça separadamente, quanto que não existiria um processo evolutivo que viesse a aproximar as chamadas raças inferiores daquelas tidas como superiores. Logo a mistura de raças seria "contra a natureza", produzindo um tipo de temperamento doentio e fecundidade reduzida (Agassiz, E, 1887).

Gobineau, por outro lado acreditava que o homem teria sua origem em um único casal original[7], que naquele momento pertenciam à "raça adâmica", porém tal raça seria mais suscetível às variações de clima, alimentação e ambiente em geral. Na medida que a raça adâmica se espalhou pelo globo, as diferentes condições locais levaram ao surgimento das três raças secundárias (negro, amarelo e branco), as quais se cristalizaram e não sofreriam mais modificações a não ser pelo cruzamento entre si. Tal cruzamento, entretanto, ainda que inevitável leva a um enfraquecimento da raça ariana, aquela que, segundo o autor, guarda consigo o gérmen da civilização. Na medida em que os cruzamentos vão se sucedendo surgem as raças terciárias, quaternárias e daí por diante, até que todos os valores das raças originais se encontrassem diluídos levando toda a humanidade a um estado de degeneração onde nada mais se poderia encontrar do que "um espetáculo horrível de anarquia étnica" (Gobineau, 1937).

Embora os exemplos citados sejam de autores extremamente radicais, eles valem para entender que a intelectualidade brasileira, e em especial os médicos alienistas do país no séc. XIX e início do séc. XX tinha pela frente um grande desafio: em meio aos diversos discursos dissonantes e contraditórios elaborar um pensamento médico acerca da loucura.

Um desses brasileiros foi o médico marahense Nina Rodrigues, que estudou Faculdade de Medicina da Bahia. Nina Rodrigues é apresentado corriqueiramente como representante do racismo

7 Monogenismo era a hipótese da ciência oitocentista de que a humanidade teria se originado a partir de um ponto único no planeta e a partir dali se espalhado por todo o globo. Já o poligenismo, que era defendido por Luis Agassiz, acreditava que a humanidade teria se originado em diversos lugares no planeta, sendo cada raça adaptada ao seu clima e região.

científico no Brasil, na linha de Agassiz e Gobineau, porém a leitura de sua obra coloca em dúvida esses vínculos.

Na obra de Nina Rodrigues percebe-se componentes de Lombroso no campo da medicina legal[8]. Acreditava que a degenerescência da raça brasileira se dava devido à presença da raça negra em nossa formação étnica.

Por outro lado, não se pode afirmar na leitura de Lombroso uma simples transposição, afinal autores como Nina Rodrigues estavam diante de um dilema, por um lado serem reconhecidos pela ciência europeia, a qual tinham como referência e por outro inserir o Brasil e por conseguinte a si mesmos como parte do mundo civilizado.

Assim, na obra de um mesmo autor podemos perceber o quão trabalhoso seria para intelectuais nativos lidar no Brasil com um tipo de ciência que em diversos momentos empurrava a nação como um todo para a alteridade do humano e do civilizado e, por outro lado, vislumbrava a possibilidade de construir uma nação civilizada nos trópicos, apesar das teorias científicas de degenerescência e dos determinismos climático e racial.

Enquanto muitos médicos viam no branqueamento progressivo como a solução para o "problema" da população negra e mestiça no Brasil, Nina Rodrigues pensava ser esse um esforço vão, já que a deterioração da raça branca pelo clima agrava-se cada vez mais em seus descendentes" (ODA & DALGALARRONDO,

8 Chegou a estudar o cérebro de Antonio Conselheiro e classificá-lo como degenerado.

2004, p.11). Sob essa perspectiva não somente o negro, o índio e o mestiço, mas também os brancos estariam sujeitos à degeneração pelo clima.

Ao invés de desanimar, Nina, como bom higienista, procurava estudar profundamente as populações negras e mestiças da Bahia. O médico morreu com 43 anos de idade, talvez se tivesse vivido mais seus estudos levassem a um desfecho muito interessante, já que o envolvimento com seu objeto, a população das classes mais baixas da Bahia, produziram reflexões que destoavam das concepções dos autores europeus com os quais dialogava.

Um de seus trabalhos, "A Paranóia nos Negros", pode ser bastante ilustrativo acerca da direção em que os estudos de Nina Rodrigues seguiam e a tênue linha em que o autor se equilibrava: primeiramente Nina começava o trabalho com uma discussão muito inteligente sobre quem eram os negros. Observava as diferenças de classificação nos Estados Unidos e no Brasil e afirmava:

> Reconheçamos sem rodeios que a distinção não é fácil. É extremamente difícil tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos, estabelecer com certeza o limite entre os verdadeiros negros e os mestiços pretos escuros" (RODRIGUES, 2004, p. 163).

A partir daí, Nina Rodrigues segue o discurso mostrando como a mestiçagem não se dava somente após o desembarque no Brasil ou nos Estados Unidos das diferentes etnias africanas, mas ressalta o quanto no próprio território daquele continente as misturas se davam com semitas e populações orientais.

Após relativizar a própria concepção de negro, Nina, por meio de estudos de casos, comparou a nosologia desses com as descrições diferentes tipos de paranóias e procura mostrar que haveria entre negros manifestações daquela doença mental, o que ia de encontro à opinião de Magnan e dominante na psiquiatria brasileira de que os negros não teriam desenvolvimento mental para desenvolverem sintomas tão complexos. Nina Rodrigues mostrou por meio de um número bastante grande de exemplos de caso que a manifestação da paranóia nos negros não diferia daquela observada nos brancos. Mais do que isso, Nina atentou para o fato de que a manifestação da doença se enquadra no contexto cultural de cada grupo. No caso dos negros, os delírios paranóicos eram freqüentemente relacionados à cultura religiosa afro-brasileira.

Por meio desse trabalho, Nina Rodrigues procurou provar que o negro tinha sofisticação mental suficiente para produzir o delírio paranóico tal como o europeu, embora tomasse como princípio que a capacidade mental do europeu seria fundamentalmente maior.

> Portanto, com o auxílio das faculdades, aliás inferiores, da memória e da imitatividade que o negro possui em alto grau, é evidente que ele pode atingir uma cultura intelectual elevada, mais que suficiente para fornecer os elementos de um delírio complexo e bem sistematizado. Devemos, consequentemente, admitir que tanto no negro quanto no branco, bem guardadas as proporções relativas de capacidade mental de cada raça, existam homens inteligentes e ininteligentes, os primeiro dotados de uma grande capacidade mental, os segundos reduzidos a uma capacidade bastante inferior (RODRIGUES, 2003, p.233).

Assim, embora o autor, demonstrasse uma flagrante propensão à exaltação da raça branca, procurava em alguma medida atribuir aos negros ao menos a inteligência de produção de uma fantasia paranoide, o que era negado por autores como Magnan. A única diferença entre o delírio construído entre um doente branco e um negro eram os elementos culturais que um e outro se serviam para a sua construção fantasias. Enquanto um europeu construía a imagem de ser Napoleão ou o Papa, um brasileiro, sofrendo da mesma insanidade, podia crer-se um orixá.

Outro alienista importante que deve ser citado foi Juliano Moreira. Este, que viveu num momento posterior a Nina Rodrigues, considerava a degenerescência um conceito por demais amplo – um tipo de generalidade nociva para uma classificação nosológica mais precisa das doenças.

Naquele momento a medicina cada vez mais desvendava novos agentes patológicos causadores das doenças por meio da medicina pasteuriana. A psiquiatria busca tal modelo como ideal, porém a causa etiológica da doença mental era algo de muito difícil solução.

Juliano Moreira que foi diretor do Hospício Nacional de Alienados de 1903 a 1930, deu atenção especial à questão da imigração. A possibilidade de construção de uma nação civilizada nos trópicos era vista por muitos intelectuais como impraticável se a "raça brasileira" não fosse paulatinamente substituída por um tipo mais claro, miscigenando-se com imigrantes europeus.

Juliano Moreira tinha uma posição bastante crítica a esse raciocínio, o médico acreditava que o que tornava uma população

fraca, física e moralmente não eram os grupos raciais que a formavam, mas os indivíduos doentes que se multiplicavam em meio a uma população sã. Logo, a solução não seria trazer grande número de imigrantes europeus, se dentre eles houvesse um grande número de indivíduos adoecidos. O controle deveria acontecer caso a caso e não por nação ou raça.

> No campo psiquiátrico brasileiro, especificamente, Juliano Moreira tomava parte na discussão teórica sobre as relações entre pathos e raça. Ao contrário de Nina Rodrigues, que defendia a tese de que a mestiçagem era um fator degenerativo (apud Moreira, 1908,p. 431-432), Juliano subtraía para as unidades orgânicas individuais a carga de uma hereditariedade nefasta que, para ele, não poderia ser atribuída nem à nosso problemática racial da miscigenação, enm à nossa nacionalidade; seriam, antes, expressões de um pathos mental universal que, se aqui se expressava de modo mais recorrente, poderia ser sanado pela via da educação (VENÂNCIO &FACCHINETTTI, 2005, p. 35).

As autoras seguem afirmando que Juliano defendia controle migratório indivíduo por indivíduo para garantir que não viessem para o território brasileiro pessoas adoecidas, Juliano Moreira propunha que as qualidades morais da população deveriam ser alvo de campanhas que garantissem a extinção de vícios, numa cruzada educacional e observação dos bons costumes.

Considerações finais

O Brasil devido à suas condições geográficas, bem como devido à a mestiçagem que se deu de forma intensa entre colonos, nativos americanos e pessoas escravizadas de várias partes do continente africano, foi, em grande medida, observado como palco da degeneração e por conseguinte da loucura. Este discurso entretanto, tem suas nuances tanto na Europa na medida em que se vão definindo critérios de raça e alteridade; são e louco; civilizado e selvagem.

Evidentemente, a intelectualidade brasileira ao entrar em contato com a ciência que em grande medida relegava à nação a posição de exemplo negativo, passou a lidar com um problema, o de ser aceita no conjunto dos países civilizados e ao mesmo tempo não desqualificar de maneira radical uma ciência eurocêntrica por essência.

No artigo citamos apenas dois médicos intelectuais que viam-se diante desse dilema, evidentemente essa questão permeava a discussão em diversas áreas da sociedade e, em alguma medida, ainda nos atinge, já que racismo e a exclusão do louco e/ou degenerado ainda não foi suplantada pela humanidade.

Referências Bibliográficas:

AGASSIZ, Elizabeth Carry. Louis Agassiz: *sa vie et sa correspondance* [sic]. Paris: Librairie Fishbacher. 1887. disponível na Internet via http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k2038271/f1.pagination. Arquivo consultado em 27 de fevereiro de 2008.

BERCHERIE, Paul. Os fundamentos da clínica – história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

ESQUIROL, Étiene. "Da lipemania ou melancolia", In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, Vol, II. Junho, 2003.

FOUCAUL, Michel. história da loucura. São Paulo: Perspectiva, 1978.

PINEL, Philipe. Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou Mania. Porto Alegre: Ed. UFGRS. 2007.

FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização. Rio de Janeiro. Imago. 1997.

GRIESINGER, W. Mental pathology and therapeutics. W. Wood & Co. 1882.

KRAEPELIN, Emil. Introdução à psiquiatria clínica. Terceira lição: Demência Precoce. In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Vol. IV, n. 4, dez. 2001.

LÉVI-STRAUSS, Claude. Raça e história. In: Raça e ciência, Ed. Perspectiva, 1960.

MOREIRA, Juliano. "A seleção individual de imigrantes no programa da higiene mental". In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, VIII, 2, Jun. 2005.

NINA-RODRIGUES, Raimundo. "A Paranóia nos negros: estudo clínico e médico-legal" (1903) – Parte 2. In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia fundamental, VII, 3, set. 2004.

NINA-RODRIGUES, Raimundo. "A Paranóia nos negros: estudo clínico e médico-legal" (1903) – Parte 3. In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, VII, 4, dez. 2004.

NINA-RODRIGUES, Raimundo. "A Paranóia nos negros: estudo clínico e médico-legal" (1903) – Parte 1. In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia fundamental, VII, 2, jun 2004.

ODA, Maria G. & DALGALARRONDO, Paulo. "A paranóia, segundo Juliano Moreira e Afrânio Peixoto". In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, IV, 2, 2001.

PACHECO, Maria Vera Pompêo de Camargo. "Esquirol e o sugimento da psiquiatria contemporânea. In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, Vol, II. junho 2003.

RAEDERS, Georges. O inimigo cordial do Brasil – O conde Gobineau no Brasil. Rio de janeiro: Paz e Terra, 1988.

SWAN, Gladys. "De Kant a Hegel: deux époques da la folie" In: Dialogues avec l'insensé. Paris: Gallimard, 1994.

SOUSA, Ricardo Alexandre.S. As ciências contra o Brasil mestiço. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2023.

VENANCIO, Ana T. V. & FACCHINETTI, C. "Entre a psicanálise e a degenerescência: sexualidade e doença mental no inicio do século XX no Brasil". In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, IX, 1, Março. 2006.

Parte III- Histórias da Saúde e dos Saberes

Decolonização da construção do conhecimento científico brasileiro: tensões, conflitos e interesses locais

Ricardo dos Santos Batista
PPGH/UNEB, PPGEFHC/UFBA-UEFS

Nos últimos anos, é possível observar a preocupação, especialmente nos países do Sul global, em acionar ferramentas teórico-metodológicas que se desprendam do eurocentrismo que, por muito tempo, dominou os modos de "conhecer" em países que sofreram processos de colonização. O pós-colonial foi visto, simultaneamente, como um tempo posterior à emancipação das sociedades exploradas pelos colonizadores e seus imperialismos, a exemplo do que ocorreu na África, Ásia e América Latina e, ao mesmo tempo, como produtor de contribuições teóricas oriundas dos estudos literários e culturais que, a partir dos anos 80, ganharam evidência em

Universidades dos Estados Unidos e Inglaterra. É um pensamento que se opõe às relações de colonização, colonialismo e colonialidade e possui referências importantes como Alberto Memmi, Aimé Césaire e Frantz Fanon.

Em relação à América Latina, integrantes do grupo Modernidade/Colonialidade também refletem sobre a necessidade de diferenciar colonialismo e colonialidade. O primeiro, visto como a presença do colonizador na colônia e, o segundo, como um padrão de poder que emerge da colonização e que perdura nas instituições e implica os modos de ver, de ser e de conhecer, mesmo quando o colonizador oficialmente já não ocupa mais aquele território (OLIVEIRA; CANDAU, 2010). Questiona-se, assim, como esse giro decolonial pode nos oferecer ferramentas para pensar a história da saúde global?

No campo da história das ciências e, por conseguinte, da saúde, o pensamento de Kapil Raj (2007) tem oferecido uma contribuição importante pela percepção da circulação do conhecimento não apenas como resultado da produção científica, mas como parte da sua constituição. Segundo o autor, muitos estudiosos pós-coloniais denunciaram a ciência – e todas as outras instituições da modernidade – como alienantes e desumanizantes e, em certos casos, revelaram visões alternativas sobre o que a ciência poderia ser. Contudo, essas análises compartilham com as posições anteriores a ideia, amplamente aceita, de que há algo essencial e unificado chamado ciência moderna que, como a própria modernidade, teve origem na Europa Ocidental e subsequentemente se espalhou para o resto do mundo.

Em um desenvolvimento paralelo, historiadores, sociólogos e filósofos da ciência minaram radicalmente o entendimento tradicional e essencialista da ciência moderna. Afastando-se da concepção de ciência como um sistema de proposições ou descobertas formais, esses estudos recentes a entendem como a construção, manutenção, extensão e reconfiguração do conhecimento, com foco igualmente nos seus aspectos materiais, instrumentais, corporais, práticos, sociais, políticos e cognitivos. Eles optaram sistematicamente por estudos de caso detalhados dos processos através dos quais conhecimento e habilidades, práticas, procedimentos, métodos e instrumentos associados são criados. Em vez de descrições do "todo", eles investigaram a natureza negociável, contingente e situada das ciências (RAJ, 2007).

Partindo dessas reflexões, esse capítulo se propõe a problematizar como narrativas sobre a constituição do conhecimento científico e sanitário no Brasil podem ser “fraturadas”, a partir da observação das experiências formativas de agentes de saúde púbica no exterior. Toma-se o Programa de Bolsas da Fundação Rockefeller como ponto de partida para a análise.

Antes da Organização Mundial da Saúde ser fundada, em 1948, a International Health Divison (IHD) da Fundação Rockefeller foi a agência filantrópica mais importante do mundo no trabalho em saúde pública. Desde o seu surgimento foram-lhe atribuídos diferentes nomes: International Health Comission (IHC), entre 1913 e 1916; International Health Board (IHB), de 1916 a 1927; e, de 1927 até o seu fechamento, em 1951, funcionou como IHD (FARLEY, 2004, p. 2). Desde o início, os membros do IHB

seguiram os princípios filantrópicos de John D. Rockefeller, milionário norte-americano que investiu na agência internacional com o dinheiro oriundo da exploração, refino e comércio de petróleo e defendeu que a filantropia não poderia ser confundida com a caridade. Ela deveria ser encarada como um investimento oferecido a agências governamentais e não a indivíduos, com duração limitada para não se tornar dependência, destinada a organizações comprometidas com a continuidade do trabalho quando o auxílio terminasse (FARLEY, 2004, p. 3-5).

Entre as muitas realizações da agência filantrópica, destaca-se a concessão de bolsas de estudo a profissionais da saúde, com o intuito de desenvolver um modelo norte-americano na educação superior e no ensino médico brasileiro, que enfatizava a formação de elites técnicas e profissionais para dirigir as mudanças na saúde e na medicina, a necessidade de uma remuneração adequada e a assistência aos pesquisadores e laboratórios das universidades com a expectativa de que trabalhassem em tempo integral (CUETO; PALMER, 2016, p. 34). Segundo Gabriela Marinho (2013, p. 87), a limitação no número de alunos, a introdução e manutenção de ensino em tempo integral, a organização das disciplinas no sistema de departamento e a vinculação do ensino clínico à estrutura de hospital escola, defendidos pela Fundação Rockefeller, demonstravam sua filiação ao famoso Relatório Flexner, elaborado no início do século XX pelo médico canadense Abraham Flexner, sob encomenda da Fundação Carnegie, que diagnosticava a relação entre a baixa qualidade do ensino médico nos Estados Unidos, o excesso de alunos e uma estrutura acadêmica desvinculada do modelo de medicina experimental.

Sobre as interpretações a respeito da agência internacional, narrativas pautadas no difusionismo, nos anos 1980, defenderam a existência de um imperialismo científico, que havia criado entraves para o desenvolvimento das ciências nos países do Sul global, sem um impacto local: nessa perspectiva, a Rockefeller era vista como um braço do imperialismo norte-americano no mundo. Nos anos 1990, as reflexões se voltaram para as noções de "centro" e de "periferia" como um posicionamento crítico ao grande peso atribuído ao papel desempenhado pelos norte-americanos, o que também não conseguiu contrabalancear a assimetria presente nas interpretações. Nos últimos anos, como já afirmado, o conceito de circulação tem se ampliado e contribuído para repensar a construção do conhecimento com o apoio da instituição internacional (PORTO, BATISTA, 2021). A circulação não entendida simplesmente como "disseminação", "transmissão", ou "comunicação" de ideias, mas os processos de encontro, poder e resistência, negociação e reconfiguração que ocorrem em interações entre culturas.

Nos últimos anos, o Programa de Bolsas da Fundação Rockefeller é estudado sob diferentes vieses. Um deles é pautado em métodos prosopográficos, com o intuito de traçar perfis generalizantes de médicos e enfermeiras em Universidades nos Estados Unidos e no Canadá. Embora ofereça contribuição para a historiografia da saúde e das ciências, esse tipo de abordagem não dá conta das especificidades inerentes às trajetórias de sujeitos intermediários, que atuam em zonas de contato, como destacou Steven Palmer (2016) em análise sobre a gênese da saúde global. Análises de perfis coletivos tendem, majoritariamente, a repetir como o Programa objetivava selecionar indivíduos de destaque, promessas nas áreas de interesse

definidas pelo programa geral da instituição, e ajudar a preparar os indivíduos para contribuir significativamente na pesquisa, ensino ou saúde pública nos países de origem.

Um olhar mais atento aos caminhos percorridos pelos indivíduos, aos seus interesses pessoais, às estratégias que adotaram em suas trajetórias, e às especificidades de cada contexto em que cada programa da Rockefeller se inseriu, por meio da utilização de fontes de arquivos nacionais e internacionais, pode ser revelador dos limites da atuação da agência internacional e da contribuição dos brasileiros na formação da saúde global. Isso pode dialogar com perspectivas daquilo que ficou conhecido como giro decolonial, ao enfatizar a agência dos sujeitos brasileiros na construção de um campo que muitas vezes é entendido como construído apenas por determinados atores do Norte Global e suas agências imperialistas.

Serão utilizados, aqui, três exemplos que podem mostrar um movimento outro, em que questões locais influenciaram a construção do conhecimento em esfera global.

I

O primeiro exemplo analisado diz respeito aos anos iniciais do Programa de Bolsas. Nos anos 1920, uma das questões que gerou grande número de correspondências entre os membros dos escritórios da Fundação Rockefeller de Nova Iorque e do Brasil diz respeito à seleção dos candidatos a bolsistas nos Estados Unidos. Para tentar garantir que o IHB se guiasse por critérios universalistas e evitar a

influência de favoritismos na seleção, foi criado o *Brazilian Advisory Committee on Traveling Scholarships* (**CASTRO SANTOS; FARIA, 2003**, p. 63) que era composto por Carlos Chagas, Vital Brazil e Alexandrino de Moraes Pedroso.

Quando o mineiro Carlos Pinheiros Chagas, primeiro bolsista brasileiro, foi enviado aos Estados Unidos, em 1917, havia expectativas em relação ao perfil dos candidatos posteriores, mas ainda não havia critérios bem definidos de seleção. Em 1921, duas questões eram fundamentais para a concessão de bolsas: se o campo selecionado pelo candidato era importante no momento e se a posição que o bolsista ocuparia quando retornasse ao Brasil teria autoridade e suficiência para justificar os gastos do IHB (**CASTRO SANTOS; FARIA, 2003**, p. 63).

Naquele mesmo ano, Lewis Hackett, homem de campo da Fundação Rockefeller, solicitou de Clifford W. Wells, do escritório de Nova Iorque, ideias em relação aos procedimentos a serem utilizados na seleção. O próprio Hackett propôs começar a escolha cedo o bastante para que os profissionais partissem para os Estados Unidos o mais tardar em julho, e, em outubro, quando o ano letivo iniciasse, estivessem adaptados e compreendessem melhor a língua inglesa para um melhor aproveitamento da instrução nos primeiros meses (HACKETT para Wells, 4 jan. 1921a).

Nos anos iniciais da política de bolsas, após organizado o Comitê, os membros não possuíam um *status* permanente. Em 26 de setembro de 1919, Carlos Chagas informou mudanças ocorridas nas vidas pessoal e profissional de seus integrantes, o que poderia ser considerado pelos norte-americanos como empecilho para que

continuassem a compor o órgão. Alexandrino Pedroso ingressou como professor na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e Vital Brazil se mudou de São Paulo para Niterói, no Rio de Janeiro (CHAGAS para Rose, 26 set. 1919). Brazil deixou o Instituto Butantan, solicitou aposentadoria e fixou residência em outro estado sob o pretexto de cuidar da saúde, no momento em que a instituição se transformou em uma fábrica de soros, vacinas e medicamentos, e Arthur Neiva queria dotá-la de orçamento para poder disputar com o IOC **(BENCHIMOL; TEIXEIRA, 1993,** p. 161-162). Para Chagas essas modificações demandavam que um novo nome fosse incluído no Comitê, o de Samuel Taylor Darling, primeiro diretor do Instituto de Higiene de São Paulo e, além disso, expressou a disposição de Pedroso em deixar o grupo caso a Fundação Rockefeller achasse conveniente.

Quase três meses depois, a discussão sobre a composição do Comitê continuava. Hackett defendia que, além de Darling, ele mesmo também o integrasse. Se queixava da presença de decisões políticas na seleção de bolsistas e garantia que não permitiria mais essa prática. Ele sofreu pressões do escritório de Nova Iorque, que o questionou sobre a forma como os candidatos eram selecionados e usou como exemplo dois bolsistas: um não conseguia bom desempenho nos estudos e o outro não chegou aos Estados Unidos com a antecedência suficiente, o que demonstrava, para o IHB, um fracasso do Comitê. Foi proposto a Richard Pearce que, a partir de então, houvesse dois membros em São Paulo e três no Rio (HACKETT para Pearce, 17 dez. 1919, p. 2).

A análise de Hackett sobre a atuação do Comitê indicava

que o órgão brasileiro era utilizado apenas para nomear os bolsistas. Ele acreditava que os integrantes não estavam em busca dos candidatos adequados para enviar aos Estados Unidos, mas de cargos nos serviços públicos que pareciam necessitar de "um desenvolvimento acelerado em linhas modernas".

Essa hipótese não pode ser descartada visto que, na segunda década do século XX, médicos e pesquisadores brasileiros desenvolveram viagens a lugares distantes dos grandes centros urbanos e produziram relatórios que registraram as condições de vida da população interiorana, os hábitos, as técnicas, a mentalidade, associando os aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais às questões sanitárias (**THIELEN et al., 2002**, p. 7). Como fruto dessas investigações, o chamado movimento sanitarista difundiu uma imagem do Brasil como "imenso hospital e um vasto sertão", o que contribuiu para despertar uma consciência sanitária entre as elites brasileiras (**HOCHMAN, 1998**). Possivelmente influenciados por esse contexto, os membros do Comitê atuavam de forma pragmática ao dar prioridade para a formação de profissionais que já trabalhavam na saúde, não tinham uma formação específica na área que lideravam e nem sempre eram considerados profissionais "brilhantes".

Hackett considerava, ainda, que o manuseio das bolsas era a parte mais delicada do seu trabalho, devido à dificuldade de lidar com algumas autoridades brasileiras, e criticava um corporativismo dos médicos locais, o que inviabilizava a recomendação de um candidato baseada apenas em sua capacidade técnica:

> [...] O Comitê Consultivo foi, penso eu, um

> fracasso. Nunca atuou como um comitê, mas como indivíduos. O Dr. Vital Brazil não participa mais de suas atividades e, portanto, os candidatos são selecionados pelo Dr. Pedroso, caso em que o Dr. Chagas sempre concorda ou pelo Dr. Chagas, caso em que o Dr. Pedroso inevitavelmente concorda. Eles vivem em centros médicos separados [São Paulo e Rio de Janeiro], que nada têm em comum e cada um age sozinho em sua própria esfera. Ocasionalmente, algum estranho de fora toma a iniciativa de sugerir um candidato, a quem muitas vezes tenho enorme dificuldade em eliminar se por acaso ele não tiver valor (HACKETT para Wells, 4 jan. 1921b, p. 2).

Era notável o desconforto em recusar uma indicação feita por uma personalidade política ou social, porque, em alguns casos, soaria como ofensivo. Em alguns momentos as indicações causaram tensão entre os membros do Comitê e isso pode ser percebido em um episódio específico no qual Alexandrino Pedroso ameaçou renunciar, devido à decisão do IHB de não financiar uma bolsa de estudo sobre tracoma. O médico havia se formado nos Estados Unidos, em 1904, na Universidade da Pensilvânia, intermediou os primeiros contatos entre Arnaldo Vieira de Carvalho e Richard Pearce nos acordos para o apoio da Fundação Rockefeller à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e se destacou nas relações científicas e institucionais com a agência norte-americana (MARINHO, 2013, p. 127), motivo pelo qual provavelmente foi convidado a compor o Comitê. Caso ele desistisse de participar, o órgão consultivo seria desabilitado e, junto com Chagas, se tornaria um assessor não oficial.

Quando ainda se investigava o perfil esperado do candidato que receberia bolsa para estudar tracoma, o IHB sugeriu que um médico de São Paulo fosse beneficiado e Francisco Salles Gomes Junior foi considerado como a melhor opção possível para a vaga, em um momento em que trabalhava como diretor do Saneamento Rural (HACKETT para Rose, 5 ago. 1920). Mas disputas foram travadas em relação à bolsa.

O Governo de São Paulo, por outro lado, indicou Mário Pernambuco, médico que posteriormente dirigiu o combate à ancilostomíase no estado. Esse fato causou uma celeuma em relação ao profissional que efetivamente seria enviado aos Estados Unidos: "quando abordamos o assunto de treinar um homem em Tracoma para o governo de São Paulo nós não tínhamos a mais fraca ideia do que o governo tinha em mente para apontar o Dr. Mario Pernambuco para a posição agora ocupada por Salles Gomes" (HACKETT para Rose, 31 dez. 1920, p. 1). A Fundação Rockefeller receava que o governo brasileiro interpretasse o envio de Gomes Junior como benefício próprio (já que ele foi o escolhido pela agência filantrópica) e inviabilizou a bolsa.

Alexandrino Pedroso passou a alegar que estava constrangido devido às negociações que fez com o Governo de São Paulo, sob a crença de que a bolsa seria ofertada. Os paulistas já haviam realizado duas grandes tentativas de controlar a doença com comissões que geraram um custo muito elevado e Pedroso defendia ser um erro organizar um terceiro ataque em grande escala, sem uma orientação devida[8]. Ele argumentou com o Secretário do Interior sobre a necessidade de formar um homem para estudar o tracoma antes de

iniciar uma nova investida, mas se sentiu desamparado pela agência filantrópica com o cancelamento.

Não se pode descartar a possibilidade de a Fundação Rockefeller ter julgado que Pedroso utilizava a bolsa com fins políticos, o que ia contra as diretrizes da instituição. Esse episódio indica que o Comitê podia funcionar como um espaço de disputas, e que, apesar de ser composto por nomes de destaque da saúde brasileira, não era um órgão que discutia efetivamente políticas de envio de bolsistas, mas agia com membros que atuavam de forma isolada.

II

Um segundo exemplo das influências locais na saúde internacional pode ser observado na trajetória de Heraclídes Cezar de Souza Araújo As negociações que culminaram na viagem de Heraclídes de Souza Araújo aos Estados Unidos se iniciaram em 3 de janeiro de 1923 e perduraram por praticamente todo aquele ano. Carlos Chagas escreveu para Lewis Hackett, a seguinte carta:

> Meu caro Hackett:
>
> Dr. Heraclides Cesar de Souza Araújo se dedicou com zelo incomum e grande eficiência ao trabalho de pesquisa em lepra.
>
> Sua habilidade para fazer esse tipo de estudo é inquestionável e eu acredito, portanto, que ele

> poderia se beneficiar muito de um treinamento extensivo que sem dúvidas seria mais útil para utilizar na docência e no controle da lepra.
>
> Peço-lhe gentilmente que use bons oficiais nesta conexão com a Fundação Rockefeller para obter para Dr. Araújo a atenção que você puder da sua instituição beneficente.
>
> Sinceramente,
>
> Carlos Chagas (CHAGAS para Hackett, 3 jan. 1923).

Para atender o pedido de Chagas, Hackett escreveu para Wickliffe Rose, diretor do IHB, em 9 de janeiro de 1923. Além da correspondência do chefe do DNSP, ele tinha em suas mãos uma carta do médico carioca Eduardo Rabello que também fazia menção a Souza Araújo (HACKETT para Rose, 9 jan. 1923, p. 1). No início da década de 1920, Rabello já era uma referência em Dermatologia e Sifilografia no país. Ele foi escolhido para dirigir a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas do DNSP e propôs uma política sanitária que, para além de atuar na construção de dispositivos legais, se fez por meio de posicionamentos no campo científico, organizações profissionais e na administração sanitária, inclusive em relação à lepra (CABRAL, 2012, p. 139). A correspondência de Rabello apresentava elogios a um texto de Souza Araújo, com a afirmação de que, sem dúvidas, considerava aquela "uma das melhores contribuições feitas ao estudo da lepra no Brasil" (RABELLO para Araújo, 1 fev. 1923, p. 1). O texto tratava sobre a enfermidade no

Pará, com casos observados *in loco* pelo médico.

Naquele momento, Souza Araújo tinha 36 anos, estava vinculado ao IOC e, nos últimos quatro anos, atuava como Diretor de Saneamento Rural do DNSP: "um dos mais ativos e inteligentes entre os jovens brasileiros que se dedicam à Saúde Pública e pesquisa" (HACKETT para Rose, 9 jan. 1923, p. 1). Ele havia passado pelo Paraná e trabalhava no Pará. Em relação à formação internacional, o médico desejava percorrer um trajeto ambicioso. Não queria apenas passar um ano nos Estados Unidos, como bolsista da Fundação Rockefeller, vontade de muitos médicos brasileiros que viam, na experiência norte-americana, um meio de ascensão no *status* profissional.

O paranaense se propunha a estudar lepra nos Estados Unidos, nas ilhas havaianas ou nas Filipinas, ou mesmo nos três lugares, a depender da orientação do IHB, num período de seis a oito meses. A viagem também deveria incluir uma passagem por Carville, em Los Angeles. Após isso, viajaria para o extremo oriente, com o intuito de retornar ao Brasil via Alemanha e França, às suas expensas, uma verdadeira volta ao mundo. Hackett acreditava que, no Brasil, Souza Araújo retomaria as atividades no IOC e contribuiria com a Divisão de Lepra do DNSP (HACKETT para Rose, 9 jan. 1923, p. 1-2). Recomendava-se, portanto, que, se o IHB não aceitasse pagar as viagens para o Havaí e as Filipinas, o médico arcasse com as despesas. E, como ele já era conhecido por integrantes da Fundação Rockefeller, sugeria-se que o seu histórico pessoal fosse enviado aos doutores Alan Gregg e Wilson George Smillie para que também opinassem sobre a questão.

A partir daí, uma troca intensa de correspondências se iniciou entre os escritórios da Fundação Rockefeller nos Estados Unidos e no Brasil sobre a autorização da bolsa de estudos de Souza Araújo. Em 3 de fevereiro de 1923, a secretária da agência norte-americana, Florence Read, explicou os motivos pelos quais não recomendava uma concessão:

> Lepra é um campo tão especializado que o Board se recusou repetidamente a fazer quaisquer contribuições para seu estudo ou controle (...) o assunto não se presta prontamente aos nossos propósitos de ajudar o desenvolvimento de um programa de saúde pública geral. Além disso, os experimentos realizados nas Filipinas com estéreis etílicos de chalmoogra foram concluídos. A questão do melhor tratamento para a lepra provavelmente não se resolverá (READ para Hackett, 3 fev. 1923, p. 1).

Os argumentos utilizados pela secretária diziam respeito à especificidade do campo de estudos solicitado, o que destoava dos princípios adotados pela instituição, especialmente em relação à necessidade do bolsista se dedicar à saúde pública. O IHB privilegiava temáticas mais amplas, como administração em saúde, para que os indivíduos retornassem aos seus países e intervissem diretamente no desenvolvimento sanitário. Isso seria possível, por exemplo, quando se cursava Higiene e Saúde Pública na *Johns Hopkins*. Hackett recebeu a carta de Read e transmitiu as informações para o doutor Souza Araújo (HACKETT para Rose, 19 fev. 1923).

Essa não foi a primeira solicitação que fugia dos critérios definidos pela Fundação Rockefeller para seus bolsistas. Talvez não seja exagero afirmar que essa era uma situação recorrente. Em agosto de 1920, por exemplo, Alexandrino Pedroso solicitou auxílio da agência filantrópica para o Doutor Olympio Portugal, que foi enviado à França pelo Governo de São Paulo para estudar radioterapia. Portugal criou expectativas de também estudar as técnicas de terapias de raios-X utilizadas nos Estados Unidos, o que não poderia ser feito com recursos do estado. Smillie questionava se o IHB poderia financiar o médico por um curto espaço de tempo, indo da França para Nova York e de lá para o Brasil. Pesava o fato de que Portugal era visto como um jovem brilhante, que deveria "carregar o Instituto Arnaldo de Carvalho" quando retornasse de sua viagem ao exterior (SMILLIE para Hackett, 2 ago. 1920, p. 1). O "Instituto de Arnaldo" era uma menção direta ao Instituto de Higiene da FMCSP, que se tornou Faculdade de Medicina de São Paulo em 1925 (Cf. MARINHO, 2013b, p. 13).

A questão do financiamento para o doutor Portugal foi discutida entre Rose e Hackett. A sugestão da viagem aos Estados Unidos vinha de Ovídio Pires de Campos, médico que se tornou um dos braços direito de Arnaldo Vieira de Carvalho (MOTA, 2014, p. 45). Rose recomendava que fossem incluídas as despesas de viagem e estadia do médico brasileiro para os Estados Unidos e a viagem para o Brasil (ROSE para Hackett, 5 ago. 1920). Contudo, em outubro de 1920, após conversar com Clifford Wells, o diretor do IHB decidiu que não mais forneceria a bolsa para um profissional interessado em radioterapia, pois o assunto estava completamente fora das atividades que desenvolviam (WELLS para Hackett, 15 out. 1920).

A lacuna na documentação consultada não permite saber o que ocorreu entre os meses de março, quando foi solicitada a bolsa para Souza Araújo estudar lepra, e outubro de 1923, quando um novo pedido foi realizado. No dia 18 de outubro, Florence Read se comunicou com George Strode, diretor do IHB no Brasil, e enviou a cópia de uma carta de J. H. Janney, diretor regional do IHB, que levantava, mais uma vez, a possibilidade de garantir uma bolsa para Souza Araújo estudar a lepra (READ para Strode, 18 out. 1923). Naquele momento, o novo diretor do IHB, Frederick Russell, estava fora de Nova York e Read perguntava a Strode quais eram suas sugestões e recomendações, já que achava improvável que uma bolsa para o estudo da lepra fosse oferecida. Mas, admitia que "pode ser que haja fatores considerados, dos quais eu não tenho conhecimento" (READ para Strode, 18 out. 1923).

É interessante perceber a desconfiança da secretária ao receber uma nova solicitação para uma questão que já havia sido resolvida de acordo com a política padrão de concessão de bolsas da IHB. Ela se questionava se não haveria algum outro fator que justificasse a exceção à norma, que não estivesse sob o seu domínio.

O elemento que deu origem a esses desdobramentos foi uma nova carta enviada do Brasil, por Carlos Chagas, para F. Russell. Mais uma vez o médico solicitou uma bolsa para Souza Araújo, mas com novos argumentos. Ele informava que recentemente havia lhe ocorrido que aquele era um médico extremamente necessário ao IOC (JANNEY para Russell, 31 out. 1923). Além disso, considerava um prazer apresentar o doutor Souza Araújo como candidato a uma bolsa, visto que o médico era um trabalhador ardente, sempre

demonstrou um raro entusiasmo científico e realizou pesquisas valiosas (CHAGAS para Russell, 24 out. 1923).

A justificativa para a concessão da bolsa era a organização de um departamento no IOC completamente dedicado ao estudo do câncer. Para isso, seria necessário um ou dois homens treinados para assumir a direção do novo trabalho. Ele reconhecia que, no início do ano, havia apresentado Souza Araújo para estudar assuntos em lepra, mas recentemente percebeu que a habilidade do médico poderia ser aplicada com maior vantagem no estudo do câncer, em conexão com o que estava sendo planejado no Instituto (CHAGAS para Russell, 24 out. 1923).

Outros membros do *staff* da Rockefeller esboçaram surpresa em relação a esse segundo pedido. Janney, por exemplo, afirmou não entender muito bem onde Carlos Chagas pretendia chegar com aquele argumento (JANNEY para Russell, 31 out. 1923). Strode escreveu para Read, disse que se lembrava do primeiro pedido de Chagas e que não havia evidências claras para que um segundo pedido fosse realizado. Por fim, suspeitava que o DNSP não desejava Souza Araújo no Brasil: "é um golpe difícil de conter. Não posso recomendar sua nomeação nas atuais circunstâncias" (STRODE para Read, 1 nov. 1923, p. 1). Para ele, aparentemente a bolsa seria uma forma das autoridades brasileiras se livrarem do médico naquele momento, enviando-o para o exterior.

Sabe-se que a relação entre Carlos Chagas e Souza Araújo não era muito amistosa. Segundo Andrade (2011), anos antes, o então diretor de Manguinhos criava dificuldades para o médico paranaense no IOC, privilegiando sempre Eduardo Rabello nas questões

de lepra. Embora esses fatos corroborem com a impressão de Strode, talvez a questão fosse justamente oposta. Uma bolsa da Fundação Rockefeller, naquele contexto, era muito mais um prêmio do que um castigo devido ao número limitado de profissionais que tinham acesso a elas. Souza Araújo tinha fincado raízes sólidas no IOC. Foi discípulo de Oswaldo Cruz, que o orientou em relação ao tema que deveria estudar, e era amigo de ex-bolsistas do IHB, como Olympio da Fonseca Filho (ANDRADE, 2011). Contava, ainda, com carta de recomendação de Rabello para conseguir o financiamento. É possível que o cargo de Assistente no IOC funcionasse como motor na ampliação de esforços para a sua profissionalização no exterior. Ao assumir o cargo no DNSP, Rabello abria uma demanda na área de leprologia dentro do IOC.

Quando Florence Read se comunicou com Strode, ela ainda não sabia da proposta de reorientação para o estudo do câncer. Em uma primeira carta para Janney, pensava que a bolsa foi solicitada mais uma vez para o estudo da lepra e considerou que a única indicação a fazer era que, conforme a política de bolsas, fosse oferecido um ano de estudo para o doutor Souza Araújo em uma escola de higiene (possivelmente Johns Hopkins University), financiado pela Rockefeller, e que um acordo poderia ser realizado para que ele estudasse lepra durante o verão ou no curto período de férias (READ para Janney, 9 nov. 1923). Entretanto, após compreender toda a questão, se posicionou radicalmente contra o financiamento para o estudo do câncer. Além disso, deu ordens, via cabo, para que nenhum procedimento em relação à bolsa de Souza Araújo fosse realizado até que o diretor Regional do IHB no Brasil recebesse sua nova carta (READ para Janney, 14 nov. 1923).

Segundo a secretária, antes de receber a nova solicitação, ela discutiu com os doutores Hackett e Strode a questão de uma bolsa de estudos em lepra para o Dr. Araújo. Em conjunto, concordaram que a única possibilidade de concessão, como já foi dito, seria em conformidade com a política de oferecer bolsas de saúde pública para pessoas que ocupariam cargos oficiais nos serviços sanitários dos seus países. Essa sugestão foi baseada na afirmação de que o Dr. Araújo era chefe de Profilaxia Rural no estado do Pará e sob a condição de que ele retornaria para ocupar uma posição oficial no estado ou no Serviço Federal de Saúde Pública. Contudo, ela firmava para Janney a sua preocupação em relação ao entendimento das orientações que deu anteriormente:

> Depois de conversar com o Dr. Strode eu estava planejando escrever para você para me certificar de que o Dr. Araújo não entendeu mal e pense que a sugestão era um subterfúgio para permitir que ele estudasse lepra com uma bolsa do Board. Deve ficar muito claro que esse não é o caso e que suas férias poderiam ser usadas para estudar a lepra apenas às suas próprias custas. Esta é uma questão que poderia ser retomada com ele depois que começar o trabalho neste país (READ para Janney, 14 nov. 1923, p. 2)

Read deixava explicito que a bolsa não poderia ser utilizada para outros fins senão aqueles para os quais fosse aprovada: no caso, o estudo de saúde pública em uma escola de Higiene. E apontava duas outras questões que infligiam a política de bolsas: a mudança

no campo de especialização para o câncer e a atuação de Souza Araújo em local diferente da direção da saúde pública, no IOC:

> A carta do Doutor Chagas apresenta uma questão diferente, mas então claramente fora do escopo das bolsas do International Health Board.

> Nossas bolsas são garantidas apenas para atender às necessidades mais definitivas, para pessoas cuidadosamente selecionadas para o trabalho que eles devem fazer; e principalmente com a garantia de que as pessoas que as recebem, após a conclusão do treinamento, ocupem posições importantes no serviço de saúde pública dos países de onde vem. Bolsas foram oferecidas para treinar homens e mulheres para ocupar postos na saúde pública e na administração ou para servir como professores em escolas de higiene. Por outro lado, nós estamos recusando solicitações para bolsas de pesquisa em medicina geral, em tracoma, em lepra e em outros campos definitivamente não relacionados com administração em saúde pública (READ para Janney, 14 nov. 1923, p. 2).

Considerava-se que a solicitação de Souza Araújo para dirigir um departamento no IOC não se enquadrava nas normas, por isso Read não era favorável à concessão da bolsa (READ para Janney, 14 nov. 1923, p. 3). Dois dias depois, Read já havia consultado Richard Pearce sobre a possibilidade da *Division of Medical Education* (DME) conceder uma bolsa por meio daquele departamento, o que

também não foi aprovado, e escreveu para Carlos Chagas declinando do pedido (READ para Strode, 16 nov. 1923).

Ao que parece, Janney não se deu por satisfeito e solicitou que as divisões de trabalho das várias agências da Fundação Rockefeller fossem consultadas, para verificar se alguma delas poderia conceder o benefício, mas foi advertido de que bolsas em saúde pública eram concedidas exclusivamente pelo IHB e bolsas para preparar candidatos para profissões de ensino em escolas médicas, e apenas para esse fim, eram garantidas pela DME (READ para Janney, 24 nov. 1923).

Embora toda essa discussão tenha sido realizada, com o envolvimento de diferentes membros do *staff* da Fundação Rockefeller, a bolsa foi concedida. Possivelmente Carlos Chagas realizou algum tipo de acordo com George Strode, como, por exemplo, garantir o estudo de Souza Araújo na *Johns Hopkins University*. Cada bolsista da agência filantrópica possuía um cartão de registro. No caso do paranaense, consta em sua ficha que havia viajado para estudo de "Administração em Saúde Pública" e não para investigar lepra ou câncer, conforme solicitado anteriormente.

Dessa forma, o periódico *Brazil-Médico* noticiou para a comunidade médica brasileira, em 15 de março de 1924, que, em breve, Souza Araújo deixaria o país:

> Por indicação do Dr. Carlos Chagas, Director Geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, o Conselho Sanitário Internacional, da Fundação Rockefeller, acaba de conceder uma

> viagem de estudos nos Estados Unidos ao Dr. Heraclides Cesar de Souza Araujo, Assistente do Instituto Oswaldo Cruz e chefe do Serviço de Saneamento Rural do Pará. O Dr. Strode, Director da Fundação Rockefeller no Brazil, marcou para 15 de junho próximo a partida do Dr. Souza Araujo (MISSÃO..., 1924, p. 151).

Quando Souza Araújo viajou para o exterior, outros bolsistas brasileiros já haviam trilhado caminho semelhante. Em São Paulo, os primeiros contemplados foram Francisco Borges Vieira e Geraldo Horácio de Paula Souza, respectivamente auxiliares da Cadeira de Higiene apoiada pela Fundação Rockefeller. Segundo Campos (2013, p. 33), os dois jovens foram enviados para a realização de pós-graduação em Saúde Pública na *Johns Hopkins University*, e, em seu retorno, o conhecimento adquirido foi replicado não apenas no Instituto de Higiene, desmembrado da Faculdade de Medicina, mas também em órgãos públicos como o Serviço Sanitário. Médicos de outros estados também estiveram na Instituição, a exemplo do carioca Olympio da Fonseca Filho (1920-1922), do pernambucano Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto (1921-1922) e do baiano José da Costa Pinto (1922-1924). Estima-se que esses pesquisadores abriram caminho para mais de sete mil outros, de quase uma centena de países, que estudaram em mais de 250 instituições de ensino superior, em uma média de vinte nações diferentes (SANTOS; FARIA, 2003, p. 62).

Olympio da Fonseca Filho, que esteve lá alguns anos antes de Souza Araújo, mostrou alguns detalhes do cotidiano naquela

Universidade e afirmou a autonomia dos estudantes no processo de aprendizagem:

> Na parte de Biologia eu era uma exceção. No curso do Johnson eu era o único.
>
> Nesse curso cada aluno estava estudando um assunto diferente, não havia dois estudando a mesma coisa. Apesar do curso ser de Botânica cada um se ocupava de um determinado problema. Além disso, o professor nunca deu uma aula teórica.
>
> Ele distribuía o material, distribuía também uma espécie de apostila, dizia o que cada um deveria fazer e ia embora voltando uma ou duas horas depois para ver o que cada um havia feito. Revia, aconselhava, mandava à Biblioteca buscar livro ou uma revista que tivesse um artigo especial e assim é que era feito o ensino. Não tinha nada de aula propriamente dita. Tudo era trabalho isolado (FONSECA FILHO, 2010, p. 19).

O que se pode afirmar sobre a viagem de Heraclídes de Souza Araújo é que ele conseguiu conciliar o estudo na *Johns Hopkisn University* com o programa que havia montado desde a primeira proposição da bolsa. Ao chegar em Nova York, em 4 de agosto de 1924, no vapor *Pan America*, seguiu direto para Carville, em Los Angeles, onde estudou a lepra no *U. S. Marine Hospital* (ARAUJO, s/d, p. 1). Assim, o primeiro assunto com o qual teve contato como bolsista foi justamente a doença que lhe parecia tão cara enquanto

objeto de investigação. Além disso, visitou obras de saúde pública por alguns dias em Nova Orleans e, somente em 18 de setembro de 1924, mais de um mês após ter chegado aos Estados Unidos, pisou em Baltimore, para estudar inglês até a abertura da Universidade, local onde pretendia ficar até junho de 1925.

Os resultados acadêmicos obtidos pelo médico no primeiro trimestre foram satisfatórios. Souza Araújo estudou "Estatísticas 1 e 1a", além de "Engenharia Sanitária" com conceito final "bom", e "Administração em Saúde Pública" com conceito "excelente" (ARAUJO, s/d, p. 2). No segundo trimestre, teve conceito "razoável" em "Epidemiologias 1 e 2" e em "Problemas de Saúde Pública", mas foi "bom" em "Imunologia 1". Por fim, no terceiro trimestre, teve conceito "mau" em "Imunologias 2 e 3", e "razoável" em "Higiene Fisiológica" e em "Administração em Saúde Pública".

Todas as disciplinas do curso convergiam para conhecimentos a serem utilizados no trabalho em saúde pública, que previa a compreensão sobre movimentos estatísticos populacionais (nascimentos, migrações, falecimentos); sobre engenharia sanitária, para a realização de projetos de saneamento; sobre epidemiologia e imunologia, para a compreensão sobre agentes etiológicos e as respostas dos sistemas imunológicos; e, por fim, disciplinas específicas de administração sanitária. Souza Araújo foi reprovado nos exames de epidemiologia e de imunologia, por isso não conseguiu o diploma de Doutor em Saúde Pública. Ele recebeu um Certificado em Saúde Pública, como uma pessoa apta, embora constassem reprovações no currículo (ARAUJO, s/d, p. 2).

Não foi possível encontrar evidências documentais que atestassem motivos para que o desempenho acadêmico de Souza Araújo declinasse. Contudo, considerando-se que, desde que solicitou a bolsa não tinha o Curso de Saúde Pública como objetivo, o passar do tempo pode ter promovido a sensação de frustração com as atividades realizadas e ansiedade pelos assuntos que realmente gostaria de estudar. Entre o segundo e o terceiro trimestres, o doutor Freeman sugeriu que o médico brasileiro escrevesse uma tese com o tema "o controle das doenças venéreas nos Estados Unidos". Com esse intuito, ele foi autorizado a visitar Albany, a Cidade de Nova York, Trenton e Harrisburg, sempre para observar hospitais e divisões de doenças venéreas (ARAUJO, s/d, p. 2). Mas, a impossibilidade de receber o grau de doutor o dispensava da obrigação de escrever esse trabalho.

A bolsa de Souza Araújo foi renovada por mais um ano. Ainda em Baltimore, ele se dedicou mais ao estudo de imunologia com o doutor Bull; fez curso de verão na Universidade Columbia sobre infecção gonorreica; observou métodos de tratamento de difteria e febre escarlate; trabalhou com Dr. Harris no *Bureau of Prevental Diseases*, entre outras atividades, em Detroit, até 12 de setembro de 1925, quando a parte mais esperada da sua viagem finalmente ocorreria. Ele partiu no navio *President Adams* para Honolulu, no Havaí, para se dedicar exclusivamente à lepra (ARAUJO, s/d, p. 3).

Embora não seja possível descrever com detalhes todas as atividades desenvolvidas por Souza Araújo entre 19 de setembro de 1925, quando chegou a Honolulu, e outubro de 1926, no retorno ao Brasil, uma breve identificação dos lugares pelos quais transitou

ajudam a compreender a bagagem intelectual acumulada, que influenciou na sua construção como renomado leprologista.

Além de visitar a Diretoria de Saúde Pública de Honolulu, esteve no *Queen Hospital* e no *Kalihi Hospital*. Foi à ilha Molokai entre 25 de setembro de 1 de outubro de 1925 (ARAUJO, s/d, p. 4). Esses lugares se destacam pela incidência de doentes de lepra na sua história. Em meados do século XIX, Honolulu foi elevada à categoria de cidade e o seu rei criou um Conselho de Saúde. Os médicos Mouritz e Hillebrand se responsabilizaram por propor as medidas profiláticas adequadas para o controle da doença de altos índices de contaminação e, com a lei votada em 1865, foi permitido que o Conselho isolasse os leprosos tidos como infectantes. Os agentes policiais e judiciários podiam deter quaisquer suspeitos e os conduzir à repartição sanitária. Em Honolulu foi criado um estabelecimento para isolar casos leves e, em Molokai, os incuráveis. Molokai foi a primeira colônia leprosa insular do mundo, que serviu de modelo ao movimento internacional em favor da reclusão dos doentes de lepra. Ficava em uma península que se projetava sobre o mar, na costa mais exposta aos ventos (No Havaí..., s/d). Pela sua importância histórica na construção de isolamentos, é possível especular que esses tenham sido lugares aguardados com expectativa por Souza Araújo, para realizar observações.

Depois disso, ele seguiu para o Japão. Se estabeleceu em Yokohama por um mês e viajou com membros do Congresso de Medicina Tropical. Além disso, foi a Kyoto, Kobe, Nara e Osaka. Em novembro, se dirigiu a Shangai, na China, trabalhou e fez conferências com o Dr. Noel Davies, além de visitar o *Leper Asylum Han-*

ghow. Fez entrevistas com oficiais de quarentena naquele leprosário. Seguiu para Filipinas, Singapura, Calcutta, Beirut, Cairo, Bucareste, Viena, Praga, Londres, Liverpool, Edimburgo, cidades na Bélgica, Holanda, França e leprosários na Espanha e Portugal. Retornou para Paris em outubro viajou para o Rio de Janeiro (ARAUJO, s/d, p. 4).

III

O terceiro exemplo, entre muitos outros que poderiam ser citados, diz respeito aos médicos que se formavam na *Johns Hopkins University*. A formação naquele centro de higiene e saúde pública privilegiava a experimentação. Desde que os estudantes cumprissem o programa estabelecido, poderiam utilizar horas vagas para atender a outros interesses. A tese de doutorado em Saúde Pública de Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto, por exemplo, foi elaborada a partir de interesses pessoais do médico, demonstrados desde que chegou aos Estados Unidos em relação aos raios-X.: "*The effect of x-ray exposure on metabolism*". Assim como ocorreu com outros bolsistas, também realizou visitas a departamentos de saúde norte-americanos para realizar observações *in loco.* Recebeu cartas de apresentação para o Hospital Montefiore, para o Blythewood Sanitarium Greenwich e para o Hospital Naval, no Brooklyn, além de instituições relativas a Higiene Industrial (BARRETO, s.d.).

Mas embora geralmente se enfatize a influência dos métodos norte-americanos sobre os médicos brasileiros e a contraposição à tradição clínica francesa, de grande influência no Brasil entre fins

do século XIX e início do século XX, é possível afirmar que havia uma circulação de conhecimentos entre médicos brasileiros e norte-americanos, nem sempre evidentes nas fontes consultadas, e que aspectos da medicina clínica auxiliaram os últimos no desenvolvimento das suas atividades. O bolsista Olympio da Fonseca Filho, por exemplo, destacou a dificuldade que os médicos de Johns Hopkins tinham de acessar outras leituras que não as publicadas em inglês e que orientavam a sua prática. A maior parte dos professores não lia outro idioma. Alguns poucos conheciam o alemão por terem estudado na Alemanha. Então o brasileiro, com a bagagem intelectual que carregava, ajudou o doutor Bayne-Jones, no laboratório, mais de uma vez:

> No laboratório do MacCallum, trabalhava ao meu lado o Doutor Bayne-Jones, naquela época um jovem assistente e que mais tarde tornou-se notável. Há um livro seu sobre Microbiologia que esteve muito em voga. O Bayne-Jones tinha dois casos de exinomicose e não sabia como lidar com o material e eu lhe disse o que fazer: "você faz assim: aspira uma gota de pus com a pipeta e goteja sobre o fixador. O pus endurece, fixa e você trata como uma peça histológica e corta no micrótomo." Foi o que ele fez, apesar de ter ficado muito espantado com aquilo. De outra vez ele teve uma dificuldade, que não me lembro mais o que era, e também dessa vez lhe disse como resolver. Então, ele virou-se para mim e perguntou: "onde você aprendeu isso?" Respondi que havia sido nos livros franceses. Então ele pediu-me que fizesse uma lista de livros franceses. Fiz uma relação de uns 15 livros que depois foram utilizados por ele. Isso é para

> mostrar como, na parte médica, eles estavam fora do assunto (FONSECA FILHO, 2010, p. 20).

Breves considerações finais

A trajetória formativa dos bolsistas da Fundação Rockefeller funciona como *locus* importante para a identificação das chamadas "narrativas outras", que colocam em evidência o agenciamento de profissionais brasileiros da saúde, em perspectiva histórica, e que reduzem as assimetrias presentes em interpretações que reificam o papel das potências do norte-global sob os indivíduos do sul. Uma reflexão sobre as estratégias, as negociações presentes na construção da saúde internacional, pode ser feito a partir da observação dos contatos, das interações. Descolonizar a saúde global é, também, compreender que o conhecimento é produzido a partir de interesses, expectativas e agenciamentos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Márcio Magalhães de. Capítulos da história sanitária no Brasil: a atuação profissional de Souza Araújo entre os anos de 1910 e 1920. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) –, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

ARAUJO, Heráclides Cesar de Souza. Fellowship cards. Rockefeller Foundation, RG 10.2 (Fellowship Recorder Cards), Brazil, Box 8, s/d.

BARRETO, Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros. The action of X-rays on basal matabolism. Thesis (Degree of Doctor of Health Public) – Public Health, School of Hygiene and Health Public, Johns Hopkins University, Baltimore, EUA, 15 maio 1922.

BENCHIMOL, Jaime Larry; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Cobras, lagartos & outros bichos: uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1993.

CABRAL, Dilma. Políticas públicas e trajetória individual: o médico Eduardo Rabelo e as prescrições liberais no combate à lepra no Brasil. In: MOLLO, Helena Miranda (org.). Biografia e história das ciências: debates com a história da historiografia. Ouro Preto: EDUFOP/PPGH, 2012.

CAMPOS, Cristina de. A viagem de Geraldo Paula Souza para os Estados Unidos, 1918-1920: fragmentos de uma história da relação entre a Fundação Rockefeller e o Instituto de Higiene de São Paulo. In: MARINHO, Maria Gabriela da Silva Martins da Cunha; MOTA, André (orgs.). Caminhos e trajetos da filantropia científica em São Paulo: a Fundação Rockefeller e suas articulações no Ensino, Pesquisa e Assistência para a Medicina e Saúde (1916-1952). São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade Federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2013, p. 37-56.

CASTRO SANTOS, Luiz Antônio de; FARIA, Lina Rodrigues. A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República. Bragança Paulista: Edusf, 2003.

CHAGAS, Carlos. [Correspondência]. Destinatário: Frederick Russell, 24 out. 1923. Rockefeller Foundation Records, IHB, RG 5, Series 1, FA115, Box 160, Folder 2082.

CHAGAS, Carlos. [Correspondência]. Destinatário: Lewis Hackett, 3 jan. 1923. Rockefeller Foundation Records, IHB, RG 5, Series 1, FA115, Box 159, Folder 2080.

CHAGAS, Carlos. [Correspondência]. Destinatário: Wickliffe Rose, 26 set. 1919. RAC, RF records, IHB, RG 5, Series 1, FA115, Box 78, Folder 1111.

CUETO, Marcos; PALMER, Steven. Medicina e saúde pública na América Latina: uma história: Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2016.

FARLEY, John. To cast out disease: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1915-1951). Oxford: Oxford University Press, 2004.

FONSECA FILHO, Olympio Oliveira Ribeiro da. Olympio da Fonseca (depoimento, 1977). Rio de Janeiro, CPDOC, 2010.

HACKETT, Lewis. [Correspondência] Destinatário: Richard Pearce, 17 dez.1919. RAC, RF records, IHB, RG 5, Series 1, FA115, Box 78, Folder 1110.

HACKETT, Lewis. [Correspondência]. Destinatário: Clifford Wells, 4 jan. 1921a. RAC, RF records, IHB, RG 5, Series 1, FA115, Box 113, Folder 1534.

HACKETT, Lewis. [Correspondência]. Destinatário: Clifford Wells, 4 jan. 1921b. RAC, RF records, IHB, RG 5, Series 1, FA115, Box 113, Folder 1534.

HACKETT, Lewis. [Correspondência]. Destinatário: Wickliffe Rose, 19 fev. 1923. Rockefeller Foundation, IHB, RG 5, Series 1, FA115, Box 159, folder 2080.

HACKETT, Lewis. [Correspondência]. Destinatário: Wickliffe Rose, 5 ago. 1920. RAC, RF records, IHB, RG 5, Series 1, FA115, Box 95, Folder 1307.

HACKETT, Lewis. [Correspondência]. Destinatário: Wickliffe Rose, 31 dez. 1920. RAC, RF records, IHB, RG 5, Series 1, FA115, Box 95, Folder 1307.

HACKETT, Lewis. [Correspondência]. Destinatário: Wicliffe Rose, 9 jan. 1923. Rockefeller Foundation Records, IHB, RG 5, Series 1, FA115, Box 159, folder 2080.

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

JANNEY, J. [Correspondência]. Destinatário: Frederick Russell, 31 out. 1923. Rockefeller Foundation Records, IHB, RG 5, Series 1, FA115, Box 160, Folder 2082.

MARINHO, Maria Gabriela Silva Martins da Cunha. Difundir a ciência, modernizar a medicina. Pactos para uma nova racionalidade médica: São Paulo, 1916-1925. In: MARINHO, Maria Gabriela Silva Martins da Cunha; MOTA, André (orgs.). Caminhos e trajetos da filantropia científica em São Paulo: a Fundação Rockefeller e suas articulações no Ensino, Pesquisa e Assistência para a Medicina e Saúde (1916-1952). São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade Federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2013b.

MARINHO, Maria Gabriela Silva Martins da Cunha. Elites em negociação: breve história dos acordos entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931). In: MARINHO, Maria Gabriela Silva Martins da Cunha; MOTA, André (orgs.). Caminhos e trajetos da filantropia científica em São Paulo: a Fundação Rockefeller e suas articulações no ensino, pesquisa e assistência para a medicina e saúde (1916-1952). São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade Federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2013a. p. 81-175.

MISSÃO Rockefeller. Brazil-Médico, ano 38, v. 1, n. 11, p. 151, 15 mar. 1924. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=081272x&pesq=%22Heracl%C3 %ADdes%20Cesar%22&pasta=ano%20192. Acesso: 9 mai. 2020.

NO HAVAI e na California. *Biblioteca Virtual em Saúde Adolpho Lutz*. Disponível em: http://www.bvsalutz.coc.fiocruz.br/html/pt/static/trajetoria/volta_brasil/havai_lepra.php. Acesso em: 9 mai. 2020.

OLIVEIRA, Luiz Fernando de; CANDAU, Vera Maria Ferrão. Pedagogia Decolonial e educação antirracista e intercultural no Brasil. Educação em Revista, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 15-40, abr. 2010.

PALMER, Steven. Gênese da Saúde Global: a Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

PORTO, Paloma; BATISTA, Ricardo dos Santos. Fundação Rockefeller e Saúde Global. Revista História: Debates e Tendências, v. 21, n. 3, p. 210 - 226, 24 ago. 2021.

RABELLO, Eduardo. [Correspondência]. Destinatário: Heraclídes Araújo, 1 fev. 1923. Rockefeller Foundation Records, IHB, RG 5, Series 1, FA115, Box 159, Folder 2080.

RAJ, K. Relocating Modern Science: circulation and the construction of knowledge in South Asia and Europe, 1650-1900. New York: Palgrave Macmillan, 2007.

READ, Florence. [Correspondência]. Destinatário: George Strode, 16 nov. 1923. Rockefeller Foundation Records, IHB, RG 5, Series 1, FA115, Box 160, Folder 2084.

READ, Florence. [Correspondência]. Destinatário: George Strode, 18 out. 1923. Rockefeller Foundation Records, IHB, RG 5, Series 1, FA115, Box 160, Folder 2084.

READ, Florence. [Correspondência]. Destinatário: J. Janney, 9 nov. 1923. Rockefeller Foundation Records, IHB, RG 5, Series 1, FA115, Box 160, Folder 2082.

READ, Florence. [Correspondência]. Destinatário: J. Janney, 14 nov. 1923. Rockefeller Foundation Records, IHB, RG 5, Series 1, FA115, Box 160, Folder 2082.

READ, Florence. [Correspondência]. Destinatário: J. Janney, 24 nov. 1923. Rockefeller Foundation Records, IHB, RG 5, Series 1, FA115, Box 160, Folder 2082.

READ, Florence. [Correspondência]. Destinatário: Lewis Hackett, 3 fev. 1923. Rockefeller Foundation Records, IHB, RG 5, Series 1, FA115, Box 159, Folder 2080.

ROSE, Wiclkiffe. [Correspondência]. Destinatário: Lewis Hackett, 5 ago. 1920. Rockefeller Foundation Records, RG 5, FA115, Box 95, Folder 1307.

SMILE, G. [Correspondência]. Destinatário: Lewis Hackett, 2 ago. 1920. Rockefeller Foundation Records, IHB, RG 5, FA115, Box 95, Folder 1307.

STRODE, George. [Correspondência]. Destinatário: Florence Read, 1 nov. 1923. Rockefeller Foundation Records, IHB, RG 5, Series 1, FA115, Box 160, Folder 2084.

THIELEN, Eduardo Vilela et al A ciência a caminho da roça: imagens das expedições científicas ao interior do Brasil entre 1911 e 1913. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

WELLS, Clifford. [Correspondência]. Destinatário: Lewis Hackett, 15 out. 1920. Rockefeller Foundation Records, RG 5, FA115, Box 95, Folder 1307.

JORNAIS, INSTITUIÇÕES MÉDICAS E ATORES CONTRA O ALCOOLISMO NO BRASIL (1870-1909)

Raick de Jesus Souza
Luci Mara Bertoni

Resumo

O objeto de investigação deste trabalho foram as agências e os agentes brasileiros que participaram do combate ao alcoolismo, tendo como plataforma – política, intelectual e biomédica – os jornais médicos, mantidos pelas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro e por egressos, entre os anos de 1870 e 1909. O recorte temporal compreendeu o período posterior ao final da Guerra do Paraguai (1864-1870) – momento de intensas transformações sociais, a exemplo do fim do regime de produção escravista (1888), o fim do regime monárquico e implantação do republicanismo (1889). O objetivo principal foi analisarmos os discursos em prol do combate ao alcoolismo, ademais, historicizamos a implantação do

ensino superior no Brasil, especialmente, os primeiros cursos da área da saúde; além disso, apresentamos a trajetória formativa, política e profissional dos médicos; por fim, mas não menos importante, apresentamos os escopos editoriais dos periódicos selecionados, com ênfase em seu público-alvo e suas "missões" sociais. Dentre os resultados obtidos encontramos: a difusão da ideia de que alcoolismo era uma doença mental, gerada pela transmissão hereditária e pela degeneração racial, cujos impactos impediriam o "desenvolvimento" da nação; o combate ao alcoolismo tornou-se uma das pautas da agenda política, cuja superação definiriam os rumos do "desenvolvimento" social, do "progresso material" e da "civilização" da população; o movimento de erradicação do alcoolismo mobilizou diversos setores da sociedade, sobretudo, as instituições médicas e jurídicas, as agremiações intelectuais, as ordens religiosas, tendo a imprensa como meio de difusão do conhecimento, especialmente, biomédico, além de exercer o papel de formadora da opinião pública.

Palavras-chave: Alcoolismo. Faculdades de Medicina. Jornalismo. Saberes biomédicos.

NEWSPAPERS, MEDICAL INSTITUTIONS AND ACTORS AGAINST ALCOHOLISM IN BRAZIL (1970-1909)

Abstract: The object of investigation of this involvement were the Brazilian agencies and agents that participated in the fight against alcoholism, having as a platform - political, intellectual and biomedical - the medical journals, maintained by the Faculties of Medicine of Bahia and Rio de Janeiro and by graduates, between the years 1870 and 1909. The period comprised the time after the

end of the Paraguayan War (1864-1870) – a moment of intense social transformations, such as the end of the slave production regime (1888), the end of the monarchical regime and the implantation of republicanism (1889). The main objective was to analyze the speeches in favor of the fight against alcoholism, in addition, we historicize the implantation of higher education in Brazil, especially, the first courses in the health area; in addition, we present the formative, political and professional trajectory of doctors; last but not least, we present the editorial scopes of the selected journals, with emphasis on their target audience and their social "missions". We get the following results: the dissemination of the idea that alcoholism was a mental illness, generated by hereditary transmission and racial degeneration, whose impacts would impede the "development" of the nation; the fight against alcoholism became one of the guidelines on the political agenda, the overcoming of which would define the course of social "development", "material progress" and "civilization" of the population; the alcoholism eradication movement mobilized various sectors of society, above all, medical and legal institutions, intellectual associations, religious orders, with the press as a means of disseminating knowledge, especially biomedical knowledge, in addition to exercising the role of trainer of the public opinion.

Keywords: Alcoholism. Medical Faculties. Journalism. Biomedical knowledge.

Introdução

Ao longo desta investigação evidenciamos o escopo editorial dos jornais médicos, mantidos pelas instituições de ensino superior ou por egressos dos cursos de Medicina, a fim de apresentarmos, aos leitores, algumas informações essenciais sobre as instituições e os atores que estiveram envolvidos na luta antialcoólica, entre os anos de 1870 e 1909, no Brasil.

