

Casa de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

RENATA SOARES DA COSTA SANTOS

O INSTITUTO OSWALDO CRUZ E SEUS HOSPITAIS:
MÉDICOS, PACIENTES E SUAS MAZELAS RURAIS E URBANAS
(1909 - 1930)

Rio de Janeiro
2019

RENATA SOARES DA COSTA SANTOS

**O INSTITUTO OSWALDO CRUZ E SEUS HOSPITAIS:
MÉDICOS, PACIENTES E SUAS MAZELAS RURAIS E URBANAS
(1909 - 1930)**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação de História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Doutora. Área de concentração: História das políticas, instituições e profissões em saúde; História da medicina e das doenças.

Orientador: Prof. Dr. Jaime Larry Benchimol

Rio de Janeiro

2019

RENATA SOARES DA COSTA SANTOS

O INSTITUTO OSWALDO CRUZ E SEUS HOSPITAIS: MÉDICOS, PACIENTES E SUAS MAZELAS RURAIS E URBANAS (1909 - 1930)

Banca Examinadora

Prof. Dr. Jaime Larry Benchimol (Orientador)
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – COC / Fiocruz

Prof. Dr. Flávio Coelho Edler
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – COC / Fiocruz

Profa. Dra. Gisele Sanglard
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – COC / Fiocruz

Profa. Dra. Isabel Maria da Silva Pereira Amaral
Departamento de Ciências Sociais Aplicadas / Faculdade de Ciência e Tecnologia Universidade Nova
de Lisboa

Prof. Dr. Luís Reznik
Programa de Pós-Graduação em História Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro /
Faculdade de Formação de Professores

Profa. Dra. Simone Kropf
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – COC / Fiocruz
(Suplente)

Prof. Dr. Cláudio Bertolli Filho
Universidade Estadual de São Paulo – Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação
(Suplente)

Ficha Catalográfica

S237i Santos, Renata Soares da Costa.

O Instituto Oswaldo Cruz e seus hospitais: médicos, pacientes e suas mazelas rurais e urbanas (1909-1930) / Renata Soares da Costa Santos. – Rio de Janeiro: s.n., 2019.
288 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz.
Casa de Oswaldo Cruz, 2019.

Bibliografia: 271-280f.

1. Institutos Governamentais de Pesquisa. 2. Registros Médicos. 3. História do Século XX.

CDD 362.11

*Para minha querida mãe, Maria de Fátima, exemplo maior de força e amparo.
E por acender o sertão, a alegria e o amor em mim.*

AGRADECIMENTOS

Não consigo esconder meu encantamento pela vida. Talvez isso ocorra devido aos acasos da história que me ligam, religam e fazem cruzar caminhos de pessoas tão especiais, e por que não dizer, mágicas? Independente dos motivos, nos últimos anos esse encanto atingiu um ponto elevado com a chegada do pequeno João Pedro e a renovação dos sentidos da vida. Paralelo às surpresas da maternidade, encarei, com todas as dores e sabores, a tarefa de prosseguir minha trajetória acadêmica. E essa escolha só foi possível porque tive ao lado pessoas que me dedicaram, cada uma ao seu modo, energia e tempo. Reconheço o valor dessas ações e a todas essas pessoas venho demonstrar profunda gratidão, concordando com o que Miguel de Cervantes expressou através de seu personagem Dom Quixote de La Mancha: “Entre os pecados maiores que os homens cometem, ainda que alguns digam que é a soberba, eu digo que é a falta de agradecimento”.

Meu orientador, Jaime Benchimol, merece um agradecimento especial. Me recebeu e ouviu falar ainda sem clareza sobre o projeto de doutorado. Me acolheu sem conhecer, mostrou-me equívocos e caminhos possíveis. Lutou comigo para resolver todos os problemas que surgiram e confiou em meu trabalho até mesmo quando eu duvidei. Acompanhou passo a passo a pesquisa, sempre demonstrando entusiasmo pelos meus estudos e descobertas. Ao longo desses anos foi sensível para compreender minha realidade de trabalho na escola e foi extremamente generoso ao me conduzir nas questões subjacentes à tese, o que me deixou menos insegura e à vontade para criar. Amadureci intelectualmente em nossas reuniões, aulas e eventos acadêmicos. E ao longo da orientação me fez repensar tantas questões que ultrapassam o ofício do historiador. Sou grata por tudo e considero que esse trabalho é tão meu quanto seu.

Agradeço ao professor Flávio Edler pelo incentivo inicial, pelo *tour* no PPGHCS, pelos livros que me introduziram ao tema, pela indicação certa do Jaime para orientação dessa tese e por todas as considerações em minha banca de qualificação e ao longo do curso. À professora Gisele Sanglard agradeço a leitura atenta desde o exame de qualificação, por compartilhar referências bibliográficas, por contribuir em meus trabalhos nos eventos acadêmicos e pela disposição para ajudar a resolver tantas dificuldades que surgiram. À professora Simone Kropf eu devo o interesse em aprofundar os conhecimentos médicos sobre a doença de Chagas nessa tese e agradeço a generosidade intelectual. Ao professor Robert Wegner eu simplesmente agradeço por cada aula de Seminário de Pesquisa e aproveito a oportunidade para demonstrar profunda admiração e respeito. Sou grata aos professores Luiz Otávio Teixeira e Magali

Romero Sá por estarem abertos ao meu trabalho nos Congressos e demais atividades acadêmicas do Programa. Agradeço aos professores do PPGHCS com quem cursei disciplinas nos anos iniciais e me proporcionaram conhecer e apaixonar por um mundo novo da história das ciências e da saúde: Gilberto Hochman, Dilene Nascimento, Nara Azevedo e Lorelay Kury. E sou grata especialmente a Tamara Vieira e Juliana Manzoni pela sensibilidade em cada momento de trocas de conhecimento.

Ao Luís Reznik, meu primeiro professor de História na graduação, orientador em projetos de iniciação científica e no mestrado, devo a honra de aceitar o convite para estar na minha banca. Nunca poderei esquecer quando disse empolgado em minha formatura: “Te espero no mestrado”. Após anos, respondo com felicidade: Te espero na defesa do doutorado.

À professora Isabel Amaral registro um agradecimento pela abertura intelectual, por todo material concedido e pelas conversas generosas no Encontro de História das Ciências, pelas aulas, pela participação em minha qualificação e pelo carinho pessoal (e recíproco) que me destina. Ao professor Cláudio Bertolli Filho, suplente dessa banca, agradeço pela participação em minha qualificação com leitura sensível e observações que me fizeram redimensionar alguns pontos na direção desse trabalho, principalmente no trato com as fontes.

Agradeço ao Paulo Elian pelo apoio para conseguir a permissão para acessar as fontes que encorpam os argumentos da tese e por estimular minha continuidade nas pesquisas sobre o Hospital Oswaldo Cruz. Estendo o meu agradecimento à professora Tania Fernandes e ao colega André Luis pela ajuda para submeter o trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Aos funcionários da secretaria acadêmica, Maria Cláudia, Paulo e Sandro, agradeço pela atenção e a disponibilidade de ajudar nos momentos de maior desespero. Ao DADCOC só tenho agradecimentos. À Regina, por facilitar o acesso aos documentos. Ao Francisco, conhecedor profundo do arquivo, pela gentileza de sanar dúvidas ao longo desses anos. À Natasha e Bianca, um agradecimento especial. Reconheço que fizeram além de suas obrigações e não mediram esforços para contribuir. Sou grata a vocês por aliviarem o peso de todos os meus dias de trabalho na sala de consulta e estendo o agradecimento à Thayssa e ao Gabriel.

À Conceição, pela preparação para as provas de língua. À Carolina Vargas, por ajudar a ouvir e ver além do óbvio e aproximar-me um pouco mais dos desejos. À Éricka Cunha e à Virgínia Dutra, por facilitarem o exercício de minha profissão concomitante à escrita da tese.

Agradeço também, e de forma mais que especial, à Maria Regina Cotrim, uma das maiores incentivadoras do meu projeto. O trabalho que realizei sob sua coordenação no INI/Fiocruz foram o ponto de partida para essa tese e me fizeram conhecer e apaixonar pelo patrimônio e história da saúde. Agradeço por me ajudar a estruturar o projeto de pesquisa

submetido ao Programa, por emprestar tantos livros e por dedicar horas em conversas sobre a possibilidade de analisar prontuários (o que parecia impossível). Obrigada por ajudar a ousar.

Aos meus colegas de curso sou grata por todas as trocas nas disciplinas, palestras, seminários de pesquisa e eventos. À minha querida amiga Mariza nunca conseguirei agradecer o suficiente. Vivemos momentos de alegrias e tristezas juntas, me acompanhou à Lassance, ouviu falar incessantemente sobre tudo, achou graça das minhas meninices e me faz sentir especial. Incrível como permanece perto mesmo estando tão distante. À Mariana, outra amiga que ganhei com o doutorado, sou grata pela leveza das conversas, por vir até mim quando não pude e por lembrar, com frequência, a importância do meu trabalho. À Larissa, pela companhia regada por risadas nas viagens dividindo quarto de hotel, nos intervalos, na sala dos alunos e principalmente nos engarrafamentos na hora do *rush*. À Eliza e Roberto por todos os cafés que literalmente me levantaram e por repetirem com veemência que “vai dar certo”. Ao Luiz Alves, agradeço por estar sempre pronto a ouvir (e ajudar!). À Luciana e Daniele pelo suporte com as fontes no arquivo. À Paulinha, que chegou em minha vida no último ano e prometeu não *arredar mais o pé*, devo parte do fôlego final tão necessário. Agradeço igualmente à Rosângela. Além da ajuda para a catalogação dos prontuários foi um inesperado presente e transmitiu paz no caos ao mostrar-se tão inteira na relação humana.

Aos meus grandes amigos agradeço por existirem e estarem próximos. Ao Rafael Lima, pela sintonia da alma. Por ser o meu irmão escolhido e por nunca me deixar só diante das dores da vida. À amiga Izabel Antunes, por me acompanhar, apesar de tantas diferenças, e por viver experiências arrebatadoras, entre elas a maternidade. Ao Carlos Henrique, pelo contato diário, ainda que virtual, e os papos existencialistas. À Josiane Rosa, querida amiga que leu os primeiros escritos apresentados no Seminário de Pós-Graduandos e ajudou claramente a indagar as fontes. À Diana agradeço pelo conforto do abraço e a ajuda técnica no momento final para elaborar o mapa. Às amigas Roberta e Marla por tornarem os meus dias na escola prazerosos. Ao Juninho, por traduzir rapidamente expressões e conceitos médicos que me tiraram o sono. À Tatiana e Beatriz pela companhia nas tardes de estudo. Ao Robson (in memoria), por cada café levado à porta da biblioteca e por contemplar a vista da Baía com planos para o fim do doutorado. E ao Marcelo pelo ombro amigo quando a vida endurece.

Agradeço imensamente aos meus pais, Maria de Fátima e Antônio, por terem cuidado de mim ao longo de todos esses anos e por ensinarem valores que me proporcionaram chegar exatamente onde estou. À minha mãe serei eternamente grata pelo amparo e amor incondicional, por ser minha melhor amiga, a maior incentivadora dos meus projetos de vida e

pelo exemplo de mulher. Ao meu pai agradeço a possibilidade de estar mais próxima nos últimos anos e por me fazer entender que existem infinitas maneiras de dizer eu te amo.

Agradeço ao Felipe, par amoroso, companheiro e amigo de todas as horas. Seu carinho e atenção foram molas propulsoras, especialmente nas últimas semanas, com tantas adversidades que me fizeram pensar que não teria força para chegar ao fim. E sou grata ao meu pequeno João Pedro, a melhor coisa que poderia ter acontecido na minha vida, por me proporcionar os maiores exercícios de amor. Obrigada por entender, da sua maneira, a importância desse trabalho e por fazer a contagem regressiva para ganharmos mais tempo juntos. Essa tese só foi possível porque vocês dois estiveram em meu cotidiano.

A todos os queridos que se foram sem chance de despedida nesse ano de 2018 homenageio com a colocação de Guimarães Rosa em seu discurso de posse na Academia Brasileira de Letras em 1967: “As pessoas não morrem, ficam encantadas”.

“ – Que se pudesse partir ao meio toda coisa inteira – disse meu tio, de braços no rochedo, acariciando aquelas metades convulsivas de polvo –, que todos pudessem sair de sua obtusa e ignorante inteireza. Estava inteiro e para mim as coisas eram naturais e confusas, estúpidas como o ar: acreditava ver tudo e só havia a casca. Se você virar a metade de você mesmo, e lhe desejo isso, jovem, há de entender coisas além da inteligência comum dos cérebros inteiros. Terá perdido a metade de você e do mundo, mas a metade que resta será mil vezes mais profunda e preciosa. E você há de querer que tudo seja partido ao meio e talhado segundo sua imagem, pois a beleza, sapiência e justiça existem só no que é composto de pedaços.”

(Ítalo Calvino – O Visconde partido ao meio)

RESUMO

Esta tese analisa os espaços hospitalares que serviram à produção de pesquisas feitas no Instituto Oswaldo Cruz em momento de circulação, em âmbito mundial, dos conhecimentos da chamada medicina tropical nas três primeiras décadas do século XX. Foi observado, a partir dos interesses intrínsecos da instituição, que os pesquisadores atuavam em hospitais da capital e do interior do país, em abarracamentos móveis e estiveram à frente da criação de hospitais próprios, entre eles, o Hospital Oswaldo Cruz – atual Instituto Nacional de Infectologia da Fiocruz –, construído à margem dos serviços de assistência médica da cidade em terreno anexo aos laboratórios do Instituto para servir aos seus estudos. As pesquisas médicas realizadas nesses hospitais são interpretadas enquanto importante suporte para a implementação dos projetos políticos e científico daquela instituição, alinhados a um grande debate nacionalista representado por intelectuais que defendiam a associação entre doenças e atraso econômico, responsáveis por cunhar e propagar a urgência de políticas públicas de saúde para acabar com as enfermidades que impediam o crescimento do Brasil. Para percorrer a produção de conhecimentos, o trabalho adota o viés das experiências médicas realizadas com paciente, mapeadas através dos prontuários elaborados por aquela instituição. Às fontes são indagados o modo como foram investigadas e tratadas as doenças, com relevo para o estudo da doença de Chagas, e as particularidades do programa de pesquisa clínica, terapêutica e básica que conformaram protocolos da instituição. Com a discussão sobre os experimentos médicos realizados com humanos nessa rede de espaços hospitalares do IOC, o trabalho explora a trama dos estudos sobre as endemias rurais, e as ditas ‘cosmopolitas’, das trajetórias científicas que se cruzaram e da história institucional que ganhou respaldo e legitimação perante tais estudos.

Palavras-chave: Instituto Oswaldo Cruz; Hospital Oswaldo Cruz; Prontuários médicos; Primeira República; Hospitais.

ABSTRACT

This thesis analyses the hospital spaces in which researches were developed by Oswaldo Cruz Institute during a worldwide movement of knowledge period about the called tropical medicine on the first three decades of the 20th Century. It was noted, from the institution's own interests, that researchers worked at hospitals based in the capital city as well as other parts of the country, in mobile health camps and headed the creation of the institution hospitals, among these, the Oswaldo Cruz Hospital – current National Institute of Infectology -, built apart from the city's health care services in a land next to the Institute laboratories, serving its studies. Medical researches developed in these hospitals are interpreted as important supports for the implementation of the political and scientific projects of that institution, associated to a great nationalist debate represented by intellectuals that advocated for the relation between diseases and economic underdevelopment, and they were responsible for coining public health policies and propagating their urgency in order to eradicate the diseases that inhibited Brazil's development. In order to follow the knowledge production, this work adopts the bias of the medical experiences performed with patients, mapped using medical records drafted by that institution. Sources were questioned about the way the diseases were researched and treated, especially the study for Chagas disease, and the particularities of the clinical, therapeutic and basic research program that conformed the institution protocols. With the discussion about the medical experiments performed with human beings at IOC's hospital spaces network, the work explores the studies about rural endemic diseases, and the 'cosmopolitan' ones, the scientific crossed paths and the institutional history that was backed and legitimized by these studies.

Keywords: Oswaldo Cruz Institute; Oswaldo Cruz Hospital; Medical Records; First Republic; Hospitals.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Luís Moraes Junior.....	50
FIGURA 2	Fachada do Hospital de isolamento (1907).....	61
FIGURA 3	Decreto n. 9.346 de 24 de janeiro de 1912.....	68
FIGURA 4	Perspectivas do terreno escolhido para a construção do pavilhão do Hospital.....	70
FIGURA 5	Planta do Hospital Oswaldo Cruz – 1912.....	72
FIGURA 6	Planta do Hospital Oswaldo Cruz – 1913.....	72
FIGURA 7	Profissionais fazendo medição do terreno do Hospital.....	75
FIGURA 8	Perspectiva do terreno e construção do Hospital Oswaldo Cruz.....	76
FIGURA 9	Pagamentos do Instituto Oswaldo Cruz feitos com renda própria.....	78
FIGURA 10	Prédio do Hospital Oswaldo Cruz recém concluído em dezembro de 1918 1918	92
FIGURA 11	Estação Ferroviária de Lassance	109
FIGURA 12	Aspecto de Lassance em 1908: moradores e residências de pau-a-pique.....	109
FIGURA 13	Modelo de carimbo usado pela instituição Hospital Oswaldo Cruz entre 1912 a 1940.....	113
FIGURA 14	Exemplo de prontuário manuscrito em fichas e transcrito para folha padrão.....	113
FIGURA 15	Prontuário Berenice (Prontuário, 1909-1912).....	114
FIGURA 16	Fotografia de Eurico Villela.....	122
FIGURA 17	Antigo Hospital de Lassance em casa adaptada para realizar os primeiros estudos sobre doença de Chagas na região.....	127
FIGURA 18	Atual Centro de Memória Carlos Chagas – Lassance 2017.....	127
FIGURA 19	Fotografia de crianças internadas com a mãe.....	136
FIGURA 20	Hospital Regional de Lassance / Hospital Carlos Chagas.....	146
FIGURA 21	Modelo de prontuário usado pela Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte e modelo de Fichas médicas da Faculdade de Medicina	168
FIGURA 22	Raul de Avellar Alves em trabalho de campo na cidade de Lassance / MG	191
FIGURA 23	Publicação de Lacôrte em <i>Memórias do Instituto Oswaldo Cruz</i> com resultados de experiências médicas com doentes nos hospitais do IOC.....	198

FIGURA 24 Registro e acompanhamento dos corpos por pesquisadores dos hospitais do IOC.....	203
FIGURA 25 Forno de incineração de lixo visto a partir do terreno do Hospital Oswaldo Cruz em 1913.....	208
FIGURA 26 Alunos do Curso de Aplicação do Instituto Oswaldo Cruz.....	224
FIGURA 27 Fotografia de médicos e pacientes na varanda do Hospital Oswaldo Cruz.....	225
FIGURA 28 Menino P.H.O. em fotografia para registro e acompanhamento do caso clínico e terapêutico.....	235
FIGURA 29 Eletrocardiógrafo G. Boullitte.....	243
FIGURA 30 Exames de traçado.....	245
FIGURA 31 Desenhos de órgão de pacientes feitos por médicos do HOC.....	247

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 População da cidade do Rio de Janeiro (Distrito Federal) de 1906 a 1912	43
QUADRO 2 Hospitais existentes no Rio de Janeiro no século XIX.....	57
QUADRO 3 Expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz (1908-1922).....	64
QUADRO 4 Cidades e povoados de origem dos doentes entre 1909-1918 / MG.....	129
QUADRO 5 Lista de médicos ligados à rede de pesquisas do Instituto Oswaldo Cruz.....	194
QUADRO 6 Profissionais ligados ao Hospital Oswaldo Cruz.....	195
QUADRO 7 Profissionais formados no Curso de Aplicação do Instituto Oswaldo Cruz vinculados ao Hospital Oswaldo Cruz e demais espaços de pesquisa médica ligados ao IOC	223

LISTA DE ORGANOGRAMAS

ORGANOGRAMA 1 – Rede de espaços hospitalares do Instituto Oswaldo Cruz entre 1909-1918	98
ORGANOGRAMA 2 – Rede de espaços hospitalares do Instituto Oswaldo Cruz entre 1919-1930	252

LISTA DE MAPAS

MAPA 1	Localização de Lassance / Minas Gerais.....	107
MAPA 2	Pacientes por Município de MG no Período entre 1909 e 1930.....	219

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Diagnósticos (1909-1918).....	125
GRÁFICO 2	Atividade dos pacientes (1909-1918).....	130
GRÁFICO 3	Tratamento – doença de Chagas (1909-1918).....	152
GRÁFICO 4	Médicos cientistas (1919-1923).....	192
GRÁFICO 5	Médicos cientistas (1924-1930).....	193
GRÁFICO 6	Médicos – Casos de doença de Chagas.....	193
GRÁFICO 7	Origem dos doentes (1919-1930)	212
GRÁFICO 8	Diagnósticos (1919-1930).....	216
GRÁFICO 9	Atividade dos pacientes (1919-1930).....	220
GRÁFICO 10	Tratamento – doença de Chagas (1919 – 1930).....	232

LISTA DE ABREVIATURAS

- AMN – Academia Nacional de Medicina
- CEPEN – Comissão de Estudos de Patologia Experimental do Nordeste
- DEE – Divisão de Endemias Rurais
- DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública
- DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
- DNS – Departamento Nacional de Saúde
- DSP – Divisão de Saúde Pública
- FMRJ – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro
- FMURJ – Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro
- HCPRMA – Hospital Central de Profilaxia Rural em São Luís do Maranhão
- HOC – Hospital Oswaldo Cruz
- HSFA – Hospital São Francisco de Assis
- INI – Instituto Nacional de Infectologia
- IOC – Instituto Oswaldo Cruz
- INDT - Instituto Nacional de Doenças Tropicais
- INSP – Instituto Nacional de Saúde Pública
- IPEN – Instituto de Patologia Experimental do Norte
- MES – Ministério da Educação e Saúde
- SEGE – Serviço de Estudos de Grandes Endemias
- SPRMA – Serviço de Profilaxia Rural do Maranhão

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	20
CAPÍTULO 1 – PROJETOS HOSPITALARES DE OSWALDO CRUZ E A SAÚDE NA CAPITAL FEDERAL	36
1.1 Os “belos tempos” e as contradições da Capital.....	38
1.2 Na direção da Saúde: Oswaldo Cruz, a fragilidade e os remendos das estruturas hospitalares.....	47
1.3 A assistência à saúde no Rio de Janeiro e o problema da falta de leitos.....	55
1.4 À serviço do “templo da ciência”: projetos de hospitais para o Instituto Oswaldo Cruz.....	58
1.4.1 Hospital de isolamento que não saiu do papel.....	60
1.4.2 Missões científicas e o argumento para criar um hospital de pesquisa no IOC...	63
1.4.3 O Hospital de pesquisas do Instituto Oswaldo Cruz: arquitetura pavilhonar e saúde.....	69
1.4.4 Hospital na conta da “manqueira”.....	74
1.5 Sociabilidade e solenidades: uma reunião de <i>homens de ciência</i>	81
1.5.1 Um “ato solene”: a inauguração do Hospital Oswaldo Cruz na mídia impressa...	82
1.5.2 O papel do Instituto Oswaldo Cruz nos congressos médicos.....	87
1.5.3 “O Rio transformara-se numa necrópole”: o hospital em <i>cheque</i> pela <i>espanhola</i>	89
1.6 A rede de pesquisas em hospitais.....	92
CAPÍTULO 2 – A REDE DE ESPAÇOS HOSPITALARES PARA A PESQUISA SOBRE DOENÇA DE CHAGAS E OUTRAS DOENÇAS TROPICAIS BRASILEIRAS (1909 A 1918)	100
2.1 A fé na ciência médica e as doenças como fenômeno social.....	101

2.2 Expedição ao Norte de Minas Gerais e a “tríplice descoberta”.....	105
2.3 Á procura do sangue infestado: Berenice e “um dos mais belos ornamentos do Instituto Oswaldo Cruz”.....	111
2.4 Comissão de estudos no sertão mineiro e a “triagem” das <i>chagas</i>	120
2.5 O “catálogo de horrores” do sertão brasileiro e a <i>tireoidite parasitária</i>	132
2.6 Teoria dos germes e medicina tropical: um olhar para os trópicos.....	141
2.7 Espaços hospitalares em campo: abarracamentos móveis, casas de pau-a-pique e os hospitais de Lassance.....	145
CAPÍTULO 3 – COINFECÇÕES E TERAPÊUTICAS PLURAIS: MEDICAMENTOS E PESQUISA CLÍNICA COM INDIVÍDUOS PORTADORES DA DOENÇA DE CHAGAS (1909 A 1918)	148
3.1 Silêncios terapêuticos.....	150
3.2 Registros prontuariais e medicamentos para tratar doença de Chagas.....	152
3.2.1. As experiências com a tripanossomíase africana.....	153
3.2.2. Tratamento com arsenicais e protozan.....	159
3.3 A fronteira entre medicamentos naturais e sintéticos.....	164
3.4 O ‘baticum’ e as ‘facadas pesadas no coração’: experiências com a atropina.....	170
3.5 “Perturbações do coração”, o nó atado e os estudos do ritmo cardíaco.....	174
3.6 O ‘selo’ da doença confrontado: debates, controvérsias e um novo quadro clínico....	179
3.7 Os “sinais de exceção”: a nebulosidade das apostas clínicas.....	184
3.8 Um “magnífico painel de verdades melancólicas”: o discurso nacionalista em defesa da <i>tireoidite parasitária</i>	185

CAPÍTULO 4 – O SERTÃO É AQUI AO LADO: O HOSPITAL OSWALDO CRUZ, HOSPITAL DE PESQUISA SOBRE ENDEMIAS RURAIS E URBANAS (1919 A 1930)	189
4.1 “Um repositório permanente de casos clínicos” e os médicos do Instituto Oswaldo Cruz em seu hospital em Manguinhos.....	190
4.1.1 <i>Spirochaeta pallida</i> no caminho das <i>tripanossomíases</i> : a ampliação das linhas de pesquisas.....	200
4.1.2 Assistência e internações no Hospital Oswaldo Cruz.....	202
4.1.3 A estrutura de um “grande hospital”.....	205
4.1.4 Experiências médicas e a retomada da controvérsia científica de Chagas.....	210
4.2 Entre mazelas rurais e urbanas.....	214
4.3 Um hospital para ensino das doenças tropicais e experiências médicas.....	221
4.3.1 Experiências médicas e ética em pesquisa com seres humanos.....	228
4.3.2 Protocolos médicos e a padronização dos tratamentos.....	231
4.3.3 Caso de família: internações nas enfermarias do Hospital Oswaldo Cruz.....	236
4.3.4 Experiência com o ‘Bayer 205’.....	239
4.4 Hospital Oswaldo Cruz e tecnologias médicas para estudos do ritmo cardíaco.....	240
4.5 O papel central do HOC nas pesquisas experimentais das doenças tropicais do país nos anos 1930.....	248
CONSIDERAÇÕES FINAIS	253
REFERÊNCIAS	258
ANEXOS	282

INTRODUÇÃO

*Um galo sozinho não tece uma manhã: / ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele / e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes / e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem / os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue, / se vá tecendo, entre todos os galos.*

(João Cabral de Melo Neto, Tecendo a Manhã)

A epígrafe selecionada para iniciar esta apresentação sintetiza a minha trajetória acadêmica e diz muito sobre a ótica pela qual observo a história e os personagens que trago à público nessa tese. Os versos me ajudam a expressar, com arte, o quão coletivo é o processo de construção de conhecimentos. Os projetos políticos e sociais, frutos de acordos e negociações, sempre apareceram em meus trabalhos, como inquietação, desde a graduação. E, independente da forma que se apresentaram, é visível que o recorte temporal permanece o mesmo, a Primeira República Brasileira, da mesma forma como reaparece o grupo ao qual se voltam ou destinam os projetos, aos indivíduos historicamente afastados do que hoje chamamos direitos de cidadania e direitos humanos. O que me distancia temporalmente desse período, e ao mesmo tempo me aproxima com indagações, arrisco dizer, é o gosto pela complexidade das relações humanas e a sensação de dar visibilidade a vidas silenciosas que, assim como os *homens de letra* e os *homens de ciência*, fazem parte da história. História que é tecida, assim como a *Manhã* de João Cabral de Melo Neto, de forma plural.

No início do século XX, em meio às grandes transformações por que passava o Rio de Janeiro, a capital brasileira, foi criado num subúrbio da cidade um conjunto arquitetônico bastante sofisticado composto pelo Pavilhão Mourisco, a Cavalariça, o Pavilhão da Peste, o Pombal, o Aquário, o Hospital Oswaldo Cruz e o Quinino. Esses novos prédios acomodaram laboratórios e instalações do Instituto Soroterápico Federal, inaugurado em 23 de julho de 1900 e batizado de Instituto Oswaldo Cruz em 1908 em homenagem a seu idealizador e construtor. Oswaldo Cruz, além de dirigir o Instituto de pesquisa, foi nomeado para chefiar a Diretoria Geral de Saúde Pública e liderar a campanha contra a febre amarela na capital brasileira, baseada na teoria recém-demonstrada de sua transmissão por uma única espécie de mosquito.¹ Instalado em uma fazenda abandonada no sertão carioca, na virada do século XIX para XX, o

¹ Para a história da instituição, ver Aragão (1950); Stepan (1976); Benchimol (1990a, 2005); Benchimol e Teixeira (1993); Cukierman (2007). Sobre a campanha contra a febre amarela na cidade do Rio de Janeiro, ver Benchimol, 1999.

Instituto passou por uma mudança em sua estrutura física objetivando transformar aquele pequeno laboratório em um centro de investigação semelhante ao Instituto Pasteur de Paris (Benchimol, 1990a). Esse novo espaço de pesquisa experimental funcionava como uma “agência do poder central”, com cientistas que seriam reconhecidos e que se reconheceriam “como agentes e porta-vozes da ‘nação’” (Benchimol e Teixeira, 1993, p. 16). Ali foram realizados estudos que ganharam crescente repercussão no cenário nacional e internacional, estudos feitos à luz das modernas bacteriologia e medicina tropical, versando sobre doenças como a tripanossomíase americana (doença de Chagas), malária, febre amarela, leishmaniose, boubá, ancilostomíase e doenças ditas ‘cosmopolitas’, como tuberculose e sífilis.

No alto de uma das colinas da fazenda de Manguinhos foi erguido uma imponente construção, o Pavilhão Mourisco – também conhecido como Castelo Mourisco –, que chamava atenção pela grandiosidade de seu projeto arquitetônico, equiparado aos palácios da avenida Central, volumétrica e decorativamente (Benchimol, 1990a; Benchimol e Teixeira, 1993). No terreno, as antigas casas de fazenda adaptadas para abrigarem laboratórios e seus anexos foram substituídas pelo referido “complexo arquitetônico”, com características monumentais também, “edificado em sincronia com a substituição do velho casario colonial do Rio de Janeiro pelos prédios e avenidas que imitavam a Paris de Haussmann” (Benchimol e Teixeira, 1993, p. 15).²

O alto de outra colina do terreno foi escolhido para sediar uma dessas novas construções, um hospital de pesquisa anexo aos laboratórios do Instituto capaz de assistir aos estudos ali desenvolvidos. O nosocômio referido é o Hospital Oswaldo Cruz, atual Instituto Nacional de Infectologia da Fundação Oswaldo Cruz (INI / Fiocruz).³ Antes de apresentá-lo, preciso, sobretudo, explicar o título dessa tese: *O Instituto Oswaldo Cruz e seus hospitais: médicos, pacientes e suas mazelas rurais e urbanas (1909 a 1930)*. O ponto de partida da pesquisa foi o antigo Hospital Oswaldo Cruz, por ele foi despertado o meu interesse ao trabalhar no projeto *Memória e História* daquela instituição. Na convivência com as fontes surgiu a ideia de fazer uma pesquisa histórica sobre essa instituição singular ligada ao Instituto Oswaldo Cruz. Entre narrativas de funcionários que ali trabalhavam e as raras páginas que a literatura oferecia surgiram os meus primeiros questionamentos sobre o hospital. Com uma perspectiva histórica busquei estudá-lo para compreender sua criação, estrutura e funcionamento entre 1912 e 1930,

² A expressão “complexo arquitetônico” foi cunhada por Jaime Benchimol para referir-se à primeira geração de prédios construídos em Manguinhos assinados pelo arquiteto português Luiz Moraes Junior. Benchimol, 1990a, p. 105.

³ Em 1942 o Hospital Oswaldo Cruz foi denominado de Hospital Evandro Chagas em homenagem ao médico Evandro Chagas que ali atuou durante toda sua trajetória acadêmica. Atualmente, o antigo hospital abriga o Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), uma unidade técnico-científica da Fiocruz. Para uma rápida consulta à história do INI, ver o site do instituto: <https://www.ini.fiocruz.br/> Acesso em 01.12.2018.

do ano em que começou a ser construído até o momento em que viveu os impactos da crise econômica no IOC e passou a assumir lugar privilegiado, junto à órgão federal, para os encaminhamentos de projetos voltados às endemias rurais no país. Mas ao trabalhar com as fontes históricas minha atenção foi o tempo todo desviada para vários outros espaços hospitalares que serviram aos estudos feitos no Instituto Oswaldo Cruz antes da criação do seu espaço específico de pesquisa que foi o Hospital Oswaldo Cruz. E mesmo depois da criação desse hospital, a rede do Instituto de Manguinhos tornou-se na verdade ainda mais ampla. Ela não se limitou a esse hospital, uma vez que o instituto continuou mantendo interfaces e relações com vários outros espaços hospitalares. E ao observar essa dinâmica do IOC com os hospitais no decorrer das pesquisas essa tese então acabou se tornando plural, por isso o título dado a ela.

Ainda assim o Hospital Oswaldo Cruz apresenta grande destaque e relevância imperiosa nesse trabalho, principalmente devido ao silêncio histórico a que fora submetido. Dos estudos que lançaram luz sobre o hospital, o pioneiro foi *Manguinhos: do Sonho à Vida*, do historiador Jaime Benchimol (1990a). Ao discutir a história do Instituto Oswaldo Cruz, o livro evidencia o hospital ali construído do ponto de vista de seu projeto arquitetônico, destacando os preceitos higienistas em voga no momento de sua construção e de sua inserção na conjuntura da cidade. Esse livro lança pela primeira vez na historiografia do hospital sua relação com os estudos da doença de Chagas, importante aspecto que essa tese busca dar prosseguimento e aprofundar a partir da análise de decretos, ofícios, relatórios institucionais e publicações científicas.

Influenciado pelas leituras de Benchimol, os artigos produzidos pelo pesquisador Renato da Gama Rosa também ressaltam características históricas desse hospital do ponto de vista da arquitetura e do patrimônio institucional da atual Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Em seus escritos, o hospital aparece como projeto que incorpora às regras da arquitetura higienista, do final do século XVIII, e da arquitetura pavilhonar do fim do século XIX, “o saber e as tecnologias médicas oriundas da revolução pasteuriana” (Costa, 2008).

Outro trabalho que põe em evidência o Hospital Oswaldo Cruz é *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação 1909-1962* da pesquisadora Simone Kropf (2009a). Ao discutir as endemias rurais como um obstáculo ao progresso e a consagração da *tripanossomíase brasileira* como um símbolo de país ‘atrasado’ e ‘doente’, a historiadora menciona que em meio a tais discussões o governo federal destinou fundos especiais para que fossem construídos hospitais dedicados a estudar clinicamente a doença de Chagas. Explora o decreto nº 9.346, de 1912, que libera verba para a construção dos hospitais e para combater e prestar assistência a doentes em áreas afastadas do centro com a criação, no Instituto Oswaldo Cruz, da Comissão de Profilaxia e Assistência Médica da Moléstia de Chagas. O trabalho

também destaca o projeto de Oswaldo Cruz de criar “abarracamentos hospitalares móveis” em diferentes pontos do país e enviar pesquisadores para mapear sua distribuição geográfica. A partir de tais pressupostos, identifica a criação do hospital localizado em Manguinhos como estratégia para centralizar as pesquisas realizadas no sertão brasileiro criando um ponto fixo para reunir indivíduos e realizar os estudos clínicos da doença (Kropf, 2009, p. 156 e 171).

Um trabalho relevante sobre este espaço de assistência à saúde foi a publicação *Hospital de Manguinhos: 85 anos de pesquisa clínica*, de Maria Regina Cotrim Guimarães (2009). Trata-se de uma edição comemorativa do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas com o objetivo de apresentar a história da instituição de forma acessível a diversos públicos. O livreto, baseado em levantamento de fontes primárias no Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz, fornece variadas informações a respeito do espaço, de alguns profissionais que nele circularam e de doenças e linhas de pesquisas que agregou ao longo de sua história. A partir dessas pesquisas, a pesquisadora criou o projeto *Memória e História do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas* no qual produz trabalhos e divulgação científica a partir de uma perspectiva da história institucional.

No mais, todas as informações relativas ao Hospital foram extraídas principalmente de textos memorialistas, entre eles, os escritos por Carlos Chagas Filho, filho de Carlos Chagas, médico que trabalhou como voluntário ao longo do curso na Faculdade de Medicina e foi diretor dessa instituição, nomeado para o cargo após o falecimento de seu irmão Evandro Chagas (Chagas Filho, 2010; 2000; 1987). Há, igualmente, escritos e entrevistas de Lobato Paraense, outro médico que trabalhou no hospital durante a gestão de Evandro Chagas (Paraense, 1989).

O projeto de construção do Hospital Oswaldo Cruz representa um componente importante da estrutura criada para alojar e estimular as investigações sobre as doenças que ameaçavam as populações das cidades portuárias brasileiras e das populações que habitavam as zonas rurais do país, especialmente no tocante aos aspectos clínicos e terapêuticos dessas doenças. Esse hospital foi erguido no topo de uma colina mais afastada dos demais prédios do terreno ainda sob forte influência da medicina miasmática para a qual há forte preocupação com o arejamento do ambiente como uma das formas de conter as infecções. O seu programa arquitetônico norteador obedeceu às recomendações de um hospital higiênico preconizado pela bacteriologia pasteuriana, como amplas varandas, pé-direito alto e um sistema próprio de refrigeração para proporcionar aeração do espaço, sendo caracterizado por uma “arquitetura limpa” e restrita a poucos elementos decorativos apenas nas varandas (Benchimol, 1990a; Costa, 2011). Os preceitos arquitetônicos que guiaram a construção desse hospital de pesquisa combinavam normas e técnicas da microbiologia para neutralizar as possibilidades de contágio

com normas e técnicas ligadas ainda ao paradigma dos hospitais pavilhonares, concebidos à época em que os miasmas dominavam a medicina e a arquitetura.

A construção desse hospital ocorreu à margem do sistema de assistência médica da cidade para servir à instituição de pesquisa à qual nasceu atrelado, o Instituto Oswaldo Cruz. Seu projeto esteve alinhado a um grande debate nacionalista no país representado por grupo que defendia a associação entre doenças e atraso econômico e propagou a urgência de criação de políticas públicas de saúde para acabar com as enfermidades que impediam o crescimento do Brasil. O hospital criado no Instituto Oswaldo Cruz serviu, portanto, como um importante suporte para a implementação desses projetos políticos e científicos para acabar com os “males” do país, aqueles que, diziam, impediam o “progresso” e a “civilização”.⁴ Sua história está associada ao Instituto Oswaldo Cruz e às políticas públicas de saúde no contexto da Primeira República brasileira e da instituição da microbiologia e medicina tropical no país. Simultaneamente, está entrelaçada às trajetórias de médicos-cientistas, técnicos que ali trabalharam e pacientes que foram internados e serviram como objetos de estudo para a medicina.

O Hospital Oswaldo Cruz foi estudado do ponto de vista arquitetônico e foi tema de interesse de trabalhos que chamaram a atenção para o seu valor patrimonial e artístico, inspirou projeto de pesquisa visando sua memória e história e também foi tratado pela historiografia como um espaço reservado à prática de estudos sobre doenças inqueridas no Instituto Oswaldo Cruz. Mas esse hospital centenário nunca foi estudado a partir da assistência médica e internação de pacientes, assim como dos procedimentos e terapêuticas às quais foram submetidos. A essa questão pode ser somada uma lista de interrogações: Qual era o público-alvo do hospital? De onde vinham os indivíduos doentes? Qual era a forma de acomodação dos pacientes, principalmente os oriundos do sertão que vinham sozinhos ou acompanhados pela família? Quem eram os médicos que trabalhavam no hospital, além dos personagens emblemáticos Carlos Chagas e Eurico Villela? Quem eram os profissionais e técnicos que ali atuavam? Quais foram as linhas de pesquisas alimentadas naquele estabelecimento? Quais foram os protocolos realizados com pacientes e a quais medicamentos foram submetidos (suas dosagens e “sucessos/fracassos”)?

Todas essas lacunas buscaram ser respondidas ao longo da tese, julgando, com isso, que elas ajudam a compreender melhor o funcionamento do hospital e a dinâmica da rede de pesquisas do Instituto Oswaldo Cruz, a qual estava atrelado. Partindo da premissa que o IOC

4 Sobre os projetos políticos e científicos em disputa no debate nacionalista, ver: Britto, 2006; Lima, 1999; Benchimol e Teixeira, 1993.

conectou-se a outros espaços hospitalares, a pesquisa também buscou mapeá-los e averiguar o ponto de contato ali estabelecido, ou seja, os médicos pesquisadores do Instituto. Foram observados os hospitais em que atuaram médicos do IOC no período que antecede a criação de seu hospital em Manguinhos e os espaços com os quais o instituto estabeleceu interfaces em momento posterior. E o caminho para percorrer essa rede de hospitais interconectados ao IOC foi o viés das experiências médicas realizadas com pacientes, mapeadas através de análises de prontuários, periódicos, documentos administrativos e arquivos pessoais.

O trabalho tem por objetivo investigar os estudos e a assistência médica ligados à instituição e circulação, em âmbito mundial, dos conhecimentos da medicina tropical nas três primeiras décadas do século XX tomando por base os espaços destinados à pesquisa médica implementados pelo Instituto Oswaldo Cruz. Pretende cotejar a um só tempo a história institucional e sua trajetória, as relações científicas entre seu corpo médico e técnico e ainda a produção de conhecimentos no tocante às doenças, principalmente a tripanossomíase americana. Para isso, analisa um conjunto de prontuários médicos do Hospital Oswaldo Cruz no intuito de identificar e problematizar o modo como foram estudadas e tratadas as doenças, assim como compreender qual era o programa de pesquisa clínica, terapêutica e básica da instituição. A partir dessa documentação, o trabalho mapeou a origem e o perfil social dos pacientes investigados em diferentes espaços de assistência à saúde, mas todos caracterizados pela conformação de arquivos médicos pertencentes a mesma instituição de pesquisa.

A tese representa um estudo inédito sobre a rede de hospitais de pesquisa do IOC e por esse motivo deve ser avaliada como um primeiro esforço de sistematização e análise de suas experiências médicas. Não foi pretensão esgotar todas as pesquisas médicas por ele desempenhadas, mas examinar quais delas tiveram maior expressão ou importância para a construção de sua identidade. O argumento central desse trabalho é que o Instituto Oswaldo Cruz para se consolidar no campo da medicina tropical expandiu suas pesquisas, como tentáculos, a muitos hospitais e criou os seus próprios espaços para servir de triagem e laboratório experimental. Lançou mão de hospitais na Capital, criou hospitais no interior do país, entre eles o Hospital de Lassance e o Hospital Carlos Chagas (Minas Gerais), atuou em hospitais ligados às filiais do Instituto em outros estados e construiu na fazenda de Manguinhos o Hospital Oswaldo Cruz, instituição voltada à assistência, internação para pesquisas terapêuticas e ao ensino médico. As experiências realizadas em todos esses espaços hospitalares foram construídas a partir de dois princípios: otimismo da ciência médica e experiências com seres humanos.

A concepção de ciência que guiou aquele grupo estava permeado por valores do positivismo e por teorias científicas com exaltação da ciência e da técnica. Fortemente influenciada pela filosofia do positivismo de Augusto Comte, a ciência era pensada como um saber supremo, rigoroso, objetivo, pautado por leis irrefutáveis e universais (Abadia, 2005, p. 262). Linear, mensurável, acumulativo e incontestavelmente verdadeiro, esse enfoque garantia a ideia de neutralidade da ciência e destacava a realização da ciência a partir de grandes homens, considerados gênios, indivíduos brilhantes, se comparados aos demais (Henry, 1998; Fleck, 2010; Pestre, 1996). Vista também como um instrumento do progresso, essa concepção de ciência pela qual eram formados os cientistas de Manguinhos foi responsável pelo clima de otimismo na medicina vivido à época com a repercussão internacional dos trabalhos no campo da microbiologia, da medicina tropical e da ‘medicina de laboratório’ enquanto poderosa ferramenta para enfrentar problemas sanitários do Brasil. As novidades no campo da medicina advindas das teorias científicas aqui citadas, pareciam promissoras com as possibilidades que apresentavam de conhecimento dos agentes etiológicos das doenças, de objetivação dos diagnósticos através do laboratório e de tratamentos e prevenções das doenças com os soros e as vacinas. Para analisar as nuances desse otimismo da ciência médica, as ferramentas teóricas aqui empregadas foram fornecidas por Rosenberg, Cunningham e Fleck.

Em contraponto à concepção de ciência que pautava a conformação das doenças no fim do século XIX e início do XX, descrita no parágrafo anterior, Rosenberg apresenta um elemento indispensável para o debate: a doença como um fenômeno construído socialmente. Rosenberg compreende a doença como entidade biológica e física, mas também como um fenômeno socialmente construído e negociado. E entende que em nossa cultura as doenças não existem como fenômeno social até que ocorra uma convenção, uma nomeação, e para isso usa a metáfora do “enquadramento” para discutir o processo de construção de esquemas explanatórios e classificatórios de uma doença na sociedade.

Cunningham é outro autor com quem dialoga essa tese por contribuir para a compreensão das doenças como conhecimentos construídos culturalmente. O autor compartilha com Rosenberg do pressuposto que o aparato retórico utilizado para nomear e explicar doenças variou ao longo da história (Rosenberg, 1997, p. XVI-XVIII; Cunningham, 1992, p. 212) e utiliza o caso da peste como exemplo para discutir a hegemonia do conceito de doença criado pelo laboratório e demonstrar que ocorreu uma transformação radical na forma de definir as doenças infecciosas com o advento da bacteriologia e das práticas laboratoriais (Cunningham, 1992, p. 209). O trabalho diferencia a doença em dois momentos, chamados de *peste pré-laboratório* e *peste pós-laboratório*, e buscando evidenciar seus diferentes pressupostos e como

se distinguem. No primeiro momento, a identificação da doença estava centrada na descrição dos sintomas (e sua “evolução”), que eram muitos e complexos, geralmente a presença de bulbões no corpo do indivíduo doente, mas também poderia ser identificada a partir de febres e tantos outros sintomas. E a causa da *antiga peste*, que não era central para identificar a doença, era ampla e diversa, mantendo relação com aspectos ambientais ou a uma pré-disposição do indivíduo à doença. No segundo momento, da *peste pós-laboratório*, a consolidação da doença ocorre a partir da presença de um agente causal, de um microorganismo, mais especificamente do bacilo conhecido por *Yersinia pestis* (Cunningham, 1992, p. 211), legitimado pelo triunfo e consolidação da *teoria microbiana* a partir das contribuições da química e dos estudos de fermentação e putrefação; da microbiologia; do desenvolvimento dos métodos de classificação e pigmentação das bactérias; da descoberta dos vetores; dos métodos de inoculação dos germes; e da soroterapia.

Esse trabalho é importante para problematizar a conformação de uma nova perspectiva das doenças após o advento da teoria dos germes, visto que era essa a formação dos médicos filiados à tradição científica de Oswaldo Cruz e aos preceitos teóricos desenvolvidos no Instituto de Manguinhos apoiados na concepção microbiológica que permitia “um novo tipo de enquadramento das doenças, ao impor uma maior ordem taxonômica e acentuar a importância de estudos post-mortem: a questão era a de conseguir meios para conhecer os microorganismos patogênicos e encontrar os meios bioquímicos de combatê-los” (Rosenberg, 1997, p. XVII). De acordo com essa concepção, surgiu a medicina de laboratório e as doenças infecciosas passaram a ser definidas a partir de seus resultados. O ofício passou a ser exercido no espaço do laboratório, local de estudo das doenças, a partir da identificação e nomeação das enfermidades através de exames. A partir desse momento, com o laboratório exercendo um papel fundamental, não existe diagnóstico, e muito menos a doença, sem o seu aval final. O laboratório, nesse caso, não é visto apenas como um instrumento, mas como uma prática responsável por definir, limitar e direcionar maneiras de pensar e agir (Cunningham, 1992, p. 216). E a maior contribuição de Rosenberg e Cunningham ao trabalho é a chave interpretativa para pensar que o diagnóstico e os prognósticos estabelecidos a partir das práticas do laboratório articulam interesses e conduzem políticas públicas.

Amparados por essas concepções filosóficas, teóricas e práticas de ciência, apontadas até o momento, foram realizadas as experiências médicas em todos os espaços hospitalares ligados ao Instituto Oswaldo Cruz. Dos hospitais localizados na capital federal, aos hospitais, abarracamentos móveis e espaços hospitalares improvisados no rincões do país, todos tiveram em comum os experimentos clínicos e terapêuticos testados em seres humanos. Submetidos à

‘tirania do diagnóstico’, os indivíduos foram observados ao longo do trabalho como parte de um hierárquico e sentencial processo de definição do estatuto de doente, capaz de acarretar mudanças de comportamento e até mesmo de trajetórias (Rosenberg, 2002).

Entre os diagnósticos aferidos pela instituição, o trabalho dedicará maior atenção aos relativos à doença de Chagas. Diante do silêncio na historiografia no tocante às terapêuticas, a tese tem em mira preencher essa lacuna na história da *tripanossomíase americana* no que diz respeito à forma como eram tratados os pacientes, examinando as drogas e procedimentos médicos usados, sua eficácia e seus efeitos colaterais. A doença de Chagas atualmente está enquadrada em um grupo de doenças conhecido como ‘negligenciadas’, junto com a malária, leishmaniose, dengue e outras, por acometerem milhares de indivíduos, grande parte deles com baixa renda e economicamente desfavorecidos, em países subdesenvolvidos. É uma doença endêmica em países da América Latina e Central, causada pela infecção do parasito homoflagelado *Tripanosoma cruzi* e transmitida por insetos triatomíneos conhecidos popularmente como barbeiros. Sua principal forma de transmissão é a vetorial, mas também ocorre por transmissão transfusional ou congênita. Dados recentes da Organização Mundial de Saúde estimam que 8 milhões de pessoas estão infectadas no mundo, principalmente na América Latina, e também há indivíduos contaminados na Europa e América do Norte, grande parte devido às migrações por melhores condições de vida (Fiocruz, 2017; WHO, 2018).⁵

Como suporte para as análises sobre o tratamento da doença de Chagas, entre 1909 e 1930, as discussões referentes à circulação dos conhecimentos e práticas médicas foram substanciais. Ajudaram a compreender a assistência à luz da expansão da medicina europeia e da abertura de institutos de pesquisa em diferentes regiões do globo a partir do pressuposto de que os conhecimentos em microbiologia e medicina tropical, desenvolvidos na França, Inglaterra e Europa germânica, os centros hegemônicos, não foram modelos verticalizados absorvidos passivamente pelo Brasil e outras regiões consideradas periféricas. Nesse sentido, o trabalho está alinhado com os esforços de uma historiografia que visa destacar a importância que tiveram os estudos locais (em laboratórios ou hospitais) para a conformação de diversas áreas do conhecimento no âmbito da microbiologia e da medicina tropical.

Para analisar as experiências médicas implementadas na rede de hospitais do IOC, o trabalho aproxima-se das discussões sobre ética em pesquisa propostas por McNeill (1998). As

⁵ De acordo com a OMS, a doença de Chagas é um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil e causa a incapacidade de indivíduos e mais de 10 mil mortos por ano. Estima que nas duas últimas décadas a doença se espalhou para regiões não infectadas com maior intensificação devido às mudanças socioeconômicas, o êxodo rural, o desmatamento e a urbanização, fenômenos que transformaram o perfil epidemiológico da doença. Ver: World Health Organization, 2018.

análise tecidas no trabalho buscam olhar para aquelas experiências médicas realizadas entre 1909 e 1930 sem incorrer num risco tão caro ao historiador, o anacronismo. Para isso, parte do princípio que no início do século XX, assim como nos anos precedentes, não existia um consenso de como, onde e quando experimentar tratamentos em humanos. Explora o argumento da questão ética não ser considerado uma questão, ou mesmo um problema, até o fim da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), e a divulgação das experiências nazistas com humanos em busca da raça ariana pura, e a criação de Códigos e normas visando regularizar as pesquisas médicas – como o Código de Nuremberg (1949), a Declaração de Helsinque (1964) e o Relatório de Belmont (1978). O trabalho de McNeill apresenta uma importante característica das pesquisas médicas realizadas no início do século: estava voltada para um público considerado ‘vulnerável’ do ponto de vista social ou econômico. Nesse sentido, ajuda a sedimentar uma importante faceta dos hospitais objeto dessa tese, a realização de experimentos médicos com indivíduos afastados, econômica e culturalmente, da *cidade das letras*, na acepção de Angel Rama (ano) e dos *homens de ciência*. O público-alvo era composto por indivíduos pobres que habitavam o sertão brasileiro, seja nos arrabaldes situado no interior dos estados ou nos subúrbios carioca.

Essas experiências foram mapeadas em grande parte através de levantamento e análise dos prontuários médicos produzidos pela instituição Hospital Oswaldo Cruz. Não é exagero afirmar que foi esse um dos maiores desafios encontrados na elaboração do trabalho, superando, inclusive, o ineditismo do objeto de pesquisa. Os percalços foram apresentados desde o início, a contar com o próprio acesso à documentação que pertence ao Instituto Nacional de Infectologia (INI/Fiocruz) e permanece sob a guarda do Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz (DAD/COC). Uma das exigências para o contato com a principal fonte do estudo foi sua submissão ao Comitê de Ética de Pesquisa por constar nos prontuários médicos dados pessoais de indivíduos em momento de estreita relação médico-paciente. Com o devido encaminhamento e garantia ao Comitê de Ética do comprometimento em não identifica-los, conforme indicação do Comitê de Ética em Pesquisa / Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP), do Conselho Nacional de Saúde, o projeto recebeu parecer positivo no dia 14/07/2015. Ainda assim o acervo somente foi liberado para consulta após a criação da Portaria Fiocruz-PR nº 1.178, de 25/09/2015, em vigor a partir de 28/10/2015. Isso implicou um atraso de quase dois anos para o início do tratamento com essas fontes, acarretando na mudança do recorte temporal do trabalho, reduzindo-o de 1939 para 1930.

Além das barreiras burocráticas, essa documentação apresentou vários desafios até a conclusão do seu levantamento total. O primeiro deles foi a familiarização com as expressões

e termos médicos e a falta de conhecimento específico do campo. Para solucionar esse impasse, a leitura inicial das fontes ocorreram junto a um repertório de manuais e dicionários médicos da época. Essa dificuldade pode explicar o pouco uso dessas fontes na área das ciências humanas, como indica Bertolli Filho (2001, p. 16) ao afirmar que são pouco exploradas, exceto em situações em que tem sido usadas como ilustração ou curiosidade, logo, apresentando diminuída preocupação sobre sua especificidade. Essa afirmação ainda procede, apesar da última década ter produzido estudos que não se encaixam nesse julgamento, como o trabalho de Molina (2009) – no qual analisa relatórios médicos e psiquiátricos para acessar um ‘duplo discurso’ da sociedade, através do discurso médico e do discurso do paciente – e o trabalho Janis Cassília (2011), produzido no PPGHCS, em que analisa prontuários médicos de pacientes internados na Colônia Juliano Moreira. Ainda que nenhum desses trabalhos tenham percorrido o viés da terapêutica, são ótimos exemplos de tratamento das fontes prontuariais.

Bertolli Filho (2001) classificou os prontuários como um núcleo valioso para a análise da rotina institucional, para compreensão dos posicionamentos assumidos pelos médicos e para revelar a relação estabelecida entre médicos e pacientes. O prontuário é um “instrumento moldado pela ordem médica e pelo poder institucional”, o que não inviabiliza acessar o ponto de vista do doente – ainda que “a espontaneidade da fala e da escrita” estejam comprometidas pelas mediações” (Bertolli Filho, 2001, p. 20). As considerações de Bertolli ajudaram a refletir sobre o conjunto de fontes considerado pilar desse trabalho na medida em que sinaliza para sua possibilidade de evidenciar estratégias da instituição e dos pesquisadores para tratar e desenvolver suas pesquisas. Além disso, suas reflexões metodológicas ajudaram a contemplar uma importante faceta da tese, dar ‘voz’ à instituição e ‘dar voz’ a personagens silenciosos que fizeram parte da história do IOC e da saúde pública brasileiras. Nesse sentido, para chegar um pouco mais próximo da percepção do paciente, ao invés de apostar no que estava escrito nos registros médicos, a opção foi tentar atribuir sentido aos silêncios, sendo esse o método criado a partir da leitura daquele conjunto de fontes tão peculiar.

Entre as fontes usadas nesse trabalho, um expressivo número de documentos integram o Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz (DADCOC). O Fundo Instituto Oswaldo Cruz abriga na seção Hospital Evandro Chagas, onde estão arquivados os prontuários médicos da instituição. Os documentos estão organizados por ordem cronológica em caixas de papelão. Os prontuários levantados, correspondentes ao período de 1909 a 1930, somam um total de 1158 registros médicos e estão agrupados em 17 caixas.⁶ As fontes foram

⁶ A tabela foi elaborada em Excel e uma mostragem pode ser observada em Anexo II.

lidas individualmente e catalogadas em um banco de dados alimentado ao longo da pesquisa. Foram de expressiva contribuição para o mapeamento de vários elementos que envolvem a pesquisa médica do IOC em uma rede de espaços hospitalares que extrapolam o HOC. Com elas foi possível identificar os espaços hospitalares; o público-alvo das experiências médicas; os médicos, biólogos e técnicos envolvidos com os estudos; os Estados, cidades e povoados em que foram desenvolvidas as investigações; as doenças em voga na agenda médica e política; e informações a respeito das terapêuticas destinadas aos pacientes.

Além dos prontuários, integram a seção Hospital Evandro Chagas os histórico de pacientes, com total de 36 documentos emitidos entre 1918 e 1930, há relatórios de autópsias realizadas com os indivíduos internados no prédio do HOC e há documentos administrativos. A documentação permitiu cruzar as informações das autópsias com aquelas descritas nos registros prontuários, permitiu identificar profissionais que atuaram no HOC e ajudou a emoldurar características do funcionamento do hospital.

Foram consultados nesse mesmo Fundo a Série Instituto Oswaldo Cruz e a Série Administração Geral. Entre a documentação está o Decreto-lei de 1912, com liberação de verba pública do Ministério da Justiça e Negócios Interiores para os estudos da doença de Chagas, destinada à construção do prédio hospitalar anexo ao Instituto Oswaldo Cruz e aos estudos de campo em áreas assoladas pela doença. Há também o Decreto-lei de 1918 com liberação de verba pública do Ministério da Justiça e Negócios Interiores para finalização das obras de conclusão do HOC. Também compõe a Série o Decreto do Ministério da Viação e Obras Públicas repassando o imóvel pertencente à Estrada de Ferro para abrigar o Hospital Regional de Lassance – Ofício de 20 de janeiro de 1918. Há listas de fornecedores e materiais dispendidas na aquisição de materiais de construção para as obras iniciais do prédio do Hospital Oswaldo Cruz (11 documentos contendo notas fiscais e guias de importação; listas de fornecedores e quantias dispendidas na aquisição de instrumentos, medicamentos e materiais de consumo destinados à profilaxia e assistência médica em áreas assoladas pela doença de Chagas em 1912 (8 documentos, incluindo notas fiscais); lista de gastos com o HOC a partir do crédito concedido pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores em 1918; ofícios diversos com nomeação de funcionários, solicitação de passagens de trem para doentes vindos do interior do país serem internados no HOC, registros de gastos com transporte de doentes, médicos e enfermeiras; relatório de atividade anual do Instituto Oswaldo Cruz. Das pesquisas iconográficas no DADCOC, a Série Serviço de Fotografia, nas subséries Núcleo Arquitetônico da Fiocruz e Carlos Chagas - IOC, forneceram plantas, fotografias do HOC, de médicos-cientistas, pacientes e políticos em seu espaço. Ali também foram encontradas fotografias obtidas em trabalhos de

campo, assim como da casa que serviu de hospital em Lassance e do Hospital Regional de Lassance / Hospital Carlos Chagas (MG).

Foram examinados, ao longo da pesquisa, o arquivo ProMan, da Biblioteca de Manguinhos, que reúne e organiza a produção científica dos pesquisadores da instituição desde 1900. As consultas foram relativas aos cientistas, principalmente o corpo médico, e aos demais técnicos vinculados aos estudos do IOC em sua rede de espaços hospitalares. Essa pesquisa ocorreu a partir do mapeamento dos profissionais após levantamento e análise dos prontuários médicos do HOC. Lastimavelmente esse arquivo não foi explorado como gostaria devido ao prazo apertado para submissão da tese. Ainda assim, foi possível analisar uma parte das pastas com documentação de alguns médicos, apresentados ao longo do trabalho, apesar da visível discrepância das informações reunidas sobre eles.

A pesquisa também realizou um levantamento do periódico *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* a procura dos textos publicados por pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz vinculados ao HOC e aos demais espaços hospitalares em que atuaram. Em contato com essa produção científica, a estratégia aqui adotada foi buscar vestígios das experiências médicas e a forma pela qual foram divulgadas aos seus pares. Os textos científicos relataram pesquisas médicas em pacientes com doença de Chagas, Malária, Sífilis, Leishmaniose, Febre Amarela, entre outras. Grande parte dos relatos indicavam o hospital, ou mesmo os espaços improvisados, em que foram realizados os experimentos, informações relevantes para ajudar a compor um quadro da circulação dos médicos do IOC entre diferentes hospitais e instituições de assistência na cidade ou no interior do país.

No primeiro ano da pesquisa foi realizado uma intensa investigação na Hemeroteca da Biblioteca Nacional em busca de notícias sobre o HOC e as pesquisas médicas do IOC em jornais publicados no Brasil entre os anos de 1909 e 1930. Entre os jornais percorridos e analisados ao longo do trabalho estão aqueles ligados diretamente do Governo, o *Relatório do Ministério da Justiça* e o *Diário Oficial*, e os periódicos de circulação na cidade do Rio de Janeiro, a *Gazeta de Notícias*, *A Época*, *A Noite*, *Correia da Manhã*, *Jornal do Brasil*, *A Rua*, *A Razão*, *O Imparcial*, *O Jornal*, *O País*, *Revista da Semana*. Também foram pesquisados os jornais de outros estados que veicularam informações sobre o HOC, foram eles o *Correio Paulistano*, *Correio do Maranhão*, *Diário de Pernambuco*, *Jornal do Recife*, *República Florianópolis*.

Por fim, e não menos importante, foram considerados documentos dessa pesquisa as entrevistas concedidas por Carlos Chagas Filho – ao Projeto Memória de Manguinhos (Chagas Filho, 1987) e depoimento (Chagas Filho, CPDOC, 2010 – e o seu livro *Aprendiz de Ciência*.

Assim como foi relevante a entrevista concedida por Wladimir Lobato Paraense também ao Projeto Memória de Manguinhos (1987-1989). E a pesquisa contou com as fontes obtidas em trabalho de campo à cidade de Lassance-MG, local onde ocorreram as primeiras investigações médicas sobre a tripanossomíase e onde Carlos Chagas realizou, junto a outros pesquisadores do IOC, estudos que redundaram na conformação da Doença de Chagas. O trabalho de campo propiciou um levantamento dos arquivos do *Memorial Carlos Chagas*, da Secretaria de Educação e Cultura de Lassance, criado em parceria com pesquisadores da Casa de Oswaldo Cruz. Nessa ida à Lassance também foi possível realizar entrevistas com moradores locais em busca de registros médicos de seus familiares e demais indícios que pudessem evidenciar o contato e a relação entre os médicos e os pacientes.

Esta tese está dividida em quatro capítulos. Começa o primeiro com a exposição da atmosfera de modernidade vivida na Capital e o clima otimista do progresso e da ciência na virada do século XIX para o XX. Contrasta essa realidade com o cotidiano de uma cidade turbulenta, permeada por assimetrias sociais, conflitos e doenças. Discute o impacto de ideias higienistas e da microbiologia e a criação do Instituto de pesquisas experimentais que ficou sob a direção de Oswaldo Cruz ao mesmo tempo em que o cientista estava à frente da Direção Geral de Saúde Pública. Apresenta os espaços hospitalares do IOC a partir dos projetos políticos e científicos da Instituição em seus primeiros anos de funcionamento. Este é o tema do primeiro capítulo, onde a intenção compreender como os hospitais passam a ser condição necessária ao sucesso do esforço feito pelos dirigentes daquele Instituto para dilatar as fronteiras de suas atividades que mostrar-se-iam proveitosas para o empenho concomitante dos grupos políticos e econômicos hegemônicos a nível federal de expandir e consolidar as fronteiras do Estado nacional, assim como de expandir o mercado e as oportunidades de investimento do capitalismo brasileiro.

Esse primeiro capítulo apresenta a conjuntura da saúde na cidade do Rio de Janeiro, enfatizando o problema da estrutura hospitalar e da assistência aos doentes, e questiona como o projeto de hospital voltado para as endemias rurais adquiriu uma relevância para a política sanitária do país. Assim como indaga que forças sociais foram mobilizadas para criar um hospital predisposto a ser um lugar de condensação de corpos doentes selecionados para servirem de matéria-prima a pesquisas que diziam respeito a diferentes regiões do país, ou seja, compreender como foi se estruturando o argumento para sua criação e questionar como um hospital tão específico ganhou relevância em uma cidade desestruturada e com tantas demandas como o Rio de Janeiro. O capítulo analisa o projeto de criação de um hospital em Manguinhos a partir das tramas subjacentes ao projeto nacional de estudo e tratamento de doenças tropicais,

especialmente a doença de Chagas – uma vez que o discurso elaborado em torno da urgência de seu conhecimento e tratamento foi o maior propulsor para a materialização do um ‘hospital sede’, o Hospital Oswaldo Cruz.

O segundo capítulo analisa a conformação da doença de Chagas entremeada à criação de hospitais e abarracamentos móveis no sertão de Minas Gerais, pelo IOC, para pesquisas científicas da nova tripanossomíase, a promissora aposta daquela instituição dirigida por Oswaldo Cruz. A partir da concepção de doença como um fenômeno socialmente construído e negociado (Rosenberg, 1997), o capítulo analisa a conformação da doença de Chagas enquanto fato científico legitimado a partir de um coletivo de pensamento em que estavam envolvidos aqueles pesquisadores (Fleck, 2010). A partir dessa compreensão, problematiza os sentidos da tríplice descoberta de Chagas e situa o local em que foram feitas as investigações da doença, a cidade de Lassance, em Minas Gerais. Esse capítulo apresenta dois importantes locais de pesquisa criados pelo IOC, o Hospital de Lassance e o Hospital Regional de Lassance / Hospital Carlos Chagas, como espaços hospitalares que serviram como suporte para a implementação de projetos políticos e científicos.

O capítulo tem como foco as pesquisas médicas realizadas em nome da instituição entre 1909 e 1918 e para isso coloca em evidência a história da doença de Chagas a partir da missão científica ao Norte de MG e aprofunda os estudos realizados em um primeiro momento dando ênfase às características locais, a estrutura montada para amparar as pesquisas e as problemáticas que levaram à criação de uma Comissão de estudo da nova doença. Outro ponto desenvolvido no capítulo é a trama de hospitais que se forma para abrigar as pesquisas sobre a doença de Chagas – hospitais móveis, o hospital adaptado em Lassance em casa que serviu de moradia ao Chagas e outros, o hospital da Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte e os hospitais do Rio de Janeiro para o qual foram conduzidos os pacientes. Esse aspecto é problematizado enquanto base para os argumentos de que o IOC carecia de um espaço próprio para pesquisas médicas com doentes.

No terceiro capítulo do trabalho o foco recai sobre os tratamentos destinados aos pacientes na rede de hospitais do IOC. Apresenta os pressupostos de Stepan (2001, p. 166) chamando atenção para os trópicos como um laboratório de doenças exóticas para europeus, um local para experimentos em animais e humanos com terapias químicas, como os arsenicais. Parte desses pressupostos para analisar os estudos médicos do IOC vinculados ao HOC, especialmente aqueles investigados por Carlos Chagas em doentes da tripanossomíase. Analisa como os médicos cientistas fizeram uso dos “laboratórios a céu aberto” para realizar suas experiências terapêuticas, ainda que elas não tenham sido divulgadas nas publicações médicas

até 1922. Interpreta esse silêncio no tocante às terapêuticas como resultado das inseguranças de Carlos Chagas ao longo do conturbado processo de *enquadramento* da doença, principalmente após controvérsias em torno do aspecto endócrino por ele defendido no primeiro momento. Também interpreta esse silêncio na historiografia como expressão de um entendimento de ciência que valoriza os sucessos, os grandes feitos e os atos heroicos. Propõe um olhar pautado numa vertente da história das ciências afinada com uma escrita a partir das tramas sócio cognitivas e não linear, como uma sucessão de fatos que levam a circunstâncias “vitoriosas”, mas como um desenrolar imerso em disputas políticas, da qual fazem parte os “coletivos de pensamento” (Fleck, 2010). Outro ponto que o capítulo busca interpretar são as descrições terapêuticas, percorrendo seu significado à época, em manuais e dicionários, e comparando os seus usos nas experiências médicas com a tripanossomíase africana por europeus em missões científicas no início do século XX.

O quarto e último capítulo explora as experiências e pesquisas realizadas entre 1919 e 1930 e tem como principal objetivo discutir como foi sendo conferida a identidade institucional do Hospital Oswaldo Cruz, construído em Manguinhos. Interpreta-o como um dos maiores esforços institucionais para centralizar os estudos de pesquisadores do IOC. O capítulo discute a relação entre esse hospital e uma rede de pesquisas médicas do IOC que permaneceram em constante diálogo a partir do funcionamento ativo do hospital em Manguinhos. Apresenta a dinâmica dessa rede de hospitais como meio de promover a política de saneamento contra as endemias do interior do país. Mapeia o quadro profissional interno do HOC e toda a tecnologia ali inserida, contrastando o hospital previsto (em 1912) e aquele concretizado (em 1918). Há um destaque para as relações políticas de Chagas e para as funções que exerceu à frente da DNSP e do IOC, assim como Oswaldo Cruz.

O capítulo apresenta as principais endemias da época e aquelas atendidas especialmente no HOC. Amplia o debate em torno da doença de Chagas em conjuntura de retomada das controvérsias entre 1919 e 1923, enfatiza o acúmulo de experiências em campo e as práticas adquiridas após 1919 a partir da consolidação de um espaço sede. O capítulo ainda explora o HOC enquanto projeto político da instituição voltado ao ensino médico a partir de sua relação com o Curso de Aplicação do IOC. E compreende esse caráter de escola a partir de sua abertura para receber aluno para estágio ao longo de sua graduação na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Identifica o público-alvo desse hospital, e comparando-o com os anos anteriores, os tratamentos e medicações a que estavam submetidos os pacientes e os protocolos a serem seguidos. Por fim, o capítulo destaca o papel que a instituição Hospital Oswaldo Cruz assume nos anos 1930 diante de uma progressiva conjuntura de crise financeira e perda de autonomia.

CAPÍTULO 1

PROJETOS HOSPITALARES DE OSVALDO CRUZ E A SAÚDE PÚBLICA NA CAPITAL FEDERAL

“..., não nos lembramos que nós não nos conhecemos uns aos outros, dentro do nosso próprio país, e tudo aquilo que fica pouco adiante dos subúrbios das nossas cidades, na vaga denominação de Brasil, terra de duvidosa existência, como a sua homenagem da fantástica geografia pré-colombiana.”

(Lima Barreto. Carta a Assis Viana. 07.08.1916)

“(...) Trabalhos de jovens médicos como os doutores Artur Neiva, Carlos Chagas, Belisário Pena e outros, vieram demonstrar que a população roceira do nosso país era vítima desde muito de várias moléstias que a alquebravam fisicamente. Todas elas têm uns nomes rebarbativos que me custam muito a escrever; mas Monteiro Lobato os sabe de cor e salteado e, como ele, hoje muita gente. Conheci-as, as moléstias, pelos seus nomes vulgares; papeira, opilação, febres e o mais difícil que tinha na memória era – o bócio.”

(Lima Barreto. Problema Vital)

Lima Barreto, polêmico escritor que viveu na capital do país durante a alvorada da Primeira República, exemplifica duas temáticas que trouxeram à tona vigorosos debates intelectuais no Brasil das primeiras décadas do século XX. No primeiro fragmento de texto, transcrito acima, expõe a distância abissal entre a cidade capital e o restante do território. Na segunda passagem revela um panorama de ideias médico-científicas que explicavam as doenças e agiam sobre elas a partir de princípios estabelecidos por dois campos de conhecimentos, a microbiologia e a medicina tropical. Sob estas perspectivas foi projetado em uma fazenda localizada na freguesia de Inhaúma, subúrbio da cidade do Rio de Janeiro, à época Capital Federal, um hospital moderno “construído com todo o rigor da técnica” para pesquisa e tratamento de doenças tropicais do país. Projeto político, o Hospital foi projetado como anexo aos laboratórios do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), instituição de pesquisa que buscava legitimar-se nacional e internacionalmente com os estudos no campo da microbiologia e medicina tropical. Nomeado Hospital Oswaldo Cruz (HOC) após finalizadas suas obras, em dezembro de 1918, nasceu atrelado ao IOC para alimentar pesquisas que ali eram desenvolvidas e foi considerado pela instituição um projeto modelo para instalações similares nos países tropicais (Relatório IOC, 1919, p. 4). O capítulo demonstra que esse não foi o primeiro projeto hospitalar de Oswaldo Cruz para a cidade ou para o IOC e evidencia que arquitetou, sem êxito, um Hospital de isolamento em 1904 para ser construído em Botafogo e um hospital para ser

construído no IOC, em 1907, dois projetos tornados públicos em eventos científicos fora do país – em Dresden. O compromisso do cientista com a saúde era duplo, assumia cargos de direção da Saúde Pública e do IOC. Por um lado buscou solução para o problema da falta de eleitos no Rio de Janeiro, por outro quis satisfazer as pesquisas experimentais em voga naquele jovem instituto de pesquisa em busca de proeminência nacional e internacional. Na capital do país, cidade desordenada e assolada por doenças, Oswaldo Cruz articulou forças para implementar um hospital com caráter peculiar de alimentar estudos desenvolvidos no Instituto de Manguinhos, construído segundo os ditames de um hospital moderno, prevendo uma combinação de tecnologias e novos aparatos médicos para respaldar protocolos médico-científicos nas experiências clínicas, laboratoriais e anatomopatológicas feitas por pesquisadores com doentes trazidos do interior do país.

O objetivo desse capítulo consiste em analisar o percurso trilhado por Oswaldo Cruz para reunir argumentos para criar um hospital anexo aos laboratórios de pesquisa de Manguinhos e transformar a instituição na “ponta de lança” dos inquéritos sobre doenças no campo da bacteriologia e medicina tropical. Para isso, inicia com uma exposição da atmosfera de modernidade vivida na Capital e o clima otimista do progresso e da ciência na virada do século XIX para o XX e contrasta essa realidade com o cotidiano de uma cidade turbulenta, permeada por assimetrias sociais, conflitos e doenças. Discute o impacto de ideias higienistas e da microbiologia e a criação do Instituto de pesquisas experimentais que ficou sob a direção de Oswaldo Cruz ao mesmo tempo em que o cientista estava à frente da Direção Geral de Saúde Pública. Apresenta os espaços hospitalares usados pelo IOC para pesquisas a partir dos projetos políticos e científicos da Instituição em seus primeiros anos de funcionamento e almeja compreender como os hospitais passam a ser condição necessária para o IOC dilatar as fronteiras de suas atividades.

O capítulo apresenta a conjuntura da saúde na cidade do Rio de Janeiro, enfatiza o problema da estrutura hospitalar e da assistência aos doentes e questiona como um projeto de hospital voltado para as endemias rurais adquiriu uma relevância para a política sanitária do país. Assim como indaga que forças sociais foram mobilizadas para criar um hospital predisposto a ser um lugar de condensação de corpos doentes selecionados para servirem de matéria-prima a pesquisas que diziam respeito a diferentes regiões do país, ou seja, compreender como foi se estruturando o argumento para sua criação e questionar como um hospital tão específico ganhou relevância em uma cidade desestruturada e com tantas demandas como o Rio de Janeiro. O capítulo analisa o projeto de criação de um hospital em Manguinhos a partir das tramas subjacentes ao projeto nacional de estudo e tratamento de doenças tropicais,

especialmente a doença de Chagas – uma vez que o discurso elaborado em torno da urgência de seu conhecimento e tratamento foi o maior propulsor para a materialização do um ‘hospital sede’.

1.1 Os “belos tempos” e as contradições da Capital

Os projetos hospitalares de Oswaldo Cruz não podem ser dissociados de uma série de mudanças que ocorreram no Brasil da virada do século XIX para o século XX no tocante às questões sociais, econômicas, políticas e culturais, mudanças essas que conduziram a novas formas de experiência do cotidiano. Estimuladas por uma economia mundial capitalista e pelas transformações pós-Revolução Industrial, afetaram a ordem das hierarquias sociais, a noção de tempo e espaço e a própria relação dos indivíduos com o modo de perceber o mundo e os objetos ao seu redor. Com a chamada *modernidade* guiando o “espírito” das grandes cidades, foram inauguradas novas maneiras de sentir, bem representadas pela sensação de vertigem e aceleração do tempo que acompanharam as inovações da ciência e da técnica, tais como a expansão da rede ferroviária, o automóvel, a máquina Normand (usada em navios transatlânticos mais velozes), o telefone, o telégrafo, o rádio, o submarino, o linotipo na imprensa, os balões e dirigíveis, a urbanização, a conformação da teoria dos germes e a identificação dos bacilos da febre tifoide, tuberculose, difteria, peste bubônica, e, ainda no campo da medicina, a descoberta do rádio e dos grupos sanguíneos.⁷

O Rio de Janeiro, cidade em que foi instalado o hospital do Instituto Oswaldo Cruz, vivia a atmosfera otimista desses anos, assim como as grandes cidades europeias, com relação ao crescimento econômico, a confiança ilimitada no enriquecimento a partir do crescimento dos negócios e o desenvolvimento de tecnologias que alimentavam uma euforia de progresso. Como Corte ou capital da República, o Rio de Janeiro esteve alinhado a um “surto de entusiasmo capitalista” vivido entre aproximadamente meados de 1890 até a Grande Guerra por países como França e Inglaterra (Sevcenko, 1998, p. 34). Apesar de ter sido uma época em que tudo parecia mudar em ritmo alucinante, o período conhecido por *Belle Époque*, ou “belos tempos”, evidenciou dois cenários do progresso no Brasil marcados por contradição e conflitos: as

⁷ Quanto à modernidade, do ponto de vista das transformações tecnológicas, o trabalho está alinhado aos debates estabelecidos por Sussekind (1987), Sevcenko (1998), Neves (2014); Schwarcz e Starling (2015). Para a modernidade enquanto expressão de mudanças na experiência subjetiva dos indivíduos, as referências filosóficas foram as ideias de Simmel (1998) e Benjamin (1994, 1989).

idades, imbuídas pela ideologia do progresso por mudanças em seu cotidiano; e o interior do país, cujas fazendas, vilas e sertões estavam profundamente marcados pela madorra e marasmo de um tempo que parecia transcorrer lentamente.

O Instituto Oswaldo Cruz foi criado no início do século XX em meio aos projetos políticos de consolidação da República brasileira e às tensões sociais e políticas que marcaram este processo. A virada do século XIX para o XX foram anos agitados e turbulentos especialmente na cidade do Rio de Janeiro. A República, proclamada em 1889, herdou tensões sociais que se agravaram enquanto tentava criar suas próprias bases de governo. De acordo com a historiografia, a mudança do Império para a República não implicou uma efetiva melhoria das condições de vida da maioria da população e permaneceram hierarquias que significavam exclusão de direitos e dos benefícios do progresso para grande parte das pessoas que se viam pelas ruas das cidades (Neves, 2003). Atos subjacentes à instauração da República revelam características sociais dessas populações que viviam na Capital. O ponto de partida simbólico da República no Brasil foi o Manifesto “A República”, publicado em 03 de dezembro de 1870, seguido de uma série de fatos e eventos, como a organização de clubes republicanos em diversos pontos do país, a criação de jornais por partidários que combatiam a monarquia, a fundação de partidos republicanos (São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraíba e Minas Gerais), a organização de Congresso Republicano em 1887 e a aceleração do próprio movimento republicano após a abolição da escravidão em 1888. Os acontecimentos do *15 de novembro*, o golpe militar arquitetado e protagonizado por militares, foram o último passo para a derrubada da monarquia. Iniciado com a prisão e deposição do gabinete ministerial do Império em nome do Exército, da Armada e do povo, o ato foi seguido de desfile cívico dos líderes do movimento, e grande número de oficiais pelas ruas do centro da cidade, e de discursos na rua do Ouvidor pelos intelectuais Aristides Lobo, Silva Jardim e José do Patrocínio e seguidos pelo Ato de Proclamação da República na Câmara Municipal. A historiografia do *15 de novembro* chama a atenção para a falta de resistências à derrubada do governo imperial, seja no Quartel-General, na recepção da notícia pelo Imperador e toda a Corte, e mesmo por parte da população. Essa ausência de conflitos no processo de proclamação da República pode ser lida de diferentes maneiras: pelo fato de a população não ter compreendido o que acontecia, assistindo “bestializada” aos eventos da Proclamação (Carvalho, 2006); outra leitura é de que o povo entendeu o que acontecia e saudou o governo com vivas, acreditando nas mudanças prometidas pelos republicanos; a interpretação com a qual dialoga esse trabalho é a possibilidade de terem sido inesperados os atos para os populares, mas esperado por grande parte dos setores políticos. É importante ressaltar que no tocante à população pobre que vagava pela cidade em busca de

emprego e habitação, um grupo historicamente segregado das riquezas e dos progressos do país, era indiferente a forma de governo em vigor. Aquela ausência de reação aos acontecimentos da Proclamação, para alguns uma espécie de “apatia” popular, era como se intuísse que a República “terminaria por ser mais uma das transformações sem mudanças substantivas da história brasileira” (Neves, 2014, p. 26).⁸

Os primeiros anos da República foram marcados por um clima de incerteza política e por disputas pelo projeto republicano a seguir. Insatisfação de cafeicultores do Vale do Paraíba e do Oeste Paulista, descontentamentos militares e a inabilidade para lidar com interesses corporativos da Igreja Católica foram uma parte significativa dos descontentamentos e desafios com que teve de lidar o novo regime. Além disso, a república buscou conter grupos monarquistas que ameaçavam a ordem política e, o que parecia um desafio maior, conciliou diferentes tendências que compunham o ministério do governo com a organização de membros da Assembleia Nacional Constituinte.⁹ O texto constitucional, resultado dessas diferentes proposições, não apresentou mudança significativa com relação à divisão territorial.¹⁰ No tocante à distribuição das rendas, a Constituição promulgada em 1891 estipulou que o imposto de importação ficaria a cargo do poder central, e o de exportação, a cargo dos estados. A medida favorecia, sem comparações, o estado de São Paulo, maior exportador de café do país, seguido de Minas Gerais e Rio Grande do Sul – que juntos respondiam por metade da receita de todos os estados da federação. Quanto à atuação do poder central sobre os estados, ficou decidido que seria mínima, liberando-os para solicitar empréstimos externos diretamente e intervindo apenas em casos extremos, como uma possível invasão externa, uma ameaça à ordem republicana, ou como garantia da execução de leis e reestabelecimento da ordem interna do país, desde que requisitado pelos próprios governos estaduais. A descentralização política, com autonomia e controle fiscal dos estados sobre suas rendas, contribuiu para o crescimento econômico e político do núcleo formado por São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, fortalecendo-os diante da debilidade de pequenos estados com economias frágeis transformadas em “satélite da União ou das grandes unidades federativas” (Gomes, 2002, p. 40).

⁸ Sobre a característica do país de promover mudanças sem alterar profundamente a estrutura das relações mais arraigadas de patriarcalismo e manutenção de micro oligarquias, ver trabalhos de Fragoso e Florentino (2001); e Faoro (2009).

⁹ Os grupos discordavam com relação ao modelo de República a ser implementado. Entre eles, faziam parte os “unionistas”, os “ultrafederalistas” e aqueles que buscavam mediar as decisões na escrita da nova Constituição do país. Ver Gomes (2002).

¹⁰ A historiografia considera que a mudança mais significativa foi a aprovação da transferência da sede do governo federal da cidade do Rio de Janeiro para o interior do país – consumado apenas em 1960 com a criação de Brasília.

A Constituição de 1891 abriu precedentes para uma grande desenvoltura no plano financeiro, o que serviu de base para investimentos em áreas de infraestrutura, destacando-se a importante expansão da rede ferroviária ao longo da Primeira República (Benchimol, 1990b). O primeiro plano econômico para o período foi decidido e decretado por Rui Barbosa sem consulta prévia aos seus colegas de ministério (Neves, 2014, p. 35). Tratava-se da abertura da economia aos capitais estrangeiros no intuito de promover a industrialização e a modernização do país “a todo custo”, obtendo como resultado a curto prazo um “fluxo inédito de penetração de capital estrangeiro e fraude especulativa”, episódio conhecido na historiografia por “Encilhamento”, uma expressão utilizada por associação à corda que segurava os cavalos antes de sua largada nas arenas de corrida (Sevcenko, 1998, p. 15).

A Constituição de 1891 implementou o princípio da divisão e do equilíbrio entre os três poderes, Executivo, Legislativo e Judiciário. Outra medida instituída foi a separação entre a Igreja Católica e o Estado, passando este a ser laico. Mas os anos iniciais do novo regime contaram com diversos outros problemas políticos, como o sistema eleitoral baseado na “política dos governadores” ou “dos Estados”. As eleições e todo o esquema de votação engendrado para exercício da cidadania foram marcados por uma inexpressiva participação dos indivíduos, onde o direito ao voto estava restrito apenas a 2% da população, dos quais faziam parte homens maiores de 21 anos alfabetizados. O voto era aberto, obrigatório e todo o processo eleitoral ficava a cargo da União que, diante de denúncias de fraudes e violências, buscou, sem muito sucesso, criar medidas moralizantes de combate às falsificações das atas eleitorais com alteração do número de votantes, um procedimento que ficou conhecido por “eleições a bico de pena”. Mas a fiscalização mostrava-se insuficiente para alterar as bases de um sistema eleitoral baseado no poder local de determinados grupos imbuídos, inclusive, de força policial e jurídica sem a intervenção da União.¹¹ Nessa conjuntura, foram estabelecidas as práticas de reunir eleitores em um recinto conhecido por “curral”, onde permaneciam vigiados e recebiam cédulas fechadas para serem depositadas diretamente nas urnas. Outras características marcaram as eleições, o voto usado como moeda de troca, o voto de “cabresto”, as ameaças físicas acarretadas por “capangas” e uma prática conhecida por “degola” com anulação da eleição (Pandofi, 2002).

¹¹ Ângela de Castro Gomes destaca que na Primeira República ocorreu a criação das Justiças estaduais, coexistindo o Poder Jurídico Federal e a Justiça local. Para a historiadora há uma série de limitações que controlavam a intervenção sobre a justiça dos estados, entre elas destaca a liberação para que os estados formassem guardas sob sua responsabilidade (Gomes, 2002, p. 40).

Outros problemas figuraram na agenda política da Primeira República brasileira, como as doenças que grassavam nas cidades, arrabaldes e áreas mais distantes do país, o analfabetismo, o atraso econômico, as greves operárias e a atuação de movimento anarquista, os conflitos sociais urbanos (Benchimol, 1990b). Novos atores e problemas sociais destacavam-se como o da mão de obra, desestabilizada com o fim da escravidão. Com a abolição da escravidão em 1888, e a ausência de políticas públicas para esses grupos libertos, as cidades passaram a acomodar número crescente de pessoas em busca de emprego. Além de ex-escravos, recebiam imigrantes recém-chegados da Europa em busca de oportunidades de trabalho. O afluxo destes era estimulado por medidas do governo para atrair mão de obra europeia e assim ‘branquear’ a população, atendendo assim a pregações eugenistas sobre a inferioridade de negros e mestiços (Schwarcz e Starling, 2015, p. 342-344; Stepan, 2005).

A consolidação do trabalho assalariado contribuiu para o crescimento populacional que deslanchou no último quartel do século XIX com a ampliação do trabalho livre, principalmente na capital da República. De acordo com o censo de 1906, no início do século XX a população somava 811.443 mil habitantes (Quadro 1), em sua maioria de ex-escravos e seus descendentes, muitos oriundos de decadentes fazendas de café do Vale do Paraíba, imigrantes europeus e mais gente vinda de antigas fazendas e casebres do interior do país, uma vasta população pobre que habitava que exercia atividades portuárias, comerciais e industriais na capital federal (Benchimol, 2003).¹²

¹² O censo de 25 de setembro de 1906 indica que a população total do Distrito Federal somava 811.443 habitantes. Brasil, 1907.

QUADRO 1

CENSO DE 25 DE SETEMBRO DE 1906

População da cidade (Distrito Federal) de 1906 a 1912
Population de (District Fédéral) de 1906 à 1912

CIRCUNSCRIÇÕES CIRCUMSCRIPTIONS	1906			1907			1909			1910			1911			1912		
	População 20 - IX	Crescimento durante o 4º trimestre		População 31 - XII	Crescimento durante o ano	Ac- croissement pendant l'année	População 31 - XII	Crescimento durante o ano	Ac- croissement pendant l'année	População 31 - XII	Crescimento durante o ano	Ac- croissement pendant l'année	População 31 - XII	Crescimento durante o ano	Ac- croissement pendant l'année	População 31 - XII	Crescimento durante o ano	Ac- croissement pendant l'année
		Masc.- Déc.	Im.- Em.															

URBANA

Candelaria.....	4.498	7	4	4.509	56	38	4.603	85	67	4.855	104	125	5.084	91	266	5.441	78	281	5.800
Santa Rita.....	46.382	74	41	46.497	591	396	47.484	568	672	49.000	569	1.248	50.817	582	2.644	54.043	651	2.786	57.480
Sacramento.....	24.855	25	22	24.902	216	211	25.329	337	360	26.244	341	669	27.254	498	1.428	29.180	404	1.507	31.091
São José.....	45.320	80	39	45.439	424	385	46.248	582	659	48.043	668	1.226	49.937	740	2.607	53.284	744	2.752	56.780
Santo Antônio.....	42.423	37	37	42.423	234	358	43.015	372	607	44.237	339	1.122	45.698	309	2.367	48.374	327	2.481	51.182
Gloria.....	59.685	118	53	59.856	499	507	60.862	805	870	63.453	604	1.612	65.669	420	3.400	69.489	629	3.572	73.690
Lagôa.....	48.465	55	43	48.453	3	407	48.857	219	677	49.341	148	1.238	50.431	5	2.595	53.031	148	2.694	55.577
Cavea.....	12.876	56	11	12.943	193	110	13.246	87	189	13.794	137	351	14.282	208	746	15.235	167	785	16.188
Sant'Anna.....	80.097	133	70	80.034	47	672	80.659	92	1.111	80.998	363	2.048	83.409	452	4.315	88.176	451	4.515	93.142
Espirito Santo.....	59.699	29	52	59.780	386	505	60.671	473	849	61.866	449	1.568	63.883	498	3.312	67.693	322	3.465	71.480
São Christovão.....	45.542	50	40	45.632	206	385	46.223	259	645	47.022	404	1.194	48.620	281	2.516	51.417	255	2.632	54.304
Engenho Velho.....	92.396	71	81	92.406	381	780	93.567	457	1.314	95.757	648	2.426	98.831	725	5.122	104.678	1.095	5.389	111.162
Engenho Novo.....	63.518	44	56	63.530	231	536	64.297	153	896	65.326	278	1.651	67.255	216	3.471	70.942	311	3.630	74.883
TOTAL.....	625.756	99	549	626.404	3.367	5.290	635.061	4.051	8.916	649.936	4.756	16.478	671.170	5.025	34.789	710.984	5.286	36.489	752.759

SUBURBANA

Inhaúma.....	68.557	24	60	68.593	541	581	69.715	472	956	69.708	519	1.767	71.994	485	3.729	76.208	354	3.900	80.462
Irajá.....	27.410	15	24	27.449	273	233	27.955	322	395	28.772	247	730	29.749	280	1.545	31.574	290	1.623	33.487
Ilha do Governador.....	5.616	17	5	5.638	80	48	5.766	63	82	6.008	70	153	6.231	43	323	6.597	66	340	7.003
Ilha de Paqueta.....	2.283	7	2	2.278	21	19	2.276	22	31	2.289	13	58	2.360	15	122	2.497	21	128	2.646
Jacarepaguá.....	17.265	21	15	17.301	161	147	17.609	123	250	18.232	64	460	18.756	114	971	19.841	111	1.017	20.969
Guaratiba.....	17.928	19	16	17.963	135	152	18.250	36	257	18.716	67	473	19.256	73	995	20.324	79	1.039	21.442
Santa Cruz.....	15.380	1	14	15.393	74	130	15.597	72	220	16.048	110	407	16.565	112	838	17.535	68	897	18.500
Campo Grande.....	31.248	48	27	31.323	223	265	31.811	332	454	33.113	437	844	34.394	251	1.782	36.427	254	1.869	38.550
TOTAL.....	185.687	88	163	185.938	1.466	1.575	188.979	1.398	2.645	192.886	1.527	4.892	199.305	1.373	10.325	211.003	1.243	10.813	223.059
DISTRICTO FEDERAL.....	811.443	187	712	812.342	4.833	6.865	824.040	5.449	11.561	842.822	6.283	21.370	870.475	6.398	45.114	921.987	6.529	47.302	975.818

Essa população pobre era vista como ameaça permanente à ordem, à segurança e à moralidade (Sevcenko, 1998, p. 21). Perigosas também eram consideradas suas próprias moradias. A maioria vivia em habitações coletivas com péssima qualidade de vida e muito insalubres de acordo com os preceitos higienistas da época. Como mostram os trabalhos de Chalhoub (1996) e Benchimol (2003), as habitações coletivas em que vivia a população pobre e subnutrida do Rio de Janeiro eram consideradas como “fermentadores ou putrefatórios” a espalhar todo tipo de doença (Benchimol, 2003, p. 240). A vida dessa gente considerada “atrasada, inferior e pestilenta” foi marcada pela instabilidade de moradia e emprego, característica que acentuou-se ao longo de toda a Primeira República brasileira. O “tumulto e desordem” da cidade do Rio de Janeiro, antes tensionado pela escravidão (e seus processos de exclusão), agravou-se com a abolição e a instauração dos princípios democráticos (Marins, 2010, p. 133).

A economia vivia constantes crises de superprodução do café e, do ponto de vista social, cresciam revoltas e conflitos, como as greves operárias nos centros urbanos, as revoltas de marinheiros contra os castigos físicos sofridos e as revoltas ocorridas no sertão do país como a do arraial de Canudos.¹³ Transcorriam ao mesmo tempo os projetos de reformas modernizantes nas cidades, principalmente na capital. Rio de Janeiro, Santos-São Paulo, Salvador, Recife e Porto Alegre eram os elos de ligação do Brasil com o exterior, mas afastavam muitos potenciais imigrantes pois despertavam horror entre indivíduos habituados aos padrões arquitetônicos e sanitários das grandes cidades da Europa (Benchimol, 2003; Marins, 2010), principalmente após a circulação de conhecimentos higienistas relativos à esfera do cotidiano, como discute Nancy Tomes em *The gospel of Germs. Men, women and the microbe in american life* (1990; 1988). Mostra esta autora que os estudos científicos do final do século XIX passaram a apontar a casa como uma ameaça constante, um foco de germes e doenças, portanto, um lugar que requeria constantes cuidados de higiene.

O Rio de Janeiro era o principal porto de exportação e importação do país. No fim do século XIX, era considerado um dos quinze principais portos do mundo, e o terceiro em importância no continente americano, atrás dos portos de Nova York e Buenos Aires

¹³ Schwarcz e Starling destacam movimentos sociais que ocorreram no interior em diferentes regiões do país, todos com a característica de luta pela posse da terra combinada com traços fortemente religiosos, entre eles Contestado, Juazeiro, Pau-de-Colher e Canudos. Para elas, os movimentos foram o resultado pouco previsto do processo de modernização e da destinação com esse grande contingente populacional abandonado pela República. No caso de Canudos, destacam que incomodou o governo e os grandes proprietários de terras daquela região chamada Bom Conselho, na Bahia, por engendrar uma nova forma de viver no sertão à parte do sistema de poder constituído. Sobre Canudos, ver: Schwarcz e Starling, 2015, p. 332-334.

(Benchimol, 1990b, p. 219).¹⁴ Apesar disso, como dito, a cidade estava longe de ser um atrativo para estrangeiros por conta da ameaça representada pela endemias que a assolavam. Uma série de doenças vitimavam a população da capital federal, atingindo de forma mais violenta os estrangeiros recém-chegados que nela se instalavam ou por ela transitavam (Benchimol, 2003). Essa “cidade febril”, desde o século XIX conhecida popularmente como “túmulo do estrangeiro” (Sevcenko, 1998, p. 22), tinha entre seus maiores perigos a febre amarela e a varíola. Além dessas temidas moléstias, que todo verão, no caso da primeira, ou inverno, no caso da varíola, espalhavam sua maldição, numerosos adoecimentos ou fatalidades eram provocados pela peste bubônica, difteria, malária, lepra, tuberculose, cólera, o tifo e inúmeras outras “febres” (Chalhoub, 1996; Benchimol, 2003).

Na esfera cotidiana, para essa coleção de males que invadiam os corpos existiam basicamente três “remédios” herdados dos manuais médicos da época do Império: o óleo de fígado de bacalhau para purificar; o sal amargo para constipação; e o óleo de rícino, purgante considerado muito eficaz (Schwarcz e Starling, 2015, p. 325). No campo da medicina afluíam estudos que questionavam a teoria miasmática e as explicações que dava às causas de doenças, associando-as à predisposição orgânica dos indivíduos e ao meio ambiente. As ideias miasmático-higienistas foram responsáveis pelos primeiros discursos sobre o urbano no país (Benchimol, 2003) e pelas primeiras propostas de intervenção para restaurar o equilíbrio de seu “organismo urbano”, atribuindo especial urgência aos pântanos, considerados os principais focos de exalação de miasmas, “os pestíferos gases que causavam as doenças epidêmicas” (Benchimol, 2003, p. 239). O discurso higienista condenou também os morros da cidade por julgar que impediam a circulação dos ventos capazes de dissipar *os ares ruins*; as habitações coletivas e todos os espaços sociais que transgrediam as regras da boa higiene pública ou privada, entre eles os cemitérios, os enterramentos nas Igrejas, os depósitos de lixo, os mercados, as fábricas, os hospitais e as prisões (Benchimol, 1990b, p. 115-120; 2003, p. 239-240). Os debates a esse respeito ganharam evidência a partir de meados do século XIX, quando os problemas começaram a ser debatidos enquanto casos de saúde pública. Ocorreram na

¹⁴ Benchimol analisa as atividades no porto do Rio de Janeiro no fim do século XIX e início do XX e destaca: “As primeiras estatísticas regulares e precisas sobre o movimento comercial dos portos foram elaboradas pelo Serviço Oficial de Estatística Comercial, criado em 1901. Quatro anos tinham transcorrido desde que a economia retomara sua marcha ascendente, após dez anos de crise. O Rio de Janeiro recuperou um movimento comercial equivalente aos dos seus anos de maior prosperidade. Em 1902, entraram no porto 1987 navios transatlânticos e de cabotagem, com tonelagem total de 2.632.231 t. o valor das importações, 90.658 contos, superava o das exportações - 69.844 contos. (...) Em 1906, o Rio de Janeiro absorvia 41% do comércio geral de importação do Brasil e uma parcela ainda expressiva das exportações (1/7), apesar dos efeitos da crise cafeeira, da perda de parte do comércio de trânsito e da queda das importações de bens de consumo. O valor das importações em 1906 aumentara 32,6% em relação a 1902. As duas categorias de maior valor foram produtos manufaturados e artigos de alimentação e forragem” (Benchimol, 1990b, p. 220).

Academia Imperial de Medicina, nas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e de Salvador, e impulsionaram ações para resolver “a crise sanitária”, como a criação, pelo Ministério do Império, da Comissão Central de Saúde Pública (05/02/1850), da Junta de Higiene Pública (1851) e da Comissão de Engenheiros (até 1859).¹⁵ As ações estiveram restritas às cidades litorâneas, predominantemente o Rio de Janeiro, não contemplando os problemas de saúde que grassavam no interior do país.

No último quarto do século XX, disputaram legitimação junto às – ou muitas vezes contra as – teorias higienistas, então em voga, os trabalhos de cientistas que conformaram a chamada revolução microbiana (Edler, 1996). A atribuição de microrganismos como causadores de doenças ganhava evidências com os trabalhos de Pasteur, Kock, Kitasato e Yersin (Cunningham e Williams, 1992). Além da higiene dos miasmas e da microbiologia, outro campo de conhecimento concorria para o diagnóstico, profilaxia e tratamento de doenças, a medicina tropical (discussão sobre o Campo no Capítulo 3).¹⁶ Henrique Rocha Lima, amigo e discípulo de Oswaldo Cruz, explicou que no início do século XX poucas bactérias eram conhecidas pelo fato de ser a microbiologia ainda muito nova. Mencionou o cientista que não havia uma diferenciação clara entre os tipos de agentes causadores de doenças e, portanto, sob um mesmo título poderiam ser classificadas uma série de manifestações patogênicas, como, por exemplo, a denominação de febres para designar doenças variadas (Lima, Apud Britto, 1995, p. 100).

Apesar das controvérsias no campo médico no tocante às causas de doenças, era consenso entre uma elite brasileira “ilustrada” desde o Império, isto é, desde o último quartel do século XIX, que a cidade deveria ser submetida a uma “cirurgia urbana” assim como fora a Paris de Georges Eugene Haussaman no governo de Napoleão III (Benchimol, 1990b). Paris, a metrópole que se tornou modelo para a renovação urbana de vários países, inspirou o processo de modernização do Brasil rumo ao “progresso” e à “civilização”, cabendo ao Estado “transformar, na marra, a multidão indisciplinada de ‘pés descalços’ em cidadãos talhados segundo os estereótipos que serviam à burguesia europeia para o exercício de sua dominação” (Benchimol, 2003, p. 264).¹⁷

¹⁵ A Sociedade de Medicina e Cirurgia, criada em 1829, foi transformada em Academia Imperial de Medicina. Sobre as instituições criadas no período do Império brasileiro ver: Benchimol, 2003, p. 237; Fonseca, 2008, p. 37-40. Sobre a medicina experimental e os debates médicos no Segundo Reinado ver Edler, 1996.

¹⁶ Sobre as controvérsias referente a etiologia e modo de transmissão das doenças no fim do século XIX e início do XX, ver: Benchimol, 2003, p. 246. A respeito da medicina tropical e das doenças tropicais, ver: Arnold, 1996; Stepan, 2001; Farley, 1997; Curtin, 1989; Worboys, 2000; 1976; Amaral, 2012; Viana, 2011; Caponi, 2003.

¹⁷ Na Primeira República o conceito de progresso e civilização passou a ter um significado diferente do atribuído aos termos no século XIX. Nesse momento estão associados aos ideais positivistas. Ver Nunes (2003).

O projeto político que visou uma modernização “a todo custo” (Sevcenko, 1998, p. 15) foi alavancado no governo de Rodrigues Alves com a prioridade dada ao saneamento, e esteve pautado em três grandes metas: a modernização do porto, entregue ao engenheiro Lauro Müller; a reforma urbana, sob a responsabilidade do prefeito Pereira Passos; e o saneamento da cidade, sob a direção do médico Oswaldo Cruz.¹⁸ A estes profissionais foram conferidos poderes aumentados para que atuassem naquelas três frentes de um projeto modernizante que buscava “apagar” material e simbolicamente o passado colonial, criando em seu lugar uma vitrine para os interesses burgueses no país (Sevcenko, 1998; Benchimol, 2003; Schwarcz e Starling, 2015).

1.2 Na direção da Saúde: Oswaldo Cruz, a fragilidade e os remendos das estruturas hospitalares

No projeto de modernização da cidade do Rio de Janeiro, os serviços de saúde ficaram a cargo de Oswaldo Gonçalves Cruz, à época um jovem médico formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro que regressara há pouco de uma temporada na França para estudos de especialização no Instituto Pasteur de Paris. Frequentou o Instituto Pasteur “em pleno boom de descobertas de microrganismos patogênicos”, e, ao regressar ao Brasil, realizou sua primeira experiência de vulto como bacteriologista contra a epidemia de cólera no vale do Paraíba, em 1894, com programas de desinfecção, isolamento e quarentenas nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. O médico que se havia doutorado com tese sobre a *Veiculação*

¹⁸ *Rodrigues Alves (1848-1919)* foi presidente da República entre 1902 e 1906. Assumiu um plano de governo reformista com as seguintes propostas: domínio civil, atenção à política externa, o saneamento da cidade do Rio de Janeiro, a erradicação da febre amarela, a reurbanização da cidade, o melhoramento do porto, a expansão da linha férrea nacional, o incentivo à imigração, com a fixação dos estrangeiros no campo, e uma firme gestão financeira para possibilitar a realização do plano de obras (Rodrigues..., 2016).

Pereira Passos (1836-1913) foi prefeito do Distrito Federal entre 1902 e 1906. Formou-se em ciências físicas e matemática na Escola Central da Corte, onde graduou-se em 1906. Frequentou os cursos da École de Ponts et Chaussées, em Paris, com estudos sobre hidráulica, construção de portos, canais e estradas. Na França acompanhou diversas obras implementadas por Eugène Georges Haussmann, a chamada Reforma Haussmann em Paris que o influenciou no modelo de reforma urbana empreendida no Rio de Janeiro. Pereira Passos foi chamado de ‘Haussmann tropical’ em sua reforma que modificou a paisagem da cidade com a construção de largas e extensas avenidas em perspectiva, com fachadas uniformes que se transformaram em grandes artérias por onde circularam mercadorias e força de trabalho (Pereira..., 2016).

Lauro Müller (1863-1926), engenheiro e diplomata. Estudou engenharia na Escola Militar da Praia Vermelha. Foi discípulo de Benjamin Constant, de quem recebeu influência do pensamento positivista e por quem foi indicado para o governador provisório da província transformada em Estado de Santa Catarina em 1890. Participou do movimento militar que resultou na Proclamação da República em 1889 e no ano seguinte foi eleito deputado federal constituinte. Assumiu o cargo de Ministro da Indústria, Viação e Obras Públicas em 1902, durante a presidência de Rodrigues Alves, no qual realizou obras de construção da Avenida Central (hoje Avenida Rio Branco) e os melhoramentos do porto do Rio de Janeiro (Lauro..., 2001).

microbiana pelas águas foi chamado para atuar em outras campanhas do governo, como a de combate ao surto de peste bubônica em Santos em 1899 (Benchimol, 2003, p. 252-256).

À frente da vertente saúde na reforma da capital federal, Oswaldo Cruz foi responsável por conter epidemias que “reinavam com intensidade jamais vista”. Sua atenção foi concentrada em três doenças: febre amarela, varíola e peste bubônica, usando estratégias específicas para combatê-las. Abandonou o paradigma higienista, fundamentando suas ações nas “novas” teorias que ascendiam no campo médico nos terrenos da clínica, do laboratório e da saúde pública. Oswaldo Cruz fazia parte de um grupo de intelectuais que divergia dos paradigmas científicos dominantes, sendo por isso questionado quando, ao assumir a Diretoria Geral de Saúde Pública, em 1902, abraçou a chamada ‘teoria havanesa’ que recomendava o combate à febre amarela através de uma campanha em moldes militares contra o mosquito transmissor. Naquele momento foram intensas as controvérsias nos campos médico e político em torno da teoria proposta por Finlay em 1881 e demonstrada pelos norte-americanos em Cuba em 1899 (Benchimol, 2003, p. 246 e 266).

Como diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública, órgão importante do projeto de renovação urbana (criado em 1897), Oswaldo Cruz implementou medidas que ajudaram a alterar a fisionomia, estrutura e funcionamento da cidade do Rio de Janeiro em harmonia com o projeto de construção de uma nação *civilizada e salubre*. Além da organização da campanha contra a febre amarela, suas ações visaram a elaboração de novos protocolos para a notificação de doenças infecciosas e, no caso de doenças consideradas contagiosas, como peste e varíola, as ações envolveram desinfecção de casas, carros e demais objetos considerados insalubres e isolamento de doentes após o encaminhamento aos desinfectórios localizados na Praça da Bandeira, no centro e no bairro de Botafogo.^{19 20}

Uma das medidas de saúde implementadas na gestão de Oswaldo Cruz foi a obrigatoriedade da vacinação e revacinação contra a varíola, motivo de grande agitação na capital do país. O tumulto em torno desta medida tem explicações que extrapolam a lei sancionada em junho de 1904 mas não regulamentada. A vacinação contra a varíola era obrigatória desde o fim do XIX e, apesar do horror que os indivíduos sentiam por serem

¹⁹ Sobre as ações de saúde pública implementada por Oswaldo Cruz para conter a febre amarela na cidade do Rio de Janeiro, Benchimol ressalta que foi estruturada em bases militares com a repartição da cidade em 10 distritos sanitários a fim de notificação dos doentes, aplicação de soros e vacinas, multar e intimidar proprietários de imóveis considerados insalubres, detectar focos epidêmicos. Ao longo da campanha lançou mão de uso de brigadas de mata-mosquitos, expurgos com enxofre e pireto nas casas, seguido de cobertura com panos de algodão, e isolou doentes menos abastados ou pobres em hospitais de isolamento (São Sebastião, Hospital do Caju ou no Hospital Jurujuba). Ver Benchimol, 2003, p. 272.

²⁰ A Praça da Bandeira foi criada em 1911. Anteriormente chamava-se Largo do Matadouro por abrigar o Matadouro Público do Rio de Janeiro entre 1853 até o fim do século XX.

inoculados pelo “vírus” oriundo de um bovino, a aceitação da vacina crescia desde os anos 1890 (Chalhoub, 1996).²¹ No entanto, a nova lei de vacinação de 1904 vinha acompanhada de cláusulas rigorosas que conflitavam com o cotidiano de grupos desassistidos da população. À rejeição à vacinação somavam forças de oposição ao governo, como monarquistas que se organizavam em partidos e jornais, e outros grupos que participaram da fundação da Liga Contra a Vacinação Obrigatória, em 5 de novembro de 1904. O heterogêneo grupo que rejeitou a obrigatoriedade da vacina desencadeou um enfrentamento de forças iniciado com um motim popular que durou dez dias. Populares enfrentaram as forças do governo com pedaços de madeira e estratégias improvisadas no calor do momento, e os atos finalizaram com forte repressão do governo, prisões e deportação de muitos integrantes daquela população pobre para a chamada Sibéria brasileira, o Acre. O episódio, considerado um dos mais polêmicos da história da saúde no início do século XX, é interpretado como uma reação à vacinação da varíola e a outras medidas segregadoras impostas simultaneamente aos que viviam em habitações pobres na cidade e, também, como insurreição militar que almejava a derrubada do presidente Rodrigues Alves.²²

Nessa atmosfera foram implementadas as ações públicas para reformar a saúde. Além dos conflitos e resistências às novas medidas, a gestão de Oswaldo Cruz constatou a fragilidade da estrutura hospitalar para acomodar doentes nos constantes surtos de febre amarela, varíola e peste bubônica, sobretudo aqueles indivíduos oriundos dos subúrbios em expansão desde fins do século XIX (Abreu, 1988; Benchimol, 1990b).

Um dos aspectos da modernização da saúde consistiu em reformar ou construir espaços hospitalares. Oswaldo Cruz contratou o arquiteto Luís Moraes Junior (1872-1955) para reformar os hospitais de isolamento da Diretoria Geral de Saúde Pública, o Hospital São Sebastião e o Paula Cândido. Luís Moraes Junior (Fig.1) projetou hospitais para a DGSP, para

²¹ Chalhoub (1996) é autor de um rico trabalho sobre a “cultura vacinophóbica” na cidade do Rio de Janeiro. A partir de documentação da Junta Central de Higiene, de manuscritos sobre habitações coletivas e de correspondências da Junta Central de Higiene e o Ministério do Império narra o episódio da demolição do “Cabeça de Porco”, em 26 de janeiro de 1893, como introdução à escrita de uma versão da história dos cortiços no final do século XIX. Evidencia a história do serviço de vacinação criado na Corte em 1804 e apresenta uma “tradição de desconfiança”, por parte dos segmentos populares “em relação à vacina e às práticas da medicina oficial em geral” e, com isso, abre novas perspectivas para a compreensão da Revolta da Vacina, movimento ocorrido em 1904. A partir de uma análise das práticas diferenciadas de variolização e de vacinação, o autor examina as origens e a evolução da “vacinofobia” e acredita que está relacionada às mazelas enfrentadas pelo serviço de vacinação – como as dificuldades de importação da linfa europeia e de sua obtenção no Brasil, o questionamento da capacidade de imunização da vacina, a transmissão da sífilis na vacinação braço a braço – e à tradição vacinophóbica presente nas concepções afro-brasileiras sobre doença e cura.

²² Sobre a discussão historiográfica da Revolta da Vacina ver: Needell (1993); Cukierman (2007); Carvalho (2006); Chalhoub (1996); Benchimol (1990b; 2003).

o Instituto Oswaldo Cruz, para algumas instituições privadas e para a Prefeitura do Distrito Federal (Benchimol, 1990a).²³



Fig.1 Luís Moraes Junior. Arquiteto português responsável pela construção do *complexo arquitetônico* de Manguinhos, a primeira geração de prédios do Instituto.

Fonte: Brasiliana Fotográfica / Biblioteca Nacional

O Hospital São Sebastião foi o primeiro hospital de isolamento da cidade do Rio de Janeiro. Inaugurado no bairro do Caju, em 1889, seu prédio, desde os primeiros anos de funcionamento, foi submetido a várias reformas e acréscimos para suprir as emergências e a falta de leito em hospitais da cidade, mas, ainda assim, “revelou-se insuficiente para atender à grande demanda de atenção médica” (Benchimol, 1990a, p. 207).

O Hospital Paula Cândido, após ficar dois anos fechado devido à precariedade de suas instalações, também foi reformado em 1908 pela DGSP para suprir a carência de leitos da cidade. Localizado em Niterói, a 13km da cidade do Rio de Janeiro em travessia de barco pela baía de Guanabara, acomodou um excedente de doentes do Hospital São Sebastião infectados

²³ Para Benchimol, a modernização e reforma dos hospitais de isolamento resumiram-se basicamente ao Hospital São Sebastião e o Paula Cândido (Benchimol, 1990a).

com varíola.²⁴ Apesar dessas reformas, permaneceu o problema da falta de leitos hospitalares na capital do país.

Apesar do investimento financeiro nesses hospitais, Oswaldo Cruz argumentou desde o início dos debates no Congresso sobre a reforma dos serviços sanitários que não acreditava que pudessem suprir a demanda da cidade. Considerava as instalações antigas, precárias e não condizentes com as orientações de um hospital moderno. Seu ceticismo pode ser observado nas informações fornecidas em 1904 ao ministro da Justiça e Negócios Interiores:

Os atuais hospitais de isolamento de que se acha dotada esta diretoria não preenchem absolutamente os fins a que são destinados os modernos isolamentos. O hospital Paula Cândido, outrora hospital marítimo, é um velho casarão, de antiga construção que absolutamente não pode ser transformado em hospital moderno. Qualquer soma que se dispenda com esse intuito será gasta em pura perda (...) Quanto ao hospital São Sebastião, se bem que em muito melhores condições (...) está, não obstante, muito longe de poder ser apontado como um estabelecimento que mereça o título com que se alardea. (Oswaldo Cruz, Apud: Benchimol, 1990a, p.208)

Diante da fragilidade dos hospitais de isolamento da cidade, Oswaldo Cruz propôs ao governo a construção de um novo hospital e solicitou um projeto a Luís Moraes Junior. As plantas são datadas de 17 de outubro de 1904 e foram orgulhosamente exibidas pelo cientista na Exposição de Higiene de Berlim em 1907. De acordo com relatório da Diretoria Geral de Saúde Pública, de 1906, essas plantas foram enviadas ao Instituto de Moléstias infecciosas de Berlim e seu diretor, professor Herman Kolle, considerou-as um modelo de construção sanitária no gênero (Benchimol, 1990a, p. 212).

O projeto do novo hospital de isolamento foi aprovado pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores e começou a ser construído em Botafogo, em um terreno vizinho ao do Desinfectório, este também ainda em construção. O Desinfectório de Botafogo, construído na rua General Severiano nº1 entre os anos de 1904 e 1905, foi o primeiro trabalho de Luís Moraes Junior para a saúde pública durante a gestão de Oswaldo Cruz.²⁵ Obedeceu ao modelo de higiene pasteuriana e foi criado para dar suporte à política de contenção de doenças infecciosas. Sobre sua estrutura, Benchimol destaca as seguintes características:

²⁴ Criado como Lazareto em 1851 para isolar indivíduos com doenças infecciosas (como a varíola, febre amarela, cólera e tuberculose), mantendo-os em quarentena a fim de evitar possíveis surtos no Rio de Janeiro. As embarcações ali aportavam antes de seguir para a cidade do Rio de Janeiro. Em 1853, através de Decreto imperial, recebeu o nome de Hospital Marítimo de Santa Isabel. Em 1898 o hospital mudou novamente de nome e passou a se chamar Hospital Paula Cândido em homenagem ao seu fundador, o professor Paula Cândido.

²⁵ O Desinfectório de Botafogo (1904-1905) é o atual Hospital Rocha Maia. O local era responsável pelo isolamento hospitalar das vítimas de doenças infecciosas (exceto a febre amarela), pelo extermínio de ratos e pelas desinfecções nas residências dos doentes (Benchimol, 1990a, p. 19).

O edifício principal, de forma retangular, compunha-se de três seções. A primeira era reservada ao pessoal médico e ao depósito de materiais; as duas outras destinavam-se às operações de desinfecções e eram divididas, longitudinalmente, entre os lados puro e impuro. Pelo lado impuro da segunda seção ingressavam os doentes, que se despiam num cômodo, submetiam-se a um banho asséptico para alcançar a sala de vestir, já no lado puro. Suas roupas e bagagens eram transferidas por pequenas janelas do lado impuro para o puro da terceira seção, depois de passarem por estufas a vapor e câmaras de enxofre e formol, comandadas por um sistema elétrico na sala da administração, de modo a isolar as pessoas e objetos contaminados do pessoal de serviço. Além do prédio principal, o desinfectório possuía garagens e estrebarias, forno de incineração e uma câmara para desinfecção das próprias viaturas utilizadas na remoção dos doentes. (Benchimol, 1990a, p. 186-187)

O projeto de hospital de isolamento, de acordo com a planta baixa e a fachada de um dos pavilhões, previa a criação de um espaço afinado também com os princípios da moderna higiene e inspirado no Hospital Pasteur. Este, construído em 1900 próximo aos laboratórios do Instituto Pasteur de Paris para dar suporte às pesquisas ali realizadas, pode ser considerado um dos principais modelos de hospital de isolamento no mundo (Costa, 2011, p. 59 Apud Opinel, 2007).

O hospital de isolamento projetado para a cidade do Rio de Janeiro era uma novidade no país do ponto de vista da higiene hospitalar por adotar o sistema de isolamento individual dos doentes, em acordo com o modelo francês. Sua planta previa vinte quartos individuais em cada pavilhão, no entanto não é possível saber ao certo o número de pavilhões que seriam construídos no terreno (Benchimol, 1990a, p. 212-213). A planta inovou principalmente pela utilização de estruturas circulares em detrimento da forma retangular usada nas arquiteturas dos hospitais pavilhonares. Nela observamos a preocupação com a circulação do ar e com a iluminação dos ambientes. Estas e outras características da planta foram exploradas por Benchimol:

Assentado sobre um espaçoso embasamento de pedra, o pavilhão compõe-se de dois corpos circulares, rodeados por varandas, e interconectados por um corpo central quadrangular. Cada corpo circular possui dez quartos interdependentes, que se abrem para um recinto circular central e para o balcão que o circunda pelo exterior. Os quartos são divididos em dois ambientes: os de seção mais larga para isolamento do doente, os de seção menor para o serviço exclusivo de enfermagem e desinfecção.

Além da escadaria principal, cada corpo possui um acesso independente, situado em extremidades opostas, ambos ligados por um corredor que atravessa longitudinalmente o prédio, propiciando-lhe uma corrente contínua de ar. A ventilação e iluminação seriam asseguradas, ainda, pelas amplas janelas com bandeiras que se abrem, em cada quarto, para as varandas

exteriores, pelas aberturas situadas entre os telhados das varandas e o do pavilhão e pelas claraboias. (Benchimol, 1990a, p. 213)

As obras desse hospital de isolamento foram interrompidas em 1905 sob o argumento de falta de recursos. Benchimol, por outro lado, sugere, com base em um relatório da Diretoria Geral de Saúde Pública de 1906, que o fracasso desse hospital tem relação com a decisão de construir no Hospital São Sebastião quartos particulares para atender a uma clientela que pudesse pagar para obter conforto de “instalações luxuosas” (Benchimol, 1990a, p. 212). De todo modo, ainda que o hospital de isolamento não tenha sido construído, é possível afirmar que seu projeto gerou polêmica com moradores daquela região nobre da cidade, como indica carta de Frederico A. Liberalli publicada num jornal da cidade (*Jornal do Brasil*, 13.11.1904, p. 7). Aquelas construções estavam deixando os vizinhos apavorados pois podiam vir a ser “futuro foco de epidemias”. Comparava a construção daquele hospital com os prejuízos causados pelo Hospital São Sebastião ao bairro de São Cristóvão e cercanias. Qualificando as obras do novo hospital de isolamento como um “espantinho contra o bom senso”, considerava-as indignas de um bairro de beleza incomparável e que há pouco recebera “obras notáveis” de saneamento.

Esta queixa é apenas uma pequena amostra dos percalços enfrentados pelo projeto de modernização dos hospitais da cidade. Naquele momento ressoavam vários conflitos na cidade desencadeados pelas demolições ligadas à reforma urbana da cidade, qualificada de “regeneração” pelo governo e a imprensa a ele fiel, sendo o prefeito Pereira Passos, seu principal executor, e chamado de “bota-abaixo” por aqueles atingidos física e moralmente. A reforma urbana teve como um de seus principais alvos as habitações populares, na época consideradas os principais focos de dispersão das doenças e epidemias pela cidade.

De início foram derrubadas as casas térreas e sobrados na área central sob o argumento de que dificultavam o acesso ao porto, comprometiam a segurança sanitária e bloqueavam o livre fluxo por sua localização “inadequada”. Muitos daqueles casarões se haviam transformado em casas de cômodos para moradia de famílias pobres, abrigando junto com os cortiços, também demolidos, uma população que trabalhava nas atividades portuárias, no comércio, em fábricas e oficinas ou mesmo na prolífica economia informal. Com a derrubada de numerosos prédios na área central, uma multidão de indivíduos foi expulsa sem indenização ou qualquer forma de planejamento social para abrigo das famílias, e assim parte desta população

desabrigada começou a estruturar novas moradias nas encostas dos morros que cercavam a cidade, a começar pelo da Favela, que deu nome a muitas outras comunidades do gênero.²⁶

Outra parte dessa população passou a se acumular em cortiços e hotéis baratos (os “zungas”) (Chalhoub, 1996; Marins, 1998). Dessas habitações provieram muitos dos indignados e revoltosos contra as práticas dos agentes do governo que, em nome do saneamento da capital, invadiam com força policial as residências a fim de implementar medidas de saúde, como a vacinação antivariólica, a caça aos mosquitos transmissores da febre amarela ou os ratos que transmitiam a peste. Tais conflitos foram insuflados pelas medidas urbanísticas paralelas que visavam “espargir as habitações ‘civilizadas’ pela cidade” (Marins, 1998, p. 147) através não apenas das demolição mas da adoção de novas regras de construção e da elevação dos impostos, o que selecionava, entre proprietários e inquilinos, aqueles que podiam pagar o preço da “civilização”. As reformas impulsionaram a migração das elites para bairros residenciais que se expandiam na zona sul da cidade. A nova área comercial e financeira em torno do Senado Federal (o Palácio Monroe), Biblioteca e Museu Nacional de Belas Artes, Teatro Municipal, com as ruas alargadas ou abertas por Pereira Passos e Paulo de Frontin, os novos prédios edificadas no coração de uma cidade agora iluminada pela energia elétrica, que ostentava seus ares de modernidades nos cafés, teatros, cinemas, automóveis e nas propostas de um novo modo de viver o cotidiano na cidade.

Além das contradições internas, a capital federal conflitava com o restante do país, não apenas o interior mas seus próprios subúrbios, já que os sertões do Brasil começavam onde acabava a Avenida Central, ideia compartilhada por intelectuais engajados no movimento sanitaria.²⁷ Indivíduos expulsos do centro e imigrantes que chegavam ao país encontravam abrigo em habitações modestas nos subúrbios em expansão ao longo das estradas de ferro Central, Leopoldina, Rio d’Ouro e Melhoramentos do Brasil. Outros destinos para a população expulsa do centro foram os casarões da Cidade Nova e Gamboa e as favelas, entre elas o Morro da Providência e o Morro de Santo Antônio.²⁸

²⁶ Sobre o processo de favelização iniciado nessa conjuntura na cidade do Rio de Janeiro, ver: Abreu, 1988; Benchimol, 1990b, 2003; Chalhoub, 1996.

²⁷ A frase “Não nos iludamos, o nosso sertão começa pelos lados da avenida Central” foi proferida por Afrânio Peixoto. A frase evidenciava que a ideia de sertão compartilhada por intelectuais ligados ao movimento sanitaria apresentava significados que iam além da dimensão geográfica e abarcavam também as áreas não alcançadas pelas políticas de saúde e saneamento (Hochman, 1998, p. 230).

²⁸ O trabalho de Marins (1998) sobre as habitações e os limites da privacidade no surgimento das metrópoles explora os casos do Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador, Porto Alegre, Recife e Belo Horizonte. Quanto ao Rio de Janeiro, apresenta as novas formas de habitação com a expansão de uma população pobre para áreas do subúrbio e para moradias em favelas em crescimento.

1.3 A assistência à saúde no Rio de Janeiro e o problema da falta de leitos

Nesses primeiros anos do século XX, os problemas de saúde da cidade estavam a cargo da DGSP, preocupando-se ela, como demonstrado, em criar serviços de desinfecção e isolamento, de notificação de doenças infecciosas e em modernizar e construir hospitais. A assistência à saúde no Brasil caracterizou-se, do período colonial à Primeira República, pela dependência às Irmandades da Santa Casa da Misericórdia. A assistência médico-hospitalar ocorria principalmente nos estabelecimentos. A Santa Casa da Misericórdia foi uma das primeiras instituições hospitalares da cidade do Rio de Janeiro, num tempo em que os hospitais apresentavam cunho muito mais religioso e de caridade aos pobres do que de assistência medicalizada (Sanglard, 2008, p. 62-64; Fonseca, 2008, p. 34).

A concepção de hospital que prevalecia então remonta à acepção clássica do termo, hospital enquanto instituição de assistência cuja etimologia, desde o medievo europeu, está relacionada ao ato de hospedar. Há registros de espaços que realizaram práticas curativas na Antiguidade, como os templos gregos dedicados a Asclépio e as hospedarias e enfermarias militares do Império Romano, no entanto os estudos históricos ressaltam que as instituições dedicadas ao acolhimento e tratamento de doentes tornaram-se evidentes apenas na era cristã, quando o termo “hospital” passou a designar instituição de atenção aos doentes. Uma determinação do Concílio de Aschen, em 816, tornou obrigatória a construção de *Hospitalis pauperum* em dioceses e conventos (Antunes, 1991, p. 59-60).

Independente das denominações que recebeu ao longo desses séculos, como “hospício”, albergue ou Hôtel-Dieu, o hospital caracterizou-se como lugar para servir de abrigo às mazelas humanas, sendo as doenças apenas uma delas. Para Lindsay Granshaw (1989, p. 1180, e 1997, p. 1182), à época as enfermidades compunham uma pequena parte dos cuidados providos pelos hospitais a pobres, idosos, enfermos e viajantes. Michel Foucault destaca que até o séc. XVIII o hospital foi uma instituição de assistência e caridade, um lugar de abrigo e amparo ao pobre (Foucault, 2011). Esse é um ponto consensual na historiografia do hospital que enfatiza a preponderância de doações caritativas para a manutenção dos cuidados nas instituições desse gênero (Cavallo, 1989, p. 93-112; Sanglard, 2008; Granshaw, 1997, 1994, p. 190-206; Sá, 1997). A prática caritativa apoiava-se numa forma de conceber a pobreza na sociedade medieval cristã: acreditava-se que o “pobre de Deus” era revestido por uma espécie de manto santificado que garantia o caráter sagrado do ato de abrigá-lo ou de ofertar-lhe esmolas e doações (Sanglard, 2008, p. 35). A prática caritativa salvava a alma do pobre no momento de sua morte e a alma daqueles envolvidos com os cuidados e a assistência prestados a ele. Ainda que a forma de

conceber a pobreza tenha se modificado ao longo do tempo, passando de “manto sagrado” a “perigo social”, a caridade permaneceu como a principal característica das instituições de cuidado e assistência aos pobres até o fim do Antigo Regime europeu (Foucault, 2011, p. 101-102). Materializou-se em hospitais tomados como símbolos de uma “virtude cristã” ou demonstração de prestígio social pela prática filantrópica (Sanglard, 2008; Granshaw, 1994). O hospital como espaço de pesquisa e de prática médica almejando a cura de doenças figurou entre os anseios de médicos e homens que se dedicavam às ciências no final do século XVIII. Tornou-se realidade ao mesmo tempo em que nasciam a clínica e a higiene pública e privada, progredindo a medicalização dos hospitais com a chegada da revolução pasteuriana (Corbain, 1987; Rosen, 1994; Foucault, 2011; Benchimol, 2000; Hochman, 1998).

Os hospitais construídos no Velho Mundo serviram de modelo para aqueles levantados na cidade do Rio de Janeiro. O primeiro foi o Hospital da Santa Casa da Misericórdia, datado de 1582. Fazia parte de um conjunto de obras de caridade cuja diretriz consistia em “curar os enfermos; cobrir os nus; dar de comer aos famintos; dar de beber a quem tem sede; dar pousada aos peregrinos e pobres; enterrar os mortos” (Sanglard, 2008; Costa, 2008). No início do século XIX, os hospitais em funcionamento no Rio de Janeiro ainda eram basicamente ligados às irmandades e ordens terceiras, como o Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, o Hospital dos Lázaros, o Hospital da Vulnerável e Archiepiscopal Ordem Terceira de Nossa Senhora do Monte do Carmo e o Hospital da Vulnerável Ordem Terceira de São Francisco da Penitência.²⁹ Também funcionavam o Hospital Real Militar e o Hospital Central da Marinha, ambos destinados às Forças Armadas (Sanglard, 2008, p. 136-137). No século XIX foram criadas também casas de saúde no Rio de Janeiro para atender aqueles indivíduos abastados que podiam pagar pelo atendimento médico. Eram estabelecimentos particulares, geralmente pertencentes a médicos, como a casa de saúde do cirurgião Antônio José Peixoto, instalada em 1845 no morro da Gamboa, e a casa de saúde criada pelo mesmo cirurgião no bairro de Botafogo: após sua morte, foi comprada por Manoel Joaquim Fernandes Eiras, transformando-a na Casa de Saúde Dr. Eiras (Fonseca, 2008, p. 38).

Ao longo do século XIX cresceu o número de hospitais na cidade, no entanto permaneceram dependentes das ações religiosas, de associações de auxílio mútuo ou do capital privado, como pode ser observado no Quadro 2.

²⁹ O Hospital dos Lázaros era mantido pela Irmandade do Santíssimo Sacramento de Nossa Senhora da Candelária (Sanglard, 2008, p. 136).

QUADRO 2
HOSPITAIS EXISTENTES NO RIO DE JANEIRO NO SÉCULO XIX

Nome	Tipo de atendimento e público-alvo
Complexo da Santa Casa da Misericórdia	Geral e específico, para toda a população
Hospital da Brigada Militar	Geral, para militares da Brigada
Hospital do Exército	Geral, para militares do Exército
Hospital da Marinha	Geral, para militares da Marinha
Hospital do Corpo de Bombeiros	Geral, para militares do Corpo de Bombeiros
Hospital Copacabana	Específico (beribéri), para militares da Marinha
Hospital Evangélico do Rio de Janeiro	Geral, para evangélicos
Hospital dos Lázaros	Específico (lepra), para toda a população
Hospital Paula Cândido	Específico (isolamento), para os marítimos
Hospital São João de Deus	Geral, para a comunidade portuguesa
Hospital São Sebastião	Específico (isolamento), para toda a população
Hospital da Vulnerável Ordem Terceira de São Francisco de Paula	Geral, aos irmão da ordem
Hospital da Vulnerável Ordem Terceira de São Francisco da Penitência	Geral, aos irmão da ordem
Hospital da Vulnerável Ordem Terceira de Nossa Senhora do Monte Carmo	Geral, aos irmão da ordem e empregados da Casa Real
Policlínica Geral do Rio de Janeiro	Geral e específico, para toda a população

Fonte: Sanglard, 2008, p. 137-138.

Entre eles estavam o Hospital da Vulnerável Ordem Terceira dos Mínimos de São Francisco de Paula (1813), o Hospital do Corpo de Bombeiros (1841), o Hospital da Brigada Militar (1848), o Complexo hospitalar da Santa Casa da Misericórdia (com abertura do Hospício Pedro II (1841), Hospício São João Baptista da Lagoa (1852), Hospício de Nossa Senhora da Saúde (1853), Hospício de Nossa Senhora do Socorro (1855) Hospital Nossa Senhora das Dores (1884), Hospital de São João de Deus (1854), Hospital da Real e Benemérita Sociedade de Beneficência Portuguesa, Hospital Paula Cândido (1853), a Policlínica Geral do Rio de Janeiro (1882), Hospital São Sebastião (1889), Hospital Copacabana (1890) e Hospital Evangélico do Rio de Janeiro (Sanglard, 2008, p. 136-137). De todos os hospitais em funcionamento apenas três estavam destinados à população em geral: o Hospital dos Lázaros, o Hospital São Sebastião, a Policlínica Geral do Rio de Janeiro e a Santa Casa da Misericórdia. Os demais eram voltados a uma clientela ligada a auxílio mútuo.

A estrutura da assistência hospitalar na cidade do Rio de Janeiro não mudou muito nas primeiras décadas do século XX (Fonseca, 2008; Sanglard, 2008). Nos primeiros vinte anos deste século, o Hospital de São Zaccharias, criado em 1914, passou a integrar o complexo da Santa Casa da Misericórdia, e o Hospital de Nossa Senhora das Dores, pertencente ao mesmo complexo, foi restrito ao tratamento de mulheres com tuberculose no mesmo ano. Os hospitais Paula Cândido e São Sebastião passaram à esfera da Diretoria Geral de Saúde Pública; foi criada a Policlínica de Botafogo, em 1900; e o Asilo São Francisco de Assis transformou-se em hospital subordinado ao DNSP em 1921. Surgiram novos hospitais ligados às entidades ou sociedades de auxílio mútuo, o Hospital Espírita (1912) e o Hospital dos Ingleses, e o Hospital Oswaldo Cruz. Nenhum desses hospitais eram destinados à população em geral (Sanglard, 2008, p. 139-140).

1.4 À serviço do “templo da ciência”: projetos de hospitais para o Instituto Oswaldo Cruz

Paralelo ao cargo de diretor da Saúde Pública, Oswaldo Cruz dirigiu o Instituto de pesquisa experimental criado em Manguinhos, instituição criada em 1899 para produzir soro e vacina contra a peste bubônica. Esta foi diagnosticada entre imigrantes no porto de Santos e havia grande temor de que alcançasse o Rio de Janeiro. A fazenda de Manguinhos, que até o fim do século XIX foi ocupada por fornos de incineração do lixo da cidade, passou a abrigar o Instituto Soroterápico. Sua direção foi entregue ao dr. Pedro Affonso Franco, barão de Pedro Afonso, proprietário do Instituto Vacínico Municipal onde era produzida e aplicada a vacina

antivariólica.³⁰ A direção técnica foi entregue a Oswaldo Cruz. Durante a instalação do Instituto Soroterápico de Manguinhos, o prefeito da cidade do Rio de Janeiro, então Distrito Federal, solicitou ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores que fosse transferido para a alçada federal. Assim, em 23 de julho de 1900 foi inaugurado o Instituto Soroterápico Federal, “numa cerimônia simples e condizente com a modéstia daqueles laboratórios” (Aragão, 1950, p. 5).

Distante do centro da cidade, localizado em terreno extenso e de difícil acesso, em meio a mangues e com precárias edificações, foram produzidos os primeiros frascos de vacina antipestosa, entregues à Diretoria Geral de Saúde Pública em outubro desse mesmo ano. Em 1902, Oswaldo Cruz assumiu a direção plena do Instituto e em seguida foi alçado ao cargo de diretor-geral de Saúde Pública no governo de Rodrigues Alves, eleito presidente da República em março daquele ano, tendo como principal ponto de seu programa de governo o saneamento da Capital. Em meio aos debates no Congresso sobre a reforma dos serviços sanitários, Oswaldo Cruz encaminhou a proposta de transformar o Soroterápico num “Instituto para estudo das doenças infecciosas tropicais, segundo as linhas do Instituto Pasteur de Paris” que deveria encarregar-se “da preparação de todos os soros terapêuticos, vacinas, com o tratamento anti-rábico, a preparação de fermentos industriais, com o ensino da bacteriologia e da parasitologia, e se transformará em um núcleo de estudos experimentais que acentuará grandemente o nome de nosso país no estrangeiro”.³¹ A proposta foi aprovada em dezembro de 1907, quando estava em curso a construção dos sofisticados prédios do Instituto de Patologia Experimental, rebatizado Instituto Oswaldo Cruz em março de 1908.³² Seu regulamento dava-lhe considerável

³⁰ O Instituto Vacínico Municipal foi criado em 15 de setembro de 1894 no Rio de Janeiro, pelo decreto nº 105, com o objetivo de desenvolver o serviço de vacinação contra a varíola na cidade. Foi criado a partir do projeto elaborado por Pedro Affonso Franco (Barão de Pedro Affonso) e encaminhado ao Diretor Geral de Higiene e Assistência Pública naquele mesmo ano. Inaugurado em 8 de dezembro de 1894, o Instituto Vacínico Municipal deu início às suas atividades em 1º de janeiro de 1895, alguns meses depois de o projeto do Barão de Pedro Affonso ter sido aprovado pelo Diretor Geral de Higiene e Assistência Pública. O Instituto era composto por dois prédios, um na rua Marquês de Abrantes nº 144, onde as cocheiras funcionavam como um depósito de vitelos em observação, e outro localizado na rua do Catete nº 197 com as seguintes dependências: sala de inscrição dos vacinados; salão geral de vacinação; salão especial de vacinação de senhoras e famílias; sala para esterilização dos materiais; sala de distribuição de vacina e escrituração dos vitelos; salão de trabalho e preparo da vacina; sala de lavagem dos aparelhos; sala de vacinação dos vitelos; sala de autópsias e estábulo. O pessoal do Instituto era formado por um diretor, três médicos vacinadores, quatro estudantes de medicina auxiliares da vacinação e dois empregados que trabalhavam no estábulo e na limpeza do estabelecimento. Era uma instituição particular subvencionada pelo Estado, exemplo de uma prática através da qual o Estado incentivava, com subvenções e liberação de impostos, as iniciativas particulares na área da saúde (Fernandes, 1999). O diretor proprietário não recebia vencimento algum além da subvenção fornecida pela municipalidade ao Instituto e, na sua ausência, as atribuições incidiam sobre o médico vacinador. Tanto as admissões como as demissões estavam a cargo do diretor que, por sua vez, comunicava o fato ao Prefeito, já que os empregados do Instituto eram considerados funcionários municipais. Ver: Fernandes, 1999; *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*, Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>

³¹ Carta de Oswaldo Cruz ao Congresso Nacional em 1903, apud Stepan (1976, p. 78).

³² A criação do Instituto não é interpretada nesse trabalho como um marco da fundação da medicina científica no Brasil e Oswaldo Cruz como seu mentor. Não comunga da crença da teoria dos germes como divisor de águas para

autonomia administrativa e financeira, ampliava o quadro de funcionários e autorizava a venda de produtos biológicos, a prestação de serviços científicos e profiláticos a órgãos públicos e setores privados. Tais mudanças proporcionaram fecundas oportunidades aos cientistas recrutados pelo Instituto para investigar doenças das cidades e do campo causadas por bactérias, protozoários e vermes, o que resultou em ações profiláticas e trabalhos científicos que levaram a instituição a ser reconhecida nacional e internacionalmente como importante centro produtor de conhecimentos nos campos da microbiologia e medicina tropical, especialmente após a descoberta da doença de Chagas.³³

1.4.1. Hospital de isolamento que não saiu do papel

Somando cargos de direção, Oswaldo Cruz gravou em plantas arquitetônicas o sonho de um *futuro-presente* definido para a instituição, entre eles estava a construção de um hospital moderno.³⁴ Elaborou um segundo plano arquitetônico de hospital de isolamento para a cidade. Dessa vez, tudo indica que para ser construído no Instituto de Manguinhos (Benchimol, 1990a, p. 213). Os croquis desse projeto de hospital de isolamento foram apresentados na Exposição de Higiene de Berlim, de 1907, juntamente com as plantas arquitetônicas do hospital de isolamento de 1904 projetado anteriormente, ambos elaborados por Luís Moraes Junior.

O segundo projeto de hospital, que sequer saiu do papel, data de 15 de junho de 1907 e não é possível saber muito a seu respeito, pois não existem referências nos relatórios da Diretoria Geral de Saúde Pública, no Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro, na documentação histórica do Instituto Oswaldo Cruz e nos arquivos pessoais de Oswaldo Cruz e Luís Moraes Junior. A seu respeito há apenas um croqui da fachada e a planta baixa do prédio.

As plantas arquitetônicas expõem características de um hospital baseado nos princípios da arquitetura pavilhonar (Fig.2). Considerando o croqui, seria um pequeno hospital erguido sobre embasamento de pedra com estrutura elíptica integrando três corpos independentes. Os

a ciência. Edler (1996) coloca a questão da seguinte maneira: ‘muitos estudiosos procuraram demarcar uma ruptura entre uma etapa pré-científica ou metafísica da medicina brasileira em relação a outra, através de um recurso básico: de um lado foram colocados os espíritos supostamente retóricos, anticientíficos, isto é, aqueles que rejeitavam as teses pastoriana; do outro, os verdadeiros luminares da medicina experimental, Oswaldo Cruz à frente’. Edler retoma o trabalho de Benchimol (1999), com estudo sobre a importação das ideias pastorianas no país em fim do século XIX, chamando a atenção para o complexo debate estabelecido no século XIX no meio científico e que “destroem as interpretações simplistas que imputam a Oswaldo Cruz o papel de demiurgo da bacteriologia brasileira, como o faz Stepan (1976), dentre outros”. Ver Edler, 1996, p. 290.

³³ Sobre a história da instituição, ver Aragão (1950); Stepan (1976); Benchimol (1990a, 2005); Benchimol e Teixeira (1993); Cukierman (2007).

³⁴ Para as categorias passado-presente e futuro-presente, ver: Koselleck, 2006.

corpos laterais possuiriam 7 quartos e um banheiro. Os quartos, divididos em dois ambientes, com uma parte maior destinada ao isolamento do doente, e uma parte menor para o lavabo e vestiário, “disposição que possibilitaria a atenção individualizada ao doente e o controle asséptico de tudo o que entrasse em contato com ele”. Os dois corpos laterais também contariam dependências de serviço com depósito de roupas limpas, depósito para medicamentos, uma pequena cozinha e banheiro de uso geral. Os quartos e dependências de serviço estariam conectados a duas varandas cobertas que circundariam quase toda a extensão do pavilhão e as janelas e portas dos quartos de isolamentos teriam abertura para essa varanda, proporcionando circulação do ar. No corpo central do prédio ficaria localizada uma escadaria principal que conduziria a uma sala de espera, próxima ao gabinete médico e os quartos do pessoal de enfermagem, que atenderiam separadamente os dois blocos de isolamento (Benchimol, 1990a, p. 214).



Fig.2 Fachada do Hospital de isolamento (1907)
Fonte: DADCO

Além dos projetos de hospital de isolamento apresentados, o de 1904 e de o 1907, Oswaldo Cruz arquitetou as bases de outro projeto hospitalar moderno para ser, assim como o de 1907, construído no Instituto Oswaldo Cruz anexo aos laboratórios de pesquisa para subsidiar os estudos que ali eram desenvolvidos. A insistência do cientista nesse projeto hospitalar revela *sinais*, na perspectiva adotada por Carlo Ginzburg. No ensaio *Sinais: Raízes*

de um paradigma indiciário, o historiador italiano discute a possibilidade do fazer historiográfico a partir de um método – e de um “modelo epistemológico” – que leve em consideração “indícios” e “sinais”, que seriam partes aparentemente sem importância do todo, mas que podem permitir sua reconstrução e explicação histórica. Para o historiador, “se a realidade é opaca, existem zonas privilegiadas – sinais, indícios – que permitem decifrá-la” (Ginzburg, 1989). Nessa acepção, o projeto de hospital moderno de Oswaldo Cruz idealizado para se localizar em Manguinhos se apresenta como importante *senal* de que o projeto era de suma relevância para desatar os nós experimentais com doentes e que ajudaria a legitimar nacional e internacionalmente os estudos da instituição no campo da medicina tropical.

Esse hospital anexo aos laboratórios do IOC foi pensado quando a Capital vivia um crescimento demográfico expressivo, um aumento dos casos de epidemias sobre a população e um agravamento dos conflitos advindos das disparidades sociais que orquestravam um quadro precário da saúde pública no Rio de Janeiro. Foi pensado, principalmente, paralelo aos esforços de integração dos sertões do país, projeto de determinadas frações da *intelligentsia* da Primeira República, boa parte composta por médicos “aglutinados por Oswaldo Cruz na Diretoria Geral de Saúde Pública e no Instituto de Manguinhos” que formaram a “espinha dorsal da saúde pública brasileira nas décadas de 1910 e 1920” (Benchimol, 2003, p. 266).

A conjuntura otimista de modernização do país esteve permeada por valores do positivismo e por teorias científicas com exaltação da ciência e da técnica. Fortemente influenciada pela filosofia do positivismo, de Augusto Comte, e o indutivismo, de Francis Bacon (Abadia, 2005, p. 262). Para essas perspectivas, a ciência era um conhecimento superior à metafísica e a religião para a apreensão da realidade. Influenciada por teorias desenvolvidas no século XIX, como a teoria da evolução, das hipóteses de progresso, da industrialização e da especialização das ciências, o paradigma científico da modernidade moldou-se com crença na ciência como um saber rigoroso, objetivo, pautado por leis irrefutáveis e universais. O conceito de ciência foi associado a um saber supremo, linear, mensurável, acumulativo e incontestavelmente verdadeiro.

Essa concepção de ciência, vista também como um instrumento do progresso, encadeou um clima de otimismo na medicina com a repercussão internacional dos trabalhos no campo da microbiologia, dos estudos no campo da medicina tropical e da “medicina de laboratório” enquanto poderosa ferramenta para enfrentar problemas sanitários do Brasil. Esse clima otimista das teorias médicas extrapolou as intervenções no espaço urbano da capital, como a reforma da cidade do Rio de Janeiro, e pôs na agenda dos estudos médicos a busca por soluções das questões sanitárias representadas pelas doenças tropicais.

1.4.2 Missões científicas e o argumento para criar um hospital de pesquisa no IOC

Alinhado às tendências da ciência internacional, o Instituto de Manguinhos enviou expedições científicas ao interior brasileiro no intuito de ampliar as fronteiras geográficas, sociais e cognitivas da instituição. Apostou nos estudos da medicina tropical e adentrou o país a fim de conhecer seus parasitos e insetos, assumindo, assim, postura similar às missões científicas europeias com práticas comuns entre médicos e microbiologistas europeus na África e na Ásia para combater epidemias e estudar doenças tropicais (Benchimol e Teixeira, 1993, p.19-20; Kropf, 2009, p. 85-86 e 93).

As expedições científicas do IOC são traduzidas por Lima (2013, p. 101-145) como *missões civilizatórias* de conhecimento e conquista dos sertões brasileiros dos primeiros anos da Primeira República.³⁵ Foram importantes para o conhecimento das condições de vida e problemas sanitários de regiões do interior e serviram para conter crises de epidemias que dificultavam os trabalhos de companhias públicas e privadas, mais especificamente as obras de infraestrutura, como a construção de ferrovias, do projeto de modernização econômica do país (Benchimol e Silva, 2008; Benchimol e Teixeira, 1993).

A tabela abaixo, elaborada por Lima (2013), enumera as expedições científicas realizadas pelo IOC entre 1908 e 1922, ressaltando o local de destino, os cientistas responsáveis por cada uma das missões, o tempo de duração, os objetivos centrais e um breve resumo das características gerais das viagens contidas em relatório institucional. As nove expedições descritas, divulgadas como *missões* de agentes sociais comprometidos com as questões sanitárias, agiram como “canteiros de obras” para os estudos da medicina tropical na medida em que funcionaram como laboratórios de experiências aos pesquisadores que realizaram e acumularam conhecimentos em diferentes temas da patologias tropical (Benchimol, 1990a; Kropf, 2009). Serviram também para fundamentar o debate que crescia em torno da necessidade de maior atuação do poder público nos problemas de saúde, em um primeiro momento nas áreas urbanas (Índice de óbito por moléstia nas capitais do país, IBGE, 2018, Ver Anexos), posteriormente nas áreas rurais do país afligidas pelas doenças endêmicas.

³⁵ Lima (2013) identifica importantes expedições ao interior do país realizadas ao longo dos primeiros anos da República com o intuito de valorização do sertão. Além das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz, destaca as viagens de Cândido Rondon, as expedições da Comissão Geológica em São Paulo e as do astrônomo Louis Cruls, em 1892, ao Planalto Central visando à mudança da capital (Lima, 2013, p. 114).

QUADRO 3

EXPEDIÇÕES CIENTÍFICAS DO INSTITUTO OSWALDO CRUZ (1908-1922)

Expedição	Cientistas Responsáveis	Instituições Responsáveis	Período	Objetivos	Características do Relatório
Norte de Minas Gerais entre Lassance e Pirapora	Carlos Chagas e Belisário Penna	Instituto Oswaldo Cruz e Estrada de Ferro Central do Brasil	1907-1908	Profilaxia antimalárica. Nela se dá a “descoberta” da doença de Chagas.	Descrição das medidas adotadas no combate a malária, no ano de 1907, com ênfase na administração de sais de quinina em doses adequadas aos doentes e na quinização preventiva de trabalhadores sãos.
Vale do rio Madeira	Oswaldo Cruz	Instituto Oswaldo Cruz e Madeira Mamoré Railway	1909	Profilaxia antimalárica.	
Vale do São Francisco e do Tocantins	Astrogildo Machado e Antônio Martins	Instituto Oswaldo Cruz e Estrada de Ferro Central do Brasil	Setembro de 1911 a fevereiro de 1912	Profilaxia antimalárica.	Não há registro de relatório, mas existem imagens fotográficas da viagem. Principal fonte pesquisada: Albuquerque et alii (1991).
Norte da Bahia, Sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e norte e sul de Goiás	Arthur Neiva e Belisário Penna	Instituto Oswaldo Cruz e Inspetoria de Obras contra as Secas	Janeiro a outubro de 1912	Estudo do quadro sanitário e das condições de vida e trabalho das populações locais. Pesquisa sobre a flora e a fauna da região, com ênfase em seu interesse médico.	Principal documento no que se refere a observações de interesse sociológico. Ênfase no isolamento e abandono a que eram relegadas as populações rurais do país. Relatório publicado (Penna & Neiva, 1916).
Ceará e norte do Piauí	João Pedro de Albuquerque e José Gomes Faria	Inspetoria de Obras contra a Seca	Março a julho de 1912	Estudo do quadro sanitário e das condições de vida e trabalho das populações locais. Investigações científicas de	Não há notícia de relatório ou diário de viagem, restam apenas registros fotográficos (cf. Albuquerque et alii 1991).

				acordo com as linhas de pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz.	
Rio São Francisco e alguns de seus afluentes	Adolfo Lutz e Astrogildo Machado	Instituto Oswaldo Cruz e Inspetoria de Obras contra as Secas	Abril a julho de 1912	Estudo da fauna da região, prejudicado devido a estação seca. Estudo das condições sanitárias, de trabalho e de vida das populações ribeirinhas.	Ênfase no atraso da região, apontando fatores como raça, clima e distância em relação ao litoral. Relatório publicado (Lutz & Machado, 1915).
Vale do Amazonas	Carlos Chagas, João Pedroso e Pacheco Leão	Instituto Oswaldo Cruz e Superintendência de Defesa da Borracha.	Outubro de 1912 a março de 1913	Estudos médicos visando ao desenvolvimento da região.	Observações sobre as principais doenças, a decadência de algumas cidades; condições de trabalho nos seringais; prescrição de medidas sanitárias destinadas à prevenção e controle de doenças nos seringais. Relatório publicado (Cruz, 1913).
Rio Paraná e Assunção, com volta por Buenos Aires, Montevideú e Rio Grande	Adolfo Lutz, Souza Araújo e Olympio da Fonseca Filho	Instituto Oswaldo Cruz e Governo do Paraná	Janeiro a março de 1918	Estudos de geografia médica.	Descrição do quadro sanitário das diversas localidades visitadas, ênfase na relação entre clima e estado sanitário. Observações sobre as condições de vida e trabalho das populações locais.
Estado de Mato Grosso	Lauro Travassos, César Pinto e Júlio Muniz	Instituto Oswaldo Cruz	1922	Pesquisas parasitológicas médicas e veterinárias.	Referência à vida do homem no Pantanal, relacionando-se ao ritmo das cheias dos rios. Relatório publicado (Travassos et alii, 1927).

Fonte: Lima, 2013, p. 142-143.

No campo intelectual, era incontestável a urgência em resolver os problemas de saúde, mas as ações públicas estavam restritas às cidades e não listavam como prioridade na agenda política os problemas que afetavam o interior do país. A atenção para os problemas de saúde do sertão brasileiro mantém relação com a criação de uma *imaginação sociológica dos sertões* promovida após as viagens científicas ao interior do país. Como demonstrado por Lima (2013, p. 25), essas viagens, conduzidas por geólogos, engenheiros, militares e cientistas de instituições de saúde pública foram cruciais para a elaboração de novas interpretações sobre o Brasil na medida em que “atenderam a objetivos estratégicos do Estado e contribuíram para a revisão dos mapas cartográficos, o estudo da flora e da fauna, além de valiosos registros etnográficos”.

Os problemas de saúde do interior do país, assolado pelas chamadas endemias rurais (verminoses, malária, doença de Chagas), foram denunciados e tiveram expressiva ressonância a partir da divulgação dos resultados obtidos com as viagens científicas do Instituto Oswaldo Cruz, importantes para a construção de uma imagem do sertão associando-os à doenças e ao abandono do Estado. Os “males” do país associados às doenças foram ideia fortemente propagada pelo discurso médico-higienista principalmente a partir da divulgação do relatório da expedição médico-científica do Instituto Oswaldo Cruz, ao interior do País, em 1912, chefiada por Belisário Penna e Arthur Neiva e da atuação da Liga Pró-Saneamento (Lima e Hochman, 2000). Os relatórios dos cientistas de Manguinhos, materiais considerados extremamente ricos em descrições sociológicas e antropológicas, tornaram-se os primeiros inventários das condições de saúde e vida das populações rurais do Brasil, dos lugares, as populações, a fauna, a flora, as formas de vida e, também, as doenças que assolavam diferentes áreas. A disseminação dessa imagem deu-se à custa de muita controvérsia e debate público, conformando a imagem de um país “doente”, metaforizada por Miguel Pereira, em discurso indignado, ao enfatizar que o Brasil era um “imenso hospital” (A manifestação, 1916, p. 4). Seu conteúdo de denúncia repercutiu entre os intelectuais da época e contribuiu para alimentar debate nacional (Benchimol, 2000, p. 283; Lima, 2003; Lima e Hochman, 2000). Ao revelar um país miserável e doente, ao Brasil e ao mundo, elaboravam uma imagem profundamente contrastante com a visão ufanista que deu base para os projetos de remodelação da cidade do Rio de Janeiro para ser uma “vitrine” do país. Nesse momento, além das contradições internas de uma cidade modelo de modernidade, parte da intelectualidade estava atenta às contradições entre o sertão e o litoral (Lima, 2013).

A estreita relação do médico sanitário Oswaldo Cruz com a direção dos serviços de saúde foi um alicerce fundamental para alinhar os projetos do Instituto Oswaldo Cruz aos

projetos de nação implementados nas primeiras décadas do século XX. Nesse contexto, o novo projeto de hospital de pesquisa médica anexo ao Instituto Oswaldo Cruz foi apresentado como uma importante âncora aos projetos políticos do Estado no tocante à produção de conhecimentos científicos e a prestação de assistência médica, principalmente a interiorização da assistência médica enquanto projeto nacional. Além disso, o projeto hospitalar foi um componente importante na estratégia dos pesquisadores do IOC em busca de afirmarem-se nacional e internacionalmente como grupo produtor de conhecimentos sobre doenças em momento de consolidação de um novo campo de conhecimento denominado medicina tropical.

Os cientistas do Instituto Oswaldo Cruz executaram “ações mais ambiciosas no interior do Brasil à margem do órgão federal de saúde pública, financiadas por contratos privados, inclusive com repartições do governo” (Benchimol, 2003, p. 277). Se até 1906 as atividades do instituto estiveram voltadas majoritariamente para as campanhas sanitárias na capital, a partir desse momento pode ser observado um deslocamento de interesses de seu programa de pesquisas e serviços. A partir desse momento as pesquisas do instituto se orientam “cada vez mais para as demandas de novos clientes – governamentais ou particulares – e para o estudo e a profilaxia de doenças que reinavam endemicamente nas zonas interioranas do país” (Benchimol, 1990a, p. 47). Penetrados nos sertões do Brasil para estudar e combater doenças, principalmente a malária, a serviço de ferrovias, hidrelétricas e outros empreendimentos, os cientistas do Instituto depararam com patologias pouco ou nada conhecidas que deram grande amplitude aos horizontes da medicina tropical no Brasil (Benchimol e Silva, 2008), entre elas a doença de Chagas.

Com isso, os argumentos que impulsionaram decisivamente a construção de um hospital próximo aos laboratórios do Instituto Oswaldo Cruz estão relacionados com os destaques auferidos aos pesquisadores de Manguinhos com as pesquisas no campo da microbiologia e, especificamente, aquelas ligadas à medicina tropical com a conformação de uma nova doença tropical no país, a doença de Chagas. Para a construção desse hospital foi concedido um crédito especial do Ministério da Justiça e Negócios Interiores por decreto sancionado pelo presidente Hermes da Fonseca (Fig.3) (Brasil, Decreto 1912). O decreto destinava 500:000\$ aos estudos sobre a doença de Chagas, sendo que 300:000\$ deste total deviam ser usados na construção de um hospital anexo ao Instituto Oswaldo Cruz tendo por “finalidade exclusiva” promover a descoberta e o tratamento terapêutico e profilático da tripanossomíase recém-descoberta no interior de Minas Gerais. O restante do crédito, 200:000\$, destinava-se a “experiências da profilaxia e assistência médica nas zonas mais flageladas” pela doença de Chagas.

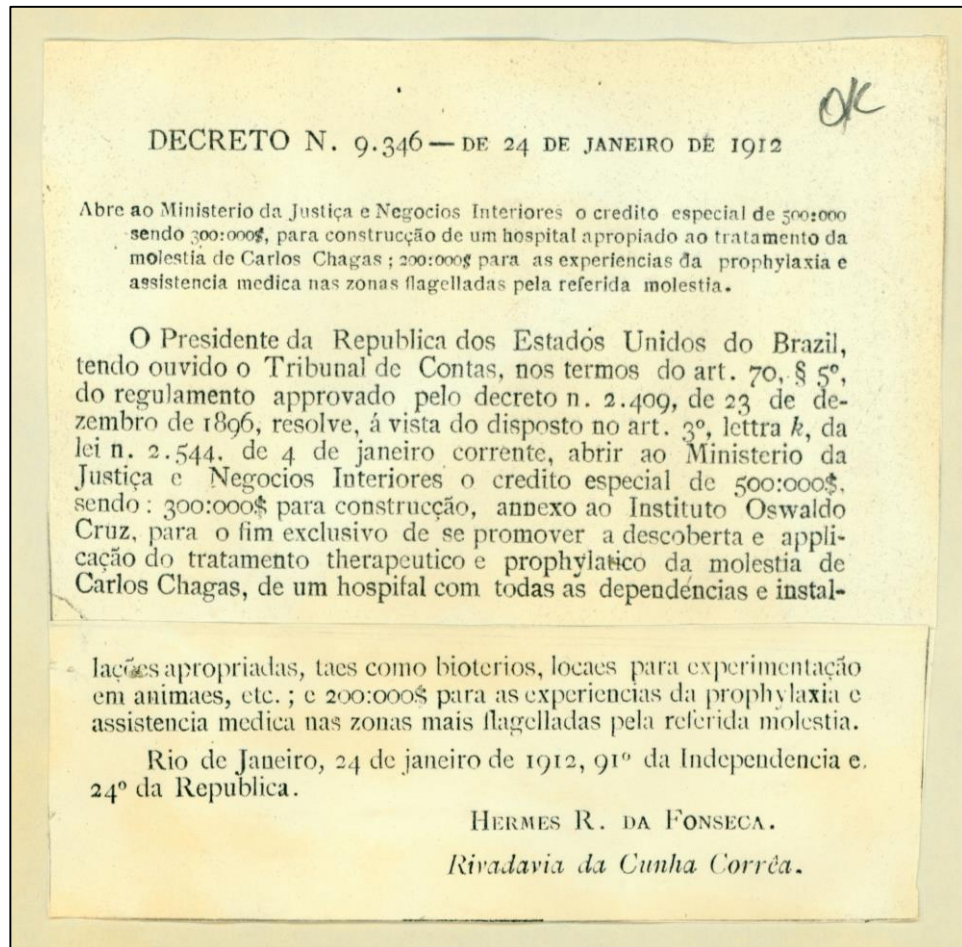


Fig. 3 Decreto n. 9.346 de 24 de janeiro de 1912.
Fonte: DADCOC/Fiocruz.

Esse investimento público para a construção de um hospital em Manguinhos alimentava um ousado projeto institucional que previa além de um espaço para assistência e cuidados médicos, um hospital de pesquisa e ensino onde “técnicos se habilitem, com estudos especiais, para o tratamento das moléstias tropicais” (Brasil, Decreto, 1918). Além de um projeto científico, o hospital pareceu ao governo importante estratégia de investimento para a conformação de um projeto nacional de acabar com endemias rurais, uma vez que alimentaria estudos no campo da medicina tropical, capacitaria médicos e daria assistência clínica e terapêutica aos doentes.

O decreto não detalha a miúdo as bases do projeto, mas demonstra o alto investimento público dispendido para construir à época um hospital anexo ao Instituto Oswaldo Cruz, no sertão carioca, com as “instalações apropriadas” a sua finalidade, como biotérios e locais para experimentação em animais. Não se tratava de um hospital ligado ao sistema público para conter os problemas de saúde que grassavam na capital. Também não se tratava de um hospital

para isolamento de portadores de doenças infecciosas na cidade do Rio de Janeiro, tampouco era projeto de hospital voltado à assistência da população geral. Criado às margens do sistema público de saúde, o hospital construído anexo ao IOC foi projetado para vincular e aperfeiçoar os estudos desenvolvidos por pesquisadores do Instituto e para servir de experiência ao ensino médico.

1.4.3 O Hospital de pesquisas do Instituto Oswaldo Cruz: arquitetura pavilhonar e saúde

Alinhado aos conhecimentos da microbiologia e da medicina tropical, o programa norteador do Hospital Oswaldo Cruz obedeceu as recomendações para um nosocômio higiênico preconizadas pela bacteriologia pasteuriana. Uma delas foi a decisão de construí-lo em terreno afastado das demais instalações do Instituto e dos bairros em formação nos arredores da fazenda de Manguinhos, que pode ser observado nas fotografias de Joaquim Pinto da Silva (1884-1951) – um conjunto de fotografias inventariam toda a construção do pavilhão entre 1912 e 1918. As imagens documentam o terreno escolhido para erguer o Hospital (Fig.4) com destaque para o local ermo, a área plana selecionada entre as demais partes do terreno, a ausência de vegetação e construções próximas a fazenda. Conhecido como J. Pinto, o fotógrafo oficial do Instituto Oswaldo Cruz nas primeiras décadas do século XX produziu grande número de imagens que revelam o passado da instituição. Um expressivo número de fotografias suas compõe o acervo do DADCOC e documenta os primeiros prédios da fazenda, a região onde se instalavam as novas construções, os trabalhos científicos realizados por pesquisadores (no Instituto e em viagens científicas).³⁶ Esses registros revelam o olhar de um jovem fotógrafo cujas lentes retrataram os monumentos institucionais e, em muitos casos, o cotidiano de trabalhadores.

³⁶ É possível saber pouco sobre a vida desse importante fotógrafo. No DADCOC/Fiocruz, além de sua produção, foram encontradas poucas fotos em que aparece sozinho ou acompanhando cientistas em expedições ao interior do país. Há também uma entrevista realizada na década de 1980, por pesquisadores da Casa de Oswaldo Cruz, a Wilson Pinto, um dos filhos de J. Pinto. Com base nessa entrevista é possível saber que nasceu em Alagoinhas, na Bahia, em 1884. Com 14 anos chegou ao Rio de Janeiro, onde conformou família. Exerceu suas atividades no Instituto entre 1903 e 1946, quando aposentou-se por problemas de saúde. É possível que tenha trabalhado na produção do primeiro filme científico realizado no país em 1909 – era o fotógrafo oficial do IOC e trabalho com João Stamato (1886-1951), cinegrafista do Rio de Janeiro que documentou a expedição a Pirapora (MG). O filme, que até o momento não é conhecida a autoria, se chamava *Chagas em Lassance*, com 9 minutos de duração com imagens de doentes da cidade de Lassance. De acordo com o cineasta e conservador-chefe da Cinemateca do Museu de Arte Moderna do Rio de Janeiro, tudo indica que o filme foi feito com “uma câmera de madeira, francesa ou alemã, a manivela, rodando 16 quadros por segundo com uma objetiva focal fixa e filme monocromático” (Marcolin, 2014). O material foi cedido na década de 1990 a pesquisadores da Fiocruz por Carlos Chagas Filho, filho de Carlos Chagas. A cópia filmada em 16 milímetros foi restaurada e digitalizada e serviu para a produção do filme *Cinematógrafo brasileiro em Dresden*, de 21 minutos, em 2011.

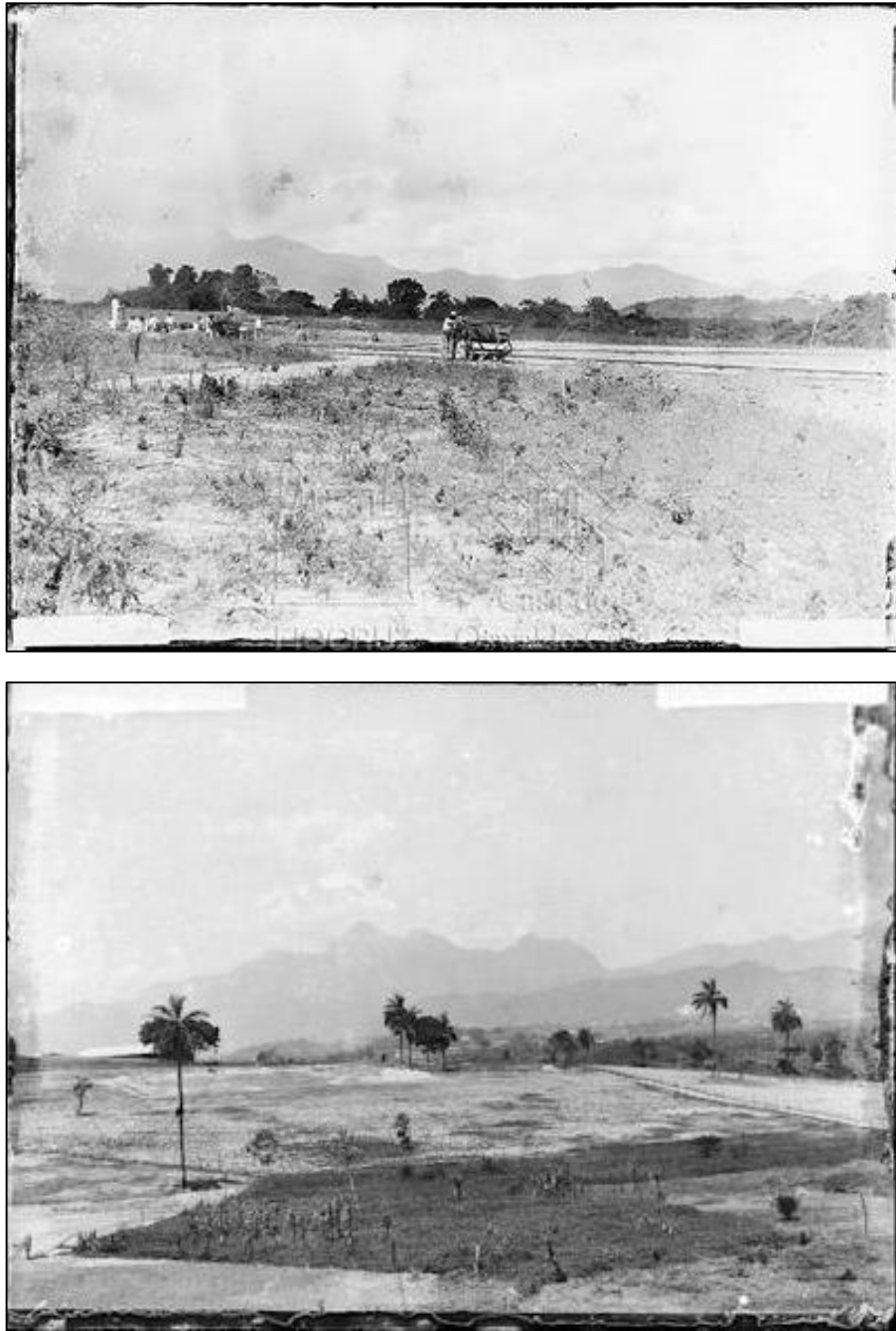


Fig.4 Perspectivas do terreno escolhido para a construção do pavilhão do Hospital
Fonte: DADCOC

O afastamento físico do prédio que sediou o hospital, observado nas fotografias de J. Pinto, remete a uma importante característica do paradigma da arquitetura pavilhonar ainda vigente nesse momento. Um dos preceitos dessa arquitetura era a construção de pavilhões com afastamento físico dos lugares de concentração humana para evitar o contágio de doenças através de microrganismos. Embora a construção do Hospital tivesse fortes referências do

modelo pavilhonar, contrariava outra importante recomendação deste paradigma, a separação das doenças em pavilhões específicos. Para compreender a influência do modelo norteador para a construção desse hospital, e sua apropriação às especificidades locais, é importante atentar para os elementos de sua arquitetura, visto que através da arquitetura hospitalar é possível compreender os conhecimentos médicos e a relação entre saúde e doença de um dado momento histórico Sanglard (2008) e Costa (2008).

Constam nos arquivo institucionais do IOC e nas publicações jornalísticas, entre 1917 e 1918, que o projeto hospitalar seria composto por seis pavilhões, mas apenas um deles foi construído. As plantas do pavilhão modelo datam de 21 de fevereiro de 1912 e foram uma clara apropriação do Hospital do Instituto Pasteur de Paris. Definir tal influência como apropriação implica uma aproximação do debate historiográfico que questiona a ideia de *difusão*, *transmissão* e *introdução* de conhecimento científico, associados a um conhecimento formulado nos centros, como mercadoria, e depois distribuído através de *redes de intelectuais* (Patiniotis, 2013). Aqui há uma aproximação das reflexões de pesquisadores contemporâneos de história da ciência e da saúde para os quais o modelo, tal como o “difusionista” de George Basalla (Basalla, 1993), estabelece que o conhecimento ao ser “transmitido” de um lugar para outro preserva sua forma original.

Trabalhos atuais destacam que nessa perspectiva não há lugar para uma das principais características do processo de conhecimento, o caráter “surpreendente” e imprevisível que apresentam ao serem implantados em contextos sociais diversos (Patiniotis, 2013), propondo uma reorientação da discussão de transmissão de ideias e técnicas para apropriação através de estratégia consciente por parte de tradições culturais locais (Patiniotis, 2013, p.376). A referência ao modelo do Hospital Pasteur aqui estabelecida leva em consideração uma apropriação, por parte dos responsáveis pela criação do hospital em Manguinhos, dos conhecimentos, ideias e práticas científicas em voga na França. Não como mera cópia, mas transformados de forma criativa por cientistas das realidades locais (Gavroglu, 2008; Patiniotis, 2013), ao contrário de considerá-las recebidas de forma passiva pela periferia, como sugerido no modelo “etapista” de Basalla.