Nossa pretensão foi nos familiarizarmos com as agências e os agentes que se levantaram contra o suposto "alastramento" do alcoolismo no Brasil em fins do Oitocentos e alvorecer do século XX e que contribuíram para a popularização das representações sociais em torno do alcoolismo enquanto uma doença mental, cujas consequências impediriam o "desenvolvimento" social, o "progresso" material e a "civilização" da população.

Segundo João Gilberto da Silva Carvalho e Angela Arruda (2008, p. 1), as investigações em representações são enriquecidas com a dimensão histórica, pois toda representação se baseia na localização de um tempo-espaço, além disso, "[...] a própria historicidade está na base da transformação social objeto por excelência dos trabalhos realizados pela corrente inaugurada por Serge Moscovici (1928-2014) [...]". Segundo os pesquisadores, a necessidade dessa aproximação foi percebida durante seus estudos sobre a imigração chinesa para o Brasil, durante o século XIX, especialmente a partir da década de 1850, o que os fizeram notar a relevância do estudo histórico em representações sociais, no qual é possível associar iden-

tidade, memória e representação, objetos que não são exclusivos de nenhuma teoria ou área disciplinar.

Logo, examinar as memórias, as representações sociais médicas e religiosas que circulavam na imprensa brasileira, nos ajudará compreender como foram sendo construídos os estigmas sociais em torno do alcoolismo e dos alcoolistas, pois, mesmo que hoje saibamos se tratar de uma dependência química, cujos danos afetam os dependentes, suas famílias e a sociedade, até o presente momento é possível encontrarmos representações sociais e memórias comuns que tratam o alcoolismo como sendo uma doença, sobretudo uma doença mental; além de preconceitos em torno dos sujeitos que são dependentes, que os associam à vadiagem, à pobreza e à criminalidade. Argumentamos que essas memórias e representações sociais são herdadas de nosso passado, no qual os tratamentos e as medidas existentes na época consistiam em hospitalização, medicalização e encarceramento, cujos critérios para suas escolhas variavam a depender da cor da pele, da origem e da classe social dos alcoolistas.

Em meio às diversas transformações que se processavam no Brasil ao longo dos anos finais do século XIX e início do século XX, o alcoolismo se tornou um desafio para os cientistas e intelectuais que buscavam contribuir na construção de uma nova identidade nacional, pautada na superação dos males sociais, construídas a partir da ideologia do progresso material. Dentre os objetivos pretendidos estava a melhoria do trabalho, a partir do uso racional do tempo e do aumento da capacidade produtiva dos corpos, desta forma, o alcoolismo representava um fator negativo, por afetar a saúde física e emocional dos sujeitos que faziam uso rotinei-

ro das bebidas inebriantes, sobretudo aquelas com elevados teores de concentração alcoólica. No contexto da educação superior brasileira do século XIX, a aproximação entre os cursos de Medicina e Farmácia permitiu o desenvolvimento de estudos que analisavam a toxicidade do álcool e seus danos ao organismo humano, contudo, sobrevivia a crença de seus benefícios terapêuticos no tratamento de determinadas moléstias que desafiavam os esforços médicos, cujos procedimentos incluíam ministrar pequenas doses via oral ou combinar com outras substâncias, a exemplo da quinina – alcaloide com propriedade antitérmica, antimalárica e analgésica[1]. Assim, observamos a tentativa dos médicos em tornar a prescrição do álcool na terapêutica de responsabilidade exclusiva dos profissionais, na medida em que se buscava a hegemonia da profissão sobre as especialidades do campo da saúde (TERRA, 2014).

Neste estudo, apresentamos a implantação do ensino superior no Brasil, sobretudo, dos primeiros cursos de Medicina e Farmácia ao longo do Oitocentos; em seguida analisamos os escopos editoriais dos jornais médicos envolvidos na luta em prol da erradicação do alcoolismo; na última seção problematizamos o engajamento e a participação dos cientistas, políticos e intelectuais brasileiros na conformação e difusão dos valores ideológicos que compunham as plataformas políticas dos regimes monárquico e republicano, contribuindo, assim, para a formação da opinião pública.

1 Em seu estudo sobre o alcoolismo no Brasil, Torcato (2016) apontou para a adoção de diversas práticas terapêuticas em uso durante o século XIX, dentre os quais estavam os sais de quinino, obtidos em fins do Oitocentos a partir de experimentações químicas das primeiras substâncias fármaco-químicas obtidas pela alteração da estrutura molecular. Em nossas leituras dos jornais médicos, particularmente, dos periódicos selecionados para este estudo, observamos o uso da quinina enquanto procedimento para diminuição da temperatura corporal dos alcoolistas em regime de internação.

Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro: ensino, prática e participação política

Ao historicizarmos o processo de implantação do ensino superior no Brasil, devemos prestar atenção para a demora, em comparação ao que ocorreu na América espanhola, onde as primeiras universidades surgiram durante o século XVI. A primeira universidade implantada na América foi a Universidade de São Domingos, fundada em 1538; em seguida a Universidade de San Marcos, no Peru, inaugurada em 1551; logo após foram instaladas universidades no México (1553), Bogotá (1662), Cusco (1692), Havana (1728) e Santiago (1738). Mesmo com a implantação dos cursos superiores, predominava na cultura da elite mais proeminente do Império espanhol, o envio de seus filhos para estudar em universidades na Europa, especialmente na Espanha, na França, na Alemanha e na Inglaterra. Com relação ao contexto brasileiro, os primeiros cursos superiores só foram fundados durante o século XIX, sendo que aos membros da elite local cabia o envio de seus filhos para a Universidade de Coimbra, enquanto diversos outros se dirigiam às universidades sediadas na França, na Alemanha e na Inglaterra. Com as instalações das primeiras faculdades nas áreas da saúde e da jurisprudência, parte da elite local optou em realizar seus cursos no Brasil, enquanto uma parte significativa continuava se dirigindo para a Europa (GOMES, 2002).

O primeiro curso superior implantado no Brasil ocorreu na Escola de Cirurgia da Bahia, com a existência de duas matérias, Anatomia e Cirurgia especulativa e prática, proposto pelo médico

pernambucano Dr. José Correa Picanço, em 1808, na ocasião da chegada da família real portuguesa em Salvador. Cabe ressaltar que o curso tinha duração de quatro anos e o profissional formado não era considerado médico, ou seja, não poderia atuar em quaisquer áreas da Medicina. A primeira reforma do ensino ocorreu em 1815, com o aumento de quatro para cinco anos no tempo de formação, houve também o aumento de cinco para oito no total de vagas disponíveis, além da implantação do curso de Química-farmacêutica. No ano seguinte, em 1816, a então Escola passou a ser denominada de Colégio Médico Cirúrgico, transferindo suas atividades do Hospital Real da Cidade, alojado no prédio do Hospital Militar (antigo Colégio Jesuíta) para a Santa Casa de Misericórdia. O *status* de Faculdade veio com a segunda reforma do ensino, promovida em 1832, onde o Colégio Médico Cirúrgico da Bahia e a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro passaram a ser denominadas de Faculdades de Medicina (SANTOS, 2009).

Com a reforma de 1832, a Faculdade de Medicina da Bahia voltou a ocupar o prédio do antigo Colégio Jesuíta, no mesmo período foi implantado o curso de Obstetrícia. Com a reforma o curso de Medicina aumentou de cinco para seis anos, o curso de Farmácia com duração de três anos e de Obstetrícia com duração de dois anos. A partir de 1833, as aulas teóricas eram ministradas no prédio do Hospital Militar, enquanto as atividades práticas eram realizadas na Santa Casa de Misericórdia.

Conforme demonstrado por Adailton Ferreira dos Santos (2009), no contexto político do Império, tanto durante o Primeiro Reinado (1822-1831), perpassando pelo Período Regencial (1831-

1840), quanto durante os anos subsequentes ao Segundo Reinado (1840-1888), os médicos formados pela Faculdade de Medicina da Bahia, bem como seus professores, tiveram uma participação ativa nas Assembleias provinciais e em cargos públicos. O pesquisador demonstrou também que os professores da instituição, bem como os médicos e, posteriormente, os farmacêuticos e obstetras se envolveram em diversos cargos políticos enquanto representantes dos interesses da sociedade.

Dentre as diversas áreas de especialização, inauguradas a partir da reforma do ensino da Faculdade de Medicina da Bahia, ocorrida em 1832, estavam: Anatomia; Fisiologia; Higiene, Etiologia, Patologia e Terapêutica; Clínica médica; Química farmacêutica; Farmácia; Química teórica e aplicada; e Patologia Externa. Além das áreas de especialização, com a reforma do ensino, ainda durante a primeira metade do século XIX, instalaram-se a biblioteca, o jardim botânico e os primeiros laboratórios para experimentos da instituição. Segundo Lycurgo de Castro Santos Filho ([1992] 1995, p. 95), "por estar longe da Corte, a escola da Bahia não tinha as mesmas condições que a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro". Como anunciava a reportagem da Gazeta Médica, primeiro periódico da instituição, em seus cursos não se ensinava somente o que estava previsto nos "Planos de Ensino", proclamavam ensinar para "além dos Planos de Ensino", particularmente, pelas discussões de ideias, sistemas filosóficos e tendências diversas que circulavam nas academias, sociedades científicas e congressos médicos. Em meio às diversas transformações na organização do ensino, crescia o interesse dos estudantes e dos professores pelo combate aos males sociais que assolavam a jovem nação. Dentre os problemas o alcoolismo aparecia

como sendo um desafio a ser superado, o qual contava com esforços de diversos intelectuais que faziam parte das diversas áreas existentes na instituição.

A justificativa para a reforma do ensino (1832) seria a reorganização das áreas, a fim de que os profissionais formados estivessem preparados para o enfrentamento das diversas epidemias que atingiam a população brasileira, dentre elas o alcoolismo. Nesse processo, o alcoolismo, sendo considerado enquanto uma doença, era visto com temor por parte dos médicos que passavam pela instituição, logo, o alcoolismo foi ancorado no que eram denominados de doenças mentais, desse modo, foi considerado por muitos enquanto uma doença epidêmica, cuja superação cabia a regência dos médicos, com o apoio do governo e da sociedade (SANTOS, 2009).

Contudo, as ações que foram empreendidas pelos médicos da Faculdade de Medicina da Bahia se restringiam aos estudos clínicos que eram feitos, às teses médicas que eram defendidas, às contribuições com a impressa em popularizar o alcoolismo enquanto uma grave doença e às participações com as questões políticas, pois, como observamos, durante o século XIX, não existiram campanhas educativas ou preventivas com relação ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o que viria a ocorrer durante o ano de 1910, com as campanhas de saneamento rural pela erradicação do alcoolismo entre os trabalhadores (MARTIN; RIGHI, 2016). A contribuição dos médicos ligados à política se davam por meio da criação de medidas coercitivas que versavam sobre o consumo excessivo e em locais públicos e que acarretassem em desordem pública, com a criminalização dos usuários, de acordo com o *status* social, a frequência

e a gravidade do delito. Neste sentido, podemos citar os nomes dos médicos Virgílio Clímaco Damázio e Antônio Augusto de Azevedo Sodré, ambos, além de serem redatores-chefes de jornais médicos, participaram ativamente na construção dos Códigos de Postura da Bahia e de Rio de Janeiro, o primeiro na condição de Governador provincial e o segundo como integrante do conselho consultivo, documentos nos quais o uso excessivo e público de bebidas alcoólicas eram considerados crimes passíveis de recolhimento e multas.

Novas reformas do ensino ocorreram na Faculdade de Medicina da Bahia em 1854, perdurando a insatisfação dos professores até a reforma de 1882, momento em que foram implantadas as áreas de Bacteriologia e Medicina legal. Em 1883, despontava um forte debate público em torno da reforma dos locais onde ocorriam os estudos, à luz do que era preconizado pelos ditames da higiene, esse debate se estendeu pelos anos finais do período Imperial e alvorecer da República, sendo que o desfecho trágico só viria ocorrer em 1905 quando o antigo Colégio Jesuíta foi completamente consumido por um incêndio, que destruiu os cômodos onde eram realizadas as aulas teóricas, eram mantidos os laboratórios e a biblioteca, sendo o novo prédio inaugurado em 1909 (SANTOS, 2009).

No que diz respeito ao contexto carioca, notamos uma similaridade, tanto na periodicidade das reformas quanto no engajamento de seus intelectuais com o contexto jornalístico e político. De acordo com Alex Varela e Andréa Lemos Xavier (2020), a nomeação do cirurgião Joaquim da Rocha Mazarém, em 1808, para a cadeira de Anatomia, marcou o surgimento da Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro, que passou a funcionar no Hospital

Militar e Ultramar. Semelhante ao que ocorreu na Bahia, a formação em cirurgia que era ofertada na Corte não habilitava os profissionais a atuarem em todos os campos da Medicina. A primeira proposta de reforma foi apresentada em 1812, sendo completamente rejeitada; suas reivindicações, contudo, foram adotadas a partir de 1813, quando as atividades foram deslocadas do antigo Colégio Jesuíta que, na ocasião, abrigava também o Hospital Militar e Ultramar, para a Santa Casa de Misericórdia, onde permaneceu até 1832. Em 1820, uma nova reforma implantaria as especializações em Anatomia; Fisiologia; Patologia; Matéria médica, Higiene geral e particular, e Terapêutica geral; Instruções Cirúrgica e Medicina operatória; e, Medicina Clínica.

A terceira reforma do ensino ocorreu no ano de 1832, com a elevação da antiga Escola à condição de Faculdade e com a inauguração das primeiras especializações na área da Farmácia (sendo considerado o primeiro curso superior da área no país). Entre os anos de 1836 e 1847, as atividades, anteriormente concentradas no antigo Colégio Jesuíta, passaram a funcionar em diversos locais, dentre eles no extinto Hospital Militar do Rio de Janeiro, na Santa Casa de Misericórdia e no casarão onde funcionava o Recolhimento de Órfãs da Irmandade da Misericórdia. A partir de 1847, as atividades voltaram a se concentrar no extinto Hospital Militar do Rio de Janeiro, abrigado no antigo prédio do Colégio Jesuíta, despontava ali um intenso debate público pela construção de um novo prédio, sendo inaugurada a pedra fundamental em 1881, ao lado do Hospital Dom Pedro II. A construção, contudo, foi interrompida em 1908 e o projeto inicial abandonado. Em 1916, um novo projeto foi

proposto e o prédio da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro foi entregue somente em 1918.

No que diz respeito às reformas do ensino, à organização dos cursos e às especializações existentes, além das reformas de 1813, 1820 e 1832, a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro implantou uma série de medidas a partir de 1854, com base no decreto sancionado pelo imperador D. Pedro II, proposto pelo Visconde do Bom Retiro que, na época, ocupava o cargo de Ministro do Império. Em seu novo programa, os cursos superiores eram organizados em três áreas: Medicina, Farmácia e Obstetrícia. No campo da Medicina, as matérias ensinadas ficaram assim organizadas: 1º Ano – Física geral, Química e mineralogia e Anatomia descritiva; 2º Ano – Botânica e zoologia, Química orgânica, Fisiologia e Anatomia descritiva; 3º Ano – Fisiologia, Anatomia geral e patologia, Patologia geral e Clínica externa; 4º Ano – Patologia externa, Patologia interna, Partos e Clínica externa; 5º Ano – Patologia interna, Anatomia topográfica, Medicina operatória e aparelhos, Matéria médica e terapêutica e Clínica interna; 6º Ano – Higiene e história da medicina, Medicina legal e Clínica interna. Cabe ressaltar que esse mesmo programa foi adotado por ambas as Faculdades de Medicina (Bahia e Rio de Janeiro), promovendo uma maior aproximação entre os cursos ofertados.

A última grande reforma do ensino, promovida pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ainda durante o século XIX, foi proposta por Benjamin Constant, em 1891. Conforme Varela e Xavier (2020), a nova organização das ciências biomédicas no país foi estabelecida a partir do Decreto nº 1.270/91, no contexto do governo provisório de Marechal Deodoro da Fonseca (1889-1891), re-

ferendado pelo Ministro da Instrução Pública, Correio e Telégrafos Benjamin Constant Botelho de Magalhães (1836-1891). Segundo o decreto as Faculdades de Medicina passariam a serem denominadas de Faculdades de Medicina e Farmácia, o número mínimo de vagas disponíveis foi estabelecido em 29 cadeiras e o tempo de formação na carreira médica continuaria sendo de seis anos – dividido em seis séries e 12 seções. Uma das mudanças com relação às reformas anteriores dizia respeito à obrigatoriedade da frequência dos alunos nas aulas práticas e nos laboratórios, na ocasião também foram inaugurados os laboratórios de Química e toxicologia, e Anatomia médico-cirúrgica e comparada.

Argumentamos que, a proximidade entre os campos da Medicina e da Farmácia, no contexto do ensino superior no Brasil, durante o século XIX e início do século XX, favoreceu os estudos acerca dos efeitos do álcool no organismo e que, a partir do engajamento dos profissionais formados, tanto com a impressa quanto com a política, sobretudo os médicos e professores das duas referidas instituições, foram decisivos para a popularização do alcoolismo enquanto uma doença mental, cujos efeitos atingiam também as funções motoras, os tecidos e os aparelhos (especialmente o cardiorrespiratório).

Segundo José Gonçalves Gondra (2008), a partir de uma análise comparativa entre as teses médicas que eram produzidas nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, é possível percebermos que o discurso médico versava bem mais sobre os problemas sociais do que sobre as questões científicas. Ainda segundo o mesmo pesquisador, eram a partir das teses médicas que os jovens

profissionais buscavam obter legitimidade política, ao romper as fronteiras do cuidado e da terapêutica, abrigando-se na imprensa, na administração pública, nos cargos políticos, no planejamento e no saneamento urbano, bem como na esfera da religião.

Cabe ressaltar que a imprensa médica se tornou um espaço privilegiado para a comunicação dos médicos e professores com os sujeitos comuns, mesmo que muitos dos jornais que eram mantidos pelas instituições e pelos professores fossem dirigidos aos seus pares. Na imprensa, diversas das ideias científicas, políticas e filosóficas que estavam em voga, sobretudo na Europa, puderam ser amplamente debatidas, gerando, em muitos casos, controvérsias que mobilizavam vozes dissonantes, a partir da memória coletiva e das representações sociais que esses sujeitos compartilhavam. Dentre essas ideias, destacamos o debate público sobre o combate ao alcoolismo, pois, mesmo havendo um consenso entre esses profissionais de que se tratava de uma doença epidêmica, as causas e as medidas variavam de acordo com as referências que eram estudadas.

Jornais institucionais das Faculdades de Medicina

Para Monique de Siqueira Gonçalves (2013), no Brasil, a partir da emancipação política, o jornalismo se tornou um poderoso instrumento de mudança e formação de ideias, ao combater o que era considerado "arcaico" e popularizar o pensamento "ilustrado", no intuito de transformar as mentalidades da população.

Durante o século XIX, além dos jornais mantidos pelos "agentes ilustrados", diversas instituições políticas, religiosas e cien-

tíficas empreendiam esforços em manter a circularidade e expandir seu público leitor, a fim de que suas ideias fossem recepcionadas pela sociedade. Desse modo, podemos mesmo afirmar que o jornalismo assumiu um papel pedagógico, ao promover a circulação e popularização de temas que se encontravam restritos a um número limitado de agentes que faziam parte de determinadas instituições, agremiações e partidos.

Conforme defendeu Marcos Alexandre de Souza Gomes (2013), a imprensa foi, por muito tempo, o mais poderoso veículo de difusão das representações sociais, por ser um instrumento promotor da comunicação de massa, especialmente por buscar traduzir determinadas ideias que eram construídas em círculos acadêmicos para o grande público. Segundo o pesquisador, mesmo Moscovici ([2000] 2015) não tendo sido o primeiro estudioso a perceber o papel da imprensa na difusão do conhecimento científico entre as camadas populares, foi dele o pioneirismo em demonstrar que o jornalismo promovia a circulação de um saber de senso comum que é típico da nossa modernidade, pois as funções básicas dos meios de comunicação de massa "[...] são informar, divertir, persuadir e ensinar" (GOMES, 2013, p. 1). Corroboramos com o pesquisador ao percebermos que, no contexto brasileiro do século XIX, a imprensa desempenhou a função de construir no imaginário social os valores que seriam tidos como "modernos", muitos dos quais ainda se encontram presentes em nossas representações sociais e na memória coletiva de determinados grupos.

Ao analisar a difusão da imprensa médica na primeira metade do século XIX, Luiz Otávio Ferreira (2004) afirmou que o jor-

nalismo foi de fundamental importância para a validação das ideias científicas e no próprio reconhecimento de determinadas especializações médicas. Segundo pesquisador, o periodismo uniu os interesses do mercado editorial (econômico), das especializações biomédicas e da institucionalização das carreiras (científico), e dos valores ideológicos (político). Desse modo, os jornais que eram mantidos pelas instituições científicas, especialmente pelas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, entre os anos de 1827 e 1843, construíram no imaginário social uma opinião pública sobre os problemas de saúde que deveriam ser combatidos, além da importância do médico enquanto um agente de transformação social, pois, na ausência de um amplo público leitor especializado, os agentes envolvidos com a imprensa médica precisaram adaptar seus discursos ao público leigo, os familiarizando com temas que eram específicos da área da saúde.

Entretanto, com relação à segunda metade do século XIX, período em que se localiza nosso objeto de estudo, Gonçalves (2013) observou uma mudança de postura no tocante à linguagem médica adotada na imprensa. Segundo a estudiosa, os jornais institucionais já dispunham de um público especializado, que era familiarizado com os temas e com os termos técnicos, especialmente em decorrência da expansão dos cursos superiores e das agremiações científicas que surgiram.

> Em todos os jornais e revistas especializados privilegiava-se a divulgação de trabalhos realizados por médicos, a fim de consolidar uma "separação" entre o que era científico ou não, entre quem poderia e quem não poderia emitir opiniões sobre assuntos de saúde. Neste con-

> texto, as revistas e periódicos médicos passaram a ocupar um local primordial de divulgação e propaganda de medicina alopata, em oposição às outras teorias, reforçando a ideia de legitimidade da ciência médica, frente às demais artes de curar. (GONÇALVES, 2013, p. 143).

A partir da ênfase dada no diálogo entre os pares, as reportagens que eram vinculadas na imprensa médica assumiram um maior caráter científico, sem, contudo, abandonar o uso da memória coletiva, pois, como observaremos a partir do exame das crônicas médicas, muitas das narrativas que eram publicadas assentavam-se nas observações que eram realizadas nos consultórios, nos hospitais, hospícios e nas consultas médicas, deixando transparecer as representações sociais que os agentes médicos compartilhavam sobre determinadas patologias e hábitos de vida. Observamos, portanto, um comportamento relativamente hostil com as teorias do conhecimento vulgar, provavelmente fruto da tentativa de afastamento com o modo de pensar e conceber a realidade que era compartilhado pelos sujeitos comuns, e que não faziam parte dos círculos letrados. Essa tentativa de afastamento fazia parte do projeto cientificista, característico do século XIX, que previa uma separação do que era considerado científico em detrimento do que era visto como senso comum. Todavia, como ensinado por Moscovici ([2000] 2015), mesmo aqueles sujeitos que fazem parte do universo reificado produzem e compartilham representações sociais que se originam no interior dos seus grupos, muitas das quais são contraditórias com os ditames do fazer científico.

A Gazeta Medica da Bahia, por exemplo, era mantida por uma associação de facultativos, sob a direção do Dr. Virgílio Clímaco Damázio[2] (1838-1913), cujo primeiro volume veio à baila no ano de 1867. Sua edição e confecção era realizada na cidade de Salvador/BA, pela Typographia de Toutinho & Comp., sendo publicadas duas edições mensais, sempre nos dias 10 e 25 de cada mês. Segundo consta em seu editorial de lançamento, datado de 09 de julho de 1866, a iniciativa partia da constatação de que a imprensa na Bahia era "pouco animadora", especialmente o jornalismo médico, dado ao fato de que diversas outras tentativas haviam fracassado. Ainda de acordo com o editorial:

> Por duas ou trez vezes, n'esta provincia, se ensaiou a publicação de um periodico, exclusivamente consagrado ás sciencias medicas, sob os auspicio, e com a collaboração, de sociedades organisadas para esse fim; uma d'ellas chegou á dar á luz o primeiro numero de uma publicação mensal; outra nem isso conseguiram; abandonaram a ideia em projecto, e tambem desappareceram com ella sem que ficassem vestigios, sequer, de sua existência. Porque? Seria cedo ainda então, sel-o-ha ainda agora, para inaugurar o trabalho scientifico e litterario da profissão medica entre nós? Estaremos condemnados a uma perpetua inercia, limitando-nos, quando muito, a admirar os que trabalham e a invejar-lhes a gloria de levarem o seu tributo intellectual para a grande obra do melhoramento das condições physicas e moraes do homem, pelo conhecimento da sua natureza, das suas neces-

2 Natural da freguesia de Itaparica, o médico concluiu seus estudos em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia, no ano de 1859, com a tese **Emprego Therapheutico da Eletricidade e do Galvinismo**. Além de dirigir a Gazeta Medica da Bahia, foi Vice-presidente do Partido Republicano da Bahia, Governador provincial em suas ocasiões (1889 e 1890) – cargo que na época tinha o nome de Presidente do Estado – e Senador pelo Estado da Bahia.

> sidades, das suas dores, dos seus vicios, das suas paixões e das suas miseria n'esse breve transito, a que se chama vida humana? Cremos que não. Não era cedo então, e ainda o é menos agora, para nos convencermos de que todos os operários da sciencia téem obrigação de acrescentar o patrimônio commum na medida de suas forças e de seus talentos, e de transmittil-o ás gerações porvir mais rico do que o herdamos de seus antepassados. Sem isso fora impossivel o progresso; nem a medicina houvera sahido nunca do cahos, em que jazeu por muitos séculos, se a luz de tantos e tão fecundos ingenhos lhe não tivesse allumiado o caminho, e alargado os horisontes. (GAZETA MEDICA DA BAHIA, 1866, p. 1).

Como é possível observarmos nestas notas preliminares, nas quais encontram-se expostos os objetivos dos idealizadores do referido jornal, a iniciativa em organizar um periódico médico atendia aos interesses da comunidade médica em promover o melhoramento das condições físicas e morais da população, em prol do tão almejado progresso. Desse modo, era indispensável conhecer a natureza humana, especialmente suas necessidades fisiológicas, o funcionamento de seus órgãos e aparelhos, a fim de livrá-los de suas franquezas, sobretudo de seus vícios, causadores das inúmeras mazelas sociais. Observamos também a tentativa dos idealizadores do jornal em se apresentarem à sociedade enquanto "operários da ciência", cujo único objetivo seria contribuir com o desenvolvimento material e espiritual da nação.

Além disso, o editorial de fundação da Gazeta Medica da Bahia (1866, p. 2) alegava que, da mesma forma que um navegante (marinheiro), "[...] que nota minuciosamente os baixios desconhecidos, as correntezas periodicas, os parceis occultos, em proveito de outros, que apoz elle se arriscarem pelas mesmas paragens [...]", os médicos, no processo de familiarização com o desconhecido, deveriam se basear em suas observações e em suas memórias, a fim de adotarem novos caminhos em suas práticas terapêuticas, a fim de garantir o desenvolvimento das ciências biomédicas. Conforme afirmou Martha de Alba (2014), é por meio do processo de ancoragem e objetivação que construímos nossas representações sociais, a fim de nos familiarizarmos com o desconhecido.

> [...] assim aquelles, que exercem e cultivam a medicina, estão adstrictos a tornar conhecidos os resultados das suas investigações scientificas, da applicação dos principios á pratica de todos os dias, o modo porque os climas, as estações, e mil outras circunstancias influem na origem, na forma, na marcha, na duração e na cura das molestias, e finalmente a historia exacta e minuciosa da observação dos factos particulares que, ou venham confirmar as regras estabelecidas, ou imprimam nova direcção ás ideias, e sirvam de guia aos que buscam a verdade. (GAZETA MEDICA DA BAHIA, 1866, p. 1-2).

O editorial chamava à atenção para o fato de que muitos profissionais, cujas práticas se limitariam ao exercício da clínica em seus laboratórios, hospital, hospícios e consultórios, tornavam-se expectadores mudos e inativos de um amplo movimento de luta pelo

progresso e pela melhoria da sociedade, luta esta que tinha a imprensa como o "arauto do progresso", ou em outras palavras, uma das mais valiosas aliadas na difusão do conhecimento ilustrado, ao tornar ordinário o que antes era um saber hermético. Logo, o propósito básico assentaria na pretensão em:

> [...] concentrar, quanto for possivel, os elementos activos da classe medica, afim de que, mais unidos, e fortificando-se mutuamente, concorram para augmentar-lhe os creditos, e a consideração publica; diffundir todos os conhecimentos que a observação propria ou alheia nos possa relevar; acompanhar o progresso da sciencia nos paizes mais cultos; estudar as questões que mais particularmente interessam ao nosso paiz; e pugnar pela união, dignidade e independência da nossa profissão. (GAZETA MEDICA DA BAHIA, 1866, p. 3).

Desse modo, o editorial da Gazeta Medica da Bahia finalizava afirmando que o jornal se encontrava aberto às colaborações dos médicos, tanto da província da Bahia quanto de outros estados, que realizavam estudos práticos ou especulativos, sobretudo, estudos de natureza teórica.

Outro jornal de expressão na cena jornalística foi O Brazil-Medico, periódico semanal, publicado sempre aos sábados de cada mês, sob a direção do Dr. Antônio Augusto de Azevedo Sodré[3] (1864-1929), cuja primeira edição data de 15 de janeiro de

3 Natural de Maricá, era médico formado pela Faculdade de Medicina e Farmácia do Rio de Janeiro, onde concluiu seu curso em 1885, com tese sobre o tratamento da sífilis. Foi eleito para a Academia Nacional de Medicina, onde assumiu o posto no ano de 1898, além de

1887. Era um periódico destinado aos estudos médico, cirúrgico e farmacêutico, editado e impresso na rua do Hospício, em tipografia própria. Além de seu dirigente, faziam parte da equipe editorial os médicos Torres Homem, Martins Costa, Júlio de Moura, Oscar Bulhões, Teixeira Brandão, Benício de Abreu, José Pizarro, Hilário de Gouvêa, Cypriano de Freitas, Feijó, Lima Castro, Severiano de Magalhães, Domingos de Góes, Teixeira de Souza e Marcondes de Rezende, em sua maioria médicos formados pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Além de contar com uma ampla equipe editorial, o periódico inovava ao permitir a compra de assinaturas. Outra iniciativa inovadora com relação aos periódicos especializados em Medicina era permitir que seus leitores remetessem contribuições, a partir do envio dos textos para a sede da tipografia, com a publicação sendo feita mediante a aprovação do editor-chefe. Pelo que pudemos verificar, os conteúdos dos trabalhos que eram publicados dependiam da aprovação de seu principal responsável, o Dr. Azevedo Sodré, mesmo que compostos pelos agentes que faziam parte da equipe editorial. Em geral, os textos eram redigidos a partir de demandas, que eram feitas pelo editor-chefe.

Em seu editorial de lançamento, de autoria do editor-chefe, o texto anunciava que seria a mantido a maior regularidade possível. Cabe ressaltar que, diferente do contexto baiano, onde havia um número limitado de tipografias, na Corte Imperial, desde meado dos

presidir a mesma instituição durante os anos de 1905 e 1907. Além de dirigente do jornal O Brazil-Medico, era político, ocupando o cargo de Presidente do Distrito Federal entre os anos de 1916 e 1917. Foi eleito para a Academia Nacional de Medicina, onde assumiu o posto no ano de 1898, além de presidir a mesma instituição durante os anos de 1905 e 1907.

anos de 1840 ocorreu uma explosão no número de gráficas especializadas na confecção de livros, revistas, jornais e anúncios publicitários. Com relação ao formato do jornal O Brazil-Médico, o mesmo era dividido em cinco seções: Textos originaes: Registros clinicos; Secção de clinica therapeutica; Revista dos jornaes estrangeiros; Sociedades cientificas; e Noticiario. A primeira seção era destinada a reportar as diversas observações que eram feitas nos hospitais do Rio de Janeiro e aquelas enviadas pelos correspondentes, tanto de outras províncias quanto do exterior. A segunda seção era composta de artigos escritos por professores, nos quais anunciavam as principais novidades com relação às terapêuticas e sua aplicabilidade no serviço clínico. A terceira seção destinava-se à transcrição de reportagens publicadas nos jornais estrangeiros, sobretudo, europeus, com comentários sobre seus conteúdos. A quarta seção publicava os resumos das conferências e dos debates científicos que eram realizados nas principais academias, sociedades e agremiações médicas do Rio de Janeiro, cujos conteúdos diziam respeito aos avanços da Medicina, das práticas cirúrgicas e dos estudos farmacológicos. A quinta e última seção trazia informes que eram de interesses da comunidade médica e acadêmica. Além das cinco seções fixas, O Brazil-Medico (1887, p. 1) publicava também um Suplemento, no qual divulgava "[...] lições proveitosas e uteis feitas por alguns professores da Faculdade de Medicina da Corte".

Com relação às contribuições, o editorial informava receber colaborações, tanto dos médicos residentes na Corte quanto no interior da província do Rio de Janeiro; advertida também que as colaborações não publicadas não seriam devolvidas aos seus remetentes. O público-alvo a que se destinava O Brazil-Medico era for-

mado por médicos e farmacêuticos da província do Rio de Janeiro, logo, solicitava aos profissionais que buscassem manter ativa suas assinaturas. Cabe ressaltar que a primeira edição foi enviada de forma gratuita a todos os profissionais das referidas áreas, a fim de incitá-los a consumir e colaborar com o periódico.

Como pudemos constatar, O Brazil-Medico era um periódico mantido e destinado aos médicos e farmacêuticos, desse modo, podemos mesmo afirmar que se tratava de um empreendimento jornalismo exclusivo da comunidade acadêmica e dos profissionais que trabalhavam em uma região circunscrita da nação. Mesmo aceitando colaboração de agentes residentes no exterior, não previa em seu escopo editorial as contribuições dos profissionais que atuavam em outras províncias, a fim de manter sua atenção nos interesses da Corte.

O último periódico médico selecionado para este estudo foi o Annuario Medico Brasileiro, fundado e dirigido pelo Dr. Carlos Costa[4], no ano de 1886 e publicado pela primeira vez no ano seguinte. Constamos, a partir da localização de seus índices, a circulação do jornal entre os anos de 1886 e 1897. Era impresso pela tipografia Lombaerts & Comp., situada na Corte Imperial. Entre seus colaboradores constava os médicos Antonio Maria Teixeira, Carlos Ferreira de Souza Fernandes, Erico Colho, Henrique Guedes

4 O médico Carlos Costa era bibliotecário da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, além de ser professor de Higiene do Liceu de Artes e Ofício. Foi membro honorário do Instituto Farmacêutico do Rio de Janeiro e da Associação Tipográfica Fluminense, do Retiro Literário Português e da Société de Bienfaisance Française, benemérito da Sociedade Propagadora da Instrução dos Operários da Lagoa. Era correspondente da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, do Circulo Médico Argentino e Redator-chefe do jornal Mãe de Família. Recebeu a Medalha de Cavalheiro da Imperial Ordem da Rosa e da Real Militar de Cristo de Portugal.

de Mello, Ignacio Marcondes, João da Costa Lima e Castro, João Pires Farinha, José Eduardo Teixeira de Souza, José Maria Teixeira, José Xavier Pereira da Cunha e Julio Rodrigues de Moura, todos formados pela Faculdade de Medicina e Farmácia do Rio de Janeiro.

Cabe ressaltar que o Annuario Medico Brasileiro, mesmo trazendo em seu escopo editorial a pretensão de ser um instrumento do movimento científico brasileiro, privilegiava entre suas publicações os estudos clínicos e as teses médicas que eram produzidas na Corte, não apenas pela Faculdade de Medicina e Farmácia do Rio de Janeiro, bem como pelas diversas agremiações científicas existentes na capital do Império. Por ter sido idealizado pelo médico Carlos Costa que, na época, era além de professor de Higiene do Licêo de Artes e Officios e bibliotecário da Faculdade de Medicina, o jornal assumiu ao longo dos seus anos de existência o caráter de um compêndio de diversos trabalhos originais apresentados nas faculdades, congressos e sociedades científicas, escritos na forma de crônicas literárias.

O público-alvo a que se destinava o Annuario Medico Brasileiro eram médicos que atuavam no Brasil, a fim de popularizar o conhecimento científico acerca da prática médica. Além disso, buscava lançar-se enquanto um importante instrumento de modernização da carreira profissional, ao socializar os estudos que eram feitos no campo da saúde, especialmente sobre as práticas terapêuticas, cuja aplicabilidade promoveria o progresso das ciências biomédicas e a erradicação dos males sociais que entravavam a modernização material, e o melhoramento físico e espiritual da população brasileira.

Com base nas informações coletadas acerca dos periódicos médicos selecionados para nosso estudo, percebemos a confluência dos interesses de seus idealizadores e colaboradores em promover a popularização do conhecimento científico, especialmente entre a própria comunidade acadêmica e letrada. Com relação ao público-alvo, durante a segunda metade do século XIX, havia diversos profissionais formados, tanto no Brasil quanto no exterior, uma vez que a formação acadêmica despertava o fascínio e se tornava um dos requisitos básicos para o ingresso na carreira pública e na política, o que sinalizava para a formação de uma comunidade profissional, especialmente com a chegada de um enorme contingente de imigrantes, um aumento no número da população escolarizada, ávida por consumir os diversos produtos culturais, dentre eles os jornais e revistas especializadas. Naquele mesmo período, crescia também o número de academias, agremiações, e sociedades científicas e intelectuais, cuja imprensa era uma das suas plataformas de divulgação dos saberes que eram produzidos, muitos dos quais construídos a partir de intensas controvérsias. Desse modo, podemos mesmo afirmar que, além da expansão das atividades científicas, durante a segunda metade do século XIX, especialmente a partir de 1870, crescia também o número de periódicos destinados a expandir a comunidade de leitores, mesmo aqueles não escolarizados ou que detinham um conhecimento rudimentar sobre as letras, o que ficou conhecido como leitores de "*bouche à oreille*", ou seja, sujeitos que compravam os periódicos e revistas, mas por não saberem ler, dependiam da leitura de um amigo, vizinho ou conhecimento, o que sinalizava para a importância assumida pelo periodismo durante o Oitocentos.

Além das instituições científicas, diversas outras de natureza religiosa, política e literária buscaram, a partir do jornalismo, expandir suas atividades e popularizar suas ideias, com a adoção de uma linguagem de fácil acesso ao público. Nas seções seguintes, discutiremos o papel na imprensa religiosa no debate público sobre o a modernização nacional, sobretudo, a partir do combate aos chamados males sociais, cujo alcoolismo figura entre um dos principais pontos de interesse.

Cientistas, intelectuais, militares e políticos na (re)construção da nação brasileira

Ao longo do século XIX, os intelectuais, especialmente, os juristas e médicos, tiveram uma participação ativa na vida política do Império do Brasil. Desse modo, Maria Alice Rezende de Carvalho (2007, p. 18), afirmou que, durante o regime monárquico, mesmo com a expansão dos cursos regulares de Direito, Medicina e Engenharia, as instituições de ensino superior não conformavam os espaços para a produção apenas intelectual, sendo, bem mais, os centros de socialização dos jovens oriundos das classes mais ricas do país e as antessalas para a vida política, pois, "[...] eram instâncias do jogo político, mais do que agências de produção intelectual e inovação técnico-científica".

Além dos cientistas, os eclesiásticos tiveram espaços reservados na administração pública, pois, como vimos, com a instituição do regime do Padroado, durante o regime monárquico não havia uma separação entre os interesses políticos e religiosos. Neste sentido, os eclesiásticos assumiam cargos público, tinham espaços reservados

nas Assembleias provinciais e Câmaras municipais, compunham os conselhos consultivos dos ministros, governadores e deputados e, na vacância de determinados postos políticos assumiam interinamente a condução dos assuntos políticos, até o momento em que novos agentes fossem eleitos ou delegados.

Os agentes religiosos desempenhavam igualmente o papel de pacificadores da população, ao tornarem públicos os decretos e as leis imperiais, sendo as igrejas os espaços onde eram fixadas as deliberações políticas; eram nas igrejas, também, que ocorriam os pleitos para a eleição de novos membros da administração pública, cabendo aos eclesiásticos conduzir os processos eleitores e manter a ordem, pois, em muitas regiões, as votações eram espaços para os confrontos entre partidários e grupos mercenários que buscavam impedir o acesso dos opositores de seus candidatos. De acordo com Gondra (2008, p. 58):

> A pacificação do Império demandou também uma articulação generosa e continuada com a Igreja Católica, que implicou pagamento dos ordenados de religiosos, sua contratação, construção de templos, imposição do ensino religioso nas escolas, dentre outras medidas. Neste sentido, a Igreja se organizou por dentro do aparelho do Estado, marcando uma relação de cumplicidade que, deste então, vem sendo mantida. Não é gratuito, apenas a título de curiosidade, que a Constituição de 1824 tenha sido feita "em nome da Santíssima Trindade" e a última Constituição de 1988 tenha sido promulgada "sob a proteção de Deus".

Ao logo do Oitocentos, especialmente durante o regime monárquico, não apenas os cientistas e artistas eram considerados a parcela letrada da população, como também eram considerados os agentes religiosos, pois, para assumir determinados postos e ascender socialmente dentro da hierarquia da Igreja Católica, eram necessários anos de estudos sobre as escrituras e sobre assuntos variados que incluiu correntes filosóficas, leis, história geral, ciências e belas artes. Vale ressaltar que, tanto os agentes religiosos quanto os intelectuais que participavam da vida pública e que ocupavam os mais prestigiados cargos, eram provenientes das famílias mais ricas, sobretudo da classe senhorial e da elite comercial. Além dos filhos das elites, era costume, durante o século XIX, o apadrinhamento de jovens pobres por parte dos grandes proprietários de terras, donos de escravos ou comerciantes, sobretudo quando se tratava dos filhos tidos fora do casamento. Esse costume permitia aos menos abastados realizarem seus estudos no Brasil ou no exterior, ou mesmo ingressar nos quadros da Igreja Católica, sendo garantidos aos tutelados os mais altos postos, tanto na administração quanto na hierarquia eclesiástica, que eram delegados pelo Imperador, a partir da prática de troca de favores existentes com os seus mantenedores.

Conforme afirmou Silva (2019, p. 17), com o fim da Guerra do Paraguai (1870), "a representação do rei guerreiro cedeu espaço ao 'monarca cidadão': D. Pedro II perdia o caráter grandioso e se misturava aos súditos. O Rei deixava de ser um aclamado de Deus, e passaram a vê-lo como uma caracterização de mais um civil mortal". Contudo, para diversos segmentos da sociedade, especialmente a partir de uma aproximação com as nações vizinhas em decorrência da guerra, os agentes do Estado monárquico e que integravam a elite

agrária buscaram preservar a representação do Brasil enquanto um gigante, que agora era governado por um rei fraco, débil, doente e caduco. Ou seja, mantem-se a representação social do Brasil como sendo um gigante em meio às "republiquetas" vizinhas, porém, a partir daquele momento, seu governante torna-se inadequado ao posto que ocupava. Neste processo de contestação do Imperador e do regime político, os militares e senhores de terras uniram forças em prol da implantação da República, sem, contudo, contar com o apoio dos intelectuais, especialmente dos agentes religiosos da Igreja Católica que temiam a perda do prestígio social e de amplos setores da comunidade de cientistas, que faziam parte dos quadros das instituições de ensino e da administração pública.

> Fruto da engrenagem político-cultural do Império, a inteligência brasileira ver-se-á, então, imersa em uma nova forma de articulação entre Estado e sociedade: se o Império havia conferido destaque aos temas da política, da institucionalização dos mecanismos de poder e da ordenação do mundo público, a república voltar-se-á para a sociedade, para as relações mediadas pelo mercado e para os padrões de diferenciação social que operam na estruturação da ordem moderna. (CARVALHO, 2007, p. 20).

Com o advento da República (1889) despontavam no imaginário social novas representações sociais sobre a nação, sobre o regime político e sobre seus governantes. O Brasil passou a ser representado como uma locomotiva, cuja objetivação seria um trem de forças, que arrastava toneladas de riquezas de seu interior para o litoral, para que fossem escoadas para o mundo, mesmo que o principal

produto da exportação continuasse sendo o café que, desde os anos de 1840, havia se tornado o principal gênero da produção agrícola. Seus representantes, dado o caráter militarista[5] de seus primeiros governantes, passaram a ser vistos como combatentes, responsáveis por impulsionar o progresso material da nação, acabar com o atraso nacional e erradicar os males e moléstias que assolavam a população. O regime político, que antes tinha na figura do Imperador a representação social ancorada na imagem do pai, cedia lugar para a figura da mãe de todos, responsável por educar e cuidar. Os filhos em questão referiam-se às antigas províncias que, anteriormente, mesmo unidas em torno do centralismo político do Império, gozavam de certa autonomia com relação aos seus interesses, tornando-se Estados federativos no novo regime político. As representações sociais sobre os filhos também incluíam as populações dos diversos estados da federação, que deveriam cumprir com o papel de zelar pela nova ordem imposta, uma vez que, diferente de outros contextos sociais, não tiveram participação ativa na implantação do República. Logo, os filhos – cuja parcela pequena tinha cidadania, e uma parcela ainda menor poderia ascender à cargos públicos, sendo que a esmagadora maioria da população estava excluída da participação política e não atendia aos requisitos necessários para servir à administração pública – deveriam civilizar-se e trabalhar em comum acordo na promoção do progresso material da nação.

5 O período também conhecido como "República da Espada" refere-se aos dois primeiros governos brasileiros após a Proclamação da República (1889-1894), cujos representantes, Marechal Manuel Deodoro da Fonseca e Marechal Floriano Vieira Peixoto administraram o país a partir da imposição de uma ditadura militar, apoiada pelos cafeicultores, até cederem espaço ao primeiro presidente civil, Prudente de Moraes.

Considerações finais

Investigar a história da luta antialcoólica brasileira a partir das teorias da memória coletiva e das representações sociais, tomando como base a imprensa, especialmente as contribuições dos agentes médicos e religiosos, nos permitem compreender algumas nuances de nosso passado que até então se encontravam indecifráveis. A partir desta investigação pretendemos examinar como as ideias dos médicos e agentes religiosos contribuíram para a construção de uma opinião pública de que o alcoolismo era uma das "patologias" que carecia de atenção por parte do poder público, desdobrando-se nas primeiras campanhas sanitaristas de erradicação das endemias rurais da década de 1910.

Todavia, os usos das substâncias alcoólicas faziam parte de diversas práticas culturais, que estavam assentadas na memória coletiva de grupos específicos, a exemplo dos agentes religiosos que a utilizavam como forma de representar o sangue de Cristo, estando presente nas liturgias que remetiam o sacrifício do mártir. Portanto, observamos a diversidade de significados que as substâncias alcoólicas assumiam no imaginário popular, desde que controladas e administradas com moderação.

No que se referem às representações sociais sobre os projetos de nação em circulação no Brasil durante o século XIX, encontramos a existência de diversos significados atribuídos a um mesmo fenômeno, cujas lógicas podemos compreender a partir do reconhecimento de que cada grupo interpreta e significa segundo seus "espaços de experiências" e "horizontes de expectativas". Neste sentido,

o alcoolismo foi visto como símbolos do arcaísmo, do atraso social e da degeneração racial – com enfoque na propagação da "loucura" e da "criminalidade".

Com base nessas considerações observamos a convergência de interesse dos médicos em combater o alcoolismo, segundo os preceitos da literatura internacional, especialmente francesa, inglesa e norte-americana, onde os estudos sobre os impactos do alcoolismo conduziram à construção de medidas de controle social sobre os alcoolistas, alegando serem eles empecilhos para a modernização das nações capitalistas, nas quais o trabalho e o desenvolvimento técnico-científico eram os motores para o progresso. Sublinhamos que a modernização nacional era objeto de interesses de diversos setores da sociedade brasileira, aos médicos especificamente por defenderem a tese de serem eles os principais agentes capazes de promover a saúde entre a população, um dos pressupostos norteadores da Medicina Social do século XIX.

REFERÊNCIAS

ALBA, Martha de. "Representações sociais e memória coletiva: uma releitura". In.: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeide Araújo (orgs.). Teoria das Representações Sociais: 50 anos. Brasília: Technopolitik, 2014, p. 520-573.

CARVALHO, João Gilberto da Silva; ARRUDA, Angela. Teoria das representações sociais e história: um diálogo necessário. Paidéia, Ribeirão Preto, v. 18, n. 41, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/paideia/a/ZBKG85KCxmFxwqYgjV4SfMH/abstract/?lang=pt. Acesso em: 14 set. 2022.

CARVALHO, Alice Resende de. Temas sobre a organização dos intelectuais no Brasil. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 26, n. 75, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/BpNSFvYH9DjRF74Y8NZh8td/?lang=pt. Acesso em: 15 set. 2022.

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.

GOMES, Eustáquio. País tem história universitária tardia. Jornal da UNICAMP, n. 191, Ano XVII, 23-29 de set. de 2002. Disponível em: https://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/setembro2002/unihoje_ju191pag7a.html. Acesso em: 15 set. 2022.

GOMES, Marcos Alexandre de Souza. O papel da mídia da difusão das representações sociais. Radiotube, 21/02/2013. Disponível em: https://www.radiotube.org.br/texto-1607tBsYa7rXg. Acesso: 14 set. de 2022.

GONÇALVES, Monique da Silveira. "A imprensa médica na Corte Imperial: a loucura e as doenças nervosas nas páginas dos periódicos especializados (1850-1880)". Varia História, v. 29, n. 49, 2013.

GONDRA, José Gonçalves. Educação, poder e sociedade no Império brasileiro. São Paulo: Cortez, 2008.

MARTIN, Adriana Monica; RIGHI, Roberto. Memórias da Faculdade de Medicina da Bahia para o patrimônio das Ciências Médicas no Brasil. Cadernos de História da Ciências, v. 12, n. 1, p. 74-108, 2016. Disponível em: https://periodicos.saude.sp.gov.br/cadernos/article/view/33871. Acesso em: 09 ago. 2022.

MOSCOVICI, Serge. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, [2000] 2015.

SANTOS, Adaílton Ferreira dos. Faculdade de Medicina Bahia: percursos e reforma do ensino no século XIX. Anais do VIII Seminário Nacional de Estudos e Pesquisas em História, Sociedade e Educação, São Paulo, UNICAMP, 2009. Disponível em: https://histedbrantigo.fe.unicamp.br/acer_histedbr/seminario/seminario8/_files/YOZZeNJy.pdf. Acesso em: 14 set. 2022.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. Alguns aspectos da história da medicina brasileira. MACHADO, Maria Helena. (org.). Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1995, p. 91-96.

SILVA, Victor Henrique Diana da. Um rei para o povo: a popularidade de D. Pedro II através da imprensa. 2019. Orientadora: Daniela Magalhães da Silva. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Bacharelado em História) – Instituto de História. Uberlândia: UFU, 2019.

TERRA, Lívia Maria. As ideias e o Brasil: apontamentos sobre os usos da Medicina Social à brasileira. Cadernos de Campo: Revista de Ciências Sociais, Araraquara, v. 5, p. 27-40, 2014.

VARELA, André; XAVIER, Andréa Lemos. Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930), Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/escancimerj.htm. Acesso em: 14 set. 2022.

.

A "Recuperação" dos Sertões Goianos na Revista *Arquivos de Saúde Pública* (1951-1954)

José Antônio Alves Mendes
Graduando em História pela Universidade Federal de Jataí (UFJ)
Éder Mendes de Paula
Prof. Dr. do curso de História da Universidade Federal de Jataí (UFJ)

Resumo

Esse capítulo apresenta um estudo que investiga a produção *Arquivos de Saúde Pública*, publicação da Secretaria de Saúde de Goiás sobre saúde e doença durante os anos de 1951 a 1954. Tem como objetivo compreender as práticas médicas e as interpretações de sociedade, dentro de uma dicotomia entre sertão e litoral, através da análise da narrativa construída pela classe médica regional. A interpretação da classe médica da época classificava o estado, principalmente a região norte, enquanto sertão atrasado, doente e improdutivo. Nesse desejo de sanar os sertões de Goiás, afim de alcançar o progresso desenvolvimentista, criou-se o Serviço Itinerante

de Saúde, programa do Governo de Pedro Ludovico, sob direção do Secretário da Saúde, Peixoto da Silveira, com o objetivo de tratar as endemias rurais e levar educação sanitárias as áreas mais interioranas do estado. Dentro de tal viés, analisei umas das primeiras publicações em relação à saúde do Estado de Goiás, a revista *Arquivos de Saúde Pública*, periódico que tinha como diretor e editor o próprio secretário de saúde. Cataloguei os números disponíveis do periódico, o que foi indispensável para a produção deste capítulo, concomitantemente com os aportes da História Cultural e da perspectiva de representações. Os médicos, para além dos discursos sistemáticos sobre as doenças, viam-se nos papéis protagonistas de incorporar Goiás ao resto do País, tornando-o "moderno, civilizado e normatizado socialmente". A classe médica vivia o anseio de recuperar o sertanejo, para fazê-lo viável economicamente dentro dos modelos capitalistas da época.

INTRODUÇÃO

Os estudos em História das Doenças e da Saúde constituem um campo ainda pouco explorado em Goiás, mas com um vasto número de possibilidades de problematizações. As pesquisas se ocuparam e se ocupam das subjetividades que constituem as relações entre os indivíduos e as narrativas sobre saúde e doença, possibilitando compreender não apenas as representações em torno desta dicotomia, mas também os mecanismos de poder que permeiam os sentidos atribuídos aos conceitos culturalmente cambiantes de saúde e doença.

Um conjunto de autores observaram na saúde um elemento importante de construção nacional, como Nísia Trindade Lima e Gilberto Hochman, em suas obras principais, *Um Sertão Chamado Brasil* e *A Era do Saneamento*, respectivamente. Tais autores estabeleceram eixos e conexões em como as políticas de saúde foram elementos de fortalecimento do poder público no interior do país, e no processo de construção da Nação. Pelo enfretamento das endemias que se estendiam pelo interior do País, os autores estabeleceram e aprofundaram conexões entre centro e periferia e em como os problemas sociais perpassaram esse debate. Além de seus livros principais, Nísia Trindade e Gilberto Hochman possuem diversas outas publicações na área.

O referencial bibliográfico utilizado para dar embasamento teórico a essa investigação, além das importantes publicações citadas acima, são trabalhos que permeiam a história da saúde no Brasil relacionando-a às categorias de sertão, civilização, modernidade e doença. Trago alguns autores cujo tema sertão é bastante caro e deu direção às suas pesquisas: Tamara Rangel Vieira, Micael Herschmann & Carlos Pereira, Janaína Amado, Antônio Carlos Moraes e Éder Mendes de Paula. Esses autores nos ajudam a compreender o processo histórico da institucionalização da saúde em Goiás e também o processo histórico político e econômico da região na década de 1950.

A revista *Arquivos de Saúde Pública* foi um periódico editado pela Secretaria de Saúde do Estado que reunia publicações sobre saúde e doença em Goiás durante a década de 50 e sua primeira publicação foi de setembro de 1951. Encontra-se uma compilação

de textos de 1951 até 1954 disponível em ordem não cronológica arquivada na biblioteca da referida instituição. A fonte possui sete números, nem todos completos, e provavelmente houveram mais números publicados que não foram até então encontrados, para esta pesquisa. Também há recortes de textos no interior em que não se pode descobrir a qual volume pertence. Encontrando-se em mal estado considerável, o material é mantido em uma prateleira da biblioteca sem condições de preservação. Dessa fonte arquivada na Secretaria realizou-se uma nova compilação, a qual é utilizada para os estudos em questão.

A revista tinha como diretor e editor o próprio secretário de saúde, o médico José Peixoto da Silveira. Os mais variados assuntos podem ser observados nos diversos números. Como por exemplo, o primeiro volume da revista, possui onze artigos ao todo, em temáticas que vão desde a radioatividade das águas de Caldas Novas – Goiás, passando por doença de Chagas, e artigos como "Higiene Pré-natal". Os textos eram escritos por diferentes médicos e a publicação circulava entre eles, e tentava construir relações com revistas de outros estados, na intenção de realizar uma divulgação da produção dos profissionais de Goiás. Para a realização desse estudo, todos os textos da revista foram analisados e catalogados em Tabela do programa Microsoft Office Word. A catalogação deu-se em colunas, nas quais identificamos volume, autor, título, gêneros e foi feita a análise dos discursos com pequeno resumo.

A revista *Arquivos de Saúde Pública* constitui-se um periódico especializado e ao se analisar textos jornalísticos, segundo Letícia Sabina Krilowv (2019), devemos observar as seguintes questões:

considerar o contexto histórico em que os impressos estão inseridos; identificar a linha editorial do jornal, observar a periodicidade de publicação, identificar o(s) proprietário(s) da revista, fazer um mapeamento dos seus principais escritores; estabelecer quais os vínculos ou compromissos externos, especialmente com grupos políticos e econômicos; mapear as principais fontes de receita dos periódicos; identificar o público preferencial do jornal; assenhorar-se da forma de estruturação e divisão do conteúdo; observar os elementos que confluem para o estabelecimento do lugar de fala, da legitimidade desses periódicos e a situação de fala, para que se possa identificar, no período a ser investigado, a relação existente entre os diversos "campos do saber". Todas essas questões são relevantes, pois levam a questionar a validade da separação entre verdadeiro e falso. Neste sentido, a autora argumenta que é mais válido compreender o texto jornalístico como um discurso sobre o social, e a partir dessa perspectiva pode-se identificar elementos e conceitos, quais ideias são mobilizadas, que visões de mundo podem ser identificadas e o que esse discurso pode dizer sobre a sociedade em que ele foi produzido.

Como estamos diante de textos jornalísticos com visões de mundo específicas de uma classe médica, lanço mão da História Cultural para poder conseguir construir interpretações das sensibilidades passadas, presentes nos textos, uma vez que a perspectiva médica de olhar para os sertões brasileiros transformou-se em questão cultural, servindo de base para elaborar uma interpretação da sociedade (LIMA, 1998). Autores como Sandra Jathay Pesavento, em *História e... Reflexões: História & História Cultural*, Roger Chartier em *A História Cultural: entre práticas e representações* e Peter Burke em *O que é História Cultural?* podem nos ajudar a construir essas

representações. Além de autores como Stuart Hall, Kathryn Woodward e Tomaz Tadeu da Silva, que se debruçam sobre o universo da identidade.

A REVISTA E O SERTÃO

Os periódicos médicos foram uma das primeiras instituições científicas no Brasil e relacionavam-se ao pragmatismo científico, auxiliando o processo da institucionalização da ciência no país no final do século XVIII. O surgimento desse tipo de periódico foi a afirmação da uma atitude de valorização científica por parte das elites, frente a grande gama dos que praticavam a medicina, como, curandeiros, feiticeiros, padres, barbeiros cirurgiões e por raros médicos com formação universitária, demonstrando que as fronteiras culturais entre a medicina científica e a medicina popular não estavam ainda plenamente estabelecidas. Essa atitude de valorização pragmática da ciência viabilizou a criação de vários periódicos médicos, durante os séculos XIX e XX. Os periódicos brasileiros teriam seguido a tradição europeia que, até o final do século XVIII, não os havia singularizado como um instrumento de divulgação de trabalhos originais. As primeiras revistas médicas brasileiras difundiam o conhecimento europeu apresentando traduções de capítulos de livros, assim como apontamentos de enciclopédias médicas que haviam sido publicadas em jornais e revistas estrangeiras (FERREIRA, 1999).

O primeiro periódico médico no Brasil foi editado em São Luiz do Maranhão, e seu primeiro volume foi publicado em 1822,

cinco meses após a chegada da primeira tipografia no estado. Chamava-se *Folha Medicinal do Maranhão* e era produzida pelo médico português Manoel Rodrigues Oliveira. O objetivo da revista, segundo o próprio médico, era descrever as principais doenças que acometiam a província e seus processos terapêuticos. Porém não obteve êxito, e foi duramente criticado pelos jornais da época por sua falta de conteúdo médico. Por não haver cumprido sua finalidade, Lycurgo Santos Filho e outros historiadores da medicina brasileira não consideram a *Folha Medicinal do Maranhão* como o primeiro periódico médico brasileiro e sim o jornal fundado no Rio de Janeiro por José Francisco Xavier Sigaud, em 1827, *O Propagador das Sciencias Medicas ou Anaes de Medicina, Cirurgia e Pharmacia* (REZENDE, 2009).

Márcia Silva em *História da Saúde: acervos de periódicos científicos nas bibliotecas especializadas* (2019), realiza uma pequena revisão acerca da ciência dos periódicos, da qual destaco dois autores importantes do campo da Filosofia da Ciência para ajudar-nos a compreender os periódicos: Steven Shápin e Thomas Kuhn. Para Steven Shápin, os periódicos são o modo pelo qual se atesta o trabalho do cientista enquanto aquele que produz conhecimento científico. O leitor de periódicos torna-se com isso testemunha e garantidor daquele ato coletivo, praticado pelos que produzem tal conhecimento. A publicação dos resultados da produção científica ou experimento científico seria uma forma de facilitar a reprodução dos mesmos, e sendo reportados de tal forma, poderiam capacitar o leitor a realizá-los, assegurando um testemunho ao mesmo tempo distante e direto. O texto científico torna-se uma narração sobre a empiricidade científica e ao mesmo tempo a produção de uma imagem, a representação de uma cena experimental.

O que dá credibilidade e confiança naquilo que é produzido pela ciência e pelo especialista.

Já Thomas Kuhn baseia-se no conceito de paradigma. Para ele, paradigmas são estruturas mentais compostas por teorias, experiências, métodos e instrumentos, que tem por finalidade organizar a realidade, e tal estrutura é assumida e partilhada pelo conjunto de membros da comunidade científica. Dos paradigmas emerge-se uma unidade social. Thomas Kuhn descreve que as proposições veiculadas nos periódicos especializados são tentativas de aprofundar determinados paradigmas, a fim de aumentar a precisão de determinado assunto, ou a busca por novas aplicações para paradigmas já conhecidos. Dos autores que tentam descrever periódicos especializados, não pode negar que eles se constituem riquíssimas fontes históricas, capazes de trazer representações da sociedade e da própria ciência, podendo ser apreendidos e analisados em vários aspectos.

> Há aqui uma convergência de caráter fundamental: para todos os autores os periódicos e manuais de ciências são fontes inesgotáveis para a história. Seja enquanto faceta da dinâmica literária, possível de ser apreendida no acompanhamento dá imprensa especializada, quanto nos debates travados dentro dos coletivos de pensamento, (...), o que quer dizer tanto os periódicos participam como modo de acompanhar á projeção o de ideias é controvérsias científicas, quanto como partícipe dos processos de configuração da facticidade do conhecimento (SILVA, 2019).

Os periódicos especializados fazem parte da impressa escrita. A imprensa escrita enquanto fonte historiográfica até a década de 1970 causava bastante temor entre os historiadores. Até a primei-

ra metade do século XX, haviam duas vertentes antagônicas e desprovidas de análise crítica documental: o desprezo por considerá-la suspeita e o enaltecimento por considerá-la detentora da verdade absoluta. Ambas não levavam em consideração a pluralidade e diversidade de tais fontes (LAPUENTE, 2016). Tais concepções foram sendo superadas com a vinda da Escola dos Annales e através das novas concepções sobre fontes documentais, e a sua revolução, bem como a introdução da história-problema, interdisciplinaridade e o conceito de História Total. E segundo Rafael Lapuente, "na terceira geração dos Annales, com o fortalecimento da História Cultural pós-movimentos de maio de 1968, que o quadro da historiografia brasileira passa por alterações em sua relação com o jornal como documento- fonte. (LAPUENTE, 2016, p. 14-15)". História Cultural tornou-se um campo possível para que se possa analisar criticamente as fontes jornalísticas e o caminho baseia-se em construir interpretações das sensibilidades passadas, presentes nos sentidos dos textos jornalísticos. A imprensa escrita, hoje, constitui-se uma fonte vastamente utilizada, transformando-se em binóculos de análises sociais.

A *Arquivos de Saúde Pública* foi uma revista produzida para se tornar um espaço de divulgação das produções científicas do estado de Goiás. Como já dito na introdução, circulou entre os anos de 1951 a 1954 e constitui-se como a primeira publicação do gênero, sendo bastante elogiada pelos jornais da época. Seu diretor era o então secretário da saúde, o médico José Peixoto da Silveira, formado em medicina em 1938 pela Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais, e assumiu o cargo durante o segundo mandato do governador Pedro Ludovico Teixeira.

A fonte em sua estrutura possui, como já dito anteriormente, sete números. Cada número possui uma capa, contendo o número do volume, data de publicação, nome – *Arquivos de Saúde Pública* e subtítulo – Publicação da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, Goiânia, Brasil. A contracapa repete as informações da capa e apresenta o Sumário do respectivo volume contendo o título dos artigos publicados e seus respectivos autores. Há também em seguida na próxima página os nomes dos médicos que compunham a Secretaria de Saúde do Estado naquela época. Também instruções para publicações no periódico, como limite de páginas datilografadas e "que os conceitos apresentados são de exclusiva responsabilidade do autor". Não se possui outros dados quanto ao seu processo de produção e distribuição. Os números não possuem ficha catalográfica. A fonte apresenta os números 1, 2, 3, 4, 6, 8 e 9, nem todos completos e nem todos em ordem de publicação. Há também um compilado de textos em que não se pode identificar a qual número pertence.

Para realizar a catalogação, todos os textos foram lidos e as informações inseridas em Tabela, dividida em Dados (volume da revista e ano publicado), autor e resumo, como já dito na introdução, resultando em uma tabela de tamanho considerável. Na tabela abaixo podemos identificar os nomes dos autores que possuem publicação na revista:

Nome do Autor	Estado de atuação	N°.de artigos/ textos autorais
José Peixoto da Silveira	**GO**	**19**
Tasso de Camargo	**GO**	**7**
J. B. Cesarino Netto	**GO**	**2**

Rainer de Paula	**GO**	**2**
Luiz Rassi	**GO**	**2**
Wilson Mendonça	**GO**	**2**
Alvino de Paula	**MG**	**2**
Paulo de Moraes Bittencourt	**GO**	**2**
Maria de Lourdes Melo	**MG**	**2**
Clovis Figueiredo	**GO**	**1**
Paulo Rosa	**GO**	**1**
Pedro Ludovico Teixeira	**GO**	**1**
Euclides de Freitas	**MG**	**1**
Ernani Agrícola	**RJ**	**1**
Orestes Diniz	**MG**	**1**
J. L. Pedreira de Freitas	**SP**	**1**
Diógenes Cupertino de Barros	**Indefinido**	**1**
Venerando de Freitas Borges	**GO**	**1**
Eduardo Barroso do Amaral	**SP**	**1**
Armando Ribeiro dos Santos	**MG**	**1**
Romes Cecilio	**MG**	**1**
E. Velloso Vianna	**MG**	**1**
Júlio Inymauski	**PR**	**1**
José Fleury	**GO**	**1**
Alfredo Lima Júnior	**MG**	**1**
Oromar Moreira	**MG**	**1**
Alfredo Paes	**GO**	**1**
Niltro Porcáro	**GO**	**1**
Juracy Gripp Cotta	**GO**	**1**
João Vaz Pinto	**GO**	**1**
Marcelo Silva Júnior	**RJ**	**1**
Nelson de Souza Campos	**SP**	**1**

Dimitry Novgorodcvev	**GO**	**1**
Rubem David Azulay	**RJ**	**1**
Aureliano de Moura	**PR**	**1**
Guy Mourão	**PR**	**1**
Jorge G. Dourado	**GO**	**1**
Longino Teixeira	**MG**	**1**
Wilson G. Smillie	**Exterior**	**1**
Otavio Sepúlvera	**GO**	**1**
Adauto Botelho	**RJ**	**1**
Emmanuel Dias	**MG**	**1**
José Pellegrino	**MG**	**1**
Olímpio da Silva Pinto	**MG**	**1**
P. Chaussinand	**Exterior**	**1**
Mario Pinotti	**RJ**	**1**
Xiltro Porcário	**GO**	**1**
Juracy Cripp Cotta	**GO**	**1**
João Vaz Pinto	**GO**	**1**

Fonte: autoria própria

Na fonte em questão pudemos identificar 49 autores. Destes, 22 atuavam em Goiás, 13 em Minas Gerais, 5 no Rio de Janeiro, 3 em São Paulo, 2 no exterior e 1 não se pode identificar a localidade. Como se pode notar, os médicos de Goiás estão em maior número na *Arquivos de Saúde Pública*, seguidos dos médicos de Minas Gerais e em seguida, Rio de Janeiro. Os artigos de autoria de médicos do exterior, são traduções de compêndios de medicina importantes para a época. Indubitavelmente, o médico com o maior número de textos publicados é Peixoto da Silveira. Ele publicou, na revista, artigos médicos, relatórios da secretaria, além de ofícios e despachos. Além dos seus inúmeros textos, na revista também foram publicados vários recortes de jornais da época em que se falava da sua atuação

enquanto secretário ou entrevistas que ele concedia a esses veículos. Os principais jornais presentes no periódico são *O Popular*, *O Social*, *O Araguari*, *Folha de Goiaz*, *O Anápolis*, *O Anhanguera* e *O Globo*.

Em relação aos temas dos artigos presente na revista pode-se considerar a tabela abaixo, primariamente produzida por Éder Mendes de Paula a partir das catalogações realizadas durante o projeto de pesquisa e publicada no artigo *Divulgação Científica e Institucionalização da Medicina: A Revista Arquivos de Saúde Pública em Goiás (1951-1954)* e que posteriormente sofreu algumas adaptações com o seguimento do trabalho. A coluna identificada com X é em relação ao compilado cuja identificação não foi possível.

Arquivos de Saúde Pública (1951-1954)		
Número	**Tema**	**Composição**
01	**Chagas, Malária, Tuberculose, vacina BCG, Febre Tifoide, águas termais, manual de higiene nas escolas, Serviço Itinerante de Saúde.**	**08 textos, 01 publicação da lei que criou o Serviço Itinerante de Saúde, Ofícios da Secretaria, 01 entrevista concedida pelo secretário de saúde a um jornal local onde fala de sua administração e da importância dos postos de higiene e 01 divulgação do Congresso Médico que Goiânia irá sediar.**

02	**Congresso Médico em Goiânia, Lepra, seleção visual a cargo das professoras.**	**inteiramente dedicado ao III Congresso Médico do Brasil Central e V do Triangulo Mineiro, contendo os discursos de abertura e encerramento e ainda 07 textos**
03	**Hidrologia em Goiás, discurso de Venerando Freitas comparando Pedro Ludovico a um bandeirante e Goiânia como uma nova Meca, notícia do Congresso Médico sediado em Goiânia em SP, Chagas e Serviço Itinerante de Saúde (O Sertanejo), Ciência e Técnica, a Precária situação assistencial como justificativa para o Serviço Itinerante (Lei de criação), Bócio Endêmico, Lepra, Hipertensão, Hepatite, Bases para a Faculdade de Medicina.**	**13 textos, 05 menções ao Congresso Médico, 01 reportagem sobre a administração do secretário estadual de saúde José Peixoto da Silveira, 07 textos de trabalhos apresentados no Congresso Médico, 01 reportagem sobre as bases da futura faculdade de medicina, 01 reportagem sobre o governador do estado de Goiás, Pedro Ludovico Teixeira e Ofícios da secretaria de saúde**

04	**Tuberculose, Relatório Dispensário de Tuberculose, Fundação do Sanatório de Tuberculosos, BCG, Relatório das atividades da Secretaria de Saúde (hospitais e surto de sífilis), Reestruturação da Secretaria que passa a se chamar Secretaria de Saúde e Assistência, Diabetes, Hemorragias Obstétricas, Alcoolismo.**	**Quase todo número dedicado à Tuberculose. 01 Relatório das Atividades do Dispensário de Tuberculose do Centro de Saúde de Goiânia, 08 textos, sendo 01 apresentado no Congresso Médico, Atividades da Secretaria, Portarias e Ofícios**
06	**X Congresso de Higiene que acontece em Belo Horizonte (sertanistas), Apresentação no Congresso sobre o Serviço Itinerante de Saúde (o homem produtivo), Diferença entre o Norte e o Sul a partir do da Lei de Organização do SIS (homem sertanejo e produção), Posto de Higiene em Jataí e Inauguração da Maternidade. (Falta parte do Número)**	**Notas sobre o Congresso de Higiene, 01 Funcionamento do Serviço Itinerante apresentado no referido evento, Projeto de Lei do Serviço Itinerante de Saúde, 01 ofício sobre o Recomendações do Funcionamento do Serviço Itinerante. Notícia sobre a inauguração do Hospital Maternidade e do Posto de Higiene da cidade de Jaraguá, 01 texto (falta o restante do número)**

08	**Relação entre Lepra e Tuberculose, Enterite Regional Crônica Ulcerativa, Estenosante, Granuloma Eosinófilo do Fêmur, Relatórios de Atividades da Secretaria de Estado de Saúde, Ofícios do Secretário, BCG e Lepra, Restaurantes populares, Feijão-soja e sua importância para saúde, Merenda Escolar, Serviço Itinerante, Assistência médica, postos de higiene, "Fogo Selvagem", Tratamento da Tuberculose, e Congressos Médicos**	**10 textos, 01 Relatório de Atividades da Secretaria, 02 ofícios do Secretário da Saúde, 01 inquérito sobre merenda escolar da Comissão Nacional de Alimentação, 01 reportagem sobre o Serviço Itinerante de Saúde, 01 reportagem sobre assistência a tuberculosos, 01 reportagem sobre o aumento dos postos de higiene, 01 reportagem sobre "Fogo Selvagem", 01 reportagem sobre assistência médica em Goiás, 01 reportagem sobre lepra, 01 entrevista com Peixoto da Silveira em relação ao Serviço Itinerante, 01 Entrevista com Peixoto da Silveira sobre a transferência da capital federal.**

09	**Tuberculose, Águas Termais Radioativas de Caldas, Relatórios de Atividades da Secretaria de Estado de Saúde, Ofício sobre Zonas Insalubres do estado, O médico clínico e a Saúde Pública, Cirurgião Dentista e o Prático Dentista, Inauguração do Adauto Botelho, Cientista Homenageado, Serviço Itinerante de Saúde.**	**05 textos, Relatório de atividades da secretaria, 01 Notícia sobre a inauguração do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, 02 discursos de inauguração do manicômio, 01 entrevista do médico Adauto Botelho, 01 homenagem ao médico Nelson de Souza Santos e 01 reportagem sobre o Serviço Itinerante de Saúde.**
X	**Soro antiofídico, dedetização de casas de cafuas de barro, esplenomegalia crônica e o uso dos exames hematológicos, tuberculose e lepra**	**04 textos**

Fonte: PAULA (2020), com adaptações

Das observações das temáticas e da composição de cada número nos permite perceber que um tema aparece de forma transversal na revista: a discussão sobre sertão, o homem sertanejo e suas mazelas, como por exemplo nesse comentário de Pedro Ludovico presente no n. 2 da revista.

> Além se serem sofredores [os doentes], desesperançados, que morrem à mingua, que nem podem socorrer-se da caridade pública, dado o isolamento do meio rural, são elementos negativos na comunhão nacional pela incapacidade física de produzir (LUDOVICO, ARQUIVOS DE SAÚDE PÚBLICA, 1951, p. 25)

Durante boa parte de sua história, Goiás esteve na classificação de sertão e segundo Vieira (2012) a região goiana era bem mais reconhecida por seus traços negativos, como: o atraso, o isolamento, o abandono, a estagnação, a pobreza e a doença, ideias que aparecem em variados tipos de fontes relacionados à Goiás até pelo menos meados do século XX e, acabaram sendo reforçadas pela historiografia local ajudando a perpetuar uma imagem pessimista sobre a região[1]. A própria transferência da capital federal para Goiás é um exemplo do esforço e da mobilização na integração do estado ao resto da nação, assunto bastante abordado na dissertação *Uma clareira no sertão? Saúde, nação e região na construção de Brasília (1956 - 1960)*, também de Tamara Vieira Rangel.

1 É digno de nota na historiografia sobre o Estado de Goiás a representação do modelo da decadência e do atraso. O renomado padre e historiador Luís Palacín apresentou uma interpretação anuída nas impressões dos viajantes e relatórios da administração pública que assentou a decadência como um indicador da historiografia regional após o período da mineração. Essa análise acabou tornando-se uma diretriz para se compreender o processo histórico goiano. Porém, desde a década de 1990, quando o professor Nasr Chaul, publicou "Caminhos de Goiás, Da Construção da Decadência Aos Limites da Modernidade" (1997) tem-se a diligência entre os pesquisadores sobre a História de Goiás, o estudo do tema com diferentes interpretações, adversos às concepções que se direcionam apenas a uma questão econômica, responsável pelo isolamento de Goiás até a Marcha para Oeste. "Goiás, portanto, não era nem decadente, nem atrasado, apenas caminhava de acordo com suas possibilidades, no ritmo estabelecido pelo lugar que ocupava no conjunto da sociedade brasileira" (CHAUL, 2002, p. 241). Tais concepções, não mais estavam amparadas na historiografia goiana, tornando-se inclusive alvo de crítica nas décadas seguintes.

> Brasília foi considerada pelo presidente Juscelino Kubitschek como uma grande meta de integração e desenvolvimento nacional. Segundo ele, a transferência da capital federal para uma região central do território brasileiro contribuiria efetivamente para a superação das desigualdades regionais decorrentes, sobretudo, do isolamento em que jazia o interior face ao resto do país. No bojo deste processo, a idéia de que 'se construía um novo Brasil' tornou-se recorrente em periódicos desta época, que destacavam inclusive a esperança representada pela interiorização da capital para todos aqueles que habitavam os sertões. (VIEIRA, 2007, p. 21)

A transferência da capital federal teve vários protagonistas. "Entre os personagens que contribuíram de forma mais ativa para que isso acontecesse, tendo em vista principalmente a péssima imagem sanitária que se tinha do Brasil Central, figuraram os médicos de Goiás" (VIEIRA, 2012, p. 28). Os médicos, enquanto elite local, mesmo que acostumados ao contexto econômico do interior do Brasil, teriam percebido a realidade local como decadente. Dessa imagem decadente nasce o esforço de superação, elemento básico na construção da imagem local.

Na apresentação da revista contida no n.1, Peixoto da Silveira delineou a intencionalidade em produzir tal periódico, e a sua importância enquanto uma estante para as divulgações científicas em um estado distante dos principais centros urbanos do país. Nela podemos observar, dentre vários aspectos, que a revista tem como objetivo atestar os trabalhos realizados em Goiás enquanto digno de

destaque na sociedade cientifica, inserida em uma realidade sertaneja e precária.

> Como publicação da Secretaria de Estado da Saúde – e destinados a divulgar as atividades dos diversos serviços desta Secretaria, e, principalmente, estabelecer melhor intercâmbio cultural entre os vários departamentos em que se ela se desdobra, - surgem, hoje, à luz da publicidade, os Arquivos de Saúde Pública. O acontecimento é digno de nota e merece um registro todo especial, quer por ser o primeiro órgão de publicidade médico-científico, em Goiás, quer pelos altos objetivos de servir, simultaneamente, de veículo de expressão e traço de união entre todos aqueles que estão contribuindo para o trato dos angustiosos problemas que a medicina social traz sob equação. Se não se produz muito, em Goiás, publica-se menos ainda. Verdade é que nos faltam, por enquanto, as condições econômicas que propiciam os meios naturais e espirituais para a eclosão de atividades puramente científicas. Não menos verdade, porém, é que ideias e experiências dignas de registro perdem-se no efêmero do noticiário verbal, ou morrem no limbo da timidez. (SILVEIRA, ARQUIVOS DE SAÚDE PÚBLICA, 1951, p. 05).

Peixoto da Silveira, assim como vários outros médicos da época, salienta a precariedade goiana, consolidando uma visão de um lugar atrasado, não civilizado, sem recursos e sem desenvolvimento científico. A produção da revista configurava como a oportunidade de mudar essa visão, que durante muito tempo ainda permearia o imaginário nacional. A intenção do projeto em torno da publicação

era constituir uma representação, uma identidade médico-científica para o estado de Goiás. No contexto da década de 1950 era imperioso para o estado se projetar enquanto dotado de modernidade, mas os traços de uma medicina popular ainda presentes na cultura goiana, além das numerosas endemias, representavam um atraso, um sinônimo de crendice que deveria ser deixada para traz.

Desde a última década do século XIX até os anos 30 do século seguinte, adentraram no território brasileiro um "conjunto de valores e modelos que a elite dirigente desejava incorporar como referência" (HERSCHMANN & PEREIRA, 1994, p. 26). Tais valores eram baseados em modelos ascéticos e europeus e tinham o intuito de coordenar e normatizar as representações sociais e consequentemente a própria sociedade. Repensar o moderno era repensar nas bases do saber técnico-científico especializado, ou seja, através da medicina, normalizadora do corpo, da educação, conformadora das mentes e da engenharia, organizando os espaços. A era Vargas inaugurou um novo período para a medicina. Foi aplicado ao país um conceito de modernização e o saber médico prestou um grande auxílio no processo elevação. Repensar o moderno relacionava-se com a civilidade[2]. A palavra norteadora era "civilizar-se", ou seja, equiparar-se aos modelos europeus, cujas influências organizaram as reformas sanitárias, pedagógicas e arquitetônicas. A ciência técnica tornou-se baliza para o destino da nação. "A ciência buscava identificar os sintomas de nossa cultura, submetendo-os ao espelho crítico de um outro civilizado, constituindo-se, enfim, em um instrumento

2 Ser moderno, para o pensamento da elite brasileira da época, era ser civilizado. E tal estado de civilidade alcançava-se imitando padrões vigentes europeus. Embora os anos 30, munido de grande sentimento nacionalista e que buscava encontrar uma nova identidade nacional, de "redescoberta do brasil', a importação do pensamento europeu não foi impedida.

do projeto modernizador que garantiria uma almejada sintonia com o progresso" (LIMA & HOCHMAN, 2004, p. 495)

A busca em levar o país à "civilidade" no que diz respeito ao cotidiano, instituições, economia, etc. com o chegar dos anos 30, tentou-se adequar essa modernidade a um quadro institucional possível. A influência de vertentes positivistas buscava expor que o bem público se dá na sociedade moralizada pelo Estado forte, que impõe o discernimento individual em benefício do bem-estar da coletividade.

> Para isso, o Estado contou com importantes aliados, os especialistas (cientistas). Impondo-se de maneira autoritária, o Estado desfechou diversas "estratégias pedagógicas" que tinham como objetivo a orientação da conduta dos indivíduos (HERSCHMANN, 1994, p. 44).

Um dos aliados do Estado foi a classe médica; ambos se articularam para a dominação e promoção de um controle social. A medicina, a partir da influência positivista de Comte, se concebia como responsável pela orientação e organização da sociedade. Artigos e teses médicas passam a ter como tema, corpo, sexo, vida íntima conjugal e higiene individual e coletiva, demonstrando a vida privada como novo foco. E segundo Herschmann, o objetivo desses médicos higienistas e sanitaristas era normatizar e conseguir que os indivíduos desempenhassem seus papéis de produtores econômicos e reprodutores de proles sadias. Portanto, era preciso disciplinar a sociedade, incutir valores e "destruir os vícios presentes" nos centros urbanos, construindo uma comunidade higiênica e civilizada pela secularização dos costumes (HERSCHMANN, 1994, p. 44).

Os médicos, partindo desses pressupostos, puderam embasar seus discursos ideológicos. Ao intuir que o real se faz por si mesmo, eles construíram as suas representações da própria realidade. Os intelectuais médicos da época pretendiam ser o elo que permitiria a junção entre o povo e a nação, responsáveis por conduzi-la ao encontro de si mesma. Trouxeram para si a condução do processo civilizatório e consequentemente formar a ideia de nacionalidade. Adequando-se ao linguajar da época, "formar a pátria". Essa condução pode ser observada nitidamente em vários momentos presentes na *Arquivo de Saúde Pública*, como por exemplo, trago novamente uma fala de Pedro Ludovico que se encontra no n. 2 do periódico:

> Nem será por outro lado vã ufania o apontarmos o ainda estoutro alcance da nossa missão de médicos, da nossa missão, que veio do povo e será para o povo: o de revigorar, no interior brasileiro, o necessário contato entre sociedade e o Estado, concorrendo assim para eliminar de vez êsse como resíduo, que ainda subsiste, daquele antagonismo entre o povo e a super-estrutura governamental, antagonismo que já disse ter caraterizado os primórdios da nossa vida política (LUDOVICO, ARQUIVOS DE SAÚDE PÚBLICA, N. 2, 1951, p. 29)

Tal processo de acoplar o interior ao restante da nação, permeado por um processo entendido como modernizante, perpassava por alguns conceitos. Sanear, higienizar e educar, para eles, eram as chaves que abririam as portas da civilidade e consequentemente solucionar os problemas nacionais. "O movimento pelo saneamento teve um papel central e prolongado na reconstrução da identidade nacional a partir da identificação da doença como elemento distinti-

vo da condição de ser brasileiro" (LIMA & HOCHMAN, 2004, p. 495). E para os autores supracitados, essa discussão se dá em torno de uma esfera dualista habitada por pares indissociáveis, tais como litoral-sertão, saúde-doença e moderno-atrasado. É nesse contexto de sertão, higiene e modernidade como civilidade que foram elaborados os artigos da *Arquivos de Saúde Pública*.

Nísia Trindade Lima, em *Um Sertão Chamado Brasil*, traz várias definições para palavra sertão; Sertão enquadra-se em designações como área espacial, lugar no interior. Região agreste, distante das povoações. Interior pouco povoado. Essas representações ganharam forma a partir do processo colonizador dos trópicos, em que se demonstrou a dicotomia entre Europa e América e posteriormente, a dicotomia entre Litoral e Sertão (LIMA, 1998, p. 57).

A partir de uma colonização voltada para o mar, a região litorânea tornou-se a região colonial, o espaço do colonizador, constituída pela ordem e pela presença do Estado e da Igreja. Sua antítese seria a região do vazio e do desconhecido, não preenchido pela colonização. É exatamente a ideia de distância em relação ao poder público que se pode conceber os vários atributos à palavra sertão.

> Sertão, nessa perspectiva, é concebido como um dos pólos do dualismo que contrapõe o atraso ao moderno, e é analisado com frequência como o espaço pela natureza e da barbárie. No outro polo, litoral não significa simplesmente a faixa de terra junto ao mar, mas principalmente o espaço da civilização. (LIMA, 1998, p. 60)

O dualismo entre sertão e litoral caracteriza o sertão como

o polo negativo, resistência ao moderno e a civilização, e o litoral como sua ambivalência. A valorização desse polo negativo pode ser delineada por alguns eixos como raça/natureza: "o litoral – reduto da civilização e dos grupos brancos e o sertão – dominado por uma população, mestiça, infantil, inculta em estágio inferior da evolução social." (NINA RODRIGUES *apud* LIMA, 1998, p. 60).

Ou pelo patrimonialismo:

> A herança do conquistador – o coronel e o capanga, o fazendeiro, o sertanejo, o latifundiário e o matuto, o estancieiro e o peão –permanecerá estável, conservadora, na vida brasileira, não raro atrasado e retardando a onda modernizadora, mais modernizadora do que civilizadora, projetada no litoral. (FAORO, 1997 apud LIMA, 1998, 61)

Durante todo o processo de leitura e catalogação da Arquivos de Saúde Pública, pôde-se constatar a presença dualista de tais polos. A atuação médica se dava dentro de tais conceitos, e a exaltação dos centros urbanos mais próximos ao litoral é transversal em todos os números. Europa e litoral brasileiro configuravam-se como centros avançados de saber, como podemos observar na fala de Pedro Ludovico: "Tendes, na sua maioria, bebido ensinamentos em outros países da América como no Velho continente e voltais, não raro, dêsses grandes centros em que a ciência médica se acha muitíssimo adiantada" (LUDOVICO, ARQUIVOS DE SAÚDE PÚBLICA, N. 2, 1951, p. 29). E também no excerto a seguir, comentário do médico e prefeito de Goiânia sobre III Congresso Médico que aconteceu na capital em 1951: "Eis que da orla litorânea, onde pa-

recia estacionar-se o progresso e a civilização, sucessivas ondas se vão levantando, revivendo a era pioneira das longas e exaustivas caminhadas das botas-sete-léguas de bandeirantes" (BORGES, ARQUIVOS DE SAÚDE PÚBLICA, N. 3, 1952, p. 29).

Observa-se nas respectivas citações que o conceito sertão enquanto, lugar geográfico pode ser extrapolado. No processo histórico brasileiro, vários locais no país, em várias épocas, foram considerados sertões, o que nos leva a compreender, hoje, sertão muito mais como uma categoria simbólica, do que geográfica. Para Antonio Carlos Robert Moraes no artigo *O Sertão Um "outro" geográfico* (2003), ele não pode ser enquadrado no universo empírico da geográfica tradicional,

> Na verdade, o sertão não é um lugar, mas uma condição atribuída a variados e diferenciados lugares. Trata-se de um símbolo imposto – em certos contextos históricos – a determinadas condições locacionais, que acaba por atuar como um qualificativo local básico no processo de sua valoração. (MORAES, 2003, p. 3)

A oposição entre o sertão e o litoral não são apenas uma forma de abordagem para localidade, tornam-se categorias simbólicas que possibilitam compreender a ocorrência do pensamento colonial na revista. As diferenças geográficas se tornaram diferenças de mentalidade, construindo uma oposição sustentada por discursos que tinham como finalidade estabelecer uma noção de civilização. A dicotomia entre o sertão e o litoral, neste sentido, expressa o primeiro não apenas como localidade, mas como uma categoria

carregada de sentidos a partir das narrativas que o constituem cercado de subjetividades.

> Sertão é uma das categorias mais recorrentes no pensamento social brasileiro, especialmente no conjunto de nossa historiografia. [...] uma categoria de entendimento do Brasil, inicialmente na condição de colônia portuguesa e, após o século XIX como nação. [...] Sertão foi ainda largamente utilizado até o fim do século XVIII, pela coroa portuguesa e pelas autoridades lusas nas colônias. [...] De forma simplificada pode-se afirmar, portanto, que, às vésperas da independência "sertão" ou "certão", usada tanto no singular quanto no plural, constituía no Brasil noção difundida e carregada de significados. De modo geral denotava terra "sem fé, lei ou rei". (AMADO, 1995, p. 146)

Apesar dos objetos empíricos variarem no tempo e no espaço enquanto a qualificação, em todos os casos, o que se é observado é a moldagem de uma representação associada a valores culturais geralmente negativos. O sertão é qualificado para ser superado, por meio da dominação. Ele é um conceito, operante, cheio de juízos de valor que indica alguma transformação realizada pelo sujeito que a classifica e deseja a superação da "condição sertaneja". Tal conceito não alcança somente paisagens e territórios, mas também tipos sociais. Dessa forma, os sertões, levando em consideração a necessidade de um contraponto e dualidade, podem representar uma multiplicidade de lugares. Lugares esses delineados por representações simbólicas negativas que se relacionam ao atraso e a imposição de uma superação voltada para "modernidade".

O esforço, esse assumido pelas elites políticas para acoplar o sertão ao restante do país, proporcionou várias expedições ao interior. Elas foram realizadas associadas a projetos modernizadores e científicos, nos âmbitos da engenharia e arquitetura, e das políticas de saúde pública e educacionais. Dentre os expedidores podemos citar, Rondon Cândido, Lois Cruls e as expedições do Instituto Osvaldo Cruz.

Esses desbravamentos podem ser vistos com forte teor simbólico, acompanhados de projetos de delimitação de fronteiras, de sanitarismo, povoamento e integração. Esses movimentos, associados fortemente à expansão do Estado, tiveram como agentes, indivíduos formados pelos cientificismos mais variados. Essa formação foi capaz de constituí-los como portadores de uma "cultura heroica", reconstrutiva. As viagens realizadas durante o início da república ajudaram a formar um retrato das áreas do sertão em que as doenças são identificadas como um problema básico da nacionalidade, o que proporcionou grande impulso aos movimentos sanitários.

As variadas doenças identificadas como endêmicas, dentre elas, malária, doença de Chagas, esquistossomose, helmintíases em geral, além das doenças venéreas, ajudaram a dar visibilidade aos sertões brasileiros, abandonado e isolado do resto do país. A perspectiva médica de olhar para os sertões brasileiros transformou-se em questão cultural, servindo de base para a elaborar uma interpretação da sociedade (LIMA, 1998).

A concepção de normatizar a vida social a partir de regras higiênicas tem origem na França e proporcionou a criação de um "Estado higienista". Os cientistas que estudavam saúde pública par-

ticipavam fortemente do debate sobre a regeneração do homem e do aprimoramento da moral. Os higienistas tornaram-se intérpretes do sentido ao pretender regenerar a sociedade.

As bases epistemológicas da higiene que deram origem às teorias de transmissão de doenças levaram a formulação de práticas como isolamento de doentes, desinfecção de objetos, formulação de quarentenas, intervenção de ambientes insalubres como águas paradas, habitações populares, concentração de lixo e esgoto, além de reformas urbanas. Também observamos nas ações higienistas que

> Algumas perspectivas enfatizam por outro lado as formas de controle sobre o comportamento social, as condições de trabalho, de habitação e alimentação das populações urbanas, indicando o processo normalmente entendido como de medicalização da sociedade. Associado a pressupostos liberais e de defesa de reforma social, ou identificados a posições de cunho autoritário, à semelhança dos contagionistas, os infeccionistas3 lideraram importantes projetos e propostas de reforma sanitária. (LIMA, 1998, p. 95)

No Brasil, vários fatores fizeram com que os médicos voltassem seu olhar para o âmbito social no início da república. As críticas dirigidas às elites políticas brasileiras em *Os Sertões* de Euclides da Cunha; as expedições do Instituto Oswaldo Cruz e de Rondon, e discursos como de Miguel Pereira, assinalavam a presença de um

3 As bases epistemológicas da higiene deram origem a duas correntes para a propagação das doenças. A Contagionista, que associava a propagação de doenças de indivíduo a indivíduo, e proporcionou a criação de práticas como isolamento de doentes e quarentenas. E a infeccionista, que associava o contágio aos "miasmas" do ar, ao meio em que se vive, e proporcionou práticas de intervenção de ambientes insalubres, como esgoto e lixo, além de reformas urbanas e sanitárias.

sertão de endemias e abandonado, "considerado um imenso hospital". Os artigos publicados por Monteiro Lobato em O Estado de São Paulo pretendiam retratar o que é o sertanejo brasileiro: piolho da terra, parasita, quantidade negativa e obstáculo para o progresso nacional. (LIMA, 1998; LIMA & HOCHMAN, 2004).

A campanha pelo saneamento do sertão alcançou repercussão nacional com a publicação de uma série de artigos no jornal Correio da Manhã, em 1917 e rendeu o livro *Saneamento do Brasil* de 1918. Tratava-se, segundo os médicos da época, de uma cruzada da medicina pela pátria

> Ao médico cabia substituir a autoridade governamental, ausente na maior parte do território nacional. Nessa cruzada, fazia-se sentir a crítica à oligarquização da República, especialmente ao princípio da autonomia estadual e municipal que impedia uma ação coordenada, em nível federal, capaz de promover o combate às epidemias e endemias e melhorar as condições de saúde da população. (LIMA, 1998, p. 106)

A campanha apresentava-se como um movimento de caráter amplo, baseado em um nacionalismo e na pretensão de livrar a pátria dos males das doenças e uma de suas conquistas foi a criação do Departamento Nacional de Saúde, dirigido por Carlos Chagas. A campanha foi capaz de transformar em problema social, o que antes só estava nos debates de periódicos médicos: a questão das endemias e o abandono público como marcas constitutivas das zonas rurais brasileira.

> A eleição da higiene como campo de diálogo entre a medicina e a sociedade e campo privilegiado de produção científica possibilita a compreensão não só do modo como determinadas doenças foram alçadas à condição de problemas de relevância social, mas também da forma como se deu a implantação do debate sobre os problemas sanitários do país. (FERREIRA, 1999).

Tais impressões sobre a importância de sertões brasileiros fizeram dar visibilidade aos médicos destas localidades, visibilidade proporcionada através de eventos científicos e congressos médicos. Através deles, os médicos locais reforçavam sua identidade com a comunidade científica nacional, e demonstravam bem nitidamente seu papel em relação a comunidade científica. Por atuarem nos sertões, estavam mais próximos dos enfermos e das mazelas que acometiam o interior do país e consequentemente, daquilo que reforçava a sua condição enquanto categoria negativa. O conhecimento advindo de tais médicos, fruto de tal proximidade, rendeu-lhes projeção, o que pode ser observado nos congressos regionais, que aos poucos foram se conformando como um espaço de troca intelectual importante entre os médicos que trabalhavam no interior do país

Os Congressos Médicos do Triangulo Mineiro, também conhecidos como Congressos do Brasil Central, começaram a realiza-se em 1947 por demanda da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Uberaba, com o I Congresso Médico do Triangulo Mineiro. Esta primeira edição contou com apenas 40 participantes, sendo um goiano, e teve entre os temas abordados problemas que eram bas-

tante comuns na região do Brasil Central tais como a hanseníase, a tuberculose, a doença de Chagas e o megaesôfago. O II Congresso se deu em setembro de 1948 em Uberlândia e o III na cidade de Araxá, onde já aconteceu a mudança na nomenclatura, sinalizando como o I do Brasil Central.

Os congressos inicialmente reuniram poucos profissionais, porém começaram a chamar atenção de vários profissionais provenientes do interior e dos grandes centros de Rio de Janeiro e São Paulo. No total, entre os anos de 1947 e 1965 aconteceram 13 congressos médicos desta natureza e Goiânia sediou dois deles: em 1951 e em 1958. Os Médicos goianos sempre participaram dos eventos e em uma delas, realizada em Uberaba em 1950, teria surgido a ideia de trazer o evento para a mais nova capital do Estado de Goiás.

> estes congressos também se configuraram como excelente oportunidade de diálogo dos goianos com os poderes públicos, principalmente para reivindicar objetivos práticos como assinaturas de convênios para debelar doenças graves na região, construção de hospitais e asilos ou aquisição de verbas para melhorar a assistência sanitária no estado. Por meio da análise dos discursos realizados por ocasião da abertura e encerramento destes congressos, proferidos por prefeitos, governadores e presidentes de associações médicas, e das moções aprovadas nas assembleias gerais, dirigidas às autoridades governamentais e seus representantes à frente de órgãos de saúde, é possível notar seu comprometimento 99 com os problemas locais. Tais fontes também deixam entrever os interesses políticos que perpassavam o entusiasmo de pre-

> feitos e governadores com o evento, que acabava funcionando também como vitrine para a cidade e o estado que os sediava (VIEIRA, 2012, p. 98-99).

Os congressos regionais tornaram-se importantes veículos de incorporação para os médicos do interior. Os eventos funcionavam como mostruário no qual tais médicos demostravam sua capacidade e competência em relação aos médicos que atuavam em outros espaços no país, principalmente os do litoral Dessa forma buscavam demostram que pertenciam a um grupo mais amplo que é a comunidade científica nacional. A própria organização dos congressos já indica essa busca por reconhecimento.

O III Congresso Médico do Brasil Central e V do Triângulo Mineiro aconteceu em Goiânia entre os dias 07 e 11 de novembro de 1951. A sugestão de que Goiânia fosse a próxima cidade a sediar o evento partiu de um grupo de médicos que participou do congresso que se realizou no ano anterior em Uberaba. Estes teriam assumido em assembleia o compromisso de instituírem uma sociedade em torno da qual gravitassem os médicos goianos. A revista *Arquivos de Saúde pública* começou a circular no mesmo ano em que se realizou o referido congresso, e dedicou todo o seu segundo número ao evento, além de vários textos sobre o mesmo nos números seguintes, dada a sua importância na época. O jornal *Jornal de Araguari*, de 02 de dezembro de 1951 afirmou que o Congresso se constituía o "batismo científico de Goiânia". O texto do jornal foi publicado no terceiro número da revista em 1952.

> ao analisar os textos presentes nos Arquivos de Saúde Pública, é nítido como a classe médica incorporou as noções de um sertão atrasado, distante, doente e carente de um processo de civilização (...) Esse ponto é importante porque desvela a estratégia dos médicos na década de 1950, uma vez que se colocavam como agentes de um processo civilizador dentro do estado de Goiás. A questão era fazer do saneamento do interior o elemento central para a problematização das doenças locais e, ao mesmo tempo, utilizar esse caminho no intuito de se consolidar perante a comunidade médica nacional. (...) é possível verificar a presença de um evento que o número 02 de 1951, foi dedicado inteiramente. Tratava-se de uma reunião de profissionais da medicina que, pelo menos aparentemente na revista, se tornou um divisor de águas no que tange à produção de pesquisa da classe em Goiás (PAULA, 2022)

No editorial do segundo número da revista, número este todo dedicado ao III Congresso médico do Brasil Central e V do Triangulo Mineiro, percebemos essa preocupação da classe goiana em relação ao restante dito desenvolvido do país:

> Ora, no decorrer das atividades do recente congresso médico desta capital outro aspecto não nos foi dado observar na sala das sessões plenárias [...] – todos os relatores de temas, oficiais ou livres, tiveram a máxima preocupação em apresentar contribuições científicas dignas de serem lidas ou apreciadas em qualquer congresso médico do País ou mesmo de estrangeiro. (...) É uma homenagem que desejamos prestar não só aos patrocinadores do referi-

> do congresso, como também aos ilustres congressistas, mormente os que residem em terras distantes, que não mediram sacrifícios para virem até nós, trazendo, assim, a sua valiosa cooperação pessoal e científica para maior brilhantismo do congresso. (EDITORAL, ARQUIVOS DE SAÚDE PÚBLICA, 1951, p. 5).

No editorial pode-se perceber o reconhecimento da localidade como longínqua, característica colonial do conceito de sertão. Tal demarcação se dá no "sacrifício do deslocamento". A construção aparece como uma forma de atingir reconhecimento perante aqueles que moram nos grandes centros urbanos, e a partir dessa prerrogativa demostrar que os médicos do interior também são capazes de produzir conhecimento. E ao consolidar o congresso enquanto batismo científico da capital, vemos a tentativa dos médicos de Goiás de dominar o sertão e toda carga negativa que ele representa.

AS PERCEPÇÕES SOCIAIS NA REVISTA: UM SERTÃO DENTRO DE OUTRO SERTÃO

As políticas públicas sobre saúde nas décadas de 1930, 1940 e 1950 perpassaram pelas concepções de desenvolvimentismo, que se iniciaram no Brasil com Vargas. A ascensão de Getúlio Vargas ao Poder em 1930 marcou a transição das antigas oligarquias vinculadas ao

coronelismo[4] para uma sociedade que buscava se modernizar, principalmente através do incentivo do Estado ao processo de industrialização do país, processo esse acelerado a partir da década de 1950. A economia da Velha República propiciava a manutenção da produção nacional agrário-exportadora, cujo declínio se intensificou com a Depressão de 29. Para prosseguir com o desenvolvimento capitalista no país, se fazia necessário integrar o mercado nacional, não mais permitindo a supremacia dos interesses regionais sobre as nacionais, o que vinha ocorrendo desde a proclamação da república através do coronelismo.

Pedro da Fonseca em *Gênese e Precursores do Desenvolvimentismo no Brasil* (2004) busca caracterizar o pensamento desenvolvimentista a partir de quatro pressupostos: correntes nacionalistas, intervencionismo estatal, defesa da industrialização e de políticas econômicas expansionistas, e todos esses, aliados à corrente positivista. Tais concepções implementaram medidas que colocaram o Estado como protagonista na relação com a economia e com a sociedade. O positivismo desempenhou um papel de organização estruturante na construção do projeto desse modelo, capaz de aglutinar

4 O coronelismo na Primeira República passou a significar um complexo sistema de negociação entre os chefes locais e os governadores dos estados, e destes com o presidente da República. A estrutura oligárquica baseava-se em poderes personalizados, geralmente em grandes fazendas e latifúndios brasileiros. A figura do coronel era parte fundamental do sistema. Ele vendia seu apoio ao governo estadual na forma de votos, e em sua grande maioria, fraudados ou impostos, e em troca o governo garantia o poder do coronel na região, especialmente na concessão de cargos públicos. A República brasileira no início do século XX se estabilizou fundamentada em trocas, empréstimos, favoritismo, negociações e repressão, fortalecendo a autonomia estadual, dando plena expressão aos interesses de cada região. Com a revolução de 1930, o Governo buscou a centralização com a dissolução dos Legislativos Federal, estaduais e municipais, e a nomeação de interventores nos estados. Por uma corrente autoritária promovida pelo Governo, assumiu-se o que se denomina modernização conservadora, ou seja, em países desarticulados como o Brasil, cabia ao Estado organizar a nação para promover dentro da ordem o desenvolvimento econômico e o bem estar geral. Para consolidar a nova ordem política que suplantasse o modelo oligárquico, Vargas pretendia um amplo programa de reformas sociais, administrativas e políticas: remodelamento do Exército, criação dos ministérios do Trabalho, Indústria e Comércio, e da Educação e Saúde Pública, bem como reforma do ensino, reformas trabalhistas e industrialização do país. (SHWARCS & STARLING, 2018; FAUSTO, 2013)

a industrialização, o nacionalismo e o intervencionismo pró-crescimento em prol de um bem comum. O positivismo político, uma das vertentes positivistas, ditou regras para a administração de finanças e da política, o que muito influenciaram os projetos desenvolvimentistas. No desenvolvimentismo, percebe-se o Estado enquanto estrutura que é capaz de direcionar a sociedade rumo ao progresso e à evolução em meio aos problemas sociais, sendo ele autorizado a realizar interferências. Os discursos de Vargas procuravam vincular o desenvolvimento econômico à superação da miséria e consolidação da unidade nacional.

Pobreza e miséria são reconhecidas como um obstáculo pertinente para a própria ideia de nação desenvolvida, uma vez que pobreza é vista como sinal de atraso, e o desenvolvimentismo estava associado ao bem estar social. O governo via a industrialização do país como um forte requisito para superar os problemas sociais. "Se almejamos multiplicar riquezas, é para que a comunidade inteira possa ter delas a sua parte; se nos esforçamos por criar uma pátria forte e próspera, não é por orgulho ou ambição, e sim para que um dia todos os brasileiros desfrutem de um padrão de existência digno" (VARGAS, 1954, p. 109 *apud* STORMOWSKI, 2011, p. 139). As reformas promovidas pelo governo Vargas abarcaram também a área da saúde, tomando medidas estruturantes.

Até a chegada de Getúlio ao poder federal, o Brasil contava com um Departamento Nacional de Saúde Pública como seu órgão máximo na área. Dentro dele funcionava uma Diretoria dos Serviços de Profilaxia Rural destinada ao combate às endemias que assolavam o interior do país, resultante do movimento sanitarista do início do

século, discutido o tópico anterior. Durante o governo e movidos pelas ideias desenvolvimentistas por um projeto de integração, houve a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, e também o Departamento Nacional de Saúde. A frente do Ministério, Gustavo Capanema promoveu reformas[5] em prol do saneamento rural, baseados em políticas de teor de campanha voltados para os problemas sanitários, principalmente em relação às endemias.

Dessa forma o governo foi pressionado a alastrar por regiões sua autoridade até então dominadas por governos oligárquicos. A partir da reforma de Capanema, o poder público procurou se fortalecer nas regiões remotas através de novas agências estatais. O objetivo que norteava as reformas era a construção de uma nação com homens e mulheres trabalhadores e crianças saudáveis. Em 1941, para consolidar os objetivos da reforma, foram instituídos 12 Serviços Nacionais: Serviço Nacional da Peste, da Tuberculose, da Febre Amarela, Câncer, Lepra, Malária, Doenças Mentais, Educação Sanitária (SNES), de Fiscalização da Medicina, de Saúde dos Portos, de bioestatística e de Águas e Esgotos. Organizadas em prol de uma maior centralização do poder executivo, em detrimento dos municípios e poderes oligárquicos locais, as delegacias federais de saúde, as conferências nacionais de saúde e os serviços nacionais trabalhavam conjuntamente visando às populações do interior.

5 Foi o ministro da Educação e Saúde Pública no governo de Getúlio Vargas, sendo o político que por mais tempo ocupou o cargo em toda a história, ficando no cargo de 1934 a 1945. Em 1937 realizou uma reforma estrutural nos órgãos, a partir dela que se passou a denominar-se Ministério da Educação e Saúde e criou-se o Departamento Nacional de Saúde, definindo a estrutura administrativa da saúde pública. Na segunda reforma em 1941, houve a criação de delegacias federais de saúde, serviços nacionais e a instituição das conferências nacionais de saúde que verticalizaram as ações estatais, como as campanhas de combate à doenças e endemias. O foco estava sobre malária, tuberculose e febre amarela. A interiorização da saúde pública com a presença do ministério através de delegacias e ampliando a presença do governo federal nas diversas regiões. (HOCHMAN, 2001)

Conjuntamente houveram medidas tomadas pelo governo visando o meio rural, principalmente buscando conter o grande fluxo migratório que se dirigia para as cidades em busca de melhores condições de vida e trabalho. Dentre elas, podemos citar a Marcha para o Oeste[6]. Figurando como tentativa de promover a ocupação ordenada dos sertões do Brasil. O movimento sanitarista havia classificado o isolamento do sertanejo como um estado de abandono da população rural pelas autoridades governamentais e tal diagnóstico embasou ações do governo em relação ao saneamento e também impelia a presença do poder público nas vastas áreas desassistidas, bem como proporcionava a possibilidade do modificar a identidade do sertanejo fornecida pela doença (HOCHMAN, 2013).

O Diagnóstico de um povo doente significava que, em lugar da resignação, da condenação ao atraso eterno, seria possível recuperá-lo, mediante ações de higiene e saneamento, fundadas no conhecimento médico e implementadas pelas autoridades públicas. "Não bastava ter encontrado este "[...] povo que ainda há de vir" (Neiva & Penna, 1916, p. 198), era urgente transformar esses estranhos habitantes do Brasil em brasileiros" (HOCHMAN, 2013, p. 68).

Os médicos goianos também embebidos por esses ideais varguistas, constataram na população do estado, principal-

6 A centralização do poder, associada à necessidade de ampliação das áreas econômicas, pela ocupação de terras férteis produziu uma política de interiorização, deslocando a população para os sertões do país. A Marcha para o Oeste foi um movimento ocorrido durante a Era Vargas, especificamente no Estado Novo (1937-1945). Constituiu-se uma política de integração nacional lançada em 1938 com o intuito de povoamento das terras da região Centro Oeste até a Amazônia. A divulgação da Marcha se deu a partir de aspectos nacionalistas, tais como: a valorização da "brasilidade" (PEREIRA, 1997). "A ocupação do interior vinha acompanhada do nacionalismo autoritário, isto é, a figura do líder, uma promessa futurística de sociedade e a construção de um homem novo - o ser brasileiro." (ALMEIDA, 2018, p. 340)

mente na população rural, obstáculos e empecilhos que dificultavam a integração nacional e consequentemente o caminho do país para o progresso econômico positivista. As várias endemias são entendidas enquanto importantes problemas sociais que minavam a vitalidade da sociedade, o vasto sertão foi identificado enquanto desamparo sanitário, e o estilo de vida sertanejo foi tratado como males a serem combatidos. Assim intervenções governamentais deveriam ser adotadas. Essas várias representações são observadas em praticamente todos os números da revista Arquivos de Saúde Pública, como podem ser observadas nas citações a seguir:

> "Brevemente serão iniciados o combate ao babeiro e o estudo de sua frequência e distribuição no Estado, medidas de grande valor econômico para Goiás pois impedirão, em parte, pelo menos, a marcha destruidora do mal. Pensamos que , em futuro bastante próximo, a Doença e Chagas e a Malária serão não mais "dois grandes problemas nacionais de saúde em via de solução" mas sim dois problemas de saúde solucionados definitivamente" (FIGUEIREDO, ARQUIVOS DE SAÚDE PÚBLICA, 1951, p. 16)

> (...) em pleno sertão brasileiro, principalmente nas regiões agrícolas onde há maior densidade de população é grande o número de mulheres gestantes e crianças em completo desamparo sanitário, entregues às experiências das "comadres" ou às audácias dos "curandeiros", é por isso que continuam elevadíssimos os coeficientes de nati-mortalidade (PAULA, ARQUIVOS DE SAÚDE PÚBLICA, 1951, p. 17).

> O grave da endemia são os outros elementos: o cretinismo, a idiotia, a surdo-mudez, debilidade mental. A tendência do bócio endêmico, na falta de uma profilaxia específica adequada, é agravar-se cada vez mais até a formação de uma "sub-raça" inferiorizada. (...) É uma série de estados graves, a adicionar-se a outros estados também graves e comuns e nossos meios urbanos e rurais, para aumentar o sofrimento da nossa gente, o pêso negativo na nossa balança social, pela diminuição da vitalidade, do bem estar físico, como emocional, como social, da produtividade, pelo obstáculo cada vez maior à conquista do progresso e da civilização (SANTOS, ARQUIVOS DE SAÚDE pública, 1952, p 39-40).

> De grande repercussão social e, portanto, da alçada dos poderes públicos, é êste problema [tuberculose]. O doente não é apenas um peso morto, um ônus para os seus e para a sociedade: é uma ameaça constante como fator de contágio. "Conhecidos e reconhecidos e decentemente tratados, não somos perigosos" (SILVEIRA, ARQUIVOS DE SAÚDE PÚBLICA, 1952, n. 4, p.15).

Trago inicialmente esses excertos extremamente complexos, por agora, para demonstrar que na revista podemos identificar as representações de sertão para identificar a zona rural goiana, delineado por representações simbólicas negativas que relacionam ao atraso, ao estilo de vida e às enfermidades. Em um contexto no qual prosperava a ideia de salvação e integração nacional

desenvolvimentista, às ações médicas e o sanitarismo encontravam sentido nessas tendências.

Nesses trechos acima vemos a demonstração de que a região identificada com o atraso, com a doença e improdutiva, não tem nenhuma identificação com a pátria. A caraterização da região interiorana de Goiás construída pelos médicos se dá principalmente na caraterização de doenças e de seus indivíduos doentes, afim de construir um paralelo com a falta de modernização e civilização do Estado. A doença "idiotizava e debilitava milhões de brasileiros, tornando-os imprestáveis tanto para o trabalho quanto para servir à pátria." (PEREIRA, MIGUEL, 1922, p. 7 *apud* HOCHMAN, 2013, p. 65). A intencionalidade desses discursos médicos publicados se dá no convencimento da opinião pública a esse cruel diagnóstico dos sertões goianos, que além de classificar sujeitos enquanto ausência absoluta de qualquer identificação com a ideia de Brasil almejada, transformava a doença no principal problema nacional. As interpretações dos médicos sobre a deterioração sertaneja, e consequentemente a reprodução desses sentidos, é uma operação prática, social e coletiva desse grupo social, que fez com que ação médica e o combate às doenças pudessem adquirir um caráter simbólico e demonstrativo.

Para melhor compreensão dessas questões acerca da representação e simbologia que a *Arquivos de Saúde Pública* carrega, uma vez que ela é uma construção discursiva, lanço mão da História Cultural, pois ela é um campo possível para que se possa analisar criticamente as fontes jornalísticas. Na virada do século XIX para o século XX, Marcel Mauss e Émile Durkheim ao pesquisarem os povos pri-

mitivos contemporâneos, colocaram em evidência as representações (BURKE, 2005; PESAVENTO 2006). Ao introduzir esse conceito nas ciências humanas, fizeram uma aproximação entre história e antropologia cultural. E em relação a antropologia cultural, Pesavento se refere a ela como

> a Antropologia Cultural, como um todo, já desde o início do século XX, também lidava com a incorporação da dimensão simbólica para a análise das formas de organização social, como uma forma de entendimento segundo a qual os homens elaboravam formas cifradas de representar o mundo, produzindo palavras e imagens que diziam e mostravam mais além do que aquilo que era expresso e mostrado nos registros materiais (PESAVENTO, 2006 p. 13).

A história Cultural formulou-se a partir dessas concepções apresentadas e delineou o seu campo investigativo a partir do espectro cultural, por meio das representações e práticas culturais. As representações, manifestadas através de regras, normas, discursos, imagens, ritos, instituições e etc., são formas que integram a vida social e garantem a consonância de um grupo social. Elas, segundo Pesavento, formam uma "rede paralela" à existência dos indivíduos, porém fazem com que os homens vivam nelas e por elas, formando assim sua visão de percepção de mundo. Sua ideia central é a presentificação de algo ausente, e entre a ambiguidade de ausência e presença, torna-se não cópia, mas construção subjetivas a partir do real. A representação envolve processos de percepção, identificação, reconhecimento, classificação, legitimação e exclusão.

As representações também estabelecem relações simbólicas, carregadas de signos, os quais são envolvidos por sentidos ocultos, e que são internalizados no inconsciente coletivo e apresentadas como naturais. Assim a força da representação não está no seu valor de verdade, na correspondência do discurso/imagem com o real, e sim na capacidade de mobilização e reprodução de legitimidade social. Assim:

> Em termos gerais, pode-se dizer que a proposta da História Cultural seria, pois, decifrar a realidade do passado por meio das suas representações, tentando chegar àquelas formas, discursivas e imagéticas, pelas quais os homens expressaram a si próprios e o mundo (PESAVENTO, 2006, p. 22).

Para Roger Chartier em *A História Cultural: entre práticas e representações*, as representações são:

> como dando a ver uma coisa ausente, o que supõe unia distinção radical entre aquilo· que representa e aquilo que é representado; por outro, a representação como exibição de uma presença. Como apresentação pública de· algo ·ou de alguém. No· primeiro sentido, a representação é instrumento de um conhecimento mediato que faz ver um objecto ausente através da sua substituição por uma «imagem» capaz de o reconstituir em memória e de o figurar tal como ele é. Outras, porém, são pensadas num registro diferente: o da relação simbólica que, para Furetiere consiste na representação de um pouco de moral através das imagens ou das propriedades das coisas naturais (...) o leão é o símbolo do valor (CHARTIER, 2002, p. 20)

A palavra representação faz direção para definições de sentidos que se mostram contraditórias, pois enquanto a representação faz a ausência, diferenciando o que se representa do é representado, de outro é a apresentação de presença, apresentação pública de uma coisa. As representações são construções sociais da realidade em que sujeitos fundamentam a sua visão de mundo a partir de interesses e jogos de poder. Sujeitos e grupos criam representações de si e dos outros fundamentando suas visões sobre as experiencias históricas. Compreender as representações é compreender como o mundo de determinados grupos são construídos. Embora aspirem certa racionalidade de algum diagnóstico embasado na razão, as representações sociais são sempre construídas e determinadas por interesses de grupos que as constroem, segundo Chartier. As percepções do social não são de forma alguma discursos neutros: produzem estratégias e práticas sociais, escolares, politicas, etc., que tendem a impor uma autoridade.

Pianovski Vieira (2015) demonstra que apesar de haverem diferentes historiadores culturais com diferentes posturas, o autor é capaz de centrá-la em determinados pontos como representação e cultura:

> A questão epistemológica da história cultural estaria centrada no conceito de cultura como objeto de investigação, no estudo das representações sociais, das práticas culturais e do processo de apropriação. As representações construídas sobre o mundo não só se colocariam no lugar do mundo, como fariam com que os homens percebessem a realidade e a partir delas pautassem sua existência. Seriam elas as gera-

> doras de condutas e práticas culturais e sociais. Caberia à história cultural resgatar representações (...) (VIEIRA, 2015, p. 371).

Orientada no conceito de cultura como objeto de investigação, a história cultural trata das representações sociais, das práticas culturais e do processo de apropriação, áreas em que a participação dos sujeitos que as vivenciam é fundamental. Tais práticas culturais conferem um sentido ao mundo e possibilitam decifrar como, historicamente, os homens expressaram a si próprios e o mundo, pois as representações são matrizes de condutas e constituintes de práticas de uma sociedade.

As práticas sociais, pautadas nas representações, constituem-se também discursos, como demostra a perspectiva do filósofo francês Michel Foucault. Para Foucault, os discursos não são apenas um conjunto de signos e significantes que se referem a determinado conteúdo. As sínteses discursivas são aceitas como naturais no mundo social, entretanto é justamente essa aceitação natural que é colocada em xeque; os discursos tornam-se o objeto da análise. Em sua obra *A Arqueologia do Saber* (2013), o filósofo coloca em suspensão as formulações propostas pela história, e realiza um estudo para analisar as unidades discursivas.

Colocando-as em suspensão, podemos perceber que são construídos para aparecer de determinada forma em determinado momento. Analisar o discurso é perceber que por traz de "verdades naturalmente aceitas", há algo de oculto, dissimulado e intencional. Nos discursos, pode-se perceber relações históricas materializadas em práticas discursivas (FERREIRA & TRAVERSINI, 2013;

FISHER 2001). Ao se colocar em suspensão as unidades discursivas, pode-se perceber unidades ditas "invisíveis" e leitor que se dedica a analisar os discursos deve realizar uma descrição, buscar as regularidades presentes e identificar as dispersões, aquilo capaz de "camuflar a sua materialidade". Todos esses conceitos caracterizam o que se denomina discurso.

O conjunto de enunciados está interligado ao poder, e interligado nas relações entre os sujeitos. O poder não é um objeto natural, uma coisa, não existe em si, o que existe são relações de poder que atravessam todas as nuances sociais; é uma prática social, um conjunto de forças constituído historicamente. Os sujeitos e os objetos não são preexistentes ao discurso, mas são fundados pelos discursos formados a partir das relações de poder (SILVA; JÚNIOR, 2016; DANNER, 2009). Apresentando ainda as várias concepções acerca do discurso, Foucault afirma que ele é:

> Um bem – finito, limitado, desejável, útil – que tem suas regras de aparecimento e também sua condições de apropriação e de utilização: um bem que coloca, por conseguinte, desde sua existência (e não simplesmente em suas "aplicações práticas"), a questão do poder; um bem que é, por natureza, o objeto de uma luta política (FOUCAULT, 2013, p. 147-148).

Nesse contexto foucaultiano, sujeitos são constituídos dentro de uma trama discursiva de relações de poder, sendo construídos dentro do próprio discurso normalizante e capaz de produzir condutas. Ao analisar os discursos, deve-se determinar como tais discursos vão se configurando e as condições de possibilidade para a produção

de subjetividades. Podemos observar que Pesavento alinha-se com o pensamento de Foucault e descreve que aquele que

> tem o poder simbólico de dizer e fazer crer sobre o mundo tem o controle da vida social e expressa a supremacia conquistada em uma relação histórica de forças. Implica que esse grupo vai impor a sua maneira de dar a ver o mundo, de estabelecer classificações e divisões, de propor valores e normas, que orientam o gosto e a percepção, que definem limites e autorizam os comportamentos e os papéis sociais (PESAVENTO, 2006, p. 22).

Tais abordagens trazidas até aqui são necessárias uma vez que a revista *Arquivos de Saúde Pública* é uma teia de discursos que correspondem a uma narrativa construída pela classe médica regional e pretende-se sustentar como verdadeiro não só no que tange à pratica da profissão médica, mas também articular-se como um juiz e executor do quadro cultural, social e econômico de Goiás. As várias representações contidas na revista, demonstram como a sociedade médica se constituía perante a sociedade e a revista, enquanto meio de propagar tais representações, foi capaz de internalizar no inconsciente coletivo tais nuances, apresentando-os como naturais. Pode-se dizer que o periódico ajudou a garantir a consonância da classe médica enquanto grupo social.

As citações da revista, mencionadas acima, por exemplo de que "O doente não é apenas um peso morto, um ônus para os seus e para a sociedade: é uma ameaça constante como fator de contágio" (SILVEIRA, ARQUIVOS DE SAÚDE PÚBLICA, n. 4, 1952, n. 4, p.15), "o pêso negativo na nossa balança social, pela di-

minuição da vitalidade, do bem estar físico, como emocional, como social, da produtividade" (SANTOS, ARQUIVOS DE SAÚDE pública, 1952, n. 3, p 39-40), "em pleno sertão brasileiro, (...) é grande o número de mulheres gestantes e crianças em completo desamparo sanitário, entregues às experiências das "comadres" ou às audácias dos "curandeiros" (PAULA, ARQUIVOS DE SAÚDE PÚBLICA, n.1, 1951, p. 17), são construções discursivas realizadas pelos médicos na revista a partir de suas visões de mundo sobre o sertão goiano, mas não correspondem ao sertão goiano em sua totalidade. "A representação não é uma cópia do real, sua imagem perfeita, espécie de reflexo, mas uma construção feita a partir dele (PESAVENTO, 2006, p. 21).

A força da representação de sertão na revista se constrói pela sua capacidade de mobilização e de produzir reconhecimento e legitimidade social. As representações se inserem em regimes de verossimilhança e de credibilidade, e não de veracidade, como definiu Pesavento. A representação do sertão enquanto espectro negativo e a representação do sertanejo enquanto sujeito doente e inválido, foi capaz de assegurar a coesão médica de Goiás como agente provedor de mudança, dando-lhe autoridade e legitimação. "Representar no sentido jurídico e político é também 'manter o lugar de alguém, ter em mãos sua autoridade" (CHARTIER, 2002, p. 165). Os médicos dessa época são autoridades sociais, especialistas, com licença concedida por eles próprios e reconhecida por outros para intervir em questões sociais. Seu discurso ergue-se à categoria de discurso competente, aquele ao qual os outros discursos devem se curvam, como exemplo quando Silveira cita comadres e curandeiras.

A *Arquivos de Saúde Pública* é uma rede de discursos sobre saúde e nação e que se sustentam na relação de representação entre uma imagem presente e um objeto ausente, por exemplo a representação de que indivíduos doentes e "idiotizados" é ausência de modernidade, tornando-se símbolo de atraso e abandono, e esse discurso tem em vista fazer com que a identidade do ser, que nesse caso são indivíduos doentes, não seja outra coisa senão a aparência da sua representação. Como já mencionado acima durante a fundamentação metodológica sobre História Cultural, criou-se uma rede paralela sobre a existência dos indivíduos, fazendo com que se vivesse nela e por ela e na ambiguidade entre ausência e presença, construções subjetivas em relação aos enfermos foram construídas. "A representação transforma-se em máquina de fabrico de respeito e de. submissão, num instrumento que produz constrangimento interiorizado, que é necessário onde quer que falte o possível recurso a uma violência imediata" (CHARTIER, 2002, p. 22).

O discurso médico sobre a representação do doente enquanto ausência de modernidade e civilidade, e em um sentido mais amplo enquanto aspecto sertanejo a ser superado, aspira de certa forma a uma universalidade racional. Porém, elas foram determinadas pelo grupo social, e ao relacionar os discurso com quem os utiliza, percebemos que de forma alguma são discursos neutros, pois produzem estratégias e práticas que impõem autoridade e legitimaram um projeto reformador e justificam inclusive para os seus, enquanto médicos, as suas escolhas e condutas, consolidando a experiência médica no Estado de Goiás, legitimando-a e dando confiabilidade no meio social. A configuração da narrativa médica na revista, e seus discursos que apreendem e estruturam a realidade através das repre-

sentações, dão a ver e a pensar o real, proporcionando aos que leem uma refiguração da sua própria experiencia, determinando operações de construção de sentidos, como salienta Chartier.

Os médicos, para além dos discursos sistemáticos sobre as doenças, viam-se nos papéis de protagonistas de incorporar Goiás ao resto do País, tornando-o moderno, civilizado e normatizado socialmente. Sua função, além de médica, era nacionalista e corroborava a dicotomia entre sertão e litoral, saúde e doença, moderno e atraso. Seus discursos buscavam disciplinar a sociedade, incutir valores e "destruír os vícios" presentes, e assim construir uma comunidade higiênica e civilizada. A classe médica vivia o anseio de recuperar o sertanejo, para fazê-lo viável economicamente dentro dos modelos capitalistas da época. O sertanejo, necessitado de melhoramento, passaria pelo agente essencial dessa promoção, o médico.

> Partimos pois do ponto de vista prático, que indica a recuperação do homem rural, como unidade produtiva e coeficiente de civilização maximé num país em que a pequenez do contingente demográfico ainda não pôde ocupar, de fato, toda a área que os nossos antepassados nos legaram, de direito. (SILVEIRA et al., ARQUIVOS DE SAÚDE PÚBLICA, n. 6, 1953, p. 9)

Os enunciados assentam-se na figura do sertanejo. Desde documentos do período colonial, o homem do interior era percebido pela Coroa Portuguesa como mole, doente e frouxo, como nos apresenta Machado e colaboradores (1978). A figura sertaneja precisava ser moldada para torna-se apta ao sistema capitalista em expansão. Nessa configuração o poder médico atinge o corpo como força

de trabalho. É essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao capitalismo, demostrando a perspectiva da medicina inglesa, abordagem realizada por Foucault em Microfísica do Poder (FOUCALT, 1996).

Nesse desejo de sanar o sertanejo do estado, afim de alcançar o progresso criou-se o Serviço Itinerante de Saúde, programa do Governo de Pedro Ludovico, em que se assistia as regiões mais remotas do estado por vias aéreas, fluviais e terrestre. Médicos, dentistas e enfermeiros se deslocam para as cidades do interior, visando principalmente a profilaxia de endemias rurais, educação sanitária da população e levantamento de censos demográficos-sanitários da população assistida.

No número seis da revista contém um ofício escrito pelo secretário José Peixoto da Silveira dirigido ao governador Pedro Ludovico, com data de 7 de agosto de 1951. Nele contém o anteprojeto de criação do Serviço Itinerante, além de várias justificativas para a criação do mesmo, dentre elas é a de que a assistência médico-sanitárias às populações em regiões mais remotas é um desafio para a administração pública, a partir disso Peixoto da Silveira descreve o norte do estado de Goiás, que hoje é o estado do Tocantins, ao realizar sua primeira viagem ao local

> Sentir de perto o Setentrião goiano, onde tudo é grande: as distancias e os rios, as montanhas e as planícies, as incalculadas riquezas, e as moléstias incalculáveis, o esforço editando heroísmos e as moléstias reeditando as mortes. O imenso Norte, onde tudo é superlativo e a natureza parece brincar de fazer contrastes. O Norte paradoxal onde tudo é grande e o homem não quer ser pequeno. O norte nativista, onde o caboclo é bronzeado constitui o

> tipo étnico verdadeiramente brasileiro: carne, sangue e espírito caldeados nas retortas geográficas do coração do Brasil. (...) O Norte, onde há povoados, vilas e cidades que insistem em sobreviver somente por um gesto heróico de teimosia. O Norte onde tudo é difícil e somente uma coisa é fácil: morrer. (...) confrontando não apenas uma região, mas as diversas regiões em que se divide aquela imensa área do Estado, que se convencionou chamar Norte. (...) mais abandonado que muitos países da África, aquilo é bem um verdadeiro retrocesso histórico, esquecida das legítimas pegadas dos bandeirantes audazes. (SILVEIRA, ARQUIVOS DE SAÚDE PÚBLICA, 1953, p. 20-21)

Se para Peixoto da Silveira o sul de Goiás já era considerado uma região sertaneja, o norte do estado seria o agravamento dessa condição. A região era considerada extremamente pobre, vivendo um abandono político-administrativo, em que as políticas públicas não conseguiam alcançar a região. Vivendo na capital do estado, em que se configurava naquele momento com um nascente ponto de civilização, o restante do estado configurava-se tornavam-se locais inóspitos e atrasados. A capital esculpiu-se em um local privilegiado, enquanto que o Norte do estado ainda padecia, como se pode observar na citação quase poética do secretário, de todo tipo de males e abandono, chegando a ser classificado enquanto um retrocesso histórico.

Esse Paradoxo que se constituiu a nova capital também pode ser observado em alguns outros artigos na revista, como no excerto abaixo:

> Pedro Ludovico (...), lançou, no tapete esmeraldino destas campinas, os fundamentos de uma nova ci-

> dade, que se transformaria, poucos anos decorridos, em vigorosa afirmação do quanto vale a violência controlada. E eis Goiânia, cidade esperança do Brasil (...) esperança para os que cansados, se abalançam do Nordeste e do Norte tão áspero, (...) demandam Goiânia como o peregrino em busca da Meca (...) (BORGES, ARQUIVOS DE SAÚDE PÚBLLICA, 1952).

Observamos que aqueles conceitos das épocas coloniais de litoral e sertão foram alocados para dentro do Estado de Goiás durante o século XX, e é observado nas classes políticas e elitizadas da sociedade. Limites imaginários foram criados na região, e os que se encontravam na nova capital, puderam usufruir da representatividade da modernidade, enquanto os que estavam fora ainda padeciam dos estigmas representativos do atraso. A construção de Goiânia representava para a época a dominação do sertão e toda a violência correspondente e a capital, enfim, estava integrada ao restante do país. A materialidade desse discurso é a sua produção e divulgação na própria revista, que faz parte de um campo associado, a uma rede de discursos produzidos na época, que sustentaram e deram legitimidade inclusive à transferência da sede do poder executivo do Estado de Goiás. Os discursos médicos, em específicos, possuíam legitimidade também política, e a classe médica, como já mencionado, foi um braço do Estado na reestruturação social. Muitos médicos estavam envolvidos na política e a transferência da capital deu-se pelas mãos de um.

Éder Mendes de Paula, em sua dissertação *Os Sons do Silêncio: O louco e a loucura em Goiás* (2011), abordarou esse mesmo

paradoxo observado nas conspecções médicas da época, definindo-o como um "um sertão dentro de outro sertão".

> Goiânia não se torna apenas um local privilegiado, a representação da saúde do estado, mas se distancia do isolamento. O isolamento aqui colocado não é o trabalhado por Luís Palacin, de Goiás em relação a outras localidades, mas falo do interior em relação à capital. O que se levanta dessa narrativa composta pelo representante da Associação Médica é a composição de um sertão dentro de outro sertão, uma sobreposição discursiva com base na construção de uma identidade saudável para a nova capital. (PAULA, 2011, p. 64)

O autor chama de sobreposição discursiva a possibilidade de se emergir de um mesmo local deferentes representações e que tratam de um processo de autoafirmação, que no caso é Goiânia. Goiânia necessitava ser vista como diferente do ruralismo em que se encontrava o restante de Goiás. Podemos observar esse mesmo pensamento na comparação que Peixoto realiza com Norte do Estado em realça ao Sul, onde ele se encontrava. Através do saneamento do sul do estado e a consequente construção da nova capital o sertão estaria delimitado por fronteiras sanitárias. Percebe-se a não identificação com esse espaço definido por Peixoto, sendo que ao mesmo tempo ele identifica o caboclo bronzeado enquanto tipo étnico verdadeiramente brasileiro.

Observa-se nesses contrastes apresentados por Peixoto, que ao mesmo tempo são paradoxos, percepções de identidade.: a identificação do norte enquanto região sertaneja, vasta e longínqua, a

identificação étnica brasileira enquanto caboclo bronzeado e a ideia do não se identificar-se a nenhuma das identidades, apesar de morar em Goiás e ser brasileiro. A construção da identidade no discurso desse Ofício se constrói a partir da ideia de diferença.

> Ao analisar como as identidades são construídas, sugeri que elas são formadas relativamente a outras identidades, relativamente ao "forasteiro" ou ao "outro", isto é relativamente ao que não é. Essa construção aparece, mais comumente, sob a forma de oposições binárias. A teoria linguística saussureana sustenta que as oposições binárias - a forma mais extrema de marcar a diferença — são essenciais para a produção do significado (Hall, 1997a). Essa concepção de diferença é fundamental para se compreender o processo de construção cultural das identidades (WOODWARD, 2000, p. 38)

Neste sentido, a construção das percepções do Norte se dá a partir da construção de si e do Outro como par opositor de um processo civilizatório. Os sentidos atribuídos à capital civilizada do estado possibilitaram uma rede de discursos que deram significado ao próprio sertão setentrional. Os sujeitos que moram em capitais do interior, constroem um outro sertão, já que seu lugar é considerado civilizado, delimitado através das ações sanitárias e pela presença do Estado.

> Acima de tudo, e de forma diretamente contrária àquela pela qual elas são constantemente invocadas, as identidades são construídas por meio da diferença e não fora dela. Isso implica o reconhecimento radicalmente perturbador de que é apenas por meio da relação com o Outro,

> da relação com aquilo que não é, com precisamente aquilo que falta, com aquilo que tem sido chamado de seu exterior constitutivo, que o significado "positivo" de qualquer termo — e, assim, sua "identidade" (HALL, 2000, p. 91)

Tais construções identitárias marcam presença nos números das revistas, e se emergem sempre no binômio moderno X atraso, saúde X doenças, sertão X civilizado, e ajudam os autores a identificarem-se enquanto promotores do progresso tão desejado pelos ideais da época. O desejo de civilizar os sertões, através da intervenção médica, faz com que a figura do médico seja revestida também de ritualização. O médico precisa ser cristalizado na memória social como salvador da nação. A revista funciona como espaço de construção dos lugares de memória no estado a partir da institucionalização da medicina, capaz de formar a identidade médica local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revista *Arquivos de Saúde Pública*, que reproduz a atividade médica em Goiás figura-se então como uma vitrine, que intencionava distanciar-se de toda forma de sua condição valorativa sertaneja. A revista tornou-se um ponto de encontro entre a comunidade cientifica e nela vários outros aspectos podem ser determinados para estabelecer a busca da classe médica em salvar o sertão goiano. Dentre eles temos o Serviço Itinerante de Saúde.

Entendendo-se que agora as "violências do sertão foram contidas nos tapetes esmeraldinos", através a construção da capital,

as atenções voltaram-se para o norte do estado, entendido enquanto Outro, pois representava aquilo que não é identidade brasileira. O Serviço Itinerante de Saúde foi criado para controlar a violência do Norte e poder conseguir integra-lo também a um país rumo ao progresso. Devido a sua importância, ele aparece em 14 textos da revista, na maioria das vezes escrito por Peixoto da Silveira. O editor e autores tinham por intuito transmitir aos seus leitores que a classe médica estava alavancando definitivamente os sertões, afim de transformar de vez a identidade sertaneja, para que ela não seja mais forasteira nesses novos espaços.

Dessa forma, a *Arquivos de Saúde Pública* ajuda-nos a refletir as representações médicas, acerca da sua própria atuação, e também acerca das relações entre saúde, doença e medicina e principalmente as representações da sociedade brasileira e Goiás. A formação da institucionalização da medicina em Goiás na segunda metade do século XX perpassa por alguns postos-chave. Um deles, dentro de uma perspectiva da História da Saúde, é compreender as práticas médicas e a atuação do médico goiano dentro de uma dicotomia entre sertão e litoral na qual o Estado se encontrava. Dentro da categoria de sertão, Goiás ansiava na atuação médica, a sua integração ao restante da nação. Para isso a recuperação do homem sertanejo e a educação sanitarista era fundamental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Thays Fregolent. Um Brasil Em Movimento: A Marcha para o Oeste. *Epígrafe*, São Paulo, v. 6, n. 6, pp. 337-345, 2018.

AMADO, Janaína. *Região, Sertão, Nação*. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, vol. 08, n. 15, 1995, pp. 145-151.

BORGES, Venerando de Freitas. Discurso. *Arquivos de Saúde Pública*, n. 3, 1952.

BURKE, Peter. *O que é História Cultural ?*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

CHARTIER, Roger. *A História Cultural: entre práticas e representações*. 2 ed. Diefel – Difusão editorial S.A. Memória e Sociedade, 2002.

CHAUL, Nasr. Caminhos de Goiás: da construção da decadência aos limites da modernidade. Goiânia: UFG, 2002.

DANNER, Fernando. A Genealogia do Poder em Michel Foucault. In: IV Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação PUCRS, 4, 2009. Porto Alegre. *Anais*...Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009. p. 786-794.

EDITORIAL. *Arquivos de Saúde Pública*, n. 2, 1951, p. 5.

FAUSTO, Boris. *História do Brasil*. ed. 14. São Paulo: Ed USP, 2013.

FIGUEIREDO, Clovis. Doença de Chagas em Goiás. *Arquivos de Saúde Pública*, n. 1. 1951, p. 16.

FERREIRA, Luiz Otávio. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-43). *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos.* 6(2): 331-51, 1999.

FERREIRA, Mauricio dos Santos; TRAVERSINI, Clarice Salete. A Análise Foucaultiana do Discurso como Ferramenta Metodológica de Pesquisa. *Educação & Realidade*. Porto Alegre. v. 38. n. 1., 2013. p. 207-226.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo. n. 114., 2001. p. 197-223.

FONSECA, Pedro C. D. Gênese e Precursores do Desenvolvimentismo no Brasil. Pesquisa & Debate. v. 15, n. 2, 2004.

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. 8.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

HALL, Stuart. Quem precisa da identidade?. In: SILA, Tomaz Tadeu (org.). Identidade e Diferença: *A perspectiva dos Estudos Culturais*. Petrópolis: Editora Vozes, 2000, p. 86-112. [online].