O hospital construído em Manguinhos caracteriza-se pela forma retangular do prédio, o que segue a clássica configuração da arquitetura de pavilhões em vez de adotar as formas circulares adotada pelo arquiteto Luís Moraes Junior em seus últimos projetos de hospital de isolamento, de 1904 e 1907. Como observado na planta de 1912 (Fig.5 e 6), tratava-se de um edifício sóbrio, limpo, despojado e de volumes equilibrados, sendo caracterizado por uma “arquitetura limpa”, com poucos elementos decorativos, restritos apenas às varandas que

proporcionavam sombra e ar às enfermarias (Benchimol, 1990, p. 138-139). O pavilhão projetado revela um hospital de pequeno porte, um andar com acesso por escadaria central, varandas que circundavam todo o prédio, um sótão e um porão funcionais. Não há construções anexas ao prédio principal projetadas na planta e não há maior detalhamento com relação às dimensões dos espaços internos e qualquer referência à jardim ou áreas externas no projeto arquitetônico aqui analisado.

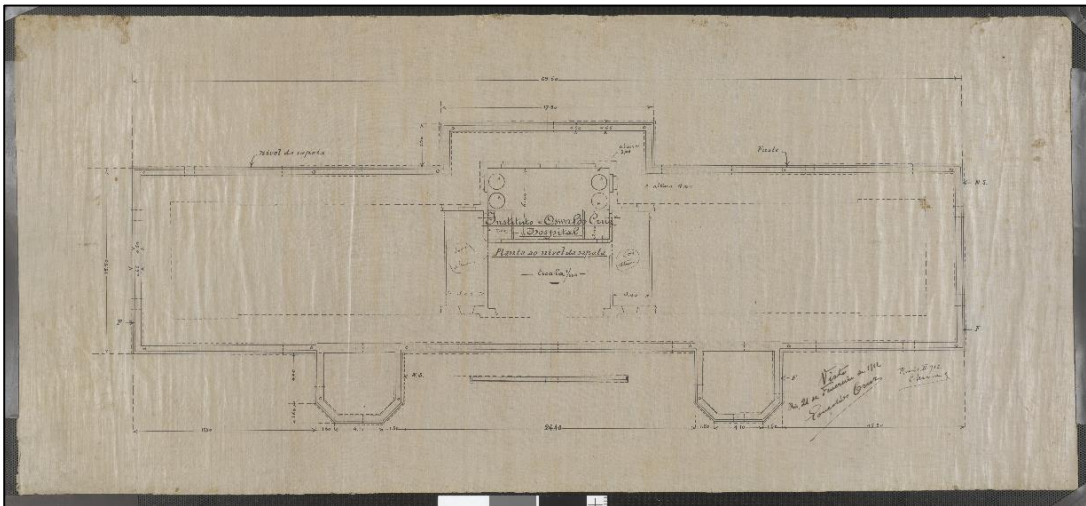


Fig.5 Planta do Hospital Oswaldo Cruz – 1912
Fonte: DADCOC

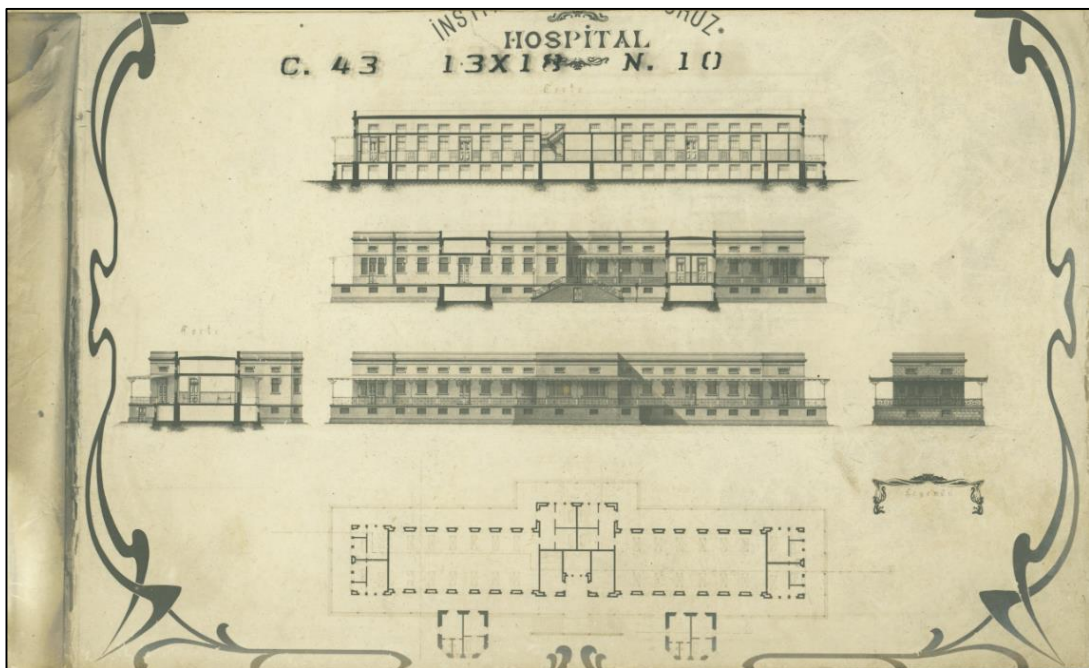


Fig.6 Planta do Hospital Oswaldo Cruz – 1913
Fonte: DADCOC

Através dos relatórios anuais de atividades do Instituto Oswaldo Cruz é possível saber que o único pavilhão construído acomodou duas enfermarias, com trinta leitos cada uma e quartos com leitos separados por sexo. Eram quatro quartos destinados ao isolamento individual de doentes, uma sala para exames de Raio X e eletrocardiograma, uma sala de curativos e pequenas operações realizadas em caráter de emergência, dois quartos para os funcionários do Hospital em serviço, uma farmácia, uma pequena cozinha, banheiros (não há indicação do números), uma lavanderia, um biotério para criar/conservar animais para serem usados em experimentos e um laboratório para testes com uso de pequenos animais e para realização de métodos diagnósticos para os casos de doenças investigados no Hospital (Relatórios IOC, 1912 a 1930).

Os serviços médicos foram centralizados em um único prédio, com a unificação das doenças e das atividades hospitalares na mesma estrutura física com base na suposição de que os pressupostos pasteurianos eram capazes de controlar o temido contágio. O espaço destinado ao isolamento de doentes foi reduzido se comparado aos dois projetos anteriores de hospitais de isolamento. Uma das explicações plausíveis é a característica peculiar desse hospital que surge com a incumbência de alimentar pesquisas sobre doença de Chagas e outras endemias rurais enquanto os projetos hospitalares anteriores estavam voltados ao atendimento das doenças de base urbana, com imprecisão sobre a etiologia das doenças e as controvérsias sobre o seu caráter contagioso.

Como o hospital construído em Manguinhos estava voltado para a assistência de endemias que não apresentavam perigo de contágio, foi reduzida a ênfase no dispositivo de isolamento dos doentes. Além desse aspecto peculiar do Hospital Oswaldo Cruz, na segunda década do século XX “as noções sobre a fisiologia dos micróbios patogênicos vinham se modificando consideravelmente, relativizando-se o perigo de sua sobrevivência e, portanto, o contágio fora de seus hospedeiros vivos” (Benchimol, 1990a; 2000), o que colocava em cheque determinadas práticas da higiene hospitalar, como a desinfecção. No pavilhão do Hospital predominaram as enfermarias coletivas e o isolamento não constituía uma etapa obrigatória do processo terapêutico, nesse ponto diferia completamente dos procedimentos empreendidos pelo hospital que fora sua maior influência, o Hospital Pasteur.

Afinidades com o modelo hospitalar francês foram expressas nas dimensões internas das enfermarias; no revestimento das paredes com ladrilhos até 1,50m de altura para facilitar a limpeza; no uso de ângulos arredondados no interior do prédio para evitar o acúmulo de microrganismos; na colocação das janelas de forma a favorecer a ventilação no interior do ambiente; e na disposição dos leitos e do corredor central. Um elemento característico dos

projetos de Luís Moraes Junior que está presente na arquitetura desse hospital é o destaque às varandas. Presente em seus projetos anteriores de hospital de isolamento para a cidade do Rio de Janeiro, a varanda no Hospital Oswaldo Cruz possui um “gracioso rendilhado de ferro”, um elemento decorativo que expressa as influências de sua formação luso mourisca. A varanda também foi projetada para ajudar a conter o calor e a insolação típico da região em que se localizava, o subúrbio carioca, como pode ser observado na descrição que Henrique Aragão faz do Hospital ao mencionar que “uma larga varanda protegeria as paredes laterais do prédio contra a insolação direta” (Aragão, apud Benchimol, 1990a, p. 217). Além dos aspectos mencionados, a varanda foi projetada como o principal meio de circulação do pavilhão. À varanda estavam articulados os quartos de isolamentos (que abriam apenas para a varanda), as duas enfermarias (que não tinha comunicação pelo interior do prédio) e os serviços médicos e auxiliares (Benchimol, 1990a, p. 216-217).

1.4.4 Hospital na conta da “manqueira”

Em fevereiro de 1912, mês em que a planta do hospital foi entregue ao Instituto Oswaldo Cruz, foram contratados trabalhadores/operários para as obras de construção e foram feitos os primeiros gastos com fornecedores de materiais “sob a imediata direção e fiscalização” da diretoria.³⁷ Há registros mensais, de fevereiro a dezembro de 1912, da relação nominal das contas de fornecimento feitos ao Instituto “para as obras do Hospital da Moléstia de Carlos Chagas” ou “para a construção do Hospital para tratamento da moléstia de Carlos Chagas”.³⁸ Ao longo de sua construção, entre 1912 e 1918, o prédio não se chamava Hospital Oswaldo Cruz, a referência à construção aparece em grande parte da documentação institucional como *Hospital de Moléstias Tropicais*. Passou a se chamar Hospital Oswaldo Cruz em dezembro de 1918 quando concluídas suas obras de construção.

O início das atividades de construção foram acompanhadas pelas lentes de J. Pinto com registros dos trabalhadores em atividades de limpeza e terraplanagem do terreno (Fig.7 e 8).

³⁷ Segundo ofício de prestação de contas do Instituto, foram investidos em fevereiro de 1912 o total de 8:552\$372 no pagamento do construtor e do pessoal que trabalhou nas obras do Hospital, por conta do crédito aberto pelo decreto de janeiro de 1912.

³⁸ Dos fornecedores listados: Firmino Fontes; José João de Araújo & Cia; Villas Boas & Cia; Laport, Irmão & Cia; Wilson, Sons & Cia; Mayrink, Abreu & Cia; Companhia Federal de Fundação; Araújo, Santos & Cia; Carlos Schelesser & Cia; J. Pompilie Dias; Moss, Irmão & Cia; José Vicente da Costa; Companhia Brasileira de Eletricidade; Rio de Janeiro Lighterage Company; Carlos Schlosser & Cia; Gomes Pereira; Ernesto Pedroza & Cia; Euclides & Cia; Raphael Torelli; Alvaro Teixeira. Ofícios, 1912.

Nas imagens é possível observar os trilhos para uso de carrinhos de obras que facilitavam os trabalhos implementados sobre a colina e em terreno de difícil acesso, os mesmos trilhos usados para os trabalhos de construção do Pavilhão Mourisco (Fig.8).³⁹



Fig.7 Profissionais fazendo medição do terreno do Hospital
Fonte: DADCOC

As imagens de J. Pinto também revelam outros aspectos cotidianos das obras: uso de cavalos, provavelmente para transporte de cargas; trabalhadores em atividade e em momento de descanso; a medição do terreno por especialistas; e os materiais utilizados nas obras. Esses materiais empregados na construção dos prédios do Instituto eram majoritariamente importados da Alemanha, França, Portugal e Inglaterra e foram usadas modernas técnicas construtivas, assim como para as obras do Pavilhão Mourisco (construído entre 1905 e 1918), componente central do “complexo arquitetônico de Manguinhos” e um dos principais remanescentes da *Belle Époque* carioca. A esse respeito, Benchimol (1990a, p. 113) ressalta que “da Alfândega ou diretamente de bordo dos navios fundeados na baía eram transportados em chatas até o cais à beira-mar e, com auxílio de guinchos e de um pequeno guindaste manual, transferido para os vagonetes puxados a burro e levados até o canteiro de obras, no alto da colina”. Embora esteja

³⁹ Um ofício do IOC encaminhado ao Superintendente da Limpeza Pública em 1919 informa que esses trilhos usados para as obras no Instituto eram da marca Decowille (Ofícios, nº 540, 11 de out. 1920).

se referindo às obras no pavilhão mourisco, também é válido para as obras do Hospital Oswaldo Cruz.

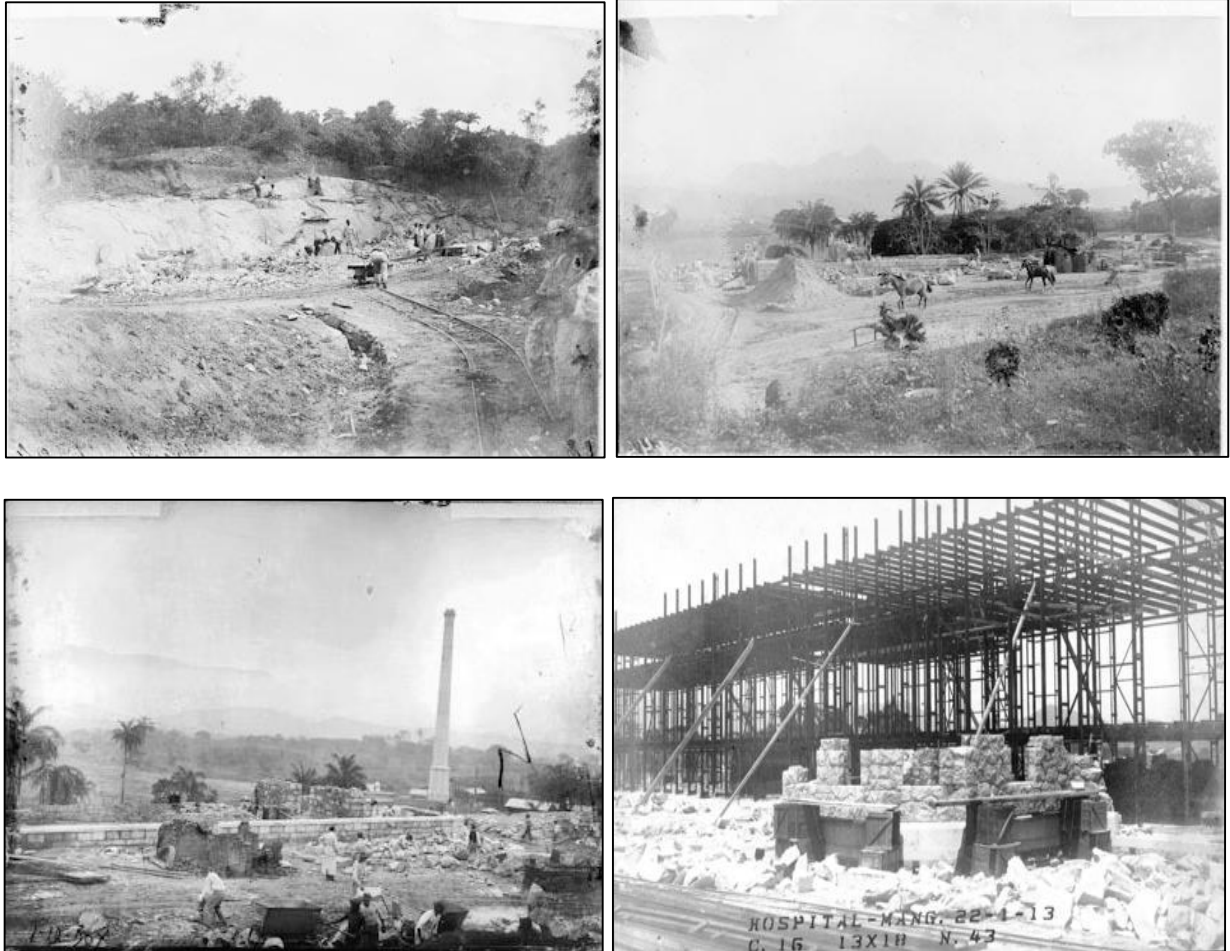


Fig.8 Perspectiva do terreno e construção do Hospital Oswaldo Cruz.

A primeira imagem superior, à esquerda, vê-se os trabalhadores, o carrinho e trilho usados para as obras. A segunda imagem, o aspecto da fazenda, com animais e materiais de obra. A primeira foto da parte inferior, à esquerda, há trabalhadores em primeiro plano e ao fundo o forno de incineração de lixo localizado próximo à construção. A segunda fotografia revela o prédio em construção e as bases da estrutura do Hospital nos primeiros meses de 1912. Fonte: DADCOC

A verba do governo, apesar de inicialmente expressiva, não foi renovada. Com os recursos públicos esgotados em dezembro de 1912, as obras de construção do hospital foram interrompidas até fevereiro de 1913, quando retomadas com renda própria do Instituto Oswaldo Cruz obtida a partir da venda de uma vacina de uso veterinário contra a peste da manqueira, conhecida por ‘verba da manqueira’ (Relatório IOC, 1919). A vacina era propriedade e invento do pesquisador Alcides Godoy e foi por ele cedida ao Instituto a fim de angariar benefícios e “sob a cláusula de ser aplicada na sua vida científica” (Minutas de ofícios nº 49, 1919). De acordo com documentação institucional, boa parte da renda gerada por essa vacina foi destinada à construção e manutenção dos hospitais do Instituto, como demonstrado em tabela de gastos do IOC (Fig.9). Nesse documento é possível observar que entre 1913 e 1922 o IOC investiu 214:571\$078 com o prédio do HOC e 93:299\$910 com o Hospital de Lassance com renda própria, isso sem contar o gasto com custeio dos seus hospitais com a soma de 13:915\$458. A quantia pare bastante expressiva e representa um dos maiores investimentos da instituição entre 1909 e 1924, atrás apenas da soma total dos pagamento prestados aos funcionários e pessoal contratado e das comissões científicas ao interior do país.

Outro documento, o art.16 da lei nº3454, de 6 de janeiro de 1918, declarou que “a renda eventual do Instituto, que deveria ser recolhida à Tesouraria dos Patrimônios, foi destinada ao desenvolvimento científico deste Instituto e ao custeio do hospital de doenças tropicais” (Minutas de ofícios nº 49, 1919).

O regulamento institucional aprovado para o Instituto Oswaldo Cruz em 19 de março de 1908 sancionou a venda de produtos biológicos, como soros e vacinas. Esse ponto é considerado importantíssimo na história da instituição, uma vez que foi responsável “por sua capacidade de sobreviver à penúria de recursos orçamentários votados pelo Congresso, em condições mais favoráveis do que outros estabelecimentos públicos do país” (Benchimol, 1990a, p. 38), proporcionando condições para que as pesquisas da instituição não fossem prejudicadas.

No caso da “verba da manqueira”, além do Hospital Oswaldo Cruz, custeou os estudos realizados na cidade de Lassance (Minas Gerais) sobre a doença de Chagas após o governo deixar de contribuir com novos recurso em 1913, como pode ser observado no relatório anual de atividade do Instituto Oswaldo Cruz: “Não tendo o Congresso votado em 1913 verba destinada a continuação dos estudos da moléstia de Chagas no Hospital estabelecido por este Instituto em Lassance, teve esta Diretoria que lançar mão de grande parte da renda da peste da manqueira para não interromper os proveitosos estudos que ali estão” (Relatório IOC, 1913).

Pagamentos feitos por conta da renda própria					
	1909-1912	1913-1922	1923	1924	total
aquisição e sustento de animais	3:196\$000	323:684\$641	30:616\$300	29:372\$700	386:869\$641
alimentação	—	98:529\$586	21:248\$419	7:811\$319	127:589\$324
aparelhos telefônicos	2:738\$309	—	—	—	2:738\$309
aparelhos e utensílios de laboratório	18:729\$156	108:452\$931	—	—	127:182\$087 ¹
aquário	1:087\$332	—	—	—	1:087\$332
ampolas para vacinas	27:436\$117	198:730\$588	—	—	226:166\$705 ²
armação da biblioteca	56:000\$000	10:000\$000	—	—	66:000\$000
automóveis	14:500\$000	23:160\$000	—	—	37:660\$000
bacteriofagina	—	—	—	10:564\$055	10:564\$055
carpintaria	—	69:119\$332	1:433\$687	3:677\$377	79:230\$394
cantaria para a estátua do Dr. Oswaldo Cruz	—	2:400\$000	—	—	2:400\$000
combustível	—	5:887\$000	—	—	5:887\$000
conservação	—	43:391\$419	7:766\$280	3:222\$751	54:380\$450
construção da cocheira	—	27:999\$956	—	—	27:999\$956
comissões	11:360\$867	600:994\$724	77:979\$535	118:360\$590	808:695\$716
custeio de carros e automóveis	2:506\$000	132:890\$562	17:351\$000	17:596\$805	170:344\$367
custeio dos hospitais	—	13:915\$458	16:686\$360	14:470\$332	46:072\$150
exposição de Dresden	1:584\$750	—	—	—	1:584\$750
excursões científicas	9:345\$000	64:896\$609	1:252\$400	9:949\$700	85:443\$709
excursões do Dr. Oswaldo Cruz	—	1:581\$000	—	—	1:581\$000
eventuais	9:025\$672	170:258\$016	35:058\$580	19:726\$044	234:068\$312
folhas de pagamento de obras	8:009\$725	77:694\$964	9:734\$692	—	17:744\$417
idem pessoal contratado	14:565\$450	1:571:381\$762	255:364\$221	258:064\$064	2:099:375\$597
forno de gás	—	2:580\$000	—	—	2:580\$000
gás e acessórios	—	17:742\$110	42:000\$000	39:230\$128	255:972\$238
gratificações	21:330\$423	77:694\$964	12:771\$230	11:402\$235	123:198\$852
Hospital de Lassance	7:799\$100	93:299\$910	—	—	101:099\$010 ³
Hospital Oswaldo Cruz	—	214:571\$078	—	—	214:571\$078 ⁴
laboratório do instituto na Santa Casa	2:270\$579	—	—	—	2:270\$579
material para obras	—	10:684\$077	—	—	10:684\$077
maquinismos	—	7:133\$771	—	—	7:133\$771
mausoléu do Dr. Oswaldo Cruz	—	10:200\$000	—	—	10:200\$000
móveis e utensílios	—	3:087\$000	—	—	3:087\$000
memórias	41:899\$700	182:615\$752	—	—	224:515\$452
medalhas para curso	—	600\$000	—	—	600\$000
novas instalações	—	16:425\$679	—	—	16:425\$679
obras científicas, livros, jornais	92:988\$353	156:068\$780	11:980\$978	23:322\$490	284:360\$601
objetos de expediente	—	76:722\$220	—	—	76:722\$220
patente das vacinas	2:673\$000	2:829\$000	—	—	5:502\$000
fotografia e encadernação	—	20:917\$222	3:064\$800	2:758\$200	26:740\$222
placas	—	1:275\$000	—	—	1:275\$000
propaganda	—	6:717\$980	—	—	6:717\$980
relógios elétricos	3:656\$625	—	—	—	3:656\$625
retratos do Dr. Oswaldo Cruz	—	790\$000	—	—	790\$000
rótulos, etiquetas etc.	1:114\$000	—	—	—	1:114\$000
renda especial	—	—	—	7:294\$348	7:294\$348
seguro da biblioteca	206\$700	—	—	—	206\$700
serviço de pesca	—	1:805\$762	—	—	1:805\$762
selos sanitários	—	—	2:082\$500	—	2:082\$500
tipografia	—	120:123\$784	16:729\$450	34:333\$200	171:297\$434
Vacinogênico, aluguel	—	8:300\$000	—	—	8:300\$000
ap., vidros, drogas	—	79:838\$907	59:091\$285	75:366\$960	214:297\$152
totais	367:003\$458	4.680:469\$702	612:477\$023	686:634\$298	6.346:583\$481

Obs.:
¹ Em 1922, incluída em ap., vidros e drogas.
² Idem.
³ Incluída em 1922 em custeio dos hospitais.
⁴ Idem.

Fig.9 Pagamentos do Instituto Oswaldo Cruz feitos com renda própria.

Fonte: Benchimol, 1990a, p. 86

A “verba da manqueira” financiou parte dos estudos da doença de Chagas no interior de Minas Gerais, em abarracamentos hospitalares e em um dos hospitais do Instituto Oswaldo Cruz, o Hospital de Lassance, que funcionava em uma casa que serviu de residência ao pesquisador Carlos Chagas a partir de 1911 quando retornou à cidade com uma equipe de pesquisadores para aprofundar estudos sobre o aspecto clínico da doença.⁴⁰ Como relatado pelo Instituto Oswaldo Cruz ao Ministério da Justiça em 1913: “Com parte da renda proveniente da venda da vacina contra a peste da manqueira [...] pôde o Instituto continuar os estudos da moléstia de Chagas no Hospital de Lassance, para os quais deixou o Congresso de votar verba, não interrompendo, por esse modo, os proveitosos estudos que ali se estão realizando” (Ministério da Justiça, 1913).

Com isso os estudos da doença de Chagas não foram interrompidos no interior mineiro, mas a construção do hospital anexo ao Instituto Oswaldo Cruz, local para onde seriam conduzidos os casos de interesses de pesquisas coletados nas regiões interioranas, prosseguiu de forma lenta, prolongando-se por quase toda a década de 1910. A dificuldade financeira estendeu suas obras até dezembro de 1918, o que ajuda consideravelmente a explicar o fato de ter sido edificado um único pavilhão hospitalar quando fora planejado inicialmente com seis pavilhões separados.⁴¹

As obras do Hospital não foram as únicas prejudicadas no Instituto Oswaldo Cruz. Por dificuldade financeira também ficaram suspensas de 1915 a 1918 as obras da biblioteca, do museu, da sala de cursos, do prédio de medicamentos e os acabamentos do Aquário (Relatório IOC, 1915, 1919). Ao longo desses anos todos os relatórios de atividade do Instituto fizeram referências ao hospital em construção no campus, destacando que o “hospital de estudos” do IOC entraria “brevemente em função regular” e que a demora para a conclusão do edifício era devido aos altos custos empreendidos para um hospital “construído com todo o rigor da técnica” e previsto para ser um modelo para instalações similares nos países tropicais” (Relatório IOC, 1919).

Durante os anos em que foi construído o prédio do Hospital, vários argumentos foram utilizados no intuito de angariar novos financiamentos do governo para as obras do hospital. O discurso recorrente foi a necessidade de dotar o Instituto Oswaldo Cruz, órgão federal, de um

⁴⁰ Sobre os abarracamentos móveis, o Hospital de Lassance e o Hospital Regional de Lassance / Hospital Carlos Chagas ver Capítulo 2.

⁴¹ Em 1919 ainda era divulgado na mídia impressa carioca que seriam construídos nos terrenos da fazenda de Manguinhos mais cinco seções hospitalares similares ao prédio finalizado em 1918 (A Prefeitura vai adquirir outro forno de incineração de lixo. A Razão, Rio de Janeiro, 5 de abril de 1919, p. 5; A Rua, 27 de março de 1919).

lugar apropriado às pesquisas que ali eram desenvolvidas e que ganhavam notoriedade no meio científico. Foi o caso da criação da seção de anatomia patológica do Instituto e da contratação do professor Hermann Duerck para organizá-la e para promover o ensino daquela disciplina, conforme se lê no relatório de atividades do Instituto Oswaldo Cruz de 1912 “contratei na Alemanha os serviços do professor Hermann Duerck, lente de Anatomia patológica da Universidade de Jena e Prosector no Instituto patológico anexo ao Hospital de Munich” (Relatório IOC, 1912).

Em colaboração com pesquisadores do Instituto, o pesquisador Duerck organizou o serviço de anatomia patológica do Instituto Oswaldo Cruz numa dependência do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, argumentando que não existiam instalações adequadas no Instituto. Ressentido de um hospital próprio, o relatório destacava a importância das autópsias que fizera o professor alemão, que ajudavam a elucidar casos clínicos da Santa Casa que careciam da intervenção do laboratório. Além das queixas da carência de um espaço adequado para os serviços de anatomia patológica, o relatório de atividades fez referência direta ao seu hospital em construção como um espaço “cuja terminação depende de novos recursos”. O principal argumento do Instituto lançado para obter os recursos financeiros foi ressaltar o “alto valor da descoberta de Carlos Chagas” e seu acolhimento no cenário internacional. Lembrou que “a este nosso compatriota foi concedida a medalha Schaudinn, recompensa internacional de inestimável valor”. Assim, o relatório enfatizou a importância dos investimentos materiais e humanos para a criação de um hospital de pesquisa anexo ao Instituto. Foi claramente um argumento utilizado para impulsionar investimentos à construção do hospital no campus de Manguinhos, recolocando em cena a notícia da premiação do cientista que fora proferida anteriormente, em ofício de 27 de junho de 1912, com detalhes sobre a importância do prêmio no meio científico.⁴²

⁴² O ofício informativo, encaminhado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, explicou a importância do prêmio. Esclareceu que após a morte do cientista Schaudinn, o criador da moderna protozoologia, os membros do Instituto de Hamburgo instituíram em sua homenagem “uma medalha que fosse conferida aquele sábio que mais valiosas descobertas tivesse feito no departamento das ciências em que se exercitava o malogrado professor de que a medalha tirou o nome”. O documento ressalta o expressivo valor atribuído ao prêmio, visto que o cientista e sua pesquisa tinham sido escolhidos por eleitorado internacional constituído por estudiosos de “reputação firmada no mundo científico”, como os casos do Buetschli, professor de zoologia da Universidade de Heidelberg; Erlich, diretor do Instituto Escola de Terapia Experimental de Frankfurt; R. von Hertwig, professor e diretor do Instituto Zoológico da Universidade de Muechen; Robert Kock, professor de Higiene e, na época do prêmio, antigo diretor do Instituto de Moléstias Tropicais de Berlim; Patrick Manson, professor da Escola de Medicina Tropical de Londres; Ronald Ross, professor de Higiene Tropical da Universidade de Liverpool; Raphael Blanchard, professor de Parasitologia na Universidade de Paris; A. Laveran, Chefe de Serviço do Instituto Pasteur de Paris; E. Metchnikoff, subdiretor do Instituto Pasteur de Paris; E. Roux, diretor do Instituto Pasteur de Paris; A. Celli, professor de Higiene na Universidade de Roma; C. Golgi, professor de Patologia e Histologia na Universidade de Pavia; B. Grassi, professor de Anatomia Comparada na Universidade de Roma; C. Ishikawa, professor de Zoologia e Entomologia da Universidade de Tóquio; Kitosano, diretor do Instituto de Moléstias Infecciosas de Tóquio; A.

Após uma longa descrição dos renomados cientistas o diretor do Instituto esclareceu que a primeira medalha foi conferida a S. von Prowazek, um discípulo de Schaudinn no Instituto de Hamburgo, e enfatizou que a segunda medalha foi aferida a Carlos Chagas. Com isso, ressaltou o “alto valor da distinção” proporcionado ao país com o estudo do cientista Carlos Chagas com a conformação de uma nova moléstia, reforçando, desta maneira, a relevância e urgência da construção de um hospital anexo aos laboratórios de pesquisas do IOC que servisse para sediar e impulsionar o aprofundamento dos estudos sobre a doença de Chagas.

1.5 Sociabilidade e solenidades: uma reunião de *homens de ciência*

Foi concedida uma nova verba do governo ao Instituto Oswaldo Cruz em 2 de janeiro de 1918 para finalizar as obras do hospital através de um crédito especial no valor de 349:482\$800, liberado pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores (Decreto nº 3.453, 1918). Tudo indica que a liberação dessa verba, e seu “caráter de urgência”, para o fim das obras está relacionado ao interesse de inserir o Instituto em dois eventos importantes, realizados simultaneamente no Rio de Janeiro em outubro de 1918, Congresso Brasileiro de Medicina e a Segunda Conferência Sul-americana de Higiene, Microbiologia e Patologia.⁴³ Os eventos aconteceram no novo prédio da Faculdade de Medicina, edifício projetado pelo mesmo arquiteto do complexo arquitetônico de Manguinhos, Luís Moraes Jr., e inaugurado em 1918, na Praia Vermelha. A inauguração do hospital ocorreria no dia do encerramento destes eventos, como divulgado por importantes jornais da época, como Jornal do Brasil, Gazeta de Notícias, A Época, A Noite, O Paiz.⁴⁴ Para dar ao ato maior solenidade, Carlos Chagas, então diretor do Instituto (sucessor de Oswaldo Cruz de 1918 até sua morte em 1934), convidou junto com o

V. Heider, professor de Zoologia na Universidade de Graz; R. Paltauf, professor de Patologia na Universidade de Viena; A. Kopke, professor e diretor da Escola de medicina Tropical de Lisboa; Shewiakoff, professor de Zoologia na Universidade de São Petersburgo; G. Novy, professor de Bacteriologia na Universidade de Michigan; E. B. Wilson, professor de Zoologia na Universidade de Columbia; O. Cruz, diretor do Instituto Oswaldo Cruz. DAD/COC nº 168, 27 de junho de 1912.

⁴³ Para o Instituto, havia urgência de serem concluídas em outubro de 1918 “as obras do hospital e as do Instituto Oswaldo Cruz, a fim de realizar-se aqui a Segunda Conferência da Sociedade Sul-Americana de Higiene, Microbiologia e Patologia”. Fundo IOC, Seção Direção, Minutas de Ofício 1919, nº572

⁴⁴ Os periódicos que noticiaram a inauguração do prédio do Hospital como parte do encerramento dos congressos foram: A Epoca (O VIII Congresso..., 14 out. 1918, p. 8); A Noite (A inauguração..., 15 ago. 1918, p. 3); A Noite (Foi adiada inauguração..., 18 out. 1918, p. 2); Gazeta de Notícias (Oitavo Congresso..., 5 out. 1918, p. 2); Gazeta de Notícias (O VIII Congresso de Medicina..., 14 out. 1918, p.3); Jornal do Brasil (VIII Congresso..., 5 out. 1918, p. 6); Jornal do Brasil (Prefeitura. 9 de out. 1918, p. 6); O Paiz (Congresso... 05 out. 1918, p. 6); O Paiz (s/t 9 out. 1918, p. 4). Hemeroteca Digital Brasileira: bdigital.bn.br/hemeroteca-digital/ Acesso em: 30.10.2015 e 18 a 25.08.2016.

médico e amigo Miguel Couto, presidente da Academia Nacional de Medicina, o presidente da República Wenceslau Braz e o prefeito da cidade do Rio de Janeiro Cavalcanti de Brito.⁴⁵

1.5.1 Um “ato solene”: a inauguração do Hospital Oswaldo Cruz na mídia impressa

Como dito anteriormente, a inauguração do Hospital teve repercussão que extrapolou o meio médico-científico. Foi noticiada por grande parte dos jornais da cidade do Rio de Janeiro e por periódicos regionais que fizeram uso do telégrafo, um dos artefatos do progresso que se disseminou no país desde o fim do século XIX além dos domínios da capitalidade. As notícias começaram a ser veiculadas em agosto de 1918 e prolongaram-se até o mês de outubro com pauta em jornais da grande tiragem, entre os quais, os periódicos considerados por Olavo Bilac como os cinco melhores da alvorada do século XX: *Jornal do Brasil*, *Jornal do Comércio*, *Gazeta de Notícias*, *Correio da Manhã* e *O Paiz* (Barbosa, 2007, p.41). Além desses, a inauguração foi pauta dos jornais *O Imparcial*, *A Noite*, *A Epoca* e os periódicos regionais *Correio do Maranhão*, *Correio Paulistano* e *Diário de Pernambuco*.

O *Imparcial*, periódico que circulou entre a década de 1910 e 1920 na cidade do Rio de Janeiro sob direção de José Eduardo de Macedo Soares, dedicou ampla matéria ao novo hospital construído em Manguinhos.⁴⁶ Nela divulgou a inauguração que estava prestes a acontecer e esboçou a ideologia de um grupo que vinculava o Hospital ao projeto nacional de saneamento do interior do país:

Será inaugurado, anexo ao Instituto de Manguinhos, o Hospital Oswaldo Cruz, destinado ao estudo das doenças tropicais do Brasil. [...] É este um preparativo indispensável para o ataque do grande problema nacional, ao qual não conhecemos outro que neste momento sobreleve em importância. Referimo-nos ao saneamento das populações rurais do país.

⁴⁵ Wenceslau Brás Pereira Gomes assumiu o a presidência da República em 15.1.1914, pouco depois da eclosão da Primeira Guerra Mundial. Em 1918, seu último ano de governo, teve de enfrentar a epidemia de gripe espanhola. Apoiou a candidatura vitoriosa de Rodrigues Alves à presidência e, com a posse deste em 15.11.1918, retirou-se provisoriamente da vida pública (Wenceslau..., s/a). Em 12 de janeiro de 1917, Cavalcanti de Brito foi nomeado prefeito da cidade do Rio de Janeiro quando esta ainda era o Distrito Federal. Governou de 15.1.1917 a 15.11.1918, data em que foi nomeado ministro de Estado da Fazenda pelo então presidente da República Delfim Moreira. Ver Biografia no portal do STF (Cavalcanti..., s/a). Sobre os convites dos médicos ao Prefeito da cidade e ao Presidente da República, ver: *Jornal do Brasil* (Prefeitura. 9 de out. 1918, p. 6); *A Epoca* (Nota. 9 out. 1918, p. 2) e *A Noite* (A inauguração..., 15 ago. 1918, p.3).

⁴⁶ Existiram dois jornais cariocas com o nome *O Imparcial* no início do século XX. O primeiro, aqui referido, circulou nas décadas de 1910 e 1920 sob a direção de José Eduardo de Macedo Soares. O segundo periódico chamado *O Imparcial* substituiu o jornal *A Nação* e foi lançado em 1935 por José Soares Maciel Filho e funcionou até 1942. Ver: *O Imparcial*. In: Gasparian, Helena. Dicionário FGV/CPDOC, www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/imparcial-o

[...] O Hospital Oswaldo Cruz, estamos certos, proporcionará ao Instituto de Manguinhos os meios de aperfeiçoar a terapêutica e a profilaxia das doenças que depauperam o brasileiro do interior, para que só funde em bases sólidas a grande obra do nosso saneamento rural – problema, não é demais repeti-lo, não só humanitário, social e político, como, e sobretudo, econômico. (Humanitário e econômico. O Imparcial, 17 de agosto de 1918, p.4)

A matéria descrita acima divulgou a urgência do saneamento rural colocando em relevo o importante papel a ser desempenhado pelo hospital recém-construído no Instituto Oswaldo Cruz, voltado para atendimento e investigação de populações do interior do país assoladas por doenças tropicais. Após descrição da estrutura do prédio hospitalar previsto para comportar de trinta a quarenta leitos, o jornal grifou o caráter moderno do novo hospital, dotado de todos os recursos e melhoramentos aplicáveis a estabelecimentos congêneres, o que parecia ser uma garantia de que seria bem sucedido “o ataque do grande problema nacional”, o saneamento das populações rurais do país. A matéria do jornal, cuja autoria não foi identificada, argumentou que não havia no país outra questão que “neste momento sobreleve em importância” o tema do saneamento rural. Transcreveu o discurso do médico Azevedo Sodré enfatizando que “a reabilitação sanitária dos sertões do Brasil, viveiros de uma grande população depreciada pelas doenças, será o melhor impulso dado a solução do problema econômico e financeiro do país”. Quanto ao público-alvo do Hospital, foi descrito com palavras veementes que lembram os discursos de Belisário Penna e Monteiro Lobato à época:

vê-se o caipiraopilado, habitando com sua família, toda vítima do ancilóstomo duodenal, do paludismo ou da moléstia de Chagas, em choças de sapé, empregando as forças escassas de seu braço valentudinario no labor da terra contigua, abandonado dos poderes públicos e a revelia do governo, que não entra em contato com eles senão para lhe cobrar um imposto sobre o magro produto do seu trabalho.

Se fosse despendida em instalar, curar e ajudar o camponês nacional a soma gasta em importar, instalar e auxiliar os imigrantes estrangeiros, os resultados mesmo no ponto de vista material da massa da produção seriam evidentemente maiores, porque o nacional dispensa o transporte, o aprendizado e a adaptação a terra, que consome os primeiros tempos do estabelecimento do estrangeiro. (Humanitário e econômico. O Imparcial, 17 de agosto de 1918, p.4)

Para o jornal, a ‘indolência’ do camponês era simplesmente doença evitável ou curável, o que justificava nacionalmente o funcionamento de um hospital voltado aos estudos terapêuticos e profiláticos das moléstias que grassavam no interior do país – um hospital que agiria como importante ferramenta para concretizar a “grande obra” do saneamento rural, propulsor do progresso do país.

O ideal de saneamento do sertão brasileiro em evidência na matéria divulgada pelo jornal *O Imparcial* foi uma das bandeiras abraçadas pelo grupo de intelectuais de Manguinhos envolvidos com a nova instituição hospitalar ali criada. O debate em torno do saneamento rural fazia parte de uma corrente nacionalista que identificava as raízes da brasilidade na figura do sertanejo, cujas condições de vida e saúde deveriam ser melhoradas (Santos, 1985). Nesse sentido, as “expedições científicas” do Instituto Oswaldo Cruz a várias regiões do país podem ser consideradas os pilares científicos para a campanha do saneamento rural que agregou e organizou setores médicos em torno do debate sobre a relevância das doenças endêmicas. Para Santos, o ano de 1915 “revela os primeiros contornos de ideologias e ações civilizatórias que têm como alvos as populações rurais do país” (Santos, 2004, p. 252). Nesse sentido os relatórios de viagens do IOC, da missão de 1912 lideradas por Belisário Penna e Arthur Neiva, são considerados um ponto de inflexão na evolução do movimento pela saúde pública brasileira. O relatório publicado em 1916 apresentou um quadro social dos sertões de isolamento e pobreza e plantou a semente da ação do poder central nos estados do nordeste. Atraiu a atenção de setores das elites e reacendeu o interesse pelos sertões, tema esquecido desde o episódio de Canudos (Santos, 1985, p. 8; Benchimol, 1990a). Para Santos (2004), o período entre 1915 e 1920 é um dos mais importantes na história da saúde no Brasil por ser o momento em que a saúde passa a ter participação ativa na construção do Estado e de suas ideologias de “salvação nacional” dos males, concretizado após 1920 com o processo de interiorização da saúde marcado pela participação do Estado na formulação de ideologias e políticas de salvação nacional no campo da saúde e da educação (Santos, 2004).

O ano em que o Hospital Oswaldo Cruz foi inaugurado em Manguinhos, 1918, esteve marcado pelo aumento da intervenção federal na saúde pública. Um dos fatores decisivos foi a organização do movimento sanitário representado pela Liga Pró-Saneamento do Brasil, após publicação de *Saneamento do Brasil*, texto em que Belisário Penna onde enfatizou as falhas das políticas de saúde, com ênfase nas capitais e o abandono de populações do interior, e defendeu a centralização dos serviços de saúde no país.⁴⁷ Aliás, o combate às endemias rurais e a defesa da centralização dos serviços de saúde eram as principais bandeiras da Liga Pró-Saneamento do Brasil, um movimento de elite (Santos, 1985, p. 9) que contou com expressiva adesão dentro

⁴⁷ O livro *Saneamento do Brasil*, publicado em janeiro de 1918 por Belisário Penna sintetizou as principais concepções e propostas de reforma na saúde. Ver Britto, 1995.

e fora do círculo médico, congregando presidente, senadores, altas patentes militares e outras figuras notáveis da época (Britto, 1995, p. 21).⁴⁸

Entre os nomes que encapavam os ideais da Liga estava Carlos Chagas, Eurico Villela e Aristides Marques da Cunha. Carlos Chagas, discípulo de Oswaldo Cruz, assumiu o cargo de direção do Instituto após a morte do cientista em 1917 e deu prosseguimento ao projeto hospital que perdurou por quase toda a década de 1920 em Manguinhos, concretizando-o e incorporando-o às novas políticas institucionais em voga nos anos 1920 e 1930. Eurico Villela, pesquisador do IOC desde 1912, desenvolveu trabalhos em parceria com Carlos Chagas ao longo de anos, em especial aqueles relacionados às investigações em doentes internados nos hospitais em que atuavam os pesquisadores do IOC, principalmente no Hospital de Lassance e no Hospital Oswaldo Cruz, para o qual fora nomeado diretor em 1919, cargo chamado “chefe de serviço”.⁴⁹

Aristides Marques da Cunha atuou na Liga Pró-Saneamento do Brasil como integrante do conselho redator da revista Saúde, publicada pela Liga em 1919 com textos de caráter científico sobre endemias rurais. O parasitologista chegou ao IOC em 1910. Entre 1910 e 1912 se especializou em *Protozoologia e vírus* com Henrique Aragão e atuou de forma expressiva como pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz desde o seu ingresso. Sua rede de relações no Instituto de Manguinhos garantiram-lhe um contrato para trabalhar na Seção de Diagnóstico Bacteriológico e Combate às Espizootias do Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio em abril de 1912. Assim como garantiu-lhe a vaga para assistente interino do IOC, nomeado em dezembro de 1916 para substituir Arthur Neiva, e a requisitada vaga de assistente em maio de 1917.⁵⁰ Publicou anualmente seus estudos ao longo da década de 1910 no periódico *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, onde divulgou trabalhos sobre a fauna de protozoários do Brasil, especificamente a atuação dos ciliados em órgão de mamíferos. Em parceria com Octavio de Magalhães e O. da Fonseca, ambos pesquisadores do IOC, elaborou estudos experimentais sobre a influenza pandêmica no mesmo ano em que assolara a Capital do país. Os estudos sobre a pandemia de gripe foram sediados no Instituto Oswaldo Cruz e em sua filial em Belo Horizonte. As pesquisas foram realizadas com 40 doentes e com cobaias através de experiências com inoculações que tiveram como objetivo esclarecer a etiologia da doença e cunhar formas de tratamento e profilaxia. Seus resultados foram divulgados no periódico *Brazil*

⁴⁸ A maioria dos intelectuais reunidos na Liga Pró-Saneamento do Brasil era composta por médicos e higienistas, mas também agregou diversos intelectuais e profissionais liberais. Ver Britto, 1995, p. 21.

⁴⁹ A estreita relação entre os médicos Carlos Chagas e Eurico Villela com os será aprofundada nos capítulos 2 e 3.

⁵⁰ Sobre a revista Saúde, contou com 8 publicações ao longo do ano de 1919 com artigos científicos sobre as endemias rurais e de higiene. Ver Britto, 1995, p. 22.

Médico e nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* (Cunha; Magalhães; Fonseca; 1919). O trabalho não menciona o local utilizado no IOC para tais experiências médicas, mas não pode ser descartada a possibilidade de terem usado o HOC para realiza-las. Aristides Marques da Cunha, além dos trabalhos mencionados, dividiu publicações com outros pesquisadores do IOC, entre eles Arthur Neiva, Lauro Travassos e Júlio Muniz, médico do HOC na década de 1920 e 1930. E no campo da medicina tropical, Cunha publicou importante trabalho sobre a Leishmaniose intitulado *Infecções experimentais na Leishmaniose visceral americana*, onde divulgou o resultado de estudos experimentais com inoculação de animais a partir de amostras de culturas de *Leishmanias* colhidas por Evandro Chagas e seus colaboradores entre 1936 e 1938 nos estados do Pará, Sergipe e Mato Grosso e um caso na Argentina. E uma amostra coletada por ele mesmo em um cão infectado que havia sido enviado por Evandro Chagas em 1937 para experiências.⁵¹

Abordar parte da produção de Cunha, cujo interesse científico estava filiado ao Instituto Oswaldo Cruz, redundando em numerosas publicações, ajuda a afirmar a estreita relação entre pesquisadores do Instituto e o Movimento Sanitarista atuante na Capital.⁵² A campanha do saneamento rural esteve alinhada às ideias de progresso e amparadas na relação entre saúde pública e nacionalidade enquanto projeto capaz de superar o atraso do país no combate às doenças. Nesse sentido, “constituía um projeto a um só tempo social e moral” cujo progresso dependia do trabalho e da produção, ambos considerados emperrados porque a mão de obra produtiva do país era prejudicada por endemias (Britto, 1995, p. 23; Santos, 1985, p. 11). Após a morte de Oswaldo Cruz, uma estratégia usada pelo movimento do saneamento rural para organizar o consenso necessário para a ação política foi o uso da imagem do cientista como precursor das ideias que encampam o saneamento rural com a criação do IOC (Britto, 1995, p. 13).

Entre os eventos criados pós morte de Oswaldo Cruz que reforçaram essa relação, Britto destaca que ocorreram entre 1917 e 1918: o projeto de construção de um monumento a Oswaldo Cruz a ser custeado através de arrecadação pública de fundos coordenada por uma comissão central composta por Miguel Couto (Presidente da Academia Nacional de Medicina), Carlos Seidl (assumia o cargo de direção da Diretoria Geral de Saúde Pública), Aloísio de Castro (Diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro) e por alguns pesquisadores do Instituto de Manguinhos, entre eles, Carlos Chagas e Figueiredo de Vasconcelos. Essa comissão central,

⁵¹ As experiências foram realizadas com o cão, o macaco, o hamster, o camundongo. Dos animais silvestres, a cotia e o rato sauíá. Para maiores detalhes ver Cunha, 1938.

⁵² Há uma vasta publicação de Cunha entre as décadas de 1910 e 1940 listadas In: Cunha, Proman.

ênfatiza Britto, “arrogava a si o direito de nuclear tudo o que se pudesse fazer para perpetuar a memória de Oswaldo Cruz e glorificar o seu nome”, no entanto o monumento não se concretizou na época; o segundo evento destacado foi a conferência de Rui Barbosa em maio de 1917 no Teatro Municipal do Rio de Janeiro a convite de Miguel Couto. O evento ocorreu como iniciativa da comissão central do monumento a Oswaldo Cruz; outro evento ocorreu em julho de 1917, com entrega de uma placa de bronze ao Instituto em reconhecimento ao trabalho de Oswaldo Cruz por uma delegação de médicos e estudantes argentinos; e o último evento mencionado por Britto foi a criação da Liga Pró-Saneamento, em fevereiro de 1918, associando-a a continuidade dos trabalhos de Oswaldo Cruz (Britto, 1995, p. 48-50).

A essa lista elaborada até o momento é urgente acrescentar um evento de extrema relevância historiográfica: a inauguração do Hospital Oswaldo Cruz. Ao longo de sua construção, entre 1912 e 1918, hospital foi referenciado em toda documentação institucional como *Hospital de Moléstias Tropicais* ou *Hospital de Doenças Tropicais*, mas quando finalizado e inaugurado, em final de 1918, recebeu o nome do cientista que o idealizou e construiu, passando então a se chamar desde então *Hospital Oswaldo Cruz*. Essa nomeação pode ser interpretada como mais um dos eventos pós-morte do cientista e expressa a conformação de argumentos em defesa da bandeira do saneamento rural do país e dos esforços praticados em defesa da intervenção do Estado nos assuntos da saúde.

1.5.2 O papel do Instituto Oswaldo Cruz nos congressos médicos

A abertura do Congresso Brasileiro de Medicina ocorreu no Teatro Municipal do Rio de Janeiro no dia 13 de outubro de 1918, às 15 horas, com a presença de médicos de quase todo o Brasil (Guimarães, 2009), de “vários estrangeiros” e “o representante do sr. Presidente da República” (A Epoca, 1918). Também compareceram ao evento. O evento foi aberto pelo ministro do Interior, Carlos Maximiliano, e em seguida discursou Miguel Couto, dando ênfase à contribuição que o intercâmbio de conhecimentos naquele Congresso daria ao esforço para encontrar soluções para os problemas de saúde pública do país, especificamente aqueles do interior. Miguel Couto conclamou os presentes a honrarem o dever de não “abandonar os campos (...) aos flagelos que dizimam as nossas populações indefesas”. A abertura do evento tiveram fala os professores Fernando da Terra e Abreu Fialho, e os delegados sul-americanos da Argentina, da Bolívia, do Chile, do Equador, do Paraguai, do Peru e do Uruguai e os

delegados dos Estados brasileiros.⁵³ A “extraordinária festa intelectual” ocorrida no “majestoso Teatro Municipal” foi acompanhada pela banda de música do Corpo de Bombeiros, precedendo todos os discursos dos delegados com o hino de seus respectivos países (O VIII Congresso de Medicina, *Gazeta de Notícias*, 14 de out. de 1918, p. 3).

As sessões do *Congresso Brasileiro de Medicina* e da *Segunda Conferência Sul-americana de Higiene, Microbiologia e Patologia* ocorreram nos edifícios da Faculdade de Medicina, da Academia de Medicina e da Sociedade de Medicina e Cirurgia com as conferências do professor Bochmann, de Buenos Aires, sobre Imunidade; do professor Escomel de Lima, sobre “Tricomonosis”; do professor Araoz Alfaro, também de Buenos Aires, sobre os tratamentos da tuberculose pulmonar; do Dr. Adolfo Lutz sobre “Shistomiase no Brasil”; do professor Eduardo Rabello sobre a sífilis; e do Dr. Carlos Chagas sobre a “formas nervosas e cardíacas da doença de Chagas” (O VIII Congresso de Medicina, *Gazeta de Notícias*, 14 de out. de 1918, p. 3).⁵⁴

Entre os dias 14 e 19 de outubro de 1918 aconteceram conjuntamente quatro encontros científicos na Cidade. Além do *Congresso Brasileiro de Medicina* e da *Segunda Conferência Sul-americana de Higiene, Microbiologia e Patologia*, mencionados anteriormente, ocorreram o *Segundo Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilisterapia* e o *1º Congresso Tracoma*, fazendo crer que circulavam na cidade importantes cientistas e intelectuais da saúde. Os congressos médicos do final do século XIX e do início do XX, assim como os congressos científicos em geral e as exposições científicas, eram espaços previstos para a circulação e compartilhamento de conhecimentos. Na interpretação de Marta de Almeida, a realização de congressos médicos na América Latina estava longe de ser considerada apenas um reflexo do que vinha ocorrendo na Europa e nos Estados Unidos. Ao contrário, é interpretada como estratégia de legitimação e persuasão do conhecimento médico produzido frente a comunidade especializada e autoridades públicas, configurando suportes fundamentais “para sua apresentação à sociedade em geral como portadores do saber oficial da arte de medicar”

⁵³ O professor Ortiz representou a Bolívia; Pedro Ferrez, o Chile; Juliano Moreira, o Equador; Alexandre Arce, o Paraguai; Edmundo Escomel, o Peru; Américo Ricaldoni, o Uruguai. Ver: VIII Congresso de Medicina, *Gazeta de Notícias*, 14 de out. de 1918, p. 3. Não foi possível identificar o delegado da Argentina.

⁵⁴ A programação divulgada na *Gazeta de Notícias* estava prevista para ocorrer todas as tardes. Às 13 horas, reunião das seções. Às 14;30 as conferências na seguinte ordem: na tarde do dia 14 de outubro, professor Bachmann, de Buenos Aires, sobre “Imunidade”; no dia 15, professor Escomel de Lima, sobre “Tricomonosis”; dia 16, professor Araoz Alfaro, de Buenos Aires, sobre “Os grandes tratamentos da tuberculose pulmonar”; dia 17, Dr. Adolfo Lutz, sobre “Schistomíase no Brasil”; dia 18, do professor Eduardo Rabello sobre “Orientação atual da luta contra a sífilis”; dia 19, Dr. Carlos Chagas sobre “Formas nervosas e cardíaca da doença de Chagas”. Constam na programação duas conferências realizadas a noite, no dia 17, na Academia de Medicina, e duas outras conferências no dia 15 na Sociedade de Medicina e Cirurgia. No dia 20, a sessão de encerramento dos eventos estava prevista para ocorrer no IOC após a inauguração de seu hospital.

(Almeida, 2006, p. 735). Para Almeida, os congressos médicos realizados na América Latina podem ser compreendidos “como uma das formas mais expressivas dos anseios para se consolidar uma rede científica latino-americana” (2011, p. 357). Daí o forte interesse do Instituto Oswaldo Cruz em participar e divulgar nos congressos latino-americanos os trabalhos desenvolvidos por seus pesquisadores.

O encerramento do Congresso de Medicina estava marcado para 20 de outubro, no Instituto Oswaldo Cruz, após a inauguração do Hospital Oswaldo Cruz, onde esperavam a participação de todos os cientistas para a demonstração de um “grande feito” do IOC. Mas a inauguração foi cancelada na véspera. Segundo os jornais, por causa da pandemia de gripe espanhola, apelidada de *la dançarina* que fez numerosas vítimas na cidade do Rio de Janeiro, inclusive entre muitos participantes daqueles congressos médicos.⁵⁵ Encontravam-se “hespanholados’ os médicos do Instituto Oswaldo Cruz”, suspendendo-se, desta forma, a inauguração do hospital e “os festejos em honra aos membros do Congresso Médico”.⁵⁶

1.5.3 “O Rio transformara-se numa necrópole”: o hospital em *cheque* pela espanhola

Britto (1995 p. 12-13) analisa os registros da imprensa carioca sobre a gripe espanhola e destaca os dramas vividos pelos habitantes da cidade. Enfatiza que embora os indivíduos estivessem acostumados a viver crises epidêmicas, como a de febre amarela, varíola e peste bubônica, a gripe “representou um acontecimento singular, permanecendo na memória coletiva como tragédia sem par, sobretudo por ter transformado a morte em "problema social" de proporções desmedidas”.⁵⁷ Diante do pânico que as mortes causavam sobre os habitantes da cidade e a pressão crescente da opinião pública levaram à demissão de Carlos Seidl, em 17 de outubro de 1918, substituído pelo médico Teófilo Torres, funcionário da DGSP. Sua primeira medida para minimizar os problemas de atendimento médico foi usar as delegacias de saúde e os postos de profilaxia rural, transformar fábricas, repartições públicas e escolas em postos de socorro. Conferiu a responsabilidade de chefiar a campanha contra a pandemia de gripe espanhola a Carlos Chagas, à época diretor do Instituto Oswaldo Cruz. Para Britto, “na

⁵⁵ Jornal A Noite (Foi adiada inauguração..., 18 out. 1918, p. 2). A respeito da pandemia de gripe espanhola, ver: Britto, 1997.

⁵⁶ A Noite 18 de outubro de 1918, p.2 e 19 de outubro de 1918, p.4

⁵⁷ A gripe espanhola foi uma pandemia do vírus influenza que se espalhou por quase toda parte do mundo. Vítimou entre 50 e 100 milhões de pessoas pelo mundo (ou até 5% da população mundial) e foi considerada a pandemia mais letal da história da humanidade. Ver: Patterson, K. D.; Pyle, G. F., 1991, p. 4-21; Molly, 1997.

geografia da gripe, foram as partes da cidade mais atingidas, inclusive porque eram menos beneficiados pelas ações sanitárias que visavam preferencialmente o centro do Rio de Janeiro” (Britto, 1995, p. 21).

Curiosamente, uma doença cosmopolita como a gripe interrompeu a inauguração de um hospital voltado às doenças tropicais, expostas pelos militantes da Liga pró saneamento como uma catástrofe nacional. Pareciam competir os problemas de saúde no país: de um lado, a gripe paralisou literalmente a cidade do Rio de Janeiro com um decreto do governo de feriado por três dias em 19 de outubro de 1918 devido ao exorbitante saldo de mortes, fazendo com que fosse noticiado na imprensa que “o Rio transformara-se numa necrópole” (O País, 22.10.1918, apud Britto, 1995, p. 24).⁵⁸ E de outro lado as denúncias das mazelas a que estavam submetidas as populações do interior do país entregues a endemias rurais, com forte ênfase à doença de Chagas. De acordo com o argumento de Hochman (1993, p. 12), as endemias rurais foram o objeto central do movimento pelo saneamento do Brasil, mas a gripe espanhola de 1918, uma epidemia urbana, que promoveria a consciência da “necessidade de soluções amplas e de largo alcance”. A gripe espanhola colocou em evidência o problema da falta de leitos e de modernos hospitais para conter as inevitáveis epidemias na cidade, como identificado pela gestão de Oswaldo Cruz desde o início de sua atuação na Diretoria Geral de Saúde Pública. O Hospital da Santa Casa da Misericórdia não oferecia condições satisfatórias de assistência. E foi nessa conjuntura que Carlos Chagas defendia a necessidade de criar hospitais especializados como solução para epidemias, como a gripe, e para as endemias dos sertões (Guimarães, 2009, p. 41).

Em 1º de outubro de 1919 Carlos Chagas foi nomeado diretor da Saúde Pública do Brasil, cargo somado ao que exercia de diretor do Instituto Oswaldo Cruz desde a morte do cientista em 1917. Nesse mesmo ano Epitácio Pessoa assumiu a presidência da República. O

⁵⁸ A gripe chegou a atingir a metade da população carioca, aproximadamente quinhentas mil pessoas. Britto expõem o ápice do clima sombrio que reinava na cidade: “Grande destaque foi conferido, então, à face mais aterrorizante da crise: a exposição pública de cadáveres. Tomados pela indignação, os populares reclamavam do descaso das autoridades diante da exibição “da mais tétrica das visões ... espetáculo apavorante de profanação”. O serviço de remoção do Cemitério São Francisco Xavier estava sendo feito em caminhões em que se amontoavam os cadáveres, em caixões ou completamente expostos à vista do público, alguns quase despidos. Inúmeros veículos circulavam com os cadáveres em tal estado de decomposição que deixavam atrás de “si um fétido horrível” (O País, 22.10.1918). “Por que ao menos, já que não se pode dar um caixão a cada um desses mortos, não se cobrem os cadáveres com um pano de lona ou outro qualquer?”, indagava um dos muitos habitantes indignados com a degradação imposta aos mortos e o “espetáculo dantesco” servido aos vivos (Correio da Manhã, 27.10.1918). As denúncias avolumavam-se nos jornais, à medida que se iam multiplicando os casos similares àqueles descritos em ‘Cena macabra’: “Desde domingo (era quarta-feira) jazia, atirado em plena via pública, na rua do Livramento, um cadáver de mulher grávida, em adiantado estado de putrefação. Moradores debalde pediram à polícia, à Santa Casa e à Saúde Pública a sua remoção para o necrotério. Cansados já e aterrorizados com aquele espetáculo, populares tomaram o alvitre de colocar o corpo no primeiro bonde que passou” (Correio da Manhã, 23.10.1918). Debalde, exigiam os jornalistas e os populares a intervenção do governo para impedir o acúmulo de cadáveres insepultos nos necrotérios, nos cemitérios e nas ruas e reverter a “impressão desconcertante de que nos tenhamos mudado para certos cubatas do centro da África” (Correio da Manhã, 24.10.1918). Ver Britto, 1997, p. 24-25.

candidato reeleito fora Rodrigues Alves (presidente entre 1902 e 1906), mas contraiu a *hspanhola* e faleceu sem assumir o cargo. No governo de Epitácio Pessoa foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, do qual Chagas foi o primeiro diretor. O DNSP substituiu a Diretoria Geral de Saúde Pública e possuía atribuições e mecanismos de financiamento amplos, responsável pelos serviços sanitários terrestres, marítimos e fluviais e pelos serviços de profilaxia rural (Hochman, 1993, p.9).

Os relatórios do Instituto Oswaldo Cruz indicam que o adiamento da inauguração do hospital não esteve atrelado apenas à epidemia de gripe espanhola. Mencionam que não foi possível completar o edifício devido às dificuldades para importar os “modernos equipamentos”, com “dificuldade de transporte e de sua aquisição no estrangeiro” (Relatório 1920, p. 5-6). De todo modo o Hospital Oswaldo Cruz estava construído em dezembro de 1918.

Aparentemente, não houve qualquer cerimônia de inauguração que tivesse dado origem a fotos ou registros na imprensa, o que contrasta com uma prática institucional do IOC de construção de memória lançando mão do recurso fotográfico como registro de seus feitos em nome da ciência. Ainda assim foi criado um documento-monumento para registro do Hospital, uma fotografia do prédio do HOC produzida em dezembro de 1918 logo após a finalização de suas obras de construção (Fig.10). O conceito de documento-monumento aqui empregado remete às reflexões do historiador francês Jacques Le Goff, para o qual todo documento é um monumento na medida em que é utilizado pelo poder. Afirma dessa forma: “O documento é monumento. Resulta do esforço das sociedades históricas para impor ao futuro voluntária ou involuntariamente determinada imagem de si próprias” (Le Goff, 1990, p. 548).

A partir de tais pressupostos, é possível compreender a fotografia do hospital, produzida logo após sua construção, como um documento-monumento de um projeto institucional que deseja ser legado à memória coletiva a fim de tentar perpetuar-se, fazendo gerações futuras recordarem de sua existência. Além da manifestação do poder implícita nessa fotografia de 1918 do HOC, a arquitetura do prédio hospitalar é a maior expressão de monumento, uma vez que imprime fisicamente no espaço seu *lugar de memória* (Nora, 1993).



Fig.10 Prédio do Hospital Oswaldo Cruz recém concluído em dezembro de 1918.
Fonte: DADCOC

1.6 A rede de pesquisas em hospitais

Nos seus primeiros anos de funcionamento, o Hospital Oswaldo Cruz sediou pesquisas sobre patologias que vinham sendo ativamente investigadas e em certos casos combatidas pelo interior do país, como mostram os estudos de Thielen et.al. (1991), Benchimol (2000), Benchimol e Silva (2008), Lima (1999; 2003), Kropf (2009), Lima e Hochman (2000), Sá (2009). Para o desbravamento médico-sanitário do território brasileiro, o Instituto Oswaldo Cruz conectou-se a uma rede de hospitais para que seus pesquisadores pudessem ter contato com organismos que hospedassem patógenos e patologias de interesse para seus cientistas. Através de autorizações concedidas pelo governo, os pesquisadores do Instituto puderam ingressar em hospitais vinculados à União para “colher elementos indispensáveis a suas investigações, podendo até sediar neles instalações e pessoal em caráter mais permanente” (Benchimol, 1990a, p. 38).

Em um primeiro momento, quando as atenções daquele coletivo de pesquisadores estavam voltadas para doenças epidêmicas urbanas, como febre amarela, varíola e peste bubônica, a rede envolveu sobretudo o Hospital de São Sebastião, primeiro hospital de isolamento da cidade inaugurado no bairro do Caju em 1899, e a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.⁵⁹ Aí funcionou o serviço de anatomia patológica do Instituto Oswaldo Cruz, citado anteriormente, onde trabalhavam pesquisadores que à época ressentiam-se pela ausência de um hospital próprio e de um espaço para centralizar seus estudos clínicos e de necropsias.

Os médicos do Instituto Oswaldo Cruz também atuaram no Hospital São Francisco de Assis. Os registros encontrados têm início em 1922, ano em que a instituição deixou de ser Asilo de Mendicidade para se tornar um hospital ligado ao Departamento Nacional de Saúde Pública. Com 500 leitos, vinculado ao ensino da medicina e enfermagem, atendia sobretudo à população carente, mas buscava se afastar do modelo caritativo de cuidado dos doentes. De acordo com Souza (2015, p.108), “antes mesmo de se tornar hospital universitário no nome, em 1946, o Hospital São Francisco de Assis já foi uma tentativa de integração de atividades de ensino e pesquisa com a assistência pública”. Carlos Chagas desempenhou importante papel nessa integração não apenas como chefe do Departamento Nacional de Saúde Pública e diretor do Instituto Oswaldo Cruz, mas também como titular da cadeira de Doenças Tropicais introduzida no currículo da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro por ocasião da reforma educacional promovida em 1925 por Rocha Vaz. Chagas procurou aproximar o IOC da Faculdade com a intenção de abrir o ensino médico à pesquisa, aos problemas clínicos relacionados às endemias rurais e ao sanitarismo. A reforma, que suscitou muitas controvérsias no seio da corporação médica, incluiu também no currículo da Faculdade de Medicina o Curso de Higiene e Saúde Pública, ministrado por pesquisadores do Instituto.⁶⁰ Este curso de extensão, com doze meses de duração, garantia aos aprovados a nomeação para cargos nos serviços sanitários federais. Só podia se matricular nele quem apresentasse o diploma do curso de microbiologia do Instituto Oswaldo Cruz ou exame de suficiência nas suas matérias.

As aulas de Carlos Chagas, o catedrático de Doenças Tropicais, eram ministradas no Hospital São Francisco de Assis. Sob a direção do dr. Garfield de Almeida, o hospital foi inaugurado em 7 de novembro de 1922 com a presença de figuras ilustres da política nacional e carioca, como o presidente da República Epitácio Pessoa e o prefeito Carlos Sampaio. Outros

⁵⁹ A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro foi uma das primeiras instituições hospitalares da cidade, criada num tempo em que os hospitais apresentavam cunho muito mais religioso e de caridade aos pobres do que de assistência medicalizada (Sanglard, 2008, p. 62-64).

⁶⁰ Decreto 16.782-A, de 13.1.1925. Sobre a reforma e a oposição que suscitou na Faculdade de Medicina ver Labra, 1985.

médicos além de Chagas estiveram presentes à cerimônia, inclusive aqueles nomeados chefes de clínicas do novo hospital: Raul Leitão da Cunha, Egydio Salles Guerra, Agenor Guimarães Porto, Jorge Soares Gouveia, Raul Hilto Baptista, José Tomaz Nabuco de Gouveia, João Marinho de Azevedo, Fernando Ferreira Vaz e Eurico Villela (Souza, 2015, p.107). Villela havia ingressado no IOC em 1912. Ocupava o cargo de Comissário de Higiene no Distrito Federal quando foi cedido pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores para o Instituto Oswaldo Cruz para fazer parte, com Carlos Chagas e outros pesquisadores, da comissão formada para os estudos sobre a moléstia causada pelo *Trypanosoma cruzi*.⁶¹ Amigo e companheiro de trabalho de Chagas, Eurico Villela assinou muitos dos prontuários médicos do Hospital Oswaldo Cruz nos primeiros anos de estudo da tripanossomíase americana e publicou a esse respeito importantes trabalhos como *Forma Cardíaca da Tripanossomíase Americana* (Chagas e Villela, 1922) e *As pesquisas de laboratório no diagnóstico da Moléstia de Chagas*, com Chagas Bicalho, médico também do Hospital Oswaldo Cruz (Villela e Bicalho, 1923). Esses trabalhos estavam, em grande medida, lastreados na experiência adquirida no contato com doentes nos hospitais em que atuaram como investigadores do Instituto Oswaldo Cruz. Antes mesmo da inauguração do Hospital São Francisco de Assis, quando eram discutidas as normas e o regulamento da instituição, Eurico Villela foi responsável pela organização dos serviços clínicos.⁶² O de patologia seria completamente integrado às atividades científicas do Instituto Oswaldo Cruz. Sua direção foi entregue a Carlos Magarino Torres, e lá trabalharam como assistentes Oswino Pena, Carlos Burle de Figueiredo e Arcando Pena de Azevedo.

Uma característica da gestão de Carlos Chagas como diretor do Instituto Oswaldo Cruz foi a *departamentalização* progressiva das atividades exercidas pelos chefes de laboratório, os assistentes e os auxiliares. O regulamento de 1919 e principalmente o de 1926 criaram seções no Instituto, entre as quais a Seção de Anatomia Patológica, à qual competia a realização de autópsias em diversos hospitais da cidade, o diagnóstico de peças cirúrgicas enviadas ao Instituto, os estudos de histologia normal e embriologia, além da manutenção do museu de anatomia patológica. Embora fosse uma das áreas pioneiras do Instituto de Manguinhos, Chagas a considerava deficiente e para aprimorá-la trouxe, em fins de 1917, um professor norte-americano, o Dr. Bowman C. Crowell, da Fundação Rockefeller. Em 1922, enviou à Europa Carlos Burle de Figueiredo para verificar as mais recentes aquisições daquela especialidade médica. Integravam a seção também Magarino Torres, Oswino Penna e Eurico Villela.

⁶¹ Nomeação de Eurico Villela em documento administrativo do Instituto Oswaldo Cruz encaminhado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores: DADCOC, Fundo IOC, Seção Direção, minutas de ofícios, nº36, 1912.

⁶² Sobre as diretrizes elaboradas para a nova instituição hospitalar, ver Souza, 2015, p.106.

Carlos Magarinos Torres assina como médico assistente do Instituto Oswaldo Cruz o único prontuário encontrado referente ao ano de 1915. Por cinco dias ele assistiu no pequeno hospital de Lassance a uma criança moradora da cidade, no interior de Minas Gerais, com diagnóstico de ‘caso agudo de moléstia de Chagas’. A menina tinha 1 ano e 10 meses, apresentava febre alta, infecção na vista, que se agravou em poucos dias, ao mesmo tempo em que apareciam edemas, referidos da seguinte forma por Torres: “É bem evidente hoje o aparecimento de um edema, sobretudo muito nítido na face e nos membros inferiores da doentinha”. Referir-se-ia à pequena da mesma forma carinhosa no dia seguinte ao registrar: “A doentinha morreu”.⁶³ A infecção na vista possivelmente era o edema inflamatório unilateral das pálpebras que o médico argentino Cecílio Romaña descreveria em 1935 como sinal de alto valor patognomônico na fase inicial da doença de Chagas (Dias, 1997, p. 407-413).

A inauguração do Hospital Oswaldo Cruz veio preencher uma lacuna muito importante para os seus trabalhos, mas a Seção de Anatomia Patológica do IOC continuou a se ocupar das necropsias em todos os grandes hospitais da cidade do Rio de Janeiro, mantendo uma relação de interface com os problemas de medicina prática de seus corpos clínicos e com os de patologia explorados nos laboratórios de Manguinhos.

O lugar onde eram feitas as necropsias no Hospital São Francisco de Assis é referido em reportagem de 1923 sobre os serviços desse hospital, transcrita por Souza (2015, p. 166).⁶⁴ Para chegar ao outro lado do edifício, o jornalista atravessou um pequeno subterrâneo que dava acesso a um pátio, onde “alguns canteiros se recortavam em arabesco, ostentando ao sol da tarde uma variedade de rosas e de cravos. Desse lado do estabelecimento visitamos a geladeira do necrotério, a lavanderia, a cozinha e o laboratório de Manguinhos, anexo ao hospital”. O serviço de anatomia patológica estava instalado em prédio próprio que, no térreo, abrigava a sala de autópsias equipada com duas mesas. Era uma sala envidraçada em duas faces, com boa iluminação natural, sendo as janelas protegidas de insetos com telas de arame. Em outra sala foram instaladas as máquinas frigoríficas dinamarquesas *Sabroe*, com capacidade para oito cadáveres. Nela havia também uma balança para pesagem de cadáveres e uma mesa para lavá-los após a recomposição (Souza, 2015, p. 169). Uma porta dava acesso à “capela ardente”, onde os cadáveres eram recompostos e vestidos para aguardar o sepultamento. No primeiro andar desse prédio havia dois laboratórios com estufa de parafina, micrótomos de congelamento e de

⁶³ DADCOC, Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Hospital Evandro Chagas, Série Prontuários, BR RJCOC 02-05-02, Caixa 1, 02.01.15.

⁶⁴ A reportagem citada em (2015, p. 166) foi publicada em periódico desconhecido em 24.2.1923.

parafina, vidraria e reativos para as pesquisas anatomopatológicas e microscópicas. (Souza, 2015, p. 169-170)

Além do Hospital São Francisco de Assis e da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, os pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz também atuaram em caráter mais ou menos contínuo em outros espaços de assistência médica do Rio de Janeiro, como o Hospital Deodoro, Hospital e Posto de Socorro de Engenho de Dentro, Hospital provisório de Bangu, Hospital de Cayru e Hospital Benjamin Constant, como indica documento de movimentação de doentes atendidos nos referidos hospitais sob a supervisão de médicos do Instituto, e os hospitais Pedro II e de Jurujuba, como demonstram os prontuários médicos.⁶⁵

A rede hospitalar a que se conectou o Instituto Oswaldo Cruz incluía hospitais de outros estados, como o Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte e, posteriormente, o Hospital Central de Profilaxia Rural em São Luís do Maranhão. A presença mais decisiva do Instituto Oswaldo Cruz nesses estados se deu com projetos ambiciosos de instalação de filiais que tiveram papel importante no estudo de doenças que atingiam a população local. Data de 1907 a instalação da filial do IOC em Belo Horizonte, sob a direção de Ezequiel Caetano Dias, um dos primeiros pesquisadores do Instituto de Manguinhos. Ele foi enviado à região a fim de coordenar estudos relacionados a problemas rurais, como escorpionismo, febre aftosa, piobacilose (peste dos pulmões) e doença de Chagas, além de treinar os profissionais que iam atuar na filial (Fundação, 2007). Pesou também o fato de que Dias, genro de Oswaldo Cruz, sofria de tuberculose e os ares da capital mineira, inaugurada em 1897, eram considerados curativos. Em 1918 lá foi montado um posto antiofídico, fruto de um acordo entre o governo de Minas Gerais e o Instituto Butantan de São Paulo. Os pesquisadores da filial do IOC conseguiram realizar importantes pesquisas nessa área e ações educativas com o intuito de combater práticas de curandeirismo utilizadas nas vítimas de picadas de cobras e escorpiões. A filial do IOC foi uma das bases da Faculdade Medicina criada em Belo Horizonte em 1911 (Chagas, 1922, p. III). Após a morte de Ezequiel Dias, em 1922, a filial passou a se chamar Instituto Ezequiel Dias, sendo ele incorporado à estrutura administrativa do Estado de Minas Gerais em 1936. Em São Luís, as ações de pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz (e também do Serviço Sanitário de São Paulo) tem início em 1903, com a chegada da peste bubônica à capital maranhense, como mostra Bezerra (2015; 2016).⁶⁶ A filial do Maranhão foi criada em

⁶⁵ O mapa de movimentação de doentes atendidos nos referidos hospitais no ano de 1918 foi encaminhado pelo Instituto Oswaldo Cruz à Diretoria Geral de Saúde Pública em 1º de abril de 1919. Ver: DADCOC, Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Direção, Minutas de Ofícios, nº147, 1 de abril de 1919.

⁶⁶ Neste ano Henrique Marques Lisboa, pesquisador do IOC, foi designado para realizar exames bacteriológicos a fim de esclarecer a origem de um “mal suspeito” que grassava na capital. Fez exames bacteriológicos e identificou

1919 e teve existência mais efêmera, encerrando suas atividades em 1930. Fruto do Serviço de Profilaxia Rural montado à época, sob a direção de Raul Almeida Magalhães, cientista do IOC, a filial atuou no diagnóstico e profilaxia de doenças como malária, verminoses, sífilis, leishmaniose e a peste bubônica, que reapareceu em São Luiz em 1921. À frente da filial maranhense esteve o médico do IOC Cassio Miranda nomeado por Carlos Chagas, de quem foi aluno. A filial compreendia quatro seções: bacteriologia, Instituto Vacinogênico (vacina antivariólica), Instituto Pasteur (vacina antirrábica) e posto antiofídico (Bezerra, 2015; 2016). Em 1921, nas dependências do antigo Hospital Militar, no bairro Madre de Deus, foi instalado o Hospital Central da Profilaxia Rural que passou a ser procurado pela população do interior do estado (Bezerra, 2016). A instalação dessas filiais (houve outras no Paraná e em Pelotas, Rio Grande do Sul) reflete a importância dada pelo IOC à dilatação de fronteiras tanto na política sanitária federal como nos três campos em que vinha se firmando a instituição carioca: fabricação de produtos biológicos, pesquisa e ensino (Benchimol e Teixeira, 1993, p.19-20). Não tivemos acesso a quaisquer vestígios documentais da assistência médica e pesquisa clínica feitas nas regiões onde atuaram estas filiais, exceto Minas Gerais, por ser este o território de origem da descoberta da doença de Chagas.

Na Santa Casa de Belo Horizonte foram atendidos doentes da própria capital e muitos do interior do Estado, grande parte de Lassance e suas proximidades, servindo as observações clínicas e patológicas e as experiências terapêuticas feitas nesses pacientes para fundamentar estudos sobre endemias rurais, principalmente a doença de Chagas. De acordo com prontuários médicos referentes a atendimentos realizados em 1917 na Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte,⁶⁷ os pacientes vinham de diferentes povoados do interior mineiro, entre eles Sete Lagoas, Soledade, Santa Rita e locais próximos ao Rio das Velhas. Os trabalhos feitos lá beneficiavam o Serviço de Profilaxia Rural montado e suas frentes de atuação, como o Posto da Capital, Posto de Socorro aos ulcerados e o Hospital Central da Profilaxia Rural. Tinham em mira o diagnóstico do impaludismo, verminoses e outras doenças parasitárias, inclusive úlceras, sífilis e leishmaniose, atuando, também, no fornecimento de soros e vacinas. Além de realizar

a peste bubônica, tomando as medidas iniciais para combater a epidemia. No ano seguinte, uma equipe do Serviço Sanitário de São Paulo, liderada pelo dr. Víctor Godinho, foi despachada para São Luiz para impedir que a doença não se espalhasse pelo interior do estado, pelas vias fluviais, principalmente, que ligavam a capital às regiões como o vale do rio Itapecuru (Meireles, p. 67-68; Medeiros, 2007).

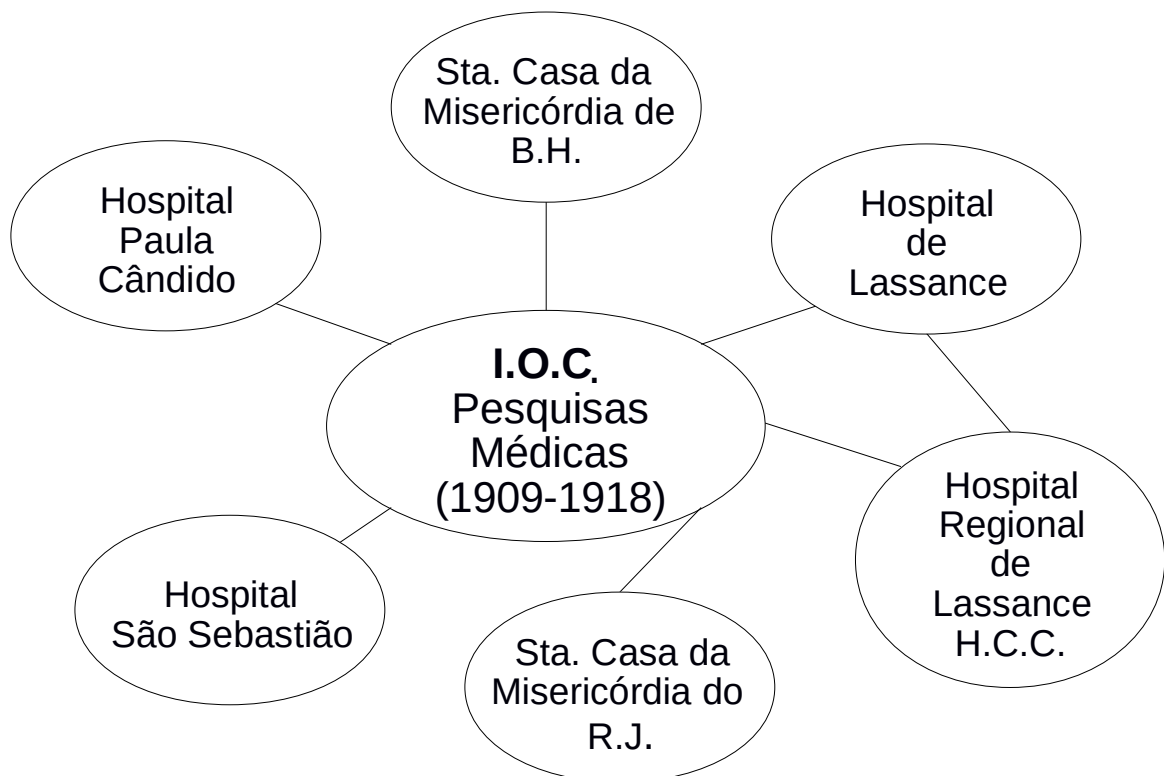
⁶⁷ Os prontuários referentes a doentes atendidos na Santa Casa de Misericórdia foram assinados por médicos do Instituto Oswaldo Cruz, principalmente Eurico Villela, e envolviam majoritariamente diagnósticos de doença de Chagas. Há um prontuário assinado por Samuel Libaneo e outro por Octaviano de Almeida. Ver prontuários médicos: DADCOC, Fundo IOC, Série Prontuário do Hospital Evandro Chagas, Caixa 1, BR RJCOC 02-05-02, Caixa 1, s/d e 31.01.1917.

importantes ações para o SPRMA, a filial oferecia serviços laboratoriais aos médicos locais mediante pagamento em dinheiro (Bezerra, 2016).

Em suma, entre 1909 e 1918 o Instituto Oswaldo Cruz esteve ligado a uma rede de hospitais onde seus pesquisadores atuavam. Pode-se dizer que era uma rede de assistência e uma rede de pesquisadores. É indiscutível que as relações políticas de Oswaldo Cruz, e posteriormente Carlos Chagas, foram decisivas para estabelecer essa ligação e contato entre distintos hospitais. A dupla filiação institucional dos cientistas que tiveram à frente das pesquisas médicas do Instituto Oswaldo Cruz por três décadas consecutivas é um elemento facilitador para o acesso e a circulação de conhecimentos entre os hospitais, mas também é inquestionável que as redes institucionais e pessoais caminham entrelaçadas e às relações pessoais. Uma síntese desse intercâmbio médico pode ser observada no organograma abaixo.

ORGANOGRAMA 1

REDE DE ESPAÇOS HOSPITALARES DO INSTITUTO OSWALDO CRUZ ENTRE 1909-1918



A decisão do Instituto Oswaldo Cruz de criar seu próprio hospital foi motivada sobretudo pelo interesse em recolher doentes diagnosticados em zonas interioranas do país que passaram a ser exploradas por comissões integradas por seus pesquisadores, e onde encontravam síndromes ou patologias consideradas relevantes como objetos de estudo. A descoberta da doença de Chagas no interior de Minas Gerais em 1909 teve papel muito importante na concretização do projeto hospitalar e, como outra face da mesma moeda, o hospital deu base para a conformação da doença a partir dos conhecimentos dos sinais da patogenia sobre os corpos e aprofundou estudos sobre a epidemiologia do mal que tanta projeção deu ao Instituto.

CAPÍTULO 2

A REDE DE ESPAÇOS HOSPITALARES PARA A PESQUISA SOBRE DOENÇA DE CHAGAS E OUTRAS DOENÇAS TROPICAIS BRASILEIRAS (1909 A 1918)

“É tristíssimo observar aqueles entes de aspecto miserável, indolentes, entre os quais abundam os inválidos e os idiotas. Se os organismos são assim degenerados, mais miseráveis ainda são as coisas que os cercam – habitações, terras etc. Bastará dizer que não achamos uma só fruta do país! Nenhuma idade escapa à moléstia. Até os lactantes já apresentam o papo”.
(Austregésilo, *Jornal do Commercio*, 1910, p. 4)

Em relatório anual de atividades de 1919, o Instituto Oswaldo Cruz registrou o objetivo principal da criação de seu hospital sede para pesquisas como a “internação dos doentes que constituam objetos de esclarecimentos científicos, no que respeita a etiologia, patologia e terapia das doenças infectuosas em geral, especialmente das doenças peculiares ao nosso país” (Relatório IOC, 1919). Seu prédio foi projetado para centralizar as pesquisas consideradas de maior relevância para os estudos médicos de pesquisadores daquela instituição que até então encontravam-se dispersos em hospitais da cidade do Rio de Janeiro ou em outros espaços hospitalares implementados nos trabalhos de campo. Uma das doenças que obteve relevo nas pesquisas do início do século XX pelos médicos-cientistas do IOC foi a doença de Chagas, considerada à época uma das doenças peculiares do Brasil. O enquadramento da enfermidade, e principalmente os protocolos terapêuticos usados para tratar os doente acometidos pelo mal, foram possíveis a partir de investigações clínicas, laboratoriais e anatomopatológicas realizadas com pacientes nos hospitais em que atuavam pesquisadores do IOC, o que ressalta a importância desses espaços.