HERSCHMANN, Micael M.; PEREIRA, Carlos Alberto Messeder. O Imaginário Moderno no Brasil. In: HERSCHMANN, Micael M.; PEREIRA, Carlos Alberto Messeder.(Orgs.). *A Invenção do Brasil Moderno: Medicina, educação e engenharia nos anos 20-30*. Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 1994. p. 9-42.

HOCHMAN, Gilberto. A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações. In: BOMENY, Helena (Org*). CONSTELAÇÁO Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getulio Vargas; Bragança Paulista (SP): Ed. Universidade de São Francisco, 2001. p.127-151

HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento*. São Paulo: Hucitec Editora, 2013.

KRILOW, Letícia Sabina Wermeier. Jornal como fonte e/ou objeto da escrita histórica: proposta metodológica aplicada à análise das representações sobre "o político" na "grande imprensa carioca" de 1955 a 1960. *Oficina Do Historiador*. v. 12, n. 1, 2019.

LAPUENTE, Rafael Saraiva. A Imprensa como fonte: apontamentos teórico-metodológicos iniciais acerca da utilização do periódico impresso na pesquisa histórica. *Bilros*, Fortaleza, v. 4, n. 6, p. 11-29, 2016.

LUDOVICO, Pedro. Discursos proferidos durante o congresso. *Arquivos de Saúde Pública*, n. 2, 1951, p. 25.

LIMA, Nísia Trindade. *Um Sertão chamado Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 1998.

LIMA, Nísia Trindade & HOCHMAN, Gilberto. "Pouca saúde e muita saúva": sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais. In: Hochman, Gilberto & Armus, Diego (Org.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004. p.493-533.

MORAES, Antonio Carlos Robert. O Sertão: Um "outro" geográfico. *Terra Brasilis Revista da Rede Brasileira de História da Geografia e Geografia Histórica*. 4 – 5, 2003.

MACHADO, Roberto et al. *Danação da norma: Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.* Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

REZENDE, J. M. O Primeiro Periódico Médico do Brasil. In: *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina* [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009, pp. 385-387.

PAULA, Éder Mendes de. *Os Sons do Silêncio: O louco e a loucura em Goiás*. Dissertação (Mestrado em História) - Programa de Pós-Graduação em História, da Faculdade de História da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2011.

PAULA, Éder Mendes de. "Doutores" do Sertão: Discursos do III Congresso Médico do Brasil Central (1951). *Projeto História*, São Paulo, v. 69, p.312-346, 2020.

PAULA, Éder Mendes de. Divulgação Científica e Institucionalização da Medicina: A Revista Arquivos de Saúde Pública em Goiás (1951-1954). *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais – RBHCS*. v. 14, n. 29, 2022.

PAULA, Rainer. Higiene Prénatal e infantil nas zonas rurais. *Arquivos de Saúde Pública*. n.1, 1951, p. 17.

PEREIRA, Eliane Manso. O Estado Novo e a Marcha para Oeste. *História Revista* (2) 1, 1997

PESAVENTO, Sandra Jatahy. *História e... Reflexões: História & História Cultural*. 3° Edição. Editora Autêntica. 2012. [online].

SANTOS, Armando Ribeiro. Bocio Endemico. *Arquivos de Saúde Pública*. n. 3, 1952, p 39-40.

SILVA, Giuslane Francisca da; JÚNIOR, Sergio da Silva Machado. A Construção do sujeito em Michel Foucault. *ENTRELETRAS*. Araguaína. v. 7. n. 1, 2016. p. 200-210.

SHWARCZ, Lília Moritz; STARLING, Heloisa Murgel. Brasil: Uma Biografia. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

SILVA. Márcia Regina Barros. História da Saúde: acervos de periódicos científicos nas bibliotecas especializadas. *Sillogés*. v.2. n.2, 2019.

SILVEIRA, José Peixoto. Editorial. *Arquivos de Saúde Pública*. n. 1, 1951, p. 5.

_____. A localidade de um Sanatório para Tuberculosos em Goiás. *Arquivos de Saúde Pública*, n. 4, 1952, p.15

_____. PORCARO, Niltro.; COTTA, Juracy Gripp.; PINTO, João Vaz. Organização e Funcionamento do Serviço Itinerante de Saúde do Estado de Goiás. *Arquivos de Saúde Pública*. n. 6, 1953, p. 9.

_____. Ofício. *Arquivos de Saúde Pública*. n. 6, 1953, p. 20-21.

STORMOWSKI, Marcia Sanocki. *Interpretações sobre a pobreza na época do desenvolvimentismo: análise dos discursos de Vargas e JK*. Tese (Doutorado em História) - Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

VIEIRA, Alboni Marisa Dudeque Pianovski. A História Cultural e as Fontes de Pesquisa. *Revista HISTEDBR On-line*, n. 61, Campinas, 2015

VIEIRA, Tamara Rangel. *Uma clareira no sertão? Saúde, nação e região na construção de Brasília (1956 - 1960)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências Biomédicas). - Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz. Rio de Janeiro, 2007.

VIEIRA, Tamara Rangel. *"Médicos do sertão" Pesquisa clínica, patologias regionais e institucionalização da medicina em Goiás (1947 - 1960)*. Tese (Doutorado em História das Ciências Biomédicas) - Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz. Rio de Janeiro, 2012.

WOODWARD, Kathryn. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. Quem precisa da identidade?. In: SILA, Tomaz Tadeu (org.). Identidade e Diferença: *A perspectiva dos Estudos Culturais*. Petrópolis: Editora Vozes, 2000, p. 02-60. [online].

A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA EM FLORIANO A PARTIR DA POLÍTICA INTERVENTORA DO PIAUÍ (1930-1945)

Rakell Milena Osório Silva[1]
Joseanne Zingleara Soares Marinho[2]

Introdução

A passagem da Primeira República para o Governo Provisório de Getúlio Vargas ocorreu a partir do início de uma reforma político-administrativa, adotada pelo novo Presidente. No início da década de 1930, uma das principais medidas adotadas no país foi em direção à saúde pública, que apresentava es-

1 Mestranda do Programa de Pós Graduação em História do Brasil da Universidade Federal do Piauí (PPGHB-UFPI), graduada em Licenciatura em História pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI), membra do Grupo de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde no Piauí (Sana) e do Grupo de Estudo e Pesquisa da História das Práticas da Saúde e das Doenças (GEPHPSD). E-mail: rakellosorio@gmail.com.

2 Doutora em História pela Universidade Federal do Paraná- UFPR. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Piauí- UESPI. Atua também como Professora do Programa de Pós-Graduação em Ensino de História (ProfHistória) e do Programa de Pós-Graduação em História do Brasil (PPGHB) da Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: joseannemarinho@cchl.uespi.br.

truturas precárias, principalmente no interior do país. Houve um processo lento a partir do que já vinha sendo realizado na área da saúde, com a incorporação tanto das instituições, quanto dos agentes, para estabelecer a normatização, centralização e especialização profissional. (HOCHMAN, 2002).

A área da saúde pública constituiu-se como uma das responsabilidades do Estado a partir do combate às doenças infecto-contagiosas. De acordo com Bertolli (1996), para efetivar as mudanças desse panorama, ainda em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), que visava a remodelação dos serviços sanitários e a incorporação da política social para a população que não fazia parte da medicina previdenciária, uma vez que os trabalhadores que não possuíam carteira assinada precisavam recorrer à caridade pública.

Essas transformações estavam em processo desde a década de 1920, com o começo da implementação dos serviços de profilaxia rural, em especial, no combate de endemias. Os serviços sanitários da capital Rio de Janeiro, ainda não atuavam da forma almejada, mesmo havendo a concentração dos programas de saúde na área urbana, as precárias condições de salubridade e higiene ocasionavam a presença de diversas doenças endêmicas e epidêmicas, tais como: febre amarela, varíola, verminoses, tuberculose e sífilis. Em contrapartida o interior ficava à margem, com serviços precários ou sem nenhuma assistência. (PAIM, 2011).

Somente em 1921, a partir de subsídios governamentais, foi instalado o primeiro Posto Sanitário da capital, posteriormente chamado de Clementino Fraga, que visava atender os indigentes e

doentes pobres, oferecendo um serviço de saúde baseado no tratamento de doenças com assistência médica. Além desse serviço, foi instalado: o Posto de Profilaxia de Lepra e Doenças Venéreas (1924), o Posto Moura Brasil (1928), o Dispensário de Moléstias Venéreas na Santa Casa de Misericórdia (1928), estes na capital Teresina e o Posto de Saúde em Parnaíba. (MARINHO, 2020). Apesar disso, como a organização estava em fase inicial, os serviços sanitários ainda atuavam de forma ineficiente e desorganizada.

Nesse período, a saúde pública ganhou destaque a partir do olhar dos médicos higienistas e elites políticas, que visavam um país modernizado e, para isso, era necessária a incorporação de uma medicina social de cunho preventivo, com medidas higiênicas e profiláticas, que segundo Hochman (2002), foram importantes para romper com esse ideário construído do Brasil como "um imenso hospital", advindo do discurso médico de Miguel Pereira, proferido em decorrência das endemias que assolavam a região rural, tendo repercussão nas decisões acerca das políticas públicas de saúde na primeira metade do século XX.

A organização da saúde pública foi sendo remodelada pelos Interventores Federais de cada estado designados pelo Presidente Getúlio Vargas, pois os profissionais qualificados eram limitados, as estruturas eram precárias e os materiais eram insuficientes. (FONSECA, 2017). De acordo com Joseanne Marinho (2018), tais medidas começaram a chegar ao Piauí através da gestão do Interventor Federal, Landry Salles Gonçalves, que foi responsável por uma reformulação da administração pública,

mas somente durante o governo de Leônidas de Castro Mello, que atingiram de forma efetiva os serviços públicos de saúde.

A partir da década de 1930, a saúde pública no Piauí passou a visar o ideário de prevenção e amparo da saúde. As políticas públicas de saúde passaram a ser materializadas nas instituições, nos discursos médicos, no tratamento das doenças venéreas, nas ações do governo piauiense direcionadas a população, fundamentadas em uma orientação política de saúde, com base na cultura do higienismo. (NERY, 2019). Entre os serviços de saúde oficiais, tinham destaque os centros de saúde, os postos de higiene e as delegacias de saúde, que praticavam o tratamento e a profilaxia dos doentes com mais organização e regularidade. (MARINHO, 2018).

O primeiro Governo Vargas foi responsável por priorizar diversos âmbitos que no período anterior não eram considerados relevantes. Uma das principais medidas adotadas no país foi em direção à saúde pública, que apresentava estruturas precárias, principalmente no interior do país. Conforme Gilberto Hochman (2002), houve um processo gradativo a partir do que já vinha sendo realizado na área da saúde na Primeira República, com o início da incorporação tanto das instituições, quanto dos agentes, para estabelecer a normatização, centralização e especialização profissional.

Desse modo, no Piauí houve um aumento significativo nas verbas destinadas para a saúde pública, possibilitando que a saúde se organizasse melhor a partir do investimento em profissionais e estabelecimentos hospitalares, além do estabelecimento e elevação dos postos de higiene no interior do estado, não se restringindo somente à capital Teresina, localizada na região central do Piauí, mas também

às cidades de Parnaíba ao norte, e Floriano, estabelecida na região sul. (MARINHO, 2021).

No início da década de 1930, a saúde pública no sul do Piauí se encontrava deficitária por conta da falta de profissionais. Os serviços de saúde do sul do estado se concentravam apenas Hospital de Caridade Miguel Couto e no Posto de Saúde de Floriano, ambos dirigidos pelo médico Sebastião Martins, que ao longo dos seus anos de trabalho, elaborou planos e estabeleceu medidas para estruturar essas instituições de saúde que, no entanto, eram limitadas quanto ao tratamento e profilaxia da população.

A partir disso, este capítulo tem por finalidade analisar o processo de formação e administração política e econômica da cidade de Floriano, no Piauí, a partir da Revolução de 1930, com a nomeação do prefeito Theodoro Ferreira Sobral e, posteriormente com Oswaldo da Costa e Silva, que permaneceu neste cargo até o final do Governo Vargas, em 1945 e como isso influenciou no investimento em saúde pública na cidade, por meio das instituições que atuavam no período, que é o caso do Hospital de Caridade Miguel Couto e do Posto de Higiene.

Para isso, foram utilizadas bibliografias como obras de Joseanne Marinho (2018) e Ana Karoline Nery (2021) para as discussões acerca da saúde pública, com os processos que levaram o estabelecimento e a expansão dos serviços para o interior do estado, as formas de terapêutica e profilaxia, durante o Governo Interventor. Teresinha Queiroz (1994) e Francisco Alcides (2015) também foram utilizados nas abordagens historiográficas acerca dos múltiplos aspectos que retratavam o Piauí, principalmente a questão política,

econômica e social e trabalhos de Gilberto Hochman (2005) vão ser utilizados para a análise das relações entre saúde pública e construção do estado no Brasil da Primeira República, e também os estudos de Cristina Fonseca (2017), com as políticas voltadas para a saúde pública no Governo Vargas e a expansão dessas iniciativas.

Acerca das fontes, foram utilizadas as Mensagens de Governo do Piauí de 1930 a 1945, a Revista da Associação Médica do Piauí de 1939 a 1944, os Códices do Posto e do Hospital de Caridade de Floriano de 1932 a 1944 e os diversos relatórios enviados pelo diretor das instituições de saúde de Floriano ao diretor do Departamento de saúde pública, de 1935 a 1943, servindo para retratar como a saúde pública passou a se organizar nesse período no Piauí, especificamente na cidade de Floriano.

Notas sobre o cenário político-econômico florianense

A cidade de Floriano está localizada ao sul do estado do Piauí estando situada na margem direita do Rio Parnaíba, a duzentos e quarenta e quatro quilômetros da capital Teresina. Era denominada como Colônia Rural de São Pedro de Alcântara até 1867, quando foi elevada à condição de cidade. Segundo João Baptista (1989), o Rio Parnaíba banha vinte municípios piauienses, entre eles Floriano, tendo destaque por seu transporte fluvial, a partir de exportações para outros estados, como o Maranhão, Ceará e Bahia. Por meio do mapa 01, é possível observar as nascentes do rio e como diversas cidades surgiram no seu entorno.

Ainda na Primeira República, o Rio Parnaíba foi responsável por contribuir com o desenvolvimento econômico do estado do Piauí a partir da navegação fluvial com o transporte de mercadorias extrativistas e pecuárias, como a cera de carnaúba, borracha de maniçoba, couro e peles de gado e algodão. De acordo com Teresinha Queiroz (1984), ainda no final do século XIX, o movimento econômico, baseado na pecuária e na lavoura caracterizava as regiões próximas do Parnaíba, sendo que a navegação expandiu-se gradativamente para o sul do estado, contemplando a cidade de Floriano. A exportação destes produtos foi importante, pois abasteciam o mercado externo e fortaleciam a economia interna, as quais estavam enfraquecidas por conta da crise financeira, o que poderia ser evidenciada pelo descontrole das finanças públicas.

O Piauí refletiu a crise a partir da vulnerabilidade com as exportações, uma vez que dependia dos mercados nacionais para se organizar. O governador, após essa avaliação, propôs algumas soluções que reduzissem os altos índices de inflação e não prejudicassem a economia piauiense. Isso ocorreu a partir de fontes de renda limitadas para a pecuária, redução dos trechos navegáveis pelo Rio Parnaíba, aumento da mão de obra e fornecimento de crédito para desenvolver a agricultura e aumento de impostos. (QUEIROZ, 1984). Para o chefe de Estado "É preciso que todos se convenção que para mantermos a nossa autonomia é necessário fazermos um sacrifício, que será tanto mais pesado quanto maior for o estado de atrazo em que estivermos". (RELATÓRIO GOVERNAMENTAL, 1893, p. 3).

Para a historiadora Cristina Fonseca (2017), o recorte da Primeira República foi um período com vários proces-

sos importantes para a política no Brasil, foi quando as políticas públicas passaram a ser incorporadas como atribuição do Estado, onde buscava-se construir a nacionalidade não somente da capital Rio de Janeiro, como no período anterior, mas também nos sertões, como é o caso do Piauí.

O início do Governo Vargas foi marcado pela instabilidade política e por conta das diferenças regionais. Devido a isso, o Presidente instalou o sistema de interventorias no Brasil, em todos os estados com exceção de Minas Gerais, onde foi mantido o Presidente estadual Olegário Maciel. Com exceção ainda do Rio Grande do Sul e Pernambuco, a maioria dos estados passou a ser governada por militares. No Piauí, alguns nomes como Humberto de Areia Leão, Joaquim Vaz da Costa e Joaquim de Lemos Cunha buscaram se estabelecer no poder após a Revolução de 1930, porém não atendiam aos requisitos de alinhamento com o Presidente, pois era necessário estabilizar e equiparar o novo grupo ao poder federal que se constituía. O Governo Provisório, enfrentou problemas semelhantes para consolidar a Revolução em vários estados, como no Piauí. Desse modo, encontrou no tenentismo a resposta mais prática para a crise, onde o governo central indicou Landry Salles, uma pessoa de confiança de Juarez Távora que preenchia os critérios estabelecidos para as interventorias nordestinas, pelo fato de ser militar, mas neutro politicamente. (CAVALCANTE JÚNIOR, 2020).

Os Interventores visavam colocar o Piauí em sintonia com a centralização político-administrativa do Governo Federal, uma vez que eles eram como executores locais do projeto de governo varguista, e, por isso, tinham a função de reestabelecer o equilíbrio político

alterado por conta da Revolução de 1930. Ao mesmo tempo em que tentaram estruturar a administração local nomeando pessoas de confiança para a condução de serviços chaves nesse processo, também, colocaram em funcionamento os mecanismos de fortalecimento nacionalista. (MELO, 2020). Com o Interventor Federal no comando do Piauí a partir de 1931, ele passou a se reportar diretamente ao Presidente Getúlio Vargas, apresentando preocupação com o estado, como demonstra a seguir:

> Vale, por isso, relembrar, de começo, a situação de franca insegurança e generalizada desordem em que encontrei o Estado. As primeiras medidas a pôr em pratica foram, portanto, tendentes a fortalecer a confiança popular abalada e a garantir os direitos individuaes e collectivos. Dado esse passo, com êxito, restabelecida a ordem, houve de proceder, desde logo, a reformas de caracter puramente administrativo, procurando regular, em justo equilibrio, as possibilidades do momento e as difficuldades a vencer. (RELATÓRIO GOVERNAMENTAL, 1931-1935, p. 3).

Desse modo, foi possível notar mudanças graduais, sem romper com o que vinha sendo realizado, ocorrendo a incorporação tanto das instituições, quanto dos agentes, para estabelecer a normatização, centralização e especialização dos serviços e dos profissionais. No Piauí, essa administração buscou se organizar a partir da convergência de interesses entre os Interventores e os Prefeitos de cada cidade.

Na cidade de Floriano, Cirilo Martins de Brito foi nomeado como Prefeito ainda em 1930, todavia logo foi deposto. Assim que Landry Salles assumiu o governo, nomeou Theodoro Ferreira Sobral[3], que tomou posse em junho de 1931 e permaneceu no cargo até 1935, quando houve eleições para Prefeito que foram disputadas entre o gerente comercial José Francisco Dutra, o coronel Raimundo Mamede de Castro e o cirurgião dentista Oswaldo Costa e Silva, onde este venceu o embate e governou até o final do período Vargas. (DEMES, 2002).

Desde a Primeira República que as atividades econômicas de Floriano ocorriam a partir do Rio Parnaíba, através do transporte de passageiros e de produtos do extrativismo vegetal, como a cera de carnaúba, a borracha da maniçoba e o algodão. Nas décadas de 1930 e 1940, o país apresentou crescimento econômico mobilizado pelo projeto nacional da industrialização. Por isso, em 1932, foi implantada na cidade de Floriano a Usina Itaueira, que foi instalada pelo Governo Federal e serviu para acelerar a produção de diversas matérias primas, como: algodão, arroz e milho.

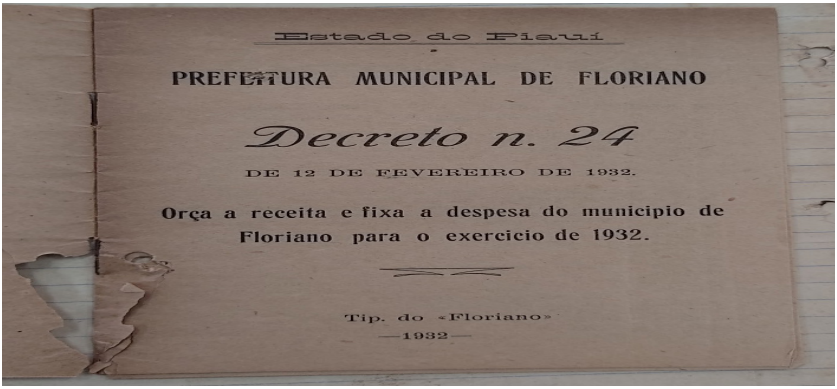
A economia extrativista e comercial possibilitou a ampliação do progresso econômico de Floriano, a partir do transporte a vapor, fazendo com que a cidade exportasse para diversas cidades do estado do Piauí, Maranhão e Goiás. Como destaca Francisco Castro (1997), por Floriano ser uma cidade ribeirinha, o transporte fluvial, tornou-se uma via mais fácil e barata para o escoamento de seus pro

3 Theodoro Ferreira Sobral, antes de ser político, estudou farmácia e se formou na Faculdade de Medicina e Farmácia na Bahia, onde exerceu sua profissão na cidade de Floriano e em junho de 1931 tomou posse como Prefeito, por meio da nomeação de Landry Salles.

dutos e a comercialização de mercadorias vindas de outros estados, e até mesmo do exterior.

Todas as medidas feitas no governo de Theodoro Sobral eram reportadas diretamente ao Interventor Federal. Ele buscou alinhar a política intervencionista em seu governo, cujo objetivo principal era centralizar o poder, realizar medidas de urbanização na cidade e, principalmente continuar desenvolvendo a economia. Pode-se observar a preocupação com as dívidas e despesas no relatório do balanço de junho até dezembro de 1931, como ele destaca: "Em virtude das modificações que tive de fazer no orçamento desta Prefeitura, para o exercicio de 1932, rezolvi substitui-lo pelo que a este acompanha, para ser submetido á aprovação do Exmo Dr. Interventor Federal." (RELATÓRIO MUNICIPAL, 1931, n.p.). Este balanço continha o resumo da movimentação dos impostos e das despesas do município de Floriano, de janeiro até dezembro. Esses relatórios foram feitos por meio de decretos durante todo o seu governo, a exemplo do Relatório de 1932, expresso na imagem abaixo:

Imagem 01: Resumo das Receitas e Despesas do município de Floriano, no ano de 1932.


Estado do Piauí

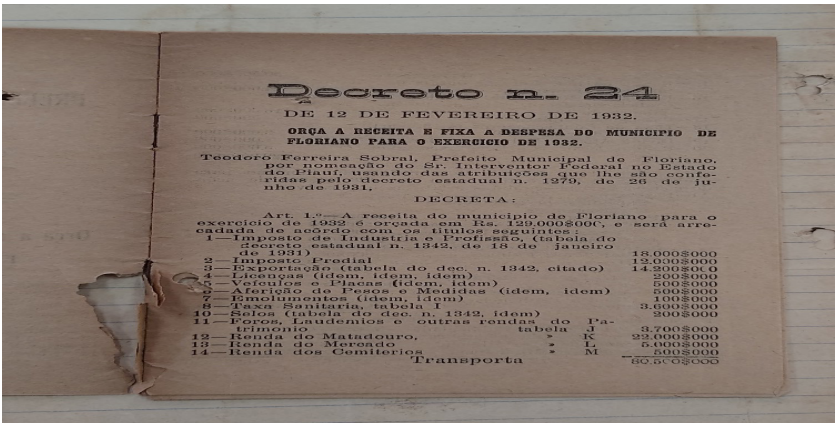
PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANO

Decreto n. 24

DE 12 DE FEVEREIRO DE 1932.

Orça a receita e fixa a despesa do municipio de Floriano para o exercicio de 1932.

Tip. do «Floriano»
—1932—



Decreto n. 24

DE 12 DE FEVEREIRO DE 1932.

ORÇA A RECEITA E FIXA A DESPESA DO MUNICIPIO DE FLORIANO PARA O EXERCICIO DE 1932.

Teodoro Ferreira Sobral, Prefeito Municipal de Floriano, por nomeação do Sr. Interventor Federal no Estado do Piauí, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo decreto estadual n. 1279, de 26 de junho de 1931,

DECRETA:

Art. 1.º—A receita do municipio de Floriano para o exercicio de 1932 é orçada em Rs. 139.000$000, e será arrecadada de acôrdo com os titulos seguintes:

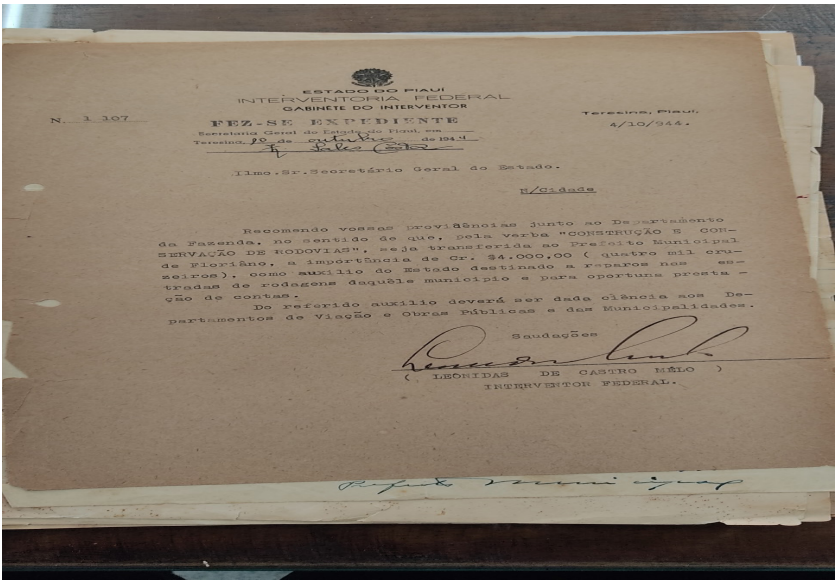
1—Imposto de Industria e Profissão, (tabela do decreto estadual n. 1342, de 18 de janeiro de 1931)		18.000$000
2—Imposto Predial		13.000$000
3—Exportação (tabela do dec. n. 1342, citado)		14.500$000
4—Licenças (idem, idem, idem)		200$000
5—Veículos e Placas (idem, idem)		500$000
6—Aferição de Pesos e Medidas (idem, idem)		500$000
7—Emolumentos (idem, idem)		100$000
8—Taxa Sanitaria, tabela I		3.000$000
10—Selos (tabela do dec. n. 1342, idem)		200$000
11—Foros, Laudemios e outras rendas do Patrimonio tabela J		3.700$000
12—Renda do Matadouro, » K		23.000$000
13—Renda do Mercado » L		5.000$000
14—Renda dos Cemiterios » M		500$000
Transporta		60.500$000

Fonte: Arquivo Público do Piauí.

As maiores taxas coletadas eram da entrada e saída de mercadorias, uma vez que Floriano era uma das principais cidades do sul do Piauí que trabalhava com a exportação comercial. Além disso, havia as taxas cobrada pela usina elétrica, que fornecia energia para a cidade, como também a renda adquirida pelo matadouro, mercado e cemitério, ambos públicos. No mesmo relatório, havia as principais despesas gastas, entre elas estavam: pagamento dos funcionários, saneamento, instrução pública e reformas nos estabelecimentos públicos.

Quando o Prefeito Oswaldo da Costa e Silva assumiu em 1936, suas medidas se basearam em continuar a centralização do poder como seu antecessor, se reportando ao novo Interventor Federal, Leônidas de Castro Mello. Em seu governo, havia uma maior preocupação com o transporte de mercadorias, pois além da via fluvial pelo Rio Parnaíba, havia o transporte rodoviário. Devido a isso, o Interventor Federal expediu um comunicado ao Prefeito:

Imagem 02: Comunicado do Interventor Federal para o repasse de verbas para a manutenção das estradas da cidade.



ESTADO DO PIAUÍ
INTERVENTORIA FEDERAL
GABINETE DO INTERVENTOR

N. 1 107

Teresina, Piauí, 4/10/944.

FEZ-SE EXPEDIENTE
Secretaria Geral do Estado do Piauí, em Teresina, 10 de outubro de 194 4

Ilmo.Sr.Secretário Geral do Estado.

N/Cidade

Recomendo vossas providências junto ao Departamento da Fazenda, no sentido de que, pela verba "CONSTRUÇÃO E CONSERVAÇÃO DE RODOVIAS", seja transferida ao Prefeito Municipal de Floriano, a importância de Cr. $4.000,00 (quatro mil cruzeiros), como auxilio do Estado destinado a reparos nas estradas de rodagens daquêle municipio e para oportuna prestação de contas.

Do referido auxilio deverá ser dada ciência aos Departamentos de Viação e Obras Públicas e das Municipalidades.

Saudações

(LEÔNIDAS DE CASTRO MELO)
INTERVENTOR FEDERAL.

Fonte: Arquivo Público do Piauí.

No final da década de 1930, o funcionamento da economia no Brasil se classificava em três grandes setores: primário, voltado para a agropecuária, secundário, para a indústria e a construção civil e terciário, com serviços em geral. No Piauí, a economia estava se estabelecendo por conta do aumento da produção agrícola e, consequentemente, do comércio, como afirma o Interventor Leônidas Mello, no relatório enviado ao Presidente Vargas em 1937:

> A cêra de carnahuba, o babassú, tucum e outros produtos – dadivas exclusivas da natureza – apresentam, ainda, a maior fonte de sua riqueza economica. A pecuaria, a lavoura, obras de

> nosso proprio esforço e attestado da resistencia do mosso trabalhador, acham-se em segundo plano, menos por falta de iniciativa, que de assistencia financeira, elemento indispensavel ao seu progresso. (RELATÓRIO GOVERNMANENTAL, 1937, p. 14).

Com a produção agrícola, que antes se concentrava na parte de subsistência, no final da década de 1930 e início de 1940, com o crescimento econômico, passou cada vez mais a se expandir comercialmente, por meio das rodovias e hidrovias. Porém, como afirma Raimundo Santana, no Piauí "[...] o comércio não se constituiu em elemento de expansão para a maioria de seus municípios." (SANTANA, 2008, p. 85). Por isso, foram necessários incentivos aos grandes produtores rurais, como créditos em forma de empréstimos para investir nas atividades rurais, não ficando restrito somente à capital Teresina, como também se expandindo para o interior do Piauí, como é o caso de Floriano.

O processo de urbanização em Floriano

Com o crescimento econômico no Piauí, a partir da década de 1930, houve um aumento populacional na zona urbana e, consequentemente, um crescente processo de urbanização. Com a chegada dos Interventores Federais e o apoio dos Prefeitos nomeados, diversas mudanças foram empreendidas no crescimento das cidades em prol da urbanização, da construção e reforma de diversos prédios públicos.

As cidades possuem sistemas de relações e de práticas, que estão sempre em crescente transformação, nas quais o espaço reveste um sentido social e simbólico, além do seu aspecto físico. De acordo com Raquel Rolnik (2004), o espaço urbano deixou de se restringir apenas a conjunto de edifícios, para significar a predominância da cidade sobre o campo com suas periferias, vias expressas e estradas que recobrem zonas rurais, caracterizando um movimento incessante de urbanização.

A cidade de Teresina como capital, recebia uma significativa parte da elite nos centros urbanos, para tornar a cidade mais civilizada. Com isso, foram necessárias algumas mudanças ainda no início da República, como o alargamento de ruas, construção de prédios públicos, fornecimento de água encanada em 1906, inauguração da rede telefônica em 1907, energia elétrica em 1914, início da construção da ponte João Luiz Ferreira em 1915, que ligava Teresina a Timon, fundação da Academia Piauiense de Letras em 1917, entre outras melhorias. (QUEIROZ, 1994).

As mudanças da Primeira República ainda estavam latentes nas regiões do interior do país, enquanto a capital, o Rio de Janeiro, era tomada por modificações significativas, de intensa turbulência política e social, que já se anunciavam nos últimos anos do Império. A partir de Nicolau Sevcenko (2003), foi possível notar que o progresso estava associado aos padrões europeus, onde as elites políticas brasileiras passaram a considerar como importante a modernização e a organização das cidades, até mesmo no interior do país. Diversas crônicas retratam características da urbanização e das melhorias feitas em Floriano,

vistas como sinônimo de progresso desde o início da Primeira República, até os dias atuais, a exemplo do texto de José Ozório Filho:

> As praças arborizadas e ruas desenhadas, suas avenidas repletas de carisma, silencia o tempo, fazendo a paz fluir do infinito do universo, existe um segredo do teu interior que se consagra na imensidão de um profundo amor. (OZÓRIO FILHO, 2012, p. 48).

Todavia, esse ufanismo quanto às obras públicas da cidade de Floriano foi apresentado de forma exagerada, não correspondendo com as condições idealizadas de urbanização da cidade, que ocorreu de forma limitada, restringindo-se principalmente ao centro, a fim de embelezar para se tornar cartão postal da cidade, a partir dos discursos de progresso dos governantes.

No relatório do Prefeito Theodoro Ferreira Sobral, aliado político do Interventor Landry Salles, ele afirma: "Tenho procurado manter a arborização de diversos logradouros publicos, iniciadas e continuadas por dois dos meus antecessores, e agora mesmo outras ruas começaram a receber novas mudas de "Ficus Benjamin" para sua arborização." (RELATÓRIO MUNICIPAL, 1931), havia então, uma maior preocupação com a estética das cidades, a arquitetura e o urbanismo. Desse modo, a questão do embelezamento da cidade era ponto importante para o governo e a elite política da capital piauiense, pois acreditavam que o embelezamento e o higienismo da cidade era o caminho necessário para alcançar o progresso e a modernização almejada. (VIEIRA, 2021).

Diversas ruas foram arborizadas e calçadas em Floriano, como a antiga Rua Rio Branco, atualmente conhecida como Rua São Pedro e a antiga Avenida Álvaro Mendes, hoje chamada de Avenida Getúlio Vargas. Essas ruas, dentre outras, receberam arborização de figueiras e oitizeiros, como também calçamentos para melhorar o acesso de carroças e pedestres. Os projetos de urbanização seguiram a partir de decretos que objetivavam aumentar a circulação das pessoas. Todavia a prioridade era o centro da cidade, a parte periférica da cidade de Floriano continuava em situação precária, como é o caso do Pau D´água, localizado no final da avenida Esmaragdo de Freitas. Nessa parte da cidade aportavam as antigas balsas, trazendo mercadorias de todo tipo, todavia ainda era constante encontrar casas de palha como habitações para a população pobre. Em todo o estado, já era decretado por lei, desde 1910, a proibição da construção de casas de palha na zona urbana, onde o propósito das autoridades se baseava em reorganizar e higienizar gradativamente a zona urbana de construções de palha e talos de coco. (NASCIMENTO, 2015).

Essa era uma prática frequente no Brasil desde o início da Primeira República, para Sidney Chalhoub (1996) a demolição dos cortiços, aqui associados às casas de palha, faziam parte de um projeto político que associava a urbanização, a higiene e à modernização das cidades. O Rio de Janeiro buscava se inserir em uma política de transformação da capital federal, a partir da erradicação de várias epidemias e do embelezamento urbano, criando um melhor cartão de visitas aos visitantes estrangeiros interessados em investimentos no Brasil. Esse projeto sistemático reverberou no interior do país, como é o caso do Piauí, mas as casas de palha continua-

ram presentes durante todo o Governo Interventor, principalmente nas periferias do interior do estado.

Esse projeto sistemático reverberou no interior do país, como é o caso do Piauí, de forma menos intensa, uma vez que as casas de palha continuaram presentes durante todo o Governo Interventor, principalmente nas periferias do interior do estado. Todavia, para mitigar essa situação, foram feitas diversas reformas e também construções de obras públicas no núcleo central da cidade de Floriano ainda no governo de Theodoro Sobral, como é o caso da Escola Normal, que a partir desse período estava sob inspeção estadual, a fim de funcionar regularmente com as três séries do curso básico.

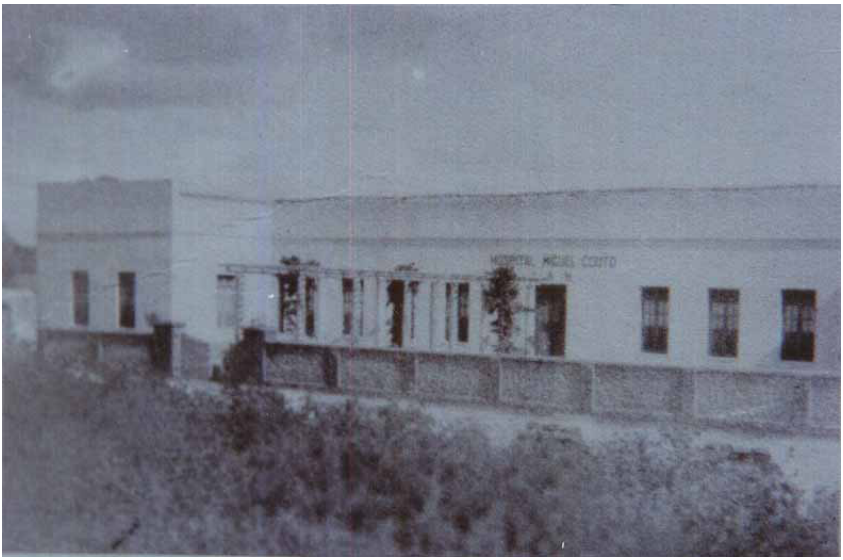
Dessa maneira, a partir do período intervencionista no Piauí, a cidade de Floriano vivenciou um processo de modernização, que se intensificou a partir da Revolução de 1930 com os governos de Theodoro Sobral e Oswaldo Costa e Silva, que foram responsáveis pelas transformações que pretendiam alinhar a cidade com a capital do estado, refletidas na urbanização, nos reparos de prédios públicos e na instalação de serviços, incluindo os de saúde pública, foco principal do presente trabalho.

A saúde pública em Floriano a partir da administração municipal de Theodoro Sobral e Oswaldo da Costa e Silva

A cidade de Floriano contava com duas instituições de saúde pública. Uma delas tratava-se do Hospital de Caridade Miguel Couto, fundado pelo magistrado Dr. Augusto Ewerton e Silva, em 1901, antes conhecido como Hospital São Vicente de Paulo,

que desde o início dos serviços prestou auxílios aos desfavorecidos, fornecendo alimentos, remédios e moradia. (BEZERRA, 1989). E também havia o Posto de Higiene, que prestava serviços ambulatoriais e domiciliares que datam desde 1933, ambos administrados pelo médico Sebastião Martins de Araújo Costa. A imagem a seguir, retrata o casarão do hospital nos anos 1940:

Imagem 03: Fachada do prédio do Hospital de Caridade Miguel Couto na década de 1940.



Fonte: Blog Portal de Floriano.

O Hospital de Caridade Miguel Couto, foi responsável por fornecer tratamento à população pobre de Floriano, enquanto o público mais abastado se consultava com médicos particulares. A partir dos anos de 1930, o hospital passou a ser dirigido pelo médico Se-

bastião Martins de Araújo Costa[4], que ao longo dos seus anos de trabalho, elaborou planos e medidas para estruturar essa instituição de saúde e tratar a população doente. Desse modo, Josefina Demes, em seu livro "Floriano: sua história, sua gente", retratou manifestações que demonstraram o descontentamento do médico sanitarista com a insuficiência de recursos destinados ao hospital "Fora de mão, pouco visitado pela população, de assistência médica precária, mal dotado, é o hospital, já com o nome mudado para Hospital Miguel Couto, transferido para o novo prédio situado na zona urbana". (DEMES, 2002, p. 485).

A partir do governo de Theodoro Sobral, houve mais investimentos para saúde pública, saneamento, reformas e construções de obras públicas. Nos relatórios de novembro de 1931, enviados ao Interventor pelo Prefeito, este afirma que "[...] e mais ás despesas de Policia e Saúde Publica, que passarão a ser custeadas pelo Estado, [...]" (RELATÓRIO MUNICIPAL, 1931, n.p.). Para promover mudanças na área da saúde na cidade, as verbas passaram a ser destinadas para os serviços, compras de medicamento e contratação de profissionais. As iniciativas seriam subsidiadas pelo Governo Estadual, a fim de regular e fiscalizar as medidas implantadas.

Com base no mesmo relatório, Theodoro Sobral fez um balanço com o resumo das receitas e despesas do ano de 1931, onde as receitas de Taxa Sanitária não constavam a partir do mês de maio, totalizando somente os meses de janeiro até março, enquanto as

4 Sebastião Martins de Araújo Costa formou-se na Faculdade de Medicina, onde adquiriu o título de Doutor em Medicina. O médico transferiu-se para Floriano em 1926, iniciando seus trabalhos no antigo Hospital São Vicente de Paulo e depois foi promovido como o primeiro diretor do Hospital Miguel Couto e do Posto de Higiene.

despesas do pagamento dos funcionários públicos, saneamento e investimento em obras públicas da cidade se apresentaram de forma regular, de janeiro a dezembro, havendo oscilações nos valores dedicados a essas despesas. Este relatório informava sobre diversas áreas da cidade, tais como: "instrução publica municipal, estradas de rodagem e carroçaveis, usina eletrica, arborização, cemiterio publico, matadouro publico e deposito de pólvora, deposito de couros, mercado público, serviço de escripturação, serviço de febre amarela, dividas interna fundada e flutuante, movimento financeiro e hospital de caridade". (RELATÓRIO MUNICIPAL, 1931, n.p.).

O Hospital de Caridade Miguel Couto, anteriormente subsidiado pela filantropia, a partir do governo de Theodoro Sobral, passou a receber auxilio governamental, como afirma:

> Continua a prestar relevantes serviços á população pobre, a nossa única casa de caridade, para a qual fiz expedir regulamento, dando-lhe nova vida e nova orientação. Isto foi possivel, sobretudo porque o esclarecido espirito de V. Excia., houve por bem mandar entregar ao Hospital as cotas que o Estado arrecada e ao mesmo destinadas, o que não se dava anteriormente no governo de V. Excia. (RELATÓRIO MUNICIPAL, 1931, n.p.).

A prefeitura passou a receber subsídios do governo estadual para investir no hospital, que atendia não somente a população de Floriano, como também cidades que não possuíam serviços de saúde público. Contudo, apesar dos investimentos, ainda havia falhas administrativas que tornavam os serviços do posto e do hospital

irregulares, como a falta de profissionais, medicamentos e estruturas adequadas, provocando um aumento do número das doenças. A mensagem a seguir, do ano de 1935, foi apresentada pelo diretor do hospital e do posto Sebastião Costa para o diretor do Departamento de Saúde Pública (DSP) do estado Lindolfo do Rêgo Monteiro, onde ele relatou que:

> O estado sanitario do interior é o pior possivel; há uma verdadeira calamidade em todos os recantos do municipio; o sofrimento e a dôr campeiam impunemente, transformando o nosso pobre homem do campo em um ser miseravel, objecto, verdadeiro pária, em contraste com a opulencia da natureza que o rodeia. O paludismo, a sifile, as verminoses, a leishmaniose, o tracoma e, por ultimo, o sarampo, a coqueluche e a varicela já fizeram do nosso desafortunado jáca um tratado de patología. Socorre-lo, medica-lo; restaura-lhe as foças, da-lhe saude e vida, é obra grandiosa, de alta filantropia e de patriotismo. É integrá-lo no ritmo de éra nova, que ora se inicia no Piauí. E em mim, encontrará V. Excia. um entusiasta da campanha sanitaria que se impõe.(DIVERSOS RELATÓRIOS, 1935, n.p.).

Apesar das Mensagens de Governo do Interventor Landry Salles retratarem que o estado sanitário havia melhorado com a centralização administrativa, o que se podia notar era um maior investimento na capital Teresina, enquanto cidades como Floriano, ainda possuíam serviços deficitários, que atuavam de forma irregular, provocando o aumento das enfermidades.

Os atendimentos fornecidos pelo hospital, segundo o códice de saúde, datavam desde novembro de 1932, com tabelas ainda escritas a mão, notificadas pelo médico e diretor Sebastião Martins. Os serviços do hospital eram diversificados, a partir dos casos constados nos relatórios, foi possível notar que as enfermidades mais recorrentes eram impaludismo, sífilis, verminoses e tuberculose, sendo que a terapêutica para elas era a aplicação de injeções, entrega de receitas para receber remédios e até mesmo algumas intervenções cirúrgicas. Também havia o serviço externo, feito no ambulatório do próprio hospital, os atendimentos eram oferecidos para crianças e adultos de ambos os sexos, prestando consultas oftalmológicas, psiquiátricas e ginecológicas, assim como eram realizadas cirurgias de emergência e prescrições de medicamentos. (PIAUHY, 1932).

A partir do ano de 1933, os documentos de atendimento do hospital passaram a ser preenchidos em fichas impressas padronizadas, porém continuou dividido entre serviço interno, com o movimento de entrada, saída e falecimento dos pacientes, separados por nacionalidade, sexo e idade. Além disso, havia várias notificações de consultas prestadas à população para doenças que atingiam o aparelho respiratório, circulatório e vias urinárias, consultas oftalmológicas, dermatológicas, sifiligráficas e de cirurgia geral. Nesse serviço também eram notificados o número de receitas aferidas, curativos, operações e injeções. (PIAUHY, 1933).

O serviço externo, feito no ambulatório do hospital, assim como o serviço interno, passaram a ser preenchidos em ficha própria, para melhor organizar as notificações dos atendimentos. Os atendimentos do ambulatório eram divididos por sexo, idade e nacionali-

dade dos pacientes atendidos, separados pelas diferentes doenças que apresentavam as mais presentes eram: malária ou impaludismo, como era conhecido na época, sífilis, verminoses, tracoma e tuberculose.[5] Os serviços mais recorrentes eram consultas para o diagnóstico da doença e tratamento, receitas aviadas para o recebimento dos medicamentos como os comprimidos de quinino, para o tratamento da malária, injeções aplicadas, como a de 914, para o tratamento de sífilis, pequenas intervenções cirúrgicas, vacinações e revacinações contra a varíola, epidemia que ainda grassava no período. (PIAUHY, 1933).

Além da assistência médica fornecida pelo Hospital Miguel Couto, na cidade de Floriano também havia o Posto de Higiene que prestava serviços à população, dirigido também pelo Dr. Sebastião Martins de Araújo Costa. A partir dos Boletins Mensais de Estatística Demographo-Sanitária, os atendimentos datavam de março de 1933, onde registravam os nascidos vivos, óbitos – exceto os nascidos mortos – e óbitos de menores de um ano, além de possuir tabelas extensas com diversas doenças, separada por idade e sexo, desde crianças com menos de um mês, até pessoas com sessenta anos ou mais. Todavia, apesar do número de habitantes ser de quase seis mil pessoas no ano de 1933, segundo os dados da própria tabela, poucos são os casos em cada mês. (PIAUHY, 1933).

A partir de janeiro de 1934, os boletins mensais do posto passaram a ser divididos de outra forma, ao invés de todas as doenças serem organizadas como no ano anterior, em idade e sexo *versus* doença, agora passaram a ser distribuídos em: serviços de pro-

5 A hanseníase, conhecida no período como lepra, era tratada na Colônia Carpina, situada ao norte do estado, nas proximidades de Parnaíba, como demonstram os Relatórios Governamentais do Estado.

filaxia de diversas doenças, sejam elas contagiosas, venéreas ou helmintoses, separadas por medicina curativa e preventiva; número de consultas no posto de saúde e em domicílio, feito pelas enfermeiras visitadoras; vacinação e soroterapia contra varíola, tuberculose, peste, difteria e outras medicação utilizada contra essas doenças, como: injeções, comprimidos e sais, principalmente as que mais assolavam a região, como: verminoses, sífilis, malária e tuberculose; trabalhos epidemiológicos contra essas enfermidades; serviços de saneamento no município, como: abastecimento de água, construção de fossas, poços e valas; serviços de educação e propaganda, como o serviço escolar e os trabalhos escolares; e serviços laboratoriais, com pesquisas de micróbios e parasitas. (PIAUHY, 1934).

A partir da Intervenção de Leônidas de Castro Mello, o estado buscou se organizar melhor, principalmente no que se refere à saúde piauiense. Nas mensagens de governo de 1938, o médico ressalta que o Piauí "está vivendo ûa bôa época de prosperidade e real desenvolvimento econômico" (RELATÓRIO GOVERNAMENTAL, 1938, n.p.). Houve uma maior arrecadação para as despesas de saúde pública e melhorias nas instalações de luz, água e esgoto.

Outra medida importante do seu governo, criada em 1943, foi o Instituto de Assistência Hospitalar, que tinha como propósito administrar e dar assistência técnica aos hospitais do estado, através do aumento de ambulatórios e enfermarias nas instituições. O Hospital Getúlio Vargas, recém-inaugurado e o Hospital Psiquiátrico, ambos na capital, seriam administrados diretamente pelo serviço de assistência hospitalar, enquanto a Santa Casa de Misericórdia e a Maternidade Marques Basto, ambas localizadas em Parnaíba, e o

Hospital Miguel Couto, em Floriano, receberiam somente orientação técnica. Para o Interventor Leônidas Mello, esse serviço era importante para o Piauí, uma vez que:

> Possuíamos apenas uma instituição particular, paupérrima, onde os doentes desamparados, mal vestidos e mal alimentados, recebiam uma precaríssima assistência médica. Hoje, graças ao Hospital "Getúlio Vargas que considero a maior realização do meu gôverno, cuja administração é confiada ao Instituto de Assistência Hospitalar, estamos, nesse particular, em condições de rivalizar com os mais adeantados centros hispitalares. (RELATÓRIO GOVERNAMENTAL, 1943, p. 71).

Desse modo, a assistência visava aumentar os serviços e melhorá-los, a partir de uma melhor organização administrativa hospitalar. Em Teresina, no Hospital Getúlio Vargas, foram elevados os números de leitos das enfermarias, além da instalação de laboratórios de pesquisas clínicas e exames. No Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, foram aumentadas as enfermarias e foi feita a construção de uma cozinha para melhorar o fornecimento das refeições aos doentes. Em Parnaíba, eram poucos os recursos ofertados para a Santa Casa de Misericórdia, por isso foram destinados recursos para a manutenção da instituição, a fim de melhorar as instalações. Na maternidade Dr. Marques Basto, foram elevadas as verbas para a manutenção dos serviços e reparos na propriedade. (RELATÓRIO GOVERNAMENTAL, 1943).

Na cidade de Floriano, no governo de Oswaldo da Costa e Silva, o Prefeito buscou melhorar os trabalhos de saúde, a partir do pedido no aumento de verbas destinadas a este setor. Em todo o referido governo, o Prefeito encaminhava os relatórios ao Interventor Federal para demonstrar o funcionamento administrativo de Floriano. Os serviços sanitários tinham como propósito prestar assistência em relação ao saneamento público, a partir da fiscalização das condições higiênicas do mercado, a remoção do lixo da cidade, inspeção dos serviços de água e esgoto, entre outros. Considerava-se que as taxas de saúde correspondiam ao pagamento para a manutenção dos serviços citados, como os materiais utilizados e pagamentos dos funcionários.

Apesar dos recursos destinados à salubridade e higiene de Floriano, eles não eram suficientes para suprir a demanda das instituições que prestavam serviços aos doentes, como o Hospital de Caridade, que havia sido fechado em 1941. Todavia o Instituto de Assistência Hospitalar, forneceu verbas para remodelar e fazer adaptações na estrutura, para que pudesse funcionar regularmente, além de aparelhar o hospital para atender as necessidades da população. Com o fechamento da instituição, a população continuava sendo afetada pelas enfermidades, devido isso, um médico do Hospital Getúlio Vargas foi encarregado de prestar assistência aos doentes da cidade, a partir do atendimento no ambulatório do posto sanitário e do fornecimento de medicamentos.

Foi possível notar que no período citado até o ano de 1942, data em que os códices do posto terminam, a maioria dos registros se encontravam a partir da medicina curativa, com consultas feitas

a doentes tanto no posto quanto a domicílio para verminoses como ancilostomos, áscaris e helmintoses, para doenças venéreas como sífilis, cancro mole e gonorreia, para impaludismo, tracoma e tuberculose. Também havia a distribuição e aplicação de medicamentos, como injeções e comprimidos de maleizin azul para tratamento de febres e sezões, pérolas de lactovermil para o tratamento de verminoses em adultos e crianças, injeções mercuriais e comprimidos de vitargyl para o tratamento da sífilis, ampolas de bismuquino para o tratamento de diarreias de adultos e latas de cazeon para o tratamento de distúrbios digestivos, diarreias e vômitos infantil.[6]

O Hospital de Caridade e o Posto de Higiene de Floriano fizeram parte da preocupação do governo interventor do Piauí em aumentar os serviços de saúde pública e, consequentemente, diminuir as enfermidades que assolavam o período. Além disso, em Parnaíba havia a Santa Casa de Misericórdia e o Centro de Saúde, onde eram fornecidos diversos serviços, como atendimento ambulatorial, distribuição de medicamentos, cirurgias e internações. (MARINHO, 2018).

Paralelo a isso, foram instalados Postos de Higiene vários municípios do estado, como: Miguel Alves, Amarante, São Raimundo Nonato, Oeiras, São João do Piauhy, Uruçuí, Picos, etc. Para Joseanne Marinho (2018, p. 17), "O sistema distrital passou a fornecer serviços médicos com maior efetividade por meio de centros de saúde e de postos de higiene que, de forma coordenada, deveriam atender

6 PIAUHY, Diretoria de Saúde Pública. **Boletim de Estatística Demographo-Sanitária do Município de Floriano, apresentado pelo Sr. Dr. Sebastião Martins de Araújo Costa**. Códices de Saúde do Posto de Floriano. Therezina. Disponível em: Acervo pessoal da Prof.ª Dr.ª Joseanne Zingleara Soares Marinho. Acesso em: 30 mar 2023.

suas áreas de jurisdição." As novas medidas tinham como propósito conservar a assistência pública, com a ampliação dos serviços, não se limitando somente a Teresina e Parnaíba, e através da dissolução das delegacias de higiene dessas duas cidades, se transformaram em inspetorias demógrafo-sanitárias, de saneamento, profilaxia rural, de moléstias venéreas e lepra e de higiene escolar, especialmente do tracoma, que vinha acometendo o estado, visando dar maior assistência para a população no tratamento e prevenção das doenças locais.

No primeiro Governo Vargas, uma das principais medidas adotadas no país foi em direção à saúde pública, que apresentava estruturas precárias, principalmente no interior do país. Nesse período, conforme Gilberto Hochman (2002), houve um processo gradativo a partir do que já vinha sendo realizado na área da saúde na Primeira República, com o início da incorporação tanto das instituições, quanto dos agentes, para estabelecer a normatização, centralização e especialização profissional.

Esses casos foram recorrentes durante toda a Primeira República no Piauí, sendo Teresina o espaço que abrigava mais serviços para a população. Devido isso, somente em 1921, a partir de subsídios governamentais, foi instalado o primeiro Posto Sanitário da capital, posteriormente chamado de Clementino Fraga, que visava atender os indigentes e doentes pobres, oferecendo um serviço de saúde baseado no tratamento de doenças com assistência médica. Além desse serviço, foi instalado: o Posto de Profilaxia de Lepra e Doenças Venéreas (1924), o Posto Moura Brasil (1928), o Dispensário de Moléstias Venéreas na Santa Casa de Misericórdia (1928), estes na capital Teresina e o Posto de Saúde

em Parnaíba. (MARINHO, 2020). Apesar disso, como a organização estava em fase inicial, os serviços sanitários ainda atuavam de forma ineficiente e desorganizada.

Apesar do governo de Landry Salles haver uma preocupação com a saúde pública do estado, assim como no período anterior, os serviços acabaram se concentravam na capital, enquanto os serviços do interior, ainda atuavam de forma precária, como é o caso de Floriano.

A partir do governo de Theodoro Sobral, houve mais investimentos para saúde pública, saneamento, reformas e construções de obras públicas. Nos relatórios de novembro de 1931, enviados ao Interventor pelo Prefeito, este afirma que "[...] e mais ás despesas de Policia e Saúde Publica, que passarão a ser custeadas pelo Estado, [...]" (RELATÓRIO MUNICIPAL, 1931, n.p.). Para promover mudanças na área da saúde na cidade, as verbas passaram a ser destinadas para os serviços, compras de medicamento, contratação de profissionais, seriam subsidiadas pelo Governo Estadual, a fim de regular e melhorar essas questões.

Com base no mesmo relatório, Theodoro Sobral fez um balanço com o resumo das receitas e despesas do ano de 1931, onde as receitas de Taxa Sanitária não constavam a partir do mês de maio, totalizando somente os meses de janeiro até março, enquanto as despesas do pagamento dos funcionários públicos, saneamento e investimento em obras públicas da cidade se apresentaram de forma regular, de janeiro a dezembro, havendo oscilações nos valores dedicados a essas despesas. Este relatório informava sobre diversas áreas da cidade, tais como: "instrução publica municipal, estradas

de rodagem e carroçaveis, usina eletrica, arborização, cemiterio publico, matadouro publico e deposito de pólvora, deposito de couros, mercado público, serviço de escripturação, serviço de febre amarela, dividas interna fundada e flutuante, movimento financeiro e hospital de caridade". (RELATÓRIO MUNICIPAL, 1931, n.p.).

O Hospital de Caridade Miguel Couto, anteriormente subsidiado pela filantropia, a partir do governo de Theodoro Sobral, passou a receber auxilio governamental, como afirma:

> Continua a prestar relevantes serviços á população pobre, a nossa única casa de caridade, para a qual fiz expedir regulamento, dando-lhe nova vida e nova orientação. Isto foi possivel, sobretudo porque o esclarecido espirito de V. Excia., houve por bem mandar entregar ao Hospital as cotas que o Estado arrecada e ao mesmo destinadas, o que não se dava anteriormente no governo de V. Excia. (RELATÓRIO MUNICIPAL, 1931, n.p.).

A prefeitura passou a receber subsídios do governo estadual para investir no hospital, que atendia não somente a população de Floriano, como também cidades que não possuíam serviços de saúde público. Contudo, apesar dos investimentos, ainda havia falhas administrativas que tornavam os serviços do posto e do hospital irregulares, como a falta de profissionais, medicamentos e estruturas adequadas, provocando um aumento do número das doenças. A mensagem a seguir, do ano de 1935, foi apresentada pelo diretor do hospital e do posto Sebastião Costa para o diretor do Departamen-

to de Saúde Pública (DSP) do estado Lindolfo do Rêgo Monteiro, onde ele relatou que:

> O estado sanitario do interior é o pior possivel; há uma verdadeira calamidade em todos os recantos do municipio; o sofrimento e a dôr campeiam impunemente, transformando o nosso pobre homem do campo em um ser miseravel, objecto, verdadeiro pária, em contraste com a opulencia da natureza que o rodeia. O paludismo, a sifile, as verminoses, a leishmaniose, o tracoma e, por ultimo, o sarampo, a coqueluche e a varicela já fizeram do nosso desafortunado jáca um tratado de patología. Socorre-lo, medica-lo; restaura-lhe as foças, da-lhe saude e vida, é obra grandiosa, de alta filantropia e de patriotismo. É integrá-lo no ritmo de éra nova, que ora se inicia no Piauí. E em mim, encontrará V. Excia. um entusiasta da campanha sanitaria que se impõe.(DIVERSOS RELATÓRIOS, 1935, n.p.).

Apesar das Mensagens de Governo do Interventor Landry Salles retratarem que o estado sanitário havia melhorado com a centralização administrativa, o que se podia notar era um maior investimento na capital Teresina, enquanto cidades como Floriano, ainda possuíam serviços deficitários, que atuavam de forma irregular, provocando o aumento das enfermidades.

A partir da Intervenção de Leônidas de Castro Mello, o estado buscou se organizar melhor, principalmente quanto à saúde do estado. Nas mensagens de governo de 1938, o médico ressalta que o Piauí "está vivendo ûa bôa época de prosperidade e real de-

senvolvimento econômico" (RELATÓRIO GOVERNAMENTAL, 1938, n.p.), houve uma maior arrecadação para as despesas de saúde pública e melhorias nas instalações de luz, água e esgoto.

Outra medida importante do seu governo, criada em 1943, foi o Instituto de Assistência Hospitalar, que tinha como propósito administrar e dar assistência técnica aos hospitais do estado, através do aumento de ambulatórios e enfermarias nas instituições. O Hospital Getúlio Vargas, recém-inaugurado e o Hospital Psiquiátrico, ambos na capital, seriam administrados diretamente pelo serviço de assistência hospitalar, enquanto a Santa Casa de Misericórdia, a Maternidade Marques Basto, ambas localizadas em Parnaíba, e o Hospital Miguel Couto, em Floriano, receberiam somente orientação técnica. Para o governante, esse serviço era importante para o Piauí, uma vez que:

> Possuíamos apenas uma instituição particular, paupérrima, onde os doentes desamparados, mal vestidos e mal alimentados, recebiam uma precaríssima assistência médica. Hoje, graças ao Hospital "Getúlio Vargas que considero a maior realização do meu gôverno, cuja administração é confiada ao Instituto de Assistência Hospitalar, estamos, nesse particular, em condições de rivalizar com os mais adeantados centros hispitalares. (RELATÓRIO GOVERNAMENTAL, 1943, p. 71).

Desse modo, essa assistência visava aumentar os serviços e melhorá-los, a partir de uma melhor organização administrativa hospitalar. Em Teresina, no Hospital Getúlio Vargas foram elevados os

números de leitos das enfermarias, além da instalação de laboratórios de pesquisas clínicas e exames. No Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, foram aumentadas as enfermarias e foi feita a construção de uma cozinha para melhorar o fornecimento das refeições aos doentes. Em Parnaíba, eram poucos os recursos ofertados a Santa Casa, por isso foram destinados recursos para a manutenção da instituição, a fim de melhorar as instalações. Na maternidade Dr. Marques Basto, foram elevadas as verbas para a manutenção dos serviços e reparos na propriedade. (RELATÓRIO GOVERNAMENTAL, 1943).

Na cidade de Floriano, no governo de Oswaldo da Costa e Silva, o Prefeito buscou melhorar os trabalhos de saúde, a partir do pedido no aumento de verbas destinadas a este setor. Em todo o referido governo, o Prefeito encaminhava os relatórios ao Interventor Federal para demonstrar o funcionamento administrativo de Floriano. Os serviços sanitários tinham como propósito prestar assistência em relação ao saneamento público, a partir da fiscalização das condições higiênicas do mercado, a remoção do lixo da cidade, inspeção dos serviços de água e esgoto, entre outros. Considera-se que as taxas de saúde correspondiam ao pagamento para a manutenção dos serviços citados, como os materiais utilizados e pagamentos dos funcionários.

Apesar dos recursos destinados à salubridade e higiene de Floriano, não era suficiente para suprir a demanda das instituições que prestavam serviços aos doentes, como o Hospital de Caridade, que havia sido fechado em 1941. Todavia o Instituto de Assistência Hospitalar, forneceu verbas para remodelar e fazer adaptações na estrutura para que pudesse funcionar regularmente, além de apa-

relhar o hospital para atender as necessidades da população. Com o fechamento do hospital, a população continuava sendo afetada pelas enfermidades, devido isso, um médico do Hospital Getúlio Vargas foi encarregado de prestar assistência aos doentes da cidade, a partir do atendimento no ambulatório do posto sanitário e do fornecimento de medicamentos.

Considerações Finais

Dessa maneira, com a reorganização da estrutura administrativa no Piauí, durante as décadas de 1930 e 1940, a cidade de Floriano também buscou se estruturar com a nomeação dos prefeitos Theodoro Sobral e Oswaldo da Costa e Silva. O crescente investimento na economia, voltado para a produção da carnaúba, do babaçu e da maniçoba fez com que houvesse uma maior demanda para as exportações através do transporte fluvial, principalmente pelo Rio Parnaíba, e também pelas rodovias. A partir disso, gradativamente foram feitas mudanças estruturais na cidade, a fim de acompanhar os moldes da capital, com o aumento crescente de verbas destinadas a: arborização e calçamento das ruas, instrução escolar, saúde pública e construção e manutenção de prédios públicos.

Devido isso, a saúde pública na cidade, procurou acompanhar os serviços oferecidos na capital, uma vez que nesse período, haviam poucas instituições hospitalares, voltadas ao norte do estado em Parnaíba, ao centro em Teresina e ao sul do Piauí, em Floriano. O Hospital de Caridade Miguel Couto e do Posto de Higiene em Floriano, forneciam atendimento à população tanto da cidade,

quanto de municípios vizinhos. Todavia, o processo de institucionalização dos serviços se deu gradativamente, contando com avanços e retrocessos, uma vez que as verbas subsidiadas pelo Governo Federal ainda eram investidas majoritariamente na capital, pois a cidade de Teresina recebia maior demanda populacional de outros municípios do Piauí e de outros estados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E DOCUMENTAIS

ARAÚJO, Romão. **"Saúde, uma de nossas reais necessidades":** o processo de institucionalização da saúde pública no Piauí (1910-1930). Dissertação Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

BAPTISTA, João Gabriel. **Geografia física do Piauí**. 3° ed. Teresina: Academia Piauiense de Letras, 1989.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 1996.

BEZERRA, Bento. **Medicina e Poder Político em Floriano**. 1° ed. Teresina: Gráfica e Editora Júnior, 1989.

CASTRO, Francisco Ferreira de. Cristino Castro. **Empresário e pioneiro em Floriano e na Região do Gurguéia**. Brasília: Verano Editora & Comunicações, 1997.

CAVALCANTE JÚNIOR. Idelmar Gomes. A Revolta dos Cabos e a interrupção da "Revolução de 1930" no Piauí (1931). SOUSA NETO, Marcelo de (org.). **A História sob Múltiplos Ângulos**: trajetórias de pesquisa e escrita. Vol. 2. Teresina: EdUESPI, 2020.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial.** Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1996.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal Ltda, 1992.

DECRETO n. 24, de 12 de fevereiro de 1932. **Prefeitura Municipal de Floriano**. Arquivo Público do Piauí. [não paginado].

DEMES, Josefina**. Floriano:** sua história, sua gente. 1° ed. Teresina: Harley S.A. Gráfica e Editora, 2002.

FONSECA, Cristina Maria Oliveira. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945):** dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

HOCHMAN, Gilberto. A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX. **Revista Imagens**, v. 9, p. 233-273. p. 40. Rio de Janeiro, 2002.

MARINHO, Joseanne Zingleara Soares. As Delegacias, os Postos e os Hospitais: as primeiras instituições de saúde e o atendimento infantil no Piauí (1889 -1930). **Revista Outros Tempos**, vol. 17, n. 30, 2020, p. 156-180. Teresina, 2020.

MARINHO, Joseanne Zingleara Soares. A interiorização da saúde no Piauí: Parnaíba entre o fim do século XIX e meados do século XX. **Revista NUPEM**, Campo Mourão, v. 13, n. 29, p. 175-191, maio/ago. 2021.

MARINHO, Joseanne Zingleara Soares. **"Manter sadia a criança sã":** as políticas públicas de saúde materno-infantil no Piauí de 1930 a 1940. Jundiaí: Paco Editorial, 2018.

MELO, Antonio Maureni Vaz Verçosa de. Difudir ideia é fortalecer o poder: a recepção do varguismo pelo Piauí 1930 a 1945. SOUSA NETO, Marcelo de (org.). **A História sob Múltiplos Ângulos**: trajetórias de pesquisa e escrita. Vol. 2. Teresina: EdUESPI, 2020.

MELO, Jaclerques Marinho de. Fachada do prédio do Hospital de Caridade Miguel Couto na década de 1940. **Portal de Floriano**, Floriano, mar. 2007. Disponível em: https://portaldefloriano.blogspot.com. Acesso em: 18 mar. 2023.

NASCIMENTO, Francisco Alcides do. **A Cidade sob o Fogo:** modernização e violência policial em Teresina (1937-1945). 2º ed. Teresina: EdUFPI, 2015.

NUNES, Djalma José Filho**. A cidade e o rio:** a navegação fluvial e o extrativismo vegetal na organização do espaço de Floriano (PI) (1890-1950). Tese (Doutorado em Organização do Espaço), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

OZÓRIO FILHO, José. O rio, a cidade e o flutuante. In: SANTOS, José Bruno dos. **Coletânea de causos e casos.** Teresina: Gráfica São Judas Tadeu, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

PIAUHY, Diretoria de Saúde Pública. **Boletim mensal de Estatística Demographo-Sanitária do Município de Floriano, apresentado pelo Sr. Dr. Sebastião Martins de Araújo Costa, sobre as atividades realizadas no anno de 1934**. Códices de Saúde do Posto de Floriano. Therezina, 1934. Disponível em: Acervo pessoal da Prof.ª Dr.ª Joseanne Zingleara Soares Marinho. Acesso em: 30 mar 2023.

PIAUHY, Diretoria de Saúde Pública**. Boletim mensal do Movimento do Serviço Interno e Ambulatório do Hospital de Caridade Miguel Couto, apresentado pelo Sr. Dr. Sebastião Martins de Araújo Costa, sobre as atividades realizadas no anno de 1932**. Códices de Saúde do Hospital de Caridade Miguel Couto. Therezina, 1932. Disponível em: Acervo Pessoal da Prof.ª Dr.ª Joseanne Zingleara Soares Marinho. Acesso em: 22 mar 2023.

PIAUHY, Diretoria de Saúde Pública**. Boletim mensal do Movimento do Serviço Interno e Ambulatorial do Hospital de Caridade Miguel Couto, apresentado pelo Sr. Dr. Sebastião Martins de Araújo Costa, sobre as atividades realizadas no anno de 1933**. Códices de Saúde do Hospital de Caridade Miguel Couto. Therezina, 1933. Disponível em: Acervo Pessoal da Prof.ª Dr.ª Joseanne Zingleara Soares Marinho. Acesso em: 22 mar 2023.

PIAUHY, Diretoria de Saúde Pública**. Relatório do anno de 1935 apresentado pelo Sr. Dr. Sebastião Martins de Araújo Costa ao diretor do Departamento de Saúde Pública (DSP) Lindolfo do Rêgo Monteiro, sobre as atividades de saúde pública em Floriano.** D.E.S. Diversos Relatórios. Therezina, 1935. Disponível em: Casa Anísio Brito (Biblioteca Pública). Acesso em: 02 mar 2023.

PIAUHY, Governo 1897. **Mensagem apresentada á Camara Legislativa pelo Dr. Raymundo Arthur de Vasconcelos no dia 1° de julho de 1897**. p. 10. Therezina: Typ. Do Piauhy, 1897. Disponível em: memoria.bn.br. Acesso em: 22 fev. 2023.

PIAUHY, Governo do. **Mensagem apresentada á Camara Legislativa do Estado do Piauhy pelo Governador do mesmo estado Dr. Coriolano de Carvalho e Silva em 8 de junho de 1893**. Theresina: Typ. Do Piauhy, 1893. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/. Acesso em: 24 fev. 2023.

PIAUHY, Governo do. **Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, M. D. Presidente da República, pelo Cap. Landry Salles Gonçalves, Interventor Federal no estado do Piauhy.** Teresina: Imprensa Official, 1931-1935. Disponível em: Casa Anísio Brito (Biblioteca Pública). Acesso em: 09 jan. 2023.

PIAUHY, Mensagem Estado do. **Mensagem apresentada á Assembléa Legislativa do Estado do Piauhy, a 1º de junho de 1937, pelo Exmo. Sr. Dr. Leônidas de Castro Mello, Governador do Estado.** Teresina: Imprensa Official, 1937. Disponível em: Casa Anísio Brito (Biblioteca Pública). Acesso em: 09 mar 2023.

PIAUHY, Mensagem Estado do. **Relatório apresentado ao Exmo. Snr. Dr. Getúlio Vargas, D. D. Presidente da República.** p. 71. Teresina: D. E. I. P., 1943. Disponível em: Casa Anísio Brito (Biblioteca Pública). Acesso em: 09 mar 2023.

PIAUHY, Mensagem Estado do. **Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Presidente da República pelo Interventor Leônidas de Castro Mélo.** Teresina: Imprensa Oficial, 1938. Disponível em: Casa Anísio Brito (Biblioteca Pública). Acesso em: 09 mar 2023.

PIAUÍ, Prefeitura Municipal de Floriano. **Relatórios do Município de Floriano, apresentado pelo Exmo. Sr. Prefeito Theodoro Ferreira Sobral em 1931**. Disponível em: Casa Anísio Brito (Biblioteca Pública). Acesso em: 25 fev. 2023.

PIRES, Maria da Conceição Francisca. Vitória no começo do século XX: modernidade e modernização na construção da capital capixaba. **Revista de História Seculum**. Vol. 14. João Pessoa, 2006.

QUEIROZ, Teresinha de Jesus Mesquita. **A importância da borracha de maniçoba na economia do Piauí:** 1900-1920. (Dissertação de Mestrado em História Econômica). Curso de Pós-Graduação em História do Brasil. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1984.

QUEIROZ, Teresinha de Jesus Mesquita. **Os Literatos e a República:** Clodoaldo Freitas, Higino Cunha e as tiranias do tempo. Teresina: Fundação Monsenhor Chaves, 1994.

REPASSE de verbas do Governo Estadual. **Arquivo Público do Piauí**, [não paginado].

ROLNIK, Raquel. **O que é cidade?** 3° ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2004.

SANTANA, Raimundo Nonato Monteiro de. **Evolução histórica da economia piauiense e outros estudos.** vol. 1. Teresina: FUNDAPI, 2008. p 85.

SCHULZ, John Henry. **A crise financeira da abolição**. 2° ed. São Paulo: EDUSP, 2013.

SEVCENKO, Nicolau. **Literatura como missão:** tensões sociais e criação cultural na Primeira República. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

VIEIRA, Ana Maria Souusa Braga. **Caridade Meândrica:** tratamento da loucura e higienismo urbano na Teresina da Belle Époque (1871-1930). Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de História do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília. Brasília, 2021.

A Medicina Preventiva e a Prática Médica na Revista Saúde em Debate (1980)

Amanda Silva Leão[1]
Murillo Oliveira Soares[2]

O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde e a Revista Saúde em Debate

Em 1976 nasce a revista Saúde em Debate, produto do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), tinha como objetivo divulgar as discussões que se levantavam principalmente nas universidades, sobre a saúde pública no Brasil, que após a experiência do milagre econômico percebia através das necessidades reais do povo brasileiro a urgência de se repensar um novo campo epistemológico que definisse um caminho a se traçar sobre a questão da saúde brasileira.

1 Graduanda do curso de História da Universidade Federal de Jataí, membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em História da Saúde e das Doenças Nise da Silveira/Cnpq.
2 Mestre em História pela Universidade Federal de Goiás. Professor da rede pública do município de Senador Canedo.

O Centro de Estudos Brasileiro em Saúde, reunia membros vinculados ao meio acadêmico, político, assim como profissionais atuantes na área da saúde, com diversas vinculações políticas, sendo um espaço de atuação apartidário aberto para discussão daqueles interessados na saúde pública e previdenciária brasileira.

Para a produção deste capítulo foram catalogados os dez primeiros anos do centro de estudos e do periódico, que durante esse período passou por três fases, porém este trabalho tem como foco sua segunda fase nos anos de 1980 a 1982.

A revista em sua primeira fase (1976 - 1978) se equilibra entre crises e o amadorismo do centro de estudos que tentava impulsiona-la e aumentar seu alcance, porém a pequena parcela de assinantes e o centro de estudos não conseguiu mantê-la e no ano de 1979 o CEBES passa por sua primeira reestruturação de diretoria. (SOPHIA, 2012)

Diante disso é de suma importância compreender as motivações que impulsionaram mudanças na diretoria do centro de estudos que refletia na revista e também analisar como o CEBES e o movimento da Reforma Sanitária se articulavam e negociavam interesses entre si, com outros movimentos sociais e com o governo, que nesse período estava enfraquecido.

Escrita e direcionada para médicos e demais profissionais da saúde, além de professores universitários (principalmente aos ligados aos Departamentos de Medicina Preventiva), membros de instituições governamentais e não governamentais, e membros da comunidade preocupados com a saúde brasileira, a Revista Saúde

em Debate é um periódico de tema específico, no caso temas ligados à saúde pública e previdenciária direcionando suas pautas principalmente para questões ligadas à democratização da saúde e a preocupação com a aplicação de um novo conceito de saúde na prática

Entre os anos de 1980 a 1985, a Saúde em Debate passa por sua segunda (1980-1982) e terceira fase (1982-1986). A segunda fase foi marcada por mudanças e definições sobre os caminhos que a revista e o centro de estudos tomariam.

A revista se voltava para três eixos: política demográfica, saúde ambiental e do trabalho e política nacional de saúde, passando a ser publicada pela editora Muro, que ficou encarregada de difundir a revista e aumentar seu alcance, atraindo mais leitores. (SOPHIA, 2012)

A revista é publicada trimestralmente, tendo nos anos de 1980 à 1982 (segunda fase) 51 autores dentre este, 15 membros de grupos de trabalho ou núcleos do CEBES, 13 professores/pesquisadores, 11 médicos, 3 doutores, 2 representantes/consultores da Opas, 1 secretário de saúde, 1 coordenador, 1 ministro, 1 aluna, 1 epidemiologista, 1 sociólogo e 1 psicanalista.

Como principais temas destacam-se: participação comunitária/mobilização em saúde, saúde dos trabalhadores, planejamento em saúde, recursos humanos em saúde, crise da previdência, PREV-SAÚDE, medicina comunitária, epidemiologia entre outros.

Em 1979 o primeiro ciclo da revista chegava ao fim, inserida em uma séria crise financeira o centro de estudos não conseguia mais publicar a Saúde em Debate, os associados e colaboradores do

CEBES não supriam as necessidades financeiras e administrativas da revista, dando abertura para a reestruturação do centro.

Assim, em Assembleia de Delegados do CEBES foi eleita uma nova diretoria que redefiniu quais seriam os focos centrais da revista, seus objetivos e novas alianças em busca não somente de superar a crise, como também aumentar o alcance. (SOPHIA,2012)

Daniela Carvalho Sophia afirma em sua tese: O CEBES e o Movimento da Reforma Sanitária: História, Política e Saúde Pública (Rio de Janeiro 1970-1980):

> A tarefa não se mostrava fácil, pois o Centro havia interrompido o trabalho de edição dos livros, considerado como a maior fonte de recursos. Além disso, o montante de recursos arrecadados com a venda de livros e periódicos não se mostrava suficiente para cobrir os custos com a edição e distribuição da revista. Soma-se a estes problemas a diminuição no número de associados, consequência da concorrência com a recém-criada Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979. (SOPHIA, 2012, p. 115)

Outra fonte de renda que mantinha o centro de estudos e as publicações dos periódicos era a venda de livros produzidos e distribuídos pelo CEBES, porém estes também tiveram sua publicação interrompida devido a crise financeira que se aprofundava no centro de estudos.

Com isso a nova diretoria via a necessidade de revisar as pautas propostas pelo centro de estudos e alinhá-las ao debate que tomava força através de outros movimentos sociais e participações

sociais na transformação democrática brasileira, como estratégia para se fazer mais presente nas transformações políticas e atrair mais leitores interessados na saúde brasileira.

De acordo com Alexandre Ciconello em "A Participação Social como Processo de Consolidação da Democracia no Brasil", existia nas forças políticas e sociais ligadas ao processo de redemocratização na década de 1980, uma concepção de democracia ampliada que não estava relacionada somente ao restabelecimento do sistema representativo eleitoral, ia mais além:

> O desejo popular era maior. Tratava-se de mudar a estrutura do Estado, não-democrático, excludente e autoritário, transformando-o radicalmente. Não por meio de uma ruptura institucional ou de uma revolução, mas sim por uma transformação gradual das estruturas de poder. Pretendia-se alargar a participação de homens e de mulheres nas decisões políticas que afetavam suas vidas. (CICONELLO, 2007)

Assim como Ciconello percebe em seu estudo essa latente concepção ampliada de democracia nos movimentos sociais, Daniela Sophia também percebe esse conceito de democracia presente nas representações da revista Saúde em Debate e também em sua reestruturação administrativa e temática do CEBES e do periódico.

Essa percepção pode ser vista na primeira edição da segunda fase da revista que tem em seu início, antes mesmo do editorial, uma apresentação do Centro de Estudos Brasileiro de Saúde e da nova diretoria eleita em Assembleia Nacional de Delegados do CEBES, especificando quais eram seus novos objetivos e o posicio-

namento mais ativo do centro na elaboração de políticas públicas voltadas para a saúde:

> A condução do trabalho do CEBES vem pautando-se fundamentalmente pela busca da consolidação do pensamento crítico acerca da problemática de Saúde, visando subsidiar a formulação de estratégias de ação política, tanto das entidades da área de saúde, quanto dos setores organizados das população em geral, ou seja, sindicatos, associações de bairros, grupos religiosos etc. (CEBES, 1980, p 5 - 3)

No trecho acima retirado da edição número 10 do periódico é possível enxergar além da concepção de democracia ampliada, os laços que o Movimento da Reforma Sanitária formou com outros setores organizados e comprometidos com a luta democrática.

A ideia de democracia participativa estava no centro das transformações do CEBES, sendo um dos objetivos da segunda fase do periódico que foca bastante participação ativa do Movimento da Reforma Sanitária tanto com a proposição de projetos de políticas públicas contestadoras do modelo de saúde oferecido pelo Estado, como em sua relação com outras organizações.

Entre os projetos defendidos e disputados pelo Movimento da Reforma Sanitária era o PREVSAUDE, que tinha como objetivo a expansão da Rede Básica de Saúde, uma das grandes lutas do CEBES durante a segunda fase da revista (1980 - 1982)

Ainda vinculada a concepção geral de democracia participativa, e visando a ampliação da revista para diversos públicos em vista de tocar outros movimentos e entidades para a questão da saú-

de alinhada ao crescimento do movimento operário no país, fez com que fosse dado espaço na Revista Saúde em Debate para a discussão das condições de vida, trabalho e saúde do trabalhador:

> O crescimento e desenvolvimento do movimento operário a nível nacional tem feito aflorar a discussão sobre as condições de vida, trabalho e saúde do trabalhador. Nesse sentido o CEBES através de seus núcleos já vem de diversas formas participando desse processo de discussão. Reforça-se aqui a necessidade de os núcleos conduzirem um intenso trabalho nessa linha, com vistas a contribuir de maneira mais objetiva, concreta e consequente na luta da classe operária. (REVISTA SAÚDE EM DEBATE, 1980, p 5 - 3)

A criação de núcleos em diversas regiões do país facilitam o diálogo com a sede do centro de estudos, que agora ficava junto ao prédio do Sindicato dos Médicos no Rio de Janeiro, outra estratégia da nova diretoria que tornava o CEBES mais evidente para a comunidade médica.

Nesses núcleos eram organizados grupos de trabalho que se voltavam para as necessidade ligadas a saúde em sua região, produzindo artigos voltados tanto para a academia como agiam de forma ativa em projetos sociais, cumprindo o papel transformador junto da sociedade, papel o qual o Centro de Estudos Brasileiro de Saúde havia se comprometido.

A nova diretoria composta pelo médico e então professor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Eleutério Rodriguez Neto, graduado pela Universidade de Brasília, que também foi aluno da Faculdade de Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, se tornando professor na instituição por um curto período de tempo.

Eleutério Rodriguez Neto também era coordenador de Planejamento e Estudos da Secretaria de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social, o que interessava muito o CEBES, por fortalecer a atuação política da entidade. (SOPHIA, 2012, p. 116)

O cargo de vice-presidente da entidade foi ocupado pelo jovem médico José Gomes Temporão, que era integrante do Movimento de Renovação Médica do Rio de Janeiro e estudante no mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública.

Os demais cargos como segundo vice-presidente, segundo secretário, tesoureira e diretores suplentes foram preenchidos respectivamente por Paulo Amarante, residente do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Jaime Araújo Oliveira pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública, Maria Inês Souza Bravo auxiliar de ensino do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pelos médicos sanitaristas Dalmo Herrera Feitoza e Francisco Campos Braga Neto, todos vinculados ao Partido Comunista Brasileiro.

A presença de Eleutério Rodriguez Neto na diretoria do CEBES, aponta outra característica da segunda fase da Saúde em Debate, que era a aproximação da entidade das instituições governamentais, pois acreditava-se que a transformação democrática do Brasil deveria passar também pelo interior das instituições governamentais, a partir da participação popular nas construções de políticas públicas.

Outra característica que irá resistir na segunda fase da revista, eram as publicações em tons de denúncia da presença do mercado privado de saúde que se encontrava nas entranhas dos projetos políticos voltados para saúde pública.

Tais denúncias além de demonstrar o perfil que o Estado traçava para saúde pública brasileira também chama atenção para as disputas médicas, a luta pelo PREVSAÚDE e o FUNRURAL, demonstram as tensões discursivas e práticas dentro do campo saúde.

Se tornava cada vez mais evidente a necessidade de se universalizar a saúde, que já se fazia urgente no ano de 1963 quando na III Conferência Nacional de Saúde foi esboçado o projeto inicial do processo de ampliação do sistema de saúde brasileiro, que com o golpe de 1964 encontrou barreiras e teve seu desenvolvimento interrompido (CARVALHO; SANTOS, 2015).

Porém com o fim do milagre econômico e aprofundamento da crise principalmente após a crise do petróleo, a ideia de se ampliar o acesso à rede básica de saúde para uma maior parcela da população se torna interessante para o Estado, de acordo com Cislagh a reconsideração deste processo pelo governo acontece como moeda de troca com a população, que se revoltava com a distribuição desigual da riqueza obtida durante o milagre econômico e com o sufocamento de qualquer oposição ao governo.

Foi em meio ao processo de enfraquecimento do governo ditatorial que movimentos sociais, como o movimento dos trabalhadores, movimento estudantil, movimento sindical, movimento

sanitarista entre outros, surgem como reação às políticas impostas pelo Estado ditatorial vigente no momento (SANTOS, 2013)

Tais características da segunda fase da revista Saúde em Debate traçaram os objetivos e as ações que o CEBES e a revista iriam abraçar a partir da nova conjuntura social e das necessidades do centro de estudos representadas nas mudanças no tom e na organização do periódico.

Revista Saúde em Debate e a Crítica de Sérgio Arouca à Medicina Preventiva

Porém antes de nos apegarmos de fato a fonte aqui trabalhada, é de extrema importância compreendermos as condições que possibilitaram sua construção discursiva, para isso voltaremos ao processo de formação de um dos campos ideológicos que atravessam os sujeitos do periódico, a medicina preventiva.

Importada dos Estados Unidos, a medicina preventiva aponta nas américas após a grande depressão de 1929 a partir de um movimento da própria classe médica e sociedade civil, com objetivo de afastar as ações estatais da saúde pública, desta forma a responsabilidade sobre a saúde da sociedade recai sobre os indivíduos e sobre a figura do médico.

Sérgio Arouca em sua tese "O Dilema Preventivista: Contribuição para uma Compreensão Crítica da Medicina Preventiva" (2005), compreende a medicina preventiva como um campo ideo-

lógico, que opta por uma transformação da prática médica, tendo como alvo principal a formação médica.

Surge a partir da higiene, porém diferente dessa, muda seu objeto de atuação, enquanto na higiene as ações normativas são voltadas para as práticas sociais relacionadas a manutenção da saúde, a medicina preventiva tem como foco a atitude médica, Arouca defende então que para esta a norma atua sobre o médico mudando assim sua prática.

Em sua tese Arouca traça o processo de construção discursiva da medicina preventiva, passando por seu surgimento, sua ampliação para os países latino-americanos, a redefinição do profissional médico, suas regras discursivas, conceitos básicos e estratégicos, a relação da medicina com a sociedade e por fim a viabilidade de implantação do projeto preventivista no Brasil.

Desta forma vamos comentar brevemente os pontos principais levantados por Arouca em sua tese para buscar compreender o interdiscurso que atravessa a revista Saúde em Debate.

Arouca parte da premissa foucaultiana de que a história das ideias não parte de uma busca por origens, precursores ou começos, porque um conceito tem sua história traçada por seu campo de constituição, validação, regras sucessivas de uso e meios teóricos múltiplos onde se prosseguem e acabam sua constituição. (FOUCAULT, 1979)

Desta forma compreender a medicina preventiva se faz possível somente dentro de uma racionalidade que produziu condições para que ela existisse, assim a sociedade pós revolução indus-

trial, constituiu um campo racional que propiciou o surgimento do pensamento preventivo.

Dois fenômenos de importante destaque para compreender desse processo de conceituação da medicina preventiva foi primeiro a necessidade de adesão de outras ciências que pudessem preencher o espaço das problemáticas médicas do ser humano que os conhecimentos médicos a nível biológico e físico-químicos não supriam sozinhos.

E segundo as alterações nos conceitos saúde/doença devido às transformações estruturais das sociedades modernas, o padrão de saúde deixa de se encontrar em um estado negativo, o de não estar doente, e passa a constituir um "valor positivo das coletividades humanas, uma reivindicação social e um índice de civilização" . (AROUCA, 2005)

Sendo assim Arouca define um núcleo central de conceituação para a medicina preventiva: atua sobre o indivíduo e a família, a prática da medicina preventiva se dá em todo o âmbito da prática médica independente de sua especialidade e por fim se desenvolve acima de tudo através de uma nova atitude médica.

Observando essas características Arouca então compreende que a medicina preventiva se encontra como um movimento ideológico, (reestruturado por seus intelectuais orgânicos quando chega na América Latina), entendendo ideologia como:

> O sistema de ideias e representações que dominam o espírito do homem ou grupo social, e prática ideológica como aquelas atividades realizadas no sentido de transformar uma ideo-

> logia dada em outra ideologia, podemos definir movimento ideológico como sendo um conjunto organizado de práticas ideológicas. (AROUCA, p. 36, 2003)

Arouca torna evidente que esta se encaixa enquanto campo ideológico, quando afirma que seu objetivo, além de transformar a prática médica, não é ser apenas um campo da medicina, mas se tornar o próprio fim da mesma, chegando ao ponto em que medicina e medicina preventiva se tornariam uma só, não se distinguindo seus profissionais e nem suas práticas, partindo da inculcação do pensamento preventivista de forma pedagógica em todas as áreas da medicina, se fundindo assim com a medicina e com o próprio trabalho médico.

Para isso a medicina preventiva dentro de sua formação discursiva utiliza de conceitos básicos, como o conceito ecológico de saúde e doença, onde não se compreende mais a saúde a partir da ausência da doença, mas sim partindo de uma ideia de multicausalidade da história natural das doenças de Leavell & Clarck, onde saúde e doença coexistem numa tríade: agente, hospedeiro e ambiente, tendo a epidemiologia e a estatística como aliadas.

Entre os conceitos estratégicos, que implicam na compreensão de sua organização enquanto prática social, temos a integração voltada para a relação entre a medicina preventiva e a educação médica, com objetivo de formar uma atitude preventiva nos já nos estudantes e docentes de medicina, transformando a ideologia preventivista na própria ideologia da escola médica.

Já os conceitos de inculcação e resistência, estão ligados também a formação médica, onde a inculcação circundada pelo contato, cria representações do real através da penetração de um espaço da realidade, se voltando para o papel da consequência e solução, ou seja, o impacto do contato real do estudante, ou sua sensibilização com o externo, ou ambiente, viabiliza uma representação do mundo que justifica atitudes e mudanças.

Em relação a resistência, Arouca afirma que essa se desenvolve através do contato, o que chama atenção para as relações educacionais que forjam o perfil daqueles que chegam ao ensino superior, essas relações nos levam a perceber a formulação de tensões entre a inculcação e a resistência.

Explicando melhor, Arouca aponta para os processo pedagógicos como relações extradiscursivas que operam nas regras desse discurso, diante disso elabora duas teses para compreender essa tensão, a primeira onde a escola reproduz e perpetua as desigualdades sociais, onde são neutralizadas as determinações sociais sobre os indivíduos e valorizados os dons individuais, onde a responsabilidade do sucesso ou fracasso educacional é individual.

Na segunda tese, Arouca sugere que a educação ao reproduzir as relações sociais opera como mecanismo de violência simbólica, aqui a ação pedagógica através das relações de classe, tem o poder arbitrário de inculcação cultural, sendo isso em uma sociedade de classes esse poder sempre volta para a classe dominante, sendo também a ação pedagógica violenta quando delimita os conteúdos que devem ser trabalhados e novamente essa seleção será baseada nos interesses de um grupo ou classe social.

Por fim, como últimos conceitos estratégicos temos a mudança e o esquema evolutivo, a mudança aqui se traça enquanto relação entre a estrutura da medicina preventiva em sua origem, liberal e individualizante, com a nova realidade socioeconômica latino americana que destoa do discurso preventivista.

Aqui Arouca critica a ideia de mudança enquanto conceito estratégico porque este não se propõe enquanto transformador das relações sociais reais, sendo possível sua existência apenas na materialidade do discurso preventivista, essa crítica funda um dos apontamentos de Arouca sobre a medicina preventiva, a de que a proposição de transformação da prática médica, não se realizava na realidade brasileira, visto que aqui as demandas eram outras e, principalmente, a saúde tinha caráter estatal.

Arouca critica esse modelo de medicina liberal, apontando suas contradições, já que na prática um dos motivos que perturbam a estabilidade da saúde seria o próprio capitalismo, sendo assim não é coerente um discurso que orbita esse sistema econômico mas defende a atitude médica preventiva baseada na multicausalidade das doenças, assim a produção capitalista seria um fator a ser evitado em favor da manutenção da saúde, assim a medicina preventiva tem em sua própria natureza limitações que impedem que o discurso alcance o real.

E por último o conceito de esquema evolutivo que explica o desenvolvimento da medicina preventiva, vinculado à ideia de norma, aqui Arouca aponta para suas raízes na higiene, a medicina preventiva fazendo uma leitura liberal dos problemas surgidos após

a grande depressão de 1929, surge como substituta da higiene, redefinindo o papel do médico nessa nova organização social.

Essa redefinição parte da norma que coloca uma ordem em um conjunto de acontecimentos atribuindo a aquilo que não faz parte de sua extensão caráter negativo, dentro dessa perspectiva a medicina preventiva, diferente da higiene, representa a normatividade sobre o profissional, ou seja a mudança da atitude médica.

Assim Arouca afirma que em sua primeira fase a medicina preventiva pretendendo a inculcação através do contato, mantendo alheia a ideia de prática política, desenvolveu práticas que resultaram na evolução do conceito de contato para um projeto do normal.

Desse movimento surgem os projetos de medicina comunitária que busca materializar a norma, ou seja, busca operacionalizar o discurso preventivista para além de seu âmbito institucional atingindo o espaço aberto do real, sendo este definido pelos limites da experiência.

Dentro de capítulo voltado para a formação das regras discursivas, destaco um ponto: a instauração do discurso da medicina preventiva na sociedade. Que se dá através da institucionalização de espaços discursivos sendo esses: os Departamentos de Medicina Preventiva, Associações Nacionais de Escolas Médicas e organizações internacionais como a Organização Pan-Americana de Saúde, Federação Pan-americana de Escolas de Medicina e Fundações como Kellogg, Ford, Rockefeller entre outras.

Lima (2002), aponta no início da década de 1980 para a institucionalização de abordagens da medicina social, onde atua a

medicina preventiva, nos Departamentos de Medicina Preventiva da Universidade de Campinas e da Universidade de São Paulo, o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e a Escola Nacional de Saúde Pública na Fundação Oswaldo Cruz.

Dessa forma uma pergunta se faz presente: porque se faz importante destacar o processo de institucionalização do discurso preventivista, dentro dessa pesquisa? Onde o CEBES e a Saúde em Debate se posicionam nesse processo?

Frente a esses questionamentos levanto uma hipótese voltada para a própria criação do centro de estudos enquanto entidade, que se estabelece a partir de 1980 (segunda fase) como um lugar de possibilidades para se relacionar a produção acadêmica com a prática política.

Essa hipótese se baseia na criação do CEBES e da revista a partir da necessidade de se legitimar as produções discursivas que partem da crítica ou tentativa de operacionalização do discurso preventivista na prática, além do papel de relacionar a produção acadêmica dentro e fora \dos departamentos de medicina preventiva com a prática política, o CEBES também surge como lugar de legitimação de saberes.

Indo mais além ousaria dizer que existia uma possibilidade do CEBES através da revista Saúde em Debate de produção de um acontecimento discursivo (PÊCHEUX, 2008) devido a uma possível produção de novas proposições teóricas e conceituais, partindo do ciclo entre a produção de práticas e representações, podendo ser retomada aqui a ideia do contato. (CHARTIER, 1990)

De volta a tese de Arouca, o sanitarista por fim, trabalha a relação entre sociedade e medicina através do cuidado médico e a viabilidade do projeto preventivista que parte de uma leitura liberal e civil da medicina que tem a pretensão de redefinir as responsabilidades do médico.

Pensando a viabilidade de implementação do projeto preventivista, Arouca aponta para duas possibilidades, primeiro: manter a prática liberal, a participação do Estado e a emergência de uma prática empresarial e a segunda partindo do controle total das ações de saúde pelo Estado. (AROUCA, 2005)

Na primeira possibilidade as medidas preventivas passam a ter valor de troca, se transforma em mercadoria no processo de produção capitalista, e atende a demandas de determinados grupos sociais, aqui podemos perceber a exclusão daqueles que não tem condições de acessar a saúde mercadoria, além da influência do setor industrial, que produz tecnologias que incorporadas à prática preventiva passa a formar um ramo de alto valor econômico dentro do setor industrial, sendo uma preocupação recorrente dentro da Revista Saúde em Debate.

Já, segundo Arouca, quando o Estado toma para si o controle das ações de saúde, pode incorporar as atitudes preventivas, a partir de uma reestruturação total das condições de trabalho, onde essas devem se fazer presentes dentro das relações sociais de produção e consumo do cuidado, e a partir das novas condições de prática reformar o ensino médico, desta forma propõe que a medicina preventivista abandone suas origens liberais e civis.

Sendo assim, Arouca caracteriza a medicina preventiva como "um sistema conservador das estruturas da prática médica existente", pois se encontra enquanto prática discursiva na fundamentação e organização de seus conceitos e movimento dos mesmo, prática ideológica quando busca na formação estudantil e docente a criação de uma consciência preventiva e enquanto prática empírica experimental quando tenta construir novas formas de existências das individualidades através da experiência, porém não produziu uma prática teórica que possibilitaria condições de produção de conhecimentos reais sobre a crise no setor saúde e uma prática política que levaria a mudanças estruturais do setor saúde.

Prática Política e Possíveis Novas Representações

Uma das principais críticas de Arouca a Medicina Preventiva se estabelece sobre a ausência de uma prática política como motor para a transformação da prática médica, porém esse posicionamento crítico diante dessa ausência pode ser observado também no posicionamento do centro de estudos em sua 9° edição e primeira da segunda fase da Saúde em Debate.

O editorial abre essa edição da revista trazendo para seus leitores explicações sobre a crise que o centro de estudos havia passado, mas o que mais nos interessa aqui é justamente a nova definição dada para o CEBES.

Com a colaboração de Sérgio Arouca, a centro de estudos e a Saúde em Debate redefine seus limites de atuação, agora o CEBES

se coloca em posição de articulador entre os saberes acadêmicos e a possibilidade de se pensar uma prática política, na orientação de articulação política na "formação de contrapolíticas e construção de novos modelos de atuação" para o setor saúde.

> Neste sentido é que o Cebes passa a ter uma posição mais definida e que vem sendo exprimida em sua recente participação em encontros como o I Simpósio de Política de Saúde da Câmara, o II Encontro de Secretarias Municipais de Saúde. Formulando documentos coletivos, como é o caso de dois trabalhos publicados neste número - A Questão Democrática na Saúde e Atenção Primária - e criando nos núcleos regionais Comissões de Saúde do Trabalhador, de Medicina Comunitária e Assessoria Parlamentar, entre outras, o Cebes começa a ganhar, ainda que timidamente, o papel de um verdadeiro centro de estudos em âmbito nacional. (Editorial, CEBES, 1980, p, 2)

Estabelecido esse caráter fortemente político do CEBES, é possível perceber a necessidade de existência de uma prática política, para a transformação da saúde e redefinição do médico enquanto profissional, o que nos leva a questionar sobre quais a condições que se estabeleceram para que surja a necessidade de se pensar uma prática política dentro da saúde?

É entendido que a revista Saúde em Debate tem caráter apartidário, o que abre espaço para que diferentes sujeitos interessados na questão da saúde se aglutinem em favor de um valor compartilhado, que podemos compreender enquanto economia moral.

O conceito de economia moral forjado por Edward P. Thompson historiador inglês de orientação marxista, se compreende a partir das rebeliões dos século XVIII, ligadas principalmente a questão dos altos preços dos alimentos, a existência de relações culturais na organização desses levantes.

Thompson (1998), entende que a natureza dessas revoltas está ligada não somente a uma relação econômica, mas também a fatores morais, onde grupos de diferentes sujeitos, nem sempre vinculados aos mesmos interesses, se organizam em função de um valor compartilhado.

Diante disso podemos perceber uma espécie de economia moral dentro do centro de estudos que é representado dentro da própria revista Saúde em Debate, onde nem todos os sujeitos compartilham dos mesmo posicionamentos políticos, ideológicos e conceituais porém, fazem do centro de estudos e do periódico um espaço de possibilidade de discussão e formação política democrática.

Ou seja, os sujeitos atravessados por diferentes enunciados e determinantes históricos se aglutinam em um centro de estudos para, em meio a um processo de redemocratização forjar uma prática política, que durante os períodos mais duros da ditadura foram perseguidos.

Desta forma o contexto político e social onde se localizava a segunda fase da revista, que dura entre os anos de 1980 à 1982, também cria condições para construção tanto de uma prática política, quanto de um campo teórico que propicie se pensar essa prática.

Em 1979 Ernesto Geisel revoga o Ato Institucional 5, derrubando a censura e ao menos institucionalmente, cessando a perseguição à oposição governamental, dando andamento ao plano de reabertura política lenta e gradativa.

Cislagh em "Privatização de Saúde no Brasil: da ditadura do grande capital aos governos do PT", afirma que durante o período ditatorial, em seus períodos de crise, usou da ideia da expansão de serviços assistenciais de saúde no Brasil, como tentativa de "acalmar" movimentos populares que cresciam cada vez mais no país na década de 1970, em busca de se ter uma transição democrática sem grandes transtornos para os militares.

Apesar do milagre econômico, o povo ainda permanecia em situação de extrema pobreza, afinal, os trabalhadores foram excluídos do processo de divisão de riqueza durante a explosão econômica da ditadura.

A revolta popular, não somente por sua exclusão no processo de riqueza, vinculado à crise do governo ditatorial, principalmente por conta da crise do petróleo, foram alguns dos motivos responsáveis pela pressão para a retomada democrática do país.

A situação precária a que a população se encontrava, fazia com que movimentos reivindicando a redemocratização do país, ecoasse pelo Brasil, demandas como melhores condições de trabalho, salários maiores, fim da opressão militar, melhorias nas condições de vida e saúde se tornavam cada vez mais fortes.

Em meio a isso, no âmbito da saúde, os médicos buscavam adequar sua formação a essa nova realidade, como pode ser obser-

vado na revista Saúde em Debate através dos núcleos regionais de trabalho definidos em sua segunda fase, como objetivo de traçar as diferentes demandas de saúde de determinadas regiões na busca de se produzir soluções a partir dos conhecimentos científicos e de uma nova prática médica.

Diante disso apresento na tabela 1 abaixo o mapeamento desses núcleos e de seus autores assim como também seus temas presentes na 9° edição da Saúde em debate:

Núcleo de Trabalho	Autores	Atuação	Temas
CEBES Bahia	Carmem Fontes Texeira -> Ronaldo Ribeiro Jacobina -> Abnoel Leal de Souza ->	Aluna do mestrado de saúde comunitária - FMUF - BA Membro CEBES - BA Membro CEBES - BA	Análise da Conjuntura Política em Saúde.
CEBES Nacional	Produção coletiva CEBES Nacional	CEBES Nacional	Documento apresentado pelo Cebes Nacional sobre Política Nacional de Saúde

Núcleo CEBES - Campinas	**Profissionais que atuam na atenção primária em Campinas**	**Atenção Primária em Campinas**	**Documento elaborado por profissionais da atenção primária em Campinas , em defesa da mesma como alternativa de solução para a crise no setor saúde.**
Núcleo CEBES - Rio de Janeiro	**Sonia Maria Fleury Texeira**	**FINEP**	**Assistência Médica Previdenciária**
CEBES - São Paulo	**Wellington Coimbra ->** **Edlamar Guimarães Neves ->**	**FMUSP** **CEBES - São Paulo**	**Documento sobre a Semana de Saúde do Trabalhador**
CEBES - São Paulo	**Giovanni Berlinguer ->**	**Universidade de Sassari** **Universidade de Roma**	**Medicina Social e a mercantilização da saúde**

Após essa sistematização tenho como objetivo apontar fatores que interligam os enunciados entre si e quais representações estão sendo construídas, partindo da análise do interdiscurso, a me-

dicina preventiva, em relação ao intradiscurso, os enunciados presentes na revista.

Primeiramente se faz necessário observar os pontos em que aparecem de certa forma uma possível ruptura em certos sentidos com o discurso preventivista, observando os enunciados aqui postos é possível perceber certos posicionamentos contrários à própria natureza do que é compreendido por Arouca como discurso preventivista.

Dois posicionamentos que atravessam todos os enunciados seriam, principalmente, a mercantilização da saúde, e a preocupação com o modelo de medicina que estava se expandindo para além das discussões nas instituições de ensino médico e atingindo um público cada vez maior.

Essa preocupação fica evidente pela escolha da primeira publicação após o editorial da revista, onde os autores vinculados a um modelo de saúde comunitária, lembrando que esta tem papel de operacionalizar o discurso preventivista, produzem uma breve análise histórica sobre a conjuntura política em saúde, partindo de três momentos.

Iniciando em 1966 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), marcando a fase centralizadora dos mecanismos de decisão no setor saúde e facilitando a entrada de capital e interesses de dominância internacional em território brasileiro.

Não coincidentemente Lima (2002), aponta para um intenso investimento internacional de empresas privadas já citadas anteriormente, na criação de departamentos de medicina preventiva e

cursos para a formação de médicos preventivistas, como também a facilitação de bolsas para estudar a área nos Estados Unidos, assim como também incentivo para adesão da mesma nos países latino americanos.

Sendo assim é possível perceber influências ideológicas externas que se faziam presentes também no processo de estruturação das práticas de saúde por meio do aparelho estatal, os autores chamam atenção para a exclusão de sujeitos interessados no debate do setor saúde nessa formulação, como a classe trabalhadora e entidades representantes dos profissionais de saúde.

É importante elucidar nesse momento, uma condição marcante para construção de uma prática política pelo CEBES, visto que a classe médica junto a classe trabalhadora, sujeitos centrais desta discussão, ao serem excluídas do processo de formulação de novas estruturas para o setor saúde e sufocadas pelo autoritarismo do contexto onde estão emergidas, veem a necessidade de se criar um espaço democrático de proposições políticas e teóricas de forma organizada para produção de contra políticas sustentadas na apropriação do conhecimento científico em função de organização política, o que podemos entender enquanto uma cultura política.

Posteriormente os autores apontam para as consequências do milagre econômico fundamentado na superexploração e repressão do trabalhador, junto ao processo de urbanização acelerado e o arrocho salarial levaram a um aumento significativo nas demandas por serviços médicos, que com a falta de infraestrutura, para suprir a demanda deu-se início a um amplo movimento de denúncias contra os aparelhos estatais vinculados a saúde pública.

Por fim dois anos antes da criação do centro de estudos e da revista Saúde em Debate, com a insatisfação popular o regime militar é negado em pleito, dando início ao processo de abertura política do país, em meio a esses acontecimentos o Estado investe em políticas de legitimação, tendo como alvo a saúde, resultando na ampliação das bases sociais, com a criação do Sistema Nacional de Saúde as funções do Ministério da Saúde e do Ministério de Previdência e Assistência Social são definidas de forma ambígua drenando assim os recursos da Previdência para o setor empresarial.

Diante disso os autores apontam também para a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), objetivando a implantação de uma rede básica de saúde , levando postos e centros de saúde para a zona rural, na esperança de finalmente se concretizar um modelo complexo de assistência, porém sua implementação enfrentou grandes dificuldades ao esbarrar nas contradições que um programa com proposta descentralizadora provocaria em um poder centralizado.

Aqui podemos perceber o tom da segunda fase da revista Saúde em Debate e consonância com o trabalho que o CEBES se propõe a fazer e também qual seria o discurso produzido dentro do centro de estudos.

É importante levantar o interesse do CEBES na formação de um programa que objetiva a extensão da rede básica de saúde, na intenção de expandir a assistência médica para aqueles usuários excluídos do acesso à saúde.

Na busca por essa expansão podemos perceber a crítica de Arouca a ideologia preventiva, quando o sanitarista afirma que ao transformar a saúde em um produto de troca de valor, esse será destinado a determinado grupo ou classe social.

Assim as determinantes históricas que atravessam os sujeitos de uma sociedade, aparecem de forma gritante, dentro de uma perspectiva de quem poderá utilizar ou não dos serviços de saúde, defendido pelo CEBES como um direito de todos, diante disso percebemos no discurso inerente ao centro de estudos, partindo das noções regionais apresentadas por seus núcleos de trabalho espalhados pelo país, uma demanda principal que seria a possibilitação ao acesso à saúde para todos.

Partindo assim dos trabalhos tanto de atuação médica, quanto de levantamento de dados, ou denúncias em relação à saúde em diferentes lugares do Brasil, delimitam quais demandas precisam ser supridas em relação à saúde brasileira.

Outro ponto relevante a ser pensado aqui, se volta para a própria criação do PIASS que recebe uma característica de espaço de luta fora dos âmbitos acadêmicos, onde o debate e a crítica a prática assistencial se faz, não somente no campo ideológico, mas também no campo político, o que nos demonstra o caminhar das organizações populares e de classes trabalhadoras ao reivindicarem seu espaço nos processo de decisões políticas do país.

Até aqui percebemos os problemas levantados nessa segunda fase da revista, a questão da mercantilização, da preocupação com o desenvolvimento de uma atenção básica de saúde, e a construção

de uma ideologia alternativa, porém ainda vinculada a medicina preventiva, que considera como caráter inerente a saúde o seu âmbito coletivo, afirmando a importância de se compreender o sujeito enquanto atravessado por determinantes históricas que o posicionam dentro da sociedade.

Afirmar que esse pensamento que leva em consideração as determinantes históricas dos sujeitos é de fato consenso dentro do periódico seria deveras perigoso, visto que posteriormente ainda neste capítulo, podemos perceber, a existência dentro do próprio CEBES de sujeitos, discordantes desse pensamento, porém ainda sim, essa compreensão tem bastante força dentro do centro de estudos e da revista Saúde em Debate.

Assim como na primeira matéria da revista encontramos destaque para a mercantilização da saúde e para a atenção básica, é possível perceber esses enunciados atravessando toda a revista, principalmente no documento produzido pelo CEBES nacional intitulado de "A Questão Democrática na Área da Saúde" traça alguns apontamentos para se alcançar uma saúde autenticamente democrática.

Dentre esses apontamentos destaco a definição da saúde enquanto direito inalienável e universal comum a todos, reconhecimentos do caráter socio-econômico global das condições de emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis, reconhecimento da responsabilidade parcial porém intransferível das ações médicas e reconhecimento da responsabilidade do Estado sobre a representação e efetiva implementação desse direito.

Destacados os apontamentos feitos pelo CEBES nacional em relação a definição de uma saúde democrática, chamo atenção para algumas características que podem ser reconhecidas dentro da medicina preventiva: o reconhecimento do caráter socio-econômio que orbita a definição de saúde preventivista e aponto para o reconhecimento do direito inalienável e comum a todos como uma das contradições da medicina preventiva na prática.

Considerações Finais

Caminhando para a finalização deste capítulo aponto algumas questões para se pensar a formação de representações concorrentes no campo saúde que podem ser vistas dentro do periódico: visto os enunciados dados na revista Saúde em Debate, fica cada vez mais evidente a incompatibilidade entre a ideologia preventiva, inculcada na formação médica, e um projeto de saúde democrática, desta forma as produções dadas no periódico, seriam consideradas uma nova representação da prática médica e do próprio médico enquanto sujeito desse discurso? Estaríamos aqui presenciando de fato um acontecimento discursivo, há de fato uma ruptura, ou processo de ruptura com um discurso anterior?

De certa forma, não há como negar a existência de desencontros entre o que se pretende instituir na saúde brasileira, partindo dos enunciados da Saúde em Debate, porém afirmar uma ruptura de fato seria negar também alguns princípios que deram condições de existência para se pensar os enunciados dados na revista.

Como por exemplo a ideia de contato, e a produção de representações a partir do choque ao entrar no campo do real, e até o próprio conceito de saúde vinculado à ideia da multicausalidade, que ainda sim sustentam o olhar médico para a saúde.

Diante disso então o que poderia estar acontecendo na revista Saúde em Debate, o que os enunciados até aqui expostos podem nos demonstrar? Levanto a hipótese de que os enunciados dados na revista, produto de sujeitos determinados também pelo próprio saber médico, estariam buscando construir um novo campo epistemológico e porque não ideológico em relação a saúde pública no Brasil, porém este ainda não se encontrava totalmente desvinculado da ideologia preventiva, visto isso podemos estar diante uma possível reformulação desse campo ideológico, preocupada em trazer para o centro da discussão a prática política, transformadora da realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Francisco das Neves. **O discurso político-partidário sul-rio-grandense sob o prisma da imprensa rio-grandina.** Rio Grande: Editora da FURG, 2002.

BORGES, Camila Furlanetti, BAPTISTA, Tânia Wargas de Faria. **Leituras sobre o Sanitarismo Desenvolvimentista e Interpretações para a Reforma Sanitária Brasileira e a Saúde Coletiva.** v.28, n.1, jan.-mar. 2021, p.79-99.

CARVALHO, Rodrigo; SANTOS, Thais. **O direito à saúde no Brasil: Uma análise dos impactos do golpe militar no debate sobre universalização da saúde**. Revista do programa de Pós-graduação em direito da UFBA. Bahia. P. 72-53. 2° semestre de 2015.

CEBES. **Editorial.** Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro. N° 15/16. P. 3. Fevereiro. 1984.

CEBES. **Editorial.** Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro. N° 10. P 5-3. Abri/Mai/Jun. 1980.

CHARTIER, Roger. **A História Cultural entre práticas e representações.** Lisboa: DIFEL, 1990.

CISLAGHI, Juliana. **Privatização de Saúde no Brasil: da ditadura do grande capital aos governos do PT.** Revista em Pauta. Rio de Janeiro. V. 17. F. 43. P. 60-73. 1º semestre de 2019

LIMA, Nísia Trindade**.** O Brasil e a Organização Pan-Americana de saúde: uma história em três dimensões. In.: FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde no Brasil [online].** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>.

PÊCHEUX, Michel. **O Discurso: Estrutura ou Acontecimento.** Tradução: Eni P. Orlando – 5ª Edição, Campinas, SP Pontes Editores, 2008

SANTOS, Marta. **Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos.** Revista Katál. Florianópolis. V. 16. N° 2. P. 240-233, jul./dez. 2013.

SOPHIA, Daniela. **O Cebes e o movimento da reforma sanitária: história, política e saúde pública (Rio de Janeiro 1970-1980).** Tese (Doutorado em História da Saúde Pública) -Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro. 2012.

THOMPSON, Edward Palmer. **Costumes em Comum. Estudos sobre a Cultura Popular Tradicional.** São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

OS SABERES POPULARES SOBRE PRODUTOS NATURAIS E O PAPEL DOS COMERCIANTES NA PROMOÇÃO DA MELHORIA DA SAÚDE

Priscilla Rosa Azevedo[1]
Jorge García Marín[2]

Introdução

O objeto de investigação deste trabalho são os saberes populares dos trabalhadores das feiras livres de Vitória da Conquista-BA sobre as propriedades terapêuticas das ervas que comercializam. Dentre as pretensões investigativas estavam compreendermos quais são as percepções dos feirantes sobre os papéis sociais de sua profissão e os saberes que possuem acerca dos produtos que vendem.

1 Graduada em Direito pela UCSAL. Especialista em Direito do Estado pela JUSPODIVM e mestranda pelo PPGMLS/UESB.

2 Sociólogo. Doutor pela Universidade de Santiago de Compostela. Professor de Sociologia da Universidade de Santiago de Compostela. Secretário do Centro Interdisciplinar de Estudos e Investigações Feministas da USC. Professor e Pesquisador Convidado do PPGMLS/UESB.

A etimologia da palavra feira provem do latim e significa "dia santo" ou "feriado", todavia, pode ser traduzida também como "festa" (SATO, 2007; PIERRI, 2010). Para Sato (2007) ao investigarmos como são constituídos os processos que cotidianamente são conduzidos para organizar a feira livre e os saberes populares em circulações nesses espaços, torna-se indispensável identificarmos as regras gerais de seu funcionamento, os estratos sociais que por ali transitam e as interações que são desenvolvidas. Logo, corroboramos com o pressuposto de que cada feira livre possui características especificas de sua região, revelando os aspectos culturais que integram os grupos sociais que fazem parte das localidades onde encontram-se inseridas (SANTOS, 2021).

As feiras livres se configuram enquanto lugar de trocas comerciais, e onde produtos e serviços são ofertados e contratados. Contudo, Sato (2007) afiançou que além da dimensão econômica, devemos prestar atenção para o papel pragmático de seus trabalhadores, que visam a partir do lúdico e da estética, entreter e persuadir seus potenciais compradores. Nesses espaços encontram-se presentes, como observamos no contexto conquistense, o comércio de produtos naturais[3], voltados à terapêutica alternativa, sendo os comerciantes deste setor importantes produtores e promotores de um conhecimento popular específico.

O objetivo principal do presente estudo foi analisar os saberes populares sobre as ervas medicinais e suas respectivas con-

3 Conforme as considerações de Almeida ([2000] 2011, p. 28) "[...] ainda é difícil estimar com precisão a grandeza da biodiversidade brasileira. Entretanto, afirma-se que o Brasil possui a maior diversidade genética vegetal do planeta. Apesar do potencial para a busca de novos fitofármacos ser inegável, estima-se que menos de 10% da flora nacional foi estudada com fins fitoquímicos e farmacológicos, visando a avaliação das propriedades terapêuticas".

tribuições para a melhoria da qualidade da saúde da população, a partir das percepções dos comerciantes que atuam nas feiras livres conquistenses. Atrelado a isso buscamos construir os perfis etnográficos dos participantes que colaboraram com a pesquisa; verificar a percepção dos participantes sobre os produtos comercializados, particularmente, seus impactos positivos e possíveis efeitos colaterais; e, compreender as percepções que os feirantes que comercializam as ervas "de efeitos terapêuticos" encaram a disputa entre o comércio popular e o mercado farmacológico.

A presente pesquisa buscou contribuir com os demais estudos que têm sido produzidos sobre os saberes populares em saúde, práticas terapêuticas alternativas e comércio popular. Ademais, observamos a existência de uma lacuna na produção científica de estudos relacionados à temática, com base no recorte temporal e espacial. Os estudos dedicados à análise do tema que foram localizados nos subsidiaram na investigação e foram apresentados adiante. De modo a organizar os resultados encontrados, estruturamos este artigo da seguinte forma: no item seguinte apresentamos as informações sobre os participantes; posteriormente discutimos os saberes relacionados aos produtos comercializados e suas propriedades terapêuticas, à luz das percepções dos feirantes; e por fim, mas não menos importante, demonstramos como os participantes percebem a perene disputa pela primazia do público consumidor, na qual se opõem o comércio popular e a indústria farmacêutica.

Trajetória de vida e condições de trabalho dos feirantes de Vitória da Conquista-BA que comercializam ervas medicinais

Em nossas incursões nas feiras livres de Vitória da Conquista-BA, localizamos quatro feirantes que se dedicam exclusivamente ao comércio de ervas medicinais, distribuídos em duas feiras: Central de Abastecimento Edmundo Flores (CEASA) e na Feira do bairro Patagônia. Ressaltamos que esta busca foi empreendida em cinco locais distintos. Todos os participantes que colaboraram tiveram acesso aos objetivos e às finalidades da pesquisa, sendo que a adesão foi voluntária. Além disso, solicitamos a autorização para as gravações das entrevistas e garantimos o sigilo a partir da atribuição de nomes fictícios, escolhidos a partir das ervas medicinais provenientes da flora brasileira.

Antes de apresentarmos os dados etnográficos coletados, tercemos algumas considerações sobre as transformações históricas do comércio popular do município de Vitória da Conquista e apresentamos informações censitárias, a fim de melhor compreendermos os aspectos econômicos e culturais que compõem a região analisada.

O município de Vitória da Conquista-BA é localizado na macrorregião do Sudoeste da Bahia, sendo a terceira maior cidade do Estado, com uma população estimada em 343.643ha, com salário médio mensal dos trabalhadores formais de 1,9, cuja renda per capita anual é de R$ 20.905,86 e com 23,9% da população ocupada (IBGE, 2021). Conforme verificamos, a partir do cruzamento dos dados censitários dos últimos 50 anos, Vitória da Conquista

apresenta um dos maiores crescimentos vertiginosos da Bahia, sendo que sua população mais do que dobrou. Dentre as causas que explicam esse crescimento e o aumento sempre constante do fluxo de pessoas encontram-se a inauguração da BR-116, em 1963, durante a gestão presidencial de João Goulart (1919-1976), contando, inclusive, com a presença do líder político; além disso, soma-se os fatos de ter se tornado nos últimos anos polos estudantil, comercial e médico da macrorregião.

No que diz respeito às feiras livres existentes na cidade, suas transformações promoveram um processo de organização do comércio popular, similar ao que foi observado em outras regiões do país, sobretudo, a partir da gerência dos órgãos de controle, tanto dos de natureza sanitária (municipal, estadual e federal) quanto de serviço público (local). A exemplo disso, as feiras livres conquistenses são geridas pela Secretaria Municipal de Serviço Público (Sesep), cujas atribuições incluem as concessões de licenças aos feirantes, as coletas dos tributos entre os licenciados, a realização da limpeza dos espaços e as fiscalizações dos trabalhadores autorizados e dos que atuam clandestinamente.

Em nossa investigação constatamos que todos os pontos comerciais identificados estão credenciados junto à Sesep, sendo que apenas uma das participantes não é a responsável pelo ponto comercial onde atua, cuja licença é de responsabilidade de um de seus dependentes. Na tabela 1 apresentamos as informações dos participantes, com ênfases no perfil etnográfico e nas condições em que trabalham.

Tabela 1 – ***Dados etnográficos e condições de trabalho dos feirantes de Vitória da Conquista-BA que atuam no comércio de ervas medicinais:***

Nome	Gênero	Autodeclaração étnico-racial	Idade	Situação do ponto onde atua
Capim Santo	Mas.	Branco	68 anos	Licenciado na CEASA
Umburana	Fem.	Branca	73 anos	Não-licenciada (CEASA)
Erva Cidreira	Fem.	Parda	38 anos	Licenciada na Feira do Patagônia
Boldo	Mas.	Preto	48 anos	Licenciado na CEASA

Fonte: Autoral, 2023.

De acordo com Oliveira (2017), em Vitória da Conquista, além da CEASA existem diversas outras feiras livres, localizadas em bairros equidistantes do centro da cidade, a exemplo das existentes nos bairros Brasil, Alto Maron, Patagônia, URBIS VI, entre outras. Dos quatro participantes desta pesquisa, três deles atuam na CEASA, sendo que apenas Erva Cidreira trabalha na Feira do bairro Patagônia, inexistindo comerciantes de ervas medicinais nas demais feiras livres.

Segundo Lacerda (2020) as feiras livres são lugares de encontro, de trocas de experiências, de fazeres e saberes que reforçam significados acerca da realidade, desse modo, é preciso nos despirmos das nossas concepções preconcebidas sobre as formas como seus trabalhadores se organizam, a fim de imergirmos em suas dinâmicas internas e assim produzirmos um saber científi-

fico que verdadeiramente reflita como os feirantes percebem a si mesmo, os outros e os papéis sociais que representam.

Ao buscarmos levantar o tempo de atuação profissional desses(as) participantes, obtivemos uma média de 23 anos, sendo que dois deles se dedicam a mais de três décadas ao comércio de produtos naturais nas feiras livres de Vitória da Conquista-BA (Capim Santo e Umburana)[4]. O tempo médio de atuação profissional indicam que os(as) participantes conhecem a fundo as dinâmicas do comércio popular de produtos naturais, os perfis dos consumidores e as demandas do mercado fitoterápico.

Ainda no que se refere aos aspectos etnográficos dos participantes, apresentamos na Tabela 2 os dados sobre escolarização e renda (individual e familiar), de modo a compreendermos as trajetórias profissionais e as contribuições desses feirantes para a manutenção dos seus respectivos núcleos familiares.

Tabela 2 - ***Dados etnográficos, trajetórias profissionais e renda dos feirantes de Vitória da Conquista-BA que atuam no comércio de ervas medicinais:***

Nome	Grau de escolaridade	Estado civil	Renda individual	Renda familiar
Capim Santo	**Ensino Primário incompleto**	**Solteiro**	**Entre 3 e 4 salários mínimos**	**Entre 3 e 4 salários mínimos**
Umburana	**Ensino Primário incompleto**	**Viúva**	**Entre 1 e 2 salários mínimos**	**Entre 2 e 3 salários mínimos**

4 Em nosso levantamento de dados obtivemos a média de 23 anos de atuação profissional no comércio de produtos naturais: Capim Santo (32 anos), Umburana (30 anos), Boldo (18 anos) e Erva Cidreira (12 anos).

Erva Cidreira	Ensino Médio completo	Convivente	1 salário mínimo	2 salários mínimos
Boldo	Ensino Fundamental incompleto	Solteiro	Entre 1 e 2 salários mínimos	Entre 1 e 2 salários mínimos

Fonte: Autoral, 2023.

No levantamento feito constatamos que a grande parcela dos entrevistados não possui ensino básico completo, pois apenas uma das entrevistas concluiu o Ensino Médio e é convivente (não casada no civil), sendo que os demais não possuem cônjuges ou conviventes. No tocante à renda média individual mensal percebemos que 50% dos participantes declaram que ganham entre um e dois salários mínimos, monta equivalente à média local; além disso, a participante Umburana alegou arrecadar menos de um salário mínimo em seu comércio, complementando sua renda com o recebimento da aposentaria.

Ao cruzarmos as informações sobre ganho médio individual mensal com os valores referentes a renda média familiar mensal, percebemos que a grande parcela dos participantes são os principais mantenedores de seus núcleos familiares ou contribuem decisivamente com a receita de seus respectivos domicílios. A exemplo de Umburana, mulher de 73 anos, que atuam a mais de 30 anos no comércio popular e que sozinha representa mais de 50% da receita média mensal de seu domicílio, o qual é composto por nove membros. Além disso, encontramos Capim Santo e Boldo, feirantes que são os únicos provedores de seus lares.

Partindo dessas informações foi possível percebermos o protagonismo desses trabalhadores na manutenção de seus núcleos

familiares, em decorrência da comercialização de ervas medicinais, cujo consumo tem diminuído nos últimos anos, conforme alegaram todos os colaboradores aqui ouvidos. Portanto, concordamos com Lacerda (2020), em suas afirmações que de as feiras livres não são o resultado acabado do processo de diversão social do trabalho, podendo mesmo ser visto como uma expressão sociocultural.

Desse modo, a autora supracitada propôs examinarmos as feiras livres também como espaços de educação informal, "[...] pois é possível aprender e ensinar na feira e, por apresentar modalidades de comercialização e oferta de produtos bastante diversificados" (LACERDA, 2020, p. 33), torna-se possível a manutenção e a circulação de saberes populares que fazem parte da expressão da cultura popular e da identidade sociocultural de uma determinada localidade. Uma vez que, além dos gêneros alimentícios e serviços que são negociados, nas feiras livres é possível encontrarmos especiarias, medicamentos à base de ervas, vestuário, utensílios domésticos, animais, artesanato, produtos de limpeza, cosméticos etc.

Em nosso inquérito buscamos conhecer as trajetórias profissionais, especialmente, o tempo de atuação no comércio de ervas medicinais, além de inquirirmos acerca das razões e influências que levaram os participantes a optarem pelo exercício de seus ofícios. Encontramos, por exemplo, o relato de Erva Cidreira que informou atuar no comércio de ervas medicinais a cerca de 20 anos, tendo como influência o antigo proprietário do ponto comercial onde atua, adquirido pelo seu pai. Dentre os participantes, Erva Cidreira foi a única que alegou não ter sofrido nenhuma influência a partir de seu núcleo familiar ou grupos de sociabilidade, logo, sua escolha

profissional foi o resultado de fatores internos e externos: internos (iniciativa própria em se tornar feirante) e externos (aproveitar o público consumidor do antigo proprietário do local).

No outro extremo identificamos a influência dos núcleos familiares no processo de escolhas das carreiras profissionais. Capim Santo alegou que desde a inauguração da CEASA, a mais de 30 anos, atua no setor de ervas, tendo sido influenciado pelos seus tios, durante o período em que residia em sua cidade natal. Boldo também afirmou atuar na mesma feira livre por cerca de 30 anos, tendo sido inspirado pelo seu falecido pai, de quem teria "herdado" os saberes e o local onde desenvolve sua atividade comercial. De modo semelhante Umburana informou atuar na CEASA desde sua inauguração, sendo que a inspiração teria advindo do convívio com uma amiga, que por bastante tempo trabalhou na mesma feira livre, contudo, não desconsiderou a influência sofrida pelo seu núcleo familiar, ao recordar de que seus entes faziam usos de produtos naturais e que desde a mais tenra idade teve contato com as ervas medicinais.

De acordo com os fundamentos teóricos da memória coletiva, com base em Halbwachs (1994; 2017) consideramos que a memória é um fenômeno biopsicossocial, pois envolve aspectos fisiológicos (orgânicos), mentais e sociológicos. Logo, a memória é relacional, uma vez que pressupõe a interação do sujeito com os marcos sociais, sendo eles o conjunto de eventos vividos, de suas relações vivenciadas com os grupos em que estão inseridos, com as pessoas com as quais o indivíduo compartilha experiências, lugares, espaços, datas que constituem sua memória etc. Assim, os indivíduos arti-

culam sua memória em função de seu pertencimento a um grupo: família, religião ou classe social determinada.

Lacerda (2020, p. 36) ao historicizar as transformações históricas do comércio popular em Vitória da Conquista, incluiu entre seus objetos de investigação a feira da CEASA, local onde atuam ¾ dos feirantes que entrevistamos. Segundo a pesquisadora, "entre 1983 e 1986 ocorreu a construção de cinco pavilhões para abrigar a feira que era realizada na Praça da Bandeira, ao lado do Mercado Municipal Fernando Spínola, conhecido como Mercadão". Essa ampliação foi o resultado da constatação do aumento do contingente de consumidores e vendedores varejistas que habitavam ou circulavam semanalmente na cidade, sendo que a inauguração da CEASA ocorreu no ano de 1986, na gestão de José Fernandes Pedral Sampaio (1925-2014) – figura política de grande expressividade no cenário estadual, cuja primeira eleição para o cargo de prefeito municipal ocorreu em 1963, tendo sido afastado no ano seguinte em decorrência do golpe militar (1964), sendo recolocado no cargo no ano de 1986, após o fim do regime militarista a partir do voto direto.

Após sua inauguração, em 1986, havia a convivência mútua entre os setores atacadistas e varejistas, onde os primeiros atendiam não apenas aos feirantes locais, como também aos varejistas das feiras dos bairros adjacentes e das cidades circunvizinhas. A separação entre os setores só ocorreu em 2008, quando o setor atacadista foi deslocado para a Avenida Juracy Magalhães. Em decreto municipal de 2017, foi sancionado novo deslocamento, efetivado em 05 de julho de 2022 com a inauguração da CEAVIC, localizada às margens da Rodovia Herzem Gusmão, conhecida popularmente como Saída de Anagé.

Desse modo, além da existência de diversas feiras livres nos bairros da cidade, coexiste atualmente em Vitória da Conquista-BA dois polos atacadistas, com vista a atender a demanda sempre crescente pelos produtos que ali são distribuídos, pois, como é sabido o município é atualmente o principal polo comercial da macrorregião do Sudoeste Bahia e Norte de Minas Gerais, tendo uma população flutuante de cerca de 2 milhões de pessoas por semana. Além disso, em seu Território de Identidade (TI), composto por 24 municípios, a cidade representa sozinha cerca de 49,33% do contingente populacional. Como observamos, os setores atacadista e varejista do comércio popular existentes em Vitória da Conquista são principais responsáveis pelo abastamento das feiras livres da macrorregião do Sudoeste da Bahia e do Norte de Minas Gerais, logo, os quatro feirantes entrevistados desempenham um papel importante na comercialização das ervas medicinais que são consumidas na região, pois o público-alvo atendido não se restringe aos moradores conquistenses. No item seguinte analisamos quais são os saberes populares que esses feirantes detêm sobre os produtos que comercializam, com enfoques nas propriedades terapêuticas, nas formas de administração dos produtos e nos possíveis efeitos colaterais advindos do uso indevido.

Saberes populares dos feirantes de Vitória da Conquista-Ba sobre propriedades terapêuticas das ervas medicinais

De acordo com Villamar & Ruiz (2019) nos últimos anos observamos a disputa travada entre o comércio popular e a indústria farmacêutica pela hegemonia do mercado consumidor de produtos

fitoterápicos e medicamentos. Dentre os fatores que justificam a conservação do comércio popular de ervas medicinais, encontram-se os altos valores cobrados pelos medicamentos farmacológicos e a sobrevivência dos saberes populares sobre os benefícios terapêuticos dos produtos de origem natural. Contudo, os pesquisadores advertiram que:

> É inegável, no entanto, que o uso popular e mesmo tradicional não são suficientes para validar as plantas medicinais como medicamentos eficazes e seguros. Nesse sentido, as plantas medicinais não se diferenciam de qualquer outro xenobiótico sintético, e a preconização ou a autorização oficial do seu uso medicamentoso deve ser fundamentada em evidências experimentais comprobatórias de que o risco a que se expões aqueles que a utilizam é suplantados pelos benefícios que possam advir. (ARGENTA *et al.*, 2011, p. 52).

Com base nessas considerações concluímos que os saberes populares construídos sobre as propriedades terapêuticas, os modos adequados de administração dos produtos naturais e possíveis efeitos colaterais são advindos das observações que seus comerciantes e usuários têm, cuja preservação e circulação são conservados e transmitidos pela oralidade, especialmente, no seio dos grupos familiares e de sociabilidade. Diferente das dinâmicas que são adotadas pelo "fazer científico", cuja eficácia terapêutica dos produtos naturais e dos medicamentos sintéticos é baseada na experimentação, no campo do saber popular a mesma é verificada a partir da observação dos resultados que são ou não alcançados pelo consumo de determina-

dos ervas medicinais, não sendo possível, portanto, comprovar suas ações e seu funcionamento no organismo humano. Contudo, essa dinâmica não invalida a existência de um saber popular específico sobre os benefícios e risco à saúde humana, elaborado e transmitido ao longo de centenas de milhares de anos e atualmente controlado pelos órgãos sanitários e de saúde (OLIVEIRA; SIMÕES; SASSI, 2006; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2007).

Quando questionados(as) acerca do produto natural de maior demanda comercial, os(as) participantes foram unanimes em apontar o "barbatimão" como sendo o mais pedido, cujos resultados seriam largamente conhecidos, tanto por parte da comunidade científica quanto por parte do saber popular.

A fim de aprofundamos nosso conhecimento sobre o supracitado produto, descobrimos que barbatimão é o nome popular da substância *Stryphnodendron barbatiman*, também conhecimento em algumas regiões do Brasil como barbatimão-verdadeiro, barba-de-timan, barba-de-timão, casca-da-mocidade, casca-da-virgindade, iba-timão, ibatimô, paricarana, uabatimó, ubatima, ubatimó, chorãozinho roxo e paricana e verna[5]. Dentre seus diversos usos terapêuticos estão o tratamento de distúrbios gastrointestinais e cicatrização de feridas, em decorrência de seu auto teor de taninos condensados, o que o torna um substância anti-inflamatória, antimicrobiana e antioxidante (BRASIL, 2016). Logo, observamos que os(as) participantes deste estudo, mesmo que orientados pelo saber popular e pelas suas experiências no uso e comércio da substância,

5 Além disso, o *Stryphnodendron barbatiman* é conhecido popularmente na literatura como piçarana (Pará-BRA), *barbatimão alumbark* (Inglaterra) e *barbatimão* (inglês, espanhol, francês, italiano e alemão) (BRASIL, 2016).

estão afinados com a literatura especializada (biomédica), mesmo que dela estejam totalmente alheios(as).

Segundo Umburana é muito difícil precisar os produtos de maior procura, contudo, quando questionamentos qual seria o mais comercializado, a participante não titubeou em afirmar "barbatimão é o produto que mais vendo, posso mesmo dizer que ele não é só o mais procurado, como também é o produto que eu mais indico quando alguém me procura [...]", ainda de acordo com ela, as propriedades terapêuticas do produto seria de conhecimento comum, tanto pelo senso comum quanto pelo saber médico. Ainda de acordo com suas recordações "[...] fui ao médico uma vez para tratar de um 'mioma' e ele me recomendou tratar, além dos remédios que me receitou, com barbatimão" o que segundo a participante era "um poderoso remédio" para a cicatrização de qualquer "doença".

A noção da eficácia da barbatimão, com base na hegemonia do saber biomédico também esteve presente nas considerações dos demais participantes, contudo, encontrou-se mais explicita na fala de Erva Cidreira ao afirmar que "esse é um santo remédio que até mesmo os médicos indicam", ainda de acordo com a participante "[...] muitos dos meus clientes chegam aqui procurando e dizem que os médicos foi quem receitou".

Salientamos que ao longo das entrevistas que realizamos fomos diversas vezes interrompidos, em decorrência dos atendimentos que estavam sendo realizados, inclusive, durante a uma hora em que estivemos na companhia de Capim Santo, o mesmo vendeu a barbatimão a dois clientes, sendo que no primeiro caso a transação ocorreu por conta da indicação do feirante, ao ser perguntado por

uma cliente qual seria o produto mais indicado para o tratamento de uma "[...] ferida aberta que custa em sarar" enquanto que no segundo caso o cliente se dirigiu ao estabelecimento em busca da referida substância, nos tendo sido ainda informado de que se tratava de um "[...] freguês fiel". Ainda no que se refere à venda do produto, durante o período que estivemos na companhia de Umburana, a participante negociou o produto à uma cliente, tendo sido por ela indicada para o tratamento de uma inflamação na garganta.

Observamos que a consciência sobre a eficácia de determinados produtos naturais, comercializados pelos feirantes conquistenses, se sustentam a partir de suas experiências pessoais, sendo que muitos dos gêneros fizeram parte das práticas terapêuticas alternativas que eram adotadas em seus grupos de sociabilidade, especialmente, em seus núcleos familiares – principal marco social da memória coletiva. Todavia, dentre as justificativas que deram para sustentarem a relevância de suas profissões e dos produtos que vedem, encontravam-se também as referências ao saber biomédico, a fim de que a validade de suas afirmações fosse amplamente aceita e inquestionada. Desse modo, compreendemos melhor as considerações de Capim Santo de que "médico nenhum pode negar que os produtos naturais fazem bem à saúde" e de Boldo de que "[...] todos sabem dos benefícios das ervas e das garrafadas para o corpo".

Logo, é possível afirmamos que mesmo conscientes dos benefícios à saúde trazidos pelos produtos naturais, do papel social de suas profissões – "raizeiros(as)" [6] e/ou "erveiro(a)" – e do reco-

6 No que se refere ao uso do termo "raizeiro(a)" para qualificação dos(as) profissionais que tivemos acesso, advertimos que sua utilização entre aspas se justifica pelo fato de que para alguns desses participantes suas atuações não se restringem ao comércio de raízes, foi o caso, por exemplo, de Capim Santo, para quem o termo mais adequado seria "erveiro".

nhecimento social que recebem pelo trabalho que exercem e pelos produtos que comercializam, os(as) participam se ampararam na associação do saber popular ao saber biomédico, sendo esse último considerado enquanto legitimo e fator de validação social. Em nossa busca pela compreensão de como esses(as) feirantes se viam e se inseriam no campo biomédico, perguntamos aos participantes se os(as) mesmos(as) se consideravam enquanto profissionais da saúde. As respostas cedidas demonstram a complexidade inerente ao questionamento, pois enquanto que Capim Santo e Umburana não se consideravam profissionais da saúde, particularmente, pela ausência de uma formação técnico-profissional, para os demais suas atuações se inseriam no campo profissional da saúde, especialmente, por contribuírem com a cuidado e a melhoria da saúde dos seus clientes (Erva Cidreira e Boldo).