Com isso, o capítulo analisa a conformação da doença de Chagas entremeada à criação de hospitais e abarracamentos móveis no sertão de Minas Gerais, pelo IOC, para pesquisas científicas da nova tripanossomíase, a promissora aposta daquela instituição dirigida por Oswaldo Cruz. A partir da concepção de doença como um fenômeno socialmente construído e negociado (Rosenberg, 1997), explora a conformação da doença de Chagas enquanto fato científico legitimado a partir de um coletivo de pensamento em que estavam envolvidos aqueles pesquisadores (Fleck, 2010). A partir dessa compreensão, problematiza os sentidos da tríplice descoberta de Chagas e situa o local em que foram feitas as investigações da doença, a cidade de Lassance, em Minas Gerais. Esse capítulo apresenta dois importantes locais de pesquisa

criados pelo IOC, o Hospital de Lassance e o Hospital Regional de Lassance / Hospital Carlos Chagas, como espaços hospitalares que serviram como suporte para a implementação de projetos políticos e científicos.

O capítulo tem como foco as pesquisas médicas realizadas em nome da instituição entre 1909 e 1918 e para isso coloca em evidência a história da doença de Chagas a partir da missão científica ao Norte de MG e aprofunda os estudos realizados em num primeiro momento dando ênfase às características locais, a estrutura montada para ampara as pesquisas e as problemáticas que levaram à criação de uma Comissão de estudo da nova doença. Outro ponto desenvolvido é a trama de hospitais que se forma para abrigar as pesquisas sobre a doença de Chagas – hospitais móveis, o hospital adaptado em Lassance em casa que serviu de moradia ao Chagas e outros, o hospital da Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte e os hospitais do Rio de Janeiro para o qual foram conduzidos os pacientes. Esse aspecto é problematizado enquanto base para os argumentos de que o IOC carecia de um espaço próprio para pesquisas médicas com doentes.

2.1 A fé na ciência médica e as doenças como fenômenos social

Rosenberg (1997, p. XIII), em introdução de *Framing Disease*, afirmou: “nunca houve um tempo em que homens e mulheres não tenham sofrido por doenças”. Essa frase apresenta a doença como um tema que permeia a vida de indivíduos e coletivos de tempos remotos à atualidade e que, portanto, possui extrema relevância na esfera cotidiana de suas vidas, o que ajuda a compreender por quê as doenças alimentam debates e experimentam um crescente interesse, como tema e objeto de estudo, no campo da história nas últimas décadas. Uma progressiva expansão da história das doenças ocorreu a partir da década de 1960, período marcado por um movimento de novas perspectivas, objetos e fontes, com forte atuação dos trabalhos no campo da história cultural, contribuindo para a ampliação da concepção de doença. Nesses trabalhos, as doenças não são tratadas apenas como entidade biológica e física, mas um como fenômeno social, uma espécie de “amálgama que envolve tanto sua natureza biológica como os sentidos que lhe são atribuídos pelas sociedades” (Silveira e Nascimento, 2004, p. 14).

Rosenberg, autor de expressão do ponto de vista teórico e historiográfico das mudanças na percepção das doenças, contribui ao afirmar que em nossa cultura as doenças não existem como fenômeno social até que ocorra uma convenção, uma nomeação. Com isso, problematizou a doença além de seu aspecto biológico, destacando-a enquanto fenômeno social construído e

negociado e utilizou a metáfora do “enquadramento” para discutir o processo de construção de esquemas explanatórios e classificatórios de uma doença na sociedade (Rosenberg, 1997, p. XV). Defende que os conceitos de doença fazem mediações e estruturam relações na medida em que pode ser considerado um “sistema interativo” que mantém relação com as manifestações produzidas nas vidas dos indivíduos em diferentes interfaces: entre pacientes e médicos; entre médicos e família; entre instituições médicas e os que praticam a medicina. (Rosenberg, 1997, p. XXIII).

Nessa mesma esteira estão os trabalhos de Cunningham, especialmente aquele em que analisa a concepção de peste no fim do século XIX a partir da *identidade da doença* e sua reconfiguração com o advento do laboratório (Cunningham, 1992). Apresenta que as doenças não são um “natural kind”, mas construções mentais integradas por vivências e fenômenos externos visíveis que a acompanham, portanto, são construídas culturalmente e os elementos que a constituem podem variar ao longo do tempo (Cunningham, 1992, p. 212). A partir dessa concepção, apropria-se do caso da peste como exemplo paradigmático para problematizar a hegemonia do conceito de doença criado pelo laboratório e demonstrar que ocorreu uma transformação radical na forma de definir as doenças infecciosas com o advento da bacteriologia e das práticas laboratoriais (Cunningham, 1992, p. 209). Considera a peste como a doença infecciosa mais temida e importante, diferenciando-a em *peste pré-laboratório* e *peste pós-laboratório* e buscou evidenciar como se distinguem em vários aspectos. A *peste pré-laboratório*, também denominada *antiga peste*, apresenta como um mal que afligiu indivíduos desde a antiguidade, como pode ser observado através da produção de uma extensa literatura da peste, com produção de Tucídides, Boccaccio, Defoe, Camus, entre outros discutidor por Silveira e Nascimento (2004, p. 26). Evidenciamos que a identificação da doença peste, nesse momento, estava centrada na descrição dos sintomas (e sua “evolução”), que eram muitos e complexos, geralmente a presença de bulbões no corpo do indivíduo doente, mas também poderia ser identificada a partir de febres, fraqueza, tontura, fortes dores de cabeça, vômito, evacuação incontrolável, delírio, morte súbita, dentre outros sintomas. Aqui, a causa da *antiga peste*, que não era central para identificar a doença, era ampla e diversa, mantendo relação com aspectos ambientais ou mesmo atribuindo uma pré-disposição do indivíduo à doença (Cunningham, 1992, p. 220-221). Por outro lado, explica que a *peste pós-laboratório* não parte dos sintomas da doença para consolidar sua imagem, mas da presença de um agente causal, de um microorganismo, mais especificamente do bacilo conhecido por *Yersinia pestis*, legitimado pela bacteriologia no fim do século XIX, ocorrida após conflituoso debate acerca da origem e transmissão das doenças infecciosas no correr do século XIX – debate estabelecido entre

defensores da teoria miasmática, da teoria por contágio e da teoria do contágio limitado, desencadeando um longo enfrentamento entre bacteriologistas e epidemiologistas. (Rosen, 1994, p. 222-239).

A legitimação da bacteriologia foi consolidada com o triunfo e a consolidação da *teoria microbiana* a partir das contribuições da química e dos estudos de fermentação e putrefação; da microbiologia; do desenvolvimento dos métodos de classificação e pigmentação das bactérias; da descoberta dos vetores; dos métodos de inoculação dos germes; e da soroterapia. A *teoria microbiana*, ou *teoria dos germes*, “permite um novo tipo de enquadramento das doenças, ao impor uma maior ordem taxonômica e acentuar a importância de estudos post-mortem: a questão era a de conseguir meios para conhecer os microorganismos patogênicos e encontrar os meios bioquímicos de combatê-los” (Rosenberg, 1997, p. XVII). De acordo com essa concepção, surgiu a medicina de laboratório e as doenças infecciosas passaram a ser definidas a partir de seus resultados e o ofício passou a ser exercido no espaço do laboratório, local de estudo das doenças, a partir da identificação e nomeação das enfermidades através de exames. A partir desse momento, com o laboratório exercendo um papel fundamental, não existe diagnóstico, e muito menos a doença, sem o seu aval final. E a definição de doença passa, necessariamente, por uma causa material, por um *agente causal* que somente poderá (e deve) ser identificado no laboratório através do microscópio. As doenças passaram a ter uma identidade, um agente causal próprio que a diferencia de todas as outras (Cunningham, 1992; Rosenberg, 1997).

No caso da *peste pós-laboratório*, sua identidade foi conferida em momento onde as categorias diagnósticas se expandiram de maneira muito significativa e seu processo de “enquadramento” ocorreu mediante negociações sociais que legitimaram as práticas laboratoriais, contribuindo para sua “cristalização”, para a “individualidade da doença” (Rosenberg, 1997, p.XX). Nesse sentido, lhe proporcionou uma identidade diferente daquela que possuiu anteriormente pelo emprego de outros procedimentos, como o da análise clínica e a avaliação dos sintomas (Cunningham, 1992; Rosenberg, 1997). Sobre a imagem da *peste moderna*, foi definida a partir do contágio pelo bacilo conhecido por *Yersinia pestis* através da pulga do rato – que infecta o ser humano ao entrar em contato com a corrente sanguínea. Uma vez encontrado o bacilo na corrente sanguínea de um indivíduo, pode-se afirmar a presença da doença. Na *Era Bacteriológica* (Rosen, 1984), “o microorganismo inicia, produz, da existência à sequência total de mudanças internas que constituem a doença”, e é considerado a causa de “toda patologia, de todos os sintomas, de toda experiência da doença peste” (Cunningham, 1992, p. 216). A nova identidade da peste foi conferida a partir do estudo de Shibasaburo

Kitosano e Alexandre Yersin em Hong Kong, em 1894, em contexto da efervescente disputa por domínios coloniais, diante de interesses políticos e econômicos na região. Os pesquisadores foram enviados ao local quase simultaneamente, mas de forma independente, com a finalidade de encontrar o agente causal da doença que assolava e dizimava um número crescente de indivíduos. Kitosano foi enviado pelo governo japonês, representando a escola alemã, e Yersin foi enviado pelo Ministério Francês de Colônias (Cunningham, 1992, p. 226; Rosen, 1994, p. 252). Ambos representantes da corrida pela definição da identidade da doença, uma acirrada disputa no processo de nomeação e negociação da doença. Diante do interesse de *modurar* (Rosenberg, 1997, p. XVIII) a doença a partir do agente causal encontrado por ambos pesquisadores, submeteram seus estudos às provas necessárias para satisfazer aos “postulados de Koch” através de etapas: fazer o bacilo se desenvolver fora do corpo; submeter o bacilo à prova em animais vivos; e provar a constante presença do bacilo. E somente a partir da sucessão de provas submetidas pelos trabalhos de Kitosano e Yersin, o bacilo da peste passou a ser considerado a causa da doença conhecida historicamente por *peste bubônica*. Os pesquisadores publicaram seus trabalhos com descrições e fotografias e, nos anos que se seguiram, o epidemiologista francês P. L. Simond completou a identidade da peste ao “descobrir” o seu vetor. Ao investigar como o bacilo da peste era transmitido de um ser a outro, chegando à conclusão que a peste era uma doença de ratos e que poderia se espalhar através de suas pulgas (Cunningham, 1992, p. 231). É válido ressaltar que a nova visão da peste no fim do século XIX, a resignificação de sua identidade, foi construída a partir de uma nova forma de pensar e ver pautada no laboratório. Isso não significa progresso da ciência, mas uma mudança nos critérios de definição da doença onde o laboratório não é visto apenas como um instrumento, mas como uma prática responsável por definir, limitar e direcionar maneiras de pensar e agir (Cunningham, 1992, p. 216).

Apoiados nesse arcabouço científico estruturado pelos conhecimentos da microbiologia e do laboratório, somados aos estudos da medicina tropical, buscavam os jovens médicos do IOC conformar seus diagnósticos e prognósticos nas viagens científicas promovidas ao interior do país. Nas *missões* realizadas por uma geração de *homens de ciência na república das letras* (Rama, 1985), entre o sertão e a Europa, buscou-se legitimar e respaldar dos estudos promovidos por uma instituição que objetivava consagrar-se no campo da medicina experimental com a microbiologia e a medicina tropical. Nesse processo é evidente que os estudos promovidos no interior de Minas Gerais foram decisivos e sua história expressa com evidência as tramas que envolveram sua conformação no cenário médico entre conflitos, cooperação e competição.

2.2 Expedição ao Norte de Minas Gerais e a “tríplice descoberta”

A expedição do Instituto Oswaldo Cruz ao *Norte de Minas Gerais entre Lassance e Pirapora*, realizada entre 1907 e 1908, apresentada no Capítulo 1, merece aqui atenção especial porque entre os saldos dessa *missão* resultou o enquadramento de uma nova enfermidade por Carlos Chagas e outros pesquisadores de Manguinhos. Trata-se da doença de Chagas, anunciada ao mundo científico através de um grande feito científico, a “tríplice descoberta”, em 1909.⁶⁸ Sua história remonta às investigações e ações profiláticas contra a malária conduzidas por Carlos Chagas e outros pesquisadores do IOC.

Carlos Justiniano Ribeiro Chagas (1878-1934) nasceu na Fazenda Bom Retiro, no interior de Minas Gerais. Mudou-se para a capital do país para realizar os estudos de medicina, matriculando-se na Faculdade de Medicina em abril de 1897 durante o governo de Prudente de Moraes (1894-1898) – primeiro presidente civil da República brasileira. Concluiu sua tese em 1903 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro com o intuito de demonstrar a importância da fórmula hemo-leucocitária como método diagnóstico da Malária. Formado na perspectiva da medicina tropical, e imerso em um coletivo de pensamento voltado à relação entre doenças e os vetores, insetos e parasitas. Seu trabalho expressa de forma clara o impacto que as novas teorias médicas tinham sobre o campo da clínica médica com relação ao otimismo quanto à compreensão das doenças, uma vez que os critérios para a definição das doenças passou a prescindir de um agente externo. Sob o primado do laboratório, os critérios de definição das doenças deixavam se estar apoiados em uma definição sintomática em detrimento de uma definição etiológica. Para Carlos Chagas, “a alternativa ao critério sintomatológico era o critério parasitológico”, ou seja, era o parasito quem determinava a existência da entidade nosológica e suas características clínicas (Kropf, 2009, p. 81).

Após conclusão de sua tese de doutorado o pesquisador foi convidado a compor o quadro de pesquisadores do Instituto de Manguinhos. Em 1904 passou a integrar o quadro de funcionários da Diretoria Geral de Saúde Pública com a nomeação de médico, atuando no hospital de isolamento de Jurujuba com atendimento a doentes de peste. Nesse mesmo ano montou seu consultório particular na cidade do Rio de Janeiro (Kropf, 2009, p. 82-83). Todas essas atividades com ênfase na clínica ficaram em segundo plano a partir de 1905 quando foi

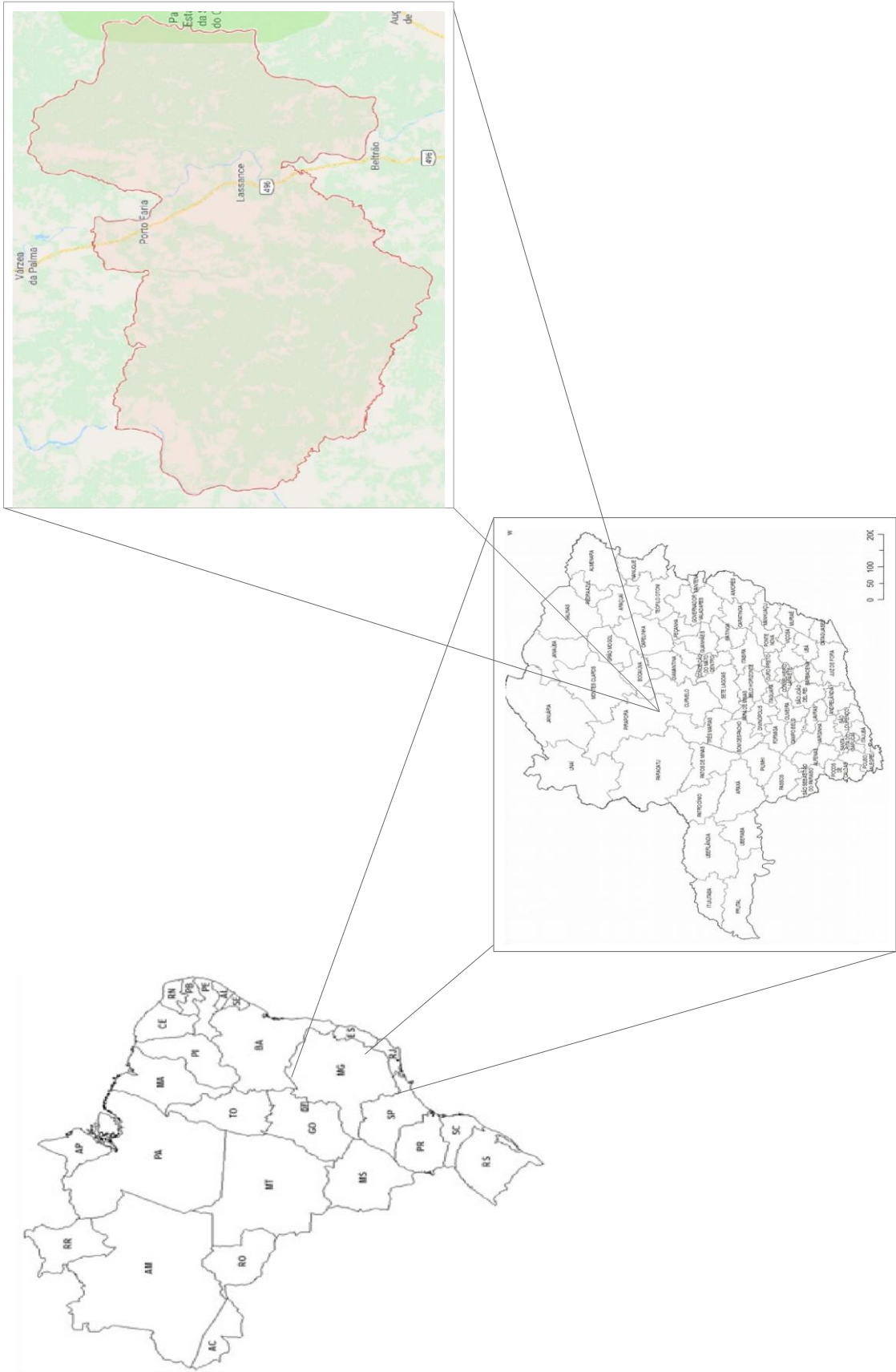
⁶⁸ As considerações feitas a seguir, sobre a Doença de Chagas, baseiam-se em Kropf (2009, p. 23-30), a historiadora que produziu os trabalhos de maior fôlego sobre o assunto, Benchimol e Teixeira (1993), Carneiro (1963) e em publicações das *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* (Chagas, 1909, 1911, 1916, 1922; Dias, 1912; Guerreiro, 1913; Cunha, 1913, 1914; Neiva, Travassos e Cunha, 1914; Chaves, 1915; Chagas e Villela, 1922; Villela e Bicalho, 1923; Torres, 1915, 1917; Villela e Torres, 1926).

chamado a atuar na campanha contra a malária que assolava trabalhadores no decorrer das construções de uma represa hidrelétrica em Itatinga, interior de São Paulo, pela Companhia Docas de Santos. Logo após, em 1907, Carlos Chagas comandou junto com Arthur Neiva a campanha de profilaxia da malária em Xerém, na Baixada Fluminense, a serviço da Inspetoria Geral de Obras Públicas que iniciava a construção de um aqueduto para aumentar o abastecimento de água no Rio de Janeiro (Benchimol, 1990a, p. 42; Benchimol e Teixeira, 1993, p. 22-23; Benchimol e Silva, 2008. Kropf, 2009, p. 86-87).

As campanhas foram consideradas tão bem sucedidas que o pesquisador foi incumbido de realizar novo desafio junto com Belisário Penna na missão de combater um surto de malária que dizimava inúmeros trabalhadores que atuavam nas obras de prolongamento da Estrada de Ferro Central do Brasil no Norte de Minas Gerais, entre as cidades de Corinto e Pirapora, pois “a malária constituía o mais sério obstáculo ao prolongamento dos trilhos da Central do Brasil até Pirapora” (Jornal do Comércio, RJ, 08.02.1908, Apud Benchimol, 1990, p. 42; Kropf, p. 95-96).

Os pesquisadores partiram de trem da Estação Central do Brasil em 6 de junho de 1907 com viagem digna de nota em jornal: “Seguem hoje para o prolongamento da estrada os comissionários da diretoria geral de saúde pública, Drs. Carlos Chagas e Belisário Penna, que vão iniciar medidas profiláticas na zona do rio Bicudo, assolada por febre” (Estrada de Ferro Central. O Paiz, 06.06.1907, p. 3). A missão era desafiadora, dado os números alarmantes de doentes e mortes pela endemia de malária na região. Sobre esse ponto, Villela destacou em uma de suas conferências que esses indivíduos foram “de tal modo atacados que apenas 1/3 podia comparecer ao serviço e este terço via-se muitas vezes reduzido a 1/10”, não sendo poupados nem mesmo os engenheiros que viajavam a trabalho (Villela. Conferencia, DADCOC, BRRJCOCEV-FC-07).

Ainda em junho de 1907 os pesquisadores iniciaram os trabalhos nas imediações do rio Bicudo, afluente do Rio das Velhas, entre Corinto e Pirapora. Era um pequeno povoado chamado São Gonçalo das Tabocas, constituído por alguns ranchos de tropeiros à margem do Rio das Velhas.



Mapa 1 Localização de Lassance / Minas Gerais
Fonte: IBGE (adaptado por Santos, R. e França Filho, A. L.)

No local, uma das primeiras medidas do pesquisador foi a instalação de pequeno laboratório num vagão de trem, criando ali seu habitat de pesquisa e servindo o local como laboratório, dormitório e “consultório” para assistência a doentes. Sobre a prática médica realizada em campo, Villela memorou:

Operando em pleno sertão, zona pobre, de população esparsa e carente de quaisquer recursos, especialmente médicos, atendia Chagas não só aos operários da Estrada, mas também a toda população local e dos arredores. Para isto fundou um verdadeiro posto de assistência na qual cuidava dos doentes de ambulatório e não raro em domicílio os casos que lá reclamavam sua presença. [...] dentro em pouco o ambulatório tornou-se muito frequentado, atraindo pacientes de mais de 20 léguas em torno. (Villela, Conferencia, DADCOC, BRRJCOCEV-FC-07)

Em conferência de abertura do Congresso Internacional sobre a Doença de Chagas, em 4 de julho de 1959, Eurico Villela destacou que a atividade de combate à malária liderada por Chagas a partir de 1907 proporcionou a volta dos trabalhos de construção da estrada (Villela, Conferencia, DADCOC, BRRJCOCEV-FC-07).

Com a inauguração da estação ferroviária em São Gonçalo das Tabocas, em fevereiro de 1908, o povoado passou a se chamar Lassance em homenagem ao engenheiro Ernesto Antônio Lassance Cunha. Ali, no sertão mineiro assolado por malária e tantas outras moléstias identificada após consultas à população local, os médicos cientistas do Instituto Oswaldo Cruz iniciaram estudos que conduziram o jovem pesquisador Carlos Chagas ao prestígio nacional e internacional com a descoberta de uma nova entidade mórbida.

Carlos Chagas despertava interesse pelos estudos da entomologia e protozoologia, dois temas que exerciam fascínio sobre o coletivo de pesquisa a que estava ligado, o que fez com que, junto aos trabalhos de coordenação da campanha contra a malária, dedicasse parte de seu tempo às investigações sobre diferentes espécies da fauna brasileira. Nesse momento os estudos sobre os tripanossomos apresentavam grande interesse científico, principalmente com as investigações realizadas por pesquisadores europeus sobre a “doença do sono”, na África, em contexto imperialista. Até então, a única tripanossomíase humana conhecida era a “doença do sono”, causada por tripanossomo e transmitida pela mosca tsé-tsé (Havik, 2014; Amaral, 2012a, 2012b).

Antenado aos estudos do campo da medicina tropical e interessado tanto em parasitos quanto em artrópodes como prováveis vetores, Chagas ouviu com interesse a sugestão de um engenheiro da linha férrea, Cornélio Homem Catarino Mota, para que examinasse um inseto que vivia nas frestas das casa de pau-a-pique, saindo à noite para sugar o sangue de seus

moradores e de animais domésticos. O chupão atacava de preferência o rosto humano, razão pela qual o chamavam popularmente de barbeiro.



Fig.11 Estação Ferroviária de Lassance
Fonte: Trabalho de campo, Lassance, 2017.



Fig.12 Aspecto de Lassance em 1908: moradores e residências de pau-a-pique
Fonte: DADCOC

Em relato posterior às pesquisas de campo, dirá Chagas que vinha já identificando anomalias no quadro patológico da região. Mencionou que chegado ao povoado mineiro para combater uma doença que lhe era familiar, a malária, deparou com sinais de difícil interpretação:

Foi-nos penosa (...) a absoluta impossibilidade de classificar ... muitos dos casos mórbidos que se ofereciam a nosso estudo. Nem valiam, para elucidação do diagnóstico, os recursos experimentais do laboratório, e nem decidiam os elementos da semiótica mais segura e meditada. Alguma coisa de novo, nos domínios da patologia, aí perdurava desconhecida, e se impunha a nossa curiosidade (Chagas, 1922, p.68 [1981, p.600]).

Nesses estudos em Lassance, identificou no sangue de um sagui um protozoário do gênero *Trypanossoma*, classificando-o como *Trypanossoma minasense* (sem ação patogênica para o animal (Kropf, 2009, p. 96). Após examinar no tubo digestivo e nas glândulas salivares de alguns barbeiros, encontrou no intestino formas flageladas de um protozoário. Levantou a hipótese de que poderia ser parasito natural do inseto ou um tripanossoma de vertebrados, talvez estágio evolutivo do *T. manisense*. Na falta de estrutura apropriada às investigações laboratoriais, enviou alguns desses insetos para Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, para que realizasse experiências com saguis criados em laboratórios e livres de qualquer infecção. Após um mês de experiências foram encontradas formas de tripanossomos de espécie desconhecida no sangue de macacos que adoeciam, constatando que se tratava de uma nova espécie de tripanossoma (Carneiro, 1963, p.12). Batizou a nova espécie de *Trypanossoma Cruzei* em homenagem a Oswaldo Cruz (Kropf, 2009, p. 98; Benchimol, 1990a, p. 43). Em dezembro de 1908, escreveu a primeira nota sobre a descoberta, publicada na revista do Instituto de Doenças Marítimas e Tropicais de Hamburgo (Chagas, 1909, p. 120-123).

Em Lassance e nas instalações em construção no Instituto que passou a chamar-se Oswaldo Cruz em 1908 (Ver Capítulo 1), Chagas e outros pesquisadores passaram a estudar diversos aspectos do parasito, a biologia, seu ciclo e suas formas evolutivas em vertebrados e no vetor. Examinaram sistematicamente o sangue de animais domésticos, como cães, cobaias, coelhos e gatos.⁶⁹ E, sob a hipótese de que o homem também poderia ser um dos hospedeiros do parasito, realizaram exames sistemáticos de sangue em moradores das proximidades, principalmente aqueles que habitavam casas infestadas por barbeiros.

⁶⁹ Nesses exames encontrou o parasito em um gato e alguns anos depois revelou ser o tatu um reservatório silvestre do parasita (Chagas, 8.9.1912, p. 305-306).

2.3 Á procura do sangue infestado: Berenice e “um dos mais belos ornamentos do Instituto Oswaldo Cruz”

Os exames laboratoriais, junto às análises clínicas empreendidas em doentes atendidos pelos médicos cientistas à serviço do IOC no sertão mineiro, buscavam respostas tanto para a existência do tripanossomo no sangue das pessoas, como para os “elementos mórbidos característicos de tripanossomíases” (Chagas, 1909, p. 162 apud Kropf, 2009 p. 98). Nessa busca, em 14 de abril de 1909 Carlos Chagas encontrou no sangue de uma criança gravemente enferma flagelados com morfologia idêntica à do *Tripanossoma Cruzi* encontrado no barbeiro e nos macacos infectados em laboratório (Chagas, 1912).

Era o caso da Berenice, uma menina de dois anos de idade quando atendida pela primeira vez por Carlos Chagas. Berenice e sua família residiam nas margens do Rio São Francisco em um povoado localizado há 3 léguas de Lassance (Prontuário, 1909 e 1912; Chagas, 1911; 1916).⁷⁰ Era uma família de camponeses pobres, historicamente “invisíveis” como tantas outras daquela região interiorana. Viviam ligados à terra e afastados dos direitos de cidadania em pauta na agenda política da República instaurada em fim do século XIX, entre eles o acesso à educação escolar e aos conhecimentos da moderna medicina ocidental (Capítulo 1). O nome da Berenice saiu do anonimato e foi consagrado à história por ser dela o organismo vertebrado em que se deu, enfim, a decifração do enigma que Carlos Chagas encontrara em Minas Gerais. O caso, considerado emblemático pela historiografia da doença, foi divulgado rapidamente à comunidade científica.

O encontro entre Carlos Chagas e Berenice redundou na produção do primeiro prontuário médico do Instituto Oswaldo Cruz sobre a doença de Chagas. O documento manuscrito em papel timbrado da Instituição e possui o carimbo *Hospital Oswaldo Cruz*, provavelmente inserido a partir de 1912, quando ocorreu o segundo atendimento à menina Berenice e quando o projeto de construção de um hospital anexo aos laboratórios do IOC passou a estar ancorado a um projeto nacionalista da alçada Federal (Fig.13).

As primeiras investigações médicas realizadas em campo, na cidade de Lassance e em povoados próximos, deixaram registros e anotações em retalhos de papéis e rascunhos. Há

⁷⁰ Léguas é uma unidade de medida usada para comprimentos longos. Foi usada por muitos países até a introdução do sistema métrico. Existiram muitas unidades de medida com essa denominação, variando entre 2 e 7 quilômetros. Na região nordeste do Brasil a légua foi uma unidade bastante utilizada e equivale a 6 quilômetros. Ver Costa, 1994.

indícios de que esse material foi transcrito para fins de ensino médico a partir das experiências clínicas com doentes após estudos da Comissão de 1911, criada para mapear a doença de Chagas nas proximidades de Lassance. Algumas fichas rudimentares com registros médicos foram transcritas e arquivadas junto a documentação usada para estudo dos médicos (Fig.14). Grande parte dos prontuários elaborados entre 1909 e 1930 apresentam grifos, destaques sublinhados e escritos nas margens dos papéis, o que também sugere o estudo posterior dos casos.

O modelo de prontuário incorporado para registro das investigações médicas ao longo de toda a primeira década dos estudos da tripanossomíase incluía uma capa padrão com dados pessoais dos doentes, como nome, filiação, idade, sexo e local de residência. Ali eram registrados o diagnóstico provisório e o diagnóstico definitivo, o nome do médico responsável pelo caso, a anamnese e a condição do doente no momento da consulta e ao deixar o atendimento médico, e um espaço era destinado às observações julgadas importantes sobre o caso. O corpo do prontuário médico continha um detalhamento da anamnese e histórico do doentes; a descrição da evolução dos casos; a descrição dos exames solicitados (e alguns realizados), principalmente sangue e fezes. Em alguns prontuários detalhavam as dietas prescritas aos doentes e as receitas aviadas. No corpo de muitos prontuários há fotos dos doentes que evidenciam aspectos considerados relevantes para estudos dos casos, geralmente imagens de indivíduos portadores de bócio ou anomalias físicas. Em alguns foram arquivados bilhetes trocados entre médicos com pedidos de encaminhamento dos doentes para outras instituições e agregam parecer de autópsias ou necropsias. Apesar da maioria dos prontuários estar inserido nesse modelo de registro, alguns documentos diferem com relação ao número de páginas, variando entre uma e cinco e vinte páginas. Alguns prontuários são escassos em informações e outros têm maior descrição dos casos, com tratamentos e observações clínicas e laboratoriais.

O prontuário da Berenice (Fig.15), apesar de pertencer ao caso emblemático da doença de Chagas, é conciso se comparado aos demais registros médicos elaborados nos anos posteriores de pesquisa clínica. Somam três páginas (em uma delas não há inscritos médicos), onde Carlos Chagas apresenta o caso da doente no momento de sua segunda consulta médica, em 13/12/1912, registrando “caso agudo [obs] em 1909” (DADCOC, Prontuário 13.12.1912). Com o documento é possível saber que Berenice, filha do camponês Severiano Macedo, no momento da consulta estava febril e com bronquite, sendo avaliada como uma criança “bem desenvolvida” e de “inteligência viva”. Apesar de serem escassas as descrições do prontuário, não mencionando ali os tratamentos e ações destinadas a doente, trata-se de um documento rico

por registrar dados relevantes à clínica nos primeiros estudos da doença de Chagas, em momento de dúvidas e incertezas na conformação de uma nova entidade nosológica.



Fig.13 Modelo de carimbo usado pela instituição Hospital Oswaldo Cruz entre 1912 a 1940
 Fonte: DADCOC

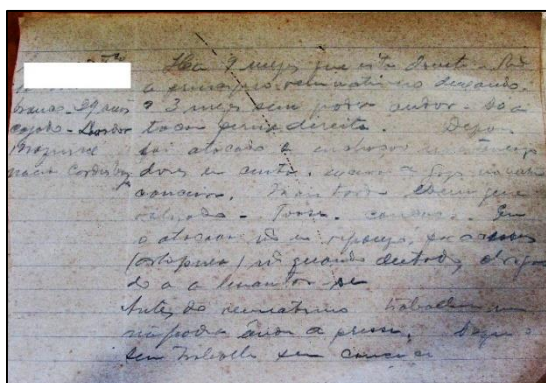
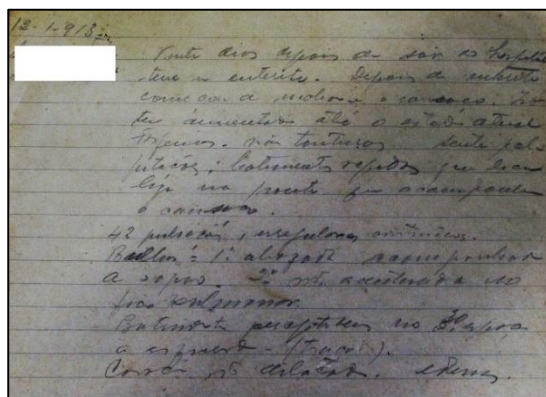
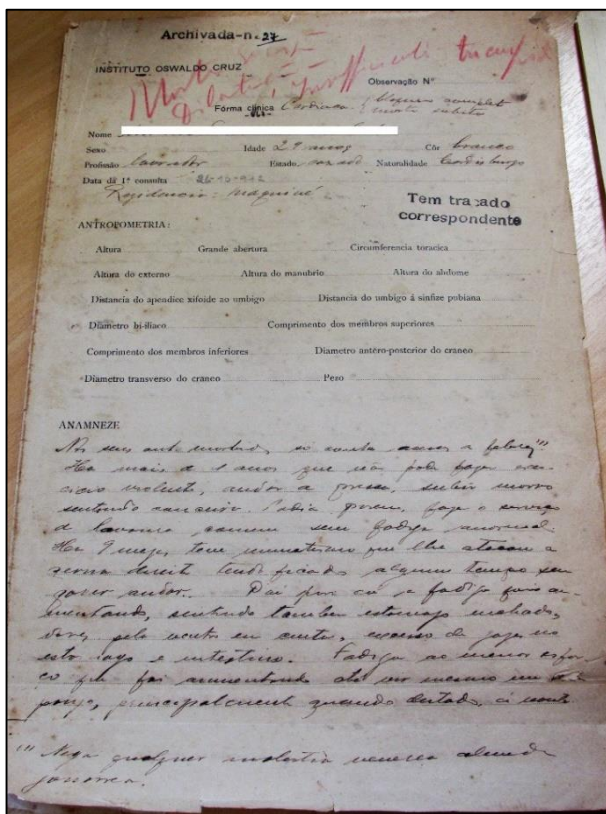


Fig. 14 Exemplo de prontuário manuscrito em fichas e transcrito para folha padrão.⁷¹
 Fonte: COC (Prontuário A.F.C., 1912)

⁷¹ Prontuário médico de 1912 manuscrito em folha simples referente a A.F.C, branco, 24 anos, casado, lavrador de Maquiné, nascido em Cordisburgo: “Há 9 meses que está doente. [...] perda de peso. Tem reumatismo demorando 3 meses sem poder andar. Só atacou a perna direita. Depois foi atacado de inchação no estômago dores de [ventre], excesso de gases no ventre, canseira. Mais tarde edema generalizado. Tosse. [convulsa]. que o atacam não em repouso, por [...] (ortopneia), mas quando deitado, obrigando-o a levantar-se. Antes do reumatismo trabalhava mas não podia andar a pressa. Fazia o seu trabalho sem canseira”.

The image shows two pages of a medical record from the Instituto Oswaldo Cruz, dated 1909. The left page is the front cover, and the right page is the back cover.

Front Cover (Left Page):

- Arquivo nº 1
- Sábida nº
- Entrada nº
- Data de saída
- Data de entrada: 1709, 2º de 4º 11 13-10-912
- Nome: Berenice
- Idade: 5 anos Sexo: Fêmea
- Filiação: Luciano Oliveira Estado civil: solteiro
- Nacionalidade: Brasileira Residência: Margem do Rio S. Francisco
- Profissão: Vaccinado? Profissão:
- Local de nascimento: Data do nascimento:
- Condição ao entrar: Enfermaria nº:
- Serviço do Dr.: Assint.:
- Diagnóstico provisorio:
- Diagnóstico definitivo: Caso agudo de Moléstia de Chagas
- Operação:
- Condição ao sair: Alta - curado - melhor - a pedido - Óbito.
- Nota:

Back Cover (Right Page):

- INSTITUTO OSWALDO CRUZ
- Observação Nº
- Fôrma clínica: Caso agudo de Chagas
- Nome: Berenice, filha de Luciano Oliveira
- Sexo: Fêmea Idade: 5 anos
- Profissão: Estado: Nacionalidade: Brasileira
- Data da 1ª consulta: 13-10-912
- Residência: Margem do Rio S. Francisco
- ANTROPOMETRIA:
- Altura Grande abertura Circunferência torácica
- Altura do esterno Altura do ombreiro Altura do abdome
- Distância do apêndice xifóide ao umbigo Distância do umbigo à sínfise púbica
- Dímetro lábio Comprimeto dos membros superiores
- Comprimento das pernas inferiores Dímetro antero-posterior do crânio
- Dímetro transversal do crânio Pé
- ANAMNEZE
- Bem desenvolvida. Subdesenvolvimento
- Fígado e baço aumentados e dolorosos.
- Tireoide: sem aumento apreciável. Não há crepitação das bochechas nem sinal qualquer de lesão da glândula.
- O aparelho nervoso não apresenta alterações.
- Tem tido acessos de impaludismo.
- Tempo de duração da doença: 8 dias.

Fig.15 Prontuário Berenice (Prontuário, 1909-1912)
Fonte: DADCOC

Registrada apenas pelo seu primeiro nome, Berenice foi descrita como uma menina de cor branca com aparência de ter entre 5 e 6 anos de idade. Residente na Margem do Rio São Francisco, local de onde foram investigados e submetidos a experiências diversos outros indivíduos com mesmo diagnóstico de “caso agudo de moléstia de Chagas”. Na interpretação de Chagas, a menina era uma criança “bem desenvolvida” e de “inteligência viva” e sua análise clínica contemplou investigação do fígado e o baço, naquele momento aumentados e dolorosos. Demonstrou interesse em registrar a tireoide sem “aumento apreciável” e o fato da menina não apresentar “crepitação das bochechas nem sinal qualquer de lesão da glândula” e o aparelho nervoso não apresentar alterações. E notou que Berenice não apresentava apenas a tripanossomíase como doença naquele momento e que “tem tido acessos de impaludismo”.

A descoberta feita em Lassance foi comunicada em sessão da Academia Nacional de Medicina em 22 de abril de 1909 por Oswaldo Cruz com a leitura de uma nota escrita por Carlos Chagas contendo uma síntese do processo da descoberta e informações prévias sobre os hábitos do inseto transmissor (Chagas, jan-dez, 1909, p.188-190). Segundo um dos jornalistas presentes ao evento, nunca fora apresentada comunicação tão completa à Academia “com todos os seus

caracteres clínicos, o estudo biológico do germe patogênico, o hospede transmissor, o ciclo passado no interior dos dois organismos infectados" (Uma grande descoberta medica. *Correio da Manhã*, 23.4.1909, Apud: Benchimol e Teixeira, p.67). Outros jornais, como a Gazeta de Notícias, exaltaram a descoberta como "um dos mais belos ornamentos do Instituto Oswaldo Cruz" (Gazeta de Notícias, Apud Kropf, 2009 p. 99). A hipérbole é comum inclusive nos registros historiográficos que integram a conformação de uma memória coletiva apoiada nos princípios de valorização dos "grandes feitos" e ações da medicina como expressões heroicas da ciência nacional. A descoberta da doença, considerada um "grande feito" da medicina nacional, estava inserida no contexto de afirmação e institucionalização da medicina tropical europeia, momento em que outras doenças parasitárias transmitidas por vetores estavam definindo o campo da nova disciplina, como os casos da malária e da doença do sono. Nesse sentido, Delaporte (2003) afirma que a escola de protozoologia alemã foi determinante para os estudos de Carlos Chagas principalmente quanto ao ciclo evolutivo do *T. cruzi*. O intercâmbio entre Manguinhos e a protozoologia alemã são interpretados na historiografia como uma "via de mão dupla" na medida em que foram referências teóricas para os trabalhos de Chagas e, de igual forma, os estudos produzidos no país sobre o novo parasito contribuíram para os conhecimentos de aspectos centrais do campo científico (Kropf, 2009, p. 100-111).

O discurso heroico também foi contemplado com a ênfase numa singularidade da descoberta, no fato de Chagas ter encontrado o inseto e o parasito antes mesmo de delinear a doença. Benchimol e Teixeira (1993, p. 19-70) atribuem tal singularidade em parte às características da instituição a que pertencia Chagas, a sintonia com os trabalhos de ponta na medicina tropical, especialmente aqueles sobre protozoários, e a polivalência dos pesquisadores, cujo treinamento e cujas rotinas abrangiam a clínica, a preparação de produtos biológicos e investigações em microbiologia, protozoologia e zoologia médica. Chagas Filho (1968, p. 7-8, 15) divide a história dos estudos sobre a Doença de Chagas em quatro períodos: o heroico, que corresponde à difusão da descoberta no país e no exterior; sobrevém o desencanto ocasionado pelos ataques desferidos na Academia Nacional de Medicina, prosseguindo Chagas prossegue seus estudos com alguns colaboradores dedicados; na terceira fase, que coincide com sua morte em 1934, recrudescer o interesse pela doença, proliferam os núcleos de pesquisa até que, nos anos 1950, se ingressa no período de "perfeita compreensão nacional e internacional do problema".⁷²

⁷² Sobre as controvérsias que marcaram a transição do período heroico ao desencanto, ver: Benchimol e Teixeira, 1993.

Após exposição na Academia Nacional de Medicina, Chagas relatou esse primeiro caso humano em publicação no periódico *Brazil-Medico* em 22 de abril de 1909 (Chagas, 1909, p. 161). Na esfera internacional a descoberta foi divulgada também em importantes revistas da Alemanha e França nos *Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene* e no *Boletim da Sociedade de Patologia Exótica* (Chagas, 1909, p.351-353; p.304-307 [1981, p.81-84]). O caso da Berenice também ilustrou o primeiro exemplar da publicação *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* de agosto de 1909. No texto apresentou o estudo sobre o novo parasito da doença e seu ciclo evolutivo “Nova tripanossomíase humana: Estudos sobre a morfologia e o ciclo evolutivo *Schizotrypanum cruzi* n. gen., n. sp., agente etiológico de uma nova entidade mórbida do homem” (Chagas, 1909, p.159-218). Diante da nova descoberta, o pesquisador Carlos Chagas e toda a rede de investigação atrelada ao Instituto que moveu esforço para alimentar tais pesquisas puderam anunciar ao mundo o ineditismo no campo da medicina tropical da “tríplice descoberta” pelo mesmo cientista, contemplando elucidação do parasito, vetor e hospedeiro (Kropf, 2009). A partir desse momento foi transportado do interior do país, do sertão mineiro, para a cidadela científica, sob a forma de páginas manuscritas e impressas, fotografias, filmes, lâminas, textos e arquivos médicos, com prontuários e exames, todo um conjunto de evidências que constituíam uma nova doença tropical, a Doença de Chagas.

Max Hartmann, conceituado protozoologista do instituto fundado por Koch, em Berlim, esteve no Instituto Oswaldo Cruz em 1909 e ajudou a sistematizar os aspectos parasitários e anatomopatológicos da tripanossomíase descoberta no Brasil. Segundo Chagas Filho (1993), quando regressou à Alemanha, Koch, na mesma noite, reuniu os assistentes para ouvirem, de primeira mão, detalhes do acontecimento. Estiveram no Instituto também dois professores da Escola de Hamburgo, o protozoologista Stanislas von Prowazek e o químico Gustav Giemsa, inventor do método de coloração mais utilizado para a observação de hematozoários; Hermann Duerck, docente de anatomia patológica da Universidade de Iena, e ainda o protozoologista Viktor Schilling.

A comunicação de Carlos Chagas à Academia Nacional de Medicina, em 1909, tratava da doença produzida pelo *Trypanosoma cruzi*, preocupando-se em distingui-la das patologias com que poderia ser confundida: a doença do sono, a ancilostomíase e a malária. A fusão onomástica da nova tripanossomíase com seu descobridor foi proposta por Miguel Couto, a quem se atribui também o nome Tripanossomose americana. Lutz chamou-a Coriotripanose, e Miguel Pereira, Tireoidite Parasitária (Carneiro, 1963, p.34; Chagas Filho, 1993, p. 87). Estes nomes conotam aspectos da descoberta que seriam objeto de controvérsias nos anos 1920: a autoria da descoberta; a localização do parasito na tireoide do homem, fundamentando a

suposição de que o papo ou bócio fosse uma de suas manifestações clínicas; sua ampla disseminação geográfica, postulada desde o começo sem fundamento ainda em dados. A denominação do parasito também foi objeto de controvérsias. O primeiro nome que Chagas adotou foi *Trypanosoma cruzi*. Em seguida, com a colaboração de Prowazek e Hartmann, cunhou o gênero *Schizotrypanum* (tripanossomo que se reproduz esquizogonicamente) para acomodar o *S. cruzi* (Chagas, 15.06.1913, p. 225 [1981, p. 237-241]. Supôs Chagas que o parasito apresentava duas formas de multiplicação, a binária e a esquizogônica, esta ligada à observação, em pulmão de macacos infectados, de formas parasitárias que julgou serem estágios da evolução do parasito humano. Mas Aragão (1913, p.271-272) observou as mesmas formas no pulmão de coelhos e outras cobaias livres da infecção pelo *Schizotrypanum*. Esse e outros achados levaram Chagas a voltar atrás na classificação do tripanossomo (Chagas, 1913, p. 271-272).⁷³

As investigações sobre o agente da Doença de Chagas reforçaram a compreensão do papel de insetos hematófagos na transmissão desse grupo de protozoários aos vertebrados, comprovando a teoria de Kleine de que havia relação biológica vital – e não apenas mecânica – entre o tripanossoma da doença do sono e as moscas tsé-tsé (Sá, 2005, p. 15-16; Kropf, 2009, p. 102-103).

Gaspar Vianna fez no Instituto Oswaldo Cruz os primeiros estudos sobre a anatomia patológica da Doença de Chagas. Mostrou como a forma infectante do *Trypanosoma cruzi* encontrada no barbeiro invadia o organismo do homem e outros hospedeiros vertebrados, penetrava em seus tecidos, lá se reproduzia e retornava ao sangue. O parasito multiplicava-se nos tecidos e não no sangue, como outros tripanossomos, e as formas flageladas encontradas nas fibras musculares, no cérebro e na tireoide (formas de Gaspar Viana) passaram a representar lesões típicas da doença. Gaspar Viana descreveu as lesões do sistema nervoso, e de sua colaboração com Chagas originaram-se as primeiras observações sobre a ação do parasito no músculo cardíaco. Ezequiel Dias (1912, p. 34-62), também do IOC, estudou o sangue dos doentes e mostrou que a fórmula leucocitária na Doença de Chagas era muito parecida com a da doença do sono.

⁷³ Antônio Carini, diretor do Instituto Pasteur de São Paulo, observou-as em ratos parasitados pelo *Trypanosoma lewisi*. Pierre Delanoe e sua mulher, no Instituto Pasteur de Paris, encontraram tais formas em ratos não infeccionados por este tripanossomo; concluíram que se tratava de outro parasito do gênero *Pneumocystis*, que denominaram *Pneumocystis carini*. Carneiro (1963, p. 15-16) considerava questões ainda não resolvidas a classificação do parasito e suas esquizogonias nos animais vertebrados.

Em 1910 Chagas classificou as formas clínicas da doença em agudas e crônicas, distinguindo nestas quatro categorias.⁷⁴ Estudos mais completos sobre o ciclo evolutivo do *Trypanosoma cruzi* vieram a lume nesse período (Chagas, agosto de 1909, p.159-218; 1911, p.467-471). O cálculo do tempo que levava para reaparecer no sangue periférico do homem permitiu a Émile Brumpt, à época na Faculdade de Medicina de São Paulo, transpor para a Doença de Chagas, em 1914, o xenodiagnóstico, uma técnica que consistia em obter em barbeiros criados em laboratório a evolução do parasito sugado com o sangue do indivíduo suspeito de estar infeccionado. Outro método para diagnóstico laboratorial das formas crônicas da doença foi desenvolvido por dois pesquisadores do IOC, Cezar Guerreiro e Astrogildo Machado, com base na chamada reação de fixação do complemento, que dera origem ao soro diagnóstico da sífilis desenvolvido por Wasserman, Neisser e Bruck em 1906.

E na construção da descoberta interveio ainda Arthur Neiva, que classificou o inseto incriminado por Chagas (*Conorrhinus megistus*) e descreveu o tempo de evolução do barbeiro, ajudando, assim, a elucidar o ciclo do parasito. Chagas supôs que a transmissão da doença ocorria pela picada do inseto. Depois de verificar que este dejetava durante ou após as refeições de sangue, Neiva formulou a hipótese de que, ao se coçar, o indivíduo introduzia as fezes com as formas infectantes do tripanossomo pela pele escarificada ou por uma mucosa qualquer.

Entre os dividendos científicos e políticos proporcionados pela Doença de Chagas para o Instituto Oswaldo Cruz figuraram verbas para equipar em Lassance pequeno hospital destinado a estudos clínicos sobre a doença, e para erguer no campus do Instituto, no Rio de Janeiro, um hospital maior onde seriam internados os portadores da tripanossomíase americana e de outras patologias identificadas nos sertões do país.⁷⁵ Além disso, Chagas angariou conquistas importantes após a divulgação da descoberta, como a indicação à vaga de “chefe de serviço” no Instituto Oswaldo Cruz, em concurso realizado para preencher o importante cargo de chefe de serviço, e a cadeira de membro titular da Academia Nacional de Medicina (Benchimol, 1990; Benchimol e Teixeira, 1993). No ano seguinte, na Exposição Internacional de Higiene e Demografia realizada em Dresden, o pavilhão brasileiro deu destaque à tripanossomíase americana. Apresentou seus primeiros enunciados sobre o quadro clínico da nova doença no VII Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, expôs filmes científicos com imagens de doentes de Chagas em Lassance. Em 1912, o Instituto de Doenças Marítimas e

⁷⁴ Pseudo-mixedematosa; mixedematosa; cardíaca e nervosa (Chagas, julho de 1910, p. 263-265). Segundo Carneiro (1963, p. 51-54), os autores contemporâneos só consideravam os tipos nervoso e cardíaco, sendo este o mais comum.

⁷⁵ As verbas de liberação para as construções hospitalares foram discutidas no capítulo 1 da tese.

Tropicais de Hamburgo concedeu a Chagas o Prêmio Schaudinn de protozoologia como melhor trabalho em protozoologia.⁷⁶ E em 1913, recebeu a primeira indicação ao Prêmio Nobel de Medicina. Outro resultado imediato da descoberta e divulgação da doença de Chagas foi a reorientação dos trabalhos do Instituto Oswaldo Cruz nos anos subsequentes na medida em que a doença consolidou a protozoologia como área de concentração de pesquisas e garantiu a inserção do Instituto de Manguinhos na comunidade científica internacional como um importante centro de estudos das doenças tropicais (Benchimol e Teixeira, 1993, p. 45 Kropf, 2009, p. 26; Coutinho e Dias, 1999, p. 24-25).

De acordo com Kropf, a doença “foi o tema primordial a propiciar, a partir de 1910, a associação entre ciência, endemias rurais e projeto nacional”, precedida pela malária, mas em contexto político de reivindicação pela integração dos sertões ao projeto nacional. Para isso, a nova doença foi transformada em símbolo de um “país doente” e “atrasado”, devastado por endemias que incapacitavam os habitantes do interior (Kropf, 2009, p.131). As expedições científicas apresentaram aos setores letrados da população brasileira um quadro sanitário de “atraso”, disseminando à custa de muita controvérsia e debate público a imagem de um “país doente” (Lima e Hochman, 2000, p.313-332), imagem consolidada com importante papel dos médicos-higienistas e do movimento pelo saneamento do Brasil.

Os “males” do Brasil foram tema constante na história intelectual do País, onde foram associados a “raças ditas inferiores e mestiços”, seja pela sua herança ibérica e tradição estadista, seja pela sua composição étnica. Os “males” também estiveram associados às doenças que se apresentavam como obstáculo ao progresso e a civilização (Lima e Hochman, 2000). Os “males” do Brasil associados às doenças foram ideia fortemente propagada pelo discurso médico-higienista principalmente a partir da divulgação do *relatório da expedição médico-científica do Instituto Oswaldo Cruz*, ao interior do País, em 1912, chefiada por Belisário Penna e Arthur Neiva e, posteriormente, da atuação da Liga Pró-Saneamento.^{77 78} Os relatórios das expedições científicas de Manguinhos são considerados extremamente ricos em descrições sociológicas e antropológicas, tornaram-se os primeiros inventários das condições de saúde e vida das populações rurais do Brasil. Além disso, os relatórios imbuíam um conteúdo de denúncia social que repercutiu entre os intelectuais da época e contribuiu para alimentar debates acerca da questão nacional (Lima, 2013; Benchimol, 2000, p. 283).

⁷⁶ Noticiado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores em ofício de 27 de junho de 1912.

⁷⁷ Neiva e Penna, 1916.

⁷⁸ SÁ, 2009, p. 183-203; Lima e Hochman, 2000.

Como uma imagem de país “doente” não condizia com os ideais de progresso que estavam no cerne da ideologia dominante na Primeira República brasileira, o território vivenciou um momento de inquietação por parte das elites políticas e diversos atores sociais, em particular os *homens de ciência*, que se mobilizaram para “curar” a “doença do atraso” com projetos no âmbito da saúde, educação e cultura. Um dos projetos de “curar” o país diz respeito ao ataque à nova doença de Chagas.

Em harmonia com historiografia que acentua a história da doença de Chagas como uma construção social é possível compreender que a doença foi emergindo, para usar uma expressão de Kropf (2009), a partir de “traços e zonas de sombra em movimento” até ser reconhecida por definitivo. Tanto na esfera médica, como social e política, envolveu diversos atores e assumiu diferentes significados. Apesar das querelas que haviam aflorado no Instituto (Benchimol e Teixeira, 1993), endossaram a hábil política implementada por Oswaldo Cruz com o objetivo de projetar Carlos Chagas, sedimentar sua descoberta, dentro e fora do país, e assim auferir vantagens crescentes para o Instituto, sob a forma de prestígio, recursos e visibilidade, vantagens estas capitalizadas por cada um dos pesquisadores em proveito de suas próprias estratégias profissionais.

2.4 Comissão de estudos no sertão mineiro e a “triagem” das *chagas*

Para centralizar os estudos da doença de Chagas, que prometiam reconhecimento médico-científico sobre os pressupostos da medicina tropical e um respaldo do Instituto Oswaldo Cruz junto aos projetos de nação em voga no Brasil, foi de relevância incalculável as experiências desenvolvidas e acumuladas inicialmente no hospital de Lassance e em outros hospitais onde atuavam os pesquisadores do Instituto de pesquisa de Manguinhos. Mas o processo de reconhecimento da doença foi negociado entre pares e não ficou limitado aos debates científicos. Até mesmo porque a ciência é uma prática social e política, coletiva em todos os sentidos.

O processo de construção da doença de Chagas como fato científico é aqui analisada à luz da categoria de *coletivo de pensamento* apresentada por Fleck (2010). Além de compreender os fatos científicos como construídos, e não dados *a priori*, para Fleck o conhecimento não possui um caráter individual, ao contrário, é apreendido na esfera coletiva. Para ele, “o processo de conhecimento não é o processo individual de uma 'consciência em si' teórica; é o resultado de uma atividade social, uma vez que o respectivo estado do saber ultrapassa os limites dados

a um indivíduo” (Fleck, 2010, p. 81-82). Os fatos, ao serem elaborados de forma coletiva, pressupõem uma vivência de pensamentos e práticas por parte de um determinado grupo, o qual estabelece suas convenções singulares e para que possuam fundamentação científica é necessário que sejam submetidos à aprovação de uma comunidade organizada, em torno da prática de comprovação, para que possam ser aceitos e validados socialmente. Outra contribuição da obra do Fleck é a identificação que os fatos, ou melhor, a interpretação que são feitas dos fatos, não é estática. Os fatos (assim como os pensamentos) variam ao longo do tempo dependendo das ferramentas analíticas de cada época, exemplificou Fleck com o processo de construção do conceito de sífilis ao longo da história compreendendo-os como construídos a partir de experiência localizada e fruto de consenso (Fleck, 2010).

Para investigar a nova doença no país foi criada uma Comissão de estudos, sob a coordenação de Carlos Chagas, onde “profissionais competentes” foram convidados a “percorrer diversas zonas do Brasil com o intuito de estabelecer de modo seguro a distribuição geográfica da nova moléstia” (Ofícios, nº30, 7 de fevereiro de 1912). A comissão tinha também por objetivo o estudo das “formas profiláticas mais convenientes” para o controle da nova doença e investigações clínicas sobre a tripanossomíase americana. Com os recursos liberados por decreto em janeiro de 1912 (Ver Capítulo 1, Fig.3) foi organizado um centro de investigação em Lassance para as pesquisas clínicas e profiláticas e organizaram-se outras missões para verificar a distribuição da doença de Chagas no norte de Minas Gerais e em outras regiões do país.

Para integrar a Comissão, Oswaldo Cruz requisitou funcionários da Diretoria Geral de Saúde Pública e da Diretoria de Higiene e Assistência Municipal. Convocou o comissário de Higiene Eurico Villela (Ofícios, 1912, nº36), aproximando-o ainda mais de Carlos Chagas, do qual fora o principal parceiro nos estudos clínicos e experiências médicas da doença de Chagas. Amigos e companheiros desde os bancos acadêmicos, suas trajetórias profissionais no Instituto Oswaldo Cruz estiveram fortemente ligadas às investigações em campo realizadas desde os primeiros esforços de caracterização da doença.

Eurico de Azevedo Villela (1883-1962) nasceu em Teresópolis, de onde saiu em 1899 para ingressar no curso de medicina, formou-se em 1904 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (Fig.16). Iniciou carreira como assistente de laboratório de anatomia no Hospital de Alienados e trabalhou como clínico no interior de São Paulo até retornar ao Rio de Janeiro para integrar uma das primeiras equipes da Assistência Pública do Distrito Federal como comissário de higiene, cargo que ocupou até ser convidado por Oswaldo Cruz para trabalhar em Manguinhos na comissão de estudos da doença de Chagas.

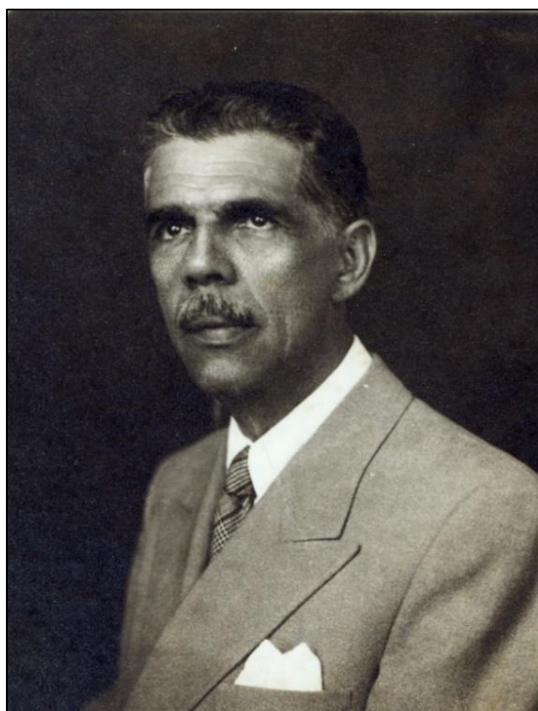


Fig. 16 Fotografia de Eurico Villela
Fonte: DADCOC

Em pronunciamento de Carlos Chagas Filho no enterro de Eurico Villela, em março de 1962, lembrou que “nada lhe atingia o entusiasmo junto ao pesquisador Carlos Chagas no momento em que realizaram suas primeiras investigações médicas” e destacou que a vida e a obra científica de Villela estiveram intimamente ligadas ao Carlos Chagas de tal maneira que “em muitas de suas passagens não se distingue o que é de um ou o que pertence ao outro” (Filho, C. Chagas. Pronunciamento, março de 1962, DADCOC). Essa característica é profundamente relevante se considerarmos as investigações médicas realizadas com doente nos primeiros anos de estudo da doença de Chagas. A maioria dos prontuários foram redigidos por Eurico Villela, o que indica que acompanhou pessoalmente grande parte dos casos, observando-os, analisando-os e debatendo-os com Carlos Chagas até a divulgação dos resultados em publicações científicas, muitas delas com relatos de investigações ocorridas em Lassance, no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, no Hospital Oswaldo Cruz e no Hospital São Francisco de Assis. Entre elas, *Forma aguda da moléstia de Chagas*, publicado em *Brasil médico* em 1918, com descrição do primeiro caso de doença de Chagas verificado no Estado São Paulo; os artigos publicados nas Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, *Forma cardíaca da tripanossomíase americana* (Chagas e Villela, 1922), *As pesquisas de laboratório*

no diagnóstico da moléstia de Chagas (Villela e Bicalho, 1923); *A ocorrência da “Moléstia de Chagas” nos Hospitais de Belo Horizonte e na população de seus arredores*, publicado na *Folha médica* em 1930.

Chagas Filho, em pronunciamento, destacou Villela como “um dos mais dignos exemplos a seguir”, recordando que o seu pai, Carlos Chagas, se referia ao pesquisador como “a melhor expressão de rara inteligência, zelo singular e dedicação incomparável que conhecia” (Filho, C. Chagas. Pronunciamento, março de 1962, DADCOC BRRJCOCEV-VP-03). Em 1915 Villela foi designado a atuar na filial do IOC, em Belo Horizonte, onde fundou posto antiofídico, fabricou soro antiescorpiônico e criou ambulatório para estudos de endemias rurais, dando origem a vários registros médicos arquivados junto a documentação institucional de Manguinhos. E a colaboração, e amizade, entre os cientistas Villela e Chagas, mencionada anteriormente, extrapolaram tais estudos da moléstia de Chagas e endemias rurais.

Durante a gestão de Chagas na direção do Instituto Oswaldo Cruz (1917-1934), Villela organizou a Seção de Medicamentos Oficiais em 1918 e foi nomeado para chefiá-la durante alguns anos; atuou diretamente na organização e dirigiu o Hospital Oswaldo Cruz no campus de Manguinhos em seus primeiros anos de funcionamento (1919-1930). Integrou a delegação brasileira das comemorações do centenário de Louis Pasteur, na França, chefiada por Chagas, representando o Brasil e o Instituto Oswaldo Cruz nesse e em outros eventos internacionais, como a Exposição de Higiene realizada em Estrasburgo; o Congresso da Royal Sanitary Institute, no Fortbildungs Kursus de Karlsbad; e o Congresso do Centenário de Montevideu; e proferiu conferência sobre a forma cardíaca da doença de Chagas na cátedra de Vaquez, na Faculdade de Medicina de Paris (Villela, PROMAN).

No período em que Carlos Chagas esteve à frente do Departamento Nacional de Saúde Pública (1920-1926), Villela o auxiliou na criação do Hospital São Francisco de Assis e da Escola de Enfermagem Anna Nery. Além dos cargos políticos e da prática da medicina, Villela permaneceu ligado às atividades acadêmicas ocupando a cátedra de Patologia Geral, na Universidade de Minas Gerais, e foi chefe de Clínica e assistência de Carlos Chagas na cadeira de Doenças Tropicais e Infecciosas na Universidade do Rio de Janeiro (onde foi substituto interino após a morte de Chagas) (Lacaz, 1963, p.63; *O Globo*, 09.03.1962) e em 1940 foi nomeado diretor do Curso de Saúde Pública do Instituto Oswaldo Cruz. Eurico Villela faleceu em 7 de março de 1962, de doença de Chagas, infectado durante suas pesquisas (Lacaz, 1963, p. 63; Chagas Filho, 2000, p. 33-36).

Para compor a comissão de estudos também foram convidados os inspetores sanitários Leocádio Chaves, Belisário Penna e João Pedro de Albuquerque (*Ofícios*, 1912, nº 37) e o

guarda de 1ª classe do Serviço da Profilaxia da Febre Amarela Raul de Avelar Alves (Ofícios 1912, nº 71).⁷⁹ Todos participaram em expedições significativas que ocorreram entre 1911 e 1913, sob a supervisão de Oswaldo Cruz, a regiões distantes da capital, penetrando o território em missões financiadas por contratos privados e aturam juntos em comissão para conter o surto de febre amarela em Belém e em outras cidades do Pará. Desembarcaram em Belém dez médicos, quatro chefes de turmas, 20 capatazes, 50 guardas, um administrador, e um escriturário (Fraiha Neto, 2012). A comissão, liderada por João Pedroso Barreto de Albuquerque, integrava os auxiliares técnicos Pedro D'Albuquerque, Leocádio Chaves, Caetano da Rocha Cerqueira, Maurício de Abreu, Augusto Serafim da Silva, Belisário Augusto de Oliveira Penna, Abel Tavares de Lacerda, Ângelo Moreira da Costa Lima e Emygdio de Matos, e pelos chefes de turmas José Joaquim de Brito, Alberto Pereira, Raul de Avelar Alves e Curiacio de Azevedo. O saldo desta comissão foi liquidar em seis meses com a febre amarela (Fraiha Neto, 2012, p. 56).

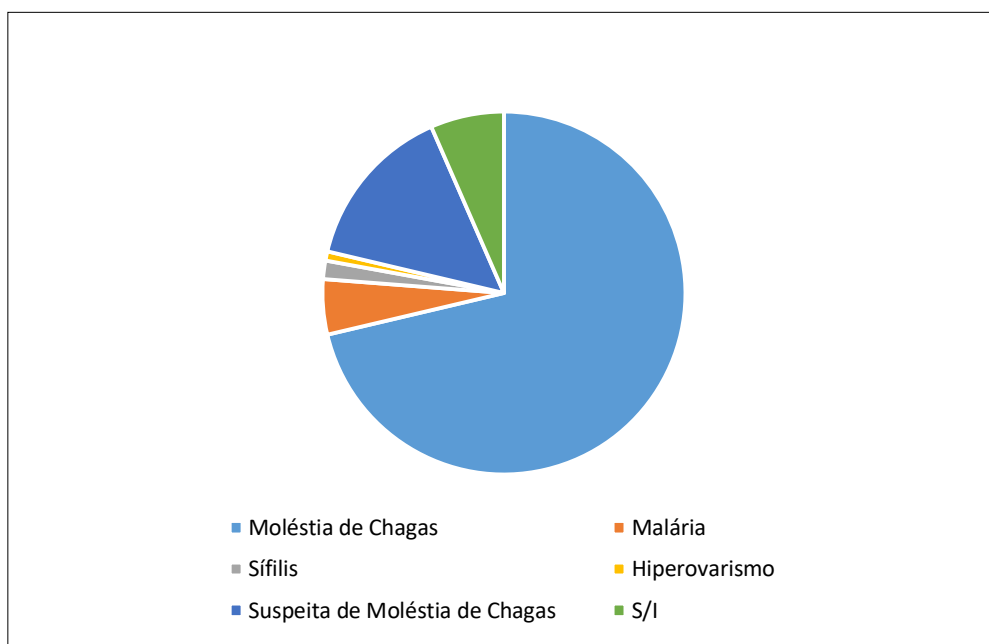
Ao longo de 1912 os integrantes da comissão de estudo da moléstia de Chagas seguiram viagem em vagões de 1ª classe da Estrada de Ferro Central do Brasil, com passagens de ida e volta entre as estações as estações “Central e Pirapora”. Tudo indica que até o ano de 1912 as passagens não eram solicitadas diretamente para Lassance, recém inaugurada, mas para Pirapora “com interrupções entre as mesmas” (Ofícios 1912, nº 69 e 236). Há registros de pedido de passagem para Leocádio Chaves, em 11 de setembro de 1912, para viajar junto a “três médicos e um ajudante” (Ofícios 1912, nº244), passagens solicitadas para viagem de doentes acompanhados por pesquisadores, médicos ou enfermeiras à Estação Central do Rio de Janeiro. Além do pesquisador Leocádio Chaves, foram solicitadas passagens para Carlos Chagas, Gaspar Viana, Eurico Villela e Raul de Avelar Alves.

Entre 1909 e 1918 as pesquisas vinculadas ao Hospital Oswaldo Cruz giravam entorno da doença de Chagas (Gráfico 1), motivo pelo qual eram levados de Minas Gerais aos hospitais da cidade do Rio de Janeiro onde atuavam os pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz. Num primeiro momento alguns casos foram conduzidos à Santa Casa da Misericórdia de Belo

⁷⁹ Leocádio Rodrigues Chaves nasceu em 09.10.1877, em Estância, Sergipe. Formou-se em medicina em 1896 defendendo a tese Considerações sobre a Lymphadenia. Sua entrada no Instituto Oswaldo Cruz ocorreu entre 1910 e 1912 quando integrou a equipe de Oswaldo Cruz nas missões de combate à febre amarela em Belém do Pará (1911 e 1912). Foi Inspetor Sanitário da Diretoria Geral de Saúde Pública até 01/03/1912 quando contratado para fazer parte da Comissão de Profilaxia e Assistência médica da Moléstia de Carlos Chagas, seguindo para Lassance. Foi Delegado interinode Saúde em 1917, Secretário do IOC em 28.03.1919. Ver: Chaves, PROMAM. Belisário Pena (1868-1939), nasceu em Barbacena, Minas Gerais, e formou-se na Faculdade de Medicina da Bahia. Chegou no Rio de Janeiro em 1904 para trabalhar na Diretoria Geral de Saúde Pública. Trabalhou no combate à febre amarela, malária e outras endemias em diversas áreas do território. Em 1918 ficou à frente do Serviço de Profilaxia Rural e em 1920 foi nomeado diretor de saneamento rural do Departamento Nacional de Saúde, exonerando-se do cargo após dois anos por divergências políticas no órgão (Belisario..., 2001).

Horizonte-MG e posteriormente à Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e ao Hospital São Sebastião.

GRÁFICO 1
DIAGNÓSTICOS (1909 - 1918)



Os primeiros doentes que circularam junto a médicos e demais profissionais do IOC foram objeto de investigação médica e serviram para demonstração nos cursos da Faculdade de Medicina. Muitos casos foram usados para ilustrar aulas e apresentações de Carlos Chagas sobre as características da doença que havia descoberto.

Três dias após uma importante conferência realizada na Academia Nacional de Medicina, Carlos Chagas recebeu toda a imprensa ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia com a intenção de noticiar o “sucesso” médico e a euforia de estudantes, médicos e professores para assistir os doentes trazidos dos sertões mineiros para ilustrar a nova doença. O Correio da Manhã divulgou o *espetáculo*, na acepção de Latour (2000) da seguinte maneira:

Ninguém se pode mexer. Pior que um formigueiro. Os estudantes comprimem-se nas arquibancadas, abarrotadas a mais não poder. Médicos e professores conservam-se de pé no recinto das aulas, acotovelando-se pela absoluta falta de espaço. E a cada minuto que se escoar, é mais gente que chega. (...) Já às portas ninguém pode estar. Nem no corredor. E chega mais gente ainda... (...) Quatorze doentes foram apresentados. Lindos casos clínicos. Alguns, de infantilismo puro; outros, apenas de pequeno crescimento. Tais, com grande bócio, ou papeira; quais, com atrofia da glândula tireóide. Nestes, a forma cardíaca dominava; naqueles, os fenômenos nervosos sobressaíam. Foi uma hora de verdadeiro encanto científico. (...) Terminada a conferência, o Dr. Chagas foi cumprimentado pelos professores presentes e vitoriado delirantemente pelos estudantes. (*Correio da Manhã*, 1911, p. 3, Apud Kropf, 2009, p. 155)

Os indivíduos doentes, ali expostos como cobaias, redundaram em estatísticas que nutriram de forma contundente os argumentos defendidos por Chagas de que a moléstia tinha um caráter nacional. Em entrevista ao jornal *A Imprensa*, destacou que trouxe do interior do país “14 exemplares clínicos da moléstia” porque não pôde trazer mais devido ao alto custo do empreendimento. Mas afirmou que se quisessem demonstração de tantos outros casos “é só ter o trabalho de ir busca-los”, visto a dimensão geográfica assolada pelo mal de Chagas (*A Imprensa*, 1911, p. 1, Apud Kropf, 2009, p. 155).

Ainda que não seja possível identificar os casos expostos em aulas ou eventos de medicina, é provável que **A.M.M.** tenha sido um dos casos explorado já que foi levada ao Rio de Janeiro em 1913 e ficou sob acompanhamento médico por sete anos consecutivos. A menina tinha três anos quando começou os tratamentos com Carlos Chagas para “forma aguda da moléstia de Chagas” (Prontuário 25.02.1913) e o seu caso foi acompanhado até 1921 sob a supervisão de Eurico Villela.

Para a realização dos trabalhos da equipe que integrava a comissão de estudos enviada ao sertão mineiro foi improvisado um pequeno hospital, chamado à época de Hospital de Lassance (Fig.17 e 18). A equipe adaptou em imóvel local um laboratório para estudos e para atendimentos médico. Tratava-se de uma pequena casa usado como residência de Carlos Chagas e outros médicos que o acompanhava.

Ainda em 1912 foram despachados diversos materiais do Instituto Oswaldo Cruz em nome de Carlos Chagas, entre eles “três volumes de barracas *tortoise*”, assim chamadas por sua aparência similar ao casco de uma tartaruga (Ofícios, nº55, 8 de março de 1912) e treze volumes contendo material hospitalar (Ofícios, nº59, 12 de março de 1912). Após três meses foram despachados “com urgência” para “a comissão de estudos da moléstia de Carlos Chagas” cinco volumes contendo “lavatórios de ferro, uma caixa de ferro, um encapado com material de cozinha e duas caixas com material de laboratório” (Ofícios, nº148, 08 de junho de 1912).



Fig. 17 Antigo Hospital de Lassance em casa adaptada para realizar os primeiros estudos sobre doença de Chagas na região
Fonte: DADCOC



Fig. 18 Atual Centro de Memória Carlos Chagas – Lassance 2017
Fonte: DADCOC

Naquele hospital improvisado, e em abarracamentos móveis espalhados pelas proximidades de Lassance, foram atendidos doentes com suspeita de doença de Chagas, fornecendo eles materiais importantes para legitimar a descoberta da doença. Ainda que Carlos Chagas tenha declarado encontrar uma “nova entidade mórbida”, “uma nova tripanossomíase humana”, em abril de 1909 ele estava diante de uma entidade nosológica que ainda precisava ser construída. Era necessário a conformação de um quadro sintomatológico da doença, o que apresentava dificuldades visto que não existiam parâmetros clínicos devido à peculiaridade do processo de construção da “nova entidade mórbida”. Carlos Chagas afirmou que ao regressar para Lassance após a identificação do tripanossomo presenciou “um quadro mórbido uniforme, apreciável em quase todas as crianças da zona onde abunda o invertebrado” (Kropf, 2009, p. 109-110). Havia encontrado o tripanossomo no sangue da menina Berenice, mas precisava de uma relação causal para associar a presença do parasito a um estado patológico específico, portanto, demonstrar que os sintomas apresentados por Berenice eram comuns aos demais portadores da tripanossomíase.

Entre 1911 e 1918 foram atendidos em Lassance inúmeros doentes. É impossível quantificá-los com exatidão, mas há rastros das investigações médicas ali realizadas. Um dos rastros são os prontuários oriundos das consultas a crianças e adultos doentes que viviam em Lassance e nos povoados dos arredores da cidade (Quadro 4).

Nos primeiros anos de investigações médicas, entre 1909 e 1918, o grupo de pessoas assistidas pelos médicos-cientistas do IOC era composto por trabalhadores pobres moradores do interior mineiro, e, como observado até o momento, a maioria da cidade de Lassance e suas proximidades. As atividades exercidas por esse público era majoritariamente de trabalho na lavoura e atividades domésticas. Vaqueiro foi outra categoria de trabalho ligado à atividade do campo citada por doentes no momento das consultas médicas.

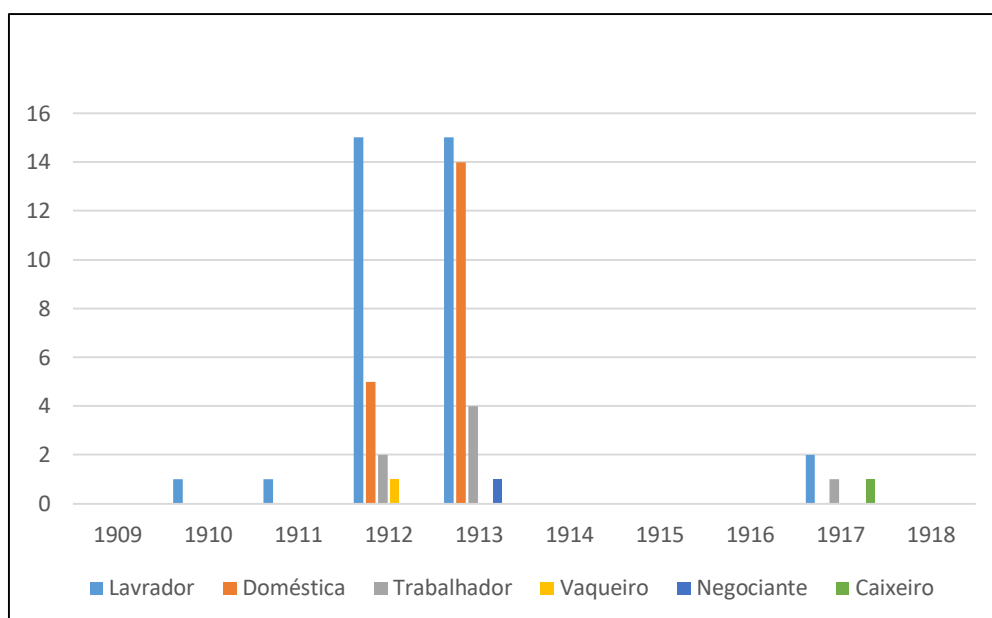
QUADRO 4
CIDADES E POVOADOS DE ORIGEM DOS DOENTES ENTRE 1909-1918 / MG

Lassance	Buritys	Aracá
Santa Rita	Maquiné	Lages
Contria	Vargem da Palma	Pasto dos Bois
Pirapora	Retiro	Vargem do Palma
Muquem	Porto Faria	Capão d'Anta
Curvelo	Barra do Lavado	Jatobá
Barra do Lavado	Bebedouro	Vargem Comprida
Cotovelo	Barra de Paraopeba	Cordisburgo
Beltrão	N. S. da Gloria	Areias
Lagoa do Curralinho	Santa Tereza	Porto da manga
N. Sra da Glória	S. Romão	Pedro Leopoldo
Bagre	Sant'Anna dos Alpes	Sete Lagoas
Santa Maria	Retiro	Taboleiro Grande
Antequié	Engenho Velho	Rio das Velhas
Capão Redondo	Porto Faria	Soledade

Além dessas atividades majoritárias, alguns doentes mencionaram trabalhar como caixeiros. A atividade resalta importantes características da região de Lassance/MG nas primeiras décadas do século XX. Além de uma economia baseada na agricultura para subsistência e criação de animais, a cidade de Lassance, e seus arredores, abrigava tropeiros que ali paravam para descanso de viagem, o que dinamizava um pequeno comércio local e a atuação de caixeiros. Caixeiro viajante é uma profissão antiga no Brasil, anterior ao início do século XX, e remete ao termo *mascate* comumente utilizado em Portugal com etimologia no árabe El-Matrac, vocábulo que designava os portugueses que tomaram a cidade de Mascate (atual Omã) em 1507 com a ajuda de libaneses cristãos e levaram consigo mercadorias para serem vendidas (Goulart, 1967, p. 31). No início do século XX, no Brasil, o termo caixeiro foi empregado àqueles que se dedicavam às atividades de mercadores ambulantes que percorriam ruas e estradas vendendo produtos manufaturados, tecidos, joias e outros. A atividade era

comum principalmente em regiões afastadas das grandes cidades e fazia circular produtos de diversas regiões anteriormente à construção das linhas férreas no interior do país. Outra categoria de trabalho a qual pertenciam alguns doentes atendidos por médicos do Instituto Oswaldo Cruz era “trabalhador”, provavelmente exercendo atividades braçais variadas, entre elas o trabalho na construção ferroviária.

GRÁFICO 2
ATIVIDADE DOS PACIENTES (1909 - 1918)



Embora a maioria dos casos tenham sido diagnosticados como “forma aguda da moléstia de Chagas” essa não era a única doença que acometia os sertanejos que buscavam assistência médica. Estavam assolados por malária, sarna, verminoses, doenças venéreas, gripes, sífilis, tuberculose, e tantas outras. Um desses casos foi de **J.P.** que os procurou por apresentar delírios noturnos. Homem branco de 21 anos, solteiro e “trabalhador”, morador da cidade de Curvelo, localizada aproximadamente 100km de Lassance. Em sua consulta disse ter sido sempre forte e que não recordava de ter outra moléstia além de uma “opilação” há alguns meses, com “fadiga, cansaera perante esforço”. Sem histórico de reumatismo, doença venérea ou qualquer outra moléstia, **J.P.** explicou que sua consulta foi motivada por “delírio noturno que incomodava ao companheiro”. Sua aparência forte, musculosa, “bem constituído e desenvolvido” contrastava

com o perfil dos doentes de Chagas até então encontrados. Não apresentava edemas no corpo e o baço foi considerado normal. Por outro lado, apresentava a tireoide e o fígado aumentados, os gânglios cervicais e inguinais engorgitados e uma notável arritmia na apalpação do pulso. A escuta do seu coração revelou “extrasístoles frequentes, bulhas bem audíveis, não havendo ruído” e o exame de “traçado” demonstrou o coração dilatado. Seu caso foi diagnosticado como “Forma cardíaca da moléstia de Chagas” (Prontuários, 1912, 8.7.1912).

Um caso parecido foi o de **C.C.S.** Longe de apresentar qualquer sintoma clínico da doença de Chagas, entrou em contato com pesquisadores do IOC a partir do momento em que conduziu à consulta um doente que apresentava a “forma cardíaca da doença de Chagas”. **C.C.S.** é um caso emblemático de indivíduo que, assim como tantos outros, não procurou assistência médica ou foi esquadrihado pela equipe médica com a finalidade de realizar pesquisa clínica e laboratorial – embora habitasse residência humilde construída com barro e infestada por barbeiros, chamada popularmente de *pau-a-pique*. Morador de Porto Faria (Minas Gerais), tinha 27 anos e trabalhava na lavoura. Homem “pardo”, “bem constituído”, musculoso e de aparência forte, com estatura acima da média. Ao ser indagado na consulta, disse sentir “batimentos do coração por crises” que muitas vezes o impedira de trabalhar. Dos antecedentes mórbidos fez referência apenas ao impaludismo, negando qualquer doença venérea. Casado há sete anos, mencionou ter tido um único filho (falecido e sem descrição da causa morte). Apresentava naquele momento um bócio, com “tireoide regularmente aumentada”, assim como o fígado que “media 15 centímetros na l. mamilar e lobo esquerdo afastando-se 7 centímetros da l. média”. O baço não apresentava alteração, não tinha edemas, nem dispnéia ao esforço ou noturna, mas o coração estava muito acelerado, com palpitações e grande dilatação cardíaca.

J.S., irmã de 4 anos de Berenice, também não estava doente quando começou a ser objeto de investigação médica. Aparentemente não chamou a atenção dos médico porque o resultado do exame de sangue foi negativo e não expressava os sinais clínicos característicos até aquele momento. Não tinha “sinal algum de perturbação tireóidea”. Tinha um “desenvolvimento normal”, “inteligência viva”, sem aumento expressivo do “papo”, dos gânglios inguinais e cervicais e do baço. Seu caso começou a ser acompanhado em 1913 quando a menina começou a apresentar durante um mês febres intermitentes com acessos vesperais (J.S., 2.7.1913).

Diferente dos casos discutidos até o momento, há aqueles em que os médicos depararam com uma variedade e uma combinação de doenças sobre um mesmo indivíduo. Os médicos buscavam isolar os sinais clínicos da doença de Chagas, o que parecia tarefa árdua porque relataram nos prontuários médicos que os doentes apresentavam características comuns a outras

moléstias e até mesmo uma concomitância de enfermidades – que desde os primeiros estudos da tripanossomíase em Minas Gerais mostrou-se um desafio para elaborar protocolos clínicos e terapêuticos. Era comum encontrar um mesmo indivíduo padecendo com malária, doenças venéreas, ancilostomose e outros *males* que muitos sertanejos relataram em consultas como um antigo hábito: o fumo e o alcoolismo.

2.5 O “catálogo de horrores” do sertão brasileiro e a *tireoidite parasitária*

Em sua publicação de 1909 nas Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Carlos Chagas apresentou a nova doença e um quadro sumário dos principais sintomas a partir da descrição de três casos clínicos. Destacou que a história clínica da nova espécie mórbida humana era “ainda muito deficiente” e que não tinha acompanhado longamente doentes “estudando neles, com a sequência desejável, a sintomatologia completa” (Chagas, 1909, p. 162). Identificou um “conjunto de sintomas frequentes e uniformes”, cuja maior ocorrência foi observada em crianças. Dos primeiros sintomas que chamaram a atenção foram anemia profunda, podendo acarretar “retardamento da evolução” em crianças e infantilismo em adultos; edemas generalizados ou circunscritos a uma área do corpo, principalmente a face; “enfartamento ganglionar” com aumento dos gânglios cervicais, axilares, crurais e inguinais; esplenomegalia; hepatomegalia, ainda que menos frequente; e perturbações do sistema nervoso, com a observação médica de uma condição intelectual precária de muitas crianças e casos de “verdadeira imbecilidade” (Chagas, 1909, p. 162).