Ao serem questionados sobre a natureza dos produtos que vendiam, especificamente, se os(as) mesmos(as) os consideravam enquanto medicamentos, todos os(as) participantes não hesitaram em afirmar que se tratavam de substâncias, cujas finalidades eram a prevenção e tratamento de doenças, logo, se enquadrariam nas categorias de remédio e medicamento. Como aferimos, os(as) feirantes entrevistados contavam com uma vasta experiência no comércio de produtos naturais, o que os conferiam um conhecimento sobre moléstias, usos terapêuticos, modos de uso, benefícios e efeitos colaterais.

No que tange ao último critério, buscamos levantar entre os(as) feirantes quais eram os possíveis riscos à saúde dos usuários, o que nos levaram a perceber o extremo cuidado que os(as) feiran-

tes tinham com a indicação de determinadas substâncias. Segundo Capim Santo "[...] tudo em excesso faz mal, inclusive algo que seria para o tratamento, pode ser transformar em um risco à saúde, caso não seja utilizado de forma correta e na dose certa"; já segundo Boldo "[...] o uso indiscriminado de qualquer produto natural pode trazer riscos à nossa saúde, além disso, é preciso consumir na dose certa, para que algo que poderia nos fazer bem não seja a causa de nosso envenenamento".

> Inúmeras legislações foram criadas sobre o tema, a exemplo da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovada por meio do Decreto Nº 5.813, de 22 de junho de 2006, cujo objetivo principal é a garantia do acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil. Como também a Portaria nº 3916/98, que aprovou a Política Nacional de Medicamentos, que estabelece o desenvolvimento científico e tecnológico no apoio às pesquisas que visem o aproveitamento do potencial terapêutico da flora nacional, enfatizando a certificação de suas propriedades medicamentosas. [...] vislumbra-se um futuro mais promissor ao uso racional de plantas medicinais, baseados em estudos científicos e saberes populares e em sua congruência de modo a potencializar esta cultura, nos aspectos do mecanismo de ação das plantas, reações adversas, perfil toxicológico, interações medicamentosas entre os fitoconstituintes de plantas e, por conseguinte, o SUS – como sistema proximal à saúde humana. (SILVA; POMPONET, 2022, p. 327-328).

Conforme argumentaram Silva & Pamponet (2022, p. 327) o reconhecimento dos benefícios terapêuticos a partir do uso de ervas medicinais não pode desconsiderar os possíveis riscos, pois "[...] embora naturais, não significa que não tragam reações adversas à saúde, podendo desencadear agravos devido aos seus componentes ou contaminantes ou adulterantes"[7]. Ainda de acordo com as considerações das supracitadas pesquisadoras, os usos de plantas medicinais se transformam na mesma medida em que as sociedades se modificam, contudo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) aproximadamente 80% da população global reconhecem e fazem uso desses produtos, sobretudo, no tratamento de doenças cuja incidência pode ser evitada[8]. Como resultado na criação, em 2016, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)[9], a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (AN-

7 Anteriormente à criação de uma política pública nacional voltada ao uso racional dos medicamentos naturais, a EMBRAPA havia lançado, em 2004, um documento orientador, dedicado ao cultivo, uso e manipulação das espécies vegetais que mais são utilizadas pela população para a prevenção, tratamento e cura das doenças. O referido documento, além de trazer orientações gerais sobre os temas referidos, apontava para a urgência da criação de marcos legais, da elaboração de estudos técnicos e científicos e para a expansão das autoridades dos órgãos reguladores, de modo a contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade de vida (caráter econômico) dos produtores independentes e para a melhoria da qualidade da saúde da população (RODRIGUES, 2004).

8 Em seu **Caderno de Atenção Básica**, publicado em 2012, pelo Ministério da Saúde do Brasil, voltado ao tratamento da temática do uso de plantas medicinais e da fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente, nos setores da Atenção Básica e Saúde da Família, o texto sugeriu que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), na qual se enquadra a terapêutica aqui investigada, tem sido material de normatização e investimentos em estudos, desde a aprovação em 2016 da PNPIC, em consonância com os órgãos reguladores nacionais, a exemplo da ANVISA e das entidades internacionais, onde o mais importante órgão é a OMS (BRASIL, 2012). Ainda com base no documento, o objetivo maior é coibir o uso indiscriminado e inadequado dos produtos naturais, trazendo maior segurança à população e métodos mais racionais e adequados de produção, manejo, beneficiamento e uso. Na esteira dessa política pública tivemos também a expansão do campo científico de estudo, revelando o potencial produtivo e os benefícios sociais e ambientais do uso dos produtos oriundos da flora brasileira (BRASIL, 2006).

9 A criação de uma política nacional brasileira, voltada às práticas integrativas e complementares e ao uso adequado de plantas medicinais, tem produzido resultados positivos no que se refere à saúde da população brasileira, mas também ao meio ambiente, ao desenvolvimento técnico-científico e aos contextos social e econômico, promovendo, assim, o acesso seguro aos recursos vegetais, o uso racional dos medicamentos naturais, a diminuição dos impactos negativos à biodiversidade, o desenvolvimento de uma cadeira produtiva sustentável e inclusiva e a expansão da indústria nacional (MACEDO, 2016; CHEROBIN *et al*, 2022).

VISA), publicou em 2022 um manual de orientação para o uso de plantas medicinais, a fim de reduzir possíveis efeitos colaterais e intoxicantes aos usuários das substâncias disponíveis na flora brasileira. Segundo as considerações do órgão regulador:

> Existe a crença popular de que "um produto natural, se bem não fizer, mal não vai fazer", mas essa afirmação não é verdadeira, e é ainda mais preocupante para fitoterápicos irregulares, por poderem estar contaminados com microrganismos, substâncias tóxicas ou mesmo com medicamentos sintéticos. (BRASIL, 2022, p. 23).

No que se refere à crença popular, observamos a partir dos relatos de alguns dos(as) participantes deste estudo a rejeição desse pressuposto, pois como afirmou Boldo "[...] todo e qualquer medicamento, se utilizado na dose errada ou constantemente, pode trazer risco e até mesmo causar a morte", já segundo Erva Cidreira "[...] nem todo mundo pode consumir produtos naturais, pois algumas pessoas tem alergias que elas mesmas não sabem". Ademais, conforme advertiu Capim Santo "sempre que alguém me procura pedindo ajuda e indicação de um produto, eu pergunto se ele já usou e quando indico, tenho sempre o cuidado de recomendar o modo correto de usar". Logo, é possível percebermos uma perspicácia entre os(as) feirantes, a fim de evitarem efeitos colaterais aos seus clientes, em decorrência do uso inadequado e compulsório de determinados produtos por eles comercializados.

Questionados se acreditavam na eficácia dos produtos comercializados e na existência de possíveis riscos à saúde dos consumidores, todos(as) os(as) feirantes alegaram que acreditam nos

benefícios e reconhecem os riscos e efeitos colaterais, desde que administrados indevidamente. Ademais, observamos entre ele a confluência da ideia de que não existem produtos naturais de uso terapêutico que sejam isentos de riscos, contudo, defenderam que o uso adequado pode evitar os possíveis danos e efeitos colaterais, sendo, assim, benéficos à saúde.

Saberes populares/Saberes científicos: campos em disputa e/ou complementares?

Em relação ao contexto sociocultural brasileiro o uso de produtos naturais para fins terapêuticos faz parte de diversas tradições, relacionando-se, de modo particular, aos diversos grupos étnico-raciais e suas heranças culturais. Entre os povos originários[10], por exemplo, persistem diversas terapêuticas cuja base encontra-se na manipulação de ervas, cascas, sementes, seivas, raízes etc., consumidas e/ou aplicadas *in natura*¸ fermentadas, dissolvidas e/ou inaladas, cuja disponibiliza (ROCHA; MARISCO, 2016; GAUDÊNCIO; RODRIGUES; MARTINS, 2020). Logo, é possível afirmarmos

10 Com base nos estudos históricos e etnobotânicos em comunidades tradicionais do Brasil, sabe-se que os saberes sobre usos, benefícios e riscos das espécies e de seus derivados foram construídos a partir de procedimentos como experimentação e observação, tendo sido transmitidos pela tradição oral de geração em geração. Desde a início da colonização brasileira, os gêneros e os saberes passaram fazer parte do que eram exportados, contudo, dadas as diversas mudanças recentes nos processos de ocupação do espaço e introdução de novas práticas terapêuticas, os saberes e as tradições indígenas encontram-se em risco, especialmente, pelo avanço indiscriminado do agronegócio predatório e pela busca de hegemonia do mercado farmacológico em detrimento dos demais (ROCHA; MARISCO, 2016); atrelado a isso temos também a perene disputa entre os saberes populares *versus* saberes científicos, cuja mediação, somente recentemente, tem sido feita pelos avanços no campo de estudo da etnociência e pelo reconhecimento da importância das tradições culturais dos povos originárias, à luz dos movimentos sociais, das organizações não-governamentais, das entidades políticas e das legislações destinadas, especificamente, à preservação, à manutenção e à valorização dos povos indígenas (GAUDÊNCIO; RODRIGUES; MARTINS, 2020).

que historicamente o uso de produtos naturais para fins terapêuticos estiveram presente na cultura brasileira, tendo sido recentemente acrescida pelo uso de produtos farmacológicos e manipulados, sem, contudo, ter sido suplantado pelas tradições populares.

Conforme nossas considerações indicam, os saberes científicos não se apresentam enquanto um entrave para a sobrevivência das práticas terapêuticas alternativas, onde se insere o uso de plantas medicinais; pelo contrário, nos últimos anos o campo científico tem somado esforços em investigar os benefícios e potenciais terapêuticos das espécies vegetais oriundos da flora brasileira, logo, não podemos encaram enquanto opositores os saberes populares e científicos. Desse modo, saberes populares e científicos são tidos aqui como complementares e, portanto, dialógicos. Todavia, no que se refere ao mercado produtivo, os comerciantes das feiras livres estão situados diametralmente opostos ao mercado farmacológico – cioso pela hegemonia dos consumidores brasileiros.

Partindo da premissa de que existe uma disputa perene e velada entre comércio popular de produtos naturais e o mercado farmacológico no Brasil, perguntamos aos(às) colaboradores se os(as) mesmos(as) haviam percebido alterações no padrão de consumo dos frequentadores da feira livre em decorrência do aumento de farmácias (venda e manipulação). De forma unanime os(as) participantes disseram que não houve mudança, alegando que o número de usuários tem se mantido estável ao longo dos anos em que atuam nesse setor, contudo, de acordo com os relatos de dois dos quatro entrevistados, nos últimos anos diminuíram a quantidade de profissionais e estabelecimentos destinados à venda desses produtos.

Segundo Umburana, por exemplo, quando começou a trabalhar na feira da CEASA haviam setes outros comerciantes, tendo reduzido nos últimos para somente três; de acordo com Capim Santo "[...] não posso dizer que diminuiu, pois tenho clientes que são fidelizados e diariamente atendo pessoas que estão de passagem por aqui, mas os pontos estão fechando e cada vez mais é difícil encontrar quem trabalha com ervas". Assim, observamos certa contradição no que se refere ao padrão de consumo da população em relação aos produtos naturais, pois mesmo havendo a crença de estabilidade na procura pelos medicamentos naturais, metade dos participantes, dentre os quais possuem maior tempo de atuação profissional no setor (30 anos e 32 anos respectivamente), notaram a diminuição na oferta desse serviço com base em suas experiências profissionais na feira livre da CEASA. Logo, a partir da lógica da oferta e procura, a suposta estabilidade do consumo é justificada pela diminuição da disponibilidade de profissionais e estabelecimentos comerciais. Dentre as razões que explicariam a mudança observada no padrão de consumo elegemos: o aumento no número de farmácias e drogarias, a mudança na mentalidade da população (de que os produtos sintéticos trariam resultados mais eficaz, rápido e seguro) e a diminuição do consumo de produtos e serviços ofertados nas feiras livres (em proveito dos mesmos gêneros comercializados nos mercados, supermercados, redes atacadistas/varejistas e hortifrútis).

A fim de verificarmos esses pressupostos, com base nas percepções dos(as) feirantes, questionamos se os(as) mesmos(as) eram usuários dos serviços ofertados e produtos que são ofertados pelas farmácias e drogarias e se eles(as) consideravam que o aumento na

disponibilidades desses estabelecimentos havia impactado o comércio popular de produtos naturais.

Das respostas que nos foram dadas depreendemos que: todos(as) os colaboradores(as) são usuários(as) das farmácias e/ou drogarias, sendo que três dos quatro informaram que fazem usos de medicamentos vendidos exclusivamente nesses estabelecimentos, que acreditam na eficácia dos medicamentos sintéticos e que o uso dos produtos naturais não descarta a necessidade do uso de medicamentos químicos e/ou manipulados; todos(as) alegaram que não encaram as farmácias e/ou drogarias enquanto um setor concorrente; ademais, foram unanimes em alegarem que o aumento na disponibilidade desses estabelecimentos não causam impacto nos padrões de consumo e na procura dos produtos naturais.

Em oposição às considerações desses(as) profissionais, reafirmamos nossa convicção de que o mercado farmacêutico tem disputado a primazia do público-alvo (consumidores ativos e os potenciais usuários) dos produtos e serviços terapêuticos, em detrimento do comércio popular. Logo, os impactos e as mudanças nos padrões de consumo da população brasileira, mesmo que não visíveis aos colaboradores deste estudo, têm sido impulsionados pela expansão do mercado farmacológico, pelas propagandas nos diversos meios de informação e comunicação, pelo aumento da convicção de que os saberes científicos sejam mais fiáveis que os saberes populares – partindo-se da falsa premissa de que a "ciência" ratificaria a superioridade dos fármacos químicos em detrimentos dos produtos e das práticas terapêuticas alternativas e fitoterápicas.

No quadro geral constatamos que os(as) profissionais que atuam nas feiras livres de Vitória da Conquista, no comércio de produtos naturais, de uso terapêutico, demonstraram possuírem um apurado conhecimento sobre os gêneros que comercializam, os modos adequados de administração e os possíveis benefícios e riscos à saúde dos sujeitos que os consomem. Contudo, demonstraram desconhecerem algumas dinâmicas que estão atreladas ao setor comercial em que atuam, a exemplo do compartilhamento da convicção de que não existe uma perene e velada disputada entre mercado farmacológico e comércio popular de produtos medicinais. Assim sendo, concluímos que entre os(as) feirantes conquistenses, sobrevive a ideia de que o comércio popular de produtos naturais não tem sido impactado e retraído pela expansão da malha de farmácias e/ou drogarias e pelas mudanças nos padrões de comportamento e consumo da população brasileira, cujos impactos ao setor popular ainda não podem ser aqui mensurados.

Considerações finais

Ao investigarmos os saberes populares em circulação entre os(as) comerciantes conquistenses de produtos naturais, de natureza terapêutica, e suas contribuições para a melhoria da qualidade da saúde da população, observamos que seus conhecimentos foram produzidos a partir da memória coletiva, cujas bases são seus grupos de sociabilidade e, particularmente, seus respectivos núcleos familiares. Conforme percebemos, muitos dos saberes por eles(as) reunidos foram herdados a partir das suas experienciais pessoais e por meio

das observações que foram sendo feitas ao longo dos anos de atuação no comércio popular, todavia, notamos a constante tentativa de associação desses saberes ao campo biomédico.

Em nossa revisão bibliográfica buscamos demonstrar como os saberes científicos não são opositores dos saberes populares, inerentes às tradições socioculturais dos diversos grupos étnico-raciais que compõe a sociedade brasileira. Neste sentido constatamos também que as políticas públicas voltadas à organização, estudo e normatização da produção, manejo e uso dos medicamentos naturais e das práticas terapêuticas alternativas e complementares tem surtido efeitos positivos na racionalização e na promoção da melhoria da qualidade da saúde da população brasileira. Sendo, portanto, a PNPIC uma importante ação no processo de ordenação do mercado produtor e comercial dos produtos naturais.

No que se refere ao público-alvo desta investigação, concluímos que o tempo de atuação profissional no comércio de produtos naturais dotou os(as) feirantes de um conhecimento aprofundado sobre os gêneros, os modos adequados de uso, os benefícios e eventuais riscos à saúde dos consumidores. Todavia, persiste entre esses profissionais a crença de que o mercado popular de produtos naturais tem se mantido estável, mesmo imerso nas diversas mudanças que têm ocorrido no mercado produtivo nos padrões de consumido e comportamento da população brasileira.

Assim sendo, concluímos que os(as) feirantes conquistenses que se dedicam ao comércio de produtos naturais têm contribuído positivamente para a melhoria da qualidade da saúde da população, sendo eles(as) portadores de saberes que precisam serem melhor co-

nhecidos e popularizados, a fim de que as práticas terapêuticas alternativas e complementares sobrevivam à tentativa de hegemonização do mercado farmacológico – em constante processo de transformação e expansão em nossa sociedade e cioso pelo controle exclusivo das riquezas da biodiversidade da flora brasileira.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Mara Zélia de. **Plantas medicinais**. Salvador: EdUFBA, [2000] 2011.

BRASIL. **A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica – Práticas Integrativas e Complementares**: plantas medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Orientações sobre o uso de fitoterápicos e plantas medicinais**. Brasília: EMBRAPA, 2022.

BRASIL**. Barbatimão**. Piracicaba: FLORIEN, 2016.

CHEROBIN, Fabiane *et al*. Plantas medicinais e políticas públicas de saúde: novos olhares sobre antigas práticas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 2022.

GAUDÊNCIO, Jéssica da Silva; RODRIGUES, Sérgio Paulo Jorge; MARTINS, Décio Ruivo. Indígenas brasileiros e o uso das plantas: saber tradicional, cultura e etnociência. **Khronos – Revista de História da Ciência**, n. 9, p. 163-182, 2020.

HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. São Paulo: Ed. Centauro, [1950] 2017.

HALBWACHS, Maurice. **Les cadres sociaux de la mémoire**. Paris: Ed. Albin Michel, [1925] 1994.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Demonstrativo de empregabilidade e renda do município de Vitória da Conquista/BA, 2021.

LACERDA, Fernanda Ramos. **Da feira "tanto eu trais como eu levo" lugar de saberes e fazeres em Vitória da Conquista – BA**. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação em Geografia/UESB. Vitória da Conquista: UESB, 2020.

MACEDO, Jussara Alice Beleza. **Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária à saúde**: contribuições para profissionais prescritores. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Gestão de Inovação em Medicamentos da Biodiversidade) – Programa de Pós-graduação em Gestão da Inovação em Medicamentos da Biodiversidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016.

OLIVEIRA, Glenda Felix. **O trabalho infantil por meio das memórias das feirantes da CEASA de Vitória da Conquista-BA**. Dissertação (Mestrado em Memória: Linguagem e Sociedade) - Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade/UESB. Vitória da Conquista, 2017.

OLIVEIRA, C. J.; ARAÚJO, T. L. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 93-105, 2007.

OLIVEIRA, M. J. R.; SIMÕES, M. J.; SASSI, C. R. R. Fitoterapia no Sistema de Saúde Pública (SUS) no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 8, n. 2, p. 39-41, 2006.

PIERRI, Maria Clara Queiroz Mauricio. **Um recorte em território artificializado**: agricultura familiar e comercialização na feira dos Goianos-Gama/DF. Dissertação (Mestrado em Agronegócios) – Faculdade de Agronomia e Medicina Veterinária/UnB. Brasília: 2010.

ROCHA, Rebeça; MARISCO, Gabriele. Estudos etnobotânicos em comunidades indígenas no Brasil. **Revista Fitos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 95-219, 2016.

RODRIGUES, Vanda Gorete Souza. **Cultivo, uso e manipulação de plantas medicinais**. Porto Velho: EMBRAPA, 2004.

SANTOS, Caroline Vitória de Barros. **Saberes, fazeres e aprendizagens na feira livre de SANTO AMARO – BA**. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Pedagogia) - Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. São Francisco do Conde, 2021.

SATO, Leny. Processos cotidianos de organização do trabalho na feira livre. **Revista Psicologia e Sociedade**, vol. 19, n. 1, p. 95-102, 2007.

SILVA, Luzia Wilma Santana da; POMPONET, Lohana Soares. Saberes populares no uso de plantas medicinais: tradição de valor familiar na convergência aos saberes científicos. **Revise**, v. 9, n. 1, 2022.

VILLAMAR, Argeta; RUIZ, Peres. Los saberes tradicionales e los desafios para el dialogo de conocimentos. **Revista Desenvolvimento, Meio Ambiente**, v. 50, p. 49-72, 2019.

O DISCURSO EUGÊNICO E SUAS SINGULARIDADES NA EDUCAÇÃO GOIANA: REPRESENTAÇÕES E SENTIDOS ATRAVÉS DA REVISTA DE EDUCAÇÃO (1937-1946)

Pedro Henrique de Melo Silva[1]
Éder Mendes de Paula[2]

Introdução

Esse trabalho é fruto de uma bolsa de iniciação científica (voluntária) PIBIC/UFJ cujo projeto denominou-se *OS Discursos Eugênicos na Revista de Educação e Saúde (1937 a 1962),* e foi coordenado pelo Prof. Dr. Éder Mendes de Paula, também coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisa em História da Saúde Nise da Silveira da Universidade Federal de Jataí.

O projeto durou de 2020 a 2022, período em que catalogei as seguintes revistas: Novembro/Dezembro de 1937; Novem-

1 Acadêmico do Curso de História, UAE CHL – Unidade Acadêmica Especial de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal de Jataí. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em História da Saúde e das Doenças – Nise da Silveira. Contato: pedromelohistoria@gmail.com.

2 Prof. Dr. Éder Mendes de Paula, UAE CHL – Unidade Acadêmica Especial de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal de Jataí. Líder e Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisa em História da Saúde e das Doenças – Nise da Silveira. Contato: falecomprofessoreder@gmail.com

bro/Dezembro de 1939; Setembro/Outubro de 1940; Fevereiro/ Março de 1946; Junho/Julho de 1946; Agosto/ Setembro de 1946; Janeiro/Fevereiro de 1949; Março/Abril de 1960; Agosto/Setembro de 1960; Janeiro/Fevereiro/Março de 1962 e Maio/Junho/Julho de 1962. Encontram-se disponibilizadas na UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina) para download público no site: https://repositorio.ufsc.br/discover.

A estratégia de catalogação da Revista de Educação foi estruturada da seguinte forma: separação dos textos em tabelas com sua edição, título, autor e resumo que abordem as notícias, as propostas, as matérias, os capítulos, as imagens, os anúncios que compõem o periódico. A disposição das informações do periódico, foram postas em tabela Word, possibilitando a análise do discurso baseado em Michel Foucault. Ao fazer a catalogação, através do método de Análise do Discurso Foucaultiano, a intenção é compreender como a sociedade constrói suas relações e conceitos sobre saúde e eugenia.

Para a monografia, o recorte ficou nos primeiros 09 anos do periódico, total de seis edições (1937-1946) as revistas utilizadas para o trabalho foram as seguintes: Novembro/Dezembro de 1937; Novembro/Dezembro de 1939; Setembro/Outubro de 1940; Fevereiro/Março de 1946; Junho/Julho de 1946; Agosto/ Setembro de 1946. Com foco em perceber como o discurso eugênico estava presente no projeto de Educação para o estado de Goiás, imerso, naquele momento, nos discursos sobre modernidade e modernização a partir da nova capital, Goiânia, com pedra fundamental lançada em 1933.

Posteriormente à catalogação, os textos foram problematizados a partir de suas relações com outros textos ou outras fontes da época, como textos jornalísticos, por exemplo: *O Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova, Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (De 16 De Julho De 1934) e o 1º Congresso Brasileiro de Eugenia Actas e Trabalhos.* A partir de então, prosseguiram as análises de cada texto, compreendendo as interpretações e intencionalidades de cada um, na tentativa de assimilar os sentidos dados pela Revista Educação como um todo.

A Revista de Educação possibilita compreender o ideal de educação que era visada no estado de Goiás na metade do século XX, articulando os discursos médicos das fontes com os discursos políticos no periódico. Portanto, essa sistematização demonstra afinidade para decifrar a fonte por meio dos aspectos sociais relacionados à cultura na imprensa, sobre a mesma Pesavento, diz:

> A cultura é ainda uma forma de expressão e tradução da realidade que se faz de forma simbólica, ou seja, admite-se que os sentidos conferidos às palavras, às coisas às ações e aos atores sociais se apresentem de forma cifrada, portando já um significado e uma apreciação valorativa. (PESAVENTO, 2003. p, 8).

Nesse sentido, o desenvolvimento metodológico desta pesquisa está vinculado diretamente com o movimento historiográfico que acompanhou mudanças culturais no final do século XX, campo que sofre influência direta é a História cultural.

Ao citar que a historiografia adquire novas probabilidades de desenvolver inovações no campo da escrita e na procura por novas fontes de pesquisas técnicas, Sandra Jatahy em seu livro História e História cultural utiliza os conceitos de narrativa "que por através da hermenêutica de Paul Ricœur que vêm a ser discutidos os distanciamentos e as aproximações entre as narrativas literária e histórica, pondo em causa as dimensões da verossimilhança e da veracidade dos discursos" (PESAVENTO, 2003. p, 14).

Por conseguinte, o discurso histórico, está enraizado e incluso a um processo de transmissão de uma narrativa, cuja exposição dessa mensagem é composta por um emissor, e esse discurso em si se torna um fato histórico, e a sociedade passa a ser o alvo receptor dessa comunicação. Pesavento também nos relata sobre as construções de narrativas históricas através das representações e percepções das memórias do passado, onde:

> Paul Ricœur nos fala que as construções narrativas da História são refigurações de uma experiência temporal. O que o historiador pretende é reconstruir o passado, para satisfazer o pacto de verdade que estabeleceu com o leitor, mas o que constrói pela narrativa é um terceiro tempo, situado nem no passado do acontecido nem no presente da escritura. Esse tempo histórico é uma invenção/ficção do historiador, que, por meio de uma intriga, refigura imaginariamente o passado. Mas sua narrativa almeja ocupar o lugar deste passado, substituindo-o. É, pois, representação que organiza os traços deixados pelo passado e se propõe como sendo a verdade do acontecido. (PESAVENTO, 2003. p,29)

A escavação dos discursos se preocupa em compreender os sentidos que as narrativas ganham a partir da relação entre os intertextos que dialogam sobre o mesmo contexto (tema), no caso aqueles que produzem esses relatos, levando em consideração a influência dos micropoderes entre os discursos na elaboração de uma narrativa, ou seja, uma tentativa de averiguar as formações discursivas que possibilita enxergar os sentidos que o discurso produz e suas representações provenientes a esse imaginário social.

Então, nesse sentido, o trabalho foi realizado através da análise da catalogação desse imaginário social presente na Revista de Educação, para assim poder compreender as representações das narrativas pedagógicas em relação aos conceitos de eugenia, e obter de forma mais sensível a visão que o Periódico tem sobre saúde e educação. A sensibilidade para Sandra Jatahy:

> [...] na análise das sensibilidades, a reflexão de que se a História é uma espécie de ficção, ela é uma ficção controlada, e sobretudo pelas fontes, que atrelam a criação do historiador aos traços deixados pelo passado. Toda experiência sensível do mundo, partilhada ou não, que exprima uma subjetividade ou uma sensibilidade partilhada, coletiva, deve se oferecer à leitura enquanto fonte, deve se objetivar em um registro que permita a apreensão dos seus significados. O historiador precisa, pois, encontrar a tradução das subjetividades e dos sentimentos em materialidades, objetividades palpáveis, que operem como a manifestação exterior de uma experiência íntima, individual ou coletiva. Sensibilidades se exprimem em atos, em ritos, em palavras e imagens, em objetos da vida material, em materialidades do espaço construído. Falam, por sua vez, do real e do não real, do sabido e do desconhecido, do intuído ou pressentido ou do inventado. (PESAVENTO, 2013, p. 34)

Entretanto, é através das contextualizações que compõem os discursos eugênicos em Goiás que se procura construir a pesquisa. A relação entre Saúde, Eugenia e Educação foi sendo lapidada ao longo de um processo político educacional na Era Vargas, e por meio das representações provenientes da Revista de Educação as narrativas implicam diversas discussões no campo pedagógico, na área médica, além de outras possibilidades que a fonte permite abarcar.

A metodologia adotada se ampara na catalogação da Revista como representação de um imaginário social, aspecto que é sustentado pelos seguintes trabalhos: Sandra Pesavento (2013); Lucas Vieira (2013), Geisa Veloso (2016), José d'Assunção Barros (2010), Ekristayne Santos (2013 e 2015). O referencial bibliográfico utilizado para dar embasamento teórico a esse trabalho, além das importantes publicações citadas acima, são trabalhos que permeiam a educação e a eugenia relacionando-a às categorias de atraso, civilização, modernidade e doença. Trago alguns autores cujo tema é bastante caro e deu direção à esse trabalho: Mozart Linhares (2013), Nancy Stepan (2005), Vanderlei Sebastião de Souza (2006) e Leonardo Dallacqua (2019), Zygmunt Bauman (1999), Nasr Chaul (1997) ou seja, analisar os discursos eugênicos através da Revista de Educação nos auxilia na interpretação de um imaginário social da época, e se torna necessário para despertar a capacidade de relativizar os conhecimentos a respeito do coletivo e do indivíduo no recorte assinalado. Esses trabalhos nos ajudam a compreender o processo histórico da eugenia através da educação no Estado de Goiás.

A principal motivação para sustentar o presente trabalho, reside na importância que o tema possui para a sociedade atual, cujo

diversas pesquisas, publicações, iniciações cientificas, palestras e podcasts na área vem sendo desenvolvidos, como aponta alguns dos trabalhos acima. Sendo a eugenia um dos acontecimentos mais significativos e representativos na biopolítica do século XIX se estendendo até o século XX. Portanto, a eugenia vai propor uma reflexão focada no homem, e que está imbricada diretamente, a teses biodeterministas que passaram a ser utilizadas para fundamentar uma série de afirmações e hipóteses racialistas, que foram determinadas pela genética.

Podemos afirmar que estudar a influência mútua entre o indivíduo e a sociedade aprofunda a compreensão das novas estruturas sociais mais recentes. É perceptível que a sociedade se aderir a um novo padrão normativo e modernizador, fazendo com que se aplique "um princípio homogeneizador que regula os critérios da normalização, um assinalamento das diferentes curvas de normalidade" (SILVA, 2013, p.2 apud VEIGA-NETO; LOPES, 2007, p.956). É importante notar que as políticas eugênicas ganharam diferentes aspectos e modos nas diversas sociedades contemporâneas. Esse aspecto possibilitou que os sanitaristas e higienistas brasileiros aliassem o discurso eugênico, através das políticas de saúde e de educação, o que possibilitaria a reforma do meio e ocasionaria uma mudança nas características hereditárias da população brasileira.

Contudo, esses termos estão sendo focalizados de maneira que nos possibilite ter olhares múltiplos sem perder de vista a dimensão dos conflitos, e das contradições historicamente dadas, entende ser importante compreender quais seriam os aspectos des-

sas abordagens através de Educação para melhor entendimento da eugenia na História Regional.

Desse modo, é importante analisar o contexto da fonte, a Revista de Educação que se trata de um itinerário de produção local, desenvolvida pelo governo de Goiás. O periódico foi criado pelo Interventor do Estado Pedro Ludovico Teixeira e pelo Diretor Geral do Interior, Dr. Vasco dos Reis tinha a intenção de divulgar informes educacionais do país e elucidar algumas propostas educativas para os professores da rede estadual.

Pela observação dos aspectos analisados, o *Capítulo* deste trabalho é denominado *Entre a Eugênia, Imprensa e Educação*, no *tópico 1.1* apresento o que é a eugenia, descrevendo-a e apontando suas nuances, e como ela se insere no contexto brasileiro. No *tópico 1.2* irei destacar a importância da História Cultural, no sentido de entender como os periódicos pedagógicos passaram a ser pensados como objeto de estudo pela historiografia, assimilando que as construções das narrativas envolvem o imaginário social dos indivíduos. Dentro desse tópico também abordamos algumas questões particulares voltadas ao território goiano, sendo a ideia de modernidade, atraso e decadência. Relatando como a Educação se apropriou desses conceitos na tentativa de modernizar o aparelho educativo do estado, por meio de politicas de higiene, sanitarismo e mediadas profiláticas. Nesse sentido, fizemos uma reflexão para compreender o contexto educacional do Estado de Goiás, apreendendo como esses diálogos se vinculam a eugenia. Por ultimo, no *tópico 1.3* iremos examinar a Revista e Educação de 1937, buscando apontar como o discurso eugênico aparece nas narrativas do periódico e do Primeiro

Congresso de Educação em Goiás, situando aspectos voltados ao corpo e a higiene como a educação física e sanitária, elementos que foram empregados como necessários para eugenizar o homem sertanejo por meio da educação do Estado.

Entre a Eugênia, Imprensa e Educação.

O Discurso Eugênico e Suas Nuances

Em primeiro lugar, é importante destacar que a eugenia é uma das teorias mais significativas e representativas na biopolítica[3] do século XIX se estendendo até o século XX. O discurso eugênico foi originalmente criado por Galton[4], sendo uma diretriz de pensamento que associava a evolução da espécie humana ao darwinismo social.

Esta teoria pretendeu buscar o desenvolvimento de uma sociedade ideal, que através da seleção natural os mais aptos sobreviveriam. A hipótese Galtoniana estabeleceu novos padrões na medicina do século XX, estrutura que vinculou a perfectibilidade humana aos discursos eugênicos para se obter um padrão de sociedade mais pura, ou no caso mais evoluída relacionada ao conceito de moder-

3 O filósofo francês Michel Foucault compreende a biopolítica como uma forma de manifestação de poder por meio da qual os mecanismos da vida biológica dos seres humanos são incluídos na gestão política de um Estado, passando a ser gerenciados e administrados. A biopolítica tem como foco estabelecer mecanismos de controle que não mais incidirão sobre corpos individuais, mas sobre populações, estabelecendo cesuras entre diferentes grupos sociais de acordo com o interesse político almejado. (COPETTI e WERMUTH, 2020, p. 1)

4 A eugenia foi proposta por Galton, pioneiro no assunto, como uma formulação de diretrizes propostas ao estudo e manipulação de traços da hereditariedade humana, no intuito de melhorá-las, caracterizando-as como raças, sobretudo em suas capacidades mentais. Este aprimoramento racial faria com que os sujeitos portadores de quaisquer deficiências estivessem impedidos pelo Estado de se reproduzirem na sociedade (SANTOS et al 2014 apud MASIERO, 2005).

nidade[5]. Desse modo, Nançy Stepan aponta e Cont conclui que a:

> [...] eugenia passou a indicar as pretensões galtonianas de desenvolver uma ciência genuína sobre a hereditariedade humana que pudesse, através de instrumentação matemática e biológica, identificar os melhores membros – como se fazia com cavalos, porcos, cães ou qualquer animal –, portadores das melhores características, e estimular a sua reprodução, bem como encontrar os que representavam características degenerativas e, da mesma forma, evitar que se reproduzissem (CONT, 2008,p. 202 apud cf. Stepan, 1991, p. 1).

Todavia, a eugenia propõe uma reflexão focada no homem e em suas práticas, estando relacionadas diretamente, a teses biodeterministas que passaram a ser utilizadas para fundamentar uma série de afirmações e hipóteses racialistas determinadas pela genética. Portanto, se problematizarmos as relações estruturais entre a educação e as ciências médicas, podemos ter uma reflexão sobre prática do discurso científico e suas preocupações com sociedade goiana através da Revista.

Nesse sentido, em particular, com recorte estabelecido percebe-se que a higiene e a educação receberam políticas de controle

5 De modo conjunto, nação e modernidade se encontram entrelaçadas em questões que envolveram a percepção e o domínio do 'outro' com base numa pretensa superioridade europeia, bem como, na crença do poder da ciência e da técnica para a solução dos problemas sociais. Questões essas, que se encontram associadas aos movimentos promovidos em proveito de uma higiene da raça. Pensamento que possibilitou a existência de genocídios em massa e que, serviu de modelo a nações, como o Brasil, que desejavam atingir um grau de desenvolvimento dentro de parâmetros das sociedades vistas como modernas e civilizadas (SANTOS et al 2014 apud WERNECK;BATISTA; LOPES, 2012).

diferentes em determinadas regiões e contextos socioculturais, o entendimento desses acontecimentos nos possibilita interpretar diferentes realidades vividas através da imprensa.

Contudo, a eugenia será contextualizada a seu tempo e espaço para que se possa definir quem se classifica como sujeito receptor, e se o discurso eugênico possibilita alterações na prática educativa goiana através das publicações do periódico educacional.

Desse modo, é relevante notar quais são esses dispositivos e como irão implementar o discurso eugênico na sociedade. Nesse contexto, a educação e as práticas pedagógicas são um exemplo claro que procura aprimorar, adestrar e controlar o corpo do indivíduo constituindo, assim, um discurso normalizador.

É importante pontuar que as políticas eugênicas ganharam diferentes aspectos e modos nos estados-nações. Em consequência disso, nota-se que no início do século XX começaram a surgir na Europa e nos Estados Unidos as primeiras sociedades eugênicas e consequentemente as vertentes de Eugenia Positiva x Eugenia Negativa. Segundo Nancy Stepan conforme indica Vanderlei de Souza em sua dissertação A política biológica como projeto: a "eugenia negativa" e a construção da nacionalidade na trajetória de Renato Kehl (1917-1932), aponta:

> No período entre guerras, conforme explica Nancy Stepan, a "eugenia positiva" imaginada por Francis Galton, que privilegiava incentivos a reprodução dos indivíduos de "boa estirpe", perdia espaço mediante a expansão dos progra-

> mas de "eugenia negativa", que tinham como objetivo controlar, a partir de medidas radicais, a reprodução dos "inadequados". Além dos métodos de controle matrimonial, segregação dos inadequados e a seleção eugênica dos imigrantes, muitos eugenistas passaram a defender a prática da eutanásia e as leis de esterilização involuntária, principalmente no norte da Europa e nos Estados Unidos. (SOUZA, 2006, p. 12, apud STEPAN, 1991, p.36)

Entretanto, os comportamentos sociais passaram a ser determinados pela ciência e hereditariedade, e com isso os pressupostos eugênicos de Francis Galton foram paulatinamente sendo inseridos nas sociedades. Assim sendo, Renato Kehl relata no 1º Congresso Brasileiro de Eugenia Actas e Trabalhos:

> Meus senhores. Em todas as épocas o problema da regeneração humana preocupou grandes espíritos. Desde Tempos immemoriaes se proclama a necessidade de preservar os homens da degeneração, entrando os factores perniciosos; premunindo, emfim, a família e a sociedade contra o abastardamento. Seculos e séculos decorreram desde as predicas moraes e hygienicas de Abrahão e de Moysés; outros tantos desde quando Lycurgo ditou e impoz as leis que fizeram a gloria de Sparta; outros, ainda, se escoaram sob normas religiosas para o melhoramento moral da humanidade. Nos tempos bíblicos crearam-se taboas de mandamentos divinos; nos tempos gregos, gymnasyos e palestras; contemporaneamente, escolas e igrejas. Pastores de almas, apostolos e philosophos, mestres, edu-

> cadores e scientistas, todos se esforçaram por tornar o homem mais homem, portanto menos animais, mais sadio e de melhores sentimentos. (KEHL,1929, p. 45)

Neste ínterim, tanto na Europa quanto na América, a eugenia foi vinculada aos movimentos políticos relacionados a um ideal de sociedade almejado pelos governos. De tal modo, os projetos de civilização estão linkados diretamente a uma reordenação social de acordo com os princípios de modernidade empregadas a cada estado-nação, nesse viés surgem as variantes de significados dos preceitos eugênicos.

Por conseguinte, investigar como o discurso eugênico se estruturou em Goiás é de suma importância para analisar o movimento, e se ele adquiriu um aspecto positivo ou negativo no estado. Em síntese, é imprescindível verificar quais contextos essa biopolítica assumiu no território brasileiro e posteriormente na Revista de Educação e Saúde. Nesse sentido, Souza discorre sobre a relevância da instrução da população brasileira através da educação:

> "a educação higiênica e eugênica, caracterizava-se, que seria como um aparato político-social capaz não apenas para melhorar o nível de civilização de um povo, mas também no viés de aprimorar a saúde e "extinguir as doenças" do meio social, colaborando de maneira valiosa aos esforços médicos e sanitários" (SOUZA, 2006, p.112, apud KEHL, 1923).

Levando em consideração esses aspectos, a eugenia não foi um movimento linear, cujas ideias e objetivos se definiram a partir de interesses políticos de cada localidade, no Brasil se desenvolveu uma eugenia mais atrelada a determinados discursos políticos próximos ao Lamarckismo[6] quando a sociedade brasileira, passou a ser pensada na sua condição de corpo-espécie.

Ou seja, o discurso eugênico foi incorporado pelos médicos sanitaristas brasileiros, que pensavam que esse higienismo seria capaz de não só mudar o meio social em que viviam, mas como a das gerações futuras uma concepção e compreensão neo-lamarckista[7] que tinha como intenção a evolução da espécie. Nesse sentido, Vanderlei pontua:

> Para muitos intelectuais brasileiros, a solução destes problemas dependeria de amplas reformas sociais, morais e sanitárias, capazes de restabelecer a saúde e o vigor da nacionalidade. Quando as idéias eugênicas foram apresentadas no Brasil durante os anos 1910, acreditava-se que suas propostas regeneradoras poderiam contribuir para melhorar as condições físicas, mentais e hereditárias da população, higienizando e saneando o país como um todo. (SOUZA, 2006, p. 44).

6 (...) concepção de que as características adquiridas por um individuo durante sua vida são herdadas por seus descendentes (MARTINS, 1996, p. 115)

7 A teoria neolamarckista de Edward Cope operava com um mecanismo alternativo à seleção natural. Acréscimos ou decréscimos dos estágios ontogênicos produziriam características que poderiam ser geradas e integradas ao organismo por meio da herança de caracteres adquiridos. Incrementando, ou não, a complexidade corporal, tal mecanismo aumentava a capacidade adaptativa. Isso poderia ser interpretado como progresso biológico de maneira semelhante à interpretação feita por defensores da teoria sintética evolutiva. Mas, diferentemente destes últimos, o neolamarckismo relegava à seleção natural papel secundário. Este estudo esclarece o posicionamento de Cope em relação ao fenômeno do progresso biológico, assim como seu enfoque fortemente adaptacionista, propondo que essa tenha sido uma contribuição indireta à articulação da nova síntese evolutiva. (FARIA, 2019, p. 1009).

Outrora, as questões relacionadas à raça da população assumiram papel importante no discurso político educacional, sendo um dos aspectos mais importantes do movimento eugênico a formação de uma consciência eugênica no Brasil. Com isso, podemos vincular ao recorte examinado as categorias e os conceitos de saúde, educação e eugenia na Era Vargas e ao Governo de Pedro Ludovico Teixeira[8].

Nesse sentido, é relevante destacar a figura de Renato Kehl, um influente médico brasileiro que atuou no Departamento Nacional de Saúde Pública executando serviços voltados à Educação higiênica e sanitária. Kehl tentou disseminar o discurso eugênico na sociedade brasileira, sua perspectiva estava direcionada a eugenia como um aparato da higiene-educação, e suas propostas elucidaram o movimento sanitarista como uma ferramenta que serviu de instrumento para disseminar a ideia de higiene nas escolas do país da época. Para Kehl (1929, p. 48) "A educação é, indiscutivelmente, a alavanca mestra do progresso social, sendo necessário, porém ter em conta também a alavanca mestra do progresso biológico que é a aplicação das leis da hereditariedade, segundo os preceitos da eugenia".

Sendo assim, é importante analisar as recomendações eugênicas voltadas ao campo pedagógico e os projetos políticos higienistas implantados no Periódico e se há alguma relação entre saúde e educação na ideia de moldar o homem sertanejo de acordo com a identidade nacional pretendida pelo Governo de goiás. Um dos apontamentos pretendidos na análise da fonte documental é contextualizar os receptores das notícias e como ele iria agir no âmbito

8 Além de interventor nomeado pela Revolução de 1930, Pedro Ludovico Teixeira foi governador e senador, até ser cassado em 1969. Ao todo, esteve quase 40 anos na linha de frente da política de Goiás. (Revista UFG, 2009, p. 191)

social, e se a partir disso é possível perceber práticas eugênicas pelas páginas do periódico.

Ao explorar o documento também seria extremamente importante descrever a figura do professor a partir da investigação da revista. Se ele é um agente normalizador ou se ele é normalizado. Para Souza (2006, p. 113): "a educação higiênica deveria iniciar-se desde a infância, tanto pelas mães, através de conselhos diários, quanto pelos professores do jardim da infância e das escolas primárias". Na visão de Renato Kehl, Vanderlei conclui:

> Segundo Renato Kehl, o fim da educação consistiria na preparação completa para a vida, especialmente "na cultura do espírito e do corpo, no robustecimento do caráter e na elevação do civismo". Em sua concepção, por ter um papel essencial no processo de formação e regeneração da nacionalidade, os conhecimentos higiênicos precisariam ser difundidos nos lares, nas escolas, entre os operários e trabalhadores rurais, "fazendo-os compreender a importância da higiene e tornando-os obedientes às leis sanitárias". (SOUZA, 2006, p.112 , apud KEHL,1923).

Nesse sentido, a educação foi um dos principais pilares do movimento higienista-eugenista no Brasil, o investimento na educação significava investimento no futuro, a um imbricamento constante nesse momento entre a educação e a biopolítica higiênica, termo usado para descrever práticas disciplinares que tendem a controlar os indivíduos. As politicas governamentais se apropriam dos discursos

eugênicos e das relações do saber-poder, de forma que a sociedade crie um novo padrão normativo e modernizador, ou seja um método homogeneizador que regula os critérios de normalidade da sociedade. Conforme Mozart a educação, na modernidade, cumpre o papel de dispositivo na seguinte dinâmica:

> [...] a educação – saber pedagógico – se instala, portanto, como uma das melhores formas de controlar os discursos de verdade além de ser, também, o meio privilegiado em que saber e poder estão mais explícitos para a implantação de uma técnica institucional: de vigilância, de hierarquia, de disciplina e de controle (MOZART, UNISC. p.3 apud JARDIM, 2006, p.105).

"A educação disciplinar visa o corpo, quer minimizá-lo e aprimorá-lo, torná-lo um veículo seguro para as práticas de subjetivação" (MOZART, 2013, p. 3). Ficando nítida a relação entre *Saúde, Educação e Eugenia* ao longo de um novo processo político educacional, que implica diversas discussões como as instruções médicas pedagógicas.

Em outras palavras, na educação essa intervenção da ciência e do discurso eugênico, surgiu com o pensamento de que cidadãos bem-educados, fariam com que as gerações futuras herdassem essas características, estimulando assim a adesão a Eugenia no aspecto mais preventivo/positivo. Sobre a eugenia preventiva Vanderlei discorre:

> O modelo de eugenia "preventiva", que no Brasil se confundia com o papel que a educação, a higiene e a medicina social deveriam desempenhar, passava a ser questionado por Renato Kehl como a forma de intervenção eugênica mais adequada para melhorar as qualidades raciais da população. Conforme ressaltava durante o Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia, apesar da educação representar um importante instrumento para o progresso social, é na aplicação das leis da hereditariedade que se encontra a alavanca mestra do progresso biológico (SOUZA, 2006, p. 158).

Em virtude desse modelo, há alguns desdobramentos e temáticas a serem respondidas, como qual seria a influência do discurso eugênico preventivo na moral e no controle de comportamento dos indivíduos ligados à educação do estado no período. Todavia, o estudo da eugenia promove o desenvolvimento da percepção em relação aos tratamentos higiênicos e sanitários utilizados em Goiás. Entretanto a Revista de Educação e Saúde, segundo Santos (2015):

> [...] constituiu-se como um instrumento de subsídio ao professor, fazendo circular e difundir as questões e teses pedagógicas em voga no período. Trata-se de um veículo que disseminou um novo paradigma para a educação escolar, com a introdução do ideário da Escola Nova, sendo seu principal leitor o próprio professor (SANTOS, 2015. p. 5).

Nesse sentido, os discursos inseridos na Revista de Educação e Saúde conduz os professores e os médicos a dinamizar a sua

capacidade de mudar o mundo à sua volta de forma consistente através das práticas pedagógicas. Em vista disso, a metodologia adotada pretende verificar os enunciados que partem do periódico com a intenção de investigar a categorização dos conceitos de saúde, educação e eugenia na época através do imaginário social construídos pelas narrativas pertencentes à Revista. Sendo a imprensa de vital importância para contextualizarmos os movimentos político-sociais.

Primeira fase da Revista de Educação: a Imprensa Pedagógica como objeto

A priori, é relevante destacar que o século XX é marcado por eventos que transformaram o campo historiográfico, principalmente no uso da imprensa como fonte de pesquisa. As mudanças socioculturais foram, também, responsáveis por marcantes transformações nas relações travadas entre as crescentes práticas capitalistas, a arte e a cultura.

Neste interim, é possível assimilar esse movimento a partir do texto *História e Pós-Modernidade* (2018), de José D'Assunção Barros, no qual é possível compreender que há uma aproximação da terceira geração da Escola dos Annales com o debate pós-moderno. Podemos afirmar, que houve uma fragmentação ou policentrismo do projeto dos Annales, o qual muitos historiadores migraram da base econômica para o estudo das manifestações culturais. A Terceira Geração dos Annales vai em uma direção contrária a que Braudel apontava na Segunda Geração, que dava ênfase em torno da História Econômica e do Materialismo Histórico. Já na Terceira Geração

temos o redescobrimento da História das Mentalidades, definições para a História do Imaginário e métodos importantes para História Cultural, evidenciando grandes quadros de comportamentos das culturas humanas, como trazido no texto, *As Crises Recentes da Historiografia*, de José de Assunção Barros, 2010.

Entretanto, a terceira geração dos Annales é marcada pela fragmentação, por exercer grande influência sobre a historiografia e sobre o público leitor, com abordagens consideradas inovadoras e pioneiras, novos discursos que englobam o: casamento, família, sexualidade, o louco, a mulher, os hábitos coletivos, morte, corpo, doença, o que passou a ser referenciado habitualmente como a Nova História ou História Cultural.

Portanto, esse movimento vai se desenvolver através da filosofia, das artes, da arquitetura e da crítica sobre a historiografia tradicional, marcando um afastamento do modernismo e seu estruturalismo. Por conseguinte, a partir de 1980 ocorreu uma maior problematização dos jornais enquanto fonte histórica, e com a difusão da história cultural nos meios acadêmicos, se ampliou as análises de narrativas em periódicos impressos. Ou seja, o uso de fontes serias foram incorporadas e integradas ao campo historiografia, no qual esse movimento representou o resgate das narrativas literárias como estudo biográfico e científico.

Por outro lado, as narrativas e os discursos são produzidos por inúmeras razões podendo assumir diversas formas, significados e preposições. Nesse viés, a biografia histórica se estrutura em torno dos acontecimentos coletivos e individuais, tendo potencial de ser

considerada como um meio para compreender as ações e as mentalidades dos grupos e sujeitos pertencentes a determinado corpo social.

Deste modo, podemos atribuir como parte da imprensa os periódicos impressos, as revistas, os jornais regionais e locais, itinerários e as demais mídias, como objetos que têm realizado o papel de divulgar publicações e informações com cunho político-cultural. Portanto, é possível afirmar que os diferentes tipos de periódicos guardam um imaginário social e representações de determinada época, a partir das pautas estabelecidas por seus textos e discussões. Para Vieira , 2013:

> Nos dizeres de Robert Darnton e Daniel Roche, a imprensa tanto constitui memórias de um tempo, as quais apresentando visões distintas de um mesmo fato servem como fundamentos para pensar e repensar a História, quanto desponta como agente histórico que intervém nos processos e episódios e não mais como um simples elemento do acontecimento. (Darnton & Roche, [apud] Neves, Morel & Ferreira, 2006, p. 10).

Nesse viés as produções vinculadas a editoriais e a mídia capitalista, deve-se estabelecer uma conexão mais ampla entre os objetos de análise e as produções dos discursos. Pois como há uma articulação e uma grande influência sobre a atual historiografia nas narrativas ligadas a circulação da indústria cultural as mídias estabelecem um contato direto com público consumidor desse mercado. Desse modo, é importante analisar o contexto da fonte, a Revista

de Educação que se trata de um itinerário de produção local, desenvolvida pelo governo de Goiás. O periódico pedagógico criado tinha a intenção de divulgar informes educacionais do país e elucidar algumas propostas educativas para os professores da rede estadual. Nesse viés:

> O uso da impressa pedagógica como veículo de disseminação das questões educacionais e pedagógicas, no Estado Novo, configurou-se como veículo de produção e difusão do discurso nacionalista. "A imprensa pedagógica, nesta perspectiva, também tem grande impulso, sendo utilizada com função política-doutrinária, facilitando o escoamento dos conteúdos do regime" (VIANA, 2017, p. 51 apud BASTOS, 2002, p. 186).

Por conseguinte, entendemos a imprensa como um produto cultural, cujo as publicações e informações de dada época, encontradas em um recorte específico se comunicam com outros textos do mesmo contexto, abrindo um leque de hipóteses e problemáticas por constituir em suas narrativas cunho político-social. Desta forma, os periódicos se conectam com as representações e sensibilidades de uma época assumindo desse modo que os discursos ali presentes, possibilitam o desenvolvimento do conhecimento histórico, a interpretação e a elaboração de novas perspectivas historiográficas. Segundo Vieira:

> A Imprensa é uma linguagem característica do social, detém uma historicidade e especificidades próprias, e requer ser trabalhada e

> compreendida como tal, desvendando, a cada momento, as relações imprensa/sociedade, e os movimentos de constituição e instituição do social que esta relação propõe. (VIEIRA, UNESP, p.3).

Consequentemente, o discurso histórico da imprensa está enraizado e incluso a um processo de transmissão e de construção de narrativas. Cuja exposição da mensagem/discurso é composta por um emissor, que carrega com si intenções, interesses e finalidades, sendo pessoais ou coletivas. Nessa perspectiva, segundo Baczko conforme indica Geisa Magela Veloso em seu artigo Imprensa e Escola Normal: representações de progresso e civilização na produção de um imaginário social – 1918-1938:

> Para Baczko (1985), o imaginário social, compreendido como conjunto de representações, é uma peça efetiva e eficaz para controlar a vida social e coletiva, sendo também lugar e objeto de conflitos sociais. É no centro do imaginário que se encontra o centro do poder legítimo; as épocas de crise apresentam-se como momentos ideais para intensificar a produção de imaginários concorrentes e antagonistas, em que as representações de uma nova legitimidade e de um futuro diferente proliferam-se e ganham difusão por meio dos símbolos produzidos pelos sujeitos. [...] O imaginário informa acerca da realidade e constitui um apelo para a ação, suscita a adesão a um sistema de valores, modelando o comportamento e, em caso de necessidade, arrastando os indivíduos para uma ação comum (Veloso, 2009, p. 490 apud Baczko, 1985).

Outrora o imaginário social vai ser uma construção simbólica, um sistema, um conjunto de posições de lugares no qual nenhum elemento tem significado, tudo é inferido a partir das relações que aquele elemento tem em conjunto com a totalidade. Em outras palavras, o imaginário é estruturado por meio linguagem que corresponde às formas simbólicas (costumes e valores) das sociedades sendo elas construções sociais, em que os indivíduos e os grupos projetam suas visões de mundo a qual é representada por meio das narrativas e dos discursos. Ou seja, ao analisar a eugenia pelo periódico, queremos notar como os discursos médicos e as narrativas políticas em relação ao corpo são apropriadas pelo projeto Educacional Escola Novista, entendendo as facetas, singularidades e significações que esse movimento representa em Goiás. Levando em consideração o contexto da época, Gabriel Saldanha (2020) relata que no Estado Novo:

> A educação foi compreendida como um veículo de divulgação do novo regime, servindo como instrumento de propaganda, com imagens e símbolos difundidos em ambiente escolar que remontam a uma nova consciência nacional. As cartilhas eram instrumentos de doutrinação infantil, sendo esta produção, e também os próprios livros didáticos, produtos e produtores dos contextos político e social da época, utilizados como instrumentos para legitimação de poder, transmitindo valores e ideologias (MEDEIROS, 2020, p. 16).

Nesse sentido, ao colocar a Revista de Educação como uma possibilidade de entender a realidade através do imaginário que é construído pelas narrativas do periódico. Percebemos que os textos representam fragmentos do real e que são pertencentes ao imaginário simbólico desse tecido social, e a partir das interpretações apresenta-se para nós como uma totalidade integrada, harmoniosa e dotada de sentido. Portanto, o imaginário vai se construir através do campo da semântica que constitui representações da sociedade, e quando posta em enunciação é possível identificar o real e o simbólico nos aproximando do imaginário social da época. Segundo Ekristayne, 2013:

> Os periódicos pedagógicos apresentam um vasto aporte documental, que integra várias dimensões do conhecimento sobre o fenômeno educativo, trazendo abundância de informações sobre o cotidiano educacional, o que justifica o investimento dos pesquisadores da área de história da educação nesse material como fonte de pesquisa. Esse tipo de fonte fornece subsídios para a compreensão, de um modo bastante amplo, de métodos, concepções pedagógicas em suas esferas teóricas, políticas e práticas. (SANTOS, 2013, p. 17).

Em suma, a Escola é pensada pela imprensa como local de aprimoramento da sociedade e responsável pelo desenvolvimento econômico e cultural do país; com intuito de resolver os males e os problemas do Brasil. Para Santos, 2013:

> [...] o governo deveria concentrar-se na construção de instrumentos para a circulação das modernas teorias educacionais, seus conceitos e métodos. A pedagogia da Escola Nova apresentou-se com um sentido de "ciência", capaz de substituir currículos, procedimentos técnicos e metodologias da pedagogia vigente, inserindo um novo ideário de educação capaz de remover o atraso e promover o progresso material, que deveria assegurar para o estado de Goiás e para o País um lugar de destaque no cenário mundial (SANTOS, 2013, p. 27 apud NEPOMUCENO, 1994).

De tal modo, a Escola é vista como um ambiente estruturado para preparar os homens para a modernização brasileira, no qual os periódicos carregam consigo discursos e narrativas de determinados grupos dentro da sociedade, local onde a ciência, a moral e o sentimento nacional deveriam ser transmitidos à sociedade. Ekristayne pontua que a imprensa serve:

> [...] como um ponto de partida para uma reflexão sobre como os discursos pedagógicos definem e redefinem as subjetividades, as identidades coletivas e os saberes nos quais a problemática do poder ocupa lugar central (SANTOS, 2013, p. 19 apud NÓVOA, 1998, p. 38).

Desta maneira, elaboramos um quadro a fim de identificar as narrativas constituintes na primeira fase[9] da Revista de Educação destrinchando os nomes, as funções (profissão) dos colaboradores que apresentaram publicações de 1937 a 1940, como também a quantidade de artigos publicados por cada.

Quadro 1 – Colaboradores das Edições (1937, 1939, 1940)

COLABORADORES DAS EDIÇÕES		
Autor – Nome	**Função-Profissão**	**Número de colaboração**
A. A. Fleury	**Catedrático de Química do Liceu de Goiás.**	**1**
Alice de Aquino	**Professora**	**1**
Amália Hermano Teixeira	**Não Consta**	**1**
Costa Rego	**Não Consta**	**1**
Cristina Dias	**Professora Técnica de Minas**	**1**
Dr. Borges dos Santos	**Ex-Professor do Ensino Secundário e Superior, já tendo exercido o cargo de Diretor Escolar**	**1**
Dr. Máximo Domingues	**Não Consta**	**1**
Dr. Pedro Ludovico Teixeira	**Interventor no Estado**	**5**
Dr. Vasco dos Reis Gonçalves	**Diretor Geral do Interior**	**2**
Dr. Victor Coelho	**Não Consta**	**1**

9 Em setembro de 1937, o Diretor Geral do Interior, Dr. Vasco dos Reis Gonçalves, fez publicar o exemplar de número um, dando início ao que se denominou aqui como a primeira fase da Revista de Educação. Essa fase corresponde ao período de "[...] setembro de 1937 a junho de 1944 [...] sob os números de 1 a 21." (SANTOS, 2013, p. 31, apud REVISTA DE EDUCAÇÃO, n. 37, 1959, p. 25).

E. F. Kunicki	**Professor**	**1**
Gentil Augusto Lino	**Professor e Redator da Revista**	**4**
Geraldo Vale	**Não Consta**	**1**
Graziela Felix de Sousa	**Professora**	**1**
Hélio Povoa	**Chefe do Serviço de Nutrição da Policlínica do Rio de Janeiro**	**1**
Ivêta Cunha Campos	**Não Consta**	**1**
Jandira Hermano	**Não Consta**	**1**
João Teixeira Alvares Júnior	**Ex-Diretor Geral do Interior**	**5**
Laurinda S. de Oliveira Moura	**Não Consta**	**1**
Lucy Gonzaga Siqueira	**Professora**	**1**
Maria de Lourdes Lisboa e Castro	**Não Consta**	**1**
Maria M. Saldanha	**Não Consta**	**1**
Maria Paula de Godoy	**Não Consta**	**1**
Modestina das Dôres Fonsêca	**Não Consta**	**1**
Ophélia do Nascimento Monteiro	**Professora de Didática da E. Normal Oficial**	**2**
Pedro Celestino da Silva Filho	**Professor**	**1**
Ruthe Niddermayer	**Professora**	**1**
Sóstenes Vasconcellos	**Professor**	**1**
V. de Almeida	**Não Consta**	**1**

Fonte: Produção Nossa

Através do quadro podemos notar que a Revista de Educação, contém 29 colaboradores (15 homens e 14 mulheres), sendo 12 professores(as) com dezesseis contribuições, 3 políticos com sete contribuições, 1 Chefe do Serviço de Nutrição da Policlínica do Rio de Janeiro com uma contribuição, e 13 contribuintes não constam o cargo ou profissão mas publicaram treze vezes.

Nesse viés, ao analisar o "Quadro 1", percebemos que o número de colaborações dos políticos representam um percentual significativo dentro da Revista de Educação. Levando em consideração que as participações dos 12 professores equivalem a 43,24% dos textos da fonte, e que os 3 políticos contribuem cerca 18,9%, comparativamente, cada publicação dos professores corresponde a um percentual de 3,6%, já os discursos políticos apontam uma porcentagem de 6,3%. Portanto, através desses números entendemos que as colaborações indicam uma porcentagem per capita dos textos e demonstram que mesmo que expressos em menor número, os políticos contribuem relativamente mais que os professores. Em vista disso, como as figuras políticas aparecem, ou se manifestam? Seria regulamentando e legislando a Educação Goiana?

Para responder as questões anteriores é preciso pontuar algumas particulares voltadas ao território goiano. Dito isso, o ponto a ser tratado a partir daqui é sobre a ideia de modernidade, atraso e decadência espectros que permeavam a sociedade brasileira como um todo. Nessa perspectiva, segundo Nasr Chaul (2008) em sua famosa tese de doutorado "Caminhos de Goiás: da construção da decadência aos limites da modernidade", vai dizer que a historiografia goiana servirá para construir o estigma subsequente, o de atraso.

No qual viajantes, intelectuais e políticos com seu olhar viam na precariedade das estradas, na falta de incentivos do governo real, no estado de extrema pobreza, nos concubinatos, na falta de trabalho, símbolos básicos capazes de resumir a decadência.

Portanto, as amarras da decadência se entrelaçam ao rótulo de atraso do final do século XIX até o chamado "advento da modernidade em Goiás"[10] com a Marcha para o Oeste11 e a construção de Goiânia. Goiás, com a decadência da mineração e a condição representada pelos enunciados da época, precisava assim do outro, do vizinho, assim como coloca Chaul (1997), o estado só era visto pelo outro, que o descreveu mais do que interpretou.

Portanto, criava-se uma imagem de solidão, atrelado ao Sertão goiano, categoria mais simbólica que geográfica, uma dicotomia construída entre o litoral e o sertão, um espelhamento inverso, no qual um representa o progresso, desenvolvimento e modernidade e o outro a falta, o isolamento e o atraso. A constituição de uma unidade nacional fortaleceu estes vínculos entre os espaços cujo o Estado atuava e onde precisava atuar, cria divisões e marca projetos futuros, na qual logicamente uma região atrasada precisa de desen-

10 Neste sentido, Goiás inicia sua preparação para o advento de um novo tempo que parecia se fazer anunciar com a construção de uma nova capital. Ela serviria tanto para fins políticos, com o afastamento do poder administrativo do estado das antigas famiiocracias, como, também, para a representação do saneamento do estado que tinha a intenção de modificar a imagem do goiano. A intenção era afastar sua imagem daquele personagem criado por Monteiro Lobato, o Jeca que assumia no dizer popular sinônimo de ingenuidade, preguiça e doença. (PAULA, 2011, p. 76)

11 A "marcha para o Oeste" foi uma ação governamental na tentativa de ocupar e explorar as áreas menos povoadas, distribuindo melhor a população brasileira que se concentrava principalmente no litoral do país. Dessa forma as terras até então "improdutivas" seriam mais bem aproveitadas, havendo uma maior distribuição da população e reduzindo a concentração em determinadas regiões. A concretização dessa "marcha" se deu, conforme um relatório do Departamento de Agricultura intitulado "Concretização da 'marcha para o Oeste' com o aproveitamento da terra de Mato Grosso", em 1939. (OLIVEIRA, 2007, p. 27)

volvimento, o atraso e desenvolvimento compõem uma dicotomia, reatualizada na Primeira República a partir da decadência, do Litoral para o Sertão.

Ou seja, é impensável o "atraso" em si mesmo. Dito de outra forma, o termo atraso só é aplicável se pensado junto com seu oposto: adiantado/desenvolvido. E ao se partir do paradigma de desenvolvimento, compara-se algo que é desenvolvido, de acordo com o próprio paradigma, com o que não é, ou ainda não é. Há uma criação da ambiguidade, cujo os preceitos inseridos para definir a decadência adquirem novas roupagens na modernidade. Segundo Baumann (1999), em "Modernidade e Ambivalência", para existir o atraso precisa do desenvolvimento, e para existir o desordenamento precisa do ordenamento, respectivamente.

O atraso de certa forma, foi apropriado pelas elites políticas em Goiás, e passava a ser visto como atrasado e com necessidade de ser desenvolvido e modernizado durante a Primeira República até a Era Vargas, embasado em projetos que buscavam o saneamento, a urbanização e a construção de estradas no estado.

No conjunto de negativas visto como absoluto por grande parte da historiografia do período, nos apresentaram o seguinte quadro da sociedade goiana, fruto da crise do ouro sendo: a diminuição dos lucros dos funcionários reais, paralisação dos comércios, carência de capital, produção para a subsistência diante de um reduzido mercado, ausência de empregos, fome, letargia da população e doenças.

Assim, todo esse conjunto de negativas pelas narrativas criou uma imagem de Goiás que ficou gravada, por intermédio da

cultura dos viajantes, como verdade inconteste por todo Goiás afora. O Estado passou a ter um perfil associado a uma terra da decadência, retrato de uma sociedade que parecia não possuir o mínimo básico para existir devido a sua inoperância, sua carência de tudo, sua solidão traduzida em isolamento, ósseo e preguiça dos indivíduos. Leonardo Dallacqua (2019) em sua tese relata a figura do homem sertanejo/caipira representado por Jeca Tatu, e aponta que:

> Naquele momento, o Jeca representava o retrato do povo brasileiro apartado da civilização e marchando contra o progresso. A redenção do Jeca estava correlacionada com a crença lobatiana nas propostas científicas do saneamento e na atribuição da responsabilidade da República no desamparo a uma fatia do povo brasileiro. Como apontou Lima, o Jeca doente, mas passível de regeneração, nasce da aproximação de Lobato com o movimento sanitarista e uma forte concepção de ciência. Com os devidos cuidados de higiene, o Jeca Tatu poderia sair do seu estado de latência e contribuir para o desenvolvimento do Brasil, afinal, "O caipira não 'é' assim. 'Está' assim" (CARVALHO, 2019, p. 84)

Contudo, não podemos deixar de vincular a questão do eugenia ao debater modernidade. Pois a ciência no século XIX e XX era utilizada como política de estado, fazendo intervenções no corpo social, que segundo os eugenistas o Brasil e Goiás só alcançariam seu progresso e desenvolvimento através de medidas e politicas sanitaristas que pudessem melhorar o homem goiano e assim afastar a decadência do estado, pois o homem sertanejo e caipira é considerado um aspecto do atraso por ser preguiçoso, fraco e doente.

Portanto, esse debate vai atravessar goiás do século XIX até o Estado Novo. No qual, os discursos políticos vão representar uma propaganda veiculada a esse ideal de modernidade que é empregada no Estado. Estabelecendo narrativas que vão a favor do progresso, vinculando o discurso médico, higiênico e sanitarista na tentativa de traçar novos rumos a sociedade goiana e consequentemente se estendendo até o campo da educação. Podemos constatar esse fato através do Decreto-Lei n.3535, de 29 de Agosto de 1940:

> O Interventor Federal, neste Estado, tendo em vista o disposto no artigo 6°, n° IV, do decreto-lei federal n 1.202, de 8 de Abril de 1939, e Considerando que os problemas educacionais estão intimamente ligados aos problemas sanitários; e Considerando que a cooperação dos técnicos de assuntos médicos-higiênicos se faz imprescindível para resolução das questões escolares; Considerando que existe uma estreita harmonia entre os departamentos da publica administração estadual; Considerando, finalmente, a representação da Diretoria Geral de Educação. DECRETA: Art. 1 - Fica aumentado para nove o numero dos membros componentes do Conselho Estadual de Educação e considerado como o dr. Diretor Geral de Saúde. Art. 2° - Este decreto-lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário. Palácio da Interventoria Federal no Estado de Goiás, 20 de Agosto de 1940, 52° da Republica. Dr. Pedro Ludovico Teixeira e João Álvares Júnior. (REVISTA DE EDUCAÇÃO, 1940, p.19).

Entretanto, resumidamente, pelo decreto é possível destacar a consonância entre as áreas da educação e da saúde, dando a entender que existe uma harmonia entre esses departamentos públicos da administração do estado. Levando em conta que os problemas educacionais estavam estreitamente ligados aos problemas sanitários, a assistência de técnicos médicos-higiênicos seria necessária para solucionar os problemas nas escolas. Ou seja, os políticos aparecem na Revista normatizando diretrizes que são vistas essências para educação do estado, utilizando como fundamentação teórica a ciência sanitária e o saneamento, partindo do pressuposto que através da saúde dos corpos e do meio social seria possível alcançar o desenvolvimento do Estado.

Por conseguinte, ao confeccionar o "Quadro 1" surgiram as seguintes problematizações em relação aos colaboradores do periódico: se o número de contribuições de homens, mulheres, professores(as), políticos e médicos continua o mesmo ou se há um aumento ou uma diminuição considerável de suas participações entre a Primeira e a Segunda Fase[12]. Ao observar os dados o que essa construção pode nos apontar? Há um aumento no número de médicos, higienistas ou sanitaristas que ocasiona ou justifique a mudança de nome da Revista de Educação? Contudo, essas indagações só serão aprofundadas e respondidas no capitulo 03, após construirmos o quadro de colaboradores da Segunda Fase da Revista.

12 [...] a segunda seção, "A Revista de Educação do Estado de Goiás: Segunda fase (1945 - 1958)", destina-se a descrever como os princípios da Escola Nova foram assimilados e apresentados na segunda fase da Revista. Nesse período, o Impresso é reorganizado recebendo um novo nome, passando a se chamar "Revista de Educação e Saúde". (SANTOS, 2013, p. 28)

Porquanto, para compreender o contexto educacional do Estado de Goiás, buscamos analisar a partir do "Manifesto do Pioneiros da Educação Nova" (1932), o debate nacional acerca da educação brasileira. Contudo, o Manifesto se autointitula como um documento que propõe um projeto de reconstrução educacional no Brasil. A Fonte em termos gerais estava propondo a organização do sistema nacional de ensino. Sendo assim:

> A estrutura do plano educacional corresponde, na hierarquia de suas instituições escolares (escola infantil ou pré-primária; primária; secundária e superior ou universitária) aos quatro grandes períodos que apresenta o desenvolvimento natural do ser humano. É uma reforma integral da organização e dos métodos de toda a educação nacional, dentro do mesmo espírito que substitui o conceito estático do ensino por um conceito dinâmico, fazendo um apelo, dos jardins de infância à Universidade, não à receptividade mas à atividade criadora do aluno. (O MANIFESTO DOS PIONEIROS DA EDUCAÇÃO NOVA, 1932, p. 10).

Nesse sentido, no exemplar da Revista do Ano I, Número 2, Novembro/Dezembro de 1937, produzido pelo Órgão da Diretoria do Interior. Encontramos a manchete da Revista nomeada como: "*O Primeiro Congresso de Educação em Goiaz*", que foi escrita pela redação da revista, composta pelo Diretor Geral do Interior: Dr. Vasco dos Reis[13] e pelo Redator: Professor Gentil Augusto Lima[14] enumera

13 Vasco dos Reis Gonçalves, foi um médico, poeta e político brasileiro. Foi interventor federal e ocupou o cargo de governador do Estado de Goiás no período de 19 de julho de 1934 a 3 de agosto do mesmo ano.

14 Professor primário goiano e o Redator da Revista de Educação.

em seu texto os objetivos que consideram fundamentais para a estrutura educacional no Estado, sendo:

> 1º Dar a Escola Primária do Estado todas as possibilidades para a educação integral, física, moral e intelectual do homem; de acordo com as exigências do meio. 2º Escolher dentre a elite de professores um corpo técnico para orientação e administração escolar. 3º Crear a Escola Rural adaptada as condições sociais econômicas do meio e instituir em todo o Estado a Escola Nova ou Renovada; 4º Crear um curso de aperfeiçoamento para os candidatos ao magistério primário e normal para a formação de um professorado á altura das Exigências da Escola Nova. (REVISTA DE EDUCAÇÃO, 1937, p. 9).

Por conseguinte, temos o entendimento que o ensino pedagógico se orienta a partir das sugestões feitas pelo Manifesto, a qual estrutura da Revista segue o eixo proposto pelos pioneiros. Podemos visualizar um diálogo com o Manifesto dos Pioneiros na estruturação do projeto da Escola Nova em Goiás é em quatro etapas educacionais sendo: Infantil, Primária, Secundária e Aperfeiçoamento (Ensino superior).

Por outro lado, tendo em vista o texto acima, os ideais de uma educação inteiramente nova vai de acordo com as exigências do meio social, e com probabilidade de educar o físico e o corpo. O Manifesto aponta que "Na hierarquia dos problemas nacionais, nenhum sobreleva em importância e gravidade ao da educação. Nem

mesmo os de caráter econômico lhe podem disputar a primazia nos planos de reconstrução nacional" (Manifesto do Pioneiros da Educação Nova, 1932, p. 1). Nesse sentido:

> O próprio espírito que o informa de uma nova política educacional, com sentido unitário e de bases científicas, e que seria, em outros países, a maior fonte de seu prestígio, tornará esse plano suspeito aos olhos dos que, sob o pretexto e em nome do nacionalismo, persistem em manter a educação, no terreno de uma política empírica, à margem das correntes renovadoras de seu tempo. De mais, se os problemas de educação devem ser resolvidos de maneira científica, e se a ciência não tem pátria, nem varia, nos seus princípios, com os climas e as latitudes, a obra de educação deve ter, em toda a parte, uma "unidade fundamental", dentro da variedade de sistemas resultantes da adaptação a novos ambientes dessas idéias e aspirações que, sendo estruturalmente científicas e humanas, têm um caráter universal.(O MANIFESTO DOS PIONEIROS DA EDUCAÇÃO NOVA, 1932, p. 14).

Logo, o documento nos aponta que a educação deveria ser tratada da mesma maneira que os outros assuntos, pois ao mesmo tempo em que a ciência estava evoluindo, a ciência da educação também deveria evoluir em confluência. Contudo, a chave para o progresso da sociedade estava associado a ciência, que permitiria a população sair do estágio irracional. Sendo capaz de alcançar uma capacidade de planejar a própria vida e de interferir nos rumos da

vida social moderna os afastando da letargia. Discurso que se reflete na Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (De 16 De Julho De 1934), que diz no Art. 138º:

> Art. 138 - Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas:
>
> a) assegurar amparo aos desvalidos, criando serviços especializados e animando os serviços sociais, cuja orientação procurarão coordenar;
>
> b) estimular a educação eugênica;
>
> c) amparar a maternidade e a infância;
>
> d) socorrer as famílias de prole numerosa;
>
> e) proteger a juventude contra toda exploração, bem como contra o abandono físico, moral e intelectual;
>
> f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a moralidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis;
>
> g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais. (BRASIL, 1934).

Nesse viés, os incisos "b" e "f" retratam medidas políticas vinculadas a educação eugênica, que segundo Kern foi:

> [...] ao lado das reformas sanitaristas e higienistas anteriormente mencionadas, uma estratégia

> preferencial de intervenção em favor do melhoramento racial da população brasileira. Do mesmo modo que as medidas sanitárias e higiênicas poderiam realizar a prevenção da aquisição dos caracteres hereditários indesejáveis, e, por consequência, de sua provável transmissão, a educação eugênica deveria se constituir em uma forma igualmente efetiva de empreender a profilaxia dos venenos raciais e impedir o avanço da degenerescência biológica. Uma vez que a educação eugênica fosse amplamente difundida na sociedade, o meio, a população brasileira poderia ser alertada quanto aos prejuízos da inferioridade racial e ser esclarecida quanto aos enormes benefícios da eugenia. (KERN, 2020, p. 14)

Portanto são áreas relativas ao campo da ciência médica, em que os discursos são apropriados e reproduzidos pelos lócus educacionais. Sendo "uma das formas mais efetivas de empreender estratégias biopolíticas voltadas para a profilaxia dos chamados "venenos raciais", que prejudicavam o desenvolvimento pleno das capacidades vitais da população brasileira" (KERN, 2020, p.10). Retratado no texto intitulado pela Revista de Educação como "A Escola Nova sob tríplice aspecto da educação: Física, Sanitária e Moral" escrita pelo professor Pedro Celestino da Silva Filho, ilustra isto evidenciando que:

> [...] a Escola Nova tem por objetivo realizar a educação integral sob os múltiplos aspectos, afigura-se me, entretanto como de imediata importância, apresentar vos algumas sugestões

> sobre a educação física, educação sanitária e a educação moral, sem necessidade de encarar aos Snrs. Congressistas, os demais elementos componentes da educação integral (FILHO, 1937, p. 45).

Entretanto, o periódico pedagógico passava a servir como aparato para alcançar os objetivos do programa traçado utilizando pressupostos da ciência eugênica, educação física e sanitária como elementos para conseguir tal fim. Desta maneira os periódicos da Revista apontam o reflexo da reforma Educacional que o Interventor do Estado de Goiás propunha. Assim sendo, em 1937, ano em que o Periódico goiano começou a circular, e segundo Santos:

> A Revista fez parte do conjunto de políticas articuladas durante o Estado Novo para dar visibilidade às ações do governo de Getúlio Vargas, bem como disseminar a ideia do homem devoto à nação e ao sentimento de nacionalidade. O Estado de Goiás movimentou-se no sentido de se colocar em destaque no cenário nacional como um dos grandes colaboradores no projeto de construção de uma nova nação através da educação escolar. (SANTOS, 2015. p. 2).

A Revista de Educação a fim de mediar a instrução pedagógica, por meio da autoridade do magistério reunido, criou um leque de planos de trabalhos. Estruturando um sistema para a organização pedagógica, com debates voltados ao corpo, à moral, higiene e ao

sanitarismo, temas considerados importantes para se alcançar a reforma do meio social e educativo no estado.

Por conseguinte, a Revista de Educação vai ter eu enfoque voltado para a formação do professorado e aos métodos de ensino, se tornando um importante veículo e espaço de divulgação de conteúdos educacionais. Tendo como objeto o professor para articular essas "novas práticas pedagógicas" que estavam associadas diretamente com os temas da Escola Nova, Higiene Pública e Educação, na qual "A Educação da criança é um produto direto de sua própria atividade, que o mestre organiza, guia e dirige" (TOLEDO, 1937).

Portanto, os periódicos com essa característica serviram para o aperfeiçoamento da atuação docente, na melhoria da instrução pública e consequentemente na educação. Percebemos que o periódico recebe um direcionamento a partir do Manifesto dos Pioneiros e da Constituição de 1934, que normatizam alguns elementos necessários para a Educação Brasileira sendo a ciência e a eugenia.

Contudo, os ideais políticos sempre estiveram presentes nas propostas educacionais, em alusão a esse fato o Congresso de Educação em 1937 surgiu como inspiração do Dr. Pedro Ludovico Teixeira, Governador/Interventor do Estado. Nesse sentido, há um conceito que nos ajuda a compreender as relações de poder em sociedade, que é descrito por Foucault (1979) como biopoder. O termo descreve o exercício dos Estados modernos e a regulação dos que estão sujeitos a ele, criando assim um sentido de vigilância. Onde, esse micropoder passa a manipular os homens guiando e determinando seus hábitos, com intuito de moldar um perfil que possa ser inserido na sociedade, ou seja uma política que tenta aprimorar o

comportamento humano. Em outras palavras, a partir do "Quadro 1" notamos que o cenário educacional de goiás foi fundamentado a partir do meio político, sendo divulgado pela imprensa pedagógica.

Então, sintetizando, a Revista de Educação inclui reportagens, propostas, conclusões e sugestões que foram encaminhadas e debatidas pela comissão responsável de estudar as teses e apresentá-las, sendo a redação do periódico. Outrora, tinha o objetivo de traçar novos rumos ao ensino de goiás, através das narrativas de professores e políticos no qual as sugestões passaram mediar e orientar os estabelecimentos de ensino do Estado.

Primeiro Congresso de Educação em Goiás (1937): o eugenismo em pauta

Pela observação dos aspectos descritos, no tópico 1.1 e 1.2 pretendemos verificar os enunciados que partem do periódico com a intenção de notar como se constroem os preceitos eugênicos na época através do imaginário social da educação pelas narrativas do Congresso de Educação publicados na Revista.

O Congresso de Educação, surgiu em 1937, através do Governador do Estado, até então, Pedro Ludovico Teixeira. Sendo recomenda pelo Dr. Vasco dos Reis (Diretor Geral do Interior), a qual a Assembleia de professores veio a ocorrer no dia 20 de outubro, em Goiânia em uma sessão solene, recebendo autoridades, pessoas de renome da sociedade e intelectuais interessados em participar da Reforma Educacional.

Então, o Congresso de Educação:

> [...] será, incontestavelmente, a pedra fundamental da grande obra educacional que se vai realizar nêste vasto pedaço do território brasileiro, de cujo seio os ventos de uma nova era varre raia todas as névoas e poeiras da rotina e do impossível. Ele falará hein alto, a todos os recantos do país, que Goiaz começa a tomar parte no grande movimento pedagógico do nosso século, rumo a escola Renovada; porque é para da que se dirigem todas as esperanças de renovações futuras, para a unidade e grandeza da pátria. (REVISTA DE EDUCAÇÃO, 1937, p. 8)

Neste ínterim, a Revista de 1937 vai conter informações das teses que foram apresentadas, discutidas, aprovadas e sugeridas no Congresso de Educação. A intenção desse embate foi auxiliar na transformação das escolas goianas, cujo as novas metodologias de ensino e as práticas pedagógicas adquiriram novas roupagens que a Escola Nova visava para o Estado de Goiás. Em suas entrelinhas as novas propostas acompanhavam o discurso de progresso afastando, desse modo o atraso do território em questão.

O Redator da Revista de Educação e Professor Gentil Augusto Lino publica hipóteses que foram apresentadas na Assembleia, a manchete é intitulada como "ALGUMAS TESES APRESENTADAS NO CONGRESSO", e diz:

> A primeira tese: A Escola Renovada; A Escola Chamada Tradicional; Possibilidade de se Organizar a Escola Ativa. A segunda tese: Orientação Técnica e os Professores; O Prefeito Municipal e o Grupo; Atribuições do Assistente e Orientadores Técnicos. A terceira tese: A função da Escola Primária; O que um Grupo Escolar Deve Possuir e Manter; Deve Manter. A quarta tese: Papel do Diretor na Escola Primaria, Conhecimento que o Diretor deve ter; Aspectos de Uma Direção; Faces do Problema que Lida; A Didática; Os sentidos da Expressão (Os métodos de Projetos), Qualidade que um Diretor deve Possuir; Superioridade; Vontade; Entusiasmo e convicção comunicativa; Paciência. Quinta tese: A Personalidade da Criança. Sexta tese: A Saúde Pela Escola Primaria; Aproveitar A Assistência Escolar; Assistência econômica e Assistência recreativa. (LINO, 1937, p. 27,28,29 e 30).

A partir da análise da Revista de Educação de 1937, e do Congresso de Educação através dos conceitos de higiene, sanitarismo e eugenia nos possibilitou enxergar as narrativas dentro do periódico educacional em torno do debate higienista brasileiro. Nesse viés, o governo via a necessidade de intervenção nos problemas sociais do estado por meio da educação. Desde então, o debate das propostas educacionais colaborou na disseminação de novas metodologias pedagógicas voltadas à saúde, higiene e o corpo da criança, como ilustra a citação acima na "Sexta tese":

> A saúde pela Escola Primária: O problema da saúde na escola. a) Nutrição, asseio dos dentes. Aproveitar a Oportunidade do transito da criança pela Escola . a) - para melhorar-lhe a saúde (assistência médica e higiênica.) b) – para incluir-lhe hábitos e noções de higiene. c) – para influir no lar por intermédio da criança. [...] A higiene da Escola. Asseio, Iluminação, ventilação, bôa disposição das salas, dos moveis, das instalações sanitárias e pátios. Efeitos sobre a saúde da criança; efeito indireto pelo exemplo. A instalação da Escola Rural como instrumento higienizador de nosso roceiro. [...] A assistência Escolar. O dever da Assistência: assistência médica, dentaria, higiênica. Assistência Alimentar. Verificação de sua necessidade. Modalidades. Sopa Escolar. Copo de Leite. Merenda de frutas. Assistência econômica: para vestuário. A questão do uniforme. [...] Assistência Recreativa: decorre do direito de brincar. Instalações na escola pátios, sala de jogos, cinema, biblioteca infantil, festas escolares, etc, (deviam se feitas para recreação da criança e não dos adultos). Manutenção de várias formas de assistências. (LINO, 1937, p. 29 e 30)

A partir das proposições acima, identificamos nos tópicos "a" e "b" percebemos a higiene e a assistência médica como aparatos políticos que visavam a modificação do tecido social, apontando os problemas da saúde na Escola. Onde, "a educação prontamente assumiu junto ao projeto eugenista, tanto os pais quanto os professores foram imediatamente convocados para o dever de atuar, através da educação eugênica, em favor da regeneração racial da população brasileira. " (KERN, 2020, p. 12).

Podemos notar, que haviam propostas com a intenção de modernizar o aparelho educativo de Goiás, como a criação de instalações, bibliotecas, de cargos de professores especializados em ginástica, assistência médica e dentária dos alunos, além da alimentação e vestuário. Entendemos que esse conjunto de práticas integram o movimento de profilaxia, que acompanham a reforma sanitária no Brasil. "Portanto, era responsabilidade dos homens públicos investirem em condições de higiene, profilaxia e educação sanitária. As ciências e o saneamento assumiam um papel decisivo para a construção de um sentimento de unidade nacional" (CARVALHO, 2019, p. 14). Nesse sentido, as Escolas deveriam passar a conter ótimas instalações e boas condições estruturais e de higiene, estabelecendo medidas preventivas para a preservação da saúde do aluno.

Logo, surgiu a ideia de criar a Escola de Aperfeiçoamento, para complementar a formação docente. Sendo assim, a convite de Ophelia Nascimento Monteiro, Ruth Neddermayer fala sobre um tema que afetava as crianças diretamente, sendo a educação primária e os aspectos pedagógicos, físico e psíquico que constituem na prática docente. Ruth aponta em seu texto "Finalidades da Professora" que:

> A educação primária é hoje o objeto do mais atento estudo por parte dos educadores que a ele se dedicam com a maior devoção, abordando o sob todos os seus aspectos pedagógicos, físico e psíquico. [...] Ponto importante, que merece a atenção dos educadores de hoje, é o da saúde do aluno. Este, quando fraco e doente não terá um aproveitamento satisfatório. e,

> que dizermos da professora sem saúde? Suas aulas serão sem eficiência alguma pois, não se sentindo com saúde, ela se torna facilmente fadigada, irritada e impaciente. [...] O futuro das crianças da escola primária está nas mãos da professora primária. O preparo físico da professora primária é de estrita necessidade e de grande importância. [...] A professora primária precisa ser preparada física e moralmente, para exercer a mais sublime e bela das vocações. [...] cabe então, à professora primária, a nobre e árdua tarefa de educá-las, procurando conhecer e aperfeiçoar as aptidões e corrigir os defeitos. Eis, colegas, pequeno parecer da missão sublime de que se reveste a professora primária de hoje, e as mães de amanhã, no aperfeiçoamento da obra-prima da natureza, que são esses pequeninos seres que nos cercam. [...] crianças no período primário, que é a base do preparo das futuras atividades para a vida. (NEDDERMAYER, 1937, p. 42 e 43).

Neddermayer destaca o propósito dos professores(as) e o aperfeiçoamento da educação primária, no qual o objeto de principal importância é o preparo físico e moral do docente. E para isso precisa de: saúde, preceitos de higiene, educação moral, e ter conhecimentos mútuos. Segundo Leonardo Dallacqua:

> [...] o projeto de "consciência sanitária" de Penna compunha esta perspectiva de educação nacional almejada pela A.B.E., especialmente no papel da educação e da escola primária para a

> construção de uma sociedade integrada e saneada. As presidências de Fontenelle e Penna, em 1925 e 1927, mantinham a estratégia da higiene popular e dos cursos de aperfeiçoamento em higiene escolar destinada aos professores primários. Os professores eram, portanto, os grandes instrumentos de transformação da sociedade e aliados importantes da A.B.E. (CARVALHO, 2019,p.129).

Outrora, a Professora Graziela Félix de Souza, do Grupo Escolar Martins Borges, de Pires do Rio, relata dificuldades no magistério e a má estrutura do prédio escolar no qual trabalha, e que são raras as instituições de ensino que contam com uma estrutura de acordo com as exigências pedagógicas modernas, sendo uma questão que merece atenção especial do Governo. A professora faz um pedido aos governantes goianos, para que construam casas escolares no Estado, obedecendo as linhas modernas arquitetônicas e com requisitos voltados à higiene escolar e relata:

> [...] a falta de método no ensino, ou melhor, a lamentável deficiência pedagógica no nosso professorado. [...] nossos Grupos Escolares são na maioria providos de professores normalistas, e não são regidas por professores especializados. [...] requer um método de ensino todo especial e só pode ser resolvido, de maneira plena e satisfatória pelo professor convenientemente aperfeiçoado, conhecedor profundo de pedopsicologia ou, psicologia infantil. [...]É preciso que a infância Goiana seja dirigida moral e intelectualmente por educadores especializa-

> dos que façam estudo minucioso da educação nas suas três grandes partes, tornando-se assim idôneos para ministrá-la com reais proveitos. E é também necessário que estes incrementem a educação física em nossas escolas primárias, educação essa que envolve a higiene, a ginástica e o esporte, para o fortalecimento da raça, e que, apezar de ser a mais simples, a mais prática, é a garantidora de desenvolvimento da capacidade de trabalho. [...] É preciso preparar a nossa garotada para a luta demorosa pela vida, de conformidade com as leis sociais e com a natureza. Goiaz contém ainda uma grande faixa onde dorme a brutalidade. (SOUZA, 1937, p. 39).

Ou seja, existia a necessidade de criar imediatamente uma Escola de Aperfeiçoamento em Goiás, para que os professores pudessem fazer cursos de especialização. Em síntese, percebemos que o professor passa a ser o agente mais importante da Reforma educacional do estado, pois a partir do seu aperfeiçoamento profissional vinculado às novas práticas e propostas educacionais seria possível higienizar e sanear a população, além de contribuir com grandeza cultural e material do Estado Goiano, o afastando da brutalidade.

Ademais, também notamos nos textos do periódico a educação e o saneamento como uma opção a eugenia negativa no Estado. Segundo Leonardo Dallacqua (2019), em sua tese O SANEADOR DO BRASIL: SAÚDE PÚBLICA, POLÍTICA E INTEGRALISMO NA TRAJETÓRIA DE BELISÁRIO PENNA (1868-1939), relata que:

> [...] sanear corresponde a praticar a eugenia denominada preventiva, cujos fins são a defesa da raça contra todos os fatores de degeneração, sejam eles os mórbidos (tuberculose, sífilis, impaludismo, verminoses, etc.), sejam eles os venenos sociais. É por isso que a eugenia preventiva corresponde à medicina social definida claramente por Tropiano, e se esforça pelo saneamento rural e urbano, pela regulamentação do trabalho, proteção da infância; consiste, enfim, na organização ativa de uma higiene profilática, acauteladora da saúde dos indivíduos e da coletividade. (DALLACQUA, 2019, p. 100)

Entretanto, a escola passa a ser vista pelos governantes como um local de normatização de preceitos sociais, uma espécie de poder moderador no absolutismo. Cujo o professor passa a ser visto pela criança como superior que não seja seu pai, de tal modo o docente deve se atentar tanto com as questões sanitárias da escola quanto aos equipamentos e as mobílias da instituição de ensino, além de sanear e fiscalizar as ações dos alunos individual e coletivamente.

Sendo assim, para fazer uma conferência sobre higiene infantil, o Dr. Borges dos Santos é convidado pelo Exmo. Dr. Vasco dos Reis Gonçalves, presidente do Congresso de Educação. Santos, antigo professor do ensino secundário e superior, tendo exercido o cargo de diretor escolar. Demonstrava entusiasmado com o nível intelectual que o estado buscava para o progresso moral de Goiás.

Com isso, na manchete nomeada Higiene Infantil, Borges fala sobre os cuidados das crianças:

> Esses seresinhos entregues aos cuidados dos Mestres, cujo trabalho incessante consiste em a moldá-los ao meio escolar. [...] necessitam desde o início de cuidados extremos para que se não desvie da rota traçada; e para que isso seja conseguido, mister se fará que se conjuguem Condições de adaptação lenta, porém metódica, de conhecimentos havidos em diferentes ciências, tais como na pedagogia, nas ciências físicas e naturais, na psiquiatria na higiene e tantas outras auxiliares que formam o arcabouço desse grandioso e difícil que se chama a educação. [...] medidas de que lança mão a higiene para defender o débil organismo da criança durante o período do seu desenvolvimento físico e intelectual, até o momento em que, tendo alcançado a puberdade, já por si possa tomar as medidas necessárias para a preservação da sua saúde, escopo principal da sociedade moderna (BORGES, 1937, p. 34).

O Dr. Borges, em seu texto na Revista de Educação também relata fatos sobre: cuidados do corpo feminino durante a maternidade, que segundo Nançy Stepan nas palavras de Vanderlei de Souza "as políticas eugênicas concentraram suas atenções na mulher, foi sobre ela que se exerceu uma rigorosa educação e um intenso controle sobre o seu corpo e a sua sexualidade, já que o seu "papel social" era visto como sendo primordialmente destinado ao processo reprodutivo e maternal" (SOUZA, 2006, p. 56, apud STEPAN 2005, p. 116).

Além de outros assuntos como a alimentação infantil, dentição, verminoses, medidas de profilaxia (vacinação) para evitar moléstias da primeira infância. “No que tange às medidas profiláticas, a vacinação como alternativa de combate à varíola fazia parte das intervenções da ciência moderna”(CARVALHO, 2019, p. 44). Portanto, a imunização no contexto de Goiás serviria para sanear os males causados pelo abando do Estado com interior do país, as campanhas criavam narrativas vinculadas ao tratamento como medida para conter a preguiça, a pobreza, e as doenças. Em resumo essas características evidenciam a desgraça e a degeneração da raça na região. Nesse viés:

> O mecanismo responsável pela reaproximação do homem à natureza é a eugenia. O saneamento se transformaria em ferramenta eficaz para proporcionar o elo fundamental na construção de uma verdadeira identidade nacional, a medida em que forneceria à espécie humana uma possibilidade de evitar a fraqueza trazida pela civilização, expulsar as doenças e garantir a evolução do Jeca de cócoras, para o brasileiro, de pé. (Junior; Westphal; Meira, 2018, p. 9)

Neste interim, pelas citações acima podemos perceber que há uma ligação entre os cuidados da criança mencionado pelo Dr. Borges e o discurso higienista que cercava Jeca Tatu, pois assim como aconteceu com o personagem de Monteiro Lobato através do contato com ciência seria possível educar as crianças por meio de medidas profiláticas. Nesse sentido, Jeca-Tatu se torna o Jeca-Tatuzinho “no texto intitulado A Ressurreição, em que o Jeca aparece como um indivíduo que superou os desafios, venceu as doenças e pode, com

auxílio da "Nhá Ciência", tornar-se um modelo a ser seguido (Junior; Westphal; Meira, 2018, p. 8).

Antes, doente, preguiçoso e pobre "Jeca Tatu" era considerado um empecilho para o desenvolvimento do Brasil, quando o personagem encontra a higiene e o sanitarismo, ele se transforma. Dando a entender que o homem do interior, o caipira poderia se regenerar estando apto ao progresso.

Em contraponto, os asilos no século XIX, foram colocados como

> [...] estabelecimentos construídos para modelar a criança pobre, para controlar os riscos e as virtualidades da "perigosa" população de pequenos. Nesse projeto, saberes forjados na medicina, higiene e pediatria parecem ter sido constituídos nas bases da pedagogia da prevenção, uma espécie de racionalidade renovada para lidar e manter no horizonte um velho problema e formas atualizadas de enfrentar. (RIZZINI; GONDRA 2014, p. 17)

Portanto, as Escolas no século XX vestem essa mesma roupagem, com a apropriação dos discursos eugênicos, higiênicos e médicos-científicos com preceitos voltados a saúde do corpo, estabeleceram medidas preventivas para o cuidado da saúde das crianças através da educação, como aponta o texto sobre Higiene Infantil. Pois, seus corpos foram considerados pela "ciência eugênica como um instrumento para a construção de uma população mais saudável,

forte e homogênea" (SOUZA, 2006, p. 38), servindo desse modo, como subsidio para a modernidade e consequentemente o desenvolvimento do Estado de Goiás.

Outrora, é importante destacar a figura do Ex-Professor do Ensino Secundário e Superior, que tece com propriedade acerca da Higiene Infantil, indicando que no contexto analisado há um imbricamento entre as áreas da saúde e educação. Esse fato, ressalta a relevância que o discurso médico científico tinha no sentido de ser associado como uma alternativa de medicar o meio social através do saneamento, higienismo e da educação, o que vai ser caracterizado como eugenismo[15]. Nessa perspectiva, Vanderlei de SOUZA (2006), pontua que:

> Belisário Penna entendia que a medicina social e a educação não deveriam ser consideradas apenas como práticas auxiliares da eugenia. Antes da aplicação dos preceitos de eugenia, enfatizava ele, "é indispensável praticar o eugenismo, isto é, preparar o ambiente e o indivíduo para a boa geração, para a procriação de filhos física e psiquicamente hígidos" (SOUZA, 2006, p. 169)

Contudo, notamos que a educação e a escola passam a ser uma instituição que tem como finalidade traçar novas diretrizes para

15 [...] apesar da importância moral e civilizadora que a educação, o saneamento, a higiene, o esporte e a legislação poderiam apresentar para beneficiar a humanidade, estas práticas não deveriam ser incluídas nos propósitos da eugenia. Segundo Renato Kehl, as medidas sociais e ambientais, que não interferiam nas células da reprodução ou no valor da hereditariedade, corresponderiam de maneira geral ao "eugenismo". Em outras palavras, o "eugenismo" consistiria na aplicação da higiene, da educação e da medicina social, cujo objetivo consistia tão somente em "proteger e favorecer o indivíduo em relação a si próprio e ao meio que o cerca", e não em relação à célula da reprodução e da descendência. (SOUZA, 2006, p. 167).

as novas gerações que a frequentem com o objetivo de evitar o fracasso na vida. Sendo assim, para a criança obter resultados eficientes seria preciso de orientações e condições fisiológicas que correspondessem às exigências da Escola Nova. Nesse sentido, o Professor Pedro Celestino da Silva Filho escreve o texto intitulado como "Tese: A Escola Nova sob tríplice aspecto da educação: FÍSICA, SANITÁRIA E MORAL", no qual tece sobre a Educação Sanitária:

> Se a educação física constitui necessidade inadiável e as vantagens decorrentes de sua efetiva adoção são palpáveis, convém não nos esquecer de que antes de submeter o escolar ao exercício físico e outros exigidos pela correção, sob todos os prismas encarados, urge que conheçamos as condições de saúde dos nossos discípulos. Nesta parte destacarei os parágrafos: a) Assistência medica na escola. b) Assistência dentária na escola. c) Alimentação Insuficiente. [...] creação de corpos médicos especializados em Pedagogia destacando-se os tópicos seguintes: a) Que os médicos possuam títulos de especialização em clínica Infantil e Psiquiatria, b) Que tenham feito exames de psicologia experimental e pedagogia a fim de exercer assistência médica nas escolas. [...] As vantagens da assistência dentária na escola são incalculáveis: não se pode, pois, compreender uma escola Moderna sem uma assistência médica e dentária. Alimentação consiste por sua vez ponto de capital importância na vida escolar merecendo tão urgente problema especiais cuidados. Sendo a escola uma instituição que tem por fim traçar diretrizes novas às gerações novas que a frequentam, a fim de evitar quanto possível o fracasso na vida.[...] A criança representa o lastro da nacionalidade.

> O seu desenvolvimento ou se processa normalmente, obedecendo às exigências orgânicas, ou o físico e o mental ficam prejudicados. As consequências do desequilíbrio orgânico, quando a alimentação é insuficiente, quer pela quantidade, quer pela qualidade, se manifestam no depauperamento físico, predisposição ao raquitismo, diminuição da capacidade de trabalho. (FILHO, 1937, p. 48, 49 e 50).

Portanto, "a educação sanitária foi pensada como estratégia capaz de solucionar os problemas de saúde pública e criar uma consciência sanitária na população". (PAULA, 2020, p.14). Em vista disso, Vanderlei Sebastião destaca que "as concepções eugênicas conquistaram o interesse de vários setores da elite intelectual brasileira como os médicos ligados a psiquiatria e a medicina legal, foi juntamente com os médicos-sanitaristas que o movimento eugenista iria preferencialmente se associar." (SOUZA, 2006, p. 44):

> [...] os eugenistas brasileiros, a eugenia era compreendida como uma ciência sem fronteiras delimitadas, o que lhe possibilitava servir aos mais diferentes saberes, como a medicina social, a psiquiatria e a medicina legal, sendo apropriada inclusive nas formulações de diversos projetos de construção da nação. (SOUZA, 2006, p.200)

Por conseguinte, o movimento eugênico passa a se associado ao higienismo, cujo professores(as) e médicos passaram a fazer cursos de especialização em educação sanitária sendo: assistência

médica, assistência dentária e assistência alimentícia. Nesse cenário esses sujeitos, ficaram encarregados em disseminar e transmitir a educação sanitária para a população do Estado pelas escolas goianas, de modo que a assistência médica auxiliasse a resolver em partes a saúde escolar. Como já dito anteriormente, o homem sertanejo era visto como fraco e desnutrido. Contudo, sua alimentação era insuficiente, culminando no desenvolvimento de doenças e enfermidades, fato que fica ilustrado com a criação do Biotônico Fontoura:

> Quem sofre de sezão sara com o MALEITOSAN FONTOURA. Quem sofre de amarelão sara com a ANKILOSTOMINA FONTOURA [...] para tomar assim: seis comprimidos hoje pela manhã e outros seis amanhã de manhã. Faça isso duas vezes, com espaço de uma semana. E cada vez tome também um purgante de sal amargo, se duas horas depois de ter ingerido a ANKILOSTOMINA não tiver evacuado [...] E o grande remédio que combate o amarelão, esse mal terrível que tantos braços preciosos rouba ao trabalho, é a ANKILOSTOMINA. Assim como o grande conservador da saúde, que produz energia, força e vigor, chama-se BIOTÔNICO FONTOURA (LOBATO, 2004, p. 325-31).

Seguido essa linha de raciocínio, como a criança representa a base da nacionalidade brasileira, se ela é doente ou fraca, consequentemente o Brasil também seria. Por conseguinte, "é possível afirmar que o Almanaque do Biotônico Fontoura tornou-se um importante meio de implementação dos novos fins tomados pela educação no Brasil daquela época, passava a ser visto como o esteio

para a uniformização dos valores e sentimentos nacionais, inclusive, no que se referia à modernização, ciência e indústria, ao progresso." (MACHADO; ROSSI; NEVES, 2012, p.5). Contudo, a assistência alimentar vinculada com a educação sanitária serviram como alicerce para elaborar uma identidade forte e robusta.

Nesse sentido Pedro Filho em seu texto, discorre a cerca da Educação Física:

> Os nossos Grupos Escolares, salvo o Grupo Escolar Modelo, acham-se privados de professores especializados para ministrar aos escolares a instrução física. Houve em 1930, graças à reforma do ensino efetuada pelo Governo de então, a cuja frente da Secretaria do Interior e Justiça se achava o Dr. Gumercindo Marques Otero, um movimento bem pronunciado no sentido de se dotar os Grupos Escolares do interior de professores ou de técnicos para instrução física, constatando da própria legislação a cadeira da disciplina em apreço. [...] Porque devemos aplicar a Educação Física: É a educação física ou aperfeiçoamento de nossa natureza intelectual. tem ela por fim tornar o corpo são, vigoroso, ágil, estético, prepará-lo para bem servir as faculdades. É a educação física um complexo de influências colaterais se ajuda a natureza no desenrolar das capacidades físicas, intelectuais e morais do homem visando sempre a sua comodidade na vida. Tem por objetivo um completo desenvolvimento para a constituição orgânica, buscando a melhor adaptação nas circunstâncias da atividade que lhe competir ponto ela se propõe a formar e desenvolver harmoniosamente o corpo, conservando o vigor a flexibi-

> lidade dos órgãos e a saúde. A educação física juntamente com a educação moral, sanitária e intelectual, constituem as colunas sobre que se ergue o soberbo edifício da integridade educacional, visada pela Escola Nova. (FILHO, 1937, p. 45 e 46)

Portanto, a educação física se torna necessária para aperfeiçoar a beleza humana do corpo e ao mesmo tempo torna a virtude ligada à inteligência e ao caráter. Pedro Filho, na epígrafe apresenta o desenvolvimento dessa modalidade na educação e chama a atenção dos leitores da revista e participantes do Congresso para a implantação do professor de educação física no Ensino de Goiás, apontando que "antes de fazer do menino um ser inteligente e bom, é preciso torná-lo sadio e vigoroso." (FILHO, 1937, p. 46 apud CHAMELET). Para Souza (2006):

> Muitos eugenistas brasileiros acreditavam, ainda, que o incentivo a prática da educação física seria um mecanismo fundamental para auxiliar no processo de aperfeiçoamento da hereditariamente nacional, principalmente com a obrigatoriedade das práticas esportivas nas escolas e no seio das famílias. O esporte era muitas vezes tratado tanto para disciplinar e subordinar a vida dos indivíduos, tornando-os mais fortes, resistentes e produtivos, quanto para pensar no embelezamento físico e genético da população como um todo. (SOUZA, 2006, p.55).

Vanderlei Sebastião pondera que, "a educação física era pensada, portanto, também em termos neolamarckistas, possibilitando que os eugenistas interpretassem a saúde e o "vigor físico" como elementos passíveis de transmissão hereditária."(SOUZA, 2006, p.56). Por conseguinte, a educação física, a educação sanitária foram postas em um local onde poderiam atuar no melhoramento moral e físico, além de fortalecer a saúde e a resistência corporal do homem goiano, purificando, aprimorando, e lapidando de acordo com a identidade nacional que deveria ser construída, na época.

Dessa forma, a Revista Educação e o Congresso de Educação dentro de seu projeto educacional e pedagógico através dos preceitos da eugenia positiva/preventiva (eugenismo), que segundo Stamatto e Neta "assumiu a tarefa de realizar campanhas de profilaxia com o objetivo de fazer a população conhecer as ideias higiênicas, o combate a doenças, o controle do corpo e o combate aos vícios sociais. Em relação ao ensino, a atividade medica, deixava de ser meramente discursiva e passava para o campo da prática." (STAMATTO E NETA, 2017, p. 14). Portanto esse discurso aparece elencando a educação física e sanitária como peça fundamental para eugenizar o homem sertanejo por meio da educação do Estado.

Conclusão

Pela observação dos aspectos analisados, o objetivo geral deste trabalho foi identificar os discursos eugênicos nas publicações da Revista de Educação, examinando seus reflexos na área pedagógica goiana, através da imprensa especializada em educação. A função

de analisar a Revista de Educação foi notar de que maneira os projetos políticos higienistas, sanitários e os discursos eugênicos implantados na Era Vargas são representados através da própria.

A metodologia adotada se amparou na catalogação da Revista como representação de um imaginário social, aspecto que é sustentado pelos seguintes trabalhos, Pesavento (2013); Vieira (2013) e Barros (2008 e 2010). A disposição das informações do periódico foram postas em tabela Word, possibilitando na análise do discurso baseada em Michel Foucault com discussões referenciadas em Mozart Linhares (2013), Nancy Stepan (2005), Vanderlei de Souza (2006) e Leonardo Dallacqua (2019) ou seja, ao analisar os discursos eugênicos através da Revista de Educação nos auxiliou na interpretação de um imaginário social da época, e se tornou necessário para despertar a capacidade de relativizar os conhecimentos a respeito do coletivo e do indivíduo no recorte assinalado.

Posteriormente através da catalogação da Revista de Educação de 1937, as manchetes foram problematizadas a partir de suas relações com outros textos ou outras fontes, como textos jornalísticos, artigos científicos e teses. A partir de então, prosseguiram as análises de cada texto, compreendendo as interpretações e intencionalidades de cada um, na tentativa de compreender os sentidos dados pela Revista Educação como um todo. Além de buscar responder as seguintes problemáticas sendo: qual a relação entre saúde e educação na ideia de moldar o homem sertanejo; e descrever qual a figura do professor, se ele é um agente normalizador ou se ele é normalizado, e qual seria a influência do discurso eugênico preventivo na moral e no controle de comportamento dos indivíduos ligados à educação do estado no período.

Sendo assim, a Revista de Educação possibilita compreender a educação ideal que é visada no estado de Goiás na metade do século XX, articulando os discursos médicos das fontes com os discursos políticos no periódico. Portanto, essa sistematização metodológica demonstra afinidade para decifrar a fonte por meio dos aspectos sociais relacionados à cultura na imprensa através da análise da catalogação desse imaginário social presente no periódico, para assim poder compreender as representações das narrativas pedagógicas em relação aos conceitos de eugenia.

Em suma, através da análise do discurso, foi possível compreender de que maneira os pressupostos eugênicos atuavam na construção das práticas educacionais, e assim assimilar como as narrativas médicas-higiênicas se relacionam com a pedagogia na construção de métodos educacionais baseados, nas ciências físicas e naturais, na psiquiatria e na higiene que contemplam esse campo da educação na História de Goiás.

Por fim, nossas conclusões podem servir de base para outros estudos na área da eugenia, saúde e educação no Estado de Goiás. Contudo, com a catalogação do periódico de 1937 e com os referenciais teórico metodológicos definidos foi possível traçar um recorte para executar o prosseguimento da pesquisa de iniciação científica em minha monografia, sendo de 1937 a 1945 (total de seis edições da revista). Pois, após a execução do trabalho foi possível perceber que os preceitos eugênicos se fizeram presentes nas políticas educacionais do Estado, o que possibilita verificar se o discurso eugênico é exibido nos outros volumes da Revista de Educação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BARROS, José d´ Assunção. **AS CRISES RECENTES DA HISTORIOGRAFIA.** Diálogos, v. 14, n. 1, p. 133-158, 2010.

BARROS, José D' Assunção. História e Pós-Modernidade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2018.

BAUMAN, Zygmun, 1925. Modernidade e Ambivalência. Tradução Marcus Penchel. RJ: Jorge Zahar Editora, 1999.

COPETTI, Dhyani e WERMUTH, Maiquel Ângelo Dezordi. **O CONCEITO DE BIOPOLÍTICA EM MICHEL FOUCAULT: UMA ANÁLISE A PARTIR DO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO.** XXVIII Seminário de Iniciação Científica. Salão do Conhecimento. UNIJUÍ,2020.

CARVALHO, Leonardo Dallacqua. **O SANEADOR DO BRASIL: SAÚDE PÚBLICA, POLÍTICA E INTEGRALISMO NA TRAJETÓRIA DE BELISÁRIO PENNA (1868-1939).** Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde. Rio de Janeiro , 2019.

CHAUL, Nasr Nagib Fayd. **CAMINHOS DE GOIÁS: DA CONSTRUÇAODA "DECADÊNCIA" AOS LIMITES DA "MODERNIDADE".** Goiânia: Ed. da UFG, Ed. da UCG, 1997

FARIA, Felipe. **O NEOLAMARCKISMO DE EDWARD DRINKER COPE E A IDEIA DE PROGRESSO BIOLÓGICO NO PROCESSO EVOLUTIVO**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.24, n.4, out.-dez. 2017, p.1009-1029.

JUNIOR, Arlindo Ferretti; WESTPHAL, Euler Renato; MEIRA, Roberta Barros Meira. **NATUREZA EDÊNICA, HOMEM EUGÊNICO: MONTEIRO LOBATO E AS QUESTÕES DA IDENTIDADE NACIONAL BRASILEIRA.** Anais do XVII Encontro Estadual de História da ANPUH-SC, 2018**.**

KERN, Gustavo da Silva. **A educação eugênica nos Annaes de Eugenía.** Revista Linhas. Florianópolis, v. 21, n. 45,p. 301-321, jan./abr. 2020.

LOBATO, Monteiro. **Jeca Tatuzinho.** In: CARRASCOZA, João Anzanello. Razão e publicidade no texto publicitário. São Paulo: Futura, 2004, pp. 323-31.

MACHADO, Marcelo Oliano; ROSSI, Ednéia Regina; NEVES, Fátima Maria Neves. **O DISCURSO EDUCACIONAL E O ALMANAQUE DO BIOTÔNICO FONTOURA: POR ENTRE PRÁTICAS DE LEITURA E A PRODUÇÃO DE UMA REPRESENTAÇÃO DO SERTANEJO (1920-1950).** Revista HISTEDBR On-line, Campinas, n.45, p. 78-88, mar2012 - ISSN: 1676-2584.

MARTINS, Roberto de Andrade. **A METODOLOGIA DE LAMARCK.** Sao Paulo, p.115-140, 1996.

MEDEIROS, Gabriel Saldanha Lula. **Era Vargas: a Educação como Instrumento Político.** Id on Line Rev. Mult. Psic. V.14, N. 50 p. 835-853, Maio/2020 - ISSN 1981-1179.

OLIVEIRA, Rosimar Regina Rodrigues. **O Progresso na "Marcha para o Oeste": Uma Análise Enunciativa na Imprensa Mato-grossense**. Dissertação de Mestrado Defendida no Programa de Mestrado em Linguística no Instituto de Estudos da Linguagem IEL/UNICAMP, 2007.

PAULA, Ana Beatriz Rodrigues de. **Educação sanitária, discurso eugênico e material de divulgação em saúde no âmbito estadual paulista.** São Paulo, 2020.

PAULA, Eder Mendes. **Os Sons do Silêncio: O louco e a loucura em Goiás.** Dissertação de Mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Goiás, ano: 2011.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. **HISTÓRIA E ... REFLEXÕES: HISTÓRIA E HISTÓRIA CULTURAL.** 3º Edição. Editora Autêntica, 2013.

REVISTA UFG. **A ÚLTIMA ENTREVISTA DE PEDRO LUDOVICO TEIXEIRA.** Ano XI, nº 6, p. 191-202, 2009.

RIZZINI, Irma; GONDRA, José Gonçalves. **Higiene, tipologia da infância e institucionalização da criança pobre no Brasil (1875-1899).** Revista Brasileira de Educação v. 19 n. 58 jul.-set. 2014.

SANTOS, Ekristayne Medeiros de Lima. **A CIRCULAÇÃO DO IDEÁRIO ESCOLANOVISTA NO ESTADO DE GOIÁS: A REVISTA DE EDUCAÇÃO (1937-1962).** Araraquara – São Paulo, 2013.

SANTOS, Ekristayne Medeiros de Lima. **A REVISTA DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DE GOIÁS: PRIMEIRA FASE (1937-1944).** Florianópolis: XXVIII Simpósio Nacional de História, 2015.

SANTOS, Vanessa Cruz et all. **EUGENIA VINCULADA A ASPECTOS BIOÉTICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.** Saúde Debate - Rio de Janeiro, v. 38, 2014.

SILVA, Mozart Linhares da. **BIOPOLÍTICA, EDUCAÇÃO E EUGENIA NO BRASIL (1911-1945).** UNISC - Universidade de Santa Cruz do Sul. Departamento de História e Geografia, Santa Cruzdo Sul, RS, Brasil. 96815-900, 2013.

SOUZA, Vanderlei Sebastião**. A POLÍTICA BIOLÓGICA COMO PROJETO: A "EUGENIA NEGATIVA" E A CONSTRUÇÃO DA NACIONALIDADE NA TRAJETÓRIA DE RENATO KEHL (1917-1932)**. Rio de Janeiro, 2006.

STAMATTO, Maria Inês Sucupira; NETA, Olivia Morais de Medeiros. **Histórias de ensino no Brasil.** Vol. 2. – João Pessoa: Ideia, 2017.

VELOSO, Geisa Magela**. Imprensa e Escola Normal: representações de progresso e civilização na produção de um imaginário social – 1918-1938.** Revista Brasileira de Educação v. 14 n. 42 set./dez. 2009.

VIANA, Verônica Pereira. **Manter sadia a criança sadia: os preceitos higienistas veiculados na revista de educação de Goiás (1937-1962).** Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil, set. 2017.

VIEIRA, Lucas Schuab**. A Imprensa como Fonte para a Pesquisa em História: Teoria e Método.** Faculdade de Ciências e Letras UNESP-Assis, 2013.

Sites Visitados:

1º CONGRESSO BRASILEIRO DE EUGENIA ACTAS E TRABALHOS, VOL. 1. Link de acesso: http://docvirt.com/DocReader.net/DocReaderMobile.aspx?bib=acebibco-c_r&PagFis=9788. Ultimo acesso dia 23/03/2023.

O MANIFESTO DOS PIONEIROS DA EDUCAÇÃO NOVA (1932). Link de acesso: https://www.histedbr.fe.unicamp.br/pf-histedbr/manifesto_1932.pdf. Ultimo acesso dia 19/04/2023.

Fontes:

REVISTA DE EDUCAÇÃO. Goiânia, Órgão da Diretoria Geral do Interior, n. 2, p. 1- 50, nov./dez. 1937.

REVISTA DE EDUCAÇÃO. Goiânia: Órgão da Diretoria Geral do Interior, ano 3, n. 9, p. 1-32, nov./dez. 1939.

REVISTA DE EDUCAÇÃO. Goiânia: Tipografia Popular J. Câmara e Irmãos, ano 5, n. 12, set./out. 1940.

REVISTA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE. Goiânia: Imprensa Oficial, ano 12, n. 23/24, fev./mar. 1946.

REVISTA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE. Goiânia: Imprensa Oficial, ano 14, n. 27/28, jun./jul. 1946.

REVISTA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE. Goiânia: Imprensa Oficial, ano 14, n. 29/30, ago./set. 1946.

Acervo da Santa Casa de Misericórdia de Diamantina e seu potencial para História das Ciências e da Saúde

Keila A. Carvalho[1]
Ramon Feliphe Souza[2]

A história da saúde e das instituições que a promoveram no Brasil ainda está em grande parte por ser escrita, especialmente a promoção da saúde praticada em regiões fora dos grandes centros do país, em seus sertões, em períodos que antecedem ao processo de institucionalização da saúde como "bem público". Isto é, da elaboração de políticas coordenadas pelo Estado brasileiro, cujo ápice ocorreu no século XX com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma parte importante dessa história pode ser contata por meio da arquitetura, acervos e memórias que envolvem as Santas Casas de

1 Professora Adjunta de História do Brasil Republicano da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM e do Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP. Doutora em História pela Universidade Federal Fluminense - UFF. E-mail: keila.carvalho@ufvjm.edu.br https://orcid.org/0000-0001-7607-4557.

2 Doutor em História pelo Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. E-mail: ramon.feliphe@live.com. https://orcid.org/0000-0001-7566-6323.

Misericórdia fundadas no país, antes mesmo da formação do Estado Nacional, a partir do século XVI.

Desde a idade moderna, as Santas Casas de Misericórdia foram as principais instituições de auxílio à pobreza do império português. Em 1498 foi fundada em Lisboa uma irmandade dedicada à Virgem da Misericórdia que em pouco tempo seria conhecida como uma instituição paradigmática de auxílio aos pobres (FRANCO, 2014:5).

Segundo Figueiredo (1996), a instituição foi uma iniciativa real, apoiada e incentivada pela sociedade civil portuguesa. A partir da organização dessa primeira irmandade, por iniciativa de Rei D. Manuel (1469-1521), foram organizadas várias outras em Portugal. No século XVI, as Misericórdias acompanharam a expansão ultramarina portuguesa, sendo criadas na Índia (1542), no Brasil (1543), em Macau (1569), em Angola (1576), bem como em outras localidades. Além da função de assistir aos pobres, as Misericórdias assumiam o encargo de administrar e cuidar dos hospitais.

No entanto, apesar de um ideal universalizante, como analisou Franco (2014), as Misericórdias eram muito diferentes entre si. Por isso, em termos de seu potencial para a historiografia e história da saúde e das ciências, é importante considerá-las, caso a caso, buscando dimensionar a heterogeneidade dos diversos espaços que estiveram sob sua dinâmica institucional. Mas em geral, essas instituições guardam acervos com potencial para pesquisas histórica e em saúde pública, considerando desde a localização das unidades hospitalares e assistenciais ou de documentos probatórios - como prontuários médicos e certidões de óbito. Passando por aspectos

relacionados a dimensões da organização da vida e da administração das cidades, até parte substancial da história e da memória da Medicina, da Farmácia e do ensino médico, bem como da assistência social e saúde de pobres, menores, idosos, órfãos e indigentes, serviços sanitários, educacionais e funerários no Brasil (KHOURY, 2005: 49). É preciso considerar ainda que os registros de entradas e saídas de pacientes que evidenciam as doenças que acometiam os socorridos pelas Santas Casas, nos ajudam ainda a discutir aspectos relacionados a natureza e interações entre o ser humano e o meio biofísico. Em suma, nesses arquivos

> Neles vamos encontrar subsídios importantes sobre articulações políticas, interesses econômicos, projetos profissionais, crenças religiosas e outros valores culturais e demandas sociais, que presidem a constituição dessas Instituições em diferentes localidades, imprimindo contornos aos espaços vividos e tonalidades a sua paisagem (KHOURY, 2005:49).

A Misericórdia chegou ao Brasil pela Irmandade de Santos, fundada por Brás Cubas em 1543. Segundo Figueiredo (1996), em Minas Gerais no século XVII foram fundadas, ao menos, duas Santas Casas pelo ermitão Manuel de Jesus Fortes: a de Diamantina e a de São João Del Rei. Apenas uma – a de São João Del Rei – recebeu o compromisso da Misericórdia de Lisboa, embora ambas tenham sido regidas pelos mesmos princípios.

Em relação a presença da instituição em Diamantina, Magnani (2004) afirma que a Santa Casa de Caridade de Diamantina (SCCD) foi fundada em 1790. Segundo a autora, o hospital come-

çou a receber doentes logo que foi fundado, constituindo-se como um dos primeiros hospitais instalados em Minas Gerais. Essa larga história institucional gerou o rico acervo da Santa Casa de Caridade de Diamantina. Entretanto, alguns estudos indicam que esse importante patrimônio documental necessita de restauração, catalogação e armazenamento em instalações adequadas (FILHO, 2014 & MAGNANI, 2004). As preocupações em relação ao importante e secular mote documental disponível na SCDD também exigem formação e aperfeiçoamento de pessoal para sua manutenção, preservação e divulgação.

A conjuntura dramática não é exclusiva da Santa Casa ou de Diamantina, mas acontece com grande frequência em outras antigas e importantes Casas de Misericórdia de todo o país. Nesse sentido, o nosso texto tem como objetivo apresentar a Santa Casa de Misericórdia de Diamantina e seu patrimônio documental, discutindo aspectos de seu potencial de pesquisa histórica em ciências e saúde pública e a necessidade de sua preservação, divulgação e usos para a área do conhecimento, particularmente, história das ciências, saúde e regional considerando que a SCDD atendia pessoas oriundas de distritos de outros municípios como Curvelo e Montes Claros[3].

3 As discussões para este texto derivam do material levantado por meio do projeto de Iniciação Científica: **História e Cultura Hospitalar: Preservação e difusão do acervo da Santa Casa de Caridade de Diamantina – MG**, que contou com recurso da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG). Sob a orientação de Keila A. Carvalho, contou com a colaboração do bolsista Carlos de Melo entre os anos de 2016 e 2017.

História da Saúde e os arquivos das Santas Casas

O historiador, notadamente aquele que investiga a história das ciências biomédicas no país, como afirmou Fonseca (2002), depara-se com um conjunto de fontes bastante amplo e diversificado. As discussões sobre saúde, por exemplo, têm abrangido além da produção de conhecimento, sua circulação e seus produtos, bem como os agentes envolvidos em saberes oficiais ou não, entre outros aspectos (TEIXEIRA, 2018). A maior especialização da história e dos historiadores nos últimos anos tem contribuído para esse processo. É observado, por exemplo, a ampliação de agendas de pesquisa e a natureza fundamentalmente multidisciplinar nas produções.

Nesse dinâmico movimento, é notável o interesse por acervos históricos das instituições de saúde e, particularmente das Santas Casas de Caridade. Essas instituições tem potencial de testemunho para análise histórica sob muitas perspectivas. Considerando, por exemplo, desde o "mobiliário, objetos, obras de arte e de literatura que vieram a constituir seus acervos, possibilitam, hoje, estudos sobre práticas e valores culturais de diferentes épocas da história do Brasil" (KHOURY, 2005: 57). Também é possível estabelecer debates sob uma perspectiva ecológica, considerando os socorridos por essas instituições e as doenças que os acometiam, à medida que essas enfermidades podem ser entendidas como resultado direto das interações entre seres humanos e outras espécies com as quais compartilham o mundo, quais sejam parasitas, vírus entre outros. Dado esse importante potencial, tem-se observado algumas iniciativas no sentido de preservar e divulgar acervos desta natureza.

Como exemplo desses esforços, pode-se dois casos dentre os inúmeros, assim, destaca-se inicialmente o projeto "A interiorização da assistência: um estudo sobre a expansão e a diversificação da assistência à saúde no Brasil (1850-1945)", desenvolvido na Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz) em parceria com pesquisadores de várias regiões do país. O projeto resultou na publicação de um livro com mesmo título, em 2020, no qual se encontram textos que trazem à tona o debate historiográfico sobre o tema da assistência à pobreza e à saúde, discutindo as políticas postas em prática pelos Estados Nacionais nos séculos XIX e XX, bem como sua relação com a filantropia laica.

Merece destaque também o esforço dos trabalhos realizados pelo CEDIC, da PUC-SP a partir do Projeto Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil, 1500-1900. Analisando esse projeto, que resultou na publicação de um guia de mesmo nome, Khoury (2005) considerou a reponsabilidade das Universidades na preservação desses arquivos. Nosso texto corrobora com essas ações e constitui mais um esforço com a intenção de indicar a necessidade de preservação e difusão dos acervos das referidas instituições, no caso específico da Santa Casa de Caridade de Diamantina, fundada em fins do século XVIII.

No Brasil existem diversos acervos que documentam a história e a evolução das instituições hospitalares. Porém, de nada servirão se não forem objeto de tratamento e organização e se não estivem disponibilizados para o público. A informação só existe na presença de um receptor, só adquire sentido numa relação dialógica. Da mesma forma, qualquer artefato só se transforma em testemu-

nho quando apresentado/reconhecido como tal. Se não comunicam nada e não são reconhecidos pela população, documentos, práticas e ideias perdem seu caráter de patrimônio, de herança cultural a ser preservada, investigada e transformada.

Assim, é justamente a preocupação com esse reconhecimento e com a disponibilização do patrimônio científico depositado no vasto acervo da Santa Casa de Caridade de Diamantina, que mobilizou a execução de um projeto visando promover a preservação e a difusão da memória e do potencial científico que caracteriza tal acervo. Vale acrescentar que o campo de pesquisas referente à história da saúde, e das instituições hospitalares em particular, tem conhecido uma grande expansão, mesmo diante da carência de acervos adequadamente tratados e disponibilizados.

É importante salientar que qualquer produção que estejam dispostas a enriquecer e alimentar reflexões sobre a história da saúde e das instituições que se ocuparam em promovê-la no Brasil, é de extrema relevância. E grande parte dessa história encontra-se em arquivos ainda não explorados das Santas Casas e instituições que foram responsáveis pela promoção da saúde por um longo período na história brasileira, até que esse papel fosse assumido pelo Estado nos anos de 1930. Estas lacunas podem ser preenchidas à medida que os acervos a forem sendo estudados e disponibilizados para a pesquisa.

Na história da saúde "institucionalizada" no Brasil, em primeiro plano se destacam as Irmandade da Misericórdia, Ordens Terceiras e as suas Santas Casas. Contudo, é preciso destacar que o contexto histórico de formação dessas instituições revela que, inicialmente, seu engajamento voltava-se para ações assistenciais e não

constituiu uma perspectiva focada na saúde, mas sim, amplamente ligada à caridade religiosa. Como afirma Khoury, o modo como as Misericórdias foram instaladas e geridas no período colonial, diz muito a respeito das formas de organização política do governo português e das relações por meio das quais esse processo colonizador foi sendo gestado. Constituídas de maneiras articulada à criação das primeiras cidades coloniais, como São Vicente, Salvador e São Sebastião, serviram como suportes da administração da Coroa distante (KHOURY, 2005: 49).

Muitas Santas Casas de Misericórdia foram criadas em momentos críticos, quando ocorriam epidemias que assolavam algumas regiões brasileiras e tornavam indispensável a criação de um hospital. Por isso, em seu processo de formação, essas instituições contaram com empenho de sacerdotes, médicos e outros atores sociais. Mesmo sua manutenção e continuidade só foi possível devido ao empenho de elites locais, isto é, os setores mais abastados de cada localidade, por meio de doações, de algum reforço dos governos locais, estaduais ou federal (FRANCO, 2014). Em geral, como aponta Khoury, a maioria das Misericórdias nem sempre dispunha dos recursos necessários para o seu bom funcionamento. Algumas viram-se obrigadas a fechar por um certo período, sendo reabertas, muitas vezes, pelo esforço da própria comunidade local.

Khoury chama atenção que, pela dificuldade em mantê-las, essas instituições, em períodos mais recentes, firmaram convênios com instituições públicas e privadas, cujos registros trazem indícios de políticas públicas e práticas empresariais, que merecem, igualmente, ser estudadas. Nesse sentido, corroborando com a autora,

essas instituições oferecem pistas para reflexões sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, e sobre convênios médicos que proliferam na atualidade (KHOURY, 2005: 55).

Santa Casa de Caridade de Diamantina

O processo de colonização do norte mineiro coincide com a própria colonização de Minas Gerais. Iniciou-se juntamente com o ciclo do ouro, em fins do século XVII, e consolidou-se no século XVIII, com a descoberta dos diamantes. Nesse cenário, o antigo Arraial do Tejuco, local das principais minas de diamantes, atual cidade de Diamantina, despontou como centro político e econômico pela extensa região denominada Norte de Minas, que atualmente engloba regiões como Vale do Jequitinhonha, Norte de Minas e Mucuri (NASCIMENTO, 2009 & SERVILHA, 2015).

Entre os anos de 1830 e 1900, essa localidade situada na Serra do Espinhaço, região potencialmente abundante em recursos minerais e vegetais, assistiu a um rápido crescimento demográfico. No ano de 1832, a então Vila de Diamantina contava com cerca de 12.354 habitantes. Em 1856, cerca de 17.000 e, duas décadas depois, em 1872, com 19.910 habitantes. Chegando ao final do século XIX, em 1890, com 30.412 e no início do século XX, em 1900, com um total de 31.048 habitantes. Nas primeiras décadas do século XX, o então município de Diamantina foi apontada como um dos mais prósperos dos 178 municípios de Minas Gerais (SOUZA, 1993: 116).

Diante dessa dinâmica, cada vez mais elementos relaciona-

dos à saúde pública passaram a preocupar as autoridades médicas e políticas, sobretudo no que tange a proliferação de moléstias, inclusive as temidas epidemias. Os motes a serem solucionados perpassavam ainda: abastecimento de água, rede de esgoto, insalubridade urbana e os hábitos insalubres dos cidadãos. Exemplos das preocupações com esses aspectos foram: a fundação, em 1790, da Santa Casa de Caridade de Diamantina; posteriormente, em 1889, do Hospício dos Alienados; em 1901, do Hospital Nossa Senhora da Saúde; e, no mesmo ano, o Recolhimento do Pão de Santo Antônio. O surgimento destas instituições justificou-se não só pelo aumento populacional, mas ocorreu articulado aos contextos político e cultural pelos quais o país passava, com destaque para a busca por uma identidade que fosse moderna, preocupação acentuada, especialmente, a partir do contexto republicano iniciado em 1889. Além disso, a mudança na avaliação da salubridade esteve interseccionada pelo contato com paradigmas do campo das teorias médico-sanitárias da virada dos séculos XIX-XX, que abriam espaço para novas formas de abordar e entender o ambiente (SOUZA, 2020:31).

Nesse sentido, dentre as instituições relacionadas a saúde e cuidados da população local, a Santa Casa teve papel ativo no acolhimento e assistência a pessoas de toda a região. Embora as Santas Casas sejam mais conhecidas, na atualidade, por suas atividades hospitalares, seus objetivos e práticas foram muito mais amplos, voltados para o atendimento aos órfãos, às viúvas e mulheres desamparadas, aos velhos, aos presos, aos loucos, aos mendigos, aos mortos indigentes sem possibilidade de enterramento e à assistência espiritual de todos. O hospício da Diamantina que funcionou sob os auspícios da SCDD, entre 1889 a 1906, é um importante exemplo. Sobre

essa conjuntura, é preciso considerar ainda como parte da dinâmica que visava atender a saúde da população, outros agentes das artes de curar, como práticos populares que extrapolavam o cânone do saber médico oficial. Em Diamantina, por exemplo, observamos a existência de curandeiros, benzedores perpetuando saberes que se constituíam como herança do contato estreito entre brancos, indígenas e negros naquele espaço (CARVALHO & SOUZA, 2021).

A Santa Casa de Diamantina, criada em 1790, tem a mesma denominação até os dias atuais (GONÇALVES, 2015:13). Com caráter filantrópico, sem fins lucrativos, a instituição recebe atualmente aproximadamente 95% de recursos provenientes do Sistema Único de Saúde. Os seus arquivos guardam uma enorme quantidade de livros e relatórios administrativos que datam desde sua fundação. No entanto, muitos desses arquivos ainda não estão em condições de serem disponibilizados aos pesquisadores para consulta. Fato que dificulta as pesquisas que visam compreender aspectos da história da saúde, das doenças e das instituições, com seus elementos constitutivos, atores, espaços institucionais e espaços de representação.

Durante o projeto "História e Cultura Hospitalar: Preservação e Difusão do Acervo da Santa Casa de Caridade de Diamantina-MG", desenvolvido entre 2016 e 2017, procedeu-se um processo de digitalização do acervo da Santa Casa de Caridade de Diamantina-MG. A realização desse projeto contava, entre seus objetivos, com o de contribuir para divulgação da memória e cultura hospitalar no Brasil, assim, foram identificados e digitalizados no acervo institucional diversos materiais com importante potencial para serem utilizados como fontes de pesquisa histórica. No qua-

dro 1, apresentam-se os documentos arrolados, foram considerados aqueles em bom estado de conservação, com poucas rasuras e mais íntegros frente ao efeito do tempo e da exposição a luz, a umidade e a microrganismos e insetos, bem como do manuseio humano sem devida técnica.

QUADRO 1*: Relação do material digitalizado no acervo da SCCD, 2016-2017.*

Nome do Livro	Período	Descrição	Estado de Conservação	Páginas
Amigos	**1951 a 1972.**	**Mensagens enviadas a administração da SCCD.**	**Bom**	**20**
Anotações Diversas	**-**	**Anotações diversas sobre a cidade de Diamantina e reprodução de alguns artigos de jornais locais.**	**Bom**	**17**
Anotações Diversas	**-**	**Anotações diversas sobre a cidade de Diamantina e reprodução de alguns artigos de jornais locais.**	**Bom**	**45**
Atas da SCCD	**1951 a 1965.**	**Atas com registros das reuniões administrativas.**	**Bom**	**305**

Atas da SCCD	**1965 a 1990.**	**Atas com registros das reuniões administrativas.**	**Bom**	**400**
Atas da SCCD	**1902 a 1950**	**Atas com registros das reuniões administrativas.**	**Ruim**	**333**
Autoridades	**1928**	**Registro das impressões dos visitantes sobre a instituição.**	**Bom**	**36**
Finanças	**Agosto 1904 a julho de 1939.**		**Bom**	**216**
Receitas e despesas	**Abril de 1900 a julho de 1908.**	**Relação de receita e despesas da instituição.**	**Ruim**	**64**
Receitas e despesas	**Janeiro de 1897 a novembro de 1904**	**Relação de receita e despesas da instituição.**	**Ruim**	**160**
Registro de pacientes	**Agosto de 1900 a abril de 1909.**	**Pacientes, moléstia, alta, óbitos.**	**Ruim**	**232**

Registro de pacientes	**Março de 1909 a abril de 1933.**	**Pacientes, moléstia, alta, óbitos.**	**Ruim**	**586**
Registro de pacientes	**Janeiro de 1950 a março de 1953.**	**Pacientes, moléstia, alta, óbitos.**	**Bom**	**75**
Registro de Pacientes	**Março de 1949 a abril de 1953.**	**Pacientes, moléstia, alta, óbitos.**	**Bom**	**57**
Reuniões da mesa administrativa e as assembleias da SCCD	**janeiro de 1934 a dezembro de 1983**	**Relação dos participantes nas reuniões administrativas.**	**Bom**	**165**
Relatório Geral	**1975**	**Relatório geral sobre leitos ocupados e vagos, materiais utilizados na instituição.**	**Ruim**	**197**
Pensão	**1977-1977**	**-**	**Ruim**	**105**

FONTE: Arquivo Santa Casa de Caridade de Diamantina, 2017.

Esse mote documental compreende diversos períodos dos mais de dois séculos de existência da Santa Casa de Misericórdia. Em geral, a documentação preserva registros históricos sobre a cidade, detalhes de reuniões administrativas, recortes de jornais locais e re-

gistros, não apenas dos diagnósticos e causas de óbitos, mas também acerca das doações e dívidas da instituição. A disponibilização deste material ainda carece de recursos para que haja a devida organização e, posteriormente, publicização[4].

Todo o patrimônio documental da Santa Casa auxilia, também, na compreensão das dinâmicas econômicas da cidade de Diamantina, seus livros de receita e despesas, relatórios administrativos, a construção do teatro, as loterias promovidas pela casa, a população assistida, além dos donativos fornecidos por uma parcela da sociedade diamantinense. Elementos que, em conjunto, trazem importantes informações sobre Diamantina, sua população, a economia, status social. São documentos que permitem pensar a instituição para além de apenas um espaço de cura.

Como exemplo, destaca-se deste mote documental os quatro livros de entrada e saída de pacientes que remetem a importantes períodos da história regional. Com caráter descritivo, eles trazem informações sobre o quadro nosologico e social da cidade e região, indicando aspectos diversos. Além de trazerem um raio-x daqueles que passavam pela instituição: nome, filiação, idade, cor, estado, residência, saída e diagnóstico. Os dados apresentados nesses livros ajudam a compreender a incidência de epidemias e crises naquele espaço. Um exemplo refere-se ao episódio epidêmico de 1918. A região da Serra do Espinhaço historicamente associada a uma localidade salubre, de bons ares e clima, não esteve ilesa do avanço de moléstias e epidemias que, no século XX, incidiram sobre diversas

4 Nossa intenção é organizar um site ou disponibilizar um drive onde pesquisadores possam ter acesso aos mesmos. No entanto, temos disponibilizado através de link no Google Drive, para os pesquisadores interessados.