Nesse momento inicial, a forma de verificar a infecção e conferir o diagnóstico de moléstia de Chagas era através do exame de sangue naqueles doentes que apresentavam os sintomas descritos acima. De acordo com Carlos Chagas, nas habitações com existência de barbeiros, cujos intestinos foram encontrados “abundantes formas criticídias”, foram realizados “exames de sangue mais demorados nos doentes” (Chagas, 1909, p. 163). O diagnóstico de moléstia de Chagas era conferido aos que apresentassem o parasito no sangue.

Os sintomas descritos por Chagas em sua publicação (Chagas, 1909) foram referentes aos casos de Berenice, José e Joaquina, todos moradores de Lassance investigados naquele mesmo ano de 1909. A Berenice, apresentou em sua anamnese ausência de “fenômenos mórbidos” anteriores à moléstia de Chagas, doença que aparecera há aproximadamente quatro meses com os seguintes sinais: febres intensas, anemia, apirexia, palidez, edemas sub-palpebral, na testa e membros. O primeiro exame de sangue realizado não acusou parasitos, revelando-se

após quatro dias. O exame físico constatou um grande número de gânglios cervicais e gânglios volumosos nas regiões axilares, inguinais e crurais, baço aumentado e perceptível ao apalpar, apresentava esplenomegalia e hepatomegalia, fígado aumentado e dolorido. No caso do José, menino de oito anos de idade, o estado mórbido estava presente desde os seus dois anos de idade e demonstrava os sinais de fraqueza geral, edemas na face e na pálpebra e membros inferiores, febres, palidez, gânglios ingurgitados, esplenomegalia e hepatomegalia e ausência de perturbações funcionais do sistema nervoso. E o caso da Joaquina, menina de seis anos, apresentou febre, decadência orgânica, edema generalizado no rosto e membros inferiores, gânglios do pescoço com acentuado volume, aumento do baço e agitação ao dormir. Na publicação, Chagas colocou em relevo estudos sobre a biologia e a morfologia do flagelado no organismo dos vertebrados, ilustrado com as observações clínicas da moléstia nos três doentes a fim de conferir suas primeiras impressões sobre os sinais clínicos da doença. Em comum os casos apresentaram palidez, acessos de febres, edemas generalizados, principalmente na face e membros inferiores, aumento dos gânglios cervicais, axilares e inguinocrurais, esplenomegalia e hepatomegalia. As observações do quadro clínico específico a cada doente colocaram dúvida sobre outros sintomas que foram observados em numerosos doentes investigados, como o aumento do fígado e baço e as perturbações funcionais do sistema nervoso, das quais constam agitação, insônia e delírios (Chagas, 1909, p. 166).

Esses e outros casos estruturaram o primeiro desenho clínico da doença, definido por Chagas como uma doença essencialmente crônica, contraída nas primeiras idades por quase todos os indivíduos que residiam em habitações infestadas por barbeiros. Após um ano de novas observações clínicas no sertão mineiro, paralelo a novos estudos sobre o parasito – por Prowazek e Hartmann, Vianna, Dias, Neiva, Aragão –, Chagas divulgou o primeiro quadro clínico da doença revisado, alegando “base segura” aos fatos apresentados por ele no ano anterior. Ali buscou esclarecer “pontos obscuros” e ampliar os conhecimentos sobre etiologia e patologia da doença parasitária (Chagas, 1910, p. 219). Em julho de 1910 dividiu a doença em três modalidades, *Forma aguda*, *Forma crônica* e *Forma nervosa*. Em poucos meses, em outubro desse mesmo ano, classificou-a apenas como *Forma aguda* / “infecção aguda” e *Forma crônica*. E nesse momento considerou que a doença produzia impactos sobre a vitalidade e desenvolvimento orgânico dos indivíduos, tendo como principais manifestações os distúrbios endócrinos, neurológicos e cardíacos.

No primeiro desenho clínico da doença, a Fase aguda foi circunscrita a um período de aproximadamente um mês, quando o caso evoluiria para a Forma crônica. A fase era de fácil diagnóstico pela abundância de parasitos no sangue dos doentes e os sintomas regrediam

rapidamente com a evolução da doença, sendo os principais sinais as febres, os edemas, gânglios endurecidos, aumento do baço e fígado, alteração dos sistemas nervoso e circulatório e distúrbios cerebrais, como a meningoencefalite, que levavam a morte. À época, uma observação importante sobre a fase aguda era a intensidade dos elementos mórbidos, geralmente acarretados em morte quando se tratavam de crianças menores.

Um caso comum entre os registros médicos é o de **M.F.S.**, uma criança de 15 meses diagnosticada com moléstia de Chagas no ano de 1912. Morava na margem do Rio das Velhas, no Distrito de Lassance, em cafuá infestado pelo triatoma inguista com sua família. Sua mãe era portadora de pequeno bócio com sinais de hipotireoidismo, seu pai aparentemente sadio, 2 de seus irmãos eram vivos e 2 eram falecidos, um deles logo após o nascimento. A menina de “desenvolvimento normal” residia em zona paludosa, mas “nunca foi atacada de paludismo de que atualmente tem sofrido os seus irmãos mais velhos”. Apesar de ter quadros consecutivos de diarreia, foi à consulta médica por apresentar nos últimos sete dias uma febre contínua. As primeiras impressões médicas foram de uma menina com “olhar amortecido”, oscilando entre um semblante abatido e um comportamento agitado, pálida e com 38,2° de febre.

Naquele momento a mãe relatou que **M.F.S.** “engordara de repente”, o que provavelmente era inchaço, sintoma somado aos edemas mais sensíveis nos membros e na face, as pálpebras “empapuçadas” com estreitamento das fendas palpebrais, e o ofuscamento da mucosa labial, baço e fígado aumentados, hipertrofia ganglionar generalizada e exame de sangue repleto do *Tripanossoma Cruzi*. No dia seguinte voltou para casa sem alteração apreciável no seu estado geral, com temperatura de 37,4 verificada pela manhã. Após dois dias foi novamente levada à consulta médica, verificando-se a persistências dos mesmo sintomas, mas dessa vez com diminuição do “mixedema” e menor quantidade de parasitos no sangue periférico. A menina provavelmente retornou à casa nesse mesmo dia. Seu prontuário registrou que faleceu no dia 14 do mesmo mês em que estivera em atendimento. Ali também ficou registrado que “não tendo voltado ao exame (...) ficaram desconhecidas as condições em que se deu o óbito” (Prontuário, 1912).

O fechamento desse caso é bastante similar ao de **L.F.**, um bebê de 11 meses de idade que abandonou o tratamento médico após cinco dias de investigações clínicas e laboratoriais, tendo falecido poucos dias depois “não se sabendo em que condições se deu o óbito” (Prontuário, 1914). A bebê habitava em domicílio infestado pelo *triatoma magista*, em zona não paludica, apesar de ter pai e mãe vivos em boas condições de saúde, não apresentando bócio. Apresentava “desenvolvimento regular” até aquele momento, “com dentição, a marcha e a articulação das palavras já iniciadas”. O que a levou à consulta médica foi um quadro

iniciado aproximadamente 15 dias antes com febre, diarreia e vômitos, com permanência das febres elevadas a noite. Os pais informaram que a menina “engordara de repente”. Ao ser assistida, a menina estava pálida e com edema generalizado na face e nos membros. Estava com 37,6° de febre e prostrada, apesar de momentos de agitação. Apresentava hipertrofia ganglionar no pescoço, nas axilas e regiões inguino-crurais. Não tinha a tireoide aumentada, ao contrário do baço e do fígado, que achavam-se “crescidos e um tanto doloroso a pressão”. Seu diagnóstico de moléstia de Chagas foi comprovado com o exame de sangue que constatou a presença de *Tripanossomo Cruzi*. A evolução desse caso não apresentou o sucesso esperado, persistiram a febre e o mixedema, aumentou a agitação somados a um quadro de bronquite que dificultavam a respiração. Sem melhoras apreciáveis no quadro, a família “por motivos de ordem íntima” interrompeu o tratamento para continuá-lo em domicílio.

Era expressivo o número de doentes que não retornavam às consultas para realizar os exames solicitados, como o caso de outro bebê, **F.P.S.**, com óbito em 1913 alguns dias após atendimentos médicos, relatando os médico em seu prontuário que falecera “não tendo sido possível repetir os exames”. A moradora de Lassance apresentava quadros de febres que oscilavam ao longo do dia, acentuando-se a tarde e a noite, quando “notou-se que estava inchando” e a levaram à consulta. Considerada bem desenvolvida, bem proporcional e com o crescimento normal para a idade, apresentava os sinais apreciáveis da doença de Chagas, como tripanossomos no sangue, edemas no corpo, o fígado, baço e gânglios aumentados, além de outros sintomas como bronquite, falta de apetite, vômitos e diarreia (Prontuário, 24.03.1913).

CrI. (Fig.19) também veio a óbito no ano seguinte, em 1914. Seus pais, também portadores de bócio, viviam na cidade de Muquem-MG em *cafuá* infestado de triatomas com a menina e mais 2 filhos considerados sadios. Vinte dias antes da consulta médica a menina de 5 meses adoeceu de febre “de caráter remitente” acompanhada de vômitos e diarreia. Assim como nos casos tratados anteriormente, começou a “aumentar de volume”, a inchar, tornando-se “extraordinariamente gorda”. Chegando à consulta estava abatida e febril, com edema generalizado e o baço volumoso, apesar da tireoide, gânglios e fígado apresentarem estado normal. Os exames de laboratório constataram a presença de tripanossoma cruzi em seu sangue. Permaneceu dois dias sob a assistência hospitalar, provavelmente no Hospital de Lassance, e consideraram uma melhora no quadro geral da doente, com diminuição da temperatura corporal, mas persistindo apenas o mixedema “sem diminuição sensível”. O registro médico menciona ao final da descrição clínica que após dois meses “informaram rever a doente falecida ainda inchada” (Prontuário, 25.01.1914).



Fig.19 Fotografia de crianças internadas com a mãe
 Fontes: DADCOC, Prontuários (M.F.S., 1912; CrI., 1914)

Na Forma crônica da doença, a expressão máxima era o aumento da tireoide, consagrado símbolo da doença, e os mixedemas.⁸⁰ A forma crônica foi classificada em cinco formas clínicas: a *pseudomixedematosa*, sendo a maioria dos casos, principalmente identificada nos doentes até 15 anos (com hipotireoidismo), e o bócio ainda não era expressivo; a *mixidematoso*, menos comum com a atrofia da glândula da tireoide; a *nervosa*, identificada pela presença do bócio somada a distúrbios motores, da fala e inteligência; a *cardíaca*, com perturbações do ritmo cardíaco, como paradas cardíacas principalmente em doentes com mais de 16 anos de idade; e os *incidentes agudos e subagudos*, com a retomada de sinais característicos da fase aguda da doença.

Às primeiras conclusões sobre o quadro clínico da doença foi imprescindível a atenção aos conhecimentos locais, como a informação dada pelos moradores locais da frequência de convulsões infantis na região. As convulsões atingiam diferentes idades e a ela atribuíam a maioria dos casos de mortes de crianças, chegando Chagas a conclusão prévia de que “morrem as crianças com predomínio de sintomas para o lado do sistema nervoso, ou apresentam, nos

⁸⁰ Mixedemas eram os edemas (inchaços) generalizados na face e nos membros dos indivíduos. Os inchaços foram importante sinal clínico da doença de Chagas, podendo ser apresentados parcialmente, na face, nas pálpebras (formando “bolsas” sob os olhos) ou nos braços e pernas.

últimos estágios de moléstia fatal, verdadeira hidropisia, comparável à da esquistossomose” (Chagas, 1909, p. 163). Para excluir a possibilidade da verminose no quadro mórbido por ele observado, denominado popularmente de *opilação* e de *canguary*, estabeleceu que o primeiro procedimento médico seria a realização de exames de fezes mesmo com ausência de sinais clínicos da verminose.

Apropriando-se de conhecimentos locais foram realizadas experiências médicas com doentes, investigados como cobaias, do ponto de vista clínico e laboratorial. Os doentes narravam seus sintomas otimistas de que os médicos, “homens de ciência” representantes do Estado em missões científicas, encontrariam a cura para o mal que afligia os corpos e limitavam as atividades cotidianas. Ao longo dos dois primeiros anos de investigação com doentes, além dos três casos conhecidos após a publicação de Carlos Chagas, em 1909, há o caso de **G.S.**, um homem de cinquenta anos de idade estudado por três anos (Prontuário 1910 e 1913). Homem branco e trabalhador da lavoura no interior de Minas Gerais, teve sua primeira consulta médica em 09 de abril de 1910. Em seu primeiro contato acusou aos médicos do IOC sentir vertigens “com perda do conhecimento” que duravam média de 15 a 20 minutos e relatou que sofria com as vertigens há cerca de 10 anos. Como antecedente mórbido citou apenas algumas “afecções febris mal determinadas”. No ato da consulta médica chamou a atenção o pulso lento e baixos batimentos cardíacos do doente. Conforme anotações de Chagas “pela escuta parece haver um ruído aumentado à segunda bulha, como que em um desdobramento dela”. Em 13 de abril de 1910, registrou que o número de pulsações radiais estava igual ao de batimentos cardíacos (com 29 batimentos) e apresentava hipertrofia dos lobos laterais da tireoide. Outro prontuário seu, de 28 de fevereiro de 1913, apresenta novas informações sobre **G.S.**. Ali registrou-se um “estado geral regular” do doente que acusava um “sono bom” e que “suportava a posição horizontal”. **G.S.** queixou-se de “dispneia de esforço na marcha acelerada” ou durante o trabalho pesado, sintomas que desapareceram por completo em quatro dias de medicação não especificada no documento. O baço, um dos órgãos observados nesse momento como possível sinal clínico da doença, não apresentou alteração significativa. Assim como não apresentou edemas. No entanto, sobre duas alterações saltaram os olhos dos médicos-cientistas: os batimentos das veias do pescoço muito visíveis, ainda que o doente estivesse em repouso, e um aumento do fígado (não doloroso sob pressão). Nas primeiras observações do doente o fígado media “10 centímetros na l. mamilar da 5ª costela até um dedo acima a rebardo costal” e o último registro médico registrou um aumento para “14 centímetros na l. mamilar e 6 cent para fora da l. média”.

O caso de **G.S.** não especifica as medicações aviadas ou qualquer forma de tratamento a ele prescrito e realizado, mas apresenta riqueza ao destacar os critérios considerados relevantes para os primeiros diagnósticos da doença de Chagas, que eram as febres, alteração dos batimentos cardíacos, hipertrofia da tireoide, alteração do fígado e do baço, presença de edemas no corpo, alteração do sono e dificuldade para deitar e respirar. A partir da observação de doentes como **G.S.** pôde Chagas explorar um vasto campo de experiências “com casos clínicos numerosos”, chegando a mencionar em publicação que assim foi possível “acumular material de estudo que permitiram formular noções exatas” sobre a nova moléstia e suas diversas expressões clínicas (Chagas, 1911).

A aposta de Chagas nesse momento foi enfatizar que a principal manifestação clínica da doença ocorria através dos distúrbios endócrinos. De acordo com Kropf (2009, p.140), “a nova tripanossomíase foi apresentada como uma afecção endócrina por excelência”.⁸¹ A hipertrofia da tireoide, sintoma comum aos portadores de tripanossomíase, tornou-se o principal sinal para o diagnóstico da doença de Chagas, sendo considerada o “selo” da doença por Miguel Couto. Como emblema assumiu um sentido político e social associado ao “atraso” e a pobreza do interior do país e foi configurada como um exemplo das doenças do Brasil. A doença de Chagas referenciada como a glória da ciência nacional, sob a imagem do “selo” representada pelo bócio colocou em evidência uma imagem considerada perturbadora de pobreza e “atraso” que mostravam uma realidade diferente da propagada pela belle époque e reforçavam a pauta da necessidade dos estudos das “doenças do Brasil”. Com o respaldo da Academia Nacional de Medicina, que enviou em 1910 a Lassance uma comissão para observar e avaliar os estudos de Chagas sobre a nova doença, o pesquisador pôde demonstrar os enunciados e garantir credibilidade às suas formulações.

Em comissão da ANM seguiram alguns membros ilustres, como o presidente Miguel Pereira, Miguel Couto, Antonio Austregésilo Rodrigues Lima, Juliano Moreira e Antonio Fernandes Figueira. Todos imbuídos da missão de assistir as experiências que levavam à conformação de uma nova doença tropical e testemunhar as ações em torno dessa construção, “tornando-se aliados e partícipes de sua construção e legitimação” (Kropf, 2009, p. 142). As notícias sobre essa viagem dos “einentes cientistas” circularam na Capital através da mídia impressa, como a Gazeta de Notícias que enfatizou a relevância dos cientistas em acompanhar os estudos clínicos, realizados no interior de Minas Gerais, que revelavam uma nova entidade mórbida (Uma moléstia nova. Gazeta de Notícias, 06.10.1910, p. 6).

⁸¹ Sobre os referenciais teóricos de Chagas, assim como a importância social e política que o bócio assumia, ver Kropf, 2009, p. 140-141; Delaporte, 2003, p. 53.

Sob o aval médico, representado pela comissão da Academia Nacional de Medicina, Chagas reforçou, em 1911, as formas clínicas da moléstia, destacando os sintomas relacionados à tireoide e o mixedema no rosto visivelmente expressivo com a face empapuçada dos doentes. Com relação à fase crônica, as experiências médicas levou-o a enfatizar as irregularidades do ritmo cardíaco, principalmente ao observar uma grande porcentagem de arritmias em indivíduos jovens (Chagas, 1911). As novas delimitações da doença foram expostas na 2ª Conferência de Carlos Chagas na ANM, em sessão onde expôs os corpos dos doentes trazidos do interior de Minas Gerais em uma espécie de “teatro da prova”, como sugere Latour (2000), dessa vez realizado na capital do país.

Esse espetáculo seguido de *prova* pode ser lido como uma das expressões da ciência como conformação social que extrapolam as negociações internas das comunidades científicas. Essa perspectiva acompanha as trilhas do movimento de “renovação da história da ciência” para o qual foram expressivos os trabalhos de Bruno Latour e Harry Collins. A grande contribuição dos trabalhos que tiveram por objetivo “sair” do laboratório, espaço consagrado à pesquisa científica moderna, foi de aprofundar o entendimento sobre como a prática científica age e transforma o mundo e como se estabelece socialmente. Para Latour, ciência e sociedade se redefinem e reconstróem simultaneamente a partir do pressuposto que a ciência é um dispositivo que produz e inventa uma ordem (Pestre, 1995, p. 11-12) e propõe a substituição da categoria “ciência” por “prática científica” (Abadia, 2005, p. 270).

De acordo com Kropf, as imagens apresentadas por Chagas revelavam a “dramaticidade concreta dos próprios enfermos” (Kropf, 2009, p. 154). Destaca também que o discurso de Chagas na conferência foi amplificado por uma estratégia de grande efeito persuasivo, ao projetar imagens de doentes em cinematógrafo. As imagens evidenciavam principalmente crianças com distúrbios mentais e físicos, causados pelo barbeiro, triatomíneo que ganhou destaque na película ao circular pelas paredes de uma casa. Fazendo uso de um recurso emblemático da modernidade no início do século XX, o cinema, Carlos Chagas materializava uma imagem perturbadora de indivíduos do país que contrastava absurdamente com aquela imagem propagada da belle époque carioca pós reformas. Além do recurso humano, Chagas apresentou em sua conferência alguns aparatos de laboratório, como peças anatomopatológicas e microscópios dispostos àqueles que quisessem observar e comprovar a existência do parasito. O evento ganhou as páginas de importantes jornais da época, o Correio da Manhã e a Imprensa, com descrição da cerimônia em uma espécie de tradução aos leigos dos contornos daquela terrível doença que assolava o sertão do Brasil.

Essa exposição dos corpos, e de suas *anomalias*, apresentados tornaram-se prática comum na medida em que os doentes passaram a ser usados como objetos de pesquisa clínica e laboratorial e circularam em hospitais, sendo muitos deles transportados para hospitais da capital mineira, em Belo Horizonte, para auxiliar cursos da Faculdade de Medicina, e para hospitais do Rio de Janeiro, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia, onde atuavam os alunos da Faculdade de Medicina, o Hospital São Sebastião e a partir dos anos 1920 o Hospital São Francisco de Assis.

O sinal físico, representado pelo “papo”, como expressão clínica, cunhou um estereótipo da doença em seus primeiros anos de estudo. O “efeito dramático” que o bócio causava contribuiu para reforçar uma imagem negativa dos trópicos a partir do apelo visual retratado em uma espécie de “catálogo de horrores” das imagens de doenças tropicais (Stepan, 2001). O símbolo da doença visível através do “papo” circulou nos trabalhos científicos e compôs os arquivos médicos. J. Pinto, fotógrafo do IOC (Capítulo1) foi responsável por muitos registros de doentes portadores do bócio, como o caso de **A.M.M.** Esse caso apresentava todos os sinais clínicos reforçados por Chagas em 1912 quando assistido pelos médicos em Lassance. As investigações clínicas e laboratoriais nessa menina de três anos de idade foram iniciadas em 25.02.1913 e prosseguiram por sete anos consecutivos.

Nascida e residente no distrito de Cotovelo, **A.M.M.** foi diagnosticada com *forma aguda da moléstia de Chagas* por agrupar todos os sinais considerados definidores da doença. Era uma menina *parda*, filha de lavradores locais. De acordo com sua anamnese, era uma criança forte, “desenvolvia-se bem” e “apresentava boa dentição”. Foi levada à consulta porque há 5 dias “começou a inchar”. No momento da consulta estava com edema generalizado, principalmente na face e pálpebras, crepitação das bochechas e tinha o apetite diminuído. O baço estava aumentado e doloroso se pressionado, assim como a tireoide, os gânglios inguinais e cervicais. O fígado teve um aumento pouco expressivo. O ventre estava preeminente, tinha a bronquite e estava prostrada e com negação dos movimentos. Além do baço, o que pareceu um sintoma bastante comum foi a temperatura corporal elevada, como 38,8°, e após o banho 36,8°, e a presença de tripanossomos no sangue, ainda que raros, desaparecido por completo em pouco mais de dois meses.

Após sete anos, Villela observaram que a menina tinha “se desenvolvido pouco, apresentando-se visivelmente retardada”. Sua estatura aquém para a idade, 1,05cm, pesava 22k e apresentava leve mixedema. Chamava atenção suas sobrancelhas raras, os “dentes mal implantados” e sua “evolução retardada”. Do ponto de vista circulatório, foi constatado a arritmia. No entanto, o coração não estava aumentado, o fígado não estava doloroso e o baço e

os gânglios linfáticos estavam aparentemente normais e a tireoide não hipertrofiada. O abdome flácido e volumoso chamava a atenção de Villela, assim como o aparecimento de pequenas hérnias e a fraqueza sentida pela menina. Mas o que ressaltou de forma expressiva sua atenção foi “um retardamento do desenvolvimento somático” atribuído a uma disfunção hipotireoidiana.

O caso de **A.M.M.**, e de outros subjugados ao espetáculo da “prova” científica entre 1911 e 1913, mantêm relação íntima com os pressupostos teóricos-metodológicos criados na passagem do século XIX para o XX para o entendimento das doenças: os estudos da microbiologia, de Louis Pasteur e Robert Kock, e a associação entre doenças infecciosas e microrganismo (bactérias, fungos, protozoários); e os estudos de Patrick Manson e Ronald Ross chamando a atenção para o papel ativo dos insetos na transmissão de doenças, pondo em cena os conceitos de “vetores” e “hospedeiro intermediário” (Benchimol, 1999; Caponi, 2003; Neill, 2012).

2.6 Teoria dos germes e medicina tropical: um olhar para os trópicos

A dilatação de fronteiras realizada por pesquisadores europeus do fim do século XIX e início do século XX esteve pautada por ideias que circularam no cenário mundial, sendo uma delas a teoria dos germes e o advento de práticas higienistas no contexto com o triunfo da teoria pasteuriana ao propagar um “milagre científico” após a divulgação de estudos sobre o tratamento preventivo para raiva por Louis Pasteur. Foi um momento de fé na ciência e em sua capacidade de solucionar os problemas da saúde pública a partir de estudos da microbiologia e práticas higienistas. Os estudos científicos da época e o método pasteuriano foram interpretados como uma “doutrina missionária”, uma espécie de religião a ser propagada através da “liga pasteuriana”. A irradiação das ideias e ideologia de saúde pública do Instituto Pasteur, que se intitulava supranacional, foi consolidada a partir da construção de Institutos similares em outros países, inclusive em outros continentes, em final do século XIX e início do século XX. Às vésperas da Primeira Guerra Mundial o Instituto Pasteur dispersou seu método ao criar institutos locais em territórios coloniais com intuito de ajudar a estabelecer a saúde pública Como profissão a partir dos pressupostos da pesquisa de epidemiologia e medicina preventiva. Para Moulin, o projeto “missionário” do Instituto Pasteur estava ancorado em uma perspectiva “civilizatória” de implementação de métodos e práticas do centro (Europa-França) para regiões periféricas (Ásia-África-América) com a finalidade de promover um “desenvolvimento” de tais

regiões. Em contexto imperialista, o projeto propagou-se com discurso internacionalista de ajudar no processo de colonização, contribuindo para redução dos casos de doenças através da utilização da sorologia, treinamento de especialistas e educação sanitária (Moulin, 1995. p. 245-247).

No contexto imperialista (Hobsbawm, 2001), o Instituto Francês não foi o único a lançar seus tentáculos nas colônias. Com estratégia de investigação diferente do programa pasteuriano, a Inglaterra disputou o espaço colonial para experiências de um novo campo que surgiu de forma independente, a medicina tropical (Farley, 1997). A expansão territorial despontou a partir da chamada “Era do Capital” (Hobsbawm, 1997), com estabelecimento de rotas comerciais para dar vazão ao processo de industrialização europeia e a conseqüente necessidade de mão de obra. Para Packard, as conexões entre saúde e desenvolvimento econômico em regiões tropicais “tem uma longa história” pautada nessa relação de mercado e na necessidade de explorar matérias-primas. Um exemplo dessa relação pode ser apreendido pelo desenvolvimento da medicina tropical, uma vez focada na exploração da economia de regiões tropicais através da cura de nativos para que pudessem produzir no trabalho do campo ou industrial e de europeus que adoeciam em viagens àquelas regiões – com mais atenção à saúde das comunidades europeias nos trópicos (Packard, 1997, p. 281).⁸² A medicina tropical é um campo de conhecimento que se instituiu no fim do século XIX fornecendo ferramentas para entender e superar o principal desafio que o imperialismo europeu encontrou nas regiões sob seu domínio, a “doenças tropicais”.⁸³ Surge em momento de valorização das pesquisas na área da microbiologia e de estímulo a estudos que pudessem fornecer novidades, parecendo-lhes a região dos trópicos uma ótima oportunidade para reconhecimento profissional de médicos atraídos pelas viagens de exploração (Arnold, 1996; Worboys, 1996).

Em contraposição a uma visão romântica de harmonia na natureza dos trópicos, como o sentido positivo atribuído por Humboldt à natureza tropical, a experiência de europeus colonizadores chamou a atenção para os trópicos infestados por doenças que como pragas assolavam suas vidas. Como empregado por Arnold (1996), a medicina tropical surgiu em um momento permeado pelos estudos dos climas quentes com a pretensão de controlar a natureza. Não existe uma continuidade linear na história da ciência, mas para a institucionalização de seu

⁸² Para Packard, essa relação de cooperação se intensificou após a Segunda Guerra Mundial quando o projeto de erradicação da malária foi apresentado como forte estratégia para desenvolvimento do Terceiro Mundo e o combate às doenças foi considerado prioritário na política internacional dos países desenvolvidos para evitarem grandes prejuízos econômicos. (Packard, 1997, p.282)

⁸³ Sobre a relação entre medicina tropical e o colonialismo, ver Arnold, 1996; Worboys, 1996; Macleod, 1988; Bynum e Porter, 1997; Amaral, 2012^a, 2012^b.

campo a medicina tropical estabeleceu um elo entre as ideias da geografia médica e da parasitologia promovendo uma ressignificação do ambiente e da natureza (Edler, 1999).

Patrick Manson (1844-1922), considerado “pai fundador” da medicina tropical moderna, teve contribuição ímpar para a associação entre insetos e doenças com a teoria do inseto vetor.⁸⁴ O médico britânico tinha larga experiência em colônias britânicas no Oriente (China, Japão, Índia), com a qual pôde descrever o verme causador da filariose (elefantíase) e seu mosquito transmissor. A medicina tropical de Manson não foi uma simples aplicação da teoria dos germes para entender as doenças “dos trópicos”. Ocorreu um processo de diferenciação em relação à bacteriologia a partir do complexo elo de ligação entre parasito, hospedeiro e ambiente. Para Farley, a descoberta do papel dos vetores / hospedeiros intermediários na transmissão da malária foi o marco fundamental para a especialidade da medicina tropical (Farley, 1997, p. 37).

Manson, ao regressar à Inglaterra após mais de uma década de pesquisas em possessões inglesas, tornou-se a autoridade metropolitana para tratar da prática médica colonial e seus problemas através de um aparato institucional encadeado por criação da medicina tropical como disciplina autônoma no ensino universitário – com linguagem e metodologia próprias, a parasitologia e o laboratório – e na construção de centros de formação e canais de dispersão de suas ideias (Manson, 1897; Arnold, 1996; Worboys, 1996). Na Inglaterra, os institutos de medicina tropical de Liverpool (1898) e de Londres (1899), prática comum a outros países, como o instituto de medicina tropical de Hamburgo (1900), de Lisboa (1902), de Bruxelas (1906). Como conhecimento médico socialmente construído e politicamente apoiado, a medicina tropical é interpretada aqui sob a justificativa colonialista e enquanto institucionalização de uma perspectiva médica metropolitana dos impérios europeus às colônias em África, Ásia e América Latina (Worboys, 1996).

A partir desse olhar europeu aos trópicos no fim do século XIX e início do XX são elaboradas as categorias das doenças tropicais. Até aquele momento o termo usado para as enfermidades era “doenças nos trópicos”, com referência às características especiais das doenças devido ao clima e outras variáveis. Considerava-se que as doenças vividas em climas quentes eram basicamente as mesmas encontradas em outras partes do mundo e os poucos casos especiais encontrados foram explicadas em termos dos efeitos do clima extremo, localização

⁸⁴ Worboys discute que a tradição dominante na história das doenças tropicais tem sido a de celebrar as descobertas das etiologias do grupo clássico de doenças parasitárias transmitidas por vetores no período 1870-1920. Chama atenção para que esse momento não continue a ser considerado como uma idade das trevas, mas um período onde a medicina foi estruturada em termos de “geografia médica” e da noção de “doenças nos trópicos” (Worboys, 1996).

específica e outras variáveis sobre as formas e intensidades de doenças, principalmente as febres (Worboys, 1996). Com a conformação do novo campo de estudo, o discurso sobre as doenças não mais se referiam necessariamente ao clima, mas sobre as doenças particulares de cada localização geográfica. O clima deixa de ser um elemento determinante e passa a ser encarado como uma possibilidade de criar condições específicas para o surgimento e desenvolvimento de doenças. Esse ponto é contemplado por Manson na introdução de seu manual *Tropical diseases climates*, publicado pela primeira vez em 1898, quando reconhece que o termo “doenças tropicais” foi mais conveniente do que exato e assume que a maior prevalência das doenças é devido a alta temperatura dos trópicos que funcionam como um agravante (Manson, 1898). Do ponto de vista político foi bastante conveniente para justificar o empreendimento do novo campo de conhecimento.

Tais conhecimentos científicos discutido nessa seção, tanto a microbiologia quanto a medicina tropical, foram utilizados para a compreensão das doenças que apresentavam grande desafio ao imperialismo europeu em regiões sob sua possessão.

A alteridade é expressa em uma prática comum na construção dos conhecimentos desse campo, a divulgação de imagens de indivíduos com as chamadas doenças tropicais. Naquele momento, o conceito de doença tropical servia para designar um amplo grupo de moléstias que prevaleciam nas regiões da África e Ásia, apesar de não estarem restritas às áreas tropicais do planeta (Manson, 1898). Sob ideal imperialista frente às regiões coloniais, o conceito de “doenças tropicais” foi cunhado para diferenciar os “europeus” e os “outros” (Arnold, 1996; Stepan, 2001). As enfermidades foram representadas com ênfase a algum distúrbio ou características físicas anômalas, produzindo uma “imagem perturbadora” ao retratar as erupções na pele, os tumores malignos causados por algum parasita exótico ou qualquer imagem horrível e chocante com associação negativa dos trópicos. De acordo com Stepan (2001, p. 149-152), o uso da fotografia médica e a proliferação de imagens com pessoas com doenças tropicais em textos científicos, jornais, exposições públicas e em filmes contribuíram para criar uma imagem negativa dos trópicos, compreendendo-os como locais exóticos e associados à aventura antropológica, causando um efeito visual das doenças dos trópicos como algo desagradável. A câmera foi uma importante ferramenta para os registros que auxiliavam o ensino médico e a terapêutica, mas além de sua circulação profissional serviu para convencer com “clareza realista” as anunciadas terríveis doenças tropicais, com suas deformidades e tumores, exploradas por Stepan ao descrever a representação fotográfica das deformações do corpo humano causadas pela elefantíase e a lepra (Stepan, 2001, p. 173-177).

A descrição de estranhas doenças e deformidades dos trópicos, apesar de impactantes estavam permeadas por fascínio e fé científicos. Esse tipo de imagens também foi um recursos utilizados por Manson na construção de seu manual com guia médico de diagnósticos (Stepan, 2001, p. 168-172). Nesse, e em outros casos de fotografias médicas elaboradas, não foram usavam comuns o uso da imagens de europeus, mas retratos de nativos dos trópicos, contribuindo para elaborar uma imagem inferior desses indivíduos – retratados, inclusive, pela posição que ocupavam na cena junto aos médico ou nas *posições montadas*. É válido ressaltar que a fotografia no início do século XX era uma prática recorrente nas intenções de imortalizar algum objeto ou indivíduo do ponto de vista histórico, assim como foram acionadas as pinturas até o século XIX. E além dessa característica, possuía um caráter de verdade e funcionava como meio de comprovação dos fatos. Esse caráter inquestionável das imagens também estendia-se às imagens em movimento com o recurso do cinema também usado com mesma função no início do século XX.

2.7 Espaços hospitalares em campo: abarracamentos móveis, casas de pau-a-pique e os hospitais em Lassance

As pesquisas em campo sobre a doença de Chagas ganharam um novo espaço em 1919. A assistência que até então era realizada em vagão de trem, nos abarracamentos móveis feitos com barracas *tortoise* (ou tartaruga) e no hospital provisório em casa que servia de moradia a Carlos Chagas, o Hospital de Lassance, foi transferida para uma casa pertencente à Estrada de Ferro Central do Brasil. Localizada na Estação de Lassance, foi construída no início do século XX para servir de moradia ao engenheiro responsável pelas obras de expansão ferroviária. Possuía o imóvel uma área de 254,40m², com 18,00m de frente, uma varanda de 10,50m, e 12,00m de fundos. O terreno retangular media 70,50 x 91,70m. A casa foi cedida ao Instituto Oswaldo Cruz em abril de 1918 e passou a se chamar Hospital Regional de Lassance / Hospital Carlos Chagas. Com o fim dos trabalhos da Estrada, o Ministério da Viação e Obras Públicas, a pedido do Instituto Oswaldo Cruz, solicitou à Estrada de Ferro a entrega do prédio ao Instituto através de ofício em 20 de abril de 1918. A concessão foi informada ao diretor da Estrada de Ferro Central do Brasil através do ofício nº1306 de 25 de abril de 1918.



Fig.20 Hospital Regional de Lassance / Hospital Carlos Chagas
Fonte: DADCOC/Fiocruz

Em poucos dias começaram as reformas e obtiveram-se os aparelhos para os serviços do hospital inaugurado com o nome Hospital Regional de Lassance / Hospital Carlos Chagas. A Estrada de Ferro Central do Brasil fez obras de adaptação, mas alegou que não tinha recursos para realizar todas as melhorias solicitadas pelos médicos que já atuavam naquele espaço.⁸⁵ Com esse argumento a Estrada de Ferro tentou convencer o pessoal do Instituto de Manguinhos que o hospital ficaria melhor instalado em uma casa em que funcionava o hospital de Aporá em Minas Gerais. Esse hospital aparece como possibilidade em vários documentos da empresa ferroviária, mas a sugestão não foi aceita pelo Instituto que optou por iniciar rapidamente os trabalhos na casa pertencente à Estrada de Ferro, enviando materiais por via férrea a fim de consolidar sua estrutura para prosseguir com as análises clínicas, terapêuticas e profiláticas da população local.

Entre os materiais enviados ao Hospital Regional de Lassance, em seu primeiro ano de funcionamento, estavam caixotes de madeira com material de laboratório, um desses pesando 186 quilos (Minutas de ofícios, 1919, nº363), um armário de ferro, uma geladeira, tubos de vacina antivariólica, animais para realização de experimentos (Minutas de ofícios, 1919, nº393, 334, 338, 358, 368). Os despaches por via férrea entre a Estação Central do Brasil e a Estação

⁸⁵ De acordo com a empresa, “os senhores médicos que ali trabalham” exigiam outras obras que a Estrada não estava “habilitada a fazer por absoluta falta de verba” N.1255/2

de Lassance prosseguiram em ritmo intenso ao longo dos anos consecutivos. Tinham passe livre na Estrada de Ferro, para viajar em 1ª classe, com direito a leito, os pesquisadores envolvidos nos estudos feitos em Lassance, como o próprio Carlos Chagas e a equipe da Comissão de estudos da doença de Chagas, inclusive o Dr. Cesar Pinto, “encarregado do Hospital Regional de Lassance” em seus primeiros anos de atividade (Minutas de ofícios, 1920, nº293) e foi nomeado para *chefiar* o Hospital Regional de Lassance em 1921 (Relatório do IOC, 1921). Cesar Pinto Ferreira ingressou na instituição ainda na década de 1910 e entre suas pesquisas foram publicadas nas memórias do IOC *Contribuição para o conhecimento dos ciliados* (1918); *Contribuição ao estudo das gregarinas* (1923); *Sobre uma amoeba* (1923); *Protozoários observados no Brasil* (1925); *Mosquitos da região neotropical* (1930) e *Disseminação da malária pela aviação* (1939).

A casa em que se instalou o Hospital Regional de Lassance serviu durante alguns anos como sede dos trabalhos da comissão encarregada de realizar estudos sobre a doença de Chagas e nos anos de 1930 foi utilizada “como base de excursões científicas na região nordestina no Estado de Minas Gerais”.⁸⁶ O Hospital foi importantíssimo para a triagem dos casos clínicos considerados mais relevantes e que eram transportados para os hospitais da capital federal para serem investigados mais detidamente pelos pesquisadores do Instituto de Manguinhos, principalmente o Hospital Oswaldo Cruz. De acordo com o relatório do Instituto Oswaldo Cruz referente aos trabalhos desenvolvidos em 1919, o Instituto mantinha “um hospital regional em Minas Gerais, na Estação de Lassance, destinado a realizar a seleção de casos clínicos que constituem objeto de pesquisas, enviando-os para o nosso hospital”.

⁸⁶ Ofício do Instituto Oswaldo Cruz de repasse da casa ao Ministério da Educação e Saúde. DAD/COC Fundo IOC, Seção Serviço de administração, Série administração geral, cx 3, maço 1. 15 de fevereiro de 1940, doc.I, II e III.

CAPÍTULO 3
COINFECCÕES E TERAPÊUTICAS PLURAIS: MEDICAMENTOS E PESQUISA
CLÍNICA COM INDIVÍDUOS PORTADORES DA DOENÇA DE CHAGAS
(1909 A 1918)

“É bem dolorosa a impressão trazida pelos fatos mórbidos observados naquelas zonas; dolorosa para o médico, que nos recursos atuais da ciência não encontra ainda meio eficaz de combate ao terrível inimigo; dolorosa para o estadista que demoradamente raciocinar sobre o obstáculo fatalmente oposto por aquela condição mórbida a quaisquer tentativas de progresso coletivo (...)”

(Carlos Chagas, 1910, p. 446)

Nos trabalhos publicados por Carlos Chagas são encontradas análises minuciosas dos diferentes aspectos da doença que ganhou o seu nome. Há ali um esforço para definir as características biológicas do *Trypanosoma cruzi*, o ciclo evolutivo deste no vetor e nos hospedeiros vertebrados, as características epidemiológicas da doença, seus mecanismos de transmissão, as técnicas diagnósticas, patogenia, conformação de um quadro clínico e características anatomopatológico da infecção. No artigo publicado em 1910 sobre a *Nova entidade mórbida do homem*, Chagas, que não tinha ainda dados concretos sobre sua extensão geográfica, deixava em aberto as medidas de saúde pública a tomar (Chagas, 22.11.1910, p. 433-437 [1981, p. 101-105]). Na publicação seguinte, nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Chagas prometia esboçar “um plano geral de campanha profilática, aplicável aos focos conhecidos” (Chagas, 1911, p. 221 [1981, p. 111]) – mas não o fez. Em conferência proferida na Academia Nacional de Medicina, em agosto de 1911, eximia-se da responsabilidade de apresentar planos profiláticos para a doença cuja própria distribuição era ainda mal conhecida no campo médico (Chagas, 1911 [1981, p.26/190]). Mas Lassance lhe havia mostrado naqueles primeiros anos de pesquisas que era essencial modificar as habitações para evitar o contato do homem com o barbeiro, vetor do parasita da doença de Chagas. Quando chegara àquele povoado mineiro, nas casas recém-construídas não se achava o vetor, mas decorridos dois anos tornara-se Lassance um foco da doença, sendo então raras as casas pobres consideradas livres da infestação pelo hematófago.

Aconselhava Chagas aos diretores da estrada de ferro, que ia se internando pelo norte de Minas Gerais, que modificassem, portanto, as “condições de habitabilidade” de seus trabalhadores. A principal característica epidemiológica da tripanossomíase americana era a

coexistência, nos domicílios, do homem e do inseto, este, em tese, fácil de destruir, diferente da realidade descrita por Chagas sobre a tripanossomíase africana: “No continente africano, onde grassa endemicamente a letargia dos pretos, moléstia similar da nossa, a mosca transmissora vive no mundo exterior, o que torna de dificuldades quase extremas a profilaxia da moléstia” (Chagas, 1911 [1981, p. 27/191]). Por isso mesmo, mostra a historiografia, os dois componentes fundamentais das políticas adotadas pelas autoridades coloniais contra a tripanossomíase africana em doentes nativos eram a terapêutica associada a medidas de segregação. Ainda assim são escassas as referências a ações profiláticas contra a doença de Chagas, direcionadas, de forma genérica, às habitações onde se aninhava o vetor. E, além disso, raríssimas foram as ocasiões em que o pesquisador tratou da terapêutica e dos procedimentos adotados nas centenas de casos que foram objetos de suas observações ao longo de anos. O silêncio com relação a este aspecto é espantoso, sobretudo quando se leem relatos clínicos destinados a tornar a nova patologia conhecida dos médicos brasileiros, habilitando-os a reconhecê-la mas sem lhe fornecer qualquer ajuda no tocante ao que fazer com o doente.

Nesse terceiro capítulo o foco recai sobre os tratamentos destinados aos pacientes na rede de hospitais do Instituto Oswaldo Cruz. Apresenta os pressupostos de Stepan (2001, p. 166) chamando atenção para os trópicos como um laboratório de doenças exóticas para europeus, um local para experimentos em animais e humanos com terapias químicas, como os arsenicais e parte desses pressupostos para analisar os estudos médicos do IOC vinculados ao HOC, especialmente aqueles investigados por Carlos Chagas em doentes da tripanossomíase. Ao longo do capítulo será analisado como os médicos cientistas fizeram uso dos “laboratórios a céu aberto” para realizar suas experiências terapêuticas, ainda que elas não tenham sido divulgadas nas publicações médicas até 1922. Interpreta esse silêncio no tocante às terapêuticas como resultado das inseguranças de Carlos Chagas ao longo do conturbado processo de *enquadramento* da doença, principalmente após controvérsias em torno do aspecto endócrino por ele defendido no primeiro momento. Também interpreta esse silêncio na historiografia como expressão de um entendimento de ciência que valoriza os sucessos, os grandes feitos e os atos heroicos. Propõe um olhar pautado numa vertente da história das ciências afinada com uma escrita a partir das tramas sócio cognitivas e não linear, como uma sucessão de fatos que levam a circunstâncias “vitoriosas”, mas como um desenrolar imerso em disputas políticas, da qual fazem parte os “coletivos de pensamento” (Fleck, 2010). Outro ponto que o capítulo busca interpretar são as descrições terapêuticas, percorrendo seu significado à época, em manuais e dicionários, e comparando os seus usos nas experiências médicas com a tripanossomíase africana por europeus em missões científicas no início do século XX.

3.1 Silêncios terapêuticos

Uma possível resposta para esse silêncio pode estar na própria historiografia da ciência. A ciência foi interpretada de diferentes formas ao longo do tempo (Henry, 1998; Fleck, 2010; Pestre, 1995) e no início do século XX estava relacionada à filosofia da ciência como o positivismo, de Augusto Comte, e o indutivismo, de Francis Bacon (Abadia, 2005, p.262). De acordo com essa concepção, o conceito de ciência foi associado a um saber supremo, linear, mensurável, acumulativo e incontestavelmente verdadeiro. Esse enfoque reforçou a ideia de neutralidade da ciência e destacou a realização da ciência a partir de “grandes homens”, considerados gênios, indivíduos brilhantes, se comparados aos demais. Essa concepção interpretou a história humana através de progressivas descobertas científicas, onde os conhecimentos somavam os saberes rumo ao seu desenvolvimento, e baseava-se na construção de um sistema de enunciados auto explicável, separando saber e saber-fazer. Em uma concepção de ciência pautada nessas apreensões não existia espaço na história para experiências que não angariassem “sucessos”, dessa maneira, as tentativas e erros, os percursos e negociações sociais não apresentavam-se relevantes para a consagração dos fatos científicos. A forma de validar os conhecimentos científicos, inclusive aqueles que entrariam para a história, não incluía uma abordagem de seu caráter social e relações de poder em que estavam inseridos.⁸⁷

Sobre os raros comentários feitos pelo pesquisador sobre a terapêutica na tripanossomíase americana, em artigo de 1910 manifestou a intenção de testar o “arsenophenyl-glycina”, um medicamento enviado pelo professor Paul Ehrlich e que tivera proporcionado resultados felizes na África no tratamento da tripanossomíase humana chamada de moléstia do sono (Chagas, 1911 [1981, p.27-191]).⁸⁸ Os arsênicos foram usados na antiguidade por médicos gregos e árabes que pareciam conhecer seus efeitos tóxicos e corrosivos e usavam compostos de arsênio para conter tosses, afecções de gargantas e dispneia. Usavam-na sob a forma de inalações, pílulas, poções ou como aplicações medicamentosas externas. Durante o período medieval, na Europa, os compostos de arsênicos foram relegados

⁸⁷ Sobre a ciência como construção social, ver Fleck, 2010; Latour, 2000; Pestre, 1995; Abadia, 2005.

⁸⁸ Paul Ehrlich (1854-1915) obteve seu doutorado em medicina na Universidade de Leipzig em 1878 com a tese “Contribuições à teoria e prática de coloração histológica”. Trabalhou por dez anos no Charite hospital em Berlim e entre os anos 1891-1899 e trabalho com Koch no seu Instituto para Doenças Infecciosas em Berlim. Durante esse período desenvolveu métodos para avaliar e padronizar a antitoxina difteria que levou-o a partilhar com Metchnikoff o Prêmio Nobel de Medicina em 1908. Em 1899, Ehrlich mudou-se para Frankfurt onde passaria o resto de sua vida. Trabalhou no Royal Institute for Experimental Therapy de 1899 a 1906 onde fez várias descobertas fundamentais para a quimioterapia, palavra cunhada por ele próprio para designar o “uso de drogas para causar danos a um organismo invasor sem prejudicar o hospedeiro” (Riethmiller, 1999, p. 28-29).

aos curandeiros. No século XVIII, como resultado dos estudos desenvolvidos no campo da química moderna desde o XVII, os compostos arsênicos foram considerados medicamentos de “primeira ordem” para tratamentos.⁸⁹

O medicamento enviado por Ehrlich era o derivado do Atoxyl n. 418, logo suplantado pelo 616, o Salvarsan. O Atoxil, cujo nome científico é Arsanilato de sódio (*Sodii arsanilas*), é o sal sódico do ácido arsanílico, preparado a partir da condensação de anilina e ácido arsênico. Tem a forma de cristais brancos, inodoros, solúveis em água e com leve sabor salgado. Possui efeitos tóxicos e o uso de todas as formas de arsanilato de sódio tem resultado em degeneração do nervo ótico, resultando em cegueira. A substância foi usada extensamente no tratamento de tripanossomíases com dosagem de 0.08 gramas ou 1/3 grãos aumentada gradualmente, mas os casos frequentes de cegueira levaram ao abandono quase total de seu uso (State Medical Examining and Licensing Boards, 2013). Aparentemente não devem ter sido satisfatórios os efeitos destas drogas nos trabalhos científicos de Chagas porque não se encontra qualquer outra referência a elas em seus textos.

“Nous n’avons trouvé, dans les mémoires publiés jusqu’ici, aucun reinsegnement sur le traitement de la maladie humaine dont le pronostic est très grave”, escreveu Laveran em *Trypanosomes et trypanosomiasis* (Laveran, Paris, 1912, p. 811).⁹⁰ Alguns ensaios terapêuticos experimentais, lê-se neste livro, tinham sido feitos no Instituto de Hamburgo por Martin Mayer e Henrique da Rocha Lima com o atoxyl, a quinina, o trypanrot, o Salvarsan, o tártaro emético, a fucsina, mas sem qualquer resultado digno de nota. Manson registraria alguns anos depois: “We know no specific remedy. Arsenicals and antimony have failed in experimental animals. Treatment, therefore, must be on general lines” (1919, p.192).⁹¹ Nesse caso, Manson refere-se apenas às experiências com animais e não menciona qualquer ocorrência em humanos.

Um folheto sobre a Doenças de Chagas produzido em 1944 para fins de educação sanitária dizia ainda que “Infelizmente, ainda não existe um medicamento capaz de curar definitivamente a doença” (Dias, 1944, p.11). E escreveu Chagas em publicação de 1916, em meio às observações sobre o caso n. 22, um menino de 7 meses de idade residente de Lassance (Chagas, 1916, p.55 [1981, p.325]): “A medicação sintomática pôde atenuar a diarreia”. No entanto, registros como esses são escassos e os casos apresentados às centenas nos seus artigos

⁸⁹ Sobre os compostos arsenicais ver Eisler R. A review of arsenic hazards to plants and animals with emphasis on fishery and wildlife resources. In: J. O. Nriagu, ed. *Arsenic in the Environment, Part II: Human Health and Ecosystem Effects*. John Willey and Sons, New York, NY, USA, 1994, p. 185-259.

⁹⁰ “Não encontramos, nas memórias publicadas até o momento, qualquer informação sobre o tratamento da doença humana, cujo prognóstico é muito graves”.

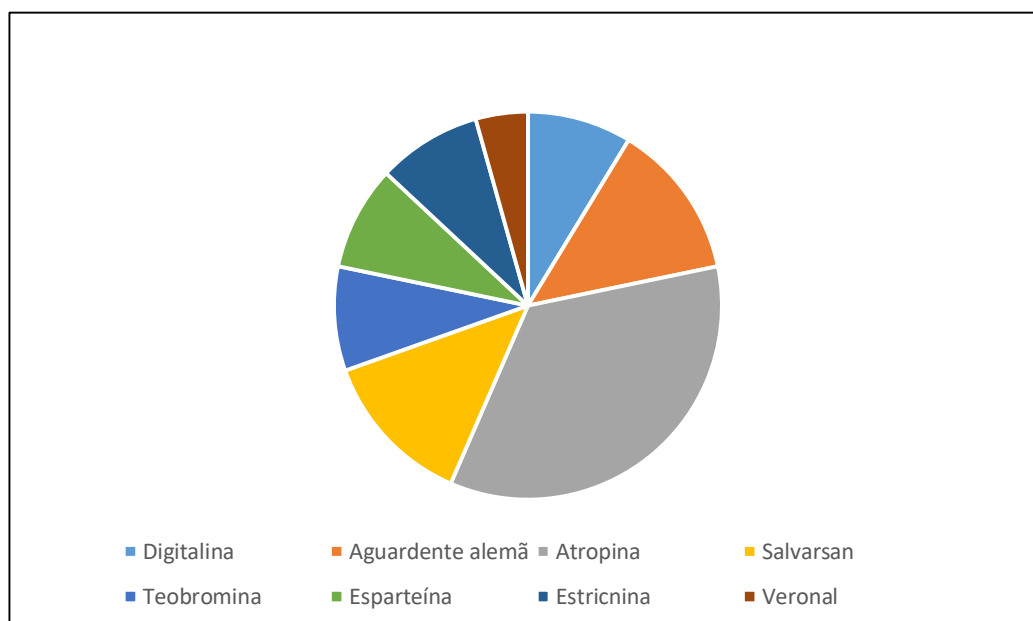
⁹¹ “Não conhecemos nenhum remédio específico. Arsenicais e antimônio falharam em experiências com animais. O tratamento, portanto, deve ser em linhas gerais”.

científicos evoluem para óbito, para a cronicidade, para o restabelecimento ou para desfechos incertos, aparentemente como se o curso da doença não fosse influenciado em qualquer medida pelos tratamentos prescritos ou pelos resultados das medicações nos corpos. Além disso, Chagas em publicação de 1911 mencionou o uso da quinina em doente para conter febres, mas não detalhou os casos ou forneceu qualquer outra informação sobre a droga (Chagas, 1911). Nesse momento a quinina era uma substância comumente usada e é conhecido que do fim do século XIX e início do XX, o quinino foi considerado o único tratamento eficaz contra doenças infecciosas, usada no tratamento da malária (Steven Riethmiller, 1999).

3.2 Registros prontuários e medicamentos para tratar doença de Chagas

A análise dos prontuários médicos do Hospital Oswaldo Cruz mostram as substâncias utilizadas pelos médicos do Instituto de Manguinhos, assim como os procedimentos realizados com doentes. Entre 1909 e 1918 a documentação contém registros dos medicamentos voltados à doença de Chagas, sendo as principais drogas usadas a atropina, os arsenicais (entre eles o Salvarsan), a esparteína, estricnina, veronal, teobromina, digitalina e a aguardente alemã, como demonstra o gráfico abaixo:

GRÁFICO 3
TRATAMENTO – DOENÇA DE CHAGAS (1909 – 1918)



A substância com maior incidência de prescrições é a atropina, analisada ainda nesse capítulo em seção própria para melhor visualizar suas nuances. É seguida pelos arsenicais e todo um repertório de sais e ácidos extraídos de plantas e minerais. O desconhecimento da doença de Chagas aparentemente abriu precedentes para uso de diversas substâncias em indivíduos, buscando em grande parte das vezes conter os sintomas incômodos apresentados. O tratamento destinado aos sintomas apresentados pelos pacientes, que somavam-se aos sintomas de outras enfermidades que portavam, eram intercalados com o uso de drogas utilizadas para doenças parasitárias conforme demonstravam os estudos da medicina tropical – principalmente a quinina e o atoxil.

3.2.1 As experiências com a tripanossomíase africana

Os conhecimentos sobre a tripanossomíase africana foram decisivo para as experiências realizadas em espaços hospitalares em que atuaram médicos do Instituto Oswaldo Cruz e as apostas terapêuticas nos arsênicos foram influência direta dos estudos entorno da doença do sono, a única tripanossomíase conhecida até a doença de Chagas.

De acordo com Isabel Amaral (2012, p. 1276) a doença do sono é uma das doenças tropicais mais estudadas na Europa e seu processo de caracterização fez parte dos interesses europeus na África uma vez que “dizimava grande número de pessoas, o que comprometia as políticas coloniais das grandes potências europeias”. A pesquisadora destaca que em Portugal os primeiros estudos clínico-laboratoriais sobre a etiologia da doença foram conduzidos pela Universidade de Coimbra no final do século XIX e que a primeira missão científica europeia para estudo da doença do sono data de 1901 de Portugal para Angola e envolveu pesquisadores de Lisboa e Coimbra – além de médicos que atuavam em hospitais das colônias. Ressalta que a fundação da Escola de Medicina Tropical de Lisboa e do Hospital Colonial de Lisboa (ambos em 1902) foram ferramentas importantes do ponto de vista político e cognitivo para as pesquisas de doenças endêmicas das colônias portuguesas na África (Amaral, 2012, p. 1294). No contexto imperialista, a tripanossomíase africana foi junto com a cólera, a malária, a febre amarela e a lepra uma das doenças tropicais que dificultavam desde os primeiros anos do colonialismo as autoridades coloniais, soldados, comerciantes, missionários e colonos (Correa, 2012).

Correa, ao analisar imprensa colonial alemã da época, aponta que em 28 de janeiro 1905 o jornal *Der Urwaldsbote*, impresso em Blumenau (Santa Catarina), publicou matéria sobre a doença do sono na África tropical fazendo referência ao seu inseto transmissor, chamado tsé-

tsé. Correa também ressalta que o impresso divulgou que a possibilidade da doença manifestar os primeiros sintomas apenas após algum tempo após a infecção, descreveu detalhadamente as fases da doença até a morte e confirmou que não havia sido fabricado remédio até aquele momento (Über die furchtbare..., 28.1.1905 In: Correa, 2012).

Mostra a historiografia que os dois componentes fundamentais das políticas adotadas pelas autoridades coloniais contra a tripanossomíase africana em doentes nativos eram a terapêutica associada a medidas de segregação, ambas mais ou menos compulsórias e draconianas, onde os doentes europeus eram objeto de procedimentos mais benignos. Nos primeiros anos após a descoberta do agente etiológico da doença do sono foi adotado nas missões médicas ao continente africano o Atoxil como medicação eficaz. A referência ao uso dessa substância foi divulgada no periódico alemão *Deutsche Ostafrikanische Zeitung* em março de 1907, como demonstra trabalho de Correa (2012). Essa edição do jornal expunha a combinação de medicamentos produzidos na Alemanha para o tratamento contra a doença do sono, o Atoxyl e o Trypanrot. De acordo com Correa, a matéria chamava a atenção para a medicina experimental de Robert Koch que “fez de habitantes insulares do lago Victoria-Nyansa cobaias humanas do tratamento com Atoxyl e Trypanrot” (Correa, 2012). E o Atoxyl também foi mencionado em outro jornal alemão como uma “arma na guerra” contra as consequências da tripanossomíase na África (*Lüderitzbuchter Zeitung*, 8.7.1911 In Correa, 2012).

A tese de doutorado de Frederico Leopoldino Rebêlo, apresentada à Faculdade de Medicina do Porto em 1921, versa sobre o uso dessa substância, o Atoxil, no tratamento da Doença do Sono (Rebêlo, 1921). Seu trabalho é contemporâneo aos estudos de Carlos Chagas e foi elaborado sobre basicamente o mesmo arcabouço da medicina tropical. A tese define a doença do sono como uma moléstia infecciosa crônica causada pela presença do parasita denominado *Tripanossoma Gambiense* no organismo e transmitida pela *Glossina palpalis* popularmente conhecida como mosca tsé-tsé.

A tripanossomíase em Rebêlo foi definida conforme mencionavam os conhecimentos organizados por D’Elia (1926, p. 702) em importante dicionário médico utilizado na formação de profissionais no início do século e pelo manual de termos técnicos de medicina Delamare (Garnier; Delamare, 1906, p. 510):

Trypanosomiase, s. f.

Nom générique donné aux maladies déterminées par les différentes variétés de trypanosome. Elles comprennent des maladies épizootiques frappant principalement les équidés et les bovidés, notamment *la maladie de la tsé-tsé*, le surra, le *mal de Cadera* la *dourine* et une maladie humaine, la *maladie du sommeil*.

Tsé-tsé (maladie de la).

Syn. Nagana. Trypanosomiase originaire des rives du Zambèze (Livingstone), répandue aujourd'hui dans toute l'Afrique centrale ou elle atteint surtout les chevaux, mais aussi les autres animaux domestiques. Elle est transmise par une mouche du genre glossine. L'homme lui est réfractaire. (Garnier; Delamare, 1906, p. 510)⁹²

Rebello descreve como características da doença a febre vesperal, emagrecimento, dermatoses, taquicardia, perturbações nervosas e mentais e em seu último estágio pela demência e tendência irresistível ao sono. Seu trabalho, circunscrito à medicina tropical, dialoga com Brumpt, Alphonse Laveran (1845-1922), Mesnil, Kopke e tantos outros pesquisadores que decifravam enigmas da parasitologia e helmintologia, assim como o estudos dos vermes, artrópodes e insetos, áreas entrelaçadas à medicina tropical.

Na tese, Rebello analisa principalmente as experiências resultantes das missões científicas de europeus ao continente africano entre o fim do século XIX e início do XX. Nos seus esclarecimentos iniciais sobre a doença afirma: “enquanto não foi descoberto o *Schizotripanum Cruzi*, a *tripanossomíase humana* e a *doença do sono* foram considerados como sinônimos, mas hoje a distinção está feita, porque o *Schizotripanum Cruzi* é de tripanossomíase humana e não produz a *doença do sono* mas sim opilação”. A tripanossomíase humana ilustra os manuais e dicionários médicos com protagonismo até 1910 (Garnier; Delamare, 1906; Littré. 1908); . Nesse ano, após divulgação da descoberta de Carlos Chagas, a literatura voltada ao ensino médico passou a integrar a tripanossomíase americana (D'Elia, 1926, p. 702-704; Brumpt, 1913).

Explica Rebello, em tese discutida anteriormente, que na época de suas pesquisas os autores chamavam de *tripanossomíase africana* a doença produzida pelo tripanosoma gambiense e de *tripanossomíase americana*, a produzida pelo Tripanossoma Cruzi (Rebello, 1921, p. 29). Esse esclarecimento é coerente com o propagado no manual de parasitologia escrito por E. Brumpt na década de 1910, onde organizou os conhecimentos mais relevantes à

⁹² Livre tradução: Tripanossomíase. Nome genérico dado às doenças determinadas pelas diferentes variedades de tripanosoma. Incluem doenças epizooticas que afetam principalmente equinos e bovinos, incluindo a tsé-tsé, o sutra, o mal de caderas e a doença humana, a doença do sono. Tsé-Tsé. Tripanossomíase nativa das costas da Zambésia (Livingstone), agora difundida em toda a África Central, onde atinge principalmente cavalos, mas também outros animais domésticos. É transmitido por uma mosca do gênero mosca tsé-tsé. O homem é refratário a ele.”

parasitologia. Na edição de 1913 Brumpt dedica um capítulo ao ensino sobre os flagelados e uma seção ao esclarecimento do gênero *trypanossoma*, definindo-o como:

Les Trypanosomes (...) tout au moins ceux des Mammifères, présentent un corps fusiforme effilé, à l'intérieur duquel on peut mettre en évidence, par la coloration, deux masses chromatiques: l'une d'elle volumineuse et généralement centrale est le noyau; l'autre petite, fortement colorée, placée entre le noyau et la partie postérieure du corps, est le blépharoplaste. Du blépharoplaste part un fouet ou flagelle, qui, en s'accrochant au corps, produit la membrane ondulante, au bord de laquelle il est facile à mettre en évidence; son extrémité antérieure est généralement libre et porte plus particulièrement le nom de flagelle. (Brumpt, 1913, p. 152).⁹³

Brumpt diferenciou dois tipos de parasitas dos mamíferos, sendo eles os patógenos e os não patógenos. Entre os não patógenos identificou 34 espécies. E agregou os *trypanosomas* patógenos em três grandes grupos, entre os quais os parasitas patógenos ao homem, sendo eles o *Trypanosoma Gambiense* (Dutton, 1902), o *Trypanosoma Cruzi* (Chagas, 1909) e o *Trypanosoma Rhodesiense* (Stephens et Fantham, 1910). Brumpt dedicou páginas à descrição da história dos tripanossomas, assim como sua descrição, habitat e evolução. Para a tripanossomíase africana, Brumpt descreveu os sintomas característicos, a anatomia patológica, a distribuição geográfica da doença, o complexo diagnóstico, a profilaxia e o tratamento destinado aos indivíduos atacados pelo mal. Sobre as medicações usadas, considerou o Atoxil a de melhores resultados obtidos.

L'atoxyl, étudié pour la première fois par W. Thomas (de Liverpool), rend de grands services; il peut ramener à la santé en quelques jours des malades qui semblaient perdus. Mais, comme il peut produire des accidents, il faut être prudent dans son emploi. Les auteurs conseillent de ne pas dépasser la dose de 0 gr. 50 par injection; on fera, pour commencer, une injection tous les cinq jours, puis on diminuera les doses. Le traitement doit durer plusieurs mois. Les parasites disparaissent vite du sang et des ganglions mais, d'après A. Kopke, ils persistent dans le liquide céphalo-rachidien, imperméable aux médicaments, ce qui explique les rechutes de la maladie. Mesnil et Brimont ont préconisé l'émétique, qui semble donner d'excellents résultats chez l'Homme et chez les animaux. Enfin on a conseillé d'associer à l'atoxyl, pour ne pas être obligé d'en donner de trop fortes doses, l'émétique de sodium ou de potassium, l'orpiment pur en pilules ou en solutions colloïdale, les sels de mercure, etc. (Brumpt, 1913, p. 180).⁹⁴

⁹³ Livre tradução: “Os tripanosomas (...) pelo menos os dos mamíferos possuem um corpo fusiforme cônico, dentro do qual se destacam, pela coloração, duas massas cromáticas: uma delas volumosa e geralmente central é o núcleo; o outro pequeno, muito colorido, colocado entre a nova e a parte posterior do corpo é o blefaroplasto. Blefaroplasto é um flagelo que ligado ao corpo produz a membrana ondulante, cuja borda é fácil de mostrar; sua extremidade anterior é geralmente livre e tem mais particularmente o nome de flagelo.”

⁹⁴ Livre tradução: “O Atoxyl, estudado pela primeira vez por W. Thomas (de Liverpool), presta ótimos serviços; ele pode trazer de volta à saúde alguns pacientes que pareciam perdidos. Mas, como pode produzir acidentes, é preciso ter cuidado no trabalho. Os autores aconselham não exceder a dose de 0, 50 gramas por injeção; Vamos

Chamou a atenção para os cuidados com a dose ministrada, recomendando pequenas doses intercaladas em tratamento progressivo ao longo de meses. E além do Atoxyl, recomendava que este fosse associado ao tártaro emético, substância que também demonstrava algum sucesso após experiências com humanos.

O estudo de Rebelo foi baseado nesses conhecimentos da parasitologia médica e contribuiu para elucidar com detalhamento as medicações que lançaram mão para tratamento da tripanossomíase africana antes mesmo de ser conformada a tripanossomíase americana por Carlos Chagas. Rebelo indica os precursores no uso do atoxil para tratamento da doença do sono em missões de estudo na África, o professor Aires Kopke, os chefes de Missões na ilha do Príncipe Bruto da Costa e Correia Mendes.⁹⁵ Afirma que Kopke começava o tratamento com doses fortes, de 1,5 gr. e 1 grama, de oito em oito dias. Ressalta que o aparecimento de lesões oculares graves em 20% dos doentes obrigou o médico a abaixar a dose da droga. Rebelo analisou vários tratamentos ministrados pelos médicos portugueses e dos casos concluiu que o atoxil na dose de 5 a 6 decigramas, em injeções duplas com 48 horas de intervalo de 10 em 10 dias, garantia bons resultados no tratamento da doença do sono. A partir das observações, indicava o método injetável sob a via sub-cutânea porque constatou que a injeção intrarraquidiana não obteve bons resultados, quando experimentada pela missão Correia Mendes, produzindo paralisias nos membros inferiores dos doentes da tripanossomíase submetidos ao tratamento (Rebelo, 1921, p. 43). Entre os casos analisados por Rebelo estão:

Caso I — Quisonga, natural do Angola, chegado à Ilha do príncipe aos 20 de novembro de 1907 e considerado infectado em 1909. Foi tratado primeiro com injeções simples de 5 decigr. de atoxil de 15 em 15 dias e só em agosto de 1912 passou a receber injeções duplas com 48 horas de intervalo e de 10 em 10 dias. O tratamento teve interrupção de 4 e 5 meses em cada ano, tendo cessado em outubro de 1913. Desde o início da doença até o dia da punção lombar aos 8-2-914, teve 43 dias de hospitalização. Aspecto bom, dum indivíduo robusto. Vários exames de sangue foram negativos, sendo o último em novembro de 1913. Resultado da punção lombar: ausência de

começar com uma injeção a cada cinco dias, depois reduziremos as doses. O tratamento deve durar vários meses. Os parasitas desaparecem rapidamente do sangue e dos gânglios linfáticos, mas, segundo A. Kopke, eles persistem no líquido cefalorraquidiano, impermeáveis às drogas, o que explica as recaídas da doença. Mesnil e Brimont defendem o emético, que parecem dar excelentes resultados e humanos e animais. Finalmente, foi aconselhado associar-se com atoxil, não ser obrigado a dar doses muito altas, sódio ou potássio emético, pílulas em pó puro ou em soluções coloidais, sais de mercúrio etc.”

⁹⁵ Isabel Amaral mapeia as Missões científicas à África por pesquisadores portugueses. Os estudos de Isabel Amaral apontam que foram realizadas oito missões ao continente africano pela Escola de Medicina Tropical de Lisboa entre 1902 e 1935, onde seis dessas missões incidiram sobre a doença do sono em Ilha do Príncipe, Moçambique e Guiné. Ver tabela elaborada pela pesquisadora in: (Amaral, 2012; 2013).

tripanossomas, muito raros elementos celulares e tensão média do líquido. (Rebello, 1921, 47)

Caso VIII— Manuel Lopes, natural de Oabo Verde, chegado à Ilha aos 6 de fevereiro de 1912 e considerado atacado aos 14 de novembro de 1912. Tratado com injeções duplas de atoxil de 5 decigr. de 10 em 10. dias e suspenso o tratamento em outubro de 1913. Houve somente 3 meses de interrupção no tratamento. Teve 30 dias de hospitalização. Aspecto bom e sem qualquer sinal da doença. Análise de sangue feito em dezembro de 1913 foi negativa. Resultado da punção lombar aos 23-2-914: ausência de tripanossomas, muito raros elementos celulares e tensão média do líquido. (Rebello, 1921, p. 47)

O primeiro caso descrito acima, assim como outros analisados por Rebello, foi tratado com injeção simples de 5 decigramas de atoxil com intervalo de 15 dias. Posteriormente o tratamento contou com injeções duplas com intervalo de 48 horas e a cada 10 dias. Esse tratamento foi iniciado em 1909 e interrompido com sucesso em 1913. O outro caso, igualmente bem sucedido, começou a ser medicado em 1912 e já iniciou com injeções duplas a cada 10 dias, sendo suspenso em 1913. Ambos os casos chamaram atenção pelo bom aspecto do doente e pela ausência de tripanossomas no sangue ao fim do tratamento. Ambos os casos pareciam obter sucesso com a redução dos dias para novas doses do atoxil. Não provocou reações físicas e o laudo laboratorial era satisfatório com a ausência do parasito.

As análises a partir dos casos investigados na Missão Correia Mendes, na roça Príncipe Real, demonstraram que o aumento da dose de atoxil ao máximo de 71gr garantiam “resultados felizes” no tratamento da tripanossomíase:

Caso XXXVIII – Tratado pelo mesmo processo anterior. Considerado atacado em 1907 a 1908. Análise do sangue em 10 de Julho de 1912 foi positiva, mas depois de tratado pelo processo de injeções duplas de 6 decigrs., o resultado foi negativo. Resultado da punção lombar 2 mezes depois da última injeção: ausência de tripanossomas. Raros elementos celulares e tensão média do líquido, (m. Correia Mendes). Para não me alongar mais na exposição dos casos, resumirei em poucas palavras. Mais 27 indivíduos submetidos ao mesmo tratamento, com dose total de atoxil de 18gr.7 — 25 gr. — 27 gr. — 37gr,6 — 4 l.Br4 — 48grv2 — 53gr-,8 — 56gr-,8 — 58gr',8 e 7lgr,2. A análise de sangue foi sempre negativa e o resultado da punção lombar sempre com ausência de tripanossomas, muito raros elementos celulares e quasi todas com tensão média do líquido, sendo raros com tensão fraca e forte. Todos estes casos foram tratados pela missão Correia Mendes na roça Príncipe Real. Além desses casos há mais 15 tratados com injeção dupla de 6'decigr. de atoxil com 48 horas de intervalo e de 10 em 10 dias. sendo o resultado seguinte: curados 10, melhorados 3 e no mesmo estado 2. Tem que se notar que o intervalo entre a punção lombar e a última injeção de atoxil foi de 1 (! 2 anos e alguns foram tornados a examinar quando terminado o seu contrato foram repatriados. Muito importante é a observação de dois casos tratados em 1907, por seis meses, por Bruto da Costa, na missão Correia Mendes, no Príncipe. Estes dois indivíduos foram observados pelo referido

médico na propriedade Caciquele (Catumbela) em Angola, em 1916 trabalhando com outros serviçães sem apresentar sintomas nenhuns de doença. Tanto vários exames do sangue como a punção lombar foram negativos para o tripanossoma, o que demonstra a eficácia do atoxil. O tratamento instituído foi o de injeções duplas do atoxil durante seis meses. (Rebelo, 1921 , p. 53-54)

O trabalho de Rebelo não inclui os casos em que o remédio não obteve o resultado satisfatório e conclui, com base nos estudos terapêuticos realizados entre 1907 e 1913, que o atoxil mostrou-se o melhor sucedido. Argumentou que vários medicamentos tinham sido preconizados e usados contra a doença do sono até a experiência com o atoxil, mas enfatizou que sem resultados muito satisfatórios. Entre os medicamentos, citou que Ehrlich propôs a arsacetina e parafuesina; Moor, Nierenstein e Todd propuseram injeções intramusculares de sais de mercúrio (sublimado e salicilato de mercúrio); o prof. Laveran e Dr. Thyroux indicaram o trissulfureto de arsénico; Broden e Rodhain, etc., o tártaro emético em injeções intra-venosas. Destacou que todos estes medicamentos foram usados por Aires Kopke com apresentação dos resultados em evento científico, no *XVI Congresso Internacional de Medicina*. E acrescentou que também foram usados o tripanrot, verde brilhante e injeções sub-aracnoideas de lisol com resultados nulos. Com isso reforça Rebelo que a missão Correia Mendes usou atoxil com afridol violeta, obtendo, resultados consoladores o que não sucedeu com afridol puro, chegando “à conclusão de que o tratamento pelo atoxil deve ser preferido a qualquer outro” (Rebelo, 1921, p. 56).

3.2.2 Tratamento com arsenicais e protozan

Apesar do Atoxyl ser considerado um avanço à época para a profilaxia da doença do sono, os resultados obtidos com seu uso não eram tão infalíveis contra a doença. O sucesso demonstrado por Rebelo em sua tese, discutida na sessão anterior, não pareciam suficientes para resolver o problema, tanto que pesquisadores permaneceram nos estudos em busca de um remédio e tratamento eficaz por anos. Nesse momento, considerado desafiador para os Impérios europeus a fim de sanar as doenças tropicais na África, a indústria farmacêutica alemã ganhava proeminência e desenvolvia-se como nunca, apesar da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) e suas consequências para a Alemanha com a perda de colônias na África, Ásia e Oceania (Correa, 2012; Hobsbawm, 2001).

Embora não tenha sido registrado na literatura médica da tripanossomíase americana, os metais foram utilizados no tratamento da doença de Chagas desde os primeiros anos de suas experiências com humanos. Um dos tratamentos consistiu no uso dos arsenicais. Um dicionário de medicina, publicado em 1910, definiu os arsênicos como um metal pesado bastante conhecido por sua toxicidade (Murray; M. D.; F. R. C. P., 1910, p. 99-100). O uso terapêutico dessa substância data de 400 a.C., com relatos de seu uso por Hipócrates, Aristóteles, Dioscórides e Plínio. Desde então foi objeto de estudos e sua história é permeada por lendas e tradições. Foi usado para envenenamento desde a Idade Média até o início do século XX. Segundo Gontijo e Bittencourt (2005, p. 81) sua popularidade e preferência podem ser atribuídas às características peculiares que apresentava, entre elas “o aspecto inofensivo, insípidez ou sabor levemente adocicado, podendo ser facilmente misturado aos alimentos”. Além disso, ressaltam os autores, era uma substância de “fácil obtenção, evolução insidiosa dos sintomas de intoxicação simulando doença e sua presença nos líquidos de embalsamamento – uma vez embalsamada a vítima tornava-se impossível a prova do envenenamento”.

Os compostos arsenicais foram também usado como alimento para cavalos. Ministrado em pequenas doses, atribuíam-lhe o aumento da força e a aparência robusta dos cavalos. Outro uso dos sais de arsênicos envolviam as práticas suicidas, sendo por esse motivo presente em todos os tratados de Medicina Legal e pelos estudos exaustivos acerca de suas ações tóxicas (Gontijo e Bittencourt 2005, p. 81). Foi usado com medicamento na virada do século XIX para o XX para tratamentos variados, sendo os compostos arsenicais empregados largamente, com ou sem respaldo científico, para tratamento de dermatoses como psoríase, pênfigo, eczemas, dermatite, acne, líquen plano, leishmaniose e sífilis. Eram ainda prescritos como tônicos e fortificantes no tratamento da malária, anemia, asma e escrófula. Eram medicamentos comumente prescritos para “problemas de estômago”, “nervosismos”, “acessos”, epilepsia e outras doenças (Dicionário..., 1944, p. 112). O Arsênico branco, ou anídrico arsenioso, era um composto branco de sabor doce que podia ser usado localmente como depilatório ou cáustico e era usado para tratamento da tripanossomíase “em solução de 1 por 1000” (Dicionário..., 1944, p. 112).

Outro metal usado pelos médicos do Hospital Oswaldo Cruz para tratamento da tripanossomíase foi o mercúrio. É um metal pesado usado na medicina há muitos anos a partir de diferentes preparos. O Dicionário de Medicina doméstica e popular, editado em 1865, continha as seguintes informações:

MERCURIO, Azougue ou Hydrargyro. É um metal líquido, brilhante, branco, muito pesado e volátil (...) No estado metálico emprega-se sempre misturado com outras substâncias, que o conservam em um estado muito repartido e subdividido, tais como greda, em forma de pó, com conserva de rosas ou extratos em forma de massa de pílulas, com banha e sebo em forma de pomada, com terebintina e emplastro simples em forma de emplastro. Raras vezes emprega-se o mercúrio metálico, só para uso interno (Langgaard, 1865, p. 34).

O Dicionário também expôs os efeitos terapêuticos do metal, e de suas preparações, em inflamações, vermes, afecções nervosas, doenças na pele e principalmente na sífilis e boubas. Assim como os arsenicais, o mercúrio também pode ser venenoso. Na forma *deuto-cloreto de mercúrio* é um sublimado corrosivo. Forma uma massa sólida, pesada, branca, cristalizada e é inalterável ao ar, sem cheiro, de sabor desagradável e metálico. O contato deixa escaras na língua ou qualquer outra parte da mucosa sob contato e é extremamente venenoso. Alertava o Dicionário que “uma dose de 4 a 8 grãos produz erosões no esôfago, estomago e todo o canal intestinal, vômitos, diarreia, gangrena interior, convulsões e finalmente a morte”, alertando, com isso, para o cuidado em seu manuseio (Langgaard, 1865, p. 35).

Das preparações com o metal, o Dicionário explica que o *Proto-cloreto de mercúrio* era o mais empregado na medicina. Definiu-a como massa compacta, branca, um pouco amarelada, pesada, com cristalização prismática, sem cheiro, insípida e insolúvel em água e álcool. Esclareceu que para o uso farmacêutico a preparação era reduzida a pó o mais sutil possível, apresentando-se como um pó branco e um pouco amarelado. Quanto ao uso, realçou: “Dado em doses um pouco elevadas, tem propriedades purgativas; em doses pequenas e continuadas, tem o eleito específico de quase todas as preparações mercuriais, e produz com o tempo salivação”. Sob a forma oral, essa solução era usada para quase todas as doenças, entre elas sífilis, boubas, inflamações agudas e as enfermidades das crianças com a seguinte orientação: “Uso interno, 5 a 24 grãos de uma vez como purgante. Como alterante $\frac{1}{2}$ grão a 3 grãos repartido por dia em pós ou pílulas” (Langgaard, 1865, p. 35).

Um dos casos medicado com o metal pelos médicos do Instituto Oswaldo Cruz foi o de **Pl.**, um bebê de sete meses, que “melhorou com o tratamento mercurial” (Prontuário, 12.02.1914) – não indicando a fórmula usada ou mesmo as doses ministradas. O menino faleceu poucos dias após entrar em contato com os médicos e iniciar tratamento para moléstia de Chagas, doença que parecia assolar seus familiares, como sua avó, “portadora de bócio volumoso”, o seu pai, “vivo e papudo”, e um dos seus irmãos que tinha a “moléstia aparente”. Nasceu seguido ao falecimento de sua mãe que sofria um quadro de pneumonia, passando a habitar um cafua infestado pelo barbeiro. Foi levado aos cuidados médicos por apresentar

diarreia, estar enfraquecido, com hipertrofia ganglionar generalizada e febres “acompanhadas de certa agitação”. Durante a assistência, sua temperatura corporal acusava 37,5°, estava pálido, prostrado e com edemas. Tinha salivação abundante, bronquite e diarreia persistente, sintomas possivelmente provocados pelo uso de substância mercurial, como apresentado antes. O baço, aumentado. O fígado, doloroso sob pressão, no entanto não demonstrava aumentado nas suas dimensões. A tireoide, perceptível com a apalpação, os gânglios hipertrofiados. Para fechar o diagnóstico de *moléstia de Chagas - forma aguda*, o exame de sangue periférico sentenciou a presença do tripanossomo. Seu caso foi considerado por Chagas, em publicação de 1916, como curioso por apresentar uma “quantidade excepcional de parasitos no sangue periférico e o aumento progressivo dos flagelados até o desfêcho da moléstia” (Chagas, 1916, p. 56). No detalhamento da evolução desse caso em prontuário médico há indicação de melhora da diarreia e da bronquite, persistindo, porém, o abatimento geral e a febre, “cuja marcha se fez com remissões irregulares, vindo a falecer no dia 19 do mesmo mês”. Ficou relatado nos registros médicos que nesse tempo em que o bebê foi investigado manifestou algumas vezes “acessos de sufocação de curta demora”, ao qual atribuíram o óbito. Ao relatar o caso dessa criança, em texto de 1916, Carlos Chagas afirma que foi uma morte rápida e que o caso não apresentou alterações do sistema nervoso, considerando o principal motivo do óbito “a gravidade extrema da infecção aos processos de miocardite aguda, de excepcional intensidade”. O registro médico e a publicação desse caso se completam, mas é curioso Chagas descrever as características clínicas, laboratoriais com o doente vivo, inclusive o exame pós morte do doente, mas não fornecer explicações maiores com relação às substâncias utilizadas para tratamento. Mencionou apenas o tratamento mercurial para conter os sintomas com o qual o bebê chegara à consulta, ou seja, diarreia crônica, fraqueza, emagrecimento e hipertrofia ganglionar generalizada, ressaltando, contudo, o sucesso da medicação apenas no cessar da diarreia.

À época em que os doentes, acima mencionados, foram atendidos pelos médicos do Instituto Oswaldo Cruz no interior mineiro, Eurico Villela experimentou uma medicação desenvolvida por Astrogildo Machado visando a cura da moléstia de Chagas. Chamado *protosan*, o medicamento foi criado para uma doença de cavalos chamada “mal das cadeiras” (Benchimol, 1999a, p. 60). Foi descrita dessa maneira no relatório de pesquisa do Instituto:

as pesquisas feitas com resultado de alto valor prático releva assinalar os magníficos estudos de quimioterapia, [do Dr. Astrogildo Machado], dos quais resultou a descoberta de certo corpo que foi denominado ‘Protosan’ de ação admirável sobre certas tripanossomíases e leishmanioses e que está sendo empregado com grande sucesso no Paraguay e na Argentina.
(Relatório 1915, p. maço 4)

Após essa notificação, o relatório afirma que o Instituto mantinha “com o máximo sacrifício” um posto de atendimento clínico em Minas Gerais, onde atuava o clínico Eurico Villela “fazendo aplicação dos remédios descobertos pelo Dr. Astrogildo Machado para a cura da Moléstia de Chagas” e que os resultados ali obtidos eram “ainda incompletos”, mas considerados bem animadores (Relatório 1915, p. maço 4).

O novo ácido orgânico, protosan, e seus sais para emprego nas doenças parasitárias foi criado por Astrogildo Machado e patenteado em 1914 (Patente 8.424, Diário Oficial, RJ, 23.09.1914, p. 10.361 In: Aragão, 20.01.1945, Necrológico do Dr. Astrogildo Machado, Memórias do IOC). O protosanato foi o usado para aplicação humana para tratar a tripanossomíase após experiência bem sucedidas em animais. Era comercializado em casas especializadas em produtos químicos para veterinária e agricultura. Uma delas era a *Casa Roberto Rochfort*, localizada na Rua do Mercado, Rio de Janeiro. O comércio anunciou seus produtos no *Correio da Manhã* (14.07.1918, p. 7), entre eles o Protosan “para o mal de cadeiras de animais” e o Protosanato de sódio “a 7,5% para aplicação do homem”.⁹⁶

A base do protosan é a quinina combinada com um ácido orgânico. Seu uso em animais foi descrito por A. Corrêa da Costa, criador de gado em uma fazenda no Mato Grosso, em periódico semanal chamado *O Mato Grosso* (13.12.1914, p. 3). O fazendeiro comunica em tom otimista que a substância protosan era capaz de resolver o problema do desenvolvimento da indústria pastoril, favorecendo assim os interesses dos criadores de gado “vacum e cavalari” em Mato Grosso. Relatou a experiência feliz em sua fazenda com o produto, apontando-o como oriundo de diversas pesquisas realizadas no Instituto Oswaldo Cruz através da inoculação de cobaias infectadas pela peste e de estudos realizados em cavalos em Manguinhos e outros locais do país. Nessas pesquisas, enfatizou, Astrogildo Machado recolhia previamente o sangue dos animais, examinava-o ao microscópio para confirmar a presença do micróbio, aplicava o reativo e realizava nova coleta de sangue para confirmar a aniquilação do patógeno. De acordo com o fazendeiro, para a eficácia do medicamento bastava uma aplicação intravenosa de 2 gramas, descrevendo dessa forma a experiência com a substância em sua fazenda:

⁹⁶ Entre os produtos anunciados pela Casa: As vacinas contra a batedeira dos porcos, contra a peste da manqueira, contra a pneumo-enterite dos bezerros, contra a espirilose das galinhas, contra a coqueluche, contra a enterite e demais complicações das vias gênito urinárias, contra enterites e demais inflamações dos órgãos genitais urinários, contra furúnculos e espinhas, contra o carbúnculo verdadeiro; as vacinas antipestosa, antiestafilococica, antitética, etc; e os soros antiofidico, antiescorpiônico, antitetânico, antidiftérico, antipestoso, antidisentérico, ante estreptocócico, antivacina, antihemolítico para reação de Wasserman; soro hormônico, soro normal de cavalo, soro glicerinado normal de cavalo, soro hemostático, soro renal caprino, soro hermético, soro tireo-privo, soro antitóxicogravidice; serinagas para veterinária, bombas para lavagem de animais, irrigação de plantas e desinfecção. Ver: *Correio da Manhã*, 14.07.1918, p. 7.

Aqui em Santa Cruz os primeiros sintomas de peste eram uma inchação ou edema do peito e esterno até o ventre, sucedendo depois, ou aparecendo mesmo sem os sintomas precedentes, uma caquexia caracterizada pelo entisicamento do animal que apresentava os vasos fundos e o ventre como que suspenso, varado, na acepção vulgar do termo, febre de 40° a 41° e bambeamento das cadeiras.

Nos casos agudos a aplicação do específico do dr. Machado foram de eleito surpreendente: os sintomas característicos da peste só com uma injeção diminuiram, acentuando o reabastecimento com duas injeções mais.

Nos casos crônicos a regressão como é natural parece mais lenta e demorada, porém é notável e manifesta a reação que o medicamento vai produzindo nos animais entisicados, bambos de cadeira, magros e inutilizados, restos ambulantes, da terrível peste que vagavam pelos campos.

(*O Mato Grosso*, 13.12.1914, p. 3)

Além desse caso, outra publicação, de 1920, demonstra o uso do Protosanato de sódio com bons resultados além do território nacional, para tratar o ataque de *mal de cadeiras* em British Guiana– sob a recomendação do Departamento de Agricultura após detectar a doença em fazendas de plantações de açúcar em 1912 (Harrison, J. B., 1920).

3.3 A fronteira entre medicamentos naturais e sintéticos

J.F.L., lavrador de Bom Jesus do Bagre, povoado de Minas Gerais, em sua primeira consulta, em 14 de abril de 1913, recebeu o diagnóstico de *Moléstia de Chagas, forma cardíaca*, confirmado pela *reação de Machado Guerreiro*,⁹⁷ feita naquele mesmo dia (Prontuário, 14.04.1913). Ao apresentar sua história, narrou que na infância teve “ataques”, convulsões que se repetiram até aproximadamente seus 18 anos, sintomas que desapareceram completamente a partir dessa idade. Disse ser um homem ser forte e disposto para o trabalho até o início da moléstia que o levava a assistência médica naquele momento. Descreveu os incômodos iniciados há cerca de um ano: “um ataque de ‘disenteria’”, dores nas pernas, no corpo, dores de cabeça, “batedeira de coração”, com batimentos precordiais fortes, acelerados, “batimentos no pescoço que sente até nos ouvidos”, palpitações em repouso, mesmo durante o sono, fazendo com que acordasse “sobressaltado” (J.F.L., Prontuário 14.04.1913, p. 1).

⁹⁷ Reação Machado-Guerreiro foi um exame laboratorial utilizado para averiguar as formas crônicas da doença de Chagas. Não foi usada para identificar diretamente o tripanossomo, mas permitia observar seus rastros imunológicos, o que evidenciava a infecção pelo *T. cruzi* (Kropf, 2009).

Contou que que andara “léguas a pé” para o atendimento, estando exausto naquele momento, pois o cansaço o acompanhava ainda que ao menor esforço físico. Queixou-se de suores abundantes, má digestão, “estomago azedo” ao ingerir determinados alimentos, e “avexame”. Afirmou que não perdeu o apetite e que não nega de modo algum a bebidas alcoólicas. Os primeiros exames cardíacos não acusaram sinais que chamasse atenção dos médicos além dos batimentos cardíacos acelerados (confirmar isso). Fígado, baço e tireoide sem aumento apreciável, ao contrário dos “gânglios ingnais um pouco aumentados”.

Questionado sobre sua família, e possíveis casos de moléstia de Chagas, expôs que que estava casado há 12 anos e era pai de cinco filhos “todos vivos e fortes”. Não menciona caso de doença de Chagas em sua família e ressalta que sua mulher não tinha o bócio, considerado principal sinal clínico da doença.

Recebeu então o paciente uma injeção endovenosa de 45 centigramas de Neoarsenammina (Neo-salvarsan ou 914), e também pílulas de esparteína - tônico do coração e diurético extraído das sementes da giesta-de-vassouras, - e de estricnina, alcaloide retirado da Fava-de-santo Inácio ou noz-vômica, veneno poderoso que, em dosagem adequada, era usado em doenças debilitantes, paralisias e em síndrome neurológica chamada *coréia* para excitar as funções digestivas, aumentar o apetite, a secreção urinária e as excreções (Littre, 1908, p.1596). Em 15 de julho, o doente recebeu outra injeção de 60 centigramas do 914, pílulas de esparteína e estricnina e ainda de veronal, pó cristalino e incolor usado como tranquilizante e para fim hipnótico com doses de 0,3 a 1 grama (Littre, 1908; Dicionário..., 1944). Veronal é o nome comercial do primeiro sedativo e sonífero do grupo dos barbitúricos, há pouco descoberto por Emil Fischer e Joseph von Mering (Veronal, 22.02.2016). O médico responsável por **J.F.L.** registrou que ele vinha melhorando muito com esse tratamento. Diminuíram as palpitações, voltaram-lhe as forças, voltou a trabalhar com disposição. Assim esteve por cerca de 15 dias quando começou a sentir novamente dores nas pernas e fadiga, voltou a aparecer edema na face, “não podendo trabalhar como antes”. Relatou que nesse momento apareceu o edema da face. Em sua consulta estava pálido, com edema no rosto e um edema palpebral. Em seu retorno foi medicado novamente com injeção de 914, pílulas de esparteína, estricnina e veronal (J.F.L., Prontuário 14.04.1913, p. 1).

Além do caso **J.F.L.**, o prontuário que melhor ilustra a complexidade clínica e terapêutica dos casos tratados é aquele referente a **J.M.**, lavrador de Taboleiro Grande, Rio das Velhas, Minas Gerais, que tinha 44 anos por ocasião da primeira consulta com Eurico Villela, na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, em 26 de julho de 1917. Na anamnese o médico verificou que desde criança fazia uso do álcool e do fumo – esse é um dado comum nos

relatos médicos dos pacientes; desde os 8 anos tivera a tireoide aumentada; sofrera de impaludismo e de uma adenite inguinal, guardara o leito por 6 meses devido a uma paralisia inexplicada. Sofria ainda de hemorroidas e tinha frequentes sangramentos nasais. Cerca de um ano antes da consulta começara a fatigar-se mesmo com esforços pequenos, tendo sempre dificuldade de respirar. Sentia dificuldade na deglutição, frio em excesso, tosse às vezes acompanhada de expectoração amarelada com raias de sangue. Os exames feitos pelo médico com o paciente em pé ou deitado em várias posições abrangeram os olhos, a face, gânglios palpáveis no pescoço, coloração e textura da pele, sistema piloso, aparelhos respiratório e circulatório, fígado, urina e um cuidado especial com a conformação, os ruídos e o ritmo do coração.

Como tratamento, Villela prescreveu uma sangria de 500 centigramas, porém, devido a um acidente operatório, o paciente teve notável perda de sangue, tendo sido feita a ligadura da artéria ferida. As sangrias foram procedimentos cirúrgicos muito utilizados até o século XIX, quando foram questionadas na medicina e paulatinamente deixaram de ser comum nos procedimentos médicos nas primeiras décadas do século XX (Vieira e Caverni, 2015).⁹⁸ Sob os preceitos da Teoria Humoral, diversos tipos de sangrias foram prescritos como conduta terapêutica que consiste em uma operação no intuito de abrir os vasos sanguíneos para evacuar o seu conteúdo (Langgaard, 1865, p. 412-421). A operação era realizada com o bisturi, lanceta ou *phlebotomo* e nos vasos capilares com lanceta, sanguessugas ou ventosas (Langgaard, 1865, p. 412). No caso do Brasil, a prática foi exercida com flebótomo, ventosas úmidas e sanguessugas e na maior parte das vezes executada ou acompanhada por enfermeiras (Vieira e Caverni, 2015, p. 247).

Além da tradição das sangrias, Villela também prescreveu-lhe injeções diárias de óleo canforado, um excitante dos centros respiratório, vasomotor e cardíaco, e um antiespasmódico e diaforético, combinado com digitalina, princípio ativo obtido das folhas da dedaleira usado como tônico e diurético. Os princípios não melhoraram o quadro cardiopático: continuou a arritmia, aumentaram o sopro e a estase venosa e as bulhas tornaram-se mais “obscuras”. O quadro complicou-se com duas descobertas: reação de Wasserman positiva mostrou que o paciente tinha sífilis; e o exame de fezes, que estava parasitado por ancilóstomos. Villela adotou

⁹⁸ Vieira e Caverni (2015 p. 235) discutem a técnica e a prática das sangrias realizadas por enfermeiras entre 1890 e 1949. Sobre a Teoria Humoral, destaca: “Nesse modelo de assistência médica, a saúde do ser humano era baseada no equilíbrio de quatro humores básicos: sangue, catarro, bílis amarela e bílis negra. Cada humor, em excesso ou em escassez, era associado às características pessoais e estas, por sua vez, com algumas condições patológicas. Nessa concepção, o desequilíbrio de um humor específico poderia ser corrigido a partir da manipulação dos demais humores, o que supostamente levaria ao equilíbrio humoral e ao restabelecimento da saúde.”

então tratamento mercurial. Dias depois, prescreveu também água vienense, purgante feito com sene, aniz, tamarindo e outros componentes. Em seguida o paciente passou a tomar pílulas de estriquina e beladona, três por dia, por dez dias. No dia seguinte, foi incorporado ao tratamento a dionina ou cloridrato de etilmorfina, composto branco e amargo usado como analgésico, antiespasmódico e sedativo. E ainda hidrolato de louro-cereja, medicamento extraído por destilação do *Prunus laurocerasus*, arbusto da família das rosáceas, com propriedades sedantes e expectorantes, muito usado nos catarrros crônicos, na asma e na hidropisia.

Injeções diárias de óleo canforado (1 centígrama) foram combinadas com colheradas, de duas em duas horas, de uma mistura em água de dionina, hidrolato de louro-cereja e bálsamo de tolu, estimulante, expectorante e estomáquico extraído de uma árvore tropical da América (*Myroxylon toluifera*). O tratamento prosseguiu por vários dias, somando-se a ele, num dia, uma talagada de purgante forte, conhecido como aguardente alemã, e retomando-se a certa altura as gotas de extrato de digitalina. Em 24 de agosto Villela retomou o tratamento mercurial: injeções intramusculares de benzoato de Hg (mercúrio), depois substituído por hidrocarboneto de mercúrio III. Na descrição do programa terapêutico adotado com aquele debilitado lavrador de Taboleiro Grande entraram ainda o benzoato de sódio (composto empregado contra a gota, os cálculos, o reumatismo, as afecções da faringe e dos brônquios); água vienense; nitrato de digitalina. Ao sair do hospital em setembro de 1917 o doente havia apenas melhorado, tendo ainda uma miocardite e mal de Chagas.

Assim como **J.M.**, outros doentes foram assistidos no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte nesse mesmo ano de 1917. Dos nove casos mapeados, estão os de **J.A.M.** (homem, morador do sertão mineiro não identificado a cidade ou povoado), **E.S.** (mulher de 25 anos, moradora de Santa Rita), **J.F.** (rapaz de 16 anos, morador de Soledade), todos trabalhadores do campo com diagnóstico de moléstia de Chagas e acompanhados por Eurico Villela. Possuem manuscritos em prontuário da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte e parte dos registros médicos redigidos em folhas timbradas da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, cujas aulas práticas, ao que tudo indica, aconteciam no Hospital da Santa Casa (Fig.21).

Os casos descritos até o momento apresentam a complexidade de estabelecer protocolos para tratar os doentes acometidos pelo mal de Chagas. Com tamanha variedade de sintomas e doenças diagnosticadas junto à tripanossomíase, os médicos lançaram mão de conhecimentos variados e experimentaram diversas substâncias, expressando dessa forma uma polifarmácia em grande parte dos tratamentos. Os medicamentos no fim do século XIX e início do XX eram utilizados em natura ou elaborados a partir de processo químico com extração de

vegetais e minerais, através da apropriação de conhecimentos de culturas de antepassados. Para Dousset (1985, p. 263-264), as fronteiras entre medicamentos naturais e sintéticos são muitas vezes confusas. As drogas naturais serviram de modelo, mas também de ponto de partida aos medicamentos sintéticos. Os químicos modificam uma substância natural, operação que leva o nome semi-sintético, causando frequentemente uma diminuição na toxicidade de uma droga, uma supressão de uma ação secundária ou um fortalecimento da sua atividade, podendo reduzir os efeitos colaterais. Nos casos descritos anteriormente de pacientes submetidos a experiências médicas do Instituto Oswaldo Cruz, foram usados com frequência os alcalóides em sua forma natural ou obtidas por sínteses.

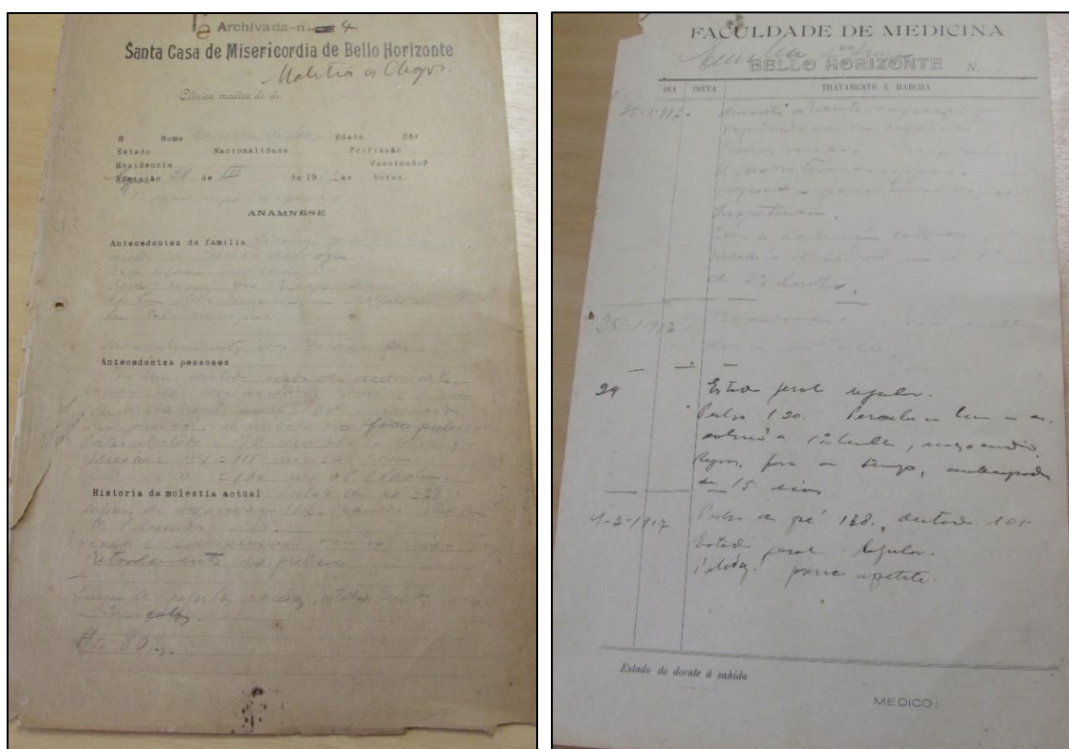


Fig.21 Modelo de prontuário usado pela Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte e modelo de Fichas médicas da Faculdade de Medicina.

Fonte: DADCOC-HEC, Prontuários.

Alcaloide é uma substância de caráter básico derivada principalmente de plantas, mas podendo ser também derivada de fungos, bactérias e de animais. O termo alcaloide foi proposto por W. Meissner no século XIX, aplicando-se a compostos básicos de origem natural que apresentam nitrogênio na sua estrutura. Formam um grupo heterogêneo de compostos naturais que, normalmente, apresentam uma estrutura complexa. Sua fórmula contém

basicamente nitrogênio, oxigênio, hidrogênio e carbono. Os alcaloides são providos de uma grande atividade farmacológica e toxicológica, como a quinina, morfina, estricnina, atropina, cocaína e etc. E essas substâncias correspondem aos principais terapêuticos naturais com ação anestésica, analgésica, psicostimulante, neurodepressora, etc. (Cabral e Pita, 2015; Simões; Schenkel; Gosmann; De Mello; Mentz; Petrovick, UFSC, 1999).

Uma dessas substâncias usadas nas experiências de médicos do Instituto Oswaldo Cruz foi a espartéina, um alcalóide líquido, oleoso e tóxico. Ministrada sob a forma de sulfato de esparteína, com um composto branco cristalizado e solúvel em água, sua fórmula foi utilizada à época para regularizar e aumentar a força das contrações cardíacas com doses variáveis entre 0,05 a 0,2 gramas ao dia, sob a forma de poção, pílula ou injetável (Dicionário..., 1944, p. 465). Outro alcalóide foi a estricnina, um alcalóide cristalino, amargo e muito tóxico obtido através de sementes de árvores da espécie noz-vômica, nativa do Sri Lanka, Austrália e Índia. A substância foi muito usado como pesticida, principalmente para matar ratos. Em humanos, suas propriedades foram indicadas para todas as debilidades astênicas, como sentimentos mórbidos ou depressivo, e para o tratamento de alcoolismo crônico. Utilizado sob a forma de sulfato e nitrato e comparado aos demais sais, a estricnina era o menos usado como terapêuticas. Quando fazia-se uso, as doses recomendadas eram de 3 a 10 miligramas (Littré, 1908, p.1596).

A quinina também foi usada com expressão pelos médicos do Instituto em seus acompanhamentos clínicos. Quinina é um alcalóide extraído da quina, de gosto amargo que tem funções antitérmicas, antimaláricas e analgésicas. Quina é a designação atribuída à casca seca de *Cinchona pubescens Vahl* ou de *Cinchona calisaya Wedd*, cujo gênero pertence à família Rubiaceae. A quineira, de onde se retira a quina, é originária da cordilheira dos Andes. A história desse medicamento aponta que seu conhecimento na Europa ocorreu a partir da chegada dos espanhóis aos Andes e a observação de que o uso das cascas da quineira tratava o paludismo (malária) fazendo com que colonizadores espanhóis comesçassem a utilizá-las. É considerada a droga americana com maior impacto na terapêutica europeia ocidental a nível científico, clínico e comercial. Inicialmente seu comércio para a Europa estava sob a responsabilidade dos padres da Companhia de Jesus, fazendo com que o pó das cascas ficasse conhecido, entre outros nomes, como o “pó dos Jesuítas”. A Farmacopeia de Londres, de 1677, incluiu o pó da quina como novo fármaco e em 1820, os cientistas Pierre-Joseph Pelletier (1788-1842) e Joseph Caventou (1795-1877) isolaram o alcalóide quinina. Refira-se que em 1810, o médico e cientista português Bernardino António Gomes (1768-1823) havia isolado a cinchonina, outro alcalóide das quineiras, facto que os investigadores franceses referem no trabalho de descoberta

da quinina (Cabral e Pita, 2015; Simões; Schenkel; Gosmann; De Mello; Mentz; Petrovick, UFSC, 1999).

As cascas da quina foram o primeiro tratamento eficaz da malária, depois substituído pela quinina, o principal alcalóide das cascas. Na primeira metade do século XX a quinina foi descrita na literatura médica como “substância branca, amorfa, inodora, de sabor muito amargo, pouco solúvel em água fria, água quente álcool e éter”. Ressaltava-se o caráter antisséptico da droga, “especialmente para os protozoários, já que *in vitro* uma solução a 1 por 800 faz com que o plasmódio de Laveran tome imediatamente suas formas cadavéricas”. Orientava que seu consumo em pequenas doses era capaz de estimular o sistema nervoso e tornar o pulso lento e que tomada em doses maiores paralisaria o cérebro, podendo ocasionar vertigem e surdez. E que em doses consideradas tóxicas causava a destruição dos glóbulos vermelhos e febre alta, com aparecimento de eritematosa, surdez e morte por asfixia. A principal função terapêutica da quinina era sua ação contra a malária em todas as suas formas, sendo esse o medicamento específico, mas considerava relevante seu uso para tantas outras enfermidades em que observara notáveis resultados, como gripe, febre tifoide, estados de debilidade e “agoniamento”, câncer e outros tumores malignos, e sífilis se associado ao bismuto (Dicionário..., 1944, p. 1064-1065).

3.4 O ‘baticum’ e as ‘facadas pesadas no coração’: experiências com a atropina

Registraram Chagas e Villela em 1922 o fato de que tinham sido muito promissores os resultados das experiências realizadas com o uso da atropina nas formas cardíacas da doença a partir daquele ano, no tocante às arritmias associadas à doença (Chagas e Villela, 1922, p.16-17 [1981, p.468-469]). E esta é a única medicação referida na primeira vez em que um artigo de Chagas (publicado na Alemanha) exhibe uma seção dedicada especificamente à ‘Terapia’ (Chagas, 1925, p.1367-1386 [1981, p.717]). Mas de acordo com análise a documentação médica do Hospital Oswaldo Cruz a atropina foi usada em doentes da tripanossomíase pelos cientistas do IOC que realizavam experiências médicas no interior do país muito antes de 1922. A substância foi usada inicialmente para conter um sintoma frequentemente narrado pelos doentes, as “facadas” e o “baticum” no coração, conforme expressões populares usadas para referir-se ao aceleração e dores no coração.

A atropina figura em lista da Organização Mundial de Saúde como um dos medicamentos essenciais aos sistemas básicos de saúde. É o agente antiarrítmico mais poderoso conhecido pela medicina ocidental, e por isso sua presença é indispensável na bagagem dos

médicos que prestam socorros de urgência.⁹⁹ A atropina é o alcaloide de uma planta da família Solanaceae - *Atropa belladonna* L., popularmente conhecida como beladona (bela mulher).¹⁰⁰ O nome está ligado à prática comum entre as mulheres italianas da Idade Média de pingar nos olhos sumo da planta para dilatar as pupilas e se tornarem assim mais bonitas, coisa que Cleópatra e outras egípcias faziam muito tempo antes. As medicinas egípcia, greco-romana e aiurvédica utilizavam a planta como anestésico, para combater a insônia e vários outros fins. O sumo de beladona era adicionado ao vinho usado nas festas em honra de Baco. E na Europa medieval, essa e outras plantas ricas em alcaloides tropânicos eram ingredientes de cultos praticados por feiticeiras em virtude de suas propriedades alucinógenas, favoráveis a profecias e adivinhações. Sob a forma de unguento eram aplicados em certas partes do corpo e no cabo da vassoura colocada entre as pernas da feiticeira, e assim, absorvido pelas mucosas vaginal e anal, o alcaloide dava-lhe a sensação de voar.

Os estudos sobre a beladona feitos por Karl Himly em Paris, em 1802, e depois pelo químico alemão Friedlieb Ferdinand Runge contribuíram para que fosse adotada pelos médicos em exames oftalmológicos. Rudolph Brandes obteve um alcaloide impuro em 1822. Nos anos 1830, atropina pura foi extraída da *Atropa belladonna* pelo farmacêutico alemão Heinrich F. G. Mein e por Philipp Geiger. A substância seria sintetizada pela primeira vez em 1901 por Richard Martin Willstätter (prêmio Nobel de química em 1915). Nesse intervalo seu uso disseminou-se não apenas entre os médicos como em laboratórios de farmacologia e fisiologia. Verificaram que a atropina inibia a ação da acetilcolina, molécula neurotransmissora que atua na passagem do impulso nervoso dos neurônios para as células musculares. Albert von Bezold e F. Bloebaum mostraram em 1867 que bloqueava os efeitos cardíacos da estimulação do nervo vago. Bezold produziria importantes trabalhos sobre os efeitos da atropina sobre o músculo cardíaco e o sistema cardiovascular.¹⁰¹ Clark menciona muitos outros trabalhos produzidos desde então, e pelo século XX adentro, sobre os efeitos antagonistas do alcaloide a diferentes substâncias responsáveis por respostas fisiológicas do organismo (Clark, 1973, p.194-195). Beladona e atropina eram também remédios para a asma (Sneader, 2005, p.96).

Validando noções do saber tradicional, a medicina de laboratório mostrou assim que, em doses baixas, a atropina levava à redução da frequência cardíaca, ao ressecamento da boca

⁹⁹ Venkatesan (15.8.2009). As considerações sobre a atropina baseiam-se em Martinez, Almeida e Pinto (2009, p. 2501-2507), Sneader (2005, p. 95-96) e Al (2014, p. 2-3), State Medical Examining and Licensing Boards (2013).

¹⁰⁰ É extraída de outras Solanaceae como a *Datura stramonium*, conhecida também como trombeta.

¹⁰¹ Estudos confirmados pelo farmacologista Adolf Jarisch nos anos 1930, lê-se em Albert von Bezold (22.2.2016).

e à inibição da transpiração. Em dose maior produzia aumento da frequência cardíaca, dilatação das pupilas e turvamento da visão. Aumentando-se a dose acentuavam-se esses sintomas, acelerava-se a pulsação, sobrevinha a ataxia, agitação, alucinações, podendo chegar-se ao coma. Cabe então lembrar que a atropina foi utilizada para provocar mortes por envenenamento e por causa disso figurou em inquéritos criminais. Não por acaso o nome provém de *Atropos*, uma das três parcas da mitologia grega, a quem cabia cortar o fio da vida.

Em verbete de um dicionário médico (Littré, 1908, p.124) lê-se que o alcaloide, em forma de agulhas de um branco brilhante, solúvel no álcool fervente, pouco solúvel na água e no éter, era ministrado em grânulos para tratar a epilepsia, a coréia, a incontinência urinária; em tintura ou xarope era remédio para coqueluche e escarlatina; em pomada servia para dilatar a pupila e combater doenças oftalmológicas.

O primeiro registro do uso da atropina na doença de Chagas foi encontrado em prontuário de 14 de outubro de 1912. O registro médico de **M.D.M.**, homem de 52 anos, não é um prontuário padrão (Prontuário, 14.10.1912). Em papel simples com pauta descreve o caso clínico e, ao que tudo indica, o documento foi usado para estudos médicos posteriores, como sugerem anotações e grifos. Esse indivíduo era morador de Porto da Manga (MG), povoado localizado há aproximadamente ‘5 léguas de Lassance’ – como destacado no Capítulo 2, essa unidade de medida varou de acordo com o tempo e no interior do país cada légua correspondia a 6 quilômetros. Tinha 2 filhos de seu primeiro casamento, um morto ao nascer e outro falecido com 1 ano de idade. Esse sertanejo que assim como outros tinha histórico de doenças venéreas, foi assistido dizendo-se doente há 12 anos com cansaço e inchaço. No momento da consulta estava pálido e com edema generalizado, mais acentuado na face e membros inferiores. Sentia dispnéia ao pequeno esforço, tonturas e tosse incomoda. De acordo com registro médico, era bem constituído, bem desenvolvido e de aparência forte. Suas veias do pescoço estavam engorritadas, o fígado aumentado e doloroso se pressionado, o baço e a tireoide aumentados, com visível expressão do bócio. Chama a atenção as marcações no documento, com escritos e grifos em vermelho. Neles escrito “Morte súbita”, provavelmente por “Insuficiência cardíaca”, e o escrito “pouco modificado” fazendo referência a “ausência de [modificação] pela atropina”, levando a crer que o uso da atropina não conteve os batimentos cardíacos. De acordo com o documento, **M.D.M.** “não ficou no Hospital retirou-se para sua casa a 5 leguas + - de Lassance” quando os médicos foram informados “que ao chegar a casa morreu subitamente”. Em seu prontuário foram grifados de vermelho o sintoma de tontura, descrito pelo doente, assim como todas as anotações referentes as alterações de fígado, baço, tireoide e cardíacas, e a experiência com a atropina.

Outro caso de experiência com a atropina é relativo a **J.M.S.**, doente que começou a ser tratado em junho em um dos hospitais do Instituto Oswaldo Cruz.¹⁰² Lavrador da cidade de Curvelo, em Minas Gerais, diagnosticado com a forma cardíaca da doença. O médico relata que injeção de 0,001 centigrama de atropina regularizou o ritmo cardíaco do paciente (Prontuário, 26.06.1913). Igual dosagem do medicamento foi administrada à mesma época a paciente com diagnóstico de hiperovarismo e arritmia cardíaca, **A.C.**, uma portuguesa de 33 anos que morava num distrito da cidade de Curralinho. “Com injeção de 0,001 de atropina o pulso se modificou tornando-se em sequência regular interrompida por extra-sístoles e a frequência aumentou de 80 a 108” – lê-se em seu prontuário (Prontuário, 29.06.1913). A dose prescrita era semelhante a indicada por dicionário médico da época, que recomendava as dose de atropina a outras doenças da seguinte maneira: “Elle se donne em granules de 1 milligramme (um à quatre par jour progressivement contre l'épilepsie, la chorée, l'incontinence d'urine); em teinture (1 à 3 gouttes en potion), ou em sirop (10 à 30 gr.), ou em prises de um quart de milligramme (une à deux par jour), dans la coqueluche et comme prophylactique de la scarlatine” (Littré, 1908, p. 124).

As atividades cotidianas de **M.L.S.** também foram comprometidas (Prontuários, 05.05.1913). Essa mulher de aproximadamente 50 anos, moradora do Engenho Velho / MG, procurou os médicos do IOC devido aos incômodos gástricos e cardíacos que sentia e que limitavam em suas tarefas. Disse sentir dor de cabeça, dores nas pernas e no peito, principalmente do lado esquerdo, dores gástricas e sentindo muitas vezes o estomago inchado – que aumentaram nos últimos tempos, principalmente as dores epigástricas. O fígado muito doloroso a pressão, a fadiga com esforço e as palpitações “que datam de muito tempo”, a dispnéia noturna e ao deitar e os edemas que reincidiam de tempos em tempos também foram narrados. Assim como os batimentos cardíacos fortes “como se tivesse feito uma corrida ou levado um susto, ora lentas e fortes” como se sentisse umas “facadas pesadas no corações” (aspectos assinalados com grifos em vermelho). Sua consulta data de 5 de maio de 1913 e em poucos dias, precisamente em 11 de maio seu estado geral foi considerado melhor e **M.L.S.** sentia-se bem. Embora o prontuário médico não contemple com detalhes a medicação e os procedimentos utilizados com a doente, registra “modificações do pulso pela atropina”.

¹⁰² Os prontuários relativos a atendimentos feitos antes da inauguração do Hospital Oswaldo Cruz, anexo aos laboratório de Manguinhos, em Lassance, em abarracamentos móveis em MG ou em outros hospitais, como o de Belo Horizonte – onde uma filial do IOC foi inaugurada em 1906 – foram arquivados como documentação do “Hospital Oswaldo Cruz”. Nem sempre é possível certificar o local de assistência. Da mesma forma, nem sempre é possível perceber se se trata de atendimento ambulatorial ou de internação.

Injeções de atropina também foram testadas em **L.J.V.** (Prontuários, 15.08.1913), diagnosticado com moléstia de Chagas forma cardíaca: “A injeção a 0,001 de atropina acelerou os batimentos sem modificar o ritmo bigemismo”. Jovem “trabalhador” de aproximadamente 35 anos de idade, seu caso chamou bastante atenção dos médicos por se tratar de um homem “forte” e vir a óbito inesperadamente por “morte súbita”. Morador de Pasto dos Bois / MG, **L.J.V.** era “bem constituído”, “bem conformado” e musculoso. Em seu histórico havia apenas impaludismo, negando inclusive “qualquer antecedente venéreo”. Dizia-se forte, trabalhando bem até 5 anos antes da consulta médica, quando começou a sentir fraqueza nas pernas, cansaço a noite, vista turva, tonturas, “perturbações gástricas, sensação de peso e de gastura que dificultavam sua alimentação. Queixou-se de palpitações, batimento forte “sem se acompanhar o avexame”. Além dos batimentos “ora por esforço, ora com pulso em repouso”, fadiga ao esforço e as vezes a noite, pareceu visível sua palidez e os edemas generalizados, leve na face, principalmente palpebral. Tinha o fígado doloroso à pressão, falta de apetite, o ventre flácido e o baço aumentado, ainda que não estivesse doloroso. O exame de autópsia, constatou sua morte após 6 dias de experiências médicas. O exame foi realizado pelo Dr. Cezar Guerreiro duas horas após o falecimento de **L.J.V.**, assinado em 21 de agosto de 1913 em Lassance.

3.5 “Perturbações do coração”, o nó atado e os estudos do ritmo cardíaco

Na *fase crônica*, as arritmias passaram a ser um importante critério para o diagnóstico clínico da enfermidade. Ao analisar os prontuários médicos do Hospital Oswaldo Cruz, é possível afirmar que desde 1910 pacientes foram submetidos a exames cardíacos (caso G.S. de 1910 e J.S.M. de 1911). Geralmente os exames eram realizados em pessoas doentes que recebiam o diagnóstico de *Moléstia de Chagas - forma cardíaca*, como o caso de (**A.F.C.**, **A.J.S.**, **A.V.G.**, **C.C.S.**, **D.T.**, **J.J.O.**, **J.P.**, **J.L.A.**, **M.A.**, **M.E.**, **M.D.M.** e **A.M.A.** (Prontuários, 1912).

Ainda que a forma cardíaca da doença viesse a obter relevo nos estudos de Carlos Chagas a partir de 1916, as alterações cardíacas apareceram como um nó atado desde o primeiro conjunto de pacientes analisados pelos pesquisadores de Manguinhos em Lassance e suas proximidades, principalmente por Carlos Chagas ao retornar a Minas Gerais meses após anunciar ao mundo científico a nova doença. Os casos investigados desde 1910 sinalizaram muitas irregularidades do ritmo cardíaco dos doentes, causando, inclusive, espanto nos pesquisadores ao constatarem a frequência de arritmias em indivíduos jovens. Como relatou

Carlos Chagas em texto publicado nas Memórias do IOC, “jamais as perturbações do ritmo cardíaco foram observadas em número tão elevado e em idades tão distantes da velhice” (Chagas, 1911, p. 251). Diante de expressiva alteração do ritmo cardíaco averiguado nos corpos dos doentes assistidos nas proximidades de Lassance, Carlos Chagas vislumbrou a possibilidade de “criação dum grupo clínico especial” a investigar os possíveis sintomas cardíacos da nova doença. Para isso, argumentou que a maioria dos casos, “senão a totalidade dos nossos doentes”, apresentavam “graus variáveis de insuficiência cardíaca”, sendo, então, “as perturbações do coração” um dos elementos “mais interessantes nas manifestações desta doença” (Chagas, 1911, p. 250).

Uma tecnologia médica utilizada à época por Carlos Chagas e Eurico Villela para auxiliar as pesquisas cardíacas foi o esfigmógrafo, instrumento utilizado para medir as alterações do pulso. Foi usado para realização do exame chamado “traçado esfigmográfico” (Chagas, 1911, p. 252). A referência ao exame é comum nos registros médicos a partir de 1911, onde as primeiras páginas dos prontuários constam um carimbo com a informação *traçado* ou *tem traçado correspondente*. Em alguns casos o exame chamado *traçado* encontra-se anexo ao documento do doente. A documentação mais remota é referente ao caso do paciente **J.S.M.**, indivíduo de vinte e cinco anos, pardo, morador de Contrie/MG, trabalhador da lavoura. Diagnosticado com *Moléstia de Chagas-Forma cardíaca*, foi submetido a exames antropométricos com registro de altura, circunferência torácica e outras medidas corpóreas. Sua anamnese consta que “não relatou antecedente mórbido algum”, teve três irmãos, sendo dois homens e uma mulher, todos pouco desenvolvidos e doentes. A única queixa assinalada diz respeito ao cansaço e as sofridas há aproximadamente um ano antes de sua consulta. O documento é composto por 3 tiras de papel com pauta onde foram mapeados, através do exame de “pulsção”, os registros de seu pulso radial pelo esfigmógrafo.

A.F.C., lavrador de Maquiné (MG), teve a primeira consulta em 26 de outubro de 1912 (Prontuário, 26.10.1912). Diagnosticado com *forma cardíaca da Doença de Chagas*, mas sofrendo não apenas de arritmias como de enterite, edemas e artrites, recebeu como tratamento a esparteína, aqui combinada com calomelano, derivado do mercúrio, também chamado cloreto mercuroso ou protocloreto de mercúrio, usado como purgativo e anti-sifilítico. Homem branco de vinte e nove anos de idade, nascido no último quartel do século XIX em Cordisburgo da Vista Alegre, período em que o povoado, chamado até então de Coração de Jesus da Vista Alegre, foi elevado a distrito subordinado ao município de Sete Lagoas.¹⁰³ A cultura local

¹⁰³ Cosdisburgo da Vista Alegre foi elevado a distrito através do decreto de 09 de junho de 1890 pelo prefeito de Minas Gerais João Pinheiro da Silva. Foi incorporado ao município de Paraopeba em 30 de agosto de 1911 e

atribui o nome Cordisburgo a uma homenagem feita pelo padre João de Santo Antônio ao Sagrado Coração de Jesus. Na etimologia da palavra, *cordis*, em latim, significa coração, e *burgo*, no Alemão, significa vila ou cidade. Considerando a origem da palavra, é interessante o fato de ter ocorrido com um morador do distrito de Cordisburgo, o **A.F.C.**, o primeiro caso clínico com rico detalhamento dos aspectos cardíacos da nova doença, analisado na próxima sessão a fim de visualizar melhor suas nuances.

O caso de **A.F.C.** demonstra elementos investigativos que reforçaram, junto a outros casos, a afirmação do bócio como símbolo da doença. Ao mesmo tempo, o caso contou com a descrição dos primeiros sintomas cardiológicos em doentes diagnosticados com a nova tripanossomíase. **A.F.C.** era casado e a principal atividade econômica de sustento de sua família era a lavoura. Em seu primeiro contato com Carlos Chagas, indagado sobre seus antecedentes mórbidos, mencionou que sofrera apenas “acessos a febres” e negou qualquer moléstia venérea além de gonorreia. Sua principal queixa foi referente aos sintomas que vinha apresentando “há cerca de um ano”. Para o doente, desde então não conseguia “fazer exercício violento, andar a pressa” e qualquer esforço mais intenso, como, por exemplo, “subir morro”, causava-lhe extrema cansaça. Ainda assim, enfatizou que realizava “o serviço da lavoura comum sem fadiga anormal”. Em sua anamnese contou que há nove meses “teve reumatismo que lhe atacou a perna direita”, ficando algum tempo sem poder andar. A partir disso, explicou, a fadiga em seu corpo aumentou e começou a sentir o estômago pesado, excesso de gases no estômago e intestino. Queixou-se que a fadiga aumentava progressivamente, inclusive nos momentos em que estava em repouso, atrapalhando seu conforto, principalmente ao deitar à noite para dormir, a tal ponto que “era obrigado a dormir recostado”, e muitas vezes “não podia dormir com a cansaça” que sentia. No registro médico de sua primeira consulta há referência a tosse, edema generalizado, disfunção dos batimentos cardíacos, dispnéia ao decúbito e constatação de que suas veias do pescoço apresentavam batimentos muito acentuados.

Após quase um mês de observação, em 14 de outubro, **A.F.C.** apresentou melhora dos sintomas clínicos de que havia se queixado, o que é atribuído ao tratamento ao qual esteve submetido. Os médicos consideraram que seu aspecto geral era regular e que não apresentava mais dispnéia em repouso ou noturna, apenas quando fazia esforço. Ocorriam palpitações raras e os edemas tinham desaparecido. Diante da considerável melhora, ganhou alta após dois dias e retornou às suas atividades cotidianas.

emancipado em 1938, compreendendo os distritos Sete Lagoas (Lagoa Bonita) e Traíras (Santana de Pirapama) e passou a se chamar apenas Cordisburgo.

Disponível em: <http://www.cordisburgo.mg.gov.br/143/DadosMunicipais/> Acesso em: 27 de abril de 2017.

Em 12 de janeiro de 1913 retornou ao pequeno Hospital em Lassance queixando-se de que vinte dias após sair do hospital sofrera um “acesso de enterite que durou alguns dias”. Queixou-se que voltara a “canseira” e os edemas, sentia palpitações mas não tivera “tonteiras, nem ataques”. Nessa consulta os médicos registraram a palidez do doente, os edemas de tronco e face, o edema bronco pulmonar, o fígado aumentado, a permanência da ascite – nome que davam os médicos à barriga d’água, acúmulo de líquido seroso ou serofibroso no peritônio -, certamente ligado aos incômodos digestivos de que se queixava. Apresentava ele ainda tosse, dispneia e o coração dilatado. Foram realizados exames cardíacos, o chamado traçado, acusando “42 pulsações, irregulares arrítmicas”. O paciente viera perdendo peso progressivamente.

Apesar disso, uma progressiva melhora foi constatada na evolução do caso de **A.F.C.** ao longo do ano de 1913. Em outubro há registros de que tinha melhorado de todos os sintomas, com diminuição da dispneia, podendo já dormir deitado. Além disso, os médicos constataram que os edemas estavam quase desaparecidos pelo uso do neosalvarsan e que as dores de cabeça que o assolava haviam cessado com o uso da teobromina. Teobromina é um alcaloide da família das metilxantinas, da qual também fazem parte a teofilina e a cafeína. A substância foi descoberta no final do século 19, e colocada em uso em 1916, quando recomendada pelos *Princípios de Publicação de Tratamento Médico* como um tratamento para edema (líquido excessivo em partes do corpo), ataques de angina sífilítica, e angina degenerativa. Na medicina moderna, a teobromina foi usada como um vasodilatador (um alargador de vaso sanguíneo), uma ajuda para eliminar a urina e estimulante do coração. Como é um estimulante do miocárdio, aumenta as batidas do coração, contudo também dilata os vasos sanguíneos, enquanto diminui a pressão sanguínea (Thomas Edward Thorpe, *History of Chemistry*, 1909).

Em novembro de 1913 os médicos ressaltaram uma melhora acentuada do quadro clínico, entre elas, a ascite diminuída, um leve edema no tronco, “Matidez cardíaca não modificada – sopro audível”, coração e fígado um pouco diminuídos, “respiração calma e regular” e boa análise dos pulmões. No entanto, os “fenômenos subjetivos” não apresentavam melhoras, como a dispneia ao esforço. A dispneia havia desaparecido no repouso e voltava a aparecer no esforço. Segundo o registro, o doente não voltou a apresentar a dispneia em repouso, nem a noite, “tendo dormido bem as últimas noites”. Por outro lado, “persiste sopro tricuspídeo”, os batimentos irregulares e o coração não diminuiu o volume “como mostra o traçado a percussão”.

Em seus últimos dias de vida, queixou-se de dispneia noturna, seu fígado apresentou um estado “aumentado e doloroso” e teve raros “acesso a palpitações”. Ainda assim, consideravam

seu caso apresentava um “estado geral bom”, com edemas desaparecidos e um quadro clínico estável. “Coração (...) 47 batimentos cardíacos por minuto com algumas extrasístoles. Injeção a $\frac{3}{4}$ mil. a atropina. Peso 53,200. Em 16 de novembro de 1913 apresentou estado geral melhorado. Traçados: pulso irregular e arritmico.” Apesar de expressiva melhora nos últimos meses, **A.F.C.** morreu subitamente, assim como muitos outros indivíduos doentes submetidos a experiências médicas.

A.S. também apresentam um caso rico de observação dos sinais cardíacos da doença acompanhados pelos médicos cientistas e foi um dos indivíduos a ser submetidos a experiências terapêuticas da forma cardíaca da moléstia de Carlos Chagas (DADCOC, Prontuário, **A.S.**, 17.02.1913). **A.S.** era um homem de 39 anos de idade morador de Contrieira, Minas Gerais. Lavrador, pai de sete filhos, dos quais quatro deles eram falecidos. O registro médico enfatiza seu “aspecto cretinoide”, com estatura considerada abaixo da média, nariz chato, dedos curtos e grossos e uma “voz rouquenha, anasalada”. Tinha o coração, o baço aumentado e o bócio volumosos. Disse ser “forte e disposto para o trabalho” há até cerca de dois anos, quando começaram “sofrimentos” com fadiga, “batição de coração”, “sensação de fartura a ingestão de qualquer alimento”, com exceção de água, “sensação de bolo no estomago (...) que sobe pela garganta e tapa o fôlego”, estomago e ventre inchados, “sentindo até as tripas inchadas”. Descreveu os sintomas e enfatizou que aumentaram “a ponto de não poder trabalhar”. Em momento do atendimento clínico, tinha dispneia de esforço, dispneia de decúbito, acessos de dispneia sentado e em repouso. A dispneia noturna interrompiam o seu a noite e os “acessos de batimentos cardíacos forte e rápido (...) quase dolorosos” também eram incômodos cotidianos. Mencionou que “os acessos são de curta duração, uma chegando a $\frac{1}{2}$ hora, encaixando-se aos poucos”. Além desse mal estar, relatou as tonturas sentidas.

Apresentava edema generalizado, palidez, o fígado amarelado e doloroso a pressão, o baço aumentado e o bócio volumoso. Esse homem, caracterizado pelos médicos como possuidor de “inteligência regular” e gago, tinha seu coração muito dilatado e arritmia com extrasístoles frequentes. Para conter os sinais físicos do coração foi medicado inicialmente com Calomol, digitalina e teobromina, sem sucesso aparente nos dias seguintes, com exceção dos fenômenos subjetivos, esse melhorados: “dorso calmo, dispneia de esforço diminuído, bem como decúbito”. À medicação foi acrescentada a esparteína, quando sentia-se melhor e pediu alta do hospital de Lassance. Mas retornou em poucos dias. Apesar de apresentar um estado geral regular, sofria com sopro no coração e extra-sístoles numerosas, quadro que rapidamente foi revertido. Medicado com atropina para “corrigir bigeminismo”, o quadro clínico de **A.S.** apresentava os edemas um pouco aumentados, com sopro tricúspide e palpitações,

principalmente a noite, quando sentiu-se um pouco melhor e pediu novamente alta do hospital. Em seu prontuário há registro de que “faleceu meses após ter um acesso de arritmia”.

No caso de **A.M.A.**, uma mulher de 36 anos de idade era viúva e trabalhava como cozinheira. Chegou a consulta em 19 de junho de 1912 com dores nos membros inferiores, principalmente nas pernas. Essa mãe de dez filhos, dos quais 6 estavam mortos, um deles ao nascer. Relatou que nunca teve febres e que ultimamente sentia cansaço seguido de edemas e tosses. Reclamou de “vertigens com quedas”. No momento da assistência médica o baço estava aumentado e apresentava alguns nódulos endurecidos. Em poucos dias de observação esteve febril, com o fígado aumentado, escarros sanguinolentos com sangue vivo, tosse e leves edemas que aos poucos foram desaparecendo. Ao longo de dois meses foi submetida a exames cardíacos que constataram o coração dilatado e irregularidades do ritmo cardíaco. Além do eletrocardiograma, a documentação médica agrega desenhos do coração – exame presente em vários outros prontuários médicos do Hospital Oswaldo Cruz. A doente veio a óbito por síncope cardíaca em 22 de agosto de 1912.^{104 105}

Os casos até aqui apresentados, somado a outras experiências médicas realizadas desde 1910, criaram as bases para as revisões de Chagas e a formulação de um novo quadro clínico da doença a partir de 1916. Reformulações estas motivadas pelos debates e controvérsias em torno da tripanossomíase americana entre 1914 e 1918, momento em que a doença esteve no centro do debates científico e político.

3.6 O ‘selo’ da doença confrontado: debates, controvérsias e um novo quadro clínico

As experiências terapêuticas relatadas anteriormente antecederam uma controvérsia científica de vulto que colocou em cheque as afirmações do trabalho de Carlos Chagas sustentados inicialmente sobre a moléstia. A origem da controvérsia advém de pesquisas realizadas na Argentina que questionavam os aspectos clínicos propostos por Carlos Chagas em relação ao bócio como símbolo da doença, a caracterização da forma crônica, a teoria da

¹⁰⁴ Um dos laudos do exame cardíaco esteve sob a responsabilidade de Pedro Felix Lobinho. Não foi possível identificar esse profissional.

¹⁰⁵ Síncope é uma perda transitória da consciência. Chamada popularmente de desmaio, tem como característica o aparecimento súbito, uma curta duração e a recuperação espontânea. É produzida por irrigação cerebral insuficiente e pode ter causas variadas. Quando associada a uma arritmia, refere-se a problemas com as válvulas cardíacas, com o miocárdio ou o bloqueio das artérias coronárias que irrigam o coração. Ver dicionário médico disponível em: www.dicionariomedico.com, acesso em 15.08.2018.

vasta extensão geográfica da endemia rural e o diagnóstico apoiado na constatação laboratorial através da presença do parasito no sangue dos indivíduos.

De acordo com os estudos desenvolvidos no país vizinho, não foram encontrados casos da doença na Argentina apesar da presença de *vinchucas* (barbeiros) infectadas pelo *T. cruzi*. Também argumentaram que no caso do Brasil poucos casos da doença foram demonstrados pela presença do parasito no sangue. Após estudos investigativos da doença de Chagas na Argentina, realizados por uma comissão, os pesquisadores Carlos Maggio e Francisco Rosenbusch, do Departamento Nacional de Higiene, publicaram em 1912 um breve trabalho relatando tais estudos. Destaca Kropf (2009, p. 178) que desses estudos derivaram as primeiras críticas à classificação clínica estabelecida para a tireoidite parasitária, críticas elaboradas a partir dos estudos do microbiologista Rudolf Krauss, da Universidade de Viena, que desenvolvia pesquisas na Argentina desde 1913. Em publicação de Kraus, Maggio e Rosenbusch, de 1915, opõem-se à tese defendida por Chagas de que o bócio endêmico, na regiões infestadas pelo *T. cruzi*, eram uma manifestação clínica da tripanossomíase, ao contrário dos casos verificados na Europa.

A partir dos estudos do Departamento Nacional de Higiene em colaboração com médicos rurais, os pesquisadores indicaram as áreas de maior ocorrência de *vinchucas* infectadas com o *T. cruzi* na Argentina. Na província de Salta, localizada no norte do país, com grande concentração de casos de *coto* ('papo'), foram realizados experimentos com animais de laboratório e feitas necropsias, onde encontraram o parasito na coração e em fibras musculares dos animais. No entanto, ao investigarem o sangue de 13 indivíduos portadores do bócio, e outros sinais clínicos descritos por Chagas, como a idiotia, tiveram resultado negativo, não encontrando o parasito no sangue de cobaias inoculadas com sangue daquelas pessoas (Kropf, 2009, p. 178-179).

Os pesquisadores inquietavam-se porque em determinadas regiões da Argentina havia *vinchucas* infectadas, mas nenhum portador de bócio. Por outro lado, nos doentes que tinham o bócio evidente, examinados em áreas com a presença do vetor, não foram identificados o *T. cruzi*, levando os pesquisadores a questionar a relação entre o bócio e a infecção parasitológica do *T. cruzi*. Para Kropf, o argumento fundamental da crítica que empreenderam "era de que o 'papo', bem como as manifestações tireoidianas e neurológicas consideradas como forma clínicas da tripanossomíase, não tinham qualquer relação com a infecção pelo *T. cruzi*, sendo apenas sintomas do bócio e do cretinismo endêmicos descritos na Europa" (Kropf, 2009, p. 180). Ainda que não tivessem encontrado casos da forma aguda no território da Argentina, os pesquisadores não contestavam a existência dos casos encontrados no Brasil, se excluídos os

sintomas tireoidianos, como o mixedemas, o chamado idiotismo, e a hipertrofia da tireóide. As demais manifestações clínicas descritas por Carlos Chagas com relação a fase aguda da doença foram aceitas, como as febres e a alteração ganglionar generalizada em indivíduos com a presença do *T. cruzi* no sangue confirmados por exames laboratoriais.

Outra importante crítica elaborada pelos pesquisadores argentinos consistia na definição clínica elaborada por Carlos Chagas para a fase crônica da doença, onde, diferente da fase aguda, o aval do laboratório não assumia papel decisivo para o diagnóstico, como defendido por trabalho de Aragão (1913) ao comprovar que os parasitos encontrados nos pulmões das cobaias infectadas para experiências não pertenciam ao *T. cruzi*, mas a outro protozoário. Como os sinais clínicos eram a base para o diagnóstico da forma crônica da doença, os pesquisadores argentinos questionavam a possibilidade de diferenciar doença de Chagas e bócio endêmico. E a resposta para Chagas consistia no fato de que o bócio causado pela tripanossomíase não estava associado ao cretinismo endêmico, frequentemente associado ao bócio europeu. Para Chagas os fenômenos neurológicos observados, provocados pelo *T. cruzi*, eram resultados das lesões orgânicas no sistema nervoso e não nos distúrbios tireoidianos, como indicavam os estudos de Gaspar Vianna.

Para tais conclusões foram imprescindíveis o acompanhamento dos pacientes e as autópsias realizadas pós-morte, como o caso de **Ph.**, uma menina de “cor parda” com 20 meses de idade, moradora de *cafuá* com a presença de triatomas, em Laranjeiras, um povoado próximo de Lassance (Prontuário, 05.12.1913). O caso, acompanhado entre novembro e dezembro de 1913, quando a menina veio a óbito, foi divulgado em publicação de Carlos Chagas posteriormente, em 1916, e serviu como argumento para as revisões estabelecidas pelo pesquisador como resposta aos debates com médicos argentinos (Chagas, 1916). Quanto à menina **Ph.**, foi à consulta acompanhada por mãe “papuda e cretinoide”, uma mulher de “compleição robusta” e que não apresentava complicações no aparelho circulatório. **Ph.** 10 irmãos vivos, dos quais 2 são portadores de bócio. Tivera mais 4 irmãos, 1 falecido ao nascer, 2 nos primeiros meses de vida e 1 morreu após febre prolongada. Três meses antes da consulta médica a menina teve febre e diarreia que persistiam até aquele momento. Começou a inchar poucos dias após o aparecimento desses sintomas. O inchaço permaneceu por um mês, diminuindo gradativamente até desaparecer por completo. Quando assistida pelos médicos estava “profundamente emagrecida, de olhar encovado, ossos descobertos e massas musculares atrofiadas” (Chagas, 1916, p. 56). Os músculos de sua nuca e membros inferiores estavam rígidos e apresentava aumento do baço, da tireoide, dos gânglios e do fígado. Tinha lesões de impetigo no couro cabeludo e na face, queda de cabelo acentuada e estava em “decúbito dorsal

forçado”, pois não podia mais se sentar. Seus gemidos fracos e contínuos, como movimentos de cabeça, chamaram a atenção médica, assim como a ausência de movimentos voluntários nos membros inferiores e a emissão involuntária de fezes e urina pela doente. O exame de sangue revelou a presença do *T. cruzi* com “número regular de flagelados”. E posteriormente teve repetidas convulsões crônicas de curta duração. Os sintomas na criança persistiram e agravaram-se até sua morte após seis dias de acompanhamento médico. A autópsia de seu cadáver destacou que o fígado sofreu intensa degeneração gordurosa, o baço estava “crescido e congestionado”, os gânglios hipertrofiados e que a mucosa intestinal estava “congestionada e descamada em grande extensão”. Outros dois aspectos foram observados na autópsia, o coração aumentado e a tireoide “congestionada e com aumento de volume apreciável”. O exame microscópico encontrou tripanossomos nos músculos estriados, no miocárdio, nos ovários, no útero e no sistema nervoso central da paciente. O cérebro, explicou a autópsia médica, apresentava, assim como a medula, “processos inflamatórios agudos com infiltrações leucocitárias esparsas e grande abundância de parasitas em aglomerações distribuídas por todas as regiões (Chagas, 1916, p. 57). A autópsia e estudos histopatológicos consideraram que o sistema nervoso central foi “gravemente atingido, revelando-se em convulsões e outros sinais os processos inflamatórios daquele sistema”.

Com base em observações de casos como este citado anteriormente, Chagas sustentava seus pressupostos iniciais, mas seus argumentos continuaram a ser questionados por Kraus e seu colaboradores ao afirmarem que as perturbações neurológicas mencionadas por Chagas, assim como a idiotia, atribuídos pelo pesquisador à ‘forma nervosa’ da doença também eram encontrados em casos de cretinismo endêmico. Baseavam suas críticas em estudos desenvolvidos que começavam a identificar em casos de cretinismo lesões na tireoide e no sistema nervoso, o que significava mais um indício de que os distúrbios neurológicos conformados por Chagas não estavam sendo suficientes para diferenciar a moléstia de Chagas do cretinismo endêmico típico da Europa (Kraus, Maggio e Rosenbusch, 1915 Apud Kropf, 2009, p. 181). Os argentinos reforçaram em seus argumentos que o trabalho de Vianna ajudava a comprovar as lesões causadas pelo parasito no coração, não demonstrando, em nenhum caso, sua presença direta na glândula da tireoide. E lembraram, ainda, que o estudo de Vianna fez referência ao encontro do parasito no sistema nervoso em uma autópsia de caso agudo, não em casos crônicos da doença de Chagas. Chegaram à conclusão de que o reduzido número de autópsias realizadas, e o fato da maioria delas tratarem de casos agudos, não era suficiente para garantir conclusões gerais sobre a forma crônica, nem mesmo garantir fundamentos à sua descrição (Kropf, 2009, p. 182). Assim, defenderam que os fenômenos tireoidianos e

neuroológicos, identificados por Chagas como características da fase crônica da doença, não passava dos sinais de uma doença descrita há anos, o bócio endêmico. E dessa forma contestaram o principal critério para identificação da doença até aquele momento, confrontando o ‘selo da doença’, conceito amplamente defendido em território brasileiro por intelectuais ligados ao movimento sanitário, responsáveis por sua intensa propaganda na cena pública.

A resposta de Chagas foi proferida em 1916, em conferência no Primeiro Congresso Médico Nacional, realizado junto com a 1ª Conferência Sul-Americana de Higiene, Microbiologia e Patologia. Em sua fala, reiterou suas formulações e hipóteses sobre a doença e expôs as reformulações feitas após revisões dos estudos. Rebateu os pesquisadores argentinos com a afirmação de que havia verificado, em casos agudos e crônicos, a presença direta do parasito nos diversos órgãos e sistemas orgânicos relacionados a forma clínica da doença, apresentando em sua exposição imagens de cortes histológicos de coração, da tireoide e do cérebro com parasitos. Na ocasião, deu ênfase à localização do protozoário no músculo cardíaco e afirmou que essa localização era constante, tendo verificado em todas as autópsias de casos agudos e em alguns casos crônicos (Chagas, 1916, p. 126 Apud Kropf, 2009, p. 186). Um dos casos em que embasou as afirmações sobre a presença do parasito em vários órgãos foi o do bebê **Pl.**, analisado acima como uma das experiências terapêuticas com arsênicos (Pl., prontuário, 1914). Os exames laboratoriais revelaram uma grande quantidade de tripanossomos no miocárdio, órgão do doente com maior processo inflamatório, acharam parasitas na glândula da tireoide, nos músculos estriados e nos testículos.

Na conferência proferida reafirmou sua convicção de que a enfermidade por ele descoberta era de natureza crônica, inclusive referiu-se à doença não mais como *tripanossomíase brasileira*, mas *tripanossomíase americana*, defendendo de forma mais veemente sua extensão continental. A nova revisão da conformação clínica da doença foi publicada em 1916 nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. Em texto detalhou uma nova classificação dos sintomas para caso agudo e reafirmou a evolução progressiva e irreversível da infecção, reafirmando, assim, ser uma doença essencialmente crônica, onde a maioria dos casos evoluem para a segunda fase, reforçando, desta maneira, a evolução progressiva e irreversível da infecção (Chagas, 1916; Kropf, 2009, p. 187). Em sua nova classificação para os “sintomas constantes” da fase aguda da doença constavam mixedema, esplenomegalia, hepatomegalia, ingurgitamento ganglionar generalizado, sinais cardíacos, febres, sinais de meningoencefalite. E entre os considerados “sinais de exceção”, descreveu as inflamações nos olhos, processos cutâneos, alterações nos testículos, decadência nutritiva progressiva, disfagia para alimentos sólidos e líquidos.

3.7 Os “sinais de exceção”: a nebulosidade das apostas clínicas

Chama atenção os problemas digestivos constarem como “sinais de exceção” na revisão da classificação da doença. Na narrativa médica dos prontuários é comum queixas como a de **M.L.S.** sobre dores gástricas e estômago inchado, motivos que somados aos incômodos cardíacos levaram-na à consulta (Prontuários, 05.05.1913). Queixas que se assemelham as de um menino de 11 anos de idade (prontuários, At., 1913). Que durante a consulta médica narrou sintomas como inapetência, vômitos e dores epigástricas. Seu registro médico apresenta raras observações. Trata-se de um caso de suspeita de moléstia de Chagas e foi escrito em um retalho de papel, possuindo apenas informações elementares, como nome, idade, local de residência e os sintomas aqui descritos. Apesar de pouco elucidativo, o registro documenta, junto a outros, suspeitas dos médicos da relação entre os problemas digestivos e a moléstia de Chagas. Um desses casos é o de **J.F.L.**, lavrador que recebeu diagnóstico de *moléstia de Chagas - forma cardíaca* (Prontuário, 14.04.1913). Entre o mal-estar relatado pelo doente estava a má digestão e o “estômago azedo” ao ingerir determinados alimentos, referindo-se provavelmente à azia.

Ainda que tenham sido frequentes as reclamações de doentes, os problemas digestivos não foram um dos aspectos privilegiado pelos estudos da *tripanossomíase* nos anos iniciais. Como analisado em tese de doutorado de Vieira (2012), o tema ganhou relevo com as pesquisas clínicas sobre o problema do ‘mal do engasgo’ realizadas em Goiânia na década de 1950, especificamente com as pesquisas do médico Joffre Marcondes de Rezende que estabeleceu a inédita associação entre o “mal do engasgo”, também chamado de ‘megaesôfago’, e a infecção do *T. cruzi*.¹⁰⁶ Concluiu ser essa uma das possíveis manifestações da doença de Chagas, chamando-a de *forma digestiva*.

A primeira referência à possibilidade da etiologia chagásica do ‘mal de engasgo’ aparece em Chagas em publicação sobre a forma aguda da doença (1916) e, de acordo com Tamara, foi possível após Chagas tomar conhecimento do relatório de viagem dos médicos Arthur Neiva e Belisário Penna ao Brasil Central em 1912, no qual o ‘mal de engasgo’ foi descrito como uma doença que afligia populações do interior do país, inclusive as zonas em que grassavam o mal de Chagas (Vieira, 2012). Mas, afirma Rezende, as razões para a resistência na aceitação dos vínculos entre as doenças era o fato do ‘mal do engasgo’ também ser encontrado em locais onde

¹⁰⁶ Acalásia, também conhecido popularmente como ‘mal de engasgo’ e ‘entalção’, é uma doença endêmica que acomete populações rurais de algumas regiões do Brasil e caracteriza-se pela dificuldade de deglutir alimentos (Vieira, 2012).

não tinham sido encontrados casos de doença de Chagas (Rezende, Apud Vieira, 2012, p. 233). Para o médico, uma das respostas para o receio das afirmações por Chagas foi o medo de que surgissem debates similares ao episódio do bócio – em que afirmou equivocadamente a existência de uma forma endócrina da doença de Chagas (Rezende, Apud Vieira, 2012, p. 233-234).

Na apresentação de Chagas do novo quadro clínico, os elementos endócrinos perderam importância para a caracterização da doença, tornando-se “uma questão discutível” (Chagas, 1916). Não descartou sua interpretação sobre o bócio, mas minimizou o relevo dado a este sinal na fisionomia clínica da doença. Kropf ressalta que a partir desse novo quadro clínico a doença deixou de ser referida nos trabalhos e pronunciamentos de Chagas como tireoidite parasitária (Kropf, 2009, p. 190). Na revisão de 1916 a ênfase foi conferida aos aspectos cardíacos da doença, destacados como elementos constantes e centrais (Chagas, 1916). As formas da doença permanecem basicamente as mesmas de 1910, sendo elas a forma cardíaca, a forma nervosa e a forma supra-renal, mas com substituição da pseudomixedematosa e mixedematosa por “indeterminada” e “hipotireoideana”.

3.8 Um “magnífico painel de verdades melancólicas”: o discurso nacionalista em defesa da tireoidite parasitária

A frase “magnífico painel de verdades melancólicas” é de autoria de Carlos Chagas em resposta ao discurso de Miguel Pereira em sua homenagem em 1916 (Banquete... 22 de outubro de 1916). A fala de Chagas reafirma a imagem propagada do Brasil como um “imenso hospital”, cunhada por Pereira em momento de fervor nacionalista com caráter de denúncia da realidade desoladora do interior do país assolado por endemias. Chagas nessa ocasião mostra-se complacente à corrente nacionalista que enfatizava o aspecto desolador do Brasil e em tom de defesa de tais ideais afirma: “Conheço, muito de perto, aqueles aspectos angustiosos de vida dos campos” (Chagas, 1935, p.7-8). E nesse tom de cumplicidade, Pereira e um grupo de *homens de ciência* imbuído da missão defendem o trabalho de Chagas, principalmente no que diz respeito às críticas do pesquisador argentino Kraus aos pressupostos definidos por Carlos Chagas para a caracterização da tripanossomíase, apoiada no bócio como principal caracterização da doença.

Chagas havia relativizado esse sinal clínico da doença em conferência de 1916 e na prática médica em campo é possível observar com os prontuários médicos que o esforço de

interpretação recaia primordialmente sobre observações ligadas ao ritmo e demais aspectos cardíacos. Mas do ponto de vista político a associação mostrava-se valiosa. Kropf elucida o fenômeno discursivo além da aparente ambiguidade. Para a historiadora, predominava a ênfase na dimensão política da doença que, enquadrada como fato científico e social, servia de moldura para a sociedade brasileira. Sobre esse aspecto da trajetória da doença, destaca:

Se, em função da controvérsia científica, Chagas promovia um rearranjo no desenho clínico da enfermidade retirando a centralidade dos traços tireoidianos que destacara até então, o movimento político que projetava a doença no debate nacional reforçaria, ironicamente, o principal elemento que ele buscava minimizar: a associação com o bócio. No discurso sanitário, esse continuaria a ser o ‘selo da doença’, representando, junto com as desordens neurológicas, os efeitos dramáticos da tripanossomíase americana, como emblema da condição mórbida dos que pereciam no interior do país. (Kropf, 2009b, p. 217)

Conforme ascendiam e ressonavam a tripanossomíase e o destaque político de seu descobridor, a “doença do Brasil” centralizava intensa polêmica “na qual a dimensão científica estava indissociada do conteúdo político do debate”. E na esfera política e social os grupos dividiam-se entre os defensores do país como “imenso hospital” e aqueles que desqualificavam a doença de Chagas, tanto como objeto científico quanto um problema social (Kropf, 2009b, p. 216).

Nesse momento, críticas recaíam duramente sobre um ponto até então discutível: a dimensão da doença no território brasileiro. Os doentes da tripanossomíase foram encontrados no interior de Minas Gerais após mapeamento de Comissão coordenada por Chagas após sua descoberta, realizado com ênfase no aspecto endócrino e neurológico como sinal primordial da doença, defendido no primeiro momento de enquadramento da moléstia como características de “legiões de aleijados, cretinos, idiotas, paráliticos e papudos” (Penna, 1918, p. 9-10). Diante de tais características, acreditou-se que outras regiões do interior do país, como Goiás, também eram assoladas pela doença. Isso por conta do relatório das viagens científicas por Neiva e Penna que trouxeram à tona imagens de doentes que evidenciava sinais clínicos similares aos anunciada por Chagas, como o bócio, os retardos e deficiências físicas. Apoiados nessas evidências os médicos e sanitários ligados a Chagas defenderam a tese de que a doença alastrava-se por vasta região do país e estimavam que em torno de 15% da população brasileira estava por ela atingida, o que em números somava aproximadamente três milhões de pessoas (Kropf, 2009b, p. 216). Esse discurso era somado a um cenário lastimável construído em torno da trindade de moléstias que dizimava habitantes do interior, a ancilostomíase, a malária e a

doença de Chagas. Com isso, ganhava repercussão além do campo científico e político stricto sensu, abarcando diversas outras esferas da vida pública como a escola, com aulas destinadas à educação sanitária; o cinema, com filmes educativos e escolares; a imprensa, com a divulgação do debate científico; e a literatura, principalmente com a filiação de Monteiro Lobato à causa sanitarista e escritos que chamavam a atenção para os “três milhões de idiotas e papudos” (Lobato, Problema Vital, Apud Kropf, 2009b).

Com as críticas dos pesquisadores argentinos, a defesa de uma *tripanossomíase* parecia frágil. Se excluídos os aspectos endócrinos e neurológicos como principal característica da doença de Chagas, pareceu um grande desafio demonstrar que os casos da moléstia eram encontrados em outros Estados do país, conformando a “população de monstros” descrita por Chagas em artigo científico (Chagas, 1912, p. 10). Nesse sentido, os médicos do Instituto Oswaldo Cruz estiveram atentos e conectados a profissionais de outras regiões, como pode ser observado no caso de doença de Chagas encontrado em 1918 em São Paulo. O caso de **Pe.**, um menino de 1 ano e 5 meses, foi o primeiro encontrado no Estado de São Paulo, no município chamado São João da Boa Vista. Acompanhado por Eurico Villela, sob diagnóstico de *Caso agudo de moléstia de Chagas*, é um bom exemplo do contato e troca entre médicos. Villela mencionou que estava no referido município a fazer “uso das águas alcalinas que aí existem” quando o Dr. André Pio chamou-lhe a atenção para o fato de ter verificado há cerca de um ano a existência de barbeiros, hospedeiros de tripanossomos, em uma choupana a cerca de 200 metros da estação férrea. A informação levou Villela a examinar os barbeiros desta choupana, identificando que parte das famílias tinham bócio, no caso da família de **Pe.**, “avó, filha e neto são portadores do bócio”. Sua atenção voltou-se para **Pe.**, “um menino de meses cuja tireoide aumentou sensivelmente” e apresentava inchaço generalizada, “principal notável na face que era túmida, de pálpebras empapuçadas”. Ao examinar a criança constatou febre, com pequena elevação de temperatura (37,6°), assim como observou o enfartamento ganglionar generalizado, o fígado e o baço aumentados e quadros de bronquite. Além disso, estava com uma úlcera na face anterior da coxa direita, pouco abaixo da virilha e “uma vesícula tamanho como uma ervilha na perna do mesmo lado, outra no joelho do lado oposto”. Com esses sintomas, julgou que “nada faltava para a caracterização clínica de um caso agudo da Moléstia de Chagas com lesões cutâneas”. E o diagnóstico foi encerrado com o resultado do exame do sangue e a confirmação de numerosos tripanossomos. Villela não permaneceu na cidade e acompanhou o caso a distância através de André Pio, como visto em sua correspondência destinada a Eurico Villela:

Eurico,

Saudações cordiais. Já em Casa Branca, recebi há dias a tua carta. Ai vai mais algumas notícias do nosso doentinho. Depois que deixastes a Prata, continuei a verificar que a temperatura se mantinha sempre entre 37 e pouco a 38°; que embora o doentinho mostrasse mais apetite e o myxedema diminuído pareceu-me tem pior fisionomia e constante diarreia, ora verde ora amarelada e muito [amisedadas]. A mãe atribui aos dentes que estão a sair, mas parece-me que esteja ligado a própria moléstia. Não tinha podido examinar as fezes, pedi material para fazer o [?]. colhi o sangue mais de uma vez e sempre encontrei maior abundancia de tripanossomos. Alguns campos, no último exame, traziam 4 e 5 tripanossomos. Como o Dr. Guilherme dos Santos tinha algumas chapas disponíveis, pedi-lhe que fotografasse mais uma vez o menino e a casa. Peço-te que procure com ele essas fotografias, na Casa Resende, para que tenhas mais esse dado para a observação.

Vi a nota no Brasil Médico. Consegui observar nas preparações frescas que o tripanossoma se conservava em movimentos por espaço de 40 a 50 horas, o que o Fonseca e o Dr. Barbosa presenciaram.

Quando colher novos dados da observação irei te relatando. Quanto ao exame clínico – sempre verifiquei o aumento do fígado e baço e a existência dos mesmos gânglios. Apenas, para melhor, não se observou mais ferida alguma, estando cicatrizadas as duas que existiam.

(DADCOC, Prontuário Pe. 3.3.1918, 1918)

Na carta de André Pio a Eurico Villela é evidente que a presença do parasito no sangue continuava a ser um critério para confirmar os casos agudos da doença, assim como o aumento do baço, fígado e gânglios. Embora o caso aqui apresentado não esteja acompanhado por exames cardíacos ou informações a respeito do tratamento destinado ao doente, e à família, é relevante para entender como o tema da doença de Chagas despertava interesse além da região de Minas gerais e como sua observação era estimulada por médicos envolvidos com o enquadramento e ‘reenquadramento’ da tripanossomíase por Carlos Chagas.¹⁰⁷

¹⁰⁷ Kropf desenvolveu importante análise sobre a produção do conhecimento da doença de Chagas a partir das formulações do historiador norte-americano Charles Rosenberg para o qual as doenças passam por um processo de “enquadramento” sociocognitivo. Servem como uma espécie de ‘moldura’ para a sociedade, “imprimindo-lhe impactos, valores e significados”. A partir dessa concepção de doença, Kropf analisa, no enquadramento da tripanossomíase, os enunciados iniciais sobre a moléstia usados por Chagas para convencer a classe médica e política de sua importância social – a doença como um flagelo do interior do país. No curso da história da doença, enfatiza sua centralidade no debate político e a crescente projeção conferida tanto à doença e ao seu descobridor. Argumenta que a visibilidade política conquistada por Chagas através da dimensão simbólica que ganhou a doença de Chagas encadeou um debate intenso de afirmação e negação de sua relevância. A partir desse embate de ideias em torno da moléstia, a controvérsia científica sobre sua definição clínica e sua ampla extensão pelo território, Kropf analisou um processo de ‘reenquadramento’ ao qual fora submetida a doença, com novos pressupostos oriundos de negociações do campo político e social. Ver: Kropf, 2009; Rosenberg, 1992).

CAPÍTULO 4
O SERTÃO É AQUI AO LADO:
O HOSPITAL OSWALDO CRUZ, HOSPITAL DE PESQUISA SOBRE
ENDEMIAS RURAIS E URBANAS (1919 A 1930)

“Sertão é quando menos se espera”
(Guimarães Rosa, *Grande Sertão – Veredas*)

O Hospital Oswaldo Cruz, com seu prédio concluído em dezembro de 1918 (discutido no Capítulo 1), passou a realizar os primeiros atendimentos no início de 1919. De acordo com relatório do Instituto de Manguinhos, a assistência médica aconteceu “precariamente”, uma vez que o prédio não estava “completamente aparelhado para o fim a que se destinava” (Relatório IOC, 1921). O aparelhamento do hospital foi concluído, portanto, no começo de 1921, momento em que a instituição afirma ter começado a funcionar regularmente com todas as funções previstas em seu projeto inicial: atendimento ambulatorial, internações de doentes para investigações médicas, realização de exames laboratoriais com pacientes e cobaias. Destinava aproximadamente 30 leitos para internação de doenças infecciosas e pesquisas experimentais e mantinha um ambulatório clínico para atendimento às populações pobres das vizinhanças de Manguinhos e de funcionários, fornecendo-lhes também medicamentos. Deixava claro a instituição que não se tratava de um hospital de assistência geral, ou mesmo uma policlínica, mas de um estabelecimento estritamente de pesquisa, a fim de receber doentes que oferecessem interesse de estudo e cuja observação pudesse resultar em novos conhecimentos concernentes à patogenia e terapêutica das doenças infecciosas (A Noite, 13.4.1925). Enfatizou a instituição à época que o funcionamento de seu hospital tinha o intuito de cumprir a missão de ser “um repositório permanente de casos clínicos que ofereçam assunto de pesquisas experimentais” (Relatório, 1919; e 1921, p. 5).

Ao longo desse quarto capítulo, a análise estará concentrada sobre o Hospital Oswaldo Cruz, especialmente sobre o seu funcionamento, seu quadro médico-científico e as pesquisas clínicas implementadas em seu interior entre 1919 e 1930. Além disso, o capítulo discute a relação entre o HOC e uma rede de pesquisas médicas do IOC que permaneceram em constante diálogo mesmo com o funcionamento ativo de seu hospital em Manguinhos. O capítulo apresenta a dinâmica dessa rede de hospitais como meio de promover a política de saneamento

contra as endemias do interior do país e mapeia o quadro profissional interno do HOC e a tecnologia ali inserida, contrastando o hospital previsto (em 1912) e aquele concretizado (em 1918). Além disso, confere destaque para as relações políticas de Chagas e para as funções que exerceu à frente da DNSP e do IOC.

Com base na análise do conjunto de prontuários médicos, o capítulo discute as principais endemias estudadas na década de 1920 e 1930 – aquelas atendidas particularmente no HOC e as dispersas na rede de estudos médicos do IOC. Para isso, amplia o debate em torno da doença de Chagas em conjuntura de retomada das controvérsias entre 1919 e 1923, enfatiza o acúmulo de experiências em campo e as práticas adquiridas após 1919 a partir da consolidação de um espaço sede. Explora o HOC enquanto projeto político da instituição voltado ao ensino médico a partir de sua relação com o Curso de Aplicação do IOC e compreende esse caráter de escola a partir de sua abertura para receber aluno para estágio ao longo de sua graduação na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Identifica o público-alvo desse hospital, e comparando-o com os anos anteriores, os tratamentos e medicações a que estavam submetidos os pacientes e os protocolos a serem seguidos. Por fim, o capítulo destaca o papel que a instituição Hospital Oswaldo Cruz assume nos anos 1930 diante de uma progressiva conjuntura de crise financeira e perda de autonomia do IOC.

4.1 “Um repositório permanente de casos clínicos” e os médicos do Instituto Oswaldo Cruz em seu hospital em Manguinhos

O primeiro diretor do Hospital Oswaldo Cruz foi Eurico Villela, cargo que ocupou de 1919 a 1930. Villela também foi o responsável pelos acompanhamentos realizados em Lassance até 1919. Assim como Villela, Raul de Avellar Alves assumiu cargo de liderança e exerceu a função de administrador do Hospital após experiências por anos no Hospital de Lassance e no Hospital Regional de Lassance / Hospital Carlos Chagas, do qual foi nomeado “administrador” em 1919 logo após sua inauguração (Almanak Laemmert, 1922, p. 653; Relatório 1921, p.9; IOC, Direção, nº71, 22 de março de 1912). Raul de Avellar Alves trabalhou para a Diretoria Geral de Saúde Pública como “guarda de 1ª classe do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela” na gestão de Oswaldo Cruz e fora requisitado pelo cientista para integrar a equipe do Instituto Oswaldo Cruz em 1912 compondo a Comissão de Estudos da Moléstia de Carlos Chagas. Desde então, trabalhou à serviço do instituto no interior de Minas Gerais, em Lassance, em experiências médicas com doentes da pequena cidade e de todo o entorno da região.



Fig.22 Raul de Avellar Alves em trabalho de campo na cidade de Lassance / MG (à direita)
Fonte: DADCOC.

Além de Eurico Villela e Raul de Avellar Alves, o corpo de profissionais do Hospital Oswaldo Cruz inicialmente era composto por Antonio Eugenio de Arêa Leão, Leocádio Chaves, Júlio Muniz, José Guilherme Lacôrte, Álvaro Lobo Leite Pereira, Chagas Bicalho, Carlos Burle de Figueiredo, José de Castro Teixeira, Alvares Lacerda e Horta Pereira. Entre os médicos que atuaram como assistentes de Eurico Villela nos casos de doença de Chagas, destacaram-se Raul Magalhães, Álvaro Lobo Leite, Evandro Chagas e Lincoln de Freitas (Quadro 5). Os dados demonstrados a seguir nos gráficos foram obtidos através de análise dos prontuários médicos do Hospital Oswaldo Cruz, fontes que permitiram conhecer os profissionais que atuaram nos diversos espaços de pesquisa do IOC. Alguns desses médicos são conhecidos na literatura médica, inclusive sua relação com o hospital, como Carlos Chagas, Eurico Villela e Evandro Chagas, mas outros cientistas vieram à tona com a análise das fontes históricas. Os médicos Arêa Leão, Chagas Bicalho e Lincoln de Freitas, também em evidência nos gráficos, tiveram

sua atuação confirmadas através do cruzamento dos prontuários com a documentação administrativa do Instituto, principalmente com as nomeações de cargos e as publicações científicas nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, onde os pesquisadores divulgaram estudos realizados em campo – em nome da instituição Hospital Oswaldo Cruz / Instituto Oswaldo Cruz – ou no próprio hospital sede em funcionamento em Manguinhos. Os nomes dos demais médicos, aqui apresentados, constam em ofícios da instituição, com nomeações de cargos, solicitações de passagens de trem, relatórios anuais de pesquisas, relatórios de pagamentos a funcionários. As únicas exceções são Horta Parreira e Alvares Lacerda, dos quais as informações que os vinculam ao Hospital resumiram-se aos prontuários médicos.

GRÁFICO 4
MÉDICOS CIENTISTAS (1919 - 1923)

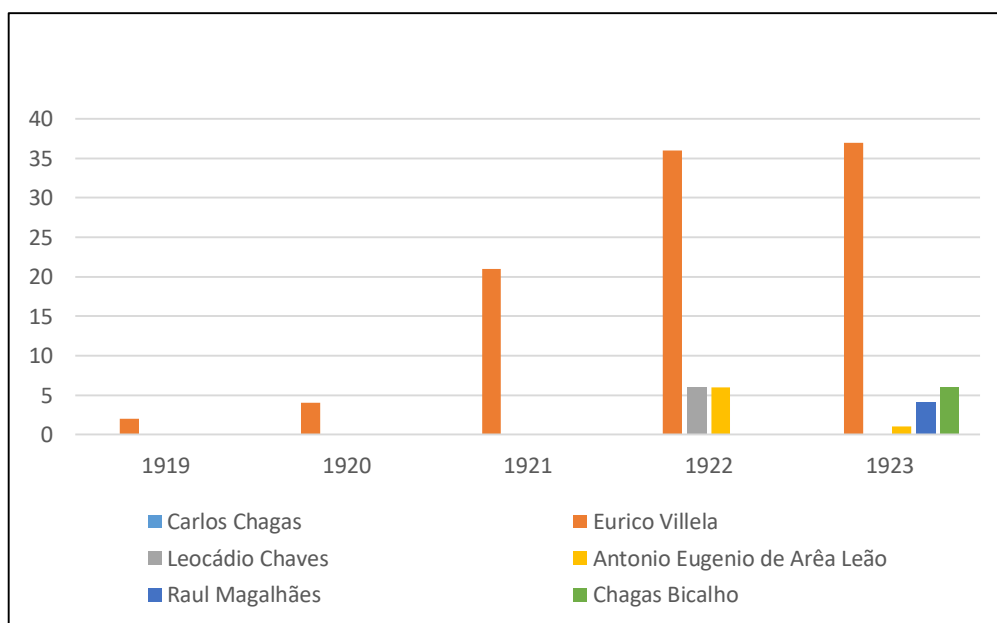


GRÁFICO 5
MÉDICOS CIENTISTAS (1924 - 1930)

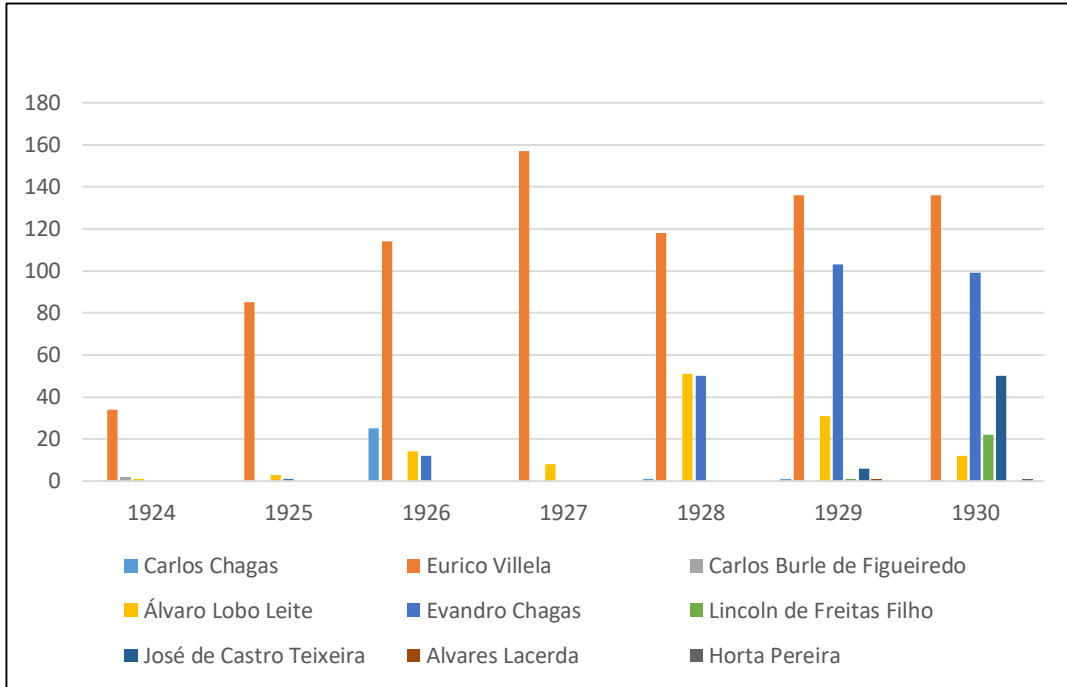
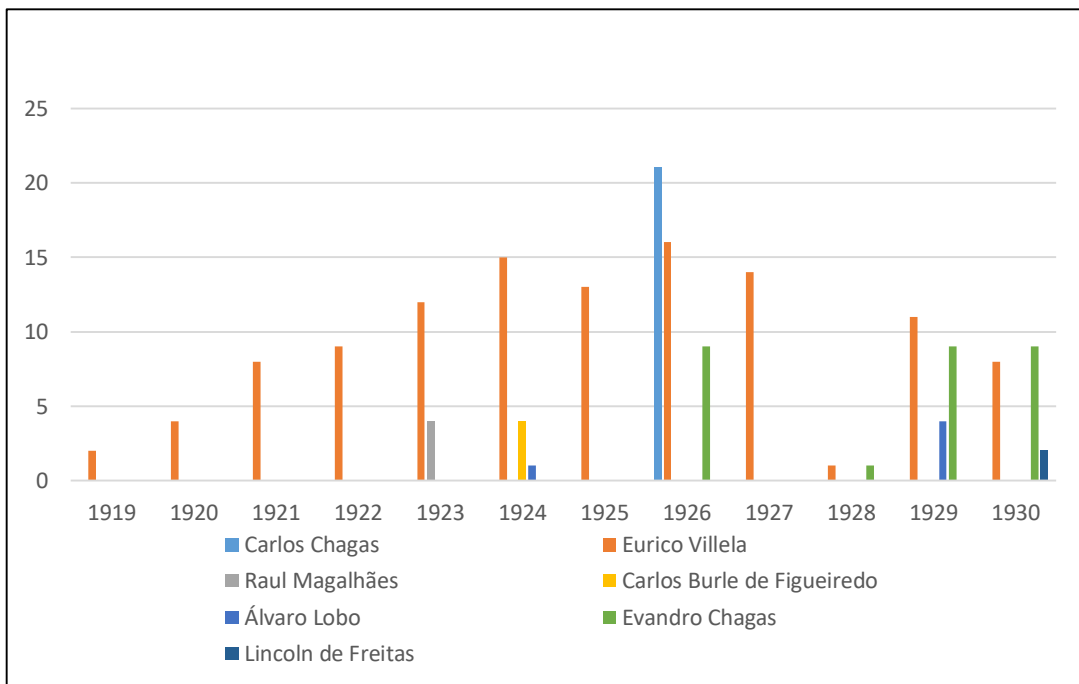


GRÁFICO 6
MÉDICOS – CASOS DE DOENÇA DE CHAGAS



QUADRO 5
LISTA DE MÉDICOS LIGADOS À REDE DE PESQUISAS DO
INSTITUTO OSWALDO CRUZ

Médicos cientistas	Período de atuação	Hospital
Carlos Chagas	1909 a 1926	Hospital de Lassance / Hospital Oswaldo Cruz
Eurico Villela	1909 a 1940	Hospital de Lassance / Hospital Oswaldo Cruz / Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte e do Rio de Janeiro / Hospital São Francisco de Assis
Carlos Bastos Magarinos Torres	1915	Hospital de Lassance
Octaviano de Almeida	1917	Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte
Samuel Libâneo	1917	Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte
Leocádio Chaves	1921	Hospital Oswaldo Cruz
Antonio Eugenio de A Leão	1921	Hospital Oswaldo Cruz
Raul Magalhães	1923	Hospital Oswaldo Cruz / Hospital Regional de Lassance
Chagas Bicalho	1923	Hospital Oswaldo Cruz
Carlos Burle de Figueiredo	1919	Hospital Oswaldo Cruz / Hospital Regional de Lassance
Álvaro Lobo Leite Pereira	1924	Hospital Oswaldo Cruz
Evandro Chagas	1925 a 1940	Hospital Oswaldo Cruz
Alvares Lacerda*	1927	Hospital Oswaldo Cruz
José de Castro Teixeira	1926 a 1935	Hospital Oswaldo Cruz
Raul Avellar Alves	1919	Hospital Oswaldo Cruz / Hospital Regional de Lassance / Hospital de Lassance
Emanuel Dias	1930	Hospital Oswaldo Cruz / Hospital Regional de Lassance
Júlio Muniz	1921	Hospital Oswaldo Cruz
Carlos Chagas Filho	1928 a 1930	Hospital Oswaldo Cruz

* Alvares Lacerda assina 2 prontuários de 1927 como médico assistente de Eurico Villela.