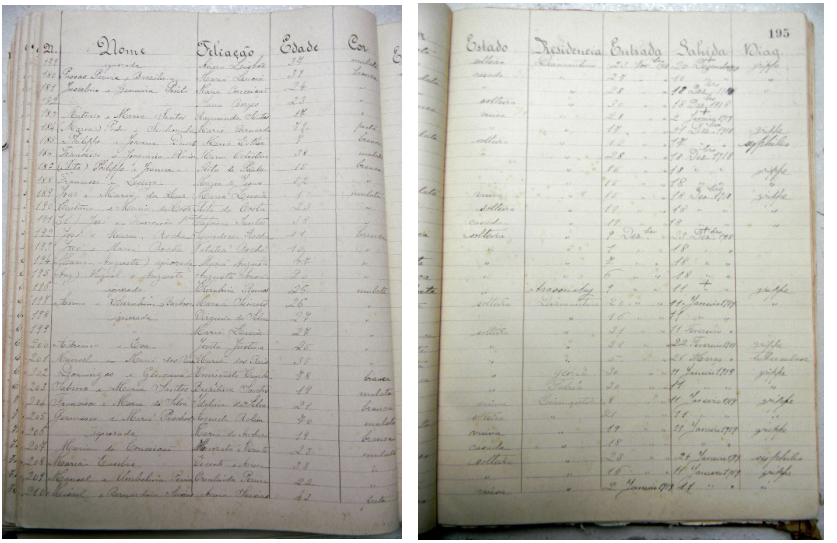
regiões brasileiras. Em 1918, a epidemia de gripe - conhecida como gripe espanhola, alcançou a cidade de Diamantina situada na referida serra. O avanço da doença foi favorecido pela inauguração do ramal ferroviário da Estrada de Ferro Vitória a Minas, em 1914.

Na ocasião dessa epidemia, a Santa Casa de Diamantina firmou acordos com a câmara municipal e contou com apoio financeiro do arcebispado de Diamantina para providenciar uma série de medidas para seu enfrentamento. O diretor da SCCD de Diamantina, o médico Antônio Mota, declarou no jornal local *Pão de Santo Antônio*, que a instituição estava preparada para tratar de 300 gripados e, portanto, devidamente aparelhada para enfrentar, com vantagem, a situação. Embora no discurso publicado no jornal, o diretor apresentasse uma narrativa positiva sobre a atuação da instituição, afirmando que a mortalidade por conta da epidemia seria baixa, ele também responsabilizava os próprios enfermos pelo acometimento da doença, ao afirmar que "o pequeno coeficiente de mortalidade seria ainda menor se considerasse que as pessoas só procurariam o abrigo hospitalar quando já estavam bastante debilitadas" (*A Santa Casa*, Pão de Santo Antonio [Diamantina], 08 de dezembro, 1918:3).

Consultado os dados disponíveis nos livros de entradas e saídas da SCCD, entre os meses de novembro de 1918 e fevereiro de 1919, observamos que foi registrado um total de 77 pacientes, dos quais 47 foram diagnosticados com gripe. Pelos dados de entradas e saídas verificamos ainda que dos indivíduos diagnosticados com a gripe a maioria era de negros ou pardos, todos do sexo masculino. Dentre esses o livro registra apenas apenas três mortes. O caráter familiar da gripe dificultava o diagnóstico pre-

ciso em relação a epidemia que incidiu no período. Assim, nos registros da SCCD as causas para adoecimento foram identificadas como: gripe intestinal, brônquio-pneumonia-gripal, influenza, gripe cardíaca, moléstia desconhecida e gripe com complicações. A seguir imagens do livro de entradas e saídas no período referente a convalescência da doença na cidade:

FIGURA 1: ***Registro de Pacientes, 1918.***



FONTE: Arquivo Santa Casa de Caridade de Diamantina, 2017.

Ao consultar os registros da SCCD durante o período da epidemia de gripe espanhola, fica evidente que a maior parte dos indivíduos acometidos pela doença residia na sede da cidade, em Diamantina. Os restantes dos enfermos eram de outros distritos do município: como Guinda, São João, Rio Manso, Santo Hipólito e Inhaí, também de municípios vizinhos como Curvelo e seu

distrito de Curralinho, e até mesmo de Montes Claros, com o distrito de Grão Mogol.

O exemplo acerca das informações que a documentação da SCCD traz sobre a gripe espanhola serve para dimensionar o potencial dessas fontes. Em suma, tratam-se de documentos que possuem relevância histórica, indicam a diversidade de registros e testemunhos que podem contribuir para potencializar as pesquisas sobre os caminhos da medicina e das iniciativas de promoção da saúde no Brasil. Nesse sentido, reitera-se a necessidade de que sejam criados um conjunto de dispositivos que assegurem a salvaguarda e o acesso deste mote documental, que também tem relevância do ponto de vista da preservação da história e da memória da cidade de Diamantina.

REFERÊNCIAS

FIGUEIREDO, Gabriel R. **Caridade, Ciência e Caridade do Hospício de Alienados e Reforma Psiquiátrica no Brasil**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, 1996.

FRANCO, Renato Júnio. O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa. **Estudos Históricos (Rio de Janeiro)**, v. 27, p. 5-25, 2014.

FONSECA, Maria Rachel Fróes da. Fontes para a história das ciências da saúde no Brasil (1808-1930). **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, p. 275-288, 2002.

GONÇALVES, Aline Moreira; GOULART, Maria Stella Brandão. História das Santas Casas na Assistência à Saúde Mental mineira no século XIX. **Revista Tempos Gerais**, v. 4, n. 2, 2015.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; PIMENTA, Tania; HOCMAN, Gilberto (org.). **História da saúde no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 2018.

FILHO, Paulo Celso Prado Telles; JÚNIOR, Assis do Carmo Pereira; BERNARDINO, Cinthia Pereira. Documentação histórica da Santa Casa de Diamantina–MG: conteúdo e estado de conservação. **Rev Med Minas Gerais**, v. 24, n. 4, p. 535-541, 2014.

KHOURY, Yara Aun. Preservação da memória e as universidades os arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil. **Revista Cadernos do Ceom**, v. 18, n. 22, p. 41-62, 2005.

NASCIMENTO, Elaine Cordeiro. Vale do Jequitinhonha: Entre a carência social e a riqueza cultural. **Revista de artes e humanidades**, Nº4, Maio - Outubro de 2009.

MAGNANI, Maria Cláudia Almeida Orlando. **O hospício da Diamantina 1889-1906.** Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) –Casa de Oswaldo Cruz–FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

SERVILHA, Mateus de Morais. Vale do Jequitinhonha: a emergência de uma região. In: NOGUEIRA, M. D. P. [org]. **Vale do Jequitinhonha: Cultura e desenvolvimento**. UFMG/ PROEX, Belo Horizonte, 2012.

SOUZA, José Moreira de. **Cidade: momentos e processos. Serro e Diamantina na formação do Norte de Mineiro no século XIX**. São Paulo: Marco Zero, 1993.

PESQUISA EM HISTÓRIA DA SAÚDE E DAS DOENÇAS: O FUNDO DELEGACIA ESPECIAL DE POLÍCIA DE GOYAZ DO ARQUIVO DO MUSEU DAS BANDEIRAS

Rildo Bento de Souza[1]

O objetivo deste capítulo é apresentar possibilidades de pesquisa em História da Saúde e das Doenças no Fundo Delegacia Especial de Polícia de Goyaz, localizado no Arquivo do Museu das Bandeiras (MuBan) na Cidade de Goiás. O fundo abrange o período de 1924 a 1951 e possui 694 documentos; destes, 689 dizem respeito às décadas de 1930 e 1940. Ao esmiuçar essa documentação, relacionei 148 documentos que contemplam, de alguma forma, seis temas relacionados ao assunto deste ensaio, quais sejam: alimentação; doenças, doentes e tratamentos; embriaguez e entorpecentes;

1 Doutor em História. Professor da Faculdade de Ciências Sociais e do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Goiás (UFG). E-mail: rildobento@gmail.com

loucura; salubridade da cadeia e saúde pública, o que corresponde a 21,33% do total.

Primeiramente, apresento a história da Casa de Câmara e Cadeia, prédio fundado no século XVIII, e que futuramente abrigaria o MuBan. Destaco a importância do seu arquivo e esquadrinho o Fundo Delegacia Especial de Polícia de Goyaz em relação ao seu período de abrangência, características, dentre outros. Posteriormente, aprofundo em cada um dos seis temas apresentando algumas fontes e as possibilidades de pesquisas que elas engendram. A proposta é instigar novos trabalhos e novas abordagens a partir dessa documentação desnudando novos personagens, novas histórias e novas formas de se pensar o passado de Goiás.

As reflexões deste ensaio seguem a linha de outros que venho publicando recentemente sobre o arquivo do MuBan (SOUZA, 2022; SOUZA, 2022a; SOUZA, TAVARES, 2022). Além de outros trabalhos sobre documentação em história da saúde e das doenças (MORAES, SOUZA, SOUZA, 2010; SOUZA, 2019; SOUZA, 2022b; FERREIRA, SOUZA, 2022).

O museu, o arquivo e o fundo

O MuBan foi instituído pelo Decreto-Lei nº 394/49, de 3 de dezembro de 1949, sendo, portanto, a primeira instituição museal da Cidade de Goiás e a segunda a ser criada no estado, apenas três anos depois do Museu Estadual Professor Zoroastro Artiaga, que se localiza em Goiânia. Também nessa data se iniciou o processo de

requalificação do prédio, que foi aberto ao público em 1954. Tombado pelo patrimônio histórico desde 1951, o prédio do MuBan data de 1766 e foi construído para abrigar a Casa de Câmara e Cadeia. Durante o período republicano, serviu apenas como cadeia pública e dividiu espaço, a partir de 1950, com o processo de constituição museal, liderado pelo então Departamento Histórico e Artístico Nacional (Dphan); "enquanto as atividades de pesquisa, reforma e adequação predial estavam sendo realizadas, seis presos continuaram na Casa, quase o ano inteiro" (BULHÕES, 2017, p. 152).

Figura 1 – Museu das Bandeiras



Fonte: Suzi Rodrigues, 2021.

A construção do edifício ocorreu no processo de colonização portuguesa no interior o Brasil a partir do descobrimento de veios auríferos. Em 1722, uma bandeira – de onde vem a péssima inspiração para o nome da instituição – encontrou jazidas de ouro nos arredores da Serra Dourada. Em 1729, foi fundado o Arraial de Santana, às margens do Rio Vermelho; em 1736, o pequeno núcleo urbano foi elevado à categoria de vila com nome de Vila Boa de Goyaz, que viria a ser a capital da Capitania, da Província e do Estado, até 1937, quando perdeu o título para a recém-construída Goiânia. Em relação à capitania, ela esteve atrelada à de São Paulo até 1748, tornando-se autônoma com o nome de Capitania dos Guayazes. A partir desse momento, foi necessário dotar a capital de condições mínimas como uma casa de fundição, criada em 1750, o Palácio do Governo de 1751 e, o mais importante, e que representava o símbolo máximo na colonização portuguesa: uma Casa de Câmara e Cadeia que, juntamente com "as igrejas, figuram no primeiro plano do quadro das nossas vilas e cidades, nos primeiros quatrocentos anos de vida do país" (BARRETO, 1997, p. 365).

A inauguração da Casa de Câmara e Cadeia ocorreu em 1766, durante o governo de João Manuel de Melo, e teve o seu projeto arquitetônico concebido em Portugal. Situado no largo do Chafariz, na parte alta da cidade, onde outrora dividia espaço com o pelourinho, foi "o único edifício institucional da cidade construído para um fim específico, pois os demais foram adaptações menos ou mais felizes de edificações residenciais – modificações, acoplagens, espichados, etc." (LIMA, 2017, p. 78). Com isso, sua arquitetura permitiu uma "teatralização do poder", pois na "parte superior, a madeira; na inferior, a pedra; em cima, os grandes vãos das portas-

-sacadas; em baixo, o gradeamento das janelas de dimensões não tão amplas. Na Câmara e sala de júri, as sobrevergas trabalhadas; nas celas, a lisura e a aridez da pedra e cal" (COELHO, 2013, p. 119).

> Analisando a fachada frontal, percebemos claramente o acesso do edifício por uma pequena escadaria de pedra que conduz à porta central de sobreverga reta – estilema que se repete nas demais aberturas da edificação. Ainda no pavimento inferior estão as janelas gradeadas das antigas enxovias, revestidas internamente com pranchões de madeira, visando dificultar a fuga dos presos que por ventura poderiam se aventurar a cavar as grossas paredes de taipa de pilão. No pavimento superior eram realizadas reuniões e audiências e ali ficavam a câmara e o corpo judiciário. O segundo pavimento apresenta janelas de balcão entaladas com fechamento em folhas cegas de madeira, voltadas para as fachadas frontal e lateral. O acesso ao pavimento superior se dá por uma suntuosa escada de madeira guarnecida por guarda corpo de balaústres torneados. O acesso dos presos às enxovias se dava via alçapões no pavimento superior, com escadas retráteis – elemento que podemos observar em uma visita ao edifício, que desde a década de 1950 abriga o Museu das Bandeiras (MOURA, 2018, p. 218).

O MuBan, atualmente, encontra-se sob a responsabilidade do Instituto Brasileiro de Museus (Ibram), do Ministério da Cultura. E, para além da parte expográfica, a instituição possui um arquivo com uma das mais "importantes fontes de documentação sobre a administração pública da Região Centro-Oeste nos períodos

colonial e imperial. O acervo referente ao período republicano (...) é também de uma riqueza excepcional" (MONTIEL, 1977, p. 14). Com base na Figura 1, o arquivo localiza-se na parte superior esquerda do prédio, dividindo espaço com a administração, reserva técnica e salas expositivas. O andar de baixo é todo dedicado à exposição. Ou seja, o arquivo do MuBan contempla desde o século XVIII até o início da segunda metade do século XX, o que o torna um dos mais ricos acervos do estado.

> O acervo do Museu das Bandeiras compõe-se de, no mínimo, onze fundos de arquivo, ou fragmentos de fundos, provenientes: da Delegacia fiscal do Tesouro Nacional, do Ministério da Fazenda da Província de Goiás, do Ministério da Guerra da Província de Goiás, da Casa de Câmara e Cadeia, da Delegacia de Polícia, da Justiça Eleitoral, de fundos privados de famílias (não foi possível saber quantas), do Senado da Província de Goiás, da Junta da Real Fazenda, do Liceu de Goiás e Hospital de Caridade Pedro de Alcântara. Esse acervo possui um inestimável valor para a pesquisa, contendo documentos que datam de 1735 a 1954 (MONTIEL, 1977, p. 14).

Atualmente, o arquivo do MuBan possui 25,72 metros lineares de documentação referente ao período colonial, 177,82 metros lineares sobre o período imperial e 110 metros lineares sobre o período republicano (NEPOMUCENO; BOITA, 2020, p. 7). Ou seja, o arquivo do MuBan é um lócus privilegiado para o historiador; e os arquivos, por sua vez, "não são coleções artificiais adquiridas,

arranjadas e descritas inicialmente por tema, local ou tempo, e sim em uma relação contextual, orgânica e natural com sua entidade produtora e com os atos de sua produção" (COOK, 2017, p. 9).

Dentre essa rica e importante documentação, debrucei-me sobre o Fundo Delegacia Especial de Polícia de Goyaz, que abrange o período entre 1924 e 1951. Esses documentos encontravam-se em três caixas, organizados por temas em envelopes pela servidora da instituição, Milena Bastos Tavares. Obedecendo a essa organização feita, digitalizei todos os documentos com o auxílio da museóloga Me. Michele Ferreira Martins, de forma a permitir que os futuros pesquisadores pudessem lê-los sem a necessidade de manuseá-los fisicamente. Isso ocorreu entre março e maio de 2021. Embora já tenha tido outras experiências em arquivos,[2] a riqueza da documentação desse fundo me surpreendeu.

Ao final, foram digitalizadas 2.383 páginas de documentos, compreendendo o período de 1924 a 1951. Ou seja, envolviam as duas décadas posteriores à Revolução de 1930, um período que contempla a tomada do poder por um novo grupo político – em Goiás, liderado por Pedro Ludovico Teixeira e, nacionalmente, por Getúlio Vargas –, a perda do *status* de capital para Goiânia, o período do Estado Novo (1937-1945)[3] e sua intensa repressão aos *excessos*

2 Em 2009, pesquisei no arquivo do Asilo São Vicente de Paulo na Cidade de Goiás durante seis meses. Digitalizei quase 10 mil documentos. Boa parte foi sistematizada e deu origem à minha dissertação de mestrado defendida em 2010 e publicada em 2014: Souza, Rildo Bento de Souza. Pobreza, doenças e caridade em Goiás: uma análise do Asilo São Vicente de Paulo (1909-1935). Jundiaí-SP: Paco Editorial. 2014.

3 Regime ditatorial civil liderado por Getúlio Vargas, "garantido pelas forças armadas, em que as manifestações políticas eram proibidas, o governo legislava por decreto, a censura controlava a imprensa, os cárceres se enchiam de inimigos do regime". Ou seja, o Estado Novo "não queria saber de povo nas ruas". Era um "regime autoritário, não totalitário ao estilo do fascismo, do nazismo, ou do comunismo" e encontra-se "mais próximo do salazarismo português, que misturava repressão com paternalismo, sem buscar interferir exageradamente na vida privada das pessoas" (CARVALHO,

políticos, sociais e culturais, com perseguições a prostitutas, loucos, comunistas, políticos oposicionistas, alemães, italianos, japoneses, até a retomada democrática com o Governo Dutra. E nas 2.383 páginas digitalizadas, 694 documentos[4] foram encontrados; destes, apenas cinco dizem respeito às décadas de 1920 e 1950, ou seja, a grande maioria pertence às décadas de 1930 e 1940.

Para além dos documentos relacionados ao cotidiano da delegacia, como prisões, solicitações de *habeas corpus*, material de trabalho e móveis, problemas relacionados à cadeia, ao fornecimento de energia elétrica, aos conflitos entre policiais e prisioneiros(as), à violência policial, aos menores, aos jogos, à perseguição a aos estrangeiros (principalmente italianos, japoneses e alemães), a munições, aos ciganos, dentre outros assuntos relevantes, há, nos documentos, também, temas muito interessantes para o estudo da história da saúde e das doenças.

Dentre os 694 documentos do Fundo Delegacia Especial de Polícia de Goyaz, 148 dizem respeito, de alguma forma, a seis temas relacionados à história da saúde e das doenças, o que corresponde a 21,33% do total. Os temas são os seguintes: alimentação; doenças, doentes e tratamentos; embriaguez e entorpecentes; loucura; salubridade da cadeia e saúde pública, conforme a Tabela 1:

2006, p. 109).

4 Como documento, considero todas as suas partes; ou seja, o documento que referenciarei é, por exemplo, um processo, que, por sua vez, pode ter várias páginas, bem como os relatórios, livros de ata, dentre outros.

Tabela 1 – Temas em História da Saúde e das Doenças

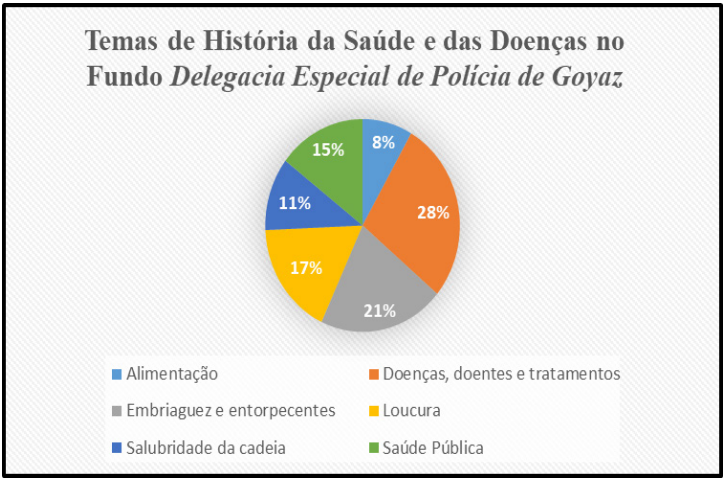
Temas	Quantidade
Alimentação	**12**
Doenças, doentes e tratamentos	**40**
Embriaguez e entorpecentes	**30**
Loucura	**25**
Salubridade da cadeia	**16**
Saúde Pública	**21**
Total	**144**

Fonte: elaborada pelo autor com base no Fundo Delegacia Especial de Polícia de Goyas.

Há entre os dados que eu informei no parágrafo anterior e o total apresentado na Tabela 1 a ausência de quatro documentos. Esses, por sua vez, são quatro Livros de Registros de Detenção Correcional. O primeiro livro contempla o período de 3 de julho de 1942 a 23 de novembro de 1942; o segundo, de 30 de novembro de 1942 a 30 de janeiro de 1943; o terceiro, de 24 de janeiro de 1948 a 8 de maio de 1948; e, por fim, o quarto, de 17 de maio de 1948 a 10 de dezembro de 1948. Cada livro possui 50 folhas e traz um questionário impresso com dados que foram preenchidos à mão. Esses dados versam sobre o motivo da detenção, a data, o horário e o local em que crime ocorreu, nome do detido, sua filiação, idade, data de nascimento, estado civil, sexo, nacionalidade, naturalidade, profissão, religião, instrução, conduta, cor, altura, se tem filhos, onde reside, quando foi posto em liberdade, se pagou a carceragem, se foi solto mediante *habeas corpus*, dentre outros. Porém, para o que nos interessa aqui neste artigo, eu foco em dois itens da ficha que pergunta se o detento "dá-se ao vício da embriaguez?" e se "alimentou-se por conta do Estado ou do município?". No local

das observações, por sua vez, nota-se algumas questões que também podem nos ajudar tais como: se havia uma doença e outras particularidades. Por isso, tais documentos, que dizem respeito a, no mínimo, três temas que elencamos, embriaguez e entorpecentes, alimentação, e doenças, doentes e tratamentos, não foram arrolados na divisão e nem serão contemplados na análise desses temas. Assim, se esses quatro documentos forem somados ao total da tabela chegamos aos 148 documentos.

Figura 2 – Temas de História da Saúde e das Doenças



Fonte: elaborada pelo autor com base no Fundo Delegacia Especial de Polícia de Goyaz.

Na Figura 2, temos a divisão dos temas a partir da porcentagem que cada um representa do total, que permite uma melhor visualização da recorrência de determinado tema na documentação do fundo. Nos próximos tópicos, pretendo, para além de apresentá-la, discutir algumas especificidades dessa documentação. Entre-

tanto, devo ressaltar que o Fundo Delegacia Especial de Polícia de Goyaz não se refere apenas à cadeia, embora a maior parte da documentação diga respeito a ela. Por se tratar de uma documentação da delegacia, há um olhar interessante sobre a cidade do ponto de vista dessa instituição, seja pelas solicitações ao delegado, pelos inquéritos abertos, denúncias feitas, convites, pedidos dos presos, dentre outros; há, portanto, uma riqueza e uma variedade de temas e situações que, neste ensaio, tentarei entrelaçá-los pela linha da história da saúde e das doenças.

Alimentação

De acordo com o estudo de Sônia Magalhães (2014, p. 19), a "alimentação teve um papel determinante na ocorrência de doenças no Brasil, peculiarmente em Goiás". Nesse sentido, a alimentação é um interessante indício para se compreender a história da saúde e das doenças no passado. Os 12 documentos do fundo sobre o tema compreendem o período de 1935 a 1949 e versam sobre vários assuntos desde o fornecimento da alimentação dos presos, o que comiam, como funcionava a cozinha, até questões em que a Delegacia de Polícia arbitrava, como a Comissão do Tabelamento de Gêneros, que vigia durante o Estado Novo, e, até mesmo, questões particulares, como a que envolvia as freiras. Mas comecemos com um ofício, de 1º de novembro de 1937 encaminhado pelo delegado, Ariosto de Moraes Sarmento, para o secretário-geral do Estado, que versava sobre a alimentação dos presos:

> Havendo o Snr. Sebastião Mendes deixado de fornecer generos á Cadeia Publica desta Cidade, conforme sua carta annexa, em que expõe suas razões, tomei a deliberação, dado a necessidade de urgencia no caso, de vem que os presos não dispõem de recursos para sua manutenção, de contratar, particularmente, o fornecimento com o Snr. Floriano Sabino dos Passos, pelos preços da tabela do Estado, até que finde o presente periodo do contrato com o Snr. Sebastião Mendes e se espere por nova concorrência, no que solicito a aprovação de V. Excia.[5]

Infelizmente, não encontramos na documentação a carta anexa com os motivos do Sebastião para deixar de fornecer comida aos presos, mas podemos aventar a possibilidade dos baixos valores pagos. Há que se ressaltar que nesse período os presos que não conseguiam se manter eram sustentados ou pelo estado ou pelo município e cada um tinha uma tabela própria para pagar a alimentação. Como informamos anteriormente, tais informações eram registradas até mesmo no Livro de Registro de Detenção e também eram solicitadas ao delegado como aconteceu em 1936, quando o preso Laudelino Cassiano de Azevedo pediu que o delegado informasse por meio de um documento que ele era "miseravel e alimentado pelo Estado".[6] Entretanto, em 1945, já se observa uma mudança, pois o então delegado da Cidade de Goiás, Luiz Alves de Carvalho, em ofício enviado ao Secretário de Interior e Justiça, solicitou autorização para recolher na Penitenciária de Goiânia "quatro condenados sendo duas mu-

5 Museu das Bandeiras, doravante MUBAN. Fundo Delegacia Especial de Polícia de Goyaz, doravante FDEPG. Cx. 1. Env. 1. Doc. nº 14-14.

6 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 7. Doc. nº 11.

lheres virtude do município não sustentar sentenciados".[7] Ou seja, o munícipio só se responsabilizava pelo sustento dos réus que não tinham condições, mas uma vez sentenciados, isto é, condenados, a responsabilidade cabia ao estado.

A comida da cadeia também é tema de um interessante documento, de 1940, que mostra uma tabela com todos os alimentos que os presos recebiam diariamente, tais como: arroz, açúcar, carne, café, farinha, feijão, toucinho e sal.[8] Dois anos depois, em 1942, uma lista de fornecimentos feitos à cadeia pública contém a palavra "rações" para se referirem ao alimento dos presos; há também menções a peças de roupa lavada, cargas de lenha, creolina, sabão, telhas, vassouras, gasolina, dentre muitos outros itens.[9] Ademais, um ano depois, há um comunicado do delegado ao secretário-geral do Estado afirmando que a alimentação fornecida aos presos pobres da cadeia são de "ótimas qualidades", não havendo "nenhuma reclamação", usando esses argumentos para solicitar a prorrogação do contrato do fornecedor.[10] Não encontramos na documentação nenhuma evidência dos presos que justifique a afirmação do delegado.

Mas não só questões da cadeia passavam pela Delegacia de Polícia, em 1942, por exemplo, a "Comissão do Tabelamento de Gêneros, deste Municipio, hoje reunida, resolveu permitir a saída de oitenta sacos de arroz beneficiado (80), pertencentes ao Sr. Maximiano Mendes e vendidos ao Sr. Luiz Fernandes, de Anapolis".[11] Há que se ressaltar que durante a guerra o governo "intro-

7 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 2. Doc. nº 32.
8 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 5. Doc. nº 21, 22 e 23.
9 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 5. Doc. nº 24 a 27.
10 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 5. Doc. nº 28.
11 MUBAN. FDEPG. Cx. 1. Env. 11. Doc. nº 02.

duziu vários controles sobre o mercado", tais como "congelamento dos aluguéis, o tabelamento dos preços de produtos considerados essenciais, o racionamento de produtos escassos e a racionalização de setores essenciais, como os transportes" (CORSI, 2013, p. 365). Foram criadas comissões estaduais e municipais para garantir o tabelamento dos gêneros de primeira necessidade, controlando, dessa forma, o abastecimento do mercado. Portanto, quando a Comissão de Goiás autorizava a saída de oitenta sacos de arroz beneficiado para outra cidade, tal fato devia ser comunicado ao delegado.

Por fim, chamo a atenção para um interessante documento acerca da disputa envolvendo um bezerro. O caso aconteceu em 1949 na Chácara das Freiras Dominicanas, onde trabalhava José Moreira da Silva, que, com a autorização da Irmã Superiora, trocou três bois da propriedade por uma vaca leiteira com um indivíduo de nome Ogier de Oliveira Lobo. O problema aconteceu quando as irmãs descobriram que o bezerro da vaca não estava incluído no negócio devendo ser entregue ao Ogier assim que desmamasse, o que levou as irmãs a procurarem a polícia.[12] Infelizmente, a documentação não nos fornecesse o desfecho da história.

Doenças, doentes e tratamentos

Para o médico grego Hipócrates (460 a.C. – 377 a.C.), "a arte da medicina tem três fatores: a doença, o paciente e o médico. O médico é servo da arte. O paciente deve cooperar com o médico no combate à doença" (HIPOCRÁTES apud PORTER,

12 MUBAN. FDEPG. Cx. 1. Env. 27. Doc. nº 10.

2004, p. 11). Ao nomear este tópico, denominei de "Doenças, doentes e tratamentos"; não fiz menção a "médicos", porque eles ainda eram raros nesses sertões; na década de 1950, por exemplo, "dos 126 municípios de Goiás, 73 não dispunham de um único médico" (FREITAS, 2017, p. 231). No decorrer do século XIX e primeiras décadas do século XX, "seria prematuro entender a medicina em nível de ciência, nessa região. Conhecimentos empíricos e intuição acurada faziam parte do cotidiano do médico, contribuindo para um diagnóstico apropriado" (SALLES, 1999, p. 63).

Não obstante, foi no período em que abrange os 40 documentos deste tópico, de 1936 a 1949, que o campo da Saúde começou, de fato, a se profissionalizar, com a formação de indivíduos capacitados aqui no próprio estado – enfermeiros e farmacêuticos, por exemplo –, que se consolidou com a criação da Faculdade de Medicina em Goiânia em 1960 (FREITAS, 2017). Entretanto, foi somente no começo da década de 1930 que vários decretos federais foram instituídos visando normatizar e combater o charlatanismo nas profissões que orbitavam em torno da saúde. O delegado era sempre avisado e recebia cópia desses decretos e era instado a coibir qualquer tipo de prática considerada da alçada dos profissionais da saúde, como veremos adiante. Alguns casos, principalmente quando davam errado, iam parar na delegacia, como o que ocorreu em 1949, quando foi aberto um inquérito contra Tito Ferreira dos Santos acusado de charlatanismo médico, ao tentar curar a filha de Clementino do Nascimento que tinha uma ferida do nariz, aplicando várias injeções e levando a uma piora da menina. Ainda por cima cobrou muito dinheiro, que lhe foi pago em porcos.[13]

13 MUBAN. FDEPG. Cx. 1. Env. 3. Doc. nº 22.

Há, na documentação, assuntos que dizem respeito tanto ao cotidiano da cadeia como também aquele que acontecia fora desse espaço. Em relação ao tratamento dos presos um dos documentos mais interessantes é o livro de receitas dos presos do médico João Teixeira Álvares Júnior, irmão do também médico e político Pedro Ludovico Teixeira (ex-governador e construtor da nova capital Goiânia). No livro, ele cita o nome do preso e o receituário. Ao lado do nome dos medicamentos, aparece o carimbo da Farmácia do Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara. Há páginas que também se observa o visto do delegado.[14] Outro médico que aparece na documentação é Celso Herminio Teixeira, que solicita, ora ao delegado e ora a Diretoria-Geral da Segurança Pública, o pagamento dos atendimentos prestados aos presos.[15]

Outrossim, há nove documentos de 1937 a 1943 que versam sobre a questão do pagamento dos medicamentos fornecidos aos presos pela Farmácia do Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara. Em alguns casos, o delegado encaminhava a dívida ao diretor-geral de Segurança Pública,[16] outros em que a própria Junta Administrativa do Hospital cobrava a dívida,[17] e há também os recibos da importância paga pela medicação.[18]

Encontramos poucos documentos específicos sobre presos doentes, não levando em consideração o livro de receitas, por exemplo. Isso se explica porque poucos conseguiram romper os limites da

14 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 18. Livro de Receitas Médicas. Doc. nº XX.
15 MUBAN. FDEPG. Cx. 1. Env. 1. Doc. nº 32-35; 32-53.
16 MUBAN. FDEPG. Cx. 1. Env. 1. Doc. nº 14-26; 14-45.
17 MUBAN. FDEPG. Cx. 1. Env. 1. Doc. nº 32-40; 32-68. MUBAN. FDEPCG. Cx. 3. Env. 7. Doc. nº 2 a 5.
18 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 7. Doc. nº 1.

cadeia e chegaram até o delegado, ou ao juiz. Nesses poucos casos, sete ao todo, o mais comovente, sem dúvidas, é da presa parturiente Candida dos Santos, que ocorreu em 1946. A primeira menção ao caso é um ofício do juiz informando ao delegado que autorizou a internação da mesma no hospital, que, "sendo de caridade, não pode negar recebe-la para dar a luz".[19] O problema é que o hospital negou, por meio do médico João Perillo que respondeu ao delegado que a mesma não poderia ser internada por dois motivos: o primeiro era uma reforma que ocorria na instituição e o segundo era que "os religiosos do Hospital não aceitam mulher em estado adiantado de gestação pois esse serviço é contrario a ordem dos dominicanos".[20] Em vista disso, o delegado mandou enviar o comunicado para o juiz, que respondeu por despacho ordenando que a parturiente "fosse recolhida a uma casa idonea afim de dar a luz",[21] colocando fim a triste situação da detenta.

Dez anos antes, em 1936, outra triste história, um preso pobre, cujo nome não conseguimos ler, denunciou ao diretor-geral de Segurança Pública do Estado que foi "agredido a tamboretada pelo detento João Antonio dos Santos", ficando gravemente ferido, osso quebrado e quase cego. Aproveita para pedir receita médica e o aviamento desta para o tratamento.[22]

Ainda em 1936, um detento solicitou ao delegado para sair da enxovia e ir para o xadrez, um pouco mais confortável, usando problemas de saúde como justificativa. No documento, ele pediu ao

19 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 16. Doc. nº 13.
20 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 16. Doc. nº 14.
21 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 16. Doc. nº 15.
22 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 7. Doc. nº 38.

delegado para vê-lo e "candoer-se de minha triste situação, não fosse me achar doente atacado de orchatezento não veria pedir a V. S. mandar tirar-me da enxovia para o xadrez afim di que eu possa pelo meno melhorar."[23]

Em 1942, o preso sentenciado Jeronimo Antonio Cintra foi enviado a Goiânia para que fosse submetido a uma cirurgia na perna, já que na Cidade de Goiás não havia materiais para realizá-la. Jeronimo foi "vitima de uma desastre de arma de fogo (fusil Mauser) arma esta que foi disparada casualmente pelo soldado Manoel Martins da Cunha".[24] Noutra ocasião, o réu João Alves de Castro, em 1943, também foi enviado à capital "por se achar doente".[25] E, no mesmo ano, o detento João Luiz Gomes foi escoltado para Anápolis a fim de submeter a uma cirurgia.[26]

Por fim, o detento João Natal de Barros, em 1945, conseguiu do Juiz a autorização para se internar no Hospital de Caridade da Cidade de Goiás para tratar de sua saúde, "com poderes de receber visita de pessoas de sua familia e ter seu medico particular".[27] Dias após, o delegado mandou recolher novamente o detento à cadeia para que o mesmo fosse "examinado pelo medico desse presidio juntamente com o Dr. Astulio Ramos Caiado, dando, após, de tudo, ciencia a este Juizo".[28]

23 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 7. Doc. nº 18.
24 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 17. Doc. nº 06.
25 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 15. Doc. nº 22.
26 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 17. Doc. nº 05.
27 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 17. Doc. nº 03.
28 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 17. Doc. nº 02.

Embriaguez e entorpecentes

Todas as culturas humanas fizeram, em algum momento, "uso de substâncias psicoativas, seja por impulsos espirituais, religiosos, seja por puro prazer", porém, foi somente no século XIX que "as drogas e a alteração das consciências por ela causada se converteram num problema (...) e nisso inclui-se o policiamento em relação ao uso do álcool" (CAMARGO, 2012, p. 18-19). Não obstante, durante as primeiras décadas do século XX houve uma tentativa, por parte dos psiquiatras, de relacionar o alcoolismo com a manifestação da loucura[29] (SANTOS; VERANI, 2010). Não iremos nos enveredar por esse caminho, embora a documentação possibilite esse tipo de reflexão; fica aqui o convite para novos estudos. O que nos interessa é mostrar os problemas causados por indivíduos alcoolizados que passaram pela delegacia da Cidade de Goiás. Se nas décadas de 1930 e 1940 os psiquiatras tratavam o alcoolismo como uma doença social, ela só veio a ser considerada, de fato, uma doença e uma questão de saúde pública, em 1967, pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em 1936, houve uma denúncia de presos para o delegado a respeito do comportamento de certos policiais que muito fazem uso de "pinga", junto com alguns presos a quem tem por seus protegidos. O documento reitera várias vezes que a "pinga" circula facilmente na cadeia e entra no prédio pelos próprios presos que saem

29 "Embora não houvesse consenso quanto ao fato de ser o alcoolismo causa ou consequência das moléstias mentais, não havia divergências na afirmação de que o abuso da bebida alcoólica era capaz de produzir sintomas praticamente iguais aos manifestados nos alienados mentais. No entanto, em muitos casos de alcoolismo, os sintomas desapareciam dentro de um determinado tempo, com a suspensão do uso do álcool, sendo então qualificados como transitórios. Mas havia casos de alcoólatras em que as desordens psíquicas poderiam permanecer, causando grandes transtornos para a vida desses indivíduos" (SANTOS; VERANI, 2010, p. 402).

com a autorização dos policiais. Não houve resposta do delegado e sim do carcereiro, que disse ter estado ausente da cidade durante o suposto ocorrido.[30] Reiterando esse episódio, um caso curioso aconteceu em 1945 quando o delegado comunicou ao comandante do Contingente que prendeu um cabo e um soldado, pois o primeiro saiu com um preso "afim de tomar bebidas alcoólicas" e o segundo por ter se "afastado do destacamento sem a devida permissão e em completo estado de embriagues" em Mossâmedes.[31] Em 1937, o Comandante do Destacamento da Cidade de Goiás, Lindolfo Emiliano dos Passos, comunicou ao delegado a expulsão de um policial devido à sua "má conducta civil e militar agravado pelo seu inveterado estado de embriaguez, com prejuisos da collectividade e do serviço publico".[32] No mesmo ano, as muitas reclamações de perturbações da ordem pública, principalmente por estar "embriagado, junto a meretrizes", fez com que determinado cidadão perdesse o "attestado de bôa conducta expedido" pela Delegacia "para fins de inclusão na Polícia Militar do Estado".[33]

As prostituas eram alvo preferencial de denúncias, principalmente as que giravam em torno da perturbação da ordem pública, e grande parte da documentação refere-se a elas. Eram também as principais vítimas da violência, como no caso envolvendo um certo sargento que, em 1945, se encontrava na Cidade de Goiás, "em gôso de licença para tratamento de saúde" e que, "por motivo fútil", em um dos cafés – como também eram conhecidos os cabarés e prostíbulos – "da mais baixa reputação", "em estado de embriaguez,

30 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 7. Doc. nº 36.
31 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 9. Doc. nº 5.
32 MUBAN. FDEPG. Cx. 1. Env. 1. Doc. nº 32-42.
33 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 15. Doc. nº 7.

espancou públicamente uma meretriz". O delegado solicitou, então, ao secretário de Interior, Justiça e Segurança Pública a sua "retirada imediata" da cidade.[34] Ademais, eram as prostituas também as principais vítimas de denúncias, como a que cinco moradores da rua do Carmo fizeram ao delegado em 1946, contra a meretriz de nome Aurora "por estar constantemente embriagada e dizer por toda á rua nomes obcenos para o incerador de nome Luiz".[35] Por fim, 11 moradores da rua da Abadia, em 1948, solicitaram ao delegado a interdição de uma casa alugada que, de acordo com a denúncia, se tornou um "cabaret" com diversas prostitutas, "entre elas uma de nome Jandira, que permanentemente costuma exibir-se á janela em trajes menores quando não completamente despida. Que a dita mulher, embriagando-se constantemente produz escândalos com os seus apaixonados ocasionaes".[36]

As queixas à delegacia não eram somente contra as prostituas. Em 1936, por exemplo, o diretor regional do Departamento de Correios e Telégrafos solicitou ao delegado providenciar "a presença, diaria, de uma praça no edificio desta Directoria Regional, afim de se evitarem algazarras de menores desoccupados, como, tambem, o ingresso de loucos e bebados no recinto desta repartição".[37]

Embriagados que perambulavam nas ruas eram um problema sério e motivo até mesmo de prisão correcional, como foi o caso da doméstica Maria Eva, que em 1937 foi presa "por estar em estado de embriaguez e em trajes menores, proferindo palavras obscenas

34 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 14. Pasta "Meretrizes". Doc. nº 4.
35 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 14. Pasta "Meretrizes". Doc. nº 3.
36 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 14. Pasta "Meretrizes". Doc. nº 1 e 2.
37 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 10. Doc. nº 16.

contra ás famílias, suas visinhas obrigando nas manterem-se de portas e janellas fechadas para se livrarem dos apoudos atirados contra ellas".[38] A embriaguez causava também outros tipos de problemas naquela sociedade onde o automóvel ainda fazia a sua entrada. Em 1943, por exemplo, um motorista embriagado atropelou Nestor Pinto Barroso que, felizmente, sofreu leves escoriações. Mas resultou num inquérito. [39]

Em relação aos entorpecentes eles aparecem na documentação a partir de 1940 quando o delegado pediu ao chefe de polícia do estado de Goiás, Galeno Paranhos, para expedir ordens para a captura de dois homens, pai e filho. O primeiro evadiu da cadeia com a ajuda do segundo, que é um soldado-desertor. De acordo com o documento, eles viviam nas fazendas União, Uvá e Thesouras, no município da Cidade de Goiás, "onde é bastante conhecido, pois, é vendedor de Drogas preparadas".[40] Outro registro ocorreu em 1946 quando o secretário de estado, Paulo F. da Silva e Souza, solicitou ao delegado da Cidade de Goiás, "levantamento – estritamente reservado e confidencial – contendo nome, nacionalidade, idade, estado civil e profissão de todos os indivíduos de um e outro sexo, residentes nesse município, que sejam viciados no uso de entorpecentes, como cocaína, morfina e outros".[41]

38 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 16. Doc. nº 2.
39 MUBAN. FDEPG. Cx. 1. Env. 27. Doc. nº 8.
40 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Envelope 11. Documento nº 8.
41 MUBAN. FDEPG. Cx. 1. Env. 21. Doc. nº 3.

Loucura

O problema da loucura na Cidade de Goiás perpassou todo o século XIX, como demonstra Danilo Rabelo (2010) no seu amplo estudo sobre a normatização dos comportamentos da população vilaboense por meio da imposição de um discurso jurídico, sanitário, religioso e médico. Mas não era um problema restrito a esses sertões. Data de 1852 a primeira instituição para alienados do Brasil, o Hospício Pedro II, localizado no Rio de Janeiro. Três anos depois, a Junta Administrativa do Hospital São Pedro de Alcântara, da Cidade de Goiás, "observava a possibilidade de enviar uma remessa de dementes para esse hospício" (MAGALHÃES, 2014, p. 126).

Em sua mensagem anual, de 1914, apresentada ao Congresso Legislativo do Estado de Goyaz, o então presidente do Estado, que corresponde ao cargo de governador, Olegário da Silveira Pinto, ao elencar os vários problemas e as realizações do seu governo, afirmou no tópico sobre a polícia, que "nesta Capital não existe um estabelecimento onde possam ser internados os loucos. Como sabeis, esses infelizes são recolhidos á cadeia". Mais adiante ainda sugeriu que o "Estado bem poderia entrar em accordo com a Directoria do Azylo de S. Vicente de Paula para ahi serem internados os loucos em pavilhões construídos para esse fim" (MENSAGEM..., 2004, p. 89-90). O Asilo São Vicente de Paulo, instituição inaugurada em 1909 na Cidade de Goiás, construída pela Sociedade São Vicente de Paulo, tinha por objetivo abrigar os pobres, doentes e desvalidos que não tinham condições de se manterem. A gerência interna estava

a cargo das Irmãs Dominicanas, que vieram diretamente da França para essa função. De acordo com o estudo de Rildo Bento de Souza (2014), o asilo não era exclusivamente para loucos; a instituição possuía uma heterogeneidade muito grande, seja em relação à idade, podendo variar de 6 meses a 115 anos, e doenças, desde loucos, sifilíticos, paraplégicos, asmáticos, reumáticos, leprosos, dentre outros.

O asilo e a cadeia representavam, durante as primeiras décadas do século XX, os dois lugares para se encarcerar a loucura na capital de Goiás. Um mantinha o discurso caritativo, enquanto o outro o discurso do poder. Enquanto um acariciava, o outro oprimia, mas no fim das contas, ambos encarceravam. E trabalhavam nos bastidores em comum acordo. Havia uma constante troca de comunicados entre o asilo e a delegacia; internos do asilo que não se comportavam bem eram mandados diretamente para a cadeia, quando muito passavam antes pelo Hospital; presos loucos com bom comportamento eram enviados ao asilo, pressupomos que como recompensa. Era uma relação muito próxima e que ainda necessita de trabalhos mais aprofundados.

Embora admitisse um número grande de pessoas diagnosticadas com doenças mentais e contagiosas, as Irmãs Dominicanas solicitaram, em 1935, à Junta Administrativa do Asilo a proibição da internação de leprosos e de loucos (SOUZA, 2014, p. 130). Parece que o pedido não surtiu muito efeito, já que em 1937 o delegado pediu ao presidente da Junta Administrativa do Asilo que recebesse "Leonia de Souza Vellasco, mentecapta que não tem pessôas que possam trata-la convenientemente", uma vez que se encontrava na Cadeia Pública. Ademais, a "mentecapta nada mais é que manía-

ca, capaz de prestar algum serviço ao Azilo, em troca dos benefícios que alli receber. Justo não e que esteja reclusa a uma Cadeia, logar de criminosos, o que, em absoluto, não é".[42] O pedido foi aceito pelo asilo.

Para quem quer trabalhar com a história da loucura usando a documentação do fundo, sugiro começar pela relação nominal dos presos de 1944, com sentença e observação particulares; são nessas em específico que se encontram descrições como "Débil Mental".[43] E já que estamos na cadeia, em 1936, o delegado informou ao Comandante do Destacamento que dois cabos e dois soldados foram feridos "victimas da ira do louco Tertuliano Francisco de Assis que empunhando um revolver, retirado da cinta do cabo Castello, sem a sua percepção, provocou tal scena de sangue". Ademais, "tendo, mesmo, sido baldados os esforços empregados pelos demais soldados que constituíam a guarda, no sentido de evitar aquelle acontecimento". Ao final, diz que tomará providências para que o tratamento dos feridos seja custeado pelo Estado.[44]

Mas os que viviam na cidade e nos arredores podiam ser denunciados ao delegado, como o caso que aconteceu em 1936, por exemplo, quando o fazendeiro Lindolpho Vellasco solicitou ao delegado que Benedicta de Souza, considerada louca, fosse "detida de vêz na Cadeia", pois mesmo já tendo sido diversas vezes recolhida a Cadeia Pública, "acontece, porem, que ao ser ella posta em liberdade, dirige-se imediatamente á minha fazenda que dista daqui apenas 3 leguas, onde tem me proporcionado grandes prejuizos, destruindo

42 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 9. Doc. nº 4.
43 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 19. Pasta Diversos 1. Doc. nº 10.
44 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 9. Doc. nº 2.

tudo quanto encontra, acrescendo a isto, o perigo de matar qualquer pessoa conforme já tem sido tentado pela mesma".[45] Casos de violência envolvendo pessoas com problemas mentais foram relatados também em 1942, quando houve a abertura de inquérito para averiguar a morte de um homem por "um meio tarado", "bobo", com uma machadada por causa "de cantigas" em um mutirão no distrito de Mossâmedes.[46]

Em 1937, o delegado comunicou ao diretor-geral da Segurança Pública o estado da cadeia após os estragos feitos por dois dementes:

> Estando a Cadeia Publica desta Cidade em estado deploravel, dada a estragos feitos pelos dois dementes a ella reclusos, o que constitue eminencia de fuga, necessitando tambem do asseio em geral e concerto no telhado, que apresenta diversas goteiras, solicito a V. Excia. sejam procedidos com a maxima urgencia esses reparos extremamente regidos.[47]

A agressividade e a violência por parte de pessoas com doenças mentais são perfeitamente compreensíveis, principalmente não estando em tratamento e em um ambiente violento e repressivo, porém a violência por parte da polícia em relação a essas pessoas é inaceitável. E já o era em 1942, quando o comandante do Contingente comunicou ao delegado, dentre outras coisas, que repreendeu "severamente os soldados Benedito Moraes da Silva e Domingos Ar-

45 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 9. Doc. nº 1.
46 MUBAN. FDEPG. Cx. 1. Env. 27. Doc. nº 3-1.
47 MUBAN. FDEPG. Cx. 1. Env. 1. Doc. nº 14-43.

chanjo da Silva, pelas faltas que os mesmos cometeram por ocasião da prisão de um louco, não sendo aplicado maior corretivo a esses soldados, em obediência de vossa solicitação".[48]

Como a cadeia pública não era o lugar ideal para abrigar os indivíduos considerados loucos, em 28 de novembro de 1942 uma circular do chefe de polícia, Antônio de Queiroz Barreto, direcionada ao delegado de polícia, afirmava que o Governo do Estado estava "empenhado em construir nesta Capital 'A CASA DO ALIENADO', estando já em entendimento com o Governo Federal para tal fim", e necessitava fazer uma estatística para "poder apreciar o vulto do empreendimento"; nesse sentido, solicitava com urgência as seguintes informações:

> 1º- Existe, nesse municipio, alguma organisação de ordem privada ou oficial, visando a assistência aos doentes mentais? Assistencia social? Higiêne Mental? Escola para menores? Proteção aos mendigos?
>
> 2º- Qual o numero de doentes mentais assistidos em suas proprias casas?
>
> 3º- Existem doentes mentais em liberdade pelas ruas ou no meio rural?
>
> 4º- Há algum centro ou sociedade que pratique baixo espiritismo, misticas afro-brasileiras, catimbó, canjerê, etc? Havendo doentes mentais assistidos ou não, especificar o número e si pos

48 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 1. Doc. nº 29.

> sivel: a- sexo; b- cor; c- idade; d- nacionalidade; e- estado civil; f- profissão; g- tempo de duração da doença. [49]

Interessante ressaltar a data do documento, 1942, mesmo ano do batismo cultural de Goiânia, ou seja, da sua inauguração oficial. Entretanto, as tratativas entre os governos federal e estaduais visando à construção de instituições psiquiátricas se acentuaram a partir de 1946, "para atender às demandas do Serviço Nacional de Doença Mental, cuja direção estava a cargo do psiquiatra Adauto Junqueira Botelho" (SANTOS, 2020, p. 178-179).

Porém, a partir de 1945, surge na documentação uma instituição chamada de Manicômio do Estado, que se localizava em Goiânia, para onde foram enviados os presos tidos como loucos ou dementes. A primeira que se tem notícia é de Izabel Gomes das Chagas, cujo pedido para transferência foi feito pelo Secretário de Estado do Interior, Justiça e Segurança Pública.[50] Ela foi de ônibus, com passagens solicitadas pelo delegado[51] e escoltada por um sargento.[52] Mesmo procedimento, também em 1945, foi adotado com "preso Francisco de Assis Gomes, que está atacado de molestia mental" para que fosse encaminhado ao Manicômio.[53] Porém, diferentemente da Izabel, ele foi escoltado por dois praças, no trajeto realizado de ônibus entre a antiga e a nova capital. [54]

49 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 9. Doc. nº 5.
50 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 9. Doc. nº 15.
51 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 9. Doc. nº 16.
52 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 9. Doc. nº 17.
53 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 9. Doc. nº 18.
54 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 9. Doc. nº 19.

Em 26 de maio de 1947, o delegado solicitou ao Juiz a remoção do "demente furiozo José Pereira da Silva, o qual para segurança vive encarcerado na 'casa forte', prizão úmida e sem higiene" para o manicômio de Goiânia. O documento também afirma que o mesmo se encontra doente, e que não há verba para o seu tratamento. Ademais, ele apedreja a todos que passam pela rua.[55] A resposta do Juiz veio rápida, e poucos dias depois, em 4 de junho, o delegado já estava a solicitar cinco passagens para Goiânia duas só de ida e três de ida e volta "para os presos José Pereira da Silva e Argemiro Ferreira Coêlho, que vão para o manicômio e penitenciaria do Estado e tres escoltas".[56] Os policiais que foram escoltando levaram o despacho do Juiz para o secretário de Estado do Interior, Justiça e Segurança Pública.[57]

Entretanto, nem sempre os pedidos precisavam passar pelo juiz, ainda em 1947, o delegado comunicou o chefe da polícia o envio da "demente Sebastiana de Vasconcellos" para que fosse internada no Manicômio do Estado, "dado a falta de conforto e higiêne em que se encontra a cadeia pública desta cidade".[58] Ainda no mesmo ano, o Manicômio do Estado recebeu da Cidade de Goiás, para tratamento, "as dementes de nome, Martinha de tal e Maria de tal".[59] Ainda no ano de 1947 há dois pedidos de policiais para escoltarem dementes para o Manicômio do Estado.[60]

55 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 9. Doc. nº 8.
56 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 9. Doc. nº 9
57 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 9. Doc. nº 10.
58 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 9. Doc. nº 11.
59 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 9. Doc. nº 12.
60 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 9. Doc. nº 13 e 14.

Infelizmente, não encontrei nas pesquisas sobre a loucura em Goiás, como a de Eder Mendes de Paula (2011; 2016) e Ronivaldo de Oliveira Rego Santos (2020), nenhuma informação aprofundada sobre o Manicômio do Estado, ambos exploraram o Hospital Adauto Botelho, inaugurado em 4 de abril de 1954, para onde, possivelmente, foram mandados vários desses indivíduos citados neste tópico. Fica aí o convite para novas pesquisas.

Salubridade da cadeia

Inaugurada ainda no século XVIII, a então Casa de Câmara e Cadeia viu sua segunda função permanecer até o começo da década de 1950. Foram mais de 180 anos como um lugar que serviu para prender, segregar e impedir a fuga. Suas celas mais resistentes ficavam no pavimento inferior, onde as grossas paredes e o espesso piso de madeira, além de evitarem a evasão também contribuíam para o péssimo estado sanitário da cadeia, que foi motivo de intenso debate, como veremos a seguir.

Em 1942, o delegado solicitou ao médico da Cadeia Pública um relato minucioso "sobre as condições higiênica desse presidio e bem assim da situação dos presos, em relação a vistimenta dos mesmos, para que, cujo relatorio, esta Delegacia Especial junte á uma ponderação que será dirigida" ao chefe de polícia do Estado.[61]

Quatro anos depois, em 1946, o prefeito comunicou ao delegado que representou "ao Exmo. Senhor Desembargador Interventor Federal no Estado sôbre a urgente necessidade de

61 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 11. Doc. nº 14.

proceder aos consertos reclamados à Cadeia Publica desta cidade".[62] Como resposta, o secretário de Segurança Pública comunicou ao delegado mensagem do interventor federal sugerindo à prefeitura que arrumasse outro prédio para a cadeia, já que a mesma não oferece condições.[63] O delegado, então, informou ao secretário de Segurança Pública que o prédio da cadeia precisava de reparos para "evitar desabamentos de paredes, com inumeras goteiras, esgotos intupidos e sujidades, etc."; e que pediu ao prefeito, mas foi informado que o prédio é do estado,[64] e que a prefeitura não tem condições de fazer reparos e nem de alugar um imóvel para funcionar a repartição.[65]

No meio desse jogo de empurra, um relatório endereçado ao interventor federal, por parte do prefeito, descreveu a cadeia como um "casarão antiquíssimo, de soturna memória, nunca esteve tão maltratado como agora".[66] Esse documento sucedeu uma portaria[67] para que o fiscal-geral fizesse "cuidadosa vistoria em todas as instalações da Cadeia Pública da cidade de Goiás, verificando o estado de salubridade do prédio e das prisões". Essa vistoria resultou num relatório que o prefeito encaminhou ao interventor.[68]

A partir de 1947, pelo que se percebe da documentação, a situação da cadeia começou a ficar insustentável, e diversos presos conseguiram, com a autorização do Juiz, serem transferidos para a

62 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 13. Doc. nº 6.
63 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 13. Doc. nº 7.
64 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 13. Doc. nº 8.
65 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 13. Doc. nº 9.
66 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 13. Doc. nº 10.
67 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 4. Doc. nº 1.
68 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 4. Doc. nº 2.

cadeia de Goiânia para aguardarem julgamento "em virtude de não haver na Cadeia Pública desta cidade, higiene, conforto e segurança".[69]

Em 1948, o delegado comunicou ao promotor público sobre a "ameáça de desabamento de paredões do referido prédio e estado anti-higiêncio dos esgotos".[70] No mesmo ano, um relatório do médico da cadeia pública ao delegado informou as péssimas condições de salubridade e higiene do prédio e dos presos que ainda se encontravam no local.[71]

Saúde pública

O conjunto de documento referente à saúde pública é muito interessante. Há, por exemplo, cópia de decretos que foram enviados ao delegado para que ele pudesse fiscalizar o seu cumprimento, como o Decreto nº 20.377. de 8 de setembro de 1931, que regulamenta o exercício da profissão farmacêutica no país;[72] o Decreto nº 20.931, de 11 de Janeiro de 1932, que "regula e fiscaliza o exercicio da medicina, da odontologia, da medicina veterinaria e das profissões de farmaceutico, parteira, enfermeira no Brasil e estabelece penas",[73] e dos quais falamos anteriormente em outro tópico. Em 1936, a Secretaria-Geral da Segurança Pública solicitou ao delegado apoio para a regularização dos cemitérios de acordo com o Decreto nº 364, de 3 de agosto de 1935.[74] Em 1937, a questão do cemitérios

69 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 2. Doc. nº 39; MUBAN. FDEPCG. Cx. 03. Env. 10. Doc. nº 78.
70 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 13. Doc. nº 12.
71 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 11. Doc. nº 15 e 16.
72 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 11. Pasta "Livro". Doc. nº 08 a 29.
73 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 11. Pasta "Livro". Doc. nº 1 a 7.
74 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 11. Doc. nº 1.

era uma atribuição do Serviço de Febre Amarela do Estado, cujo diretor requereu ao delegado, via ofício:

> (...) apoio e providencias, afim de que o dito decreto seja executado integralmente nesse município, principalmente no que se refere á terminante proibição de inhumações em cemitérios que não estejam de acordo com as exigências do regulamento sanitario. Solicito providenciar afim de que nenhum enterramento seja realizado sem que o corpo esteja acompanhado da necessária guia expedida pelo Oficial do Registro Civil, em face da declaração de óbito, devidamente visada pela autoridade sanitaria local ou representante do Serviço de Febre Amarela[75].

Em 1944, o problema persistia e o então diretor do Serviço de Febre Amarela do Estado pediu ao delegado providências para que o município executasse integralmente o Regulamento do Serviço de Febre Amarela, "especialmente na parte referente á fiscalização de cemiterios e a legalização daquelles que estiverem em desaccôrdo com as leis sanitárias". Ademais solicitou providencias em relação aos enterramentos e autopsias. Informou os nomes do representante do Serviço de Febre Amarela na cidade, bem como dos seus substitutos.[76] Mas não somente do cemitério cuidava o Serviço de Febre Amarela, quatro anos antes, em 1940, um telegrama do então diretor ao delegado, solicitava ajuda para "solucionar caso oposição [a] viscerotomia".[77] A viscerotomia consiste na retirada,

75 MUBAN. FDEPG. Cx. 1. Env. 1. Doc. nº 32-19.
76 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 11. Doc. nº 11.
77 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 19. Pasta Diversos 2. Doc. nº 2.

parcial ou total, de uma víscera de um cadáver com a finalidade de ser examinado pelo médico.

Para quem pesquisa a relação entre prostituição e saúde, há documentos muito interessantes, como esse de 1940, quando o médico-chefe do Posto de Higiene de Goiaz, Dr. Helios de Loyola, pediu ao delegado para prender "por 12 horas, a meretriz Jordelina Borges de Souza, fichada neste Posto de Higiene sob nº 19, livro A, por desrespeitar as determinações que regulamentam a função deste Posto".[78] Já em 1944, ainda no exercício da mesma função, o médico solicitou ao delegado "uma relação nominal de todos os prêsos reclusos á Cadeia publica local, afim de, em dia e hora marcados, serem vacinados contra as febres tifica e paratifica",[79] evidenciando que os presos eram vacinados.

Os presos também eram requisitados para trabalhos fora da cadeia, como ocorreu em 1936, quando o diretor do Lyceu de Goiás solicitou ao delegado que o "sentenciado João Antonio dos Santos" continuasse a "prestar seus serviços de empregado do asseio deste estabelecimento".[80] A prefeitura também requisitava constantemente o serviço dos presos para a limpeza pública, mediante um módico pagamento, porém, em 1945, o prefeito Divino Oliveira comunicou ao delegado que "estando pouco eficiente o serviço dos presos a esta Prefeitura, resolvi dispensa-los e aproveitar o soldado que os escoltava, Benedito Pereira da Silva, nos serviços de captura de animais nas ruas da Cidade, pelo que ficarei grato se V. S. puder

78 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 16. Doc. nº 3.
79 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 11. Doc. nº 7.
80 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 12. Doc. nº 26.

continuar, mantendo-o a disposição da Prefeitura."[81] Entretanto, um ano depois, a prefeitura voltou atrás e solicitou ao delegado que fossem postos "disposição do soldº. Benedito, 6 presos pª. o serviço de limpesa publica", mediante pequeno pagamento.[82]

Há documentos que chamam a atenção pelo seu conteúdo, como um convite do prefeito, de 1946, endereçado ao delegado, sobre uma palestra cujo tema era educação sexual. O convite versava em "assistir á conferência que o Senhor Doutor José de Albuquerque, ilustre presidente do Círculo Brasileiro de Educação Sexual e notável cientista patrício, pronunciará hoje, às 20 horas, no Goiás Clube, abordando tema de sua especialidade".[83] Ou um documento do delegado para o comandante do Contingente solicitando que recomendasse aos guardas em serviço na Cadeia Pública que evitassem "promiscuidade com presos, o que vem trasendo grande embaraço no serviço daquela guarnição".[84]

E, por fim, em 1943, Lídia Silva Castro, presidente do núcleo municipal da Legião Brasileira de Assistência, convidou o Delegado para a "cerimonia de entrega de certificados de conclusão de curso às senhoras (...) onterrâneas, que integram a primeira turma de SAMARITANAS SOCORRISTAS".[85] Era o Brasil se preparando para a guerra que já se desenrolava na Europa. Posteriormente, essas mulheres foram aproveitadas como enfermeiras nos postos de puericultura.

81 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 1. Doc. nº 26.
82 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 3. Doc. nº 1.
83 MUBAN. FDEPG. Cx. 1. Env. 7. Doc. nº 17.
84 MUBAN. FDEPG. Cx. 2. Env. 1. Doc. nº 28.
85 MUBAN. FDEPG. Cx. 3. Env. 11. Doc. nº 10.

Considerações finais

Este ensaio foi antes de tudo um convite. Um convite a percorrer uma documentação ainda pouco explorada pelos historiadores. Quis fazer um texto em que o(a) leitor(a) pudesse se entusiasmar da mesma forma que eu ao ler os documentos pela primeira vez e ficar a fazer as inquirições àquele passado nem tão distante, mas que ainda assombra por se mostrar tão presente. São loucos confinados na cadeia sem cometerem crimes, gravidas à espera dos homens a decidirem onde darem à luz, prostitutas violentadas, sofrimentos de várias ordens, sofredores de vários tipos... Enfim, desfilaram por essas páginas aqueles que nem sempre a história – principalmente aquela escrita pelos bajuladores dos homens "bons" – está disposta a iluminar, mas que é função do historiador trazê-los de volta à discussão.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Paulo Tedim. Casas de Câmara e Cadeia. *Revista do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional*, Brasília, nº 26, p. 362-445, 1997.

BULHÕES, Girlene Chagas. *Museus para o esquecimento*: seletividade e memórias silenciadas nas performances museais. Dissertação (Mestrado em Performances Culturais), Universidade Federal de Goiás, UFG, Goiânia, GO, 2017.

CAMARGO, Daisy de. *Alegrias engarrafadas*: os álcoois e a embriaguez na cidade de São Paulo no final do século XIX e no começo do XX. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil*: o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

COELHO, Gustavo Neiva. *Iconografia Vila-Boense*. Goiânia: Editora UFG, 2013.

COOK, Terry. *O Conceito de Fundo Arquivístico*: teoria, descrição e proveniência na era pós-custodial. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2017.

CORSI, Francisco Luiz. Inflação e crescimento econômico: uma análise da política de Vargas ao final

do Estado Novo. *História Econômica & História de Empresas*, v. 16, n. 2, p. 343-377, 2013.

FERREIRA, Laura Maria Jardim; SOUZA, Rildo Bento de. Uma proposta de exposição sobre a Colônia Santa Marta de Goiânia a partir do acervo fotográfico do MIS-GO. *In*: SOUZA, Rildo Bento de; MORAES, Cristina de Cássia Pereira. *Patrimônio cultural da saúde*: fontes, métodos e abordagens interdisciplinares. Porto Alegre: Editora Fi, 2022, p. 266-284.

FREITAS, Lena Castello Branco Ferreira de. Ensinar e Curar: do empirismo à ciência. *In*: MORAES, Cristina de Cássia Pereira; FREITAS, Lena Castello Branco Ferreira de; SOUZA, Rildo Bento de (org.). Patrimônio Cultural da Saúde em Goiás: instituições hospitalares, assistenciais, de ensino e de pesquisa. Goiânia: Editora UFG, 2017, p. 215-258.

LIMA, Elder Rocha. *Guia afetivo da Cidade de Goiás*. Goiânia: Iphan-GO, 2017.

MAGALHÃES, Sônia Maria de. *Males do Sertão*: alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX. Goiânia: Cânone Editorial, 2014.

MENSAGEM apresentada ao Congresso Legislativo do Estado de Goyaz, pelo dr. Olegário H. da Silveira Pinto, em 13 de maio de 1914. Memórias Goianas, Goiânia, n. 17, Ed. UCG, 2004, p. 76-140.

MONTIEL, Rosane. Arquivos: memórias vivas de Goiás: a criação de uma instituição de arquivo na cidade de Goiás. *Revista de Biblioteconomia de Brasília*, v. 21, n. 1, p. 51-77, jan./jun. 1977.

MORAES, Cristina de Cássia Pereira; SOUZA, Marta Rovery de; SOUZA, Rildo Bento de; FREITAS, Lena Castello Branco Ferreira de. A importância de se preservar os arquivos sobre a saúde no Estado de Goiás. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico de Goiás*, v. 22, p. 143-149, 2010.

MOURA, Nádia Mendes de. *Sertões de mar a mar*: Goyazes em suas filigranas (c. 1726-1830). Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo), Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, SP, 2018.

NEPOMUCENO, Tatielle; BOITA, Tony. Apresentação. *In:* NEPOMUCENO, Tatielle; MORAES, Cristina de Cássia Pereira; BOITA, Tony (org.). *Revista Arquivo do Museu das Bandeiras. Jundiaí: Paco Editorial*, 2020. p. 5-8.

PAULA, Éder Mendes de. *Da (in)visibilidade à categorização*: o louco infrator em Goiás (1930-2010). Tese (Doutorado em História), Universidade Federal de Goiás, UFG, Goiânia, GO, 2016.

PAULA, Éder Mendes de. *Os sons do silêncio*: o louco e a loucura em Goiás. Dissertação (Mestrado em História), Universidade Federal de Goiás, UFG, Goiânia, GO, 2011.

PORTER, Roy. *Das tripas coração.* Uma breve história da medicina. Rio de Janeiro: Record, 2004.

RABELO, Danilo. *A normalização dos comportamentos na Cidade de Goiás (1822-1889)*. Goiânia: Universidade Federal de Goiás/Programa de Pós-Graduação em História/FUNAPE, 2010.

SALLES, Gilka Vasconcelos Ferreira de. Saúde e doenças em Goiás – 1826-1930. FREITAS, Lena Castello Branco Ferreira de (Org.). *Saúde e doenças em Goiás*: a medicina possível. Goiânia: Ed. UFG, 1999, p. 63-127.

SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos; VERANI, Ana Carolina. Alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil no início do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl. 2, p. 401-420, dez. 2010.

SANTOS, Ronivaldo Oliveira Rego dos. *História da loucura*: o projeto do manicômio Adauto Botelho de Goiânia. São Paulo: Fonte Editorial, 2020.

SOUZA, Rildo Bento de. O Estado Novo no arquivo do Museu das Bandeiras: uma análise do Fundo "Delegacia Especial de Polícia de Goyaz". *In*: SOUZA, Rildo Bento de; BOITA, Tony; NEPOMUCENO, Tatielle Brito. (Org.). *Museu das Bandeiras*: Lugar de Pesquisa. Jundiaí-SP: Paco Editorial, 2022, p. 217-230.

SOUZA, Rildo Bento de. *Arquivos de instituições de saúde*: a documentação do Asilo São Vicente de Paulo na Cidade de Goiás e seu potencial para pesquisa. Sillogés, v. 2, p. 293-311, 2019.

SOUZA, Rildo Bento de. O arquivo do Asilo São Vicente de Paulo na Cidade de Goiás: possibilidades de pesquisa em História da Saúde e das Doenças. *In*: SOUZA, Rildo Bento de; MORAES, Cristina de Cássia Pereira. (org.). *Patrimônio cultural da saúde*: fontes, métodos e abordagens interdisciplinares. Porto Alegre: Editora Fi, 2022b, p. 96-124.

SOUZA, Rildo Bento de. *Pobreza, doenças e caridade em Goiás*: uma análise do Asilo São Vicente de Paulo (1909-1935). Jundiaí-SP: Paco Editorial. 2014.

SOUZA, Rildo Bento de; BOITA, Tony; NEPOMUCENO, Tatielle Brito. (org.). M*useu das Bandeiras:* lugar de pesquisa. Jundiaí-SP: Paco Editorial, 2022a.

SOUZA, Rildo Bento de; TAVARES, Milena Bastos. As correspondências enviadas pelos presos da cadeia da Cidade de Goiás na década de 1930. *Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)Biográfica*, v. 7, p. 96-109, 2022.

intuito editora

HISTÓRIAS POSSÍVEIS DA SAÚDE, DAS DOENÇAS E DAS CIÊNCIAS

Saberes, Práticas e Acervos

DR. ÉDER MENDES DE PAULA
ME. RAICK DE JESUS SOUZA