** Não foi possível identificar com exatidão o período em que todos os médicos estiveram vinculado às pesquisas médicas nos hospitais do Instituto Oswaldo Cruz e nos demais espaços hospitalares a eles conectados.

QUADRO 6
PROFISSIONAIS LIGADOS AO HOSPITAL OSWALDO CRUZ

Profissional	Cargo ocupado	Período de atuação
José Guilherme Lacorte	Chefe de laboratório do HOC	1926
Cesar Ferreira Pinto	Diretor do Hospital Regional de Lassance	1919
Dalmiro da Rocha Murce	Enfermeiro	1922 a 1931
Maria dos Impossíveis Ribeiro	Ajudante de farmácia	1928 a 1940?
Maria Amélia de Souza	Servente	1930
Josepha de Araujo Soares	Servente*	1924 Em 1931
Maria da Glória de Oliveira	Enfermeira	1926 a 1947
Maria José Valença Ximenes	Enfermeira	1934
Laura de Oliveira	Servente	1927
Manoel Albino Cabral	Enfermeiro e prático de serviço de farmácia	1925 a 1925
Nilma de Souza Carvalho	Servente	1929
Armando Gomes	Servente de laboratório	1922 Transferido para o cargo de <i>Rondante</i> em 1924 (exerceu até aposentadoria em 1954)
Laudelino Gomes	Enfermeiro	1922
Júlio Farias	Servente	1929
Luiz Onofre da Rocha	Funcionário da lavanderia	1930

*Em 1934 o cargo de Servente passou a denominar-se Auxiliar de Enfermeira.

** Os quadros foram realizados a partir do cruzamento de informações encontradas nos prontuários médicos do Hospital Oswaldo Cruz (DADCOC, HEC, 1909-1930), nos arquivos do PROMAN (base de dados da Biblioteca de Manguinhos que reúne a produção científica da Instituto Oswaldo Cruz desde 1900) e no acervo institucional composto por ofícios, relatórios e correspondências (DADCOC, Ofícios, 1900-1920).

Foi possível identificar outros médicos que atuaram no Hospital Oswaldo Cruz, ou em hospitais em que pesquisaram seus cientistas, através das memórias de Carlos Chagas Filho, um dos médicos que ali trabalhou em seus primeiros anos de funcionamento.¹⁰⁸ As memórias referem-se a série de entrevistas concedidas ao CPDOC, entre 1976 e 1977, e o livro *Aprendiz de ciência* (Chagas Filho, 2000).¹⁰⁹ Em seu livro explica que conheceu o Hospital Oswaldo Cruz a partir do pai e começou a frequentá-lo nos anos 1920: “utilizando as facilidades que me dava o fato de ser filho de meu pai, que já era diretor do Instituto Oswaldo Cruz, procurei, no mês de junho, ingressar no Instituto Oswaldo Cruz, acompanhado, na ocasião, de dois colegas meus: Emanuel Dias, filho de Ezequiel Dias, companheiro de meu pai em Manguinhos, e Walter Oswaldo Cruz, o filho mais moço de Oswaldo Cruz” (CPDOC, 2010, p. 2). Ciente das relações de parentesco que amalgamavam o público e o privado, nomeou os amigos que o acompanharam em estágio no Hospital enfatizando que a eles estava ligado profundamente “por laços de amizade familiar”. De acordo com Chagas Filho, eram todos amigos que à época cursavam a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e decidiram usar os dias livres, que segundo ele “eram muitos”, para cursar aulas práticas no Instituto Oswaldo Cruz. Lembra que deixavam de lado as aulas teóricas da faculdade para fazer um primeiro estágio no Instituto de Manguinhos sob autorização do “velho Chagas”, que aceitou a ideia e os encaminhou diretamente ao laboratório clínico do Hospital Oswaldo Cruz, solicitando a José Guilherme Lacôrte que supervisionasse a formação dos estudantes.

José Guilherme Lacôrte concluiu tese de doutorado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro na cadeira de biologista. A tese, intitulada *A reação do desvio do complemento na moléstia de Chagas* (Lacôrte, 1926), foi defendida no mesmo ano em que o pesquisador ingressou no Instituto Oswaldo Cruz como Chefe de Laboratório, sendo responsável por todos os serviços de laboratório do Hospital Oswaldo Cruz desde o início de seu funcionamento. Sua trajetória no Instituto deu início quando começou o Curso de Aplicação em 1922, logo depois começou a trabalhar no HOC como voluntário e passou a participar das missões ao interior mineiro.

¹⁰⁸ A concepção de memória aqui utilizada dialoga com os trabalhos de Pollack (1992); Gagnebin (2006); Velho (1994); Huyssen (2000).

¹⁰⁹ Entrevista realizada no projeto "História da ciência no Brasil", desenvolvido entre 1975 e 1978 e coordenado por Simon Schwartzman. O projeto resultou em 77 entrevistas com cientistas brasileiros de várias gerações, sobre sua vida profissional, a natureza da atividade científica, o ambiente científico e cultural no país e a importância e as dificuldades do trabalho científico no Brasil e no mundo. Informações sobre as entrevistas foram publicadas no catálogo "História da ciência no Brasil: acervo de depoimentos / CPDOC." A escolha do entrevistado se justificou por seu cargo como presidente da Academia Pontifícia de Ciências do Vaticano e da Sociedade Brasileira de Biofísica, além de ser pesquisador do CNPq. In: CHAGAS FILHO, 2010.

Lacôrte ingressou em 10.04.1926 como Adjunto de Assistente do IOC interinamente. Foi nomeado Assistente em 23.11.1926 e o cargo que ocupava passou a denominar-se Chefe de laboratório em 25.02.1931. (PROMAN). Nos anos 1930 iniciou atividades no Hospital São Francisco de Assis com o fim de realizar pesquisas de Bacteriologia na Seção de Anatomia Patológica (Chagas Filho, 2000). Parte de sua tese de doutorado foi publicada nas Memórias do Instituto Oswald Cruz no ano seguinte à defesa, em 1927. Ali expôs a um público mais vasto as experiências realizadas com doentes de Chagas no Hospital de Lassance (Lacôrte, 1927). Na introdução do escrito, mencionou que “durante os meses abril, maio e junho de 1926 tivemos ocasião de praticar no hospital de Lassance, Norte do Estado de Minas Gerais, a reação do desvio de complemento aplicada a moléstia de Chagas”, com experiências de 200 casos realizados com os doentes “que apareciam a consulta no ambulatório do Hospital”. Lacôrte enfatiza que as observações dos casos integravam o *arquivo do Hospital Oswaldo Cruz*, a serviço de Eurico Villela, com o qual trabalhava. O texto argumentava a possibilidade de diagnóstico da moléstia de Chagas a partir da “reação do desvio do complemento de Bourdet e Gengou” (Lacôrte, 1927, p. 201). Em outro escrito intitulado *A reacção de Machado na moléstia de Chagas*, publicado em *Acta Médica* em 1938, Lacorte também relatou experiências com 35 doentes entre 1928 e 1930, dessa vez realizadas no Hospital Oswaldo Cruz e no Hospital São Francisco de Assis. A investigação era concernente à reação de Machado como possível diagnóstico para a doença (Figura 23).¹¹⁰

Carlos Chagas Filho foi, portanto, contemporâneo de José Guilherme Lacôrte no Hospital Oswaldo Cruz e ali atuou nessa conjuntura efervescente de experiências médicas. Foi pesquisador voluntário na instituição exatamente entre os anos 1928 e 1930 e rememorou sua empatia com o hospital em entrevista dada em 1976 ao projeto "História da ciência no Brasil": “tudo ali era simpático, até mesmo a longa caminhada que muitas vezes tivemos que fazer da Estação do Amorim até o hospital” (CPDOC, 2010, p. 2).

¹¹⁰ José Guilherme Lacôrte foi diretor do Instituto Oswaldo Cruz entre 1971 e 1975.

"ACTA MEDICA" — MARÇO DE 1938 269

moiestia de Chagas, ao lado da ausencia do poder fixador em presenca de séros testemunhas, está o antigeno em condições de ser empregado. Já referimos que os antigenos não especificos são comuns.

Tomando as precauções indicadas e praticando a reação em mais 35 casos não referidos, de 1928 a 1930, ao lado de 10 testemunhas, observamos alta percentagem de resultados positivos para os doentes de moiestia de Chagas e, para as testemunhas de séros de doentes de varias moiestias e normais, jamais observamos reação positiva não especifica conforme referimos nos quadros abaixo:

QUADRO 1

NOME	MOLESTIA DE CHAGAS	Reação de Machade	Reação de Wassermann	DATA
1 João P.	Fôrma cardíaca	+++	---	1927
2 Silveira P.	" "	+++	---	"
3 Antonio M.	" "	Imped.	Imped.	"
4 Manoel M.	" "	+++	---	"
5 Jovelina P.	Bocio	+++	---	"
6 Maria P.	" "	+++	---	"
7 Inocencio O.	Fôrma mista	+++	---	"
8 Casemira R.	" "	+++	---	1928
9 Senelina N.	" "	+++	---	"
10 Valentin Luiz S.	" cardíaca	+++	---	"
11 He. menezilda S.	" mista	+++	---	"
12 Senhorinha P.	" " boc	+++	---	"
13 Elpidio B. P.	" "	+++	---	"
14 Felismina P.	" "	+++	---	"
15 Gabriela S.	" "	+++	---	"
16 Firmino	" "	+++	---	"
17 Marcelino R.	" cardíaca	+++	---	1929
18 Maria M.	Bocio	+++	---	"
19 Americo P.	" "	+++	---	"
20 Manoel M.	Fôrma cardíaca	+++	---	"
21 Gerilda N.	" "	+++	---	"
22 Manoel B.	" "	Imped.	---	"
23 Alfredo B.	" "	+++	---	"
24 Flavio N.	" "	+++	---	1930
25 Faustina P. J.	" "	+++	---	"
26 Joaquim O.	" "	+++	---	"
27 Custodia P. S.	Bocio	+++	---	"
28 João G.	" "	+++	---	"
29 Benedito V. G.	" "	+++	---	"
30 Marcelina S. S.	" "	+++	---	"
31 Marciano G.	" "	+++	---	"
32 Maria N. S.	" "	+++	---	"
33 João F.	" "	+++	---	"
34 Geremias P.	" "	+++	---	"
35 Raynundo P.	Fôrma cardíaca	+++	---	"

MARÇO DE 1938 — "ACTA MEDICA" 270

QUADRO 2

NOME	HOSPITAL	MOLESTIA	Reação de Machade	Reação de Wassermann	DATA
1 Nelson R.	Oswaldo Cruz	Impaldismo	---	---	1927
2 Ana A.	S. Franc. Assis	"	---	---	"
3 Graçinda V.	"	Cardiopatia	---	---	1928
4 Teófilo M. B.	"	Sifilis	+++	+++	"
5 Julio T.	Oswaldo Cruz	Vermineose e sifilis	+++	+++	"
6 Alfredo P.	"	Lepra	+++	+++	"
7 Anita C.	"	"	+++	+++	"
8 Cecília A. P.	S. Franc. Assis	Roseolas	+++	+++	"
9 Eugenia A.	"	Reumatismo	+++	+++	"
10 Lima S.	"	Paludismo e sifilis	+++	+++	"
11 Ernesto A.	Oswaldo Cruz	Lepra	+++	+++	"
12 Otto W.	"	Cefalea	+++	+++	1929
13 Luzia A. C.	S. Franc. Assis	Reumatismo	+++	+++	"
14 Rachel M. O.	"	Cefalea	+++	+++	"
15 Ernestina A.	"	"	+++	+++	"
16 Julia C. S.	"	Hepato e Esplenomegalia	---	---	"
17 Maria G.	"	Esternalgia	---	---	"
18 Ana T.	"	Cardiopatia	---	---	"
19 Ercilina	"	Sifilis	+++	+++	"
20 Etelvina M.	"	Esplenomegalia	---	---	"
21 Perciliana Y. C.	"	Paludismo e sifilis	---	---	"
22 Vitoria R. C.	"	Anemia	---	---	"
23 Ernestina A.	"	Algias	---	---	"
24 Joana C.	"	Hepatomegalia	---	---	"
25 Maria S. R.	"	Sifilis nervosa	---	---	"
26 Abel B. C.	"	Cirrose	---	---	"
27 Antonio L.	"	Reumatismo	+++	+++	"
28 Alice C.	Oswaldo Cruz	Cirrose	---	---	"
29 Senhorita M. L.	S. Franc. Assis	Algias	---	---	1930
30 Doolinda O.	"	Hematemeses	---	---	"
31 Josepha C.	"	Hepatomegalia	---	---	"
32 Joaquina G.	"	Algias	---	---	"
33 Maria E. S.	"	"	---	---	"
34 Francisco P. H.	"	Paludismo e sifilis	+++	+++	"
35 Maria S. A.	"	Esplenomegalia	---	---	"
36 Soro 1	"	Bocio	---	---	"
37 Soro 2	"	"	---	---	"
38 Soro 3	"	"	---	---	"
39 Soro 4	"	"	---	---	"
40 Soro 5	"	"	---	---	"

Dos 35 casos de moiestia de Chagas examinados, a reação foi negativa em 6 casos e o soro impediante em 3 casos. Foi portanto de 68,5 % o índice de resultados positivos. Nos casos de doentes de outras moiestias e individuos higidos, nada observamos de anormal sendo todas as reações nega-

Fig. 23 Publicação de Lacôrte em *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* com resultados de experiências médicas com doentes nos hospitais do IOC.
 Fonte: Lacôrte, 1938, p. 269-270

Com as memórias de Chagas Filho também é possível conhecer o corpo de funcionários que trabalhavam no hospital nos primeiros anos de funcionamento. Eurico Villela e Álvaro Lobo foram descritos por Chagas Filho da seguinte forma:

Eurico Villela, cuja fisionomia era marcada pelas amplas sobrelanceiras que quase mascaravam a profundidade do olhar, era não só um apurado clínico como um experimentado conhecedor das técnicas laboratoriais. De aspecto severo, escondia, no entanto, uma grande suavidade no seu convívio diário. Álvaro Lobo Leite Pereira, sempre jovial e sorridente, era por igual competente e capaz de pôr em função novas técnicas de bioquímica recém-trazidas do exterior. Quando ali chegamos, Álvaro Lobo ocupava-se da determinação de iodo nas regiões ricas em chagásticos, com o fito de estabelecer o possível relacionamento do hipotiroidismo com o frequente bócio observado nos doentes de mal de Chagas. Era afável e respondia com interesse a todas as nossas curiosidades. (Chagas Filho, 2000)

José Guilherme Lacôrte também mereceu destaque de Chagas Filho, recordando-o por seus primeiros ensinamento de laboratório:

José Guilherme Lacorte, muito simpático, embora taciturno, foi realmente o primeiro mestre que tive nas artes científicas. Começou por ensinar-me a reconhecer os vários vidros do laboratório e como devem ser lavados, utilizando-se soluções sulfocrômicas. Em seguida, o manejo das balanças de precisão, pois ainda não haviam as elétricas, como hoje, e a boa medida era feita pelo método de dupla pesagem. Logo após veio a preparação dos esfregaços de sangue e a contagem percentual dos vários tipos de leucócitos. A fórmula de Schilling, assim conhecida, era, então, uma novidade. Isto sem falar na hematimetria e na leucocitometria. O hematócrito também não ficou esquecido. Todo esse ensinamento me iniciou no método quantitativo e me serviu, mais tarde, para ministrar, durante dois anos, um curso de princípios de hematologia na cadeira de anatomia patológica. Considero o tipo de iniciação que me foi dado, com pequenos exercícios que partem da preparação adequada do material a ser utilizado e com o aprendizado elementar do método quantitativo, o caminho ideal para dar início ao noviciado prático de um cientista. (Chagas Filho, 2000, p. 32-33)

Sintetizando as informações de Chagas Filho, nos primeiros anos de funcionamento do Hospital Oswaldo Cruz os serviços de ambulatório estavam sob a responsabilidade de Álvaro Lobo Leite Pereira, os serviços de laboratório a cargo de José Guilherme Lacôrte e a direção foi entregue a Eurico Villela. Quanto aos atendimentos, as memórias de Chagas Filho ressaltam a predominância das doenças tropicais e menciona sua rotina de tarefas no Hospital da seguinte forma: “Às segundas, quartas e sextas-feiras, examinávamos, aproximadamente, trinta doentes, na maioria acometidos de verminoses e malária cujo diagnóstico laboratorial era-me fácil fazer”. Além das doenças consideradas objeto de investigação relevantes na época, Filho abordou um ponto importante para a análise clínica do doente no Hospital Oswaldo Cruz, a pesquisa clínica com ênfase na anamnese e a valorização das condições sociais do doente para a conformação dos diagnósticos e para acompanhar a evolução dos casos. Para ele, “a vida dessas gentes nos obrigava a levar mais tempo do que o comum na anamnese dos doentes” porque “já se sentia a importância das condições sociais na evolução de uma doença” (Chagas Filho, 2000, p.32-34). A valorização da anamnese e da evolução dos casos clínicos a partir de uma abordagem social comprova-se após análise dos registros médicos de pacientes que correspondem a 1.158 prontuários. Grande parte desses documentos possuem uma descrição pormenorizada da anamnese dos doentes, envolvendo as características sociais, os antecedentes mórbidos e os sintomas atuais e em muitos casos há registro das expressões populares / regionais utilizadas pelos indivíduos no ato das consultas.

4.1.1 *Spirochaeta pallida* no caminho das tripanossomíases: a ampliação das linhas de pesquisas

Entre os médicos que atuou no Hospital Oswaldo Cruz nos anos iniciais está Antônio Eugênio de Arêa Leão (1895 – 1971). Nasceu em Terezina e fez seus estudos na capital do país, formando-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1919. No ano seguinte, em 1920, ingressou no Instituto Oswaldo Cruz, onde dedicou-se ao estudo de micologia. Publicou trabalhos com Olympio da Fonseca Filho, diretor do Instituto Oswaldo Cruz entre 1949 e 1953. Divulgou suas pesquisas entre 1922 e 1965 em importantes periódicos científicos da época, entre eles *Brasil Médico*, *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, *Societe de Biologie de Rio de Janeiro*, *Sciencia Medica*, *Boletim do Instituto Brasileiro de Ciência*, *Hospital e Revista Brasileira de biologia*. Entre os temas de interesse estavam dermatites, fungos, micoses, Leishmaniose, diagnóstico de tripanossomíase pela *reação de complemento*, blastomicose e experiências terapêuticas com penicilina (nos anos de 1940) (PROMAN, Antônio Eugênio de Arêa Leão, Caixa 1). No Hospital Oswaldo Cruz Arêa Leão acompanhou casos de sífilis, ascite, framboesa tropical e outros em que não foi possível a identificação do diagnóstico. Mas os prontuários analisados indicam a predominância de acompanhamentos a casos de sífilis pelo médico. Ali podem ser observadas a conformação de uma importante linha de pesquisa do Hospital Oswaldo Cruz, dos primeiros experimentos em doentes com sífilis a um padrão de procedimentos adotados.

A sífilis nesse momento histórico era definida a partir dos conhecimentos do laboratório com a comprovação da bactéria no sangue. O agente causal das doenças eram critério decisivo para o diagnóstico e na *era dos germes* o agente da sífilis foi batizado de *spirochaeta pallida*, descoberta do cientista Shaudinn em 1905 (Fleck, 2010). De acordo com essa concepção moderna de sífilis, com a necessidade de objetivação, a doença passa a ser conformada e legitimada como fato científico a partir de uma série de postulados estabelecidos por um grupo, que Fleck (2010) chamou de ‘coletivo de pensamento’, para validá-la. Fleck chama a atenção para ser essa apenas uma forma de compreensão da doença, um ‘estilo de pensamento’, um paradigma que, assim como tantos outros, tem um componente histórico e cultural. Compreendendo a medicina como permeada por “concepções meramente específica e temporárias”, Fleck realiza um estudo do desenvolvimento do conceito de sífilis ao longo da história. O seu estudo, inovador na década de 1930, apreende a doença como fato científico elaborado a partir de um trabalho que é realizado como expressão do acordo entre pares, um

trabalho coletivo, que extrapola os limites do indivíduo, uma vez que o saber sobre um determinado objeto não é dado a priori, mas como “um produto sociológico” onde competem, concomitantes e indissociáveis, interesses científicos e políticos (Fleck, 2010, p. 16-17). Após discorrer sobre os sentidos históricos do conceito de sífilis, apresenta que para o paradigma científico moderno o exame de reação de Wasserman, a “prova sorológica”, passa a ser decisivo para o diagnóstico da doença.

Os primeiros prontuários encontrados na documentação do hospital com diagnóstico de sífilis datam de 1917 e foram produzidos em Minas Gerais, na Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte, e acompanhados por Eurico Villela (J.B., A.S., 1917). Como o ‘homem é a sua época’, usando expressão de Fleck (2010, p. 88), o médico Villela confere os diagnósticos a partir do exame de Reação de Wasserman. O tratamento destinado aos doentes eram injeções intramusculares a base de 0,01 centigrama Benzoato de Hg (mercúrio), dose posteriormente aumentada para 0,02 centigramas, e água vienense; fórmulas a base de, 0,02 centigramas de sulfato de atropina e água; uma cápsula de 0,30 centigramas de piramidon ao dia; e lavagem das feridas e compressas com cloreto de potássio, mel e água fervida. Em 1922 Villela foi responsável por outros dois casos de sífilis, um deles acompanhado por Leocádio Chaves.¹¹¹ Nos casos, incorporou novos medicamentos no tratamento dos doentes, ambos diagnosticados com resultado positivo ao exame de Reação de Wasserman (A.P.S., O.M., 1922). No caso **A.P.S.**, incorporou aos medicamentos 0,50 centigramas de quinino duas vezes ao dia, sal de vichy (bicarbonato de sódio), pó de folhas de beladona, injeções de neosorosol, injeções de óleo canforado e injeções de esparteína. E no caso O.M., usou apenas a fórmula 914, o neosalvarsan, doses crescentes de 0,30 a 0,45 centigramas.

Nesse mesmo ano, 1922, Arêa Leão foi responsável por acompanhar três casos de doentes com sífilis no Hospital Oswaldo Cruz, nos quais foram adotados procedimentos semelhantes. O diagnóstico era concernido sob o aval do laboratório com o exame de Reação de Wasserman. Embora os doentes tenham recebido medicações peculiares, predominaram prescrições de injeções de “sorosol sulfú mercurico” em séries e injeções intramusculares de 914 (neosalvarsan). Ambas figuravam como receita de sucesso. Substâncias às quais os médicos atribuíam a rápida melhora dos casos, todos com alta e curados. Algumas medicações utilizadas anteriormente em doentes com sífilis investigados sob a rede de médicos do IOC, ligados a instituição Hospital Oswaldo Cruz, permaneceram em uso até o fim da década de 1920. Foram

¹¹¹ Leocádio Chaves foi Secretário do Instituto Oswaldo Cruz na gestão de Carlos Chagas a partir de 1919. Enquanto isso permaneceu atuando no Hospital Oswaldo Cruz, como demonstram os prontuários médicos resultantes de seu acompanhamento aos casos clínicos. Para biografia do médico, ver Capítulo 2.

elas: fórmula a base de sulfato de quinino, antipirina, benzonapitol e bicarbonato de sódio; combinação de óleo de chenofódio e sulfato de sódio; acetato de amônio, benzoato de sódio, terpina, álcool e xarope de tolú; e pomada de arseniato de sódio somado a solução alcoólica para uso local.

Além de sífilis, um caso sob a responsabilidade de Arêa Leão com diagnóstico de framboesa tropical foi acompanhado junto ao médico Leocádio Chaves. É referente a **O.J.S.**, homem de trinta anos de idade, trabalhava como carregador e era morador de São Cristóvão, um bairro próximo ao Instituto de Manguinhos. Deu entrada no hospital em 13.12.1922 e ao ser questionado sobre seus antecedentes mórbidos, mencionou sarampo, sarna, varíola e negou qualquer doença venérea. Foi à consulta porque apareceu-lhe há um mês erupções na pele logo após sentir dores nas juntas e fortes dores de cabeça. O médico relata que o doente mostrou as “lesões papilomatosas da face, tórax e abdome, irregularmente distribuídas, variando de 1 a 3 centímetros de diâmetro e cobertas de crostas amareladas e bem aderentes à ferida”. Logo após, constata no registro médico que retirada a crosta observava-se o fundo da lesão que tinha um aspecto granuloso semelhante a superfície de um morango e que o exame microscópico revelou a presença de numerosos treponemas com as características do *T.pallidula*. Foi medicado ao longo de dois meses com a fórmula 914, o neosalvarsan, ministrada em doses progressivas de 0,15 a 0,60 centigramas. Não há registros detalhados sobre o acompanhamento terapêutico e os procedimentos resumem-se a solicitação de exames de Reação de Wasserman e Reação de fixação do complemento, mas ainda assim o caso de **O.J.S.** é ótimo para observar como os arsênicos foram usados com frequência no Hospital para tratar diferentes doenças, além de Sífilis, a moléstia de Chagas, a Malária e a Boubá.

4.1.2 Assistência e internações no Hospital Oswaldo Cruz

O primeiro registro de doente atendido no Hospital Oswaldo Cruz foi Luiz Leandro da Silva, um marinheiro de segunda classe do *Corpo de Marinheiros do Brasil*, naquele momento “embarcado no destroyer Rio Grande do Norte”. Na documentação administrativa do IOC ao Ministro da Marinha há uma solicitação, encaminhada em 23 de agosto de 1919, de licença para a internação do marinheiro por dois meses “para que o mesmo possa ser tratado no hospital anexo a este Instituto da doença parasitária de que se acha afetado e cujo estudo está sendo feito no referido hospital” (IOC, Seção Direção, N°408, 23 de agosto de 1919). Em outro documento, de 10 de novembro de 1919, há uma nova solicitação encaminhada ao Sr. Comandante Geral

do Corpo de Marinheiros do Brasil para estender a licença do doente por mais trinta dias porque ainda não estava terminado o seu tratamento (IOC, Seção Direção, Nº590, 10 de novembro de 1919). Os registros médicos desse doente não foram encontrados na documentação institucional, não sendo possível, desta maneira, um detalhamento ou análise pormenorizada dos procedimentos realizados.

Além desse caso, outros atendimentos foram realizados no Hospital Oswaldo Cruz em 1919, como os de **Fa** e **Ho** (Fig.24), ambos forma aguda da moléstia de Chagas e acompanhados por Eurico Villela. No primeiro caso, a documentação médica é composta apenas da folha de capa e uma fotografia. Com isso é possível saber apenas que tratava-se de uma criança de um ano e meio, moradora de um povoado chamado Curralinho, nas proximidades de Lassance. E que recebeu o diagnóstico de *Moléstia de Chagas forma aguda*, vindo a óbito em 13 dias de acompanhamento médico no Hospital.

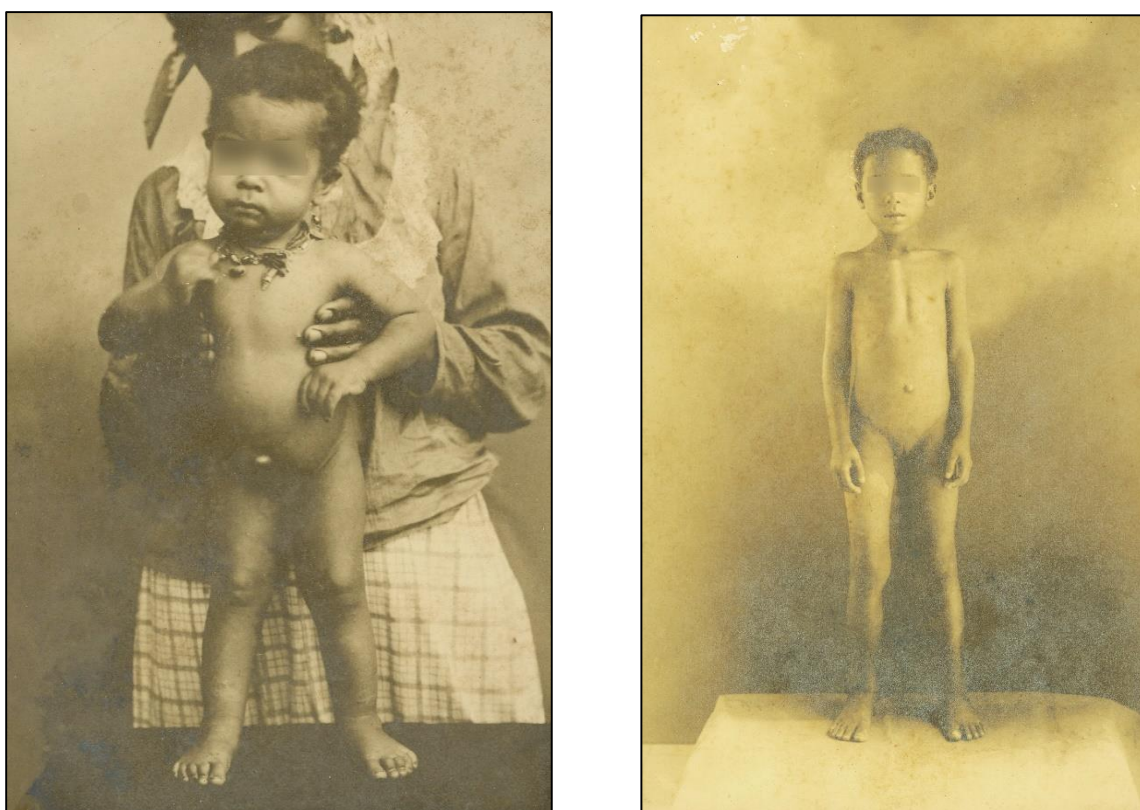


Fig.24 Registro e acompanhamento dos corpos por pesquisadores dos hospitais do IOC .
À esquerda, Fa., (Prontuário Fa., 25.10.1919) com sua mãe posando para foto no Hospital Oswaldo Cruz; À direita, Ho., (Prontuário Ho., 10.12.1919)

Fontes: DADCOC

Há informações mais consistentes no prontuário de **Ho**. Moradora de uma cidade próxima a Lassance, chamada Contria, foi levada ao Hospital Oswaldo Cruz em dezembro de 1919, onde ficou em observação por seis meses. Com exceção de um irmão com 2 anos, a menina era a mais nova. Seus irmãos tinham 2, 13, 17 e 22 anos de idade. Todos eles, assim como os pais, estavam com aumento da tireoide. Essa característica é relatada seguida de uma observação referindo-se a moradia da família como “cafua infestada por triatomos infestados”. Villela referiu-se à menina como “bem desenvolvida para a idade”. Notou que estava um pouco emagrecida, tinha uma pequena hérnia umbilical, estrabismo no olho direito e edemas no corpo. Essa menina de “face tímida, pálida, com leve tom amarelado” tinha os edemas mais acentuados nas pálpebras e nos membros inferiores, principalmente no dorso dos pés. Caracterizou o edema como duro e elástico e considerou dificilmente depressível. Chamou a atenção o baço estar muito aumentado e doloroso se pressionado, o fígado um pouco aumentado e os gânglios não estarem aumentados de volume. Quanto ao aspecto cardíaco, possuía os batimentos de “frequência estável, variando de 120 a 134. Tinha tosse, bronquite e pneumonia, o que somado a um estado febril com 37.4° provavelmente levou-a à “prostração acentuada”. Seu primeiro exame de sangue mostrava a presença de raros tripanossomos. Após quatro dias de observação, seu estado geral não apresentou mudança apreciável, a não ser uma pequena melhora da prostração. O exame de sangue não revelou tripanossomos. Ao longo de mais três dias o estado geral da menina estava melhorado em todos os pontos de vista, persistindo apenas os *mixedemas*. Em todos os registros posteriores enfatizaram que “as melhoras tem se formado progressivamente”, que “o estado geral é bom, está bem disposta e de vivacidade normal”. Há registro de que a menina permaneceu no Hospital por seis meses sem que o seu estado apresentasse alteração digna de nota.

O conjunto de fontes aqui analisadas permitem conhecer melhor os casos objetos de pesquisas no Hospital Oswaldo Cruz a partir do ano 1921, pois tem um maior número de registros médicos. O ano 1921 foi decisivo para as experiências médicas do Hospital. O prédio foi considerado pelo Instituto Oswaldo Cruz finalizado e munido de tecnologias previstas desde o projeto de construção de seu hospital moderno. O diferencial que apresentava em comparação aos demais hospitais da cidade não se resumia ao fato de estar ligado ao Instituto de Manguinhos, de ser um hospital voltado às pesquisas em doenças tropicais ou mesmo por receber doentes oriundos de áreas rurais e interioranas do país sob a bandeira de projetos nacionalistas visando a interiorização da assistência e o combate às endemias rurais. Esse hospital criado em Manguinhos foi coerente ao seu projeto inicial, que remonta a Oswaldo

Cruz, de ser hospital moderno e dispor das mais novas tecnologias para aprofundar suas investigações clínicas e laboratoriais, ainda que o projeto de seis pavilhões hospitalares similares não tenha se concretizado.

4.1.3 A estrutura de um “grande hospital”

Igualando-se em sofisticação tecnológica às demais unidades do Instituto Oswaldo Cruz, em 1919 o Hospital fez seus primeiros pedidos de ligação da corrente elétrica para iluminação e gás à empresa *The Rio de Janeiro Light and Power*. A instalação não ocorreu rapidamente, ocasionando seguidas reclamações e cobranças. Em 6 de abril de 1920 o Instituto Oswaldo Cruz enviou um ofício ao superintendente da Sociedade Anonima de Gás do Rio de Janeiro cobrando a vistoria da instalação elétrica para a subsequente ligação de energia para “iluminação do nosso Hospital” (Ofícios 1920, 6.4.1920). No dia 19 de abril o ofício foi endereçado ao superintendente da The Rio de Janeiro Light and Power solicitando ligação da corrente elétrica (Ofício 1920, 19.4.1920). Em 29 do mesmo mês um novo ofício foi encaminhado ao Inspetor Geral de Iluminação reforçando a cobrança. Ali dizia: “solicito as vossas providencias no sentido de ser vistoriada a instalação elétrica do Hospital anexo a este Instituto a fim de que possa ser feita a respectiva ligação com a corrente urbana na Light and Power” (Ofício 1920, 29.4.1920). No fim daquele ano, em 29 de dezembro, ainda não tinha sido resolvido o problema e nova correspondência foi encaminhada, dessa vez do Instituto Oswaldo Cruz ao Superintendente Geral da The Rio de Janeiro Light and Power Company Ltda. Com tom mais incisivo que as anteriores, o Instituto solicita as necessárias providências no sentido de ser feita “de acordo com a especificação no orçamento apresentado por essa Companhia” a ligação da corrente elétrica do Hospital Oswaldo Cruz (Ofício 1920, n.686, 29.12.1920). Sua ligação, portanto, foi concretizada no ano seguinte, em janeiro de 1921, quando também ali também começaram a funcionar uma linha telefônica própria e um elevador de pequeno porte (Minutas de Ofícios, 1919, n ou data). A demora para solucionar o problema da falta de energia elétrica do Hospital teve relação com sua proximidade do forno crematório de lixo (Figura x), como pode ser observado em ofício datado de 26 de novembro de 1919 do Instituto ao prefeito do Distrito Federal. O documento consiste em pedido de revisão do embargo da prefeitura à instalação de fios e postes no terreno do forno:

Tendo sido embargada por funcionários municipais a instalação, nos terrenos do forno crematório vizinho a este Instituto, dos postes e fios para a transmissão de energia elétrica necessária ao funcionamento do Hospital Oswaldo Cruz, solicito a autorização e as providências de V/Excia para o levantamento do referido embargo, que vem trazendo sérios prejuízos aos trabalhos d'aquela hospital (Fundo IOC, Minutas de Ofícios 1919, nº610)

O ofício menciona um debate polêmico da retirada dos fornos de incineração de lixo, envolvendo o Instituto Oswaldo Cruz e a prefeitura da cidade. O argumento do Instituto era que os fornos atrapalhavam o funcionamento do hospital. Ao afirmar que a falta de energia elétrica trazia “sérios prejuízos aos trabalhos d'aquela hospital”, confirma um argumento defendido nesse trabalho de que as atividades médicas do hospital iniciaram em 1919, antes mesmo do prédio estar devidamente equipado com previsto pelo Instituto.

Na trama das relações políticas, Carlos Chagas convidou o prefeito da cidade, Paulo de Frontin para conhecer o Hospital Oswaldo Cruz recém construído no Instituto. A visita tornou-se um evento com repercussão na mídia impressa, acompanhada por uma equipe de reportagem cujo objetivo era noticiar toda a modernidade do empreendimento hospitalar. Ocorreu em 28 de março de 1919 e foi meticulosamente descrita pelo *Correio da Manhã*, um jornal caracterizado desde a circulação de seu primeiro número em 15 de junho de 1901 por seu apelo popular, pelo uso de estratégias visuais para atingir um público com menor grau de ilustração e um público com menor poder aquisitivo. Suas matérias priorizavam notícias policiais, o dia-a-dia de grupos populares, entrevistas e as reportagens. Ao descrever a visita do prefeito Paulo de Frontin ao Hospital Oswaldo Cruz, o periódico mencionou que o ainda não estava concluído, mas que a partir do que fora observado o prefeito pudera “fazer uma precisa ideia do grande melhoramento que ele significa” (Pelos Melhoramentos da Capital, *Correio da Manhã*, 28 de março de 1919, p.3). Narrou com detalhes os ambientes percorridos pelo prefeito por todo o “grande prédio”. Essa referência é curiosa porque trata-se de um hospital de pequeno porte e com estrutura para comportar o máximo de 40 leitos (Relatório IOC, 1919 e 1924). Por isso, a referência ao “grande prédio” pode ser interpretada como um discurso de grandiosidade do hospital do Instituto Oswaldo Cruz. E o jornal mencionou a construção do prédio toda de cimento armado, o que era alvo de controvérsia na arquitetura hospitalar no início do século XX, uma vez em disputa os modelos permanentes e móveis de construções hospitalares – com uso de madeiras, papelão e outros (Benchimol, 1990a). Rica em detalhes, a reportagem descreveu a divisão interna do prédio com duas enfermarias e quatro quartos de isolamento, enfatizando que em seu interior era mantida uma “temperatura constante de 24 graus e um teor

de humidade de 30%”, garantindo ao espaço “conforto climático” e diminuição de riscos hospitalares. E para finalizar a narrativa exaltando a nova construção do Instituto que há pouco estampou os jornais da cidade do Rio de Janeiro com a divulgação do esplendoroso Castelo Mourisco, chamou atenção para um aspecto que orgulhava o Instituto Oswaldo Cruz, a inovação no campo da arquitetura médica da cidade: um prédio construído com paredes duplas, com câmaras de ar intermediárias, de maneira a garantir maior rendimento térmico fornecido pela instalação frigorífica.

A *Gazeta de Notícias* (28 de março, 1919, p. 3) também publicou matéria sobre a visita do prefeito Paulo de Frontin ao Hospital Oswaldo Cruz. A ênfase recaiu sobre as características do moderno hospital recém construído em Manguinhos. Além dos preceitos mais rigorosos da moderna higiene que guiaram sua arquitetura, ressaltou a “imponência e suntuosidade” do prédio erguido no topo de uma colina, tornando visível de longe o corpo da construção cercada por uma “esplendida varanda”. Os adjetivo expressam claramente a posição política assumida pelo jornal. Periódico de grande tiragem e precursor no uso de tecnologias e inovações nas formas de fazer jornal, a *Gazeta de Notícias* prosperou com os vultuosos contratos firmados com os órgão municipais para a publicação de atos oficiais da Prefeitura do Rio de Janeiro, principalmente a partir de 1901, quando assina contrato com a Diretoria Geral de Interior e Estatística substituindo nesse serviço o Jornal do Comércio (que publicava os atos desde 1890) (Barbosa, 2007, p.30).¹¹² O jornal, comprometido com os atos do governo e sua imagem, ao descrever a visita do prefeito ao prédio do hospital deu ênfase e esmiuçou a descrição de sua arquitetura. Referiu-se às duas enfermarias do edifício, uma à direita e outra à esquerda, separadas por sexo, e aos quatro “pavilhões” para isolamento dos doentes considerados mais graves. A reportagem não poupou elogios à “qualidade da construção” daqueles ambientes de cimento armado, manifestando grande surpresa com as janelas das enfermarias “feitas de um modo bastante original”, com duas seções: uma na parte externa e outra na parte interna da parede, sendo que a segunda possui ainda uma seção de tela, considerando inovador o processo que tinha por fim regular a entrada de ar exterior, de modo a não prejudicar os enfermos. Também enfatizou o sistema de refrigeração das enfermarias, explicando ao público geral que era provida de tubos de ventilação alimentados por motores instalados no porão do edifício com a dupla finalidade de “refrescar o ambiente e evitar a umidade”.

Além dos aspectos positivos e de orgulho ao projeto do Hospital Oswaldo Cruz, a visita do prefeito Paulo de Frontin pareceu oportuno para dar visibilidade e tornar público um impasse

¹¹² Sistema de venda avulsa dos exemplares com pequenos jornaleiros, o grande espaço destinado ao uso de ilustrações e nova diagramação das páginas. Barbosa, 2007, p.33.

que afetava diretamente a instituição, o funcionamento do forno de incineração de lixo localizado próximo ao prédio do Hospital Oswaldo Cruz, assunto que encadeou um debate conflituoso entre o diretor do IOC, Carlos Chagas, e a prefeitura da cidade. Durante o governo do marechal Floriano Peixoto (1891-1894), a fazenda de Manguinhos foi considerada “em completo abandono”, sendo desapropriada pela Prefeitura do Rio de Janeiro para abrigar fornos de incineração do lixo, mas a empresa responsável por sua construção faliu em 1889, permanecendo apenas uma chaminé em funcionamento no campus até 1939/40 quando foi demolida.¹¹³ O descontentamento com a chaminé motivou reclamações sob o argumento de que a queima de lixo atrapalhava as atividades cotidianas do hospital e eram possíveis focos de contaminação.

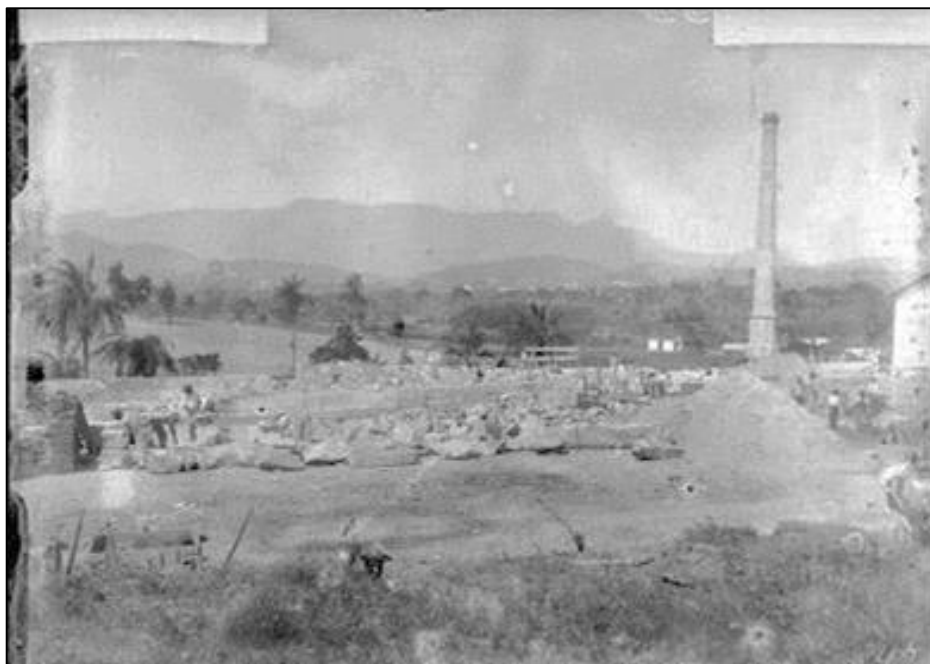


Fig.25 Forno de incineração de lixo visto a partir do terreno do Hospital Oswaldo Cruz em 1913
Fonte: DADCOC

O jornal *A Rua* mencionou o receio de Carlos Chagas com a localização do forno de incineração de lixo por estar situado “justamente entre o Instituto Oswaldo Cruz e um pavilhão destinado a seleção de doentes”, o Hospital Oswaldo Cruz (*A Rua*, 27.03.1919, p.3). De acordo com a matéria, Carlos Chagas acreditava que as emanções dos fornos prejudicariam as

¹¹³ Ver relatório da Divisão de Obras do Ministério da Educação e Saúde de 1939; Rentó (Acervo do CPDOD / FGV); Benchimol, 2014, p. 22.

observações realizadas naquele local e argumentou que o pavilhão hospitalar fora erguido quando Oswaldo Cruz obteve autorização para destruir os fornos. O prefeito lamentou bastante a localização daquele pavilhão e prometeu estudar o problema.

Parece que a discussão não cessou e ampliou o debate na imprensa carioca. Em abril o jornal *A Razão* publicou divulgou que o prefeito da cidade aproveitaria o forno, desmontando-o e localizando-o mais próximo da cidade, considerando-o “capaz de perfeito funcionamento” (*A Razão*, 5.05.1919). De acordo com o periódico, o forno seria retirado da fazenda de Manguinhos por estar muito afastado do centro e, principalmente, porque tinha em sua vizinhança dois estabelecimentos que, embora tenham sido construídos posteriormente a instalação do forno, poderiam sofrer prejuízo grave”. Refere-se aos laboratórios do IOC e ao Hospital Oswaldo Cruz e enfatiza que seriam construídos nos terrenos da fazenda de Manguinhos “mais cinco seções hospitalares”. Esse argumento é comum em toda discussão veiculada pela imprensa nesse ano de 1919 e com a documentação administrativa do Instituto Oswaldo Cruz é possível afirmar que o principal argumento do Instituto para a retirada do forno de queima de lixo era sua localização próxima do hospital de experimentação médica que tivera alto investimento financeiro para ficar “excelentemente aparelhado para o estudo das moléstias tropicais” e para abrigar ao seu redor futuras construções pavilhonares além de outras dependências daquele Instituto (*A Razão*, 5 de abril, 1919, p.5; Relatório, 1919). De acordo com o julgamento do jornal *A Razão*, a melhor solução para o problema seria “entrar em acordo com o governo federal, transferindo-lhe a propriedade das terras, mediante uma justa compensação; ou recebendo a Prefeitura outras terras ou sendo indenizada pela União”.

Além do sistema de condicionamento de ar que dispunha, uma tecnologia que proporcionava um diferencial a esse hospital em relação aos demais da capital era fazer uso de um aparelho eletrocardiógrafo e outros aparelhos de raio X, verdadeiras inovações à época. O Instituto Oswaldo Cruz, em ofício de 22 de abril de 1920 ao Inspetor da Alfandega do Rio de Janeiro, solicitou despacho livre para três volumes contendo material eletrocardiográfico vindo de Nova York pelo vapor “Kastern Breeze” com a marca [*cr-bup*] *Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro Brasil* (Cópias de Ofícios, 1920, s/n). Em relatório anual do Instituto consta a transformação de quatro salas que serviam de banheiros para que pudesse ser instalado um aparelho de ‘Raio X’. O mesmo relatório indica que para essa finalidade foi construída no subsolo do prédio hospitalar uma praça “sendo necessário escavações, revestimentos de alvenaria, cimento e ladrilhamento” (Relatório, 1924, p.?). Não há maior detalhamento referente a esse equipamento, mas em um texto jornalístico de 1925 há informação que o hospital possuía, além de um laboratório completo de pesquisas, excelentes instalações de raio

X e dois eletrocardiógrafos dos tipos mais modernos destinados a estudos cardíacos (A Noite, 13.4.1925).

4.1.4 Experiências médicas e a retomada da controvérsia científica de Chagas

No Capítulo 1 desse trabalho foi discutido a relação entre a finalização das obras do Hospital Oswaldo Cruz, em 1918, e as medidas elaboradas pelo movimento sanitarista com o intuito de sacralizar a figura de Oswaldo Cruz. Mas a concretização do prédio hospitalar também está profundamente associada ao destaque de Carlos Chagas na vida pública nacional. Três dias após a morte de Oswaldo Cruz Chagas foi indicado para assumir a direção do Instituto de pesquisa de Manguinhos. Nomeado pelo presidente Wenceslau Braz em 14 de fevereiro de 1917, ocupou o cargo até o seu falecimento em 1934. No Instituto criou em 1918 o Serviço de Medicamentos Oficiais destinado à fabricação e fornecimento da quinina (droga usada principalmente para tratamento e prevenção da malária, Ver Capítulo 3) e outros produtos terapêuticos gratuitamente ou a preços subsidiados pelos governos aos postos de profilaxia rural, aos Estados, às Forças Armadas e a empresas públicas e privadas. Nesse mesmo ano foi instituído o Serviço de Profilaxia Rural e em seu decreto de criação, de 1º de maio de 1918, estabelecia que as comissões sanitárias instituídas com essa finalidade seriam chefiadas preferencialmente por funcionários da Direção Geral de Saúde Pública ou do Instituto Oswaldo Cruz.

Carlos Chagas foi laureado na Saúde Pública, principalmente após a campanha em combate à gripe espanhola, que lhe rendeu favorável reconhecimento da opinião pública a partir das elogiosas publicações da imprensa. Essa repercussão, afirma Kropf (2009a, p. 212), pesou decisivamente na escolha de seu nome para dirigir a nova agência sanitária federal, o Departamento Nacional de Saúde Pública, criado pelo decreto n. 3.987, de 2 de janeiro de 1920, após intenso debate no Congresso Nacional. Chagas havia tomado posse em 4 de outubro de 1919 na Diretoria Geral de Saúde Pública, órgão que antecedeu a DNSP.¹¹⁴ Assim como Oswaldo Cruz, do qual fora discípulo, acumulou os cargos de direção da saúde pública (entre 1919 e 1926) e a direção do Instituto de Manguinhos (1917-1934), dois cargos de extrema importância para a elaboração e implementação local e nacional de práticas voltadas à saúde.

¹¹⁴ Com a instauração da República, a saúde pública passou por uma reforma que deu origem à Diretoria Geral de Saúde Pública, criada em 1896 com o objetivo de melhorar os serviços de saúde na capital e nos portos – locais estratégicos para obtenção de mão-de-obra e exportação de produtos agrícolas. Ver Capítulo 1.

À frente dos problemas da saúde, sua gestão alinhada aos ideais do movimento sanitário teve como diretriz a ampliação da intervenção e regulação do governo federal, ao contrário do modelo vigente pautado na descentralização baseado na autonomia dos estados (Hochman, 1998).

Apesar do crescente destaque na vida pública, que não ocorreu sem desafetos em torno da luta nacionalista estabelecida em torno da Saúde, Chagas esbarrava em controvérsias científicas que envolviam médicos e pesquisadores brasileiros ao confrontarem algumas concepções sobre a doença de Chagas elaboradas até aquele momento. Reacendiam na tribuna da Academia Nacional de Medicina as polêmicas inauguradas a partir de 1916 com pesquisadores argentinos (Capítulo 2), promovendo dúvidas em torno da doença de Chagas entre 1919 e 1923. A retomada das dúvidas não se limitaram aos enunciados da doença, como anteriormente. Dessa vez era posto em cheque a própria autoria da descoberta científica e a sua dimensão geográfica.

Kropf (2009a, p. 225-227) ressalta dois pontos levantados por Henrique Aragão que despertaram polêmica à época. Primeiro, questionou a patogenia do *T. cruzi* para os humanos, duvidando que a infecção fosse realmente causada pelo tripanossomo. Aragão considerava a moléstia “digna de estudo” apesar da revisão elaborada por Chagas, a partir das críticas levantadas em 1916 por Kraus e outros pesquisadores argentinos, na qual retirava a presença do bócio do quadro clínico da doença, relativizando consideravelmente o peso atribuído ao bócio para o diagnóstico de doença de Chagas e atribuindo-o à presença do tripanossomo, o agente etiológico, como critério final de diagnóstico. Mas Aragão expôs suas dúvidas com relação a própria intensidade da ação patogênica do *T. cruzi* para os humanos. Apoiado nos questionamentos de Kraus, que afirmava não existir doença de Chagas na Argentina, Aragão sustentou sua hipótese sob os argumentos da incerteza da doença que lhe diminuía a importância – não podendo ser considerada uma endemia rural. O segundo ponto destacado diz refere-se à afirmação de que Oswaldo Cruz tinha sido o verdadeiro descobridor do *T. cruzi*, não Carlos Chagas. Sobre o discurso de Aragão, Kropf lança a seguinte análise:

Num momento inflamado pelas bandeiras políticas da campanha sanitária e de grande visibilidade pública de Chagas, o discurso de Aragão equivalia a colocar sob suspeita todos os elementos do ‘grande feito’ científico produzido pelo então diretor do Instituto Oswaldo Cruz (IOC): a doença, o parasito e a própria descoberta. (Kropf, 2009, p. 226)

Posto em dúvida a autoria da descoberta de Carlos Chagas, as ideias de Aragão não foram isoladas nos círculos científicos e médicos. Nas instituições de saúde da capital do país o debate recebeu o respaldo e apoio de Henrique Figueiredo de Vasconcellos, um importante cientista da época e um dos primeiros pesquisadores de Manguinhos que junto a Oswaldo Cruz construíram o arcabouço da instituição.¹¹⁵ Em conferência na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro Vasconcellos reafirmou que Oswaldo Cruz deveria ser o autor da descoberta da moléstia, visto ter sido o autor das experiências com saguis no IOC que redundaram na revelação de um novo parasito. Para Vasconcellos, Oswaldo Cruz descobriu o *T. cruzi* “e guiou com verdadeiro carinho paternal ao Dr. Chagas” nos estudos da doença que injustamente levava o seu nome. Defendia que a nova doença deveria ser chamada “moléstia de Cruz e Chagas” e sublinhou em seu discurso que as glórias da descoberta e dos estudos da doença eram fruto de trabalho coletivo e não apenas de Chagas: “Para o seu estudo concorreram vários membros do IOC com contribuições valiosíssimas e a estes pertencem, igualmente, e com toda a justiça, uma parte das glórias”. Além da autoria da descoberta, Vasconcellos também corrobora para o questionamento dos dados alarmantes de casos de doença de Chagas denunciados em textos de Belisário Penna e Monteiro Lobato. Não concordava com a estimativa de milhões de casos no país e acreditava que esse número contrastava com a pequena quantidade de registros pela literatura médica, como os 29 casos descritos por Carlos Chagas em 1916 e as 10 necropsias realizadas por Gaspar Vianna em 1911. Com relação aos casos descritos, Vasconcellos ironizou em sua fala: “não sabemos se há outras, mas caso existam não foram publicadas” (Vasconcellos, 1919a: 6 apud Kropf, 2009, p. 227-228). Com base nas análises de Kropf (2009, p. 224-231) sobre tal controvérsia, vinham acompanhadas de um claro sentido político referido aos debates em torno da relação entre saúde e identidade nacional. De acordo com aqueles que pactuavam das dúvidas, entre eles o próprio Vasconcellos, a doença traria o “descrédito à nossa Pátria” ao expor uma imagem negativa que afastaria imigrantes ao invés de atraí-los.¹¹⁶

O acirramento dos debates sobre a extensão da doença se deu no interior da Academia Nacional de Medicina e envolveu Afrânio Peixoto, médico e integrante do movimento sanitário de 1918 em denúncia do abandono do país, principalmente de seus sertões assolados por endemias rurais. À época vieram à tona na ANM divergências pessoais e políticas envolvendo os cientistas. Chagas, alegando ter atingida a sua honra pessoal e profissional

¹¹⁵ Henrique Figueiredo de Vasconcellos foi pesquisador do Instituto de Manguinhos desde sua criação. Foi contemporâneo de Oswaldo Cruz na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e seu sucessor na Diretoria Geral de Saúde Pública. Ver Kropf, 2009; Benchimol e Teixeira, 1993; e Benchimol, 1990.

¹¹⁶ Sobre o debate entorno das controvérsias da doença de Chagas divulgados na imprensa ver Kropf, 2009, p. 224-231.

solicitou a Miguel Couto, então presidente da ANM, a criação de uma comissão para avaliar o assunto e dar um parecer final – sob o qual colocava em cheque sua própria permanência naquela casa (Kropf, 2009a, p. 233). A proposta foi submetida à votação na sessão do dia 14 de dezembro de 1922 e, em meio a divergências quanto a sua realização, foi aprovada, constituindo assim uma comissão especial. O parecer da comissão apresentou em 23 de novembro de 1923 as conclusões baseadas em leituras de artigos científicos, obras anatômicas, preparações histológicas, amostras do parasito e em análise de quarenta doentes vindos de Lassance para o Hospital Oswaldo Cruz. A conclusão sobre a autoria da descoberta foi favorável à Chagas. Embora o parecer admita que houve “falta de clareza” em algumas publicações, abrindo margem para “dúbio entendimento”, reconheceu o trabalho de Chagas desde o início de suas pesquisas em Lassance e concluiu da seguinte forma: “No correr dessa série coordenada de fatos, o descobridor do parasito, que não foi achado por acaso, mas procurado numa ilação lógica, não seria, portanto, quem por ventura primeiro o visse, mas forçosamente quem nessa concatenação tudo dispusera para que fosse encontrado” (ANM, 1923: 737 Apud Kropf, 2009a, p. 241).

Com relação à patogenia do parasito, à caracterização da doença e ao método usado para o diagnóstico, o parecer da comissão concluiu que o método Guerreiro e Machado era reconhecido pelos especialistas do assunto, garantindo uma certa confiança para o diagnóstico das causas das formas crônicas. No entanto, reconhecia a dificuldade dos pesquisadores em diagnosticar a forma crônica das doença pela presença do parasito, fazendo com que muitos casos fossem confirmados apenas nas necropsias – o que nem sempre ocorria com sucesso devido à escassez de parasitos nos tecidos, levando o professor Bowman Crowell a afirmar que os casos de forma cardíaca poderiam dispensar a verificação do parasito. Quanto à distribuição geográfica e morbidade da doença, o parecer foi contundente quanto ao seu caráter nacional. Enfatizou que “há documentos indicativos de outros focos no continente americano”, o que representava “um problema de ordem social da maior relevância, merecedor da atenção do Estado” (ANM, 1923: 745 Apud Kropf, 2009a, p. 243).

Uma análise dessas controvérsias foi elaborada por Kropf ao colocar em relevo a dimensão política do embate como importante elemento para a própria constituição da doença. A historiadora interpreta a controvérsia em pauta na ANM como uma expressão do confronto entre grupos opositores no debate nacionalista da época. De um lado, aqueles que questionavam a doença como objeto científico e problema nacional. E de outro, os que qualificavam o Brasil como ‘vasto hospital’, um país permeado por endemias. Esse grupo esteve ao lado de Chagas em seus encaminhamentos políticos e científicos com relação à tripanossomíase. Uma de suas

orientações foi a conclusão do Hospital Oswaldo Cruz em Manguinhos e o seu funcionamento voltado à pesquisa e ensino. Enquanto o debate científico incendiava sessões da ANM, as experiências com doentes foram realizadas no HOC, principalmente aquelas entorno da moléstia de Chagas, a primeira linha de pesquisa desse hospital.

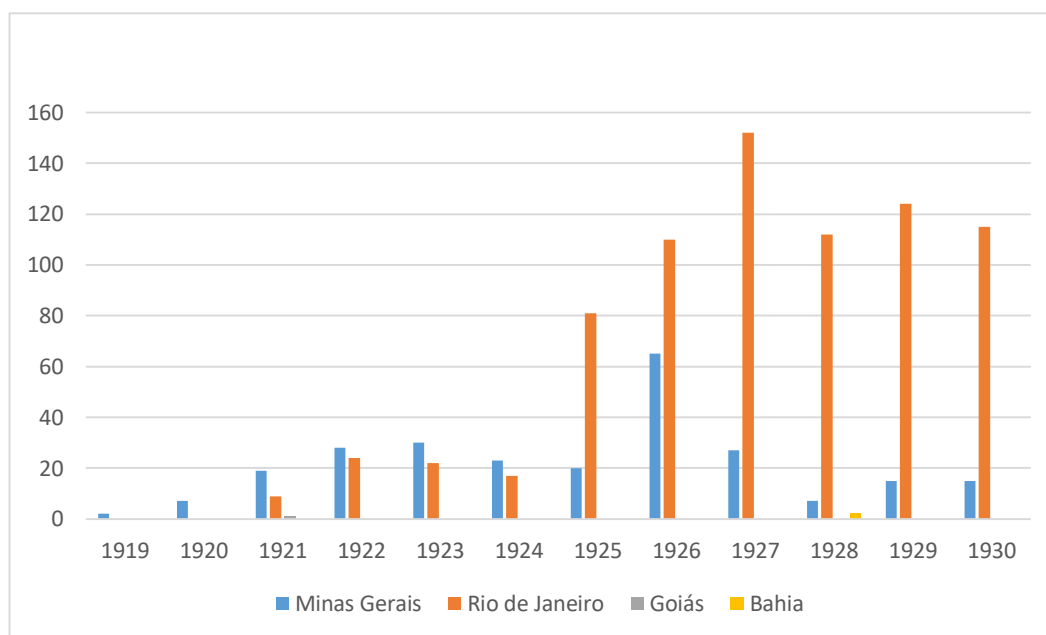
4.2 Entre mazelas rurais e urbanas

A partir de 1919 intensificou o aumento do número de casos que circularam entre o interior mineiro e o Rio de Janeiro. A partir desse momento os casos de interesse foram majoritariamente conduzidos ao Hospital Oswaldo Cruz, apesar de continuarem a circular entre a rede de hospitais em que atuavam médicos e demais pesquisadores do Instituto. No Hospital Oswaldo Cruz, em 1919 e 1920, com exceção do caso discutido nesse capítulo referente ao marinheiro internado para tratamento de verminose, foram encontrados apenas registros de internações de doentes oriundos de Minas Gerais – todos para estudo da doença de Chagas. O quadro mudou a partir de 1921. Junto aos casos de doença de Chagas, trazidos do sertão, também foram diagnosticados ali outras doenças. Além dos pacientes trazidos do sertão mineiro, o público-alvo do hospital abarcou moradores do Rio de Janeiro, principalmente dos bairros próximos ao Instituto Oswaldo Cruz, como São Cristóvão e Bonsucesso, e bairros do subúrbio carioca, como Méier, São João de Meriti, Realengo, Penha. E também de locais mais afastados ainda da cidade, como Campo Grande e Niterói. Também no hospital foram assistidos alguns funcionários do Instituto, como o empregado público **J.B.S.** (prontuário, 1921, ver data), um jovem de 15 anos de idade recém-chegado da Paraíba do Norte, acometido por febre tifoide. Além de prestar assistência a doentes vindos de Minas Gerais e do Rio de Janeiro, o hospital recebeu oriundos de outros estados, como um caso acompanhado a partir de 1921 acompanhado por Eurico Villela, um doente recém chegado de Goiás, o lavrador **G.P.**. Homem de 35 anos de idade com diagnóstico de moléstia de Chagas forma cardíaca.

O Gráfico 7 demonstra o aumento dos estudos realizados com pacientes que residiam no Rio de Janeiro. Indica que o número de casos despontou a partir do funcionamento do Hospital Oswaldo Cruz anexo aos laboratórios de pesquisa do IOC no campus de Manguinhos e que ao longo da década de 1920, mais especificamente a partir do ano de 1925, o público-alvo era majoritariamente oriundo do Estado do Rio de Janeiro. O hospital passou a atender outras endemias além da doença de Chagas, mas essa não é a única interpretação para o fenômeno da inversão do público. É preciso considerar que possivelmente muitos pacientes

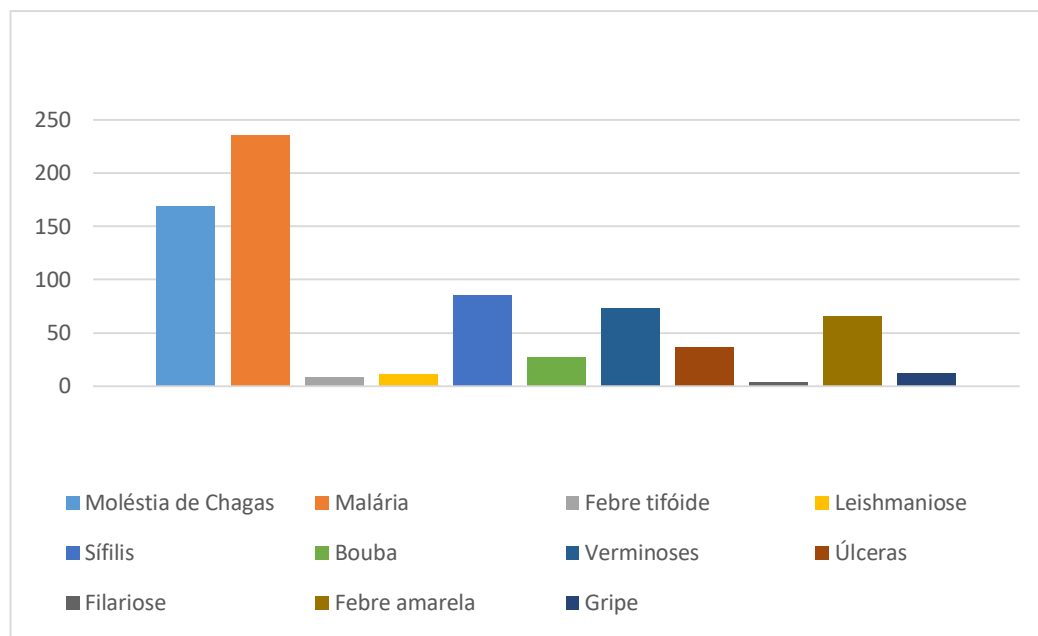
trazidos de Minas Gerais residiam no próprio hospital e que tantos outros indivíduos em tratamento buscaram residências nas proximidades daquela instituição de pesquisa.

GRÁFICO 7
ORIGEM DOS DOENTES (1919 - 1930)



As pesquisas vinculadas ao Hospital Oswaldo Cruz giravam entorno da moléstia de Chagas até 1918 (Ver Capítulo 2), ainda que os doentes do sertão estivessem acometidos concomitantemente por várias outras enfermidades, como os casos averiguados de malária, verminoses, sífilis e hiperovarismo. Os sintomas dessas doenças eram combatidos, mas tudo indica que não redundaram em objeto de pesquisa. A partir de 1919, com a assistência à população do Rio de Janeiro, ocorreu um aumento progressivo de assistência médica a outras doenças tropicais, como leishmaniose, malária, febre tifoide, boubá, febre amarela, filariose. De igual forma os atendimentos e internações também foram estendidos a doenças com maior predomínio em áreas urbanas com sífilis, verminoses, úlceras e as enigmáticas gripes, como demonstra o Gráfico 8.

GRÁFICO 8
DIAGNÓSTICOS (1919 - 1930)



Essa ampliação do atendimento médico no Hospital Oswaldo Cruz a moradores de áreas urbanas interviu sobre o caráter dos atendimentos e sobre as linhas de pesquisas que começavam a despontar. O crescente interesse da instituição em outras doenças fez com que as pesquisas sobre a doença de Chagas caminhasse ao lado de outras linhas de pesquisas que conformavam-se ao longo dos anos 1920 e 1930, com evidência e respaldo no círculo científico de estudos sobre a malária, leishmaniose, ancilostomose, febre amarela, bouba e a sífilis. De todo modo, apesar da ampliação de objetos de estudo no hospital a doença de Chagas permaneceu durante esses anos como a linha de pesquisa de maior destaque e interesse médico, o que explica o alto gasto empenhado para custear a vinda dos doentes do interior do país – que na maioria dos casos vinham acompanhados pela família, principalmente quando se tratava de crianças.

Como pode ser observado no Gráfico 7, ao longo de toda a década de 1920 a doença de Chagas foi uma expressiva linha de pesquisa do Hospital. Era tão grande o número de doentes internados com a endemia na cidade que chegou a assombrar moradores da capital, ainda horrorizados com as consequências da gripe espanhola que assolou em 1918. O medo dos moradores parecia uma reação à divulgação pela mídia impressa dos dados alarmante de mortes por doença de Chagas na cidade, no Hospital Oswaldo Cruz. O medo foi tamanho que estampou

a capa do jornal *A Rua* em 27 de dezembro de 1923 com foto de uma criança de colo sob o escrito “Um menor atacado de Moléstia de Chagas” e uma manchete intitulada “Moléstia de Chagas – Como e por que o ‘bócio’ não medra nesta capital” (*A Rua* 27 de dezembro de 1923, p.1).

A matéria jornalística consiste em esclarecer sobre as mortes de doença de Chagas que ocorriam no hospital, relacionando-as aos doentes trazidos do interior mineiro. Inicia em tom de crítica afirmando que a acalorada prebenda científica, cujo palco foi a Academia Nacional de Medicina, ainda perdurava no espírito de todos como uma dolorosa interrogação. Refere-se à controvérsia científica em torno da doença de Chagas e a exposição dos dados estatísticos de mortes pela doença pelo cientista Carlos Chagas que, segundo o jornal, “não colocou nos devidos termos o assunto da moléstia” com explicações suficientes ao público leigo. Imbuído de uma missão esclarecedora, destaca que diante dessa negligência dos cientistas “a nossa presente reportagem sobre a moléstia de Chagas, no Rio de Janeiro, é de toda a oportunidade, senão de capital importância”. Afirma que o mal de Chagas não alcançou a cidade, apesar da “grita alarmante e barulhenta investida da imprensa à Saúde Pública”. Explica que desde o descobrimento da tripanossomíase americana por Carlos Chagas apenas três ou quatro casos fatais foram registrados no Rio de Janeiro, afirma baseado em dados oficiais fornecidos pela Saúde Pública em relatórios ao governo e autoridades competentes. Com isso, conclui que o mal de Lassance “parece se localizar em certa zona do Estado de Minas, Mato Grosso, enfim, em região sertaneja”. A partir de tais pressupostos, esclarece que o primeiro caso de bócio verificado foi em uma criancinha vinda de Lassance, no Estado de Minas Gerais, que esteve internada no hospital Oswaldo Cruz, onde faleceu em poucos dias. Menciona que esse acontecimento data de 16 de fevereiro de 1920 e três anos teriam se passaram sem que outros casos idênticos fossem verificados. Relata que em 12 de fevereiro de 1923 um indivíduo, também no Hospital Oswaldo Cruz, faleceu do mal de Chagas com todos os seus agravantes, como a hipertrofia do coração. E completa afirmando que os dois óbitos citados eram os únicos, até aquela data, constatados oficialmente naquela cidade e que apesar de existirem no Hospital Oswaldo Cruz à época cerca de 40 doentes desse mal não era possível afirmar que o bócio é moléstia endêmica na capital do país, “basta-nos declarar que quase a totalidade dos doentes internados nesse hospital é gente vinda do interior, principalmente do Estado de Minas Gerais”. Assim, tranquiliza os leitores com uma demonstração de que “não há razão para susto” já que a moléstia “não nos ameaça invadir e disseminar” (*A Rua* 27 de dezembro de 1923, p.1).

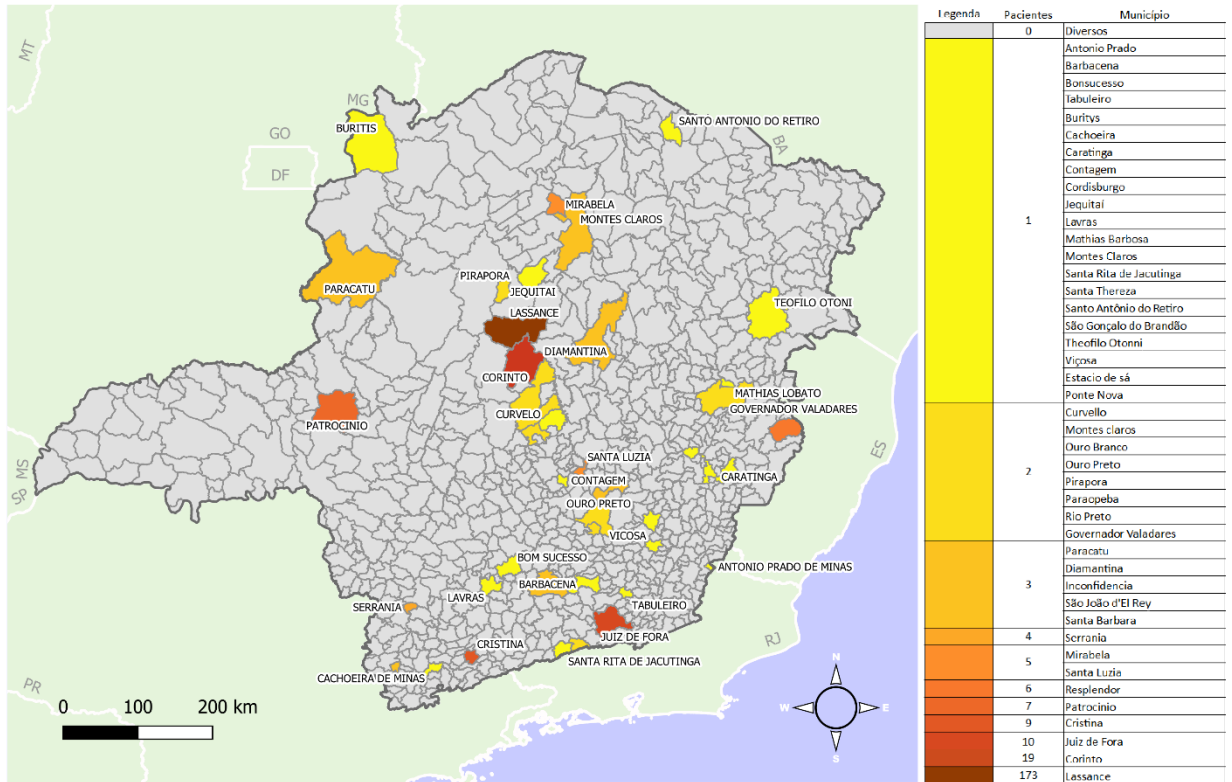
Entre 1909 e 1930, a maior parte dos casos foram estudados com pacientes de Lassance, cidade onde estavam situados os espaços hospitalares do IOC. Mas a análise dos prontuários e a espacialização de suas informações permitem afirmar que aqueles médicos investigaram indivíduos com a doença de Chagas, e tantas outras endemias, em diferentes pontos do Estado de Minas Gerais. Na cidade de Corinto, fronteira com Lassance, nas cidades de Curvelo e Pirapora, há poucos quilômetros dali, e em cidades e povoados em pontos distantes de Lassance, como Buritis e Serrania em extremos opostos.

A maioria desses casos de doença de Chagas oriundos do sertão mineiro ficaram sob o encargo de Eurico Villela, médico que assinou todos prontuários encontrados da época. Alguns desses registros médicos assinou junto aos médicos assistentes com quem trabalhou, entre eles Álvaro Lobo Leite Pereira, Evandro Chagas e Lincoln de Freitas. Carlos Burle de Figueiredo e Raul Magalhães.

Com relação às atividades exercidas por esse novo público alvo do hospital (entre 1919 e 1930), continuava expressivo o número de trabalhadores da lavoura e atividades domésticas, semelhante ao identificado num primeiro momento das pesquisas médicas com indivíduos que habitavam áreas rurais do interior do país. Embora o hospital permaneça atendendo a uma população pobre, há uma ampliação das categorias de trabalhos a partir de 1919, estendem-se às atividades ligadas ao comércio, a trabalhos em fábricas como operários e prestação de serviços. Os doentes acompanhados no Hospital Oswaldo Cruz desempenhavam trabalhos pouco remunerados e sem prestígio social, eram majoritariamente pobres e tinham nível de escolaridade baixíssimo ou nulo, realizando serviços informais como pedreiros, carpinteiros, mecânicos e pescadores (Gráfico 9). Além das atividades econômicas relatadas com maior número por esse público, entre 1919 e 1930, outras foram descritas como ocupação principal, eram elas: jornaleiro, negociante, pintor, carregador, foguista, arrumadeira, cozinheira, serralheiro, jardineiro entre outros.¹¹⁷

¹¹⁷ De acordo com análise dos levantamentos dos prontuários médicos do Hospital Oswaldo Cruz, as atividades descritas pelos doentes atendidos entre 1919 e 1940 foram: lavrador, doméstica, trabalhador, negociante, caixeiro, jornaleiro, funcionário público, operário, comerciante, pintor, pedreiro, carpinteiro, carregador, pescador, foguista, funcionário do Instituto Oswaldo Cruz, arrumadeira, cozinheira, varredor, bombeiro, decorador, serralheiro, servente, canteiro, coveiro, professor, tamanqueiro, lavadeira, padeiro, jardineiro, tintureiro, engomadeira, eletricitista, confeiteiro, mecânico, fazendeiro, corneteiro, costureira, marinheiro embarcado, motorista, tropeiro, revistador, maquinista, chauffer, sapateiro, despachante, marceneiro, enfermeiro, carteiro, barbeiro, alfaiate, fiscal da Light, vendedor ambulante, ferreiro, celeiro, vigia, condutor, estufador, estocador, cocheiro, camareiro, apontador, copeiro, lustrador, churreiro e lenhador.

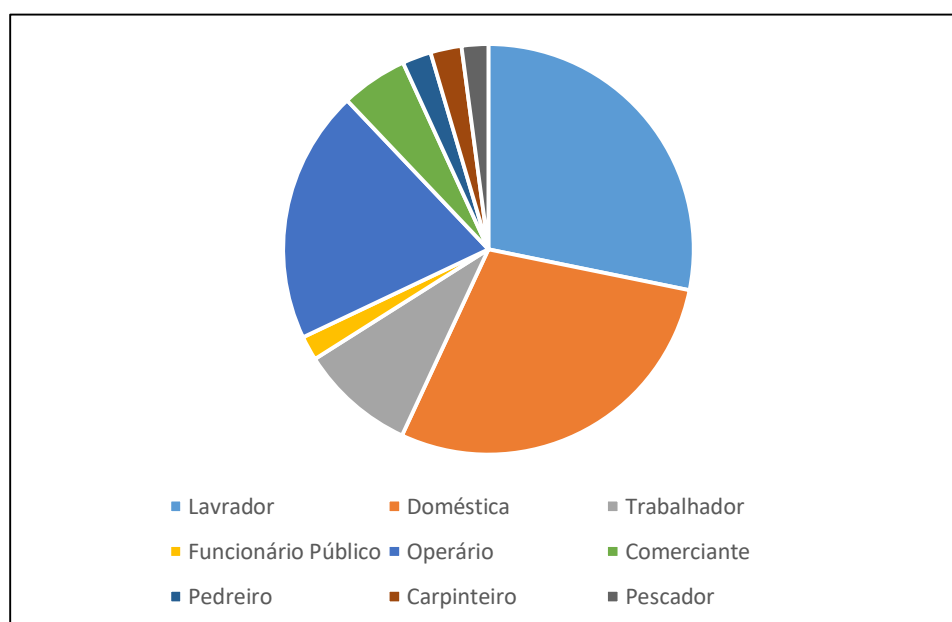
Pacientes por Município de MG no Período entre 1909 e 1930



Fonte: SANTOS, R. e BARBOSA, D.F.

Uma resposta plausível à ampliação das pesquisas médicas a outras doença além da tripanossomíase está nos próprios interesses dos profissionais vinculados àquela instituição. Nos primeiros anos de pesquisa médica, o empenho particular de Carlos Chagas na elucidação dos aspectos clínicos da moléstia de Chagas direcionaram os trabalhos de investigação no interior mineiro, onde Chagas e Villela realizaram os primeiros acompanhamentos médicos com doentes acompanhados por médicos assistentes. Os registros médicos produzidos entre 1909 e 1911 foram elaborados por Carlos Chagas, prontuários manuscritos com sua caligrafia. A partir de 1912 não é possível distinguir os casos acompanhados particularmente por Chagas e Villela, pois os escritos em retalhos de papel por vezes apresentam registros com as letras de ambos dos médicos. As exceções são referentes aos casos de doença de Chagas acompanhados por Villela em 1917 em Belo Horizonte, na Santa Casa da Misericórdia, local de atuação da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte.

GRÁFICO 9
ATIVIDADE DOS DOENTES (1919 - 1930)



A partir de 1919 não há evidência nos prontuários médicos de que Carlos Chagas acompanhou os doentes em seu cotidiano. Dividido entre os assuntos da ciência e da vida pública, Chagas trabalhou com dados fornecidos por Villela para embasar os novos estudos da

tripanossomíase americana. Os casos de interesse de pesquisa averiguados no Hospital de Lassance foram levados ao Hospital Oswaldo Cruz e os acompanhamentos ficaram sob os cuidados de Eurico Villela, que somava no momento cargos de médico e diretor do hospital. Assinou como responsável a maioria dos prontuários médicos produzidos entre 1917 e 1939 e foi um dos médicos que mais contribuiu com os estudos médicos em doentes com a tripanossomíase. Realizou inúmeras experiências médicas com doentes de Chagas e conformou ao longo da década de 1920 protocolos clínicos, laboratoriais e terapêuticos para guiar profissionais da saúde no diagnóstico e tratamento da endemia. Diferente da primeira década de estudos da doença em que não existia um padrão dos procedimentos a serem realizados com doentes, ocorrendo assim uma espécie de politerapia e polifarmácia no encaminhamento dos casos, na década de 1920 elaboraram-se os primeiros procedimentos médicos a serem adotados como padrão de atendimentos. Eurico Villela foi na prática o responsável pelas experiências e diretrizes, agrupou médicos assistentes e estudantes de medicina entorno dos casos e cumpriu no decorrer das primeiras décadas de funcionamento do hospital o duplo sentido de dar assistência a doentes e funcionar como local de estudo das doenças tropicais.

4.3 Um hospital para ensino das doenças tropicais e experiências médicas

Além de pesquisas médicas e animais e elaboração de produtos biológicos, o Instituto Oswaldo Cruz desde sua criação investiu nas atividades de ensino como um dos pilares de seu papel no processo de construção da nacionalidade e do Estado brasileiro. O que explica a utilização de seu hospital para atuar no “aperfeiçoamento da educação profissional de médicos brasileiros”. Na prática, além de cumprir o objetivo de ser um “repositório permanente de casos clínicos que ofereçam assunto de pesquisas experimentais”, o Hospital Oswaldo Cruz atuou como hospital-escola do Instituto.

A relação entre pesquisa e ensino médico naquele espaço consistia em preparar profissionais para atuar e exercitar os conhecimentos de medicina tropical em regiões do país onde predominavam as denominadas doenças “ou pelo menos, onde as doenças cosmopolitas apresentavam características especiais resultantes das influências nosológicas”. Nesse sentido, assumia uma prática coerente ao projeto nacionalista vinculado à instituição a qual nasceu atrelado, o Instituto Oswaldo Cruz, insistente que “o esclarecimento dos problemas obscuros da nossa patologia, quanto os da nossa higiene, deve constituir a preocupação maior dos pesquisadores e dos médicos brasileiros, todos empenhados no zelo pela vida e pela saúde de

nossos patrícios”. Além de fazer parte de uma projeto político, contemplava um projeto científico de estudo das doenças tropicais, como pode ser observado em mesmo relatório de 1921: “e para que se torne possível realizar, entre nós, nos domínios da medicina experimental e da clínica, os altos objetivos profissionais que nos orientam, é imprescindível promover o ensino, em moldes amplos, das doenças tropicais”. Julgava-se, portanto, que no Instituto de Manguinhos, com o desenvolvimento atingido pelos trabalhos de patologia experimental, encontravam-se todas as condições necessárias à organização do ensino de doenças tropicais (Relatório, 1921).

Com as doenças tropicais na agenda médica do Instituto, o Hospital Oswaldo Cruz foi o lugar da prática e do ensino médicos a alunos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, recendo-os para estágio interno, como os casos descrito no início desse capítulo dos estudantes Emanuel Dias, Walter Oswaldo Cruz e Carlos Chagas Filho. Além dos alunos da Faculdade de Medicina, o Hospital recebia para estágios os alunos do Curso de Aplicação do Instituto Oswaldo Cruz. Criado em 1908, o Curso de Aplicação é considerado a primeira escola de pós-graduação do país, onde eram ensinados durante dois anos os métodos de investigação e experimentação microscopia, microbiologia, imunologia, física, química biológica e parasitologia.¹¹⁸

No Instituto de Manguinhos o ensino estruturado em cursos começou a ser promovido anteriormente, de maneira informal a partir de 1903, por Henrique de Rocha-Lima, com cursos de Bacteriologia, Parasitologia, Anatomia e Histologia Patológica oferecidos aos estudantes de medicina e profissionais formados. Após os cursos, com frequência os alunos passavam a atuar como pesquisadores voluntários nos laboratórios do Instituto e, posteriormente, alguns eram formalmente integrados ao quadro de cientistas (Araújo-Jorge; Barbosa; Oliveira, 2012, p.54). E o Curso de Aplicação foi a primeira iniciativa formal de ensino em Manguinhos, nascido com inspiração do Instituto Pasteur de Paris, e com posterior influência da escola alemã e suíça-alemã.¹¹⁹ O curso era gratuito e para o ingresso era necessário solicitar matrícula ao diretor do Instituto. O programa do curso estava centrado na Bacteriologia e na Parasitologia aplicada à Patologia e admitia estudantes e médicos e veterinários formados (Araújo-Jorge; Barbosa; Oliveira, 2012, p. 56-57).

¹¹⁸ O curso durou até 1969 e tituló 395 especialistas. Ver: Araújo-Jorge; Barbosa; Oliveira, 2012.

¹¹⁹ A influência alemã ocorreu através de Henrique de Beaurepaire Aragão, Henrique de Rocha-Lima e Alcides Godoy, formados em Berlim. E a suíça alemã através de Adolpho Lutz, formado em Berna.

QUADRO 7**PROFISSIONAIS FORMADOS NO CURSO DE APLICAÇÃO DO INSTITUTO OSWALDO CRUZ VINCULADOS AO HOSPITAL OSWALDO CRUZ E DEMAIS ESPAÇOS DE PESQUISA MÉDICA LIGADOS AO IOC**

Egressos do Curso de Aplicação	Turma	Atuação nos hospitais ligados ao IOC
Alvares Penna de Azevedo	1915-1916	Serviço de autópsias do HOC
Álvaro Lobo Leite Pereira	1915-1916	Chefe de Laboratório
Antônio Eugenio Arêa Leão	1918-1919	Médico do HOC
Carlos B. Magarinos Torres	1911	Serviço de necropsias
Carlos Chagas Filho	1933-1934	Médico estagiário, titular e Diretor do HOC
César Ferreira Pinto	1917-1918	Diretor do Hospital Regional de Lassance
Emmanuel Dias	1931-1932	Médico em missões do IOC
José de Castro Teixeira	1929-1930	Médico do HOC
José Guilherme Lacorte	1922-1924	Serviços de Laboratório
Júlio Muniz	1918-1919	Médico do HOC
Raul de Almeida Magalhães	1909	Médico do HOC

Fonte: DADCOC

O Quadro 7 anterior reúne os profissionais formados pelo Curso de Aplicação do Instituto Oswaldo Cruz que atuaram nos hospitais em que eram realizadas pesquisas médicas vinculadas ao quadro de pesquisadores do Instituto entre 1909 e 1939. Alguns passaram a integrar o corpo de profissionais do Hospital Oswaldo Cruz, como Alvares Penna de Azevedo, Álvaro Lobo Leite Pereira, Antônio Eugenio Arêa Leão, Carlos Bastos Magarinos Torres, Carlos Chagas Filho, César Ferreira Pinto, José Guilherme Lacorte, José de Castro Teixeira, Júlio Muniz, Raul de Almeida Magalhães. O vínculo entre o Hospital Oswaldo Cruz e o Curso de Aplicação pode ser observado através da fotografia abaixo, com os alunos da turma de 1919-1920 em frente ao Hospital (Fig.26).



Fig.26 Alunos do Curso de Aplicação do Instituto Oswaldo Cruz

A Figura 1 é referente a turma de 1911. Na imagem superior da esquerda para direita estão Magarinos Torres na primeira fila no centro; na segunda imagem, na primeira fila estão Magarinos Torres, não identificado, Eurico Villela e na segunda fila, José Gomes de Farias, Carlos Chagas e Parreiras Horta.

A Figura 2 é referente a turma de 1919-1920. A foto foi tirada em frente a escadaria do Hospital Oswaldo Cruz. Da esquerda para a direita, Carlos Chagas (diretor do IOC) e Leocádio Chaves (secretário do Instituto) são o terceiro e o quarto respectivamente.

Fonte: DADCO

A função de ensino médico nesse hospital também era exercida nas aulas ou conferências ministradas por profissionais que ali atuavam com o resultado de suas experiências, como as demonstrações dos estudos da tripanossomíase por Carlos Chagas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Assim como as aulas de Eurico Villela nas faculdade de medicina do Rio de Janeiro e de Belo Horizonte suas conferências com caráter elucidativo da forma cardíaca ou nervosa da doença de Chagas a partir de dados levantados no Hospital Oswaldo Cruz. Há também a divulgação de trabalhos elaborados no hospital por médicos assistentes, como Evandro Chagas que expôs resultados de pesquisas desde o seu ano de ingresso no hospital, em 1926. Um dos momentos foi a Conferência proferida no Hospital São Francisco de Assis em 29 de junho de 1926 sobre a “físio-patologia do ritmo cardíaco”. O

evento cujo tema foi *Teoria clássica sobre a propagação da onda de excitação do coração* foi acompanhado de muitas projeções de cardiogramas e eletrocardiogramas baseados em considerações pessoais a partir de trabalhos do Hospital Oswaldo Cruz. De acordo com o Jornal do Brasil, a conferência estava sendo esperada com grande ansiedade por se saber que nela o conferente refutaria as ideias clássicas e apresentaria demonstrações da teoria do duplo estímulo cardio-estimulador (JB, 19.6.1926).

Esse importante papel do Hospital no ensino médico foi levado a público no jornal A Noite em 13 de abril de 1925. A reportagem vem acompanhada de uma fotografia tirada na varanda do hospital com médicos e doentes da tripanossomíase.



Fig.27 Fotografia de médicos e pacientes na varanda do Hospital Oswaldo Cruz
Fonte: DADCOC

A foto retrata os médicos Carlos Chagas e Eurico Villela junto aos pacientes, entre eles crianças e adultos com diversas formas clínicas da moléstia. No primeiro plano, a foto destaca um cachorro deitado que de acordo com o texto do jornal estava paralisado e igualmente acometido pela doença de Chagas. O escrito chama atenção para o fato do hospital ser pouco conhecido na cidade:

Apesar dos serviços que o hospital de moléstias tropicais vem prestando, quer sob o ponto de vista propriamente científico quer a respeito do tratamento dos doentes internados e da assistência à população local, é ele pouco conhecido dos grandes centros do Rio de Janeiro, não logrando talvez nem mesmo as honras de uma simples referência, quando se trata de assuntos hospitalares (A Noite, 13.4.1925)

Apesar de considerar a invisibilidade do hospital na cidade do Rio de Janeiro, o artigo pressupõe que o “pequeno e humilde hospital” estava fadado a desempenhar um importante papel no ensino médico do Brasil, chamando assim atenção para a reforma da instrução federal e a criação da cadeira de medicina tropical na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Ressalta que desde o início de seu funcionamento o hospital vinha prestando à ciência nacional serviços relevantes, “principalmente no esclarecimento de assuntos da nosologia peculiar ao nosso país”, como a doença de Chagas, que por trata-se de uma nova doença recebeu maior atenção pelos pesquisadores do hospital de Manguinhos. Tanto que afirmou ser comum encontrar ali internados em caráter permanente enfermos com as mais diversas modalidades clínicas da tripanossomíase americana, enumerando a forma cardíaca e nervosa, alguns casos com graus variados de infantilismo e de atrofia variadas. Esse texto jornalístico ressalta os trabalhos executados no hospital por Eurico Villela devido, atribuindo-lhe o “esforço perseverante” no estudo dos casos, como a verificação da transmissão hereditária dos tripanossomos e a busca por maior esclarecimento sobre a forma nervosa da doença para a qual vinha “encontrando fatos evidentes de encefalite hereditária com a presença de parasitas no cérebro dos animais infectados” (A Noite. 13 de abril de 1925).

As modalidades clínicas da doença de Chagas também mereceram a atenção do Jornal do Brasil em 22 de março de 1925, ao publicar uma matéria sobre a visita do ministro ao Hospital Oswaldo Cruz e sobre a variedade de casos de doença de Chagas. O texto foi publicado na coluna chamada *No templo nacional da medicina*. Refere-se ao Instituto como a Igreja “que Oswaldo Cruz levantou perto da Penha” e nesse mesmo tom imperiosos narra a visita ao hospital do Instituto Oswaldo Cruz chamando a atenção para o número e a variedade de casos da doença acompanhados por Eurico Villela e seu auxiliar Evandro Chagas. Diz que ali atendiam diariamente a dezenas de infelizes, de acordo com as palavras proferidas no texto jornalístico, os “paralíticos, cretinos, papudos”. Ao apresentar a visita, mencionou que o ministro olhava os diversos casos “com aquela piedade humana que sempre inspira as almas bem formadas a desgraça de seu semelhante”, aqueles indivíduos considerados “degenerados, monstregos, anões”. Ressalta que eram “indivíduos pequenos, com aspecto de crianças” e que tinham uma idade que, absolutamente, não se coadunava com a aparência. Com caráter de

surpresa, destaca a aparência de um menino com 14 anos de idade “que mal chegava a altura do joelho do Ministro”. Assim, como descreve o caso da Josepha, uma mulher de 28 anos. Podemos equipara o caso explorado pelo jornal com o seu prontuário médico (ver prontuário **J.S.**, 1922). Através dele é possível saber que deu entrada no hospital em 20.9.1922. Era uma mulher “parda”, tinha 22 anos era e moradora de Lassance quando foi encaminhada ao Hospital Oswaldo Cruz, onde foi acompanhada por 5 anos seguidos. O texto jornalístico detalha sua aparência como “uma cretina de 28 anos”. O cretinismo aqui mencionado ressalta um aspecto da doença de Chagas também comum ao bócio endêmico europeu, o desenvolvimento reduzido em relação a idade do doente, como constatado em seu registro médico tinha um tipo de nanismo. O escrito jornalístico também a descreve como uma doente “gorducha muito beijuda” e chama atenção para a sua altura de 1,15. Não é possível conhecer aspectos de sua história porque a anamnese, momento em que há maiores informações a esse respeito, ressalta a ausência de informações devido “a dificuldade que tem a doente de se expressar, mostrando que tem uma ideia vaga de tudo que diz respeito a sua pessoa, sem contudo dar informes precisos sobre seus antecedentes”. Apesar das limitações das fontes é possível saber um pouco mais sobre suas características físicas no prontuário, o que permite associar as impressões estereotipadas veiculada pelo impresso aos conhecimentos médicos em voga. Além do nanismo, o prontuário registra que tinha a “face mais ou menos de acordo com a idade”, os seios eram flácidos e “mais ou menos bem desenvolvidos”, possuía poucos pelos na região axilar e inguinal. O registro também acentua que essa mulher tinha o estado geral de nutrição “sofrível”, musculatura pouco desenvolvida, ombros caídos, sem fossas ou saliências, e existia proporção entre tronco e membros. Outras descrições físicas de Josepha foram detalhadas e integram sua documentação:

A cabeça te o diâmetro antero-posterior dominado a lateral. Face simétrica, atoleimada, fronte sem rugas, nariz em sela, lábios grossos, salientes, olhos com pálpebra inferior apresentando rugas mais acentuadas que na superior. Dentes mal implantados, com linha alveolar irregular, cariados em grande parte. Mucosas visíveis, normais. Língua com todos os movimentos. Abdome muito saliente e muito tenso. Panículo adiposo pouco desenvolvido. Olhos pouco brilhantes. Olhar quieto. Humor triste. Pele parda sem cicatrizes.
(Prontuário 1922)

O periódico que apresenta o caso da Francisca como portadora de um grande bócio e que tinha “1,12, apesar dos seus 32 anos!”, noticiou que em meio àquela cena triste no hospital houve “a nota cômica do dia” que chamou de “dois casos de amor”. Refere-se ao ocorrido com

a Josepha e Francisca. Interrogadas por um enfermeiro sobre com quem queriam casar dos presentes, Josepha escolheu o Ministro enquanto Francisca escolheu o diretor da Saúde Pública (Jornal do Brasil 22 de março de 1925, p. 6). Ao ressaltar a imagem do bócio e da idiotia como sinais característicos da doença, é possível afirmar o papel da imprensa também como responsável por ajudar a cristalizar na memória coletiva do país uma associação direta entre a doença e as “anomalias” dos corpos, isso sem contar sua relação com a pobreza. Representaram uma concepção social, defendida inclusive pelo discurso médico e higienista, de que não era possível uma vida saudável sem o saneamento rural do país. O discurso estava pautado na responsabilização do estado brasileiro pela ausência de atuação no interior de seu extenso território, contribuindo assim para uma população crescente de “degenerados”. O discurso médico higienista era evidenciado como solução para combater as doenças, mas em momento algum a problemática das enfermidades do país foram tratadas enquanto resultado das disparidades sociais oriunda da divisão de renda desigual.

4.3.1 Experiências médicas e ética em pesquisa com seres humanos

O jornal *A Noite*, nessa mesma matéria explorada na seção anterior, acentuou importante faceta do Hospital Oswaldo Cruz, os testes realizados com medicamentos em seres humanos. Afirmou que os indivíduos eram ali minuciosamente estudados e que sobre eles eram feitas várias “tentativas de tratamento” com experiências e reações terapêuticas científicas “sempre dentro dos mais rigorosos preceitos de humanidade” (*A Noite*. 13 de abril de 1925). Para não interpretar de forma anacrônica o chamado “preceitos de humanidade” é preciso frisar que no início do século XX, assim como nos anos precedentes, não existia um consenso de como, onde e quando experimentar tratamentos em humanos.

No início do século XX a questão ética não era um problema, como colocado após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) e a divulgação das experiências nazistas com humanos em busca da raça ariana pura: as práticas de eutanásia dos “doentes incuráveis” e julgados inferiores – deficientes físicos, cegos, surdos, doentes mentais, doentes com epilepsia e esquizofrenia, maníacos depressivos e alcoólatras –, a criação e funcionamento de campos de concentração com participação de médicos e juristas na elaboração e execução dos programas, pesquisas em indivíduos não portadores de enfermidades incutindo-lhes a doença para que pudessem ser investigadas. A perda da Alemanha na guerra teve como consequência a exposição pública dessas práticas médicas e o respectivo julgamento como crime por um

Tribunal Militar Internacional, sediado na cidade de Nuremberg, na Alemanha, entre 20.11.1945 e 01.10.1946, formado por um comitê com representantes dos países vencedores da guerra – Estados Unidos, União Soviética, Grã-Bretanha e França.¹²⁰ A partir daí foram criados documentos internacionais para balizar as pesquisas médicas, um deles foi o Código de Nuremberg, que compreende um conjunto de princípios éticos para nortear as experiências realizadas com seres humanos, documento elaborado em tom de repúdio à multiplicidade de atos ‘desumanos’ em nome da ciência médica (The Nüremberg code, 1949).¹²¹

No século XIX e início do XX as normas vigentes para a realização de experimentos variavam consideravelmente e obedeciam a critérios subjetivos, como o prestígio do cientista, a relevância do estudo em voga e as relações de poder em que estiveram envolvidas as instituições de pesquisa. Robert Koch realizou experiências em animais e humanos com terapias, entre elas a tuberculina, para a cura da tuberculose. Pasteur testou a primeira vacina humana, a anti-rábica, em indivíduos “vulneráveis”. A maior parte desses experimentos com drogas e vacinas foram realizados em prisões, orfanatos, asilos, abrigos para doentes mentais. No caso das pesquisas de Pasteur, as vacinas chegaram a ser empregadas em indivíduos condenados à morte (Benchimol, 2005, p. 63). Outro importante alvo para as pesquisas em seres humanos foram os hospitais, reunindo em um mesmo espaço o material humano e microbiológico necessários. Tantas outras experiências terapêuticas ocorreram nos estudos médicos realizados além das fronteiras nacionais dos pesquisadores. Foram feitas em contexto de expansão imperialista europeia em colônias na África, Ásia e América, conforme problematizado no Capítulo 3.

Sobre esse debate, McNeill reflete sobre o conceito de experimento médico. Apresenta o experimento ocorrido nos tratamentos médicos comuns, no qual os médicos e profissionais de saúde sempre experimentam em seus pacientes na medida em que há incertezas com relação a atingir um resultado esperado. E diferencia essa prática dos experimentos médicos realizados com riscos e pouco ou nenhum benefício terapêutico para o sujeito humano do experimento.

¹²⁰ O Tribunal Militar Internacional julgou 23 médicos sob a acusação de crimes relacionados à investigação científica e médica envolvendo seres humanos. Foram julgados entre 1946 e 1947 como crimes contra a humanidade e de guerra. Sobre o Tribunal e os julgamentos de médicos alemães ver McNeill, 1998; Albuquerque, 2013.

¹²¹ Entre os documentos estão: Código de Nuremberg (The Nüremberg code, 1949), considerado primeiro documento internacional de ética em pesquisa; a Declaração de Helsinque (Declaration of Helsinki, 2008), conjunto de princípios éticos para pesquisa e experimentação em seres humanos criado em 1964 a partir do código de pesquisa criado pela Associação Médica Mundial desde 1954 como ampliação do debate pós Código de Nuremberg ao qual agregou novos elementos para a análise ética das pesquisas médicas; Relatório de Belmont (Belmont Report, 1979), documento criado em 1978 para sistematizar os princípios éticos apresentados pela Comissão Nacional de Proteção dos Sujeitos da Pesquisa Biomédica e Comportamental, criada pelo Senado norteamericano.

Identifica a prática de experimentação humana com fim exclusivo de teste como pertencente a um programa de pesquisa científica que assume larga escala atualmente, mas que remonta ao desenvolvimento da medicina moderna e suas mudanças de percepções e métodos. Chama a atenção, particularmente, para o final do século XVIII e início do século XIX quando se começam os estudos sobre a doença como causa de entidades patológicas no órgão e tecidos específicos do corpo – objeto de teste para as novas teorias médicas. Destaca McNeill que as experiências eram realizadas sem qualquer aparente consideração ao dano que infligiam sobre as pessoas. Nesse sentido, relata que no século XIX ocorria a infecção deliberada de seres humanos com sífilis e gonorreia para experimentos terapêuticos, assim como menciona que foram testadas novas técnicas cirúrgicas em escravos. Uma delas foi realizada em mulheres escravas, submetidas a repetidas operações, chegando a trinta vezes, para praticar a cirurgia de correção da fístula vesico-vaginal. McNeill enfatiza que há pouco na literatura da época indicando preocupação ou sofrimento resultado desse tipo de experimentação médica. E a contribuição teórica do estudo de McNeill para esse trabalho está em sua resposta a esse silêncio: essas experimentações sempre foram realizadas em indivíduos com pouca posição social e “pouco campões” (McNeill, 1998). Além das experiências médicas realizadas sob alçada do governo Nazista, McNeill destaca aquelas conduzidas por médicos e cientistas japoneses em chineses e prisioneiros de guerra – que diferente dos casos alemães, ficaram mantidas em segredo por anos após o fim da segunda guerra como resultado de um acordo com o governo americano (a pedido do Comando das Forças de Ocupação Americanas no Japão) para obter informações sobre a guerra biológica.

Sobre o contraste entre os casos de experimentos por alemães e japoneses, McNeill frisa o papel que a política tem desempenhado no desenvolvimento de códigos de ética para as experiências em humanos. Do ponto de vista da relação de poder em escala mundial, falta de transparência e as contradições são evidenciadas por McNeill quando chama atenção para “a complacência dentro da profissão médica sobre a possibilidade de experimentação desumana fora da Alemanha nazista” com revelações de experiências consideradas antiéticas sem humanos realizadas nos Estados Unidos:

In 1963 doctors had injected live cancer cells into elderly debilitated patients in the Jewish Chronic Disease Hospital. In 1966 an article by Henry Beecher in the New England Journal of Medicine drew attention to a number of apparently unethical experiments conducted on human subjects. In one of these, mentally defective intellectually disabled children were intentionally infected with hepatitis in the Willowbrook State School. Also in the late 1960s, publicity was given to the Tuskegee Syphilis case in which 400 poor black men from rural areas in the South, diagnosed with syphilis, had been left

without treatment as a part of a study to observe the development of the disease in those men. They were offered no treatment and were simply observed as their condition deteriorated. They had not been informed of their diagnosis nor asked for their consent to take part in any study. (McNeill, 1998)¹²²

Ainda que os fatos anteriormente reportados tenham um afastamento temporal dos casos analisados nessa tese, circunscrita a um recorte temporal de 1909 a 1939, aproximam-se do ponto de vista dos sujeitos históricos alvos de experiências médicas, realizadas sob parecer científico e com aval, ou mesmo como requisito, dos governos.

4.3.2 Protocolos médicos e a padronização dos tratamentos

Os procedimentos realizados com indivíduos doentes de Chagas no Hospital Oswaldo Cruz entre 1920 e 1939 começavam com uma redação detalhada da anamnese, importante característica do conjunto de prontuários aqui analisados. Nesse momento eram questionados pelo médico os aspectos sociais e culturais dos doentes, o histórico de doenças individual e da família, os antecedentes mórbidos e possíveis informações sobre a moléstia atual. Totalmente em conformidade com dicionário médico e enciclopédico da época que descrevia assim o procedimento médico:

Anamnese – Parte da história clínica de um doente em que se recordam as notas precedentes pessoais ou hereditárias inerentes a uma dada doença. Divide-se em anamnese próxima, e compreende os particulares da mesma doença em curso, precedentes ao ato do exame, e anamnese remota, isto é, pertencente a outros precedentes mórbidos do próprio indivíduo, e enfim as doenças predominantes nos seus ascendentes e colaterais (D’Elia, 1926, p. 52)

O procedimento padrão para suspeitas de doença de Chagas era a realização de exame de sangue, fezes e urina. O exame de sangue, sob o Método Machado, parecia impreterível para

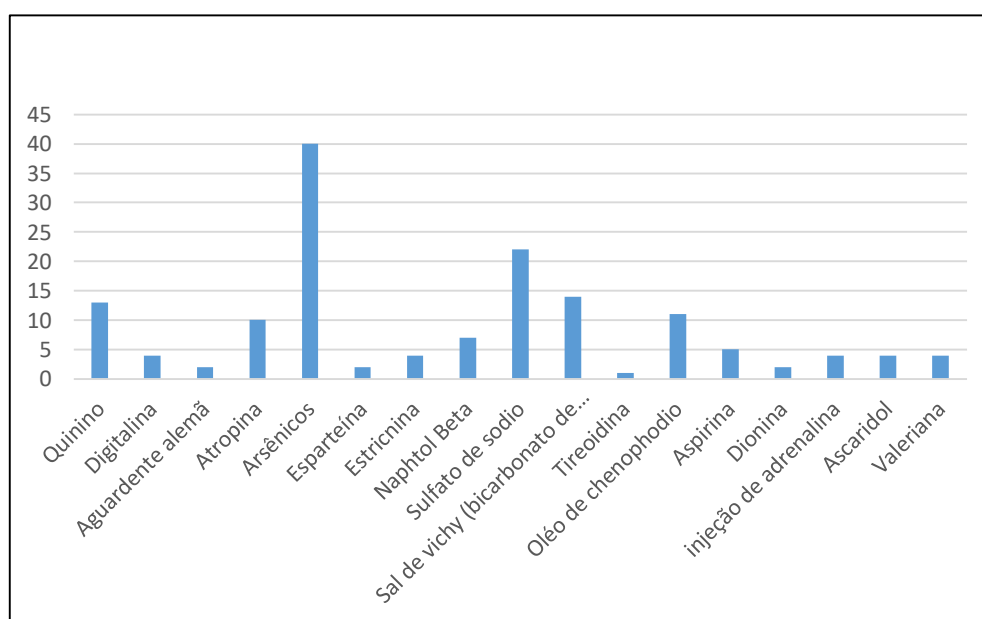
¹²² Livre tradução: “Em 1963 os médicos injetaram células cancerígenas vivas em pacientes idosos debilitados no Hospital Judaico de Doenças Crônicas. Em 1966 um artigo de Henry Beecher, no *New England Journal of Medicine*, chamou a atenção para uma série de experimentos aparentemente antiéticos realizados em seres humanos. Em um deles, crianças intelectualmente deficientes foram infectadas intencionalmente com hepatite na Escola Estadual Willowbrook. Também no final da década de 1960 foi dada publicidade ao caso da Sífilis de Tuskegee, no qual 400 homens negros pobres de áreas rurais do Sul, diagnosticados com sífilis, ficaram sem tratamento como parte de um estudo para observar o desenvolvimento da doença. aqueles homens. Eles não receberam tratamento e foram simplesmente observados quando sua condição se deteriorou. Eles não haviam sido informados de seu diagnóstico e nem pediram seu consentimento para participar de qualquer estudo.”

o diagnóstico da forma aguda da doença de Chagas. Em seguida era solicitado o exame de sangue com o método Wasserman, usado para diagnóstico de sífilis, mas usado por todos os anos de 1920 como método de diagnóstico de doença de Chagas, usado em praticamente todos os que apresentavam a doença de Chagas ou sob suspeita.

Os casos confirmados de tripanossomíase americana eram submetidos a exames eletrocardiográficos e radiografias do coração, até 1920 esporadicamente, mas a partir desse momento foram solicitados como padrão para acompanhamento dos casos de doença de Chagas. Quando esses exames demonstravam um aumento do ritmo cardíaco, medicava-se o paciente com a substância atropina, reconhecendo a instituição à época que a maioria dos casos resultavam sucesso com o uso da substância, confirmando assim a eficácia do uso dessa droga.

Ao longo da primeira década de pesquisas médicas sobre a doença de Chagas os tratamentos eram sintomáticos e as substâncias comumente usadas foram primordialmente a atropina, seguida pela digitalina, o salvarsan entre outras (Cap.3). Mas em momento posterior às primeiras experiências e a circulação de conhecimentos sobre as tripanossomíases, os medicamentos usados para conter os sintomas da doença de Chagas e experimentar tratamentos foram, além da atropina, a digitalina, o quinino, a aguardente alemã, a teobromina, a esparteína, estricnina e veronal. Tudo indica que o principal componente usado para tratar a doença foi o Atoxil e seus derivados, como o Salvasan (Gráfico 10).

GRÁFICO 10
TRATAMENTO – DOENÇA DE CHAGAS (1919 - 1930)



Os especialistas consideravam que desde o fim do século XIX apenas dois bactericidas eram essencialmente utilizados na terapêutica antiparasitária, eram eles quinina e Ipeca, um contra a malária e o outro contra a disenteria amebiana (Dousset, 1985, p. 256). Ipeca é um dos nomes populares de uma droga do sertão que adquiriu importância para exportações na primeira metade do século XIX. Deu origem a um composto antimonial derivado da ipecacuanha, cujo nome científico é *Cephaelis Ipecacuanha Brot.*, da família das *Rubiaceae*. A composição apresentava múltiplas ações terapêuticas, entre elas, expectorante, antidisentérica, sedativa, anti-hemorrágica e anti-parasitária. Foi usada no século XIX e XX para tratamento de difteria, envenenamento, cólicas, inflamação da mucosa da via respiratória, infecção intestinal, entre muitas outras (Ferreira; Duarte, 2008 p. 95). Porção de Ipeca e ópio foi usada em **J.M.L.** (Prontuário, J.M.L., 19.01.1920), homem de 38 anos de idade com diagnóstico de Moléstia de Chagas e Sífilis. Lavrador e morador de Porto Faria / Minas Gerais, próximo à Estrada de Ferro Central do Brasil, deu entrada no Hospital Oswaldo Cruz em 19.01.1920, em acompanhamento ao seu filho **P.H.O.** (Prontuário, P.H.O., 19.01.1920), encaminhado ao hospital para ser internado e acompanhar *Moléstia de Chagas-Forma aguda* – ambos os casos sob o a responsabilidade de Eurico Villela. **J.M.L.** foi descrito por Villela como um homem de cor “preta (roxo)”, com estatura abaixo da média, tórax largo e ‘*atarrancado*’, expressão usada para dizer que era musculoso, e de aparência forte. Ao ser indagado sobre os antecedentes, **J.M.L.** contou que ficou doente poucas vezes e que tivera outros filhos além do menino que conduzia ao hospital. Além de um aborto, afirmou que perdera um dos filhos em parto prematuro, chamado ‘*natimorto*’, e mais dois filhos com o ‘*mal de 7 dias*’. Quando ao seu estado no momento da consulta, disse se sentir forte e sem mal algum. A análise clínica pareceu normal, apesar de possuir uma pequena elevação da tireoide, mas o laboratório diagnosticou que estava acometido por ovos de ancilóstomos, tinha sífilis e doença de Chagas. Ao iniciar o acompanhamento teve cólicas, diarreia, evacuações sanguinolentas, controlado com purgativo de sulfato de sódio. Fizeram parte de seu tratamento porção de Ipeca e ópio, como mencionado anteriormente, e injeção de 0,30 e 0,45 da fórmula 914, o Neosalvarsan, medicamento obtido a partir da combinação de arsênicos, usado para tratamento da Sífilis e da Tripanossomíase, nesse caso de **J.M.L.**, para medicar ambas as enfermidades.

O caso do filho de **J.M.L.** era diferente e pareceu de interesse ao estudo. Foi meticulosamente detalhado, inclusive a transição datilografada de seu caso integra o arquivo médico do paciente junto ao conjunto de 4 fotografias. O menino **P.H.O.**, tinha dois anos de idade e um crescimento considerado normal. “Nascido a termo. Parto normal. Foi sempre forte, tendo se criado bem até esta idade. Começou a andar e falar na época normal”, assim narrou o

pai a história do menino ao médico e explicou que a doença que o afligia começou com um defluxo, nome dado a inflamação da mucosa nasal, seguido de febre e inchaço, motivo pelo qual foi levado à consulta. De acordo com o registro médico, o menino tinha aspecto túmido, ou seja, inchado, apresentava edema generalizado com maior expressão na face, nas pálpebras, e no dorso dos pés. Estava um pouco prostrado e irritado, sentia dores nos membros inferiores e nas costas, dores acentuadas sob pressão. Apresentava aumento de volume dos gânglios periféricos, considerados “um pouco duros, móveis e isolados”, os gânglios axilares estavam muito aumentados, assim como o baço e o fígado – todos sensíveis e dolorosos quando pressionados. Acusou abundância de tripanossomos no sangue. Após dois dias o edema do menino tinha aumentado e o exame de sangue apresentou “tripanosomas mais abundantes”. No intervalo de mais um dia, novo aumento do edema, acompanhado por sessões de fotografias para registro, estudo e “prova” científica. As Figuras 28 são referentes as quatro fotos da criança.

No caso **P.H.O.** não há referência ao tratamento e ao estado de saúde ao deixar o Hospital. Os sintomas não foram diferentes do apresentado aqui até o mês de março de 1920, quando data o último registro médico. Diferente do caso **F.M.S.** em que há registro da mesma medicação usada no tratamento do pai do menino **P.H.O.**, as injeções de 0,30 de 914. **F.M.S.** trabalhava na lavoura e era morador do povoado chamado Lapão d’água localizado nas proximidades de Lassance/MG. Tinha 26 anos quando foi diagnosticado com *Moléstia de Chagas Forma cardíaca* e *Sífilis*. Em sua consulta médica relatou que tinha febre há algum tempo e que sentiu pontadas no lado esquerdo do peito há 3 anos acompanhada de tosse e catarro. Disse que curou-se, mas que as vezes ainda sentia dores no peito naquele mesmo lugar. Descreveu que sentia *canseira* ao fazer exercícios, ou mesmo ao caminhar, e que era-lhe comum as palpitações. A esse respeito, o médico registro: “assusta-se a toa tendo palpitações que vem também com o exercício”. A análise clínica resultou no detalhamento dos aspectos físicos de **F.M.S.**, descrito então como um homem de altura mediana, bem constituído, magro, com pouco musculoso e de cor pálida. E tomou nota também do bócio, com pequeno aumento da tiroide, e do baço que estava aumentado e duro, porém sem dor se pressionado. Mas o foco das investigações sobre esse indivíduo centraram-se nos sintomas cardíacos apresentados, palpitações, dispneia e “batimentos rítmicos interrompidos por extra-sístoles numerosas”. Em seu caso não há referência às substâncias usadas para controlar o ritmo cardíaco, apenas para o tratamento parasitário para o qual foi usado 0,30 centigramas da fórmula 914, dose alterada para 0,45 após um mês de uso e não há relato da ação dessa substância sobre o paciente. Exatamente essa dose de 914 foi prescrita a outros pacientes, um deles atendido em 1920 com

doença de Chagas e Sífilis, **I.A.C.**, uma mulher de 20 anos moradora de Beltrão/MG (Prontuário, 13.01.1920).



Fig.28 Menino P.H.O. em fotografia para registro e acompanhamento do caso clínico e terapêutico.
Na primeira foto (superior), posa com seu pai, responsável por acompanhá-lo no tratamento.
Fonte: DADCOC

4.3.3 Caso de família: internações nas enfermarias do Hospital Oswaldo Cruz

O atendimento a membros de uma mesma família era prática comum no HOC. Assim como o caso de **F.M.S.** e **P.H.O.**, pai e filho, analisado anteriormente, tantos outros foram objeto de investigação médica. Quando uma criança portadora da doença de Chagas apresentava um caso clínico de interesse os médicos cientistas conduziam-na do interior mineiro ao Hospital Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, acompanhada pelos pais. O inverso também ocorria, de crianças viajarem para acompanhar os pais. E há casos de famílias inteiras ali internadas, servindo o hospital como alojamento, além de suas funções de atendimento, internação de pacientes e laboratório. Há registros de passagens partindo de Minas Gerais para o Rio de Janeiro, mas não foram encontrados vestígios do retorno dessas famílias ao seu estado de origem.

Dos poucos documentos encontrados referente a volta de indivíduos que ficaram internados no Hospital Oswaldo Cruz está um ofício institucional solicitando passagem de trem, em segunda classe, à cidade de Lassance para três pessoas ali denominadas (ofícios, 17 de out. nº 601). Ao confrontar os documentos, o ofício e os prontuário médicos, foi possível identificá-los mais detalhadamente. São eles: **J.D.B.** (Prontuário, 17.9.1921); **U.Z.S.**, (Prontuário, 8.9.1921); **M.G.S.**, (Prontuário, 17.9.1921). O primeiro referido é de uma mulher de 35 anos, casada, moradora de Lassance e diagnosticada com *Moléstia de Chagas Forma Cardíaca*. Chegou ao HOC em 8 de setembro de 1921 e ficou aos cuidados de Eurico Villela até 17 desse mesmo mês quando deixou o hospital. Se **U.Z.S.** realmente embarcou para Lassance, na passagem solicitada, retornou em menos de dois anos. Uma nova entrada dessa paciente no hospital é datada de 2.2.1923 três meses após o parto de um dos seus filhos (tivera 3 filhos mortos e 4 filhos vivos). Novo prontuário foi gerado onde confirmava seu diagnóstico de doença de Chagas. Permaneceu por onze dias, período em que fez exames de sangue, fezes, urina e eletrocardiogramas. Foi medicada com 1 centigrama sulphydrargyrum (fórmula a base de mercúrio), dose aumentada para 2 centigrama ao longo do tratamento. De acordo com a observação clínica estava em estado de magreza e palidez e tinha um bócio do tamanho de uma laranja. Queixava-se de “avexame na boca do estômago” e “batição do coração” com batimentos fortes seguidos de dor na barriga. Apesar dessa descrição pareceu relevante a anotação médico de que **U.Z.S.** não tinha o coração aumentado, edemas ou dispneia ao esforço.

O segundo caso identificado é referente a **J.D.B.**, homem de 27 anos, casado e trabalhador da lavoura em Lassance. Chegou ao HOC em 17.9.1921 e foi acompanhado por Villela. Queixou-se de que há muitos anos sofria de “achques de estômago”. Na capa de rosto

do prontuário está escrito a lápis que **J.D.B.** “manca da perna” e no corpo do documento registra-se que era bem desenvolvido, forte e de cor amarelo bronzeado. Dos sinais clínicos da doença de Chagas, motivo que o levou ao hospital em Manguinhos, não observou aumento da tireoide e do coração, ao contrário dos gânglios (inguinais e cervicais), fígado e baço, porém sem dor à pressão.

O terceiro é o caso de **M.G.S.**, cuja entrada no hospital é 17.9.1921, semelhante ao caso anteriormente tratado. M.G.S. era uma menina de 11 anos também moradora de Lassance. Seu prontuário tem apenas uma página com identificação e dados gerais. Ela era acompanhante de **B.R.** (Prontuário, 17.9.1921), aparentemente sua mãe. B.R. estava com 35 anos quando chegou ao hospital no Rio de Janeiro. Seu registro médico detalha que “a doente se queixava de acessos de palpitação com sufocação (...) vindo de Lassance para tratar no Hospital” e que faleceu subitamente na mesma noite em que deu entrada com um acesso de sufocação que durou aproximadamente cinco minutos. Após a morte M.G.S. retornou sozinha a Lassance. O corpo ficava no hospital para realização de autopsias e não há clareza sobre o que era feito com ele posteriormente. Mas provavelmente foi enterrado como indigente, como tantos outros, no cemitério de Inhaúma, como sugere um ofício do instituto nesse mesmo mês e ano de 1921 encaminhado ao Prefeito do Distrito Federal: “venho solicitar a V.Excia. se digne autorizar sejam enterrados gratuitamente no Cemitério de Inhaúma, atendendo a sua condição de indigente, os doentes falecidos no mesmo Hospital” (Ofício, 1921, 557). Quanto aqueles que ganharam alta e não retornaram ao interior do país, é provável que tenham passado a habitar as redondezas de Manguinhos ou encontraram residência nos subúrbio da cidade, locais com menor custo de vida, se comparado ao centro da cidade e a Zona Sul.

Há uma família oriunda de Patrocínio / Minas Gerais que apresenta uma informação relevante. Eram quatro irmãos com idade de 24, 22, 15, 12 e 5 anos. Foram conduzidos ao Hospital Oswaldo Cruz para pesquisa e tratamento de Boubas. Estavam com a doença há aproximadamente 2 anos, com erupções e feridas em diferentes áreas do corpo, principalmente na face nas pernas. Além da boubas tinham verminoses, ancilostomose e áscaris, e suspeita de doença de Chagas. Todos foram submetidos a injeções de 0,15 a 0,30 centigramas da fórmula 914, injeções de sorosol, tomaram fórmulas com óleo de chenopódio, sulfato de sódio, iodeto de potássio e magnésia fluida. Deram entrada no mesmo dia, em 20.3.1922, mas a permanência de cada um variou entre 1 e 6 meses, quando voltaram curados para Minas, com exceção de dois deles, o jovem L.C. de 15 anos e C.C. de 24, que passaram a morar próxima à Estação do Retiro / Rio de Janeiro – com a fonte não é possível saber se ficaram no Estado para dar prosseguimento ao tratamento, apenas informa que todos receberam alta curados.

Outra família que ficou internada no HOC foi a de **S.M.A.** (Prontuário, 1922, 19.9.1922), uma mulher de 34 anos de idade moradora do povoado de Barra Grande, Distrito de Santa Rita / Minas Gerais. Sua ficha consta que era casada, mas tudo indica que não ficou acompanhada pelo marido, apenas por seus 3 filhos. Deu entrada com as crianças no hospital em 19.09.1922 com suspeita de doença de Chagas por apresentar um bócio, confirmando-se a *Forma Aguda* após resultado de exame de sangue infestado de tripanossomos. Ali foi medicada com o medicamento Naphtol Beta e sulfato de sódio com água. O filho mais novo, G.F.S., tinha 18 meses, não constou tripanossomos em seu sangue e estava com “doença febril com convulsões”. O outro filho, **M.F.S.**, tinha 8 anos de idade. Recebeu exatamente a mesma medicação que sua mãe e além de doença de Chagas estava com ancilostomíase, assim com sua irmã de 4 anos cuja prescrição foi dose única de óleo de chenopodio e óleo de rícino. O óleo de chenophodio foi muito usado na profilaxia da ancilostomose e foi objeto de investigação de Samuel Pessoa (1923) a partir da campanha de erradicação dessa doença. Todos os integrantes dessa família permaneceram no Hospital até 7.10.1922 sem qualquer informação sobre o seu destino.

De Minas Gerais também foram levados ao HOC indivíduos acometidos por outras doenças além da tripanossomíase. Uma família diagnosticada com Boubá foi um desses casos.

Uma família de pacientes oriundos de área urbana que ficou internada no Hospital era composta por mãe e dois filhos, todos com diagnóstico de Leishmaniose. Deram entrada pela primeira vez em 26.10.1921, permanecendo sob cuidados médicos até 09.02.1922. Todos apresentavam ulcerações e feridas em diferentes partes do corpo e foram medicados com injeções de tártaro emético. **M.A.F.** tinha 24 anos e estava grávida de 7 meses quando começou seu tratamento. Contou que há 6 meses apareceu-lhe um pequeno papilo vermelho que ao ser retirado mostra um fundo supurado e fétido com brotos abundantes. Durante sua consulta Villela observou uma ulceração na parte interna do braço, que lhe pareceu em vias de cicatrização, medindo aproximadamente 2 centímetros. Deixou o hospital em fevereiro de 1921 e é provável que sua filha mais nova, **H.F.**, tenha nascido ali. Em junho de 1922 essa mãe retornou ao hospital, dessa vez com seus três filhos, e todos ficaram em observação por duas semanas. O bebê de cinco meses teve uma ficha prontuarial aberta onde foi preenchida a identificação e os dados gerais, mas não há diagnóstico ou mesmo registro de exames. A única informação clínica a seu respeito é referente ao peso de 6.400kg. Os demais membros da família foram acompanhados na cicatrização das feridas e medicados com aplicações diárias de pomada mercurial e injeções de tártaro emético. Além desse tratamento, a mãe recebeu injeções de ½ centigramas de sorosol-sulfo-mercurico e sua filha **M.R.F.** foi medicada com solução de óleos

de chenophodio e rícino (Prontuários, **M.A.F.**, 26.10.1921 e 13.6.1922; **M.R.F.**, 26.10.1921 e 13.6.1922; **P.F.**, 26.10.1921; **H.F.**, 13.6.1922).

4.3.4 Experiência com o ‘Bayer 205’

Sobre os medicamentos utilizados para combater a tripanossomíase o jornal *A Rua* publicou esclarecedora matéria em 1925. O texto afirma que “até bem pouco tempo contávamos com duas classes principais de medicamentos para combater a tripanossomíase: os sais de arsênico e os de antimônio”. Menciona que esses sais tinham realmente certa utilidade, mas restrita, já que raros casos podiam ser considerados definitivamente curados e os preparados arsenicais possuírem “a desvantagem de lesar o nervo ótico”. Os arsênicos foram grandes apostas no tratamento da doença de Chagas e foi empregado em grande parte dos indivíduos submetidos às pesquisas. Os antimônios não parecem ter sido uma aposta terapêutica dos médicos do Hospital Oswaldo Cruz para tratar doença de Chagas, pois não há registros nos prontuários, mas foram usados na forma de animonial pentavalente, o tártaro emético, patenteado por Gaspar Viana, para tratamento de outra doença parasitária, a Leishmaniose.

A publicação do jornal *A Rua*, apresentada há pouco, expõe que as fábricas de anilinas de Fried, Bayer & C. Leverkusen prepararam um medicamento para combater a tripanossomíase. Era esse uma combinação complexa, dizia o texto jornalístico, afirmando que pelo simples modo como o remédio se comportava no organismo representava um tipo novo, até então desconhecido, entre os compostos orgânicos, visto não conter mercúrio nem arsênico ou antimônio ou quaisquer outros corpos inorgânicos dotados de ação medicinal. Refere-se ao medicamento chamado ‘Bayer 205’, considerado nos anos 1920 “um verdadeiro específico principalmente da tripanossomíase humana”. Em contexto de proporções alarmantes da doença do sono durante a Partilha da África, o medicamento foi noticiado pela imprensa europeia em 1922 como uma nova *wonder drug* e foi considerado a “chave para África” (*A Key to Africa*, 1.9.1922 In: Lachenal, 2014).

A partir de 1920 novas terapêuticas foram implementadas a partir da síntese do stovarsol, também chamado stovaine, por Fourneau. Um deles foi o ‘Bayer 205’. Sua ação foi aos poucos substituindo o uso dos medicamentos que o precederam para tratamento da tripanossomíase. Sobre esse ponto, o manual médico Dousset colocou:

Cette découverte avait été précédée par d'autre. Em 1905 était apparu le premier médicament de synthèse destine à lutter contre les parasitose, l'atoxyle (p. aminophénylarséniate de sodium), que A. W. Thomas avait employé avec succès dans le traitement des trypanosomiase. Par ailleurs, l'Atoxil était à l'origine des découvertes thérapeutiques d'Ehrlich. Constant que l'Átoxyle ne posside a'activité thérapeutique qu'in vivo, Ehrlich avait pensé que cé médicament ne devenait actif qu'après avoir subi une transformation dans l'organisme et avit modifié as structure. C'est ainsi que sont nés les premiers antisyphilitiques de synthèse: salvarsan ou 606 d'Ehrlich (1910) et néo salvarsan em 1906, suivis du stovarsol synthétisé par Fourneau em 1920. (Dousset, 1985, p. 256-257)

O jornal A Rua, ao tecer considerações sobre o 'Bayer 205', esclareceu que de acordo com observações microscópicas, o medicamento agia sobre os tripanossomos patogênicos privando-os da capacidade de se dividirem e de formarem indivíduos novos impedindo, assim, a sua multiplicação. Disse também que em pesquisas de laboratório era possível levar à cura pequenos animais, mesmo com quantidade mínima da droga, "salvando-os da morte certa". Considerou assim que a proporção entre a dose eficaz e a mortal era a das mais favoráveis uma vez que os animais curados ficavam protegidos ao longo de meses contra como também ficavam imunes "contra todas as outras espécies desses parasitos; e mais ainda, animais sãos, que apenas foram tratados uma ou duas vezes por este medicamento, estão, durante semanas e meses, ao abrigo de qualquer tripanossoma" (A RUA. 17 de abril de 1924, p.3).

4.4 Hospital Oswaldo Cruz e tecnologias médicas para estudos do ritmo cardíaco

Além dos experimentos terapêuticos com humanos, o Hospital Oswaldo Cruz, em seu hospital-laboratório, realizou estudos do ritmo cardíaco da doença de Chagas a partir do interesse particular de um dos médicos que ali trabalhou, Evandro Serafim Lobo Chagas (1905-1940). Barreto (2012) tem belo trabalho histórico sobre a trajetória científica de Evandro Chagas onde identifica que esteve moldada e consolidada a partir de uma 'herança familiar' e de filiação a uma 'tradição científica'. Filho de Carlos Chagas, carregou a herança familiar de prosseguir o legado científico de seu pai, o que reunia em um mesmo pacote um acesso diferenciado ao mundo científico concomitante a um peso com a responsabilidade de ocupar esse lugar. E a filiação a uma tradição científica, que é tanto familiar quanto institucional, marcaram a carreira desse médico que iniciou atividades como interno no Hospital Oswaldo Cruz em 1922 enquanto cursava a faculdade de medicina e o curso de especialização em microbiologia do Instituto – ao mesmo tempo em que acompanhou os serviços clínicos de

Eurico Villela nas enfermarias do Hospital São Francisco de Assis.¹²³ Evandro Chagas atribuiu toda sua formação técnica e profissional à ‘escola de Manguinhos’ e às orientações de seu pai, Carlos Chagas, e Eurico Villela, a quem creditou o seu aprendizado clínico. Além das pesquisas de laboratório e a clínica nos hospitais da Capital, formação do estudante foi complementada pelas investigações de campo realizadas no interior do país em 1924 com viagem ao Triângulo Mineiro e uma longa excursão pelo Vale do Rio São Francisco “em busca de novos dados acerca da epidemiologia da malária e ao mesmo tempo investigando a existência, em tal região, da doença de Chagas”. Quando formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1926, permaneceu como voluntário no hospital do Instituto de Manguinhos, para o qual fora contratado em 1928 para o cargo de radiologista, responsabilizando-se desde então pelos serviços de radiologia e eletrocardiografia do Hospital Oswaldo Cruz. Em 1930 foi nomeado Assistente do Instituto Oswaldo Cruz (Proman, EC; Memórias IOC por Villela, p. XXXIII).

Suas experiências no campo das doenças tropicais iniciou com estudos daquela descoberta por seu pai e demonstrou rapidamente um profundo interesse pelo aspecto cardíaco tão intrigante nos relatos de Chagas e que pareciam um nó indecifrável. Seu interesse particular levou-o a adotar as modernas técnicas da eletrocardiografia no Hospital Oswaldo Cruz. A tecnologia empregada era uma novidade no campo médico brasileiro, descrita por seu irmão Carlos Chagas Filho da seguinte forma:

[Foi] no Hospital de Manguinhos [e com Eurico Villela] que Evandro aprendeu os fundamentos da cardiologia em que logo se tornaria um ás, e a manejar com a maior perfeição o eletrocardiógrafo de então maior uso, de fabricação francesa, um ‘Boulitte’, do qual existiam no Rio, na época, apenas dois exemplares. O aparelho utilizava como medidor de corrente um tenuíssimo fio de quartzo, colocado num campo magnético, fragilíssimo e de difícil substituição, tarefa que Evandro executava com a mesma perfeição com a qual sabia interpretar o registro obtido (Chagas Filho, 1986).

Evandro Chagas voltou-se para a cardiologia exatamente no momento em que esse campo de estudo alcançava significativo desenvolvimento no cenário internacional. Kropf elabora considerações sobre a Cardiologia no cenário médico entre o fim do século XIX e as duas primeiras décadas do século XX e ressalta a conformação de uma “nova cardiologia” com o estudo das atividades rítmicas do órgão: “a nova cardiologia, em estreita associação com a fisiologia experimental, passou a privilegiar o estudo de suas características

¹²³ As informações foram obtidas através do texto Memorial escrito por Evandro Chagas em 1935 à Comissão Julgadora do concurso para a cadeira de doenças tropicais e infecciosas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. In: MIOC, Villela, p. XXXV-XXXVII.

dinâmicas, ou seja, o seu funcionamento. Um dos focos desse novo olhar foi o estudo da atividade rítmica do órgão” (Kropf, 2009a, p. 258).

É conferido ao fisiologista holandês Willem Einthoven, entre 1901 e 1903, o desenvolvimento do eletrocardiógrafo. Seu trabalho ocorreu em contexto de inovações talismânicas da modernidade (Ver Capítulo 1) resultando em um de seus maiores emblemas: a manipulação da imagem (a fotografia e logo após o cinema). Tratava-se de um momento onde a técnica em si era o espetáculo, como o filme de Tomas Edison, de 1903, em que mostra um elefante ser eletrocutado, cair e morrer (Charney, 2004, p. 327). O uso das imagens na medicina para conferir diagnósticos foi propagada a partir das descobertas dos Raios-X, em 1895, da utilização da cinematografia para operações e com a criação dos aparelhos de eletrocardiografia – a partir de importantes trabalhos desenvolvidos ao longo do século XIX, d físico italiano Carlos Matteucci (1842), do fisiologista alemão Emil DuBois-Rey-mond (1843) e dos fisiologistas Rudolph Von Koelliker e Heinrich Muller (1856), do físico francês Gabriel Lippman (início da década de 1870), dos fisiologistas britânicos John Burdon Sanderson e Frederick Page (1878), do fisiologista Auguste D. Waller (1877) (Giffoni, Torres, 2010, p. 258-265; Kropf, 2009, p. 258).¹²⁴¹²⁵ O aparelho assumiu grande importância para os estudos da “nova cardiologia”, cujo um dos focos foi o estudo da atividade rítmica do coração e possibilitou conhecimento mais amplo das arritmias e cardiopatia isquêmica.

O aparelho criado por Einthoven em 1903 era um aparato que pesava cerca de 270 quilos e estava localizado no laboratório da universidade de Leyden, quase a uma milha do hospital universitário. Além de pesado, o equipamento era difícil de ser manuseado, necessitando de cinco pessoas para operá-lo. Para registrar os eletrocardiogramas dos pacientes internados, Einthoven conectou o instrumento na linha telefônica de modo a transmitir os impulsos elétricos dos pacientes do hospital até seu laboratório. No domingo de 22 de março de 1905, foi realizado o primeiro teleeletrocardiograma. Einthoven também conectou um microfone ao tórax dos pacientes, realizando, além disso, o primeiro

¹²⁴ O Raio X foi uma descoberta do físico Wilhelm Conrad Roentgen em 1895.

¹²⁵ Para Giffoni; Torres (2010, p. 264) há três nomes na história da eletrocardiografia que não podem deixar de ser mencionados, são eles Willem Einthoven, Thomas Lewis e Frank N. Wilson. De acordo com suas palavras “Einthoven soube aplicar os fundamentos da eletrofisiologia e da tecnologia de sua época na elaboração do galvanômetro de corda, instrumento que permitiu o primeiro registro eletrocardiográfico fidedigno, sem a necessidade de correção matemática. Thomas Lewis dedicou grande parte dos seus estudos à compreensão das arritmias. Wilson introduziu as derivações unipolares, o que permitiu posteriormente a padronização do sistema de 12 derivações”.

telefonocardiograma. Esse era o chamado nascimento da telemedicina (Giffoni; Torres, 2010, p. 265).

A partir dessas experiências, na segunda década do século XX, o tamanho de um eletrocardiógrafo tinha sido reduzido substancialmente. O aparelho que em 1903 ocupava um espaço equivalente a dois quartos e precisava de várias pessoas para manuseá-lo, em 1912 era uma tecnologia possível de ser empregada em hospitais de pequeno porte. Popularizou-se ainda mais a partir de 1918-1920 com a criação dos primeiros instrumentos portáteis da marca *G. Boulitte*, de Paris, facilitando o uso da tecnologia inclusive em pequenos consultórios particulares.

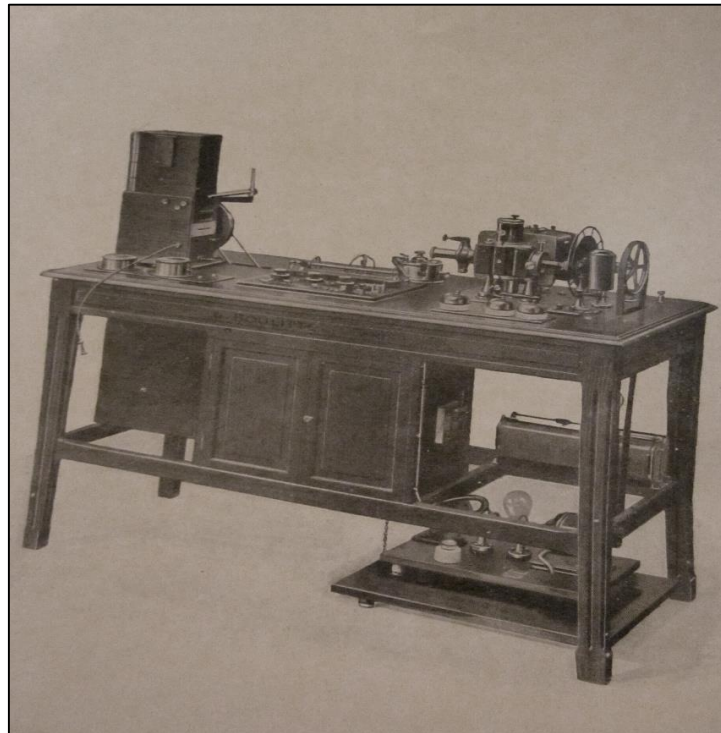


Fig.29 Eletrocardiógrafo G. Boulitte
Aparelho da marca G. Boulitte comercializado no catálogo *Scientific Instruments*, de 1925, organizado por representantes dos aparelhos patenteados por G. Boulitte em Paris e New York.
Fonte: Catálogo G. Boulitte

O catálogo mencionado anteriormente (Fig. 29) informa os hospitais e institutos de pesquisas em que foram instalados o novo Eletrocardiógrafo, entre eles o Brasil. No país nomeou as três instituições onde funcionava o eletrocardiógrafo, o Instituto Oswaldo Cruz e a Policlínica Geral, ambos no Rio de Janeiro, e a Faculdade de Medicina de Porto Alegre-RGS. Indica também Aristides Marques da Cunha foi o representante direto da empresa no Brasil.¹²⁶

Como a eletrocardiografia possibilitou um amplo conhecimento das arritmias, foi um recurso utilizado no estudo da doença de Chagas, principalmente em momento auge da controvérsia científica no Brasil, entre 1919 e 1923, onde a doença de Chagas foi questionada e tornou-se tema central no debate científico e político do país. Foi elemento fundamental para aprimorar as análises do coração e criar as bases dos estudos sobre a forma cardíaca da doença com ênfase nas arritmias, estudos divulgados em 1922 por Carlos Chagas e Eurico Villela, defendendo que as arritmias eram guias primordiais para a suspeita clínica e o diagnóstico da doença.

Era possível medir os ritmos cardíacos antes da criação do eletrocardiógrafo. Uma das maneiras era realizar exames com o auxílio de um aparelho chamado esfigmógrafo, instrumento que media os impulsos produzidos por vasos e o próprio *ictus cordis* (Giffoni; Torres, 2010, p. 266). O uso dessa tecnologia médica foi usada por médicos do Instituto Oswaldo Cruz desde 1911, como confirmam os prontuários e os laudos de traçados ali contidos. A partir do ano 1912 integram a documentação os próprios exames de traçados (Fig. 31). Guimarães analisou um dos casos acompanhados por Chagas e Villela em 1912, o de M.D.M. (14.10.1912), e chegou à conclusão que pelo fato dos médicos possuírem dados sobre o traçado do paciente puderam supor que algumas alterações do ritmo cardíaco desse senhor de 52 anos fossem as principais causas de sua morte súbita ao deixar o hospital e caminhar 5 léguas até chegar à casa (Guimarães, 2016).¹²⁷

¹²⁶ Os demais países nomeados nesse catálogo foram Estados Unidos, Inglaterra, Bélgica, Canadá, Cuba, Egito, Espanha, Finlândia, França, Holanda, Irlanda, Itália, Japão, México, Nova Zelândia, Peru, Polônia, Portugal, Argentina, Romênia, Suíça, Turquia, Uruguai e Venezuela (G. Boullite, Scientific instruments, Paris & New York).

¹²⁷ Identificamos o caso como M.D.E. em cumprimento as normas do conselho de ética em pesquisa, ao qual o trabalho fora submetido, que proíbe a referência nominal de indivíduos submetidos a experiências médicas.

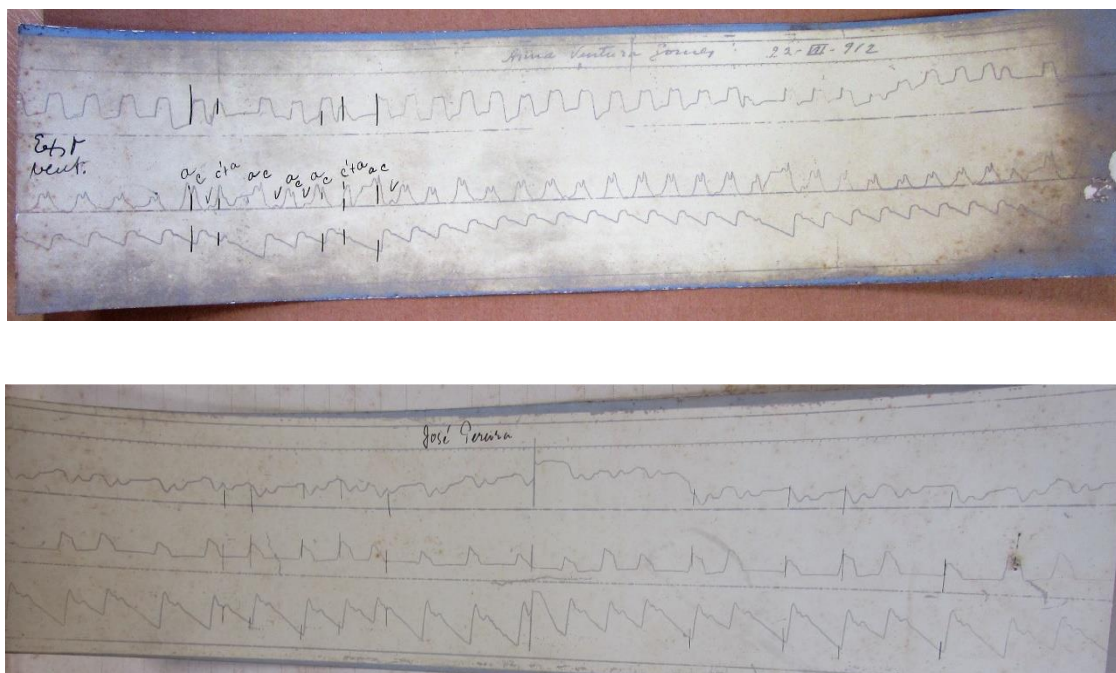


Fig.30 Exames de traçado
(A.V.G., 22.8.1912 e J.P., 8.7.1912)
Fonte: DADCOC

O exame *ictus cordis* também parecia ser uma prática usada com frequência nos casos de estudo das alterações cardíacas em pacientes submetidos a pesquisas médicas por cientistas do Instituto Oswaldo Cruz. *Ictus cordis* é um termo latino para se referir ao “choque do coração”, o local da parede torácica onde se pode sentir o pulsar do coração. A localização usual depende do tipo morfológico da pessoa, mas de forma geral situa-se na interseção do 4º ou 5º espaço intercostal esquerdo com a linha médio-clavicular esquerda. Este ponto corresponde à zona onde o coração está mais próximo das costelas permitindo assim a sua apalpação num espaço entre duas costelas. Entre 1910 e 1930, em diversos hospitais interconectados por pesquisadores do Instituto, entre eles o Hospital Oswaldo Cruz, são feitas referências a esse método como ‘exame de pulsação’. Além da observação e análise da ‘pulsação’, há em alguns prontuários médicos desenhos feitos em papel transparente para retratar determinados órgão dos pacientes, como fígado, baço e coração, e é possível que tenham sido desenhados sobre o próprio corpo dos pacientes (Fig.31). Os desenhos perduram por toda a década de 1910 e 1920 como prática recorrente nos estudos dos órgãos, principalmente do coração.

Prontuários dessa mesma época contém exames eletrocardiográficos. O novo aparato médico foi testado em muitos pacientes internados no hospital para observação do ritmo

cardíaco. Lobato Paraense assim lembrou das experiências de Evandro com o eletrocardiógrafo:

Bom, Evandro quando estudante foi estudante brilhante, não é? (...) Era inteligentíssimo (...) Ele foi um grande cardiologista. E quando ele precisou de mexer com cardiologia, ele arranhou um aparelho francês, que não havia cardiógrafo no Rio. Parece que tinha mais um aí, só tinha o dele e tinha lá um sistema de uns fios, mais finos que cabelo, que aquilo era delicadíssimo, aquilo enguiçava, ele consertava, ele dava um jeito. Ele aprendeu a mexer, a desmanchar, a fazer... (Paraense, 1989)

Um dos casos acompanhados por Evandro Chagas foi o de **R.C.O.** (14.9.1926), mulher de 19 anos vinda de Lassance. Após triagem de seu caso foi diagnosticada com doença de chagas e sífilis e encaminhada ao Hospital Oswaldo Cruz em novembro de 1926. Ao contar sua história, R.C.O. diz que há muitos anos tem corrimento vaginal branco amarelado contraído logo após o casamento há aproximadamente 5 anos. Conta que tem um filho que ficou internado no hospital para tratar doença de Chagas – tudo indica que refere-se ao Hospital Regional de Lassance. Menciona essa mulher que teve lesões que pareciam gonorreias, febres intermitentes e que sente dor no lado esquerdo do peito que reflete no ventre e nas costas. Sente também dor ao urinar, dor nos olhos e nas *juntas*, expressão popular para se referir às articulações do corpo. Conta que teve reumatismo, há cerca de 2 anos, que levou-a a ficar na cama. Submetida a uma série de exames de rotina: exame de fezes, com verminose; exame de sangue para Wassermann, positivo, e exame de urina sem maiores complicações. Acompanhada por Evandro Chagas, realizou uma eletrocardiografia em 3 posições e foi medicada com fórmula de 15,0 centigramas de iodeto de potássio 15,0, 0,15 centigramas de bicarbonato de sódio e foi prescrito para uso externo algumas lavagens vaginais com permanganato e pomada de helmorid. Não foi informado sua condição ao deixar o hospital após 4 meses de tratamento, mas compõe os registros do hospital outro prontuário dessa paciente aberto após 3 anos. Sua nova internação, que durou de 3.7.1929 a 27.9.1929, queixou-se de cefaleia à tarde, dores abdominais e constipações. Recebeu tratamento a base de mercúrio e arsenicais e com injeção de carbonato de bismuto.

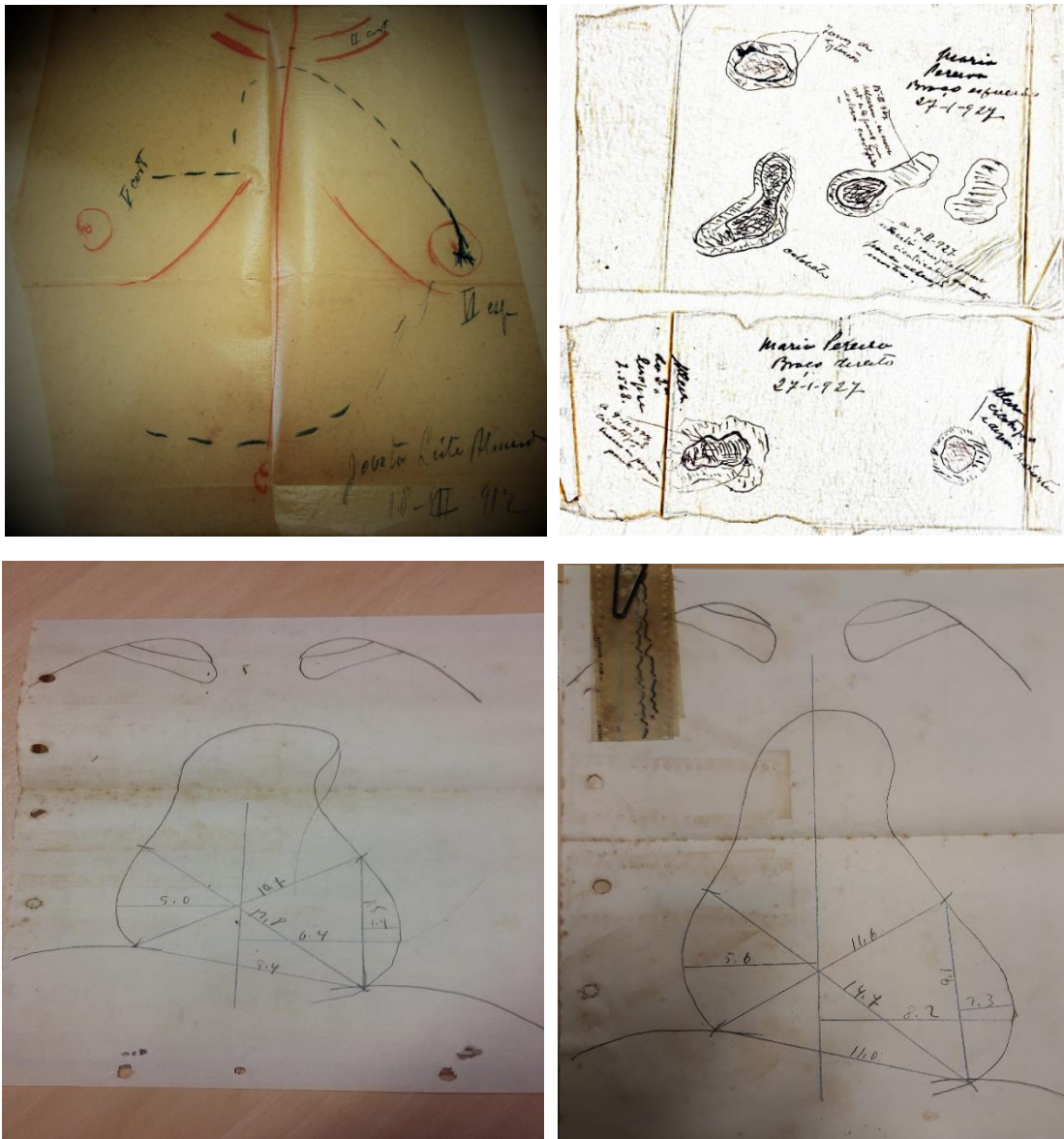


Fig.31 Desenhos de órgão de pacientes feitos por médicos do HOC
Fonte: DADCOC

Com os exames de eletrocardiografia Evandro Chagas pôde estudar os casos individualmente e compara-los, chegando assim a conclusões sobre as alterações do ritmo cardíaco na forma cardíaca da doença de Chagas e em outra doenças, como a febre amarela, cujas pesquisas redundaram na publicação *Eletrocardiograma na febre amarela*, junto ao médico e parceiro de trabalho Lincoln de Freitas – com todos os casos analisados no Hospital Oswaldo Cruz (Chagas e Freitas, 1929). Mas os estudos de Evandro Chagas com maior expressão foram referentes aos sinais cardíacos na doença de Chagas, levando-o concorrer ao cargo de livre docência da Cadeira de Medicina Tropical na Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro, em outubro de 1930, com trabalho *Forma cardíaca da*

Trypanosomíase Americana pautado em conclusões gerais de seus estudos no Hospital Oswaldo Cruz (Evandro Chagas, 1930).

Nesse trabalho Evandro Chagas analisou as alterações anatômicas do coração na fase aguda da doença, com eletrocardiogramas de dois pacientes, e centrou as observações na fase crônica da doença. Na fase aguda identificou como sinal uma intensa miocardite. Na fase crônica identificou uma *miocardite intersticial crônica difusa*, com o aumento do coração, as alterações do ritmo cardíaco e o comprometimento das funções do miocárdio. Através dos eletrocardiogramas foi possível Evandro Chagas afirmar, por exemplo, que os sinais subjetivos na forma crônica consequentes da deficiência do miocárdio eram a dispneia espontânea, de esforço e emotiva; a tosse; dores precordiais e mal estar. E os sintomas oriundos das alterações do ritmo cardíaco foram identificados como a palpitação, vertigens, síncope e tonturas (Evandro Chagas, 1930, p. 93-96). Os sintomas estão presentes na descrição de muitos pacientes aos médicos desde 1910.

Um dos casos em que se debruçou Evandro Chagas foi o do comerciante **F.F.M.** (Prontuário, 24.9.1929) acompanhado entre 24.9.1929 e 1.2.1930 no HOC. Esse homem de 36 anos, casado e morador de Curvelo/MG queixava-se exatamente de dores de cabeça diárias, *estufação do estomago*, fraqueza nas pernas, grande excitabilidade, palpitações ao esforço, dispneia ao esforço e forte pressão sobre o coração. Esse caso foi descrito meticulosamente dando origem a 30 laudas de registros médicos, entre elas registros diários de dores, fraqueza, inapetências, problemas gástricos, aumento do fígado, dores de cabeça e crises de palpitações, levando-o ao emagrecimento progressivo e a fisionomia abatida. Para conter os sinais foi medicado diariamente com gotas de valeriana e com comprimidos de 0,50 centigramas de quinino ao dia e as fórmulas 18, 25 e 14 (não identificadas).

4.5 O papel central do HOC nas pesquisas experimentais das doenças tropicais do país nos anos 1930

A atuação de Evandro Chagas no Hospital Oswaldo Cruz extrapolou o debate científico e a prática médica. Sua trajetória esteve profundamente marcada por suas relações interpessoais e por sua atuação no campo político em favor dos serviços de saúde seguindo uma filiação científica de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (Kropf, 2009a; Barreto, 2012). É possível afirmar que ao longo de toda sua trajetória esteve ligado ao Hospital, como aluno, médico ou cargos de chefia. Em janeiro de 1931 Evandro Chagas foi nomeado Chefe de Laboratório efetivo do

Instituto com o cargo de diretor de seu Hospital (PROMAM, Evandro Chagas; Memórias IOC, p. XXXIII). Ao longo dessa década de 1930 o HOC formalizou e concretizou a estratégia de ser o carro-chefe dos estudos e intervenções profiláticas do Instituto, principalmente nas áreas rurais do país. Após quatro meses foi aprovado o regulamento do Departamento Nacional de Medicina Experimental que redimensionava a atuação política do Instituto Oswaldo Cruz:

Art. 1º O Departamento Nacional de Medicina Experimental, diretamente subordinado ao Ministro de Estado da Educação e Saúde Pública, será constituído pelo Instituto Oswaldo Cruz, pelas suas filiais e pelos estabelecimentos congêneres que o Governo Federal venha a organizar no País.

Parágrafo único. As filiais e os estabelecimentos congêneres de que trata este artigo ficarão técnica e administrativamente subordinados ao Instituto Oswaldo Cruz e, por intermédio deste, ao Ministro da Educação e Saúde Pública.

Art. 2º O Instituto Oswaldo Cruz terá como função primordial investigações científicas no domínio da patologia experimental e de outros ramos da biologia e, além disso, será considerado uma escola de alta cultura, na qual se realizará o ensino de especializações médicas. (Decreto n. 20.043, 21 de maio de 1931)

Foi instituído, por esse mesmo decreto, o papel central que o Hospital Oswaldo Cruz ocuparia, dentro do Instituto e na esfera nacional, nas pesquisas experimentais das doenças tropicais no país. Os principais artigos foram assim descritos:

Art. 21 A secção hospitalar será destinada, especialmente, a pesquisas e estudos experimentais e clínicos das doenças regionais do Brasil, funcionando no hospital de doenças tropicais (Hospital Oswaldo Cruz), anexo ao Instituto.

§ 1º No hospital a que se refere este artigo serão internados os doentes que ofereçam assunto para pesquisas científicas, destinado: ao esclarecimento de problemas de patologia, terapêutica, profilaxia, etc.

§ 2º A orientação e responsabilidade dos trabalhos de hospital caberão ao diretor geral, o qual designará um dos funcionários técnicos para chefe e responsável pela normalidade dos referidos trabalhos.

§ 3º Será facultado a qualquer dos funcionários técnicos do Instituto realizar estudos no hospital, sob a fiscalização do chefe ouvido o diretor geral, sobre a prática, nos doentes, de experimentações, de intervenções, etc., que possam aproveitar aos altos interesses da ciência.

Art. 22 Nos trabalhos de assistência hospitalar do Instituto e, principalmente, nas experiências e intervenções que se façam necessárias serão observados, rigorosamente, todos os deveres de humanidade e respeitados os interesses superiores da saúde e da vida dos doentes.

Art. 23 Além do hospital de doenças tropicais, o Instituto manterá, dentro das verbas orçamentárias ou custeados pela renda própria, hospitais regionais e estações experimentais, destinados a estudos de patologia humana, zoologia médica, etc. Tais organizações serão instaladas em zonas do país onde se façam necessárias aos esclarecimentos de problemas médicos ou científicas, em geral, e poderão ser transferidas, de acordo com as conveniências dos estudos, de uma para outra zona.

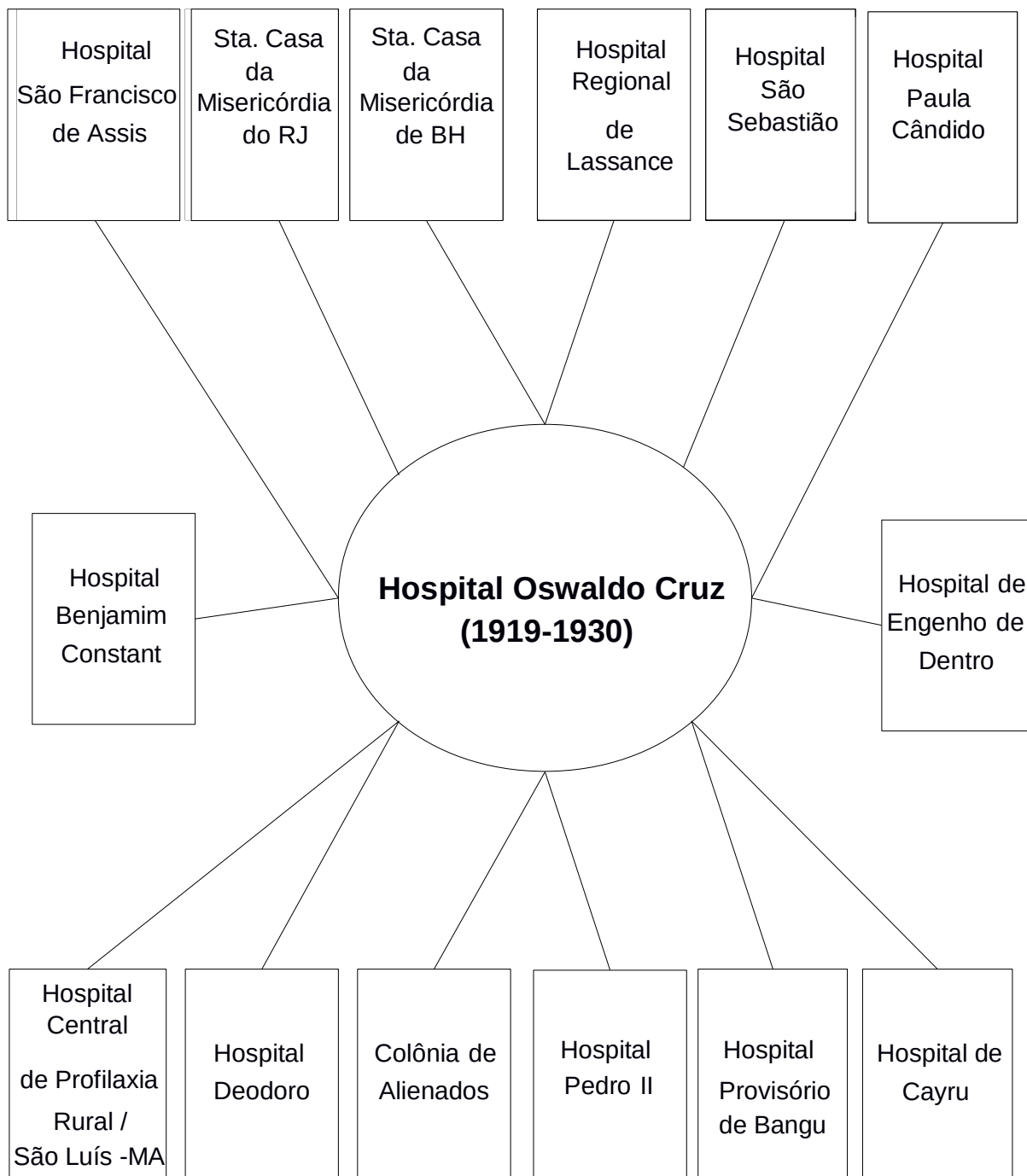
Diante das atribuições conferidas a partir desse momento, a participação de Evandro Chagas foi expressiva para a dinâmica interna e a repercussão que ganhava o Hospital junto ao poder público. Logo após retornar da Argentina, para onde viajou para participar como delegado do IOC na *IX Reunion de la Sociedad Argentina de Patologia Regional del Norte*, o médico criou no Hospital Oswaldo Cruz em 1935, junto com outros pesquisadores vinculado ao Instituto Oswaldo Cruz, o Serviço de Estudo das Grandes Endemias (SEGE) (Chagas Filho, entrevista; Memórias IOC por Villela). O objetivo do SEGE era coordenar um plano de pesquisas médico-sanitárias em diversos estados do território brasileiro e originou importantes estudos sobre a malária, a leishmaniose e a doença de Chagas. Esse trabalho de pesquisa extrapola os espaço físico do hospital, o que pode ser explicado pela filiação de Evandro Chagas à tradição científica de Oswaldo Cruz e seu pai. Para Villela é resultado de algumas características individuais do jovem médico, descrevendo-as da seguinte forma em texto obituário: “era um observador atilado e um experimentador ativo e ousado, que se não satisfazia com o âmbito cerrado das enfermarias e laboratórios, mas ia buscar elementos de estudo na vastidão de nossos sertões” (MIOC, Villela, p. XXXIV). O SEGE, pontuou Villela, estendia a sua vasta rede de investigações científicas a outros estados, entre eles Ceará, Pernambuco, Amazonas, Acre e Minas Gerais, com serviços próprios ou em colaboração com os Institutos de Patologia Experimental do Norte (sediado em Belém) e do Nordeste (Recife), com o Instituto Ezequiel Dias de Belo Horizonte e com o DNS (MIOC, Villela, XXXVIII). Sobre o significado que o SEGE apresentou frente às mudanças institucionais vivenciadas por Manguinhos na década de 1930, Barreto (2012) chama a atenção para o fato de ter sido o caminho pelo qual o Instituto refez, sob as novas condições políticas e institucionais daquele momento, seus vínculos com a saúde pública, em termos de valores, identidade e práticas. Para a historiadora, que analisa a atuação do SEGE a partir da trajetória profissional de Evandro Chagas, ao recolocar o tema das grandes endemias e sua importância para o desenvolvimento do país, reafirmou os vínculos de Manguinhos com a saúde pública e deu continuidade a uma tradição e a um modelo de ciência construído e incentivado por Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (Barreto, 2012, p. 26).

Com o SEGE e outras frentes de trabalho de Evandro Chagas, como a criação e os trabalhos do Instituto de Patologia Experimental do Norte, o médico ampliou as pesquisas sobre endemias e direcionou os casos de maior interesse ao Hospital em Manguinhos.¹²⁸ É muito

¹²⁸ IPEN foi criado em 1936 com sede em Belém, com o objetivo de desenvolver pesquisas sobre as principais doenças da Amazônia, visando prover aos órgãos públicos de saúde subsídios para a formulação de ações e

provável que a dinâmica do hospital tenha sido modificada e que as linhas de pesquisas tenham sido redefinidas, mas não é possível averiguar tais questões nesse trabalho. Até onde o recorte do trabalho permite afirmar, entre 1909 e 1930, o IOC custeou os trabalhos de seus hospitais devido a autonomia financeira obtida desde a gestão de Oswaldo Cruz. Estimulou pesquisas, construiu um hospital próprio para servir como local para estudo e ensino das doenças tropicais e endemias urbanas, agregou médicos cientistas em torno de linhas de pesquisas próprias, interconectou profissionais que atuavam em outras instituições de pesquisa médica, criou protocolos originais para tratamentos de doenças, abrigou indivíduos e famílias inteiras para a realização de estudos clínicos, laboratoriais, anatomopatológicos e terapêuticos.

Quanto ao momento posterior, marcado pela atuação de Evandro Chagas no Hospital, é de conhecimento na historiografia que o IOC viveu uma progressiva perda de autonomia de pesquisa e financeira ao longo dos anos 1930, refletidas, obviamente, em seu Hospital. Nesse sentido, esse trabalho se encerra com um profundo interesse de prosseguir a investigação sobre os hospitais do IOC, especialmente o HOC, com intuito de percorrer as relações estabelecidas por Evandro Chagas e o sentido que assume a instituição em período de centralização dos serviços de saúde do fim da autonomia de pesquisa e financeira do HOC. Há inquietação por compreender o que era feito com os indivíduos doentes no interior do país, nos hospitais em que atuavam médicos do IOC, especialmente no tratamento das doenças tropicais, entre elas a doença de Chagas, a Leishmaniose, a Malária – importantes linhas de pesquisa do HOC. Saber se continuavam a ser conduzidos ao HOC, quais eram as circunstâncias e a que condições e tratamentos eram submetidos é uma das inquietações que redundou essa pesquisa. No tocante à rede de hospitais conectados, provavelmente foi reconfigurada a partir dos projetos voltados às endemias rurais na década de 1930, ampliando ainda mais a escala dos espaços de pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz mapeados entre 1909 e 1930. O Organograma 2 interconecta os espaços hospitalares de pesquisas em que atuavam os pesquisadores do Hospital Oswaldo Cruz por mais de duas décadas de investigações sobre doenças rurais e urbanas.

ORGANOGRAMA 2**REDE DE ESPAÇOS HOSPITALARES DO INSTITUTO OSWALDO CRUZ ENTRE
1909-1930**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Narrei ao senhor. No que narrei, o senhor talvez até ache mais do que eu, a minha verdade. Fim que foi. Aqui, a estória se acabou. Aqui, a estória acabada. Aqui, a história acaba.”

(Guimarães Rosa)

Em dezembro de 2018 completou cem anos o antigo Hospital Oswaldo Cruz, erguido pelo Instituto de pesquisa de Manguinhos próximo aos seus laboratórios. A instituição centenária foi um componente importante da rede de hospitais implementados e mobilizados pelo Instituto Oswaldo Cruz para estudar doenças tropicais e as enfermidades ditas ‘cosmopolitas’ no país, no início do século XX, e foi objeto de estudo desse trabalho junto aos demais espaços de assistência e pesquisa médica. A ideia de estudar exclusivamente o HOC foi suplantada por constatar que ao longo de sua construção, assim como em momento posterior, a instituição a qual nasceu atrelado não deixou de articular essa rede de hospitais, ao contrário, expandiu-a consideravelmente entre 1920 e 1930.

Os chamados hospitais do Instituto Oswaldo Cruz – o Hospital Oswaldo Cruz, o Hospital de Lassance e o Hospital Regional / Carlos Chagas – e a rede de espaços médicos da instituição de pesquisa científicas foram analisados sob uma perspectiva histórica para lançar luz sobre os conhecimentos produzidos e as trajetórias pessoais e profissionais que se ali se cruzaram. O recorte temporal foi delimitado entre o ano de 1909, quando Carlos Chagas anunciou a *tríplice descoberta* da doença de Chagas, e 1930, com a crise financeira vivida pela instituição e a sua progressiva perda de autonomia política, que tanto influenciou o rumo das pesquisas daquela instituição na gestão de Oswaldo Cruz. Ao longo desses anos, o trabalho buscou respostas para a dupla interrogação: como se deu o projeto do HOC e o seu consecutivo funcionamento? Como o IOC articulou uma rede de espaços médicos através de seu pesquisadores? Para destrinchar tais questões, o pesquisa usou como fio condutor as experiências terapêuticas realizadas com pacientes e a criação de protocolos clínicos e laboratoriais advindas dos “sucessos” e “fracassos” das investigações médicas.

O trabalho empenhou esforço em demonstrar o relevo que assumiram as experiências clínicas, laboratoriais e terapêuticas com doentes no interior do país em nome de um projeto nacional. Dedicou atenção especial à doença de Chagas, demonstrando que a seu favor os médicos tinham os preceitos que regiam as investigações clínicas, mas enfrentavam obstáculos

para decifrar os enigmas da nova doença. Primeiramente, não dispunham de recursos materiais como nos hospitais em que estavam acostumados a atuar na cidade do Rio de Janeiro. E aos médicos cientistas apresentava-se como desafio maior o fato de não existir material de pesquisa em que pudessem apoiar suas hipóteses ao longo das observações sobre os casos analisados. Existiam as experiências médicas com a *tripanossomíase africana*, apropriadas pelos médicos brasileiros em seus trabalhos de campo no sertão do país, mas não pareceram resolver os problemas com a *tripanossomíase americana*, para a qual foram criados repertórios diferenciados, em momento inicial das pesquisas, variáveis de acordo com o pesquisador que conduzia as investigações. Outro impasse para compreender a doença foi o emaranhado de endemias a que estavam submetidos aqueles indivíduos em busca de assistência, o que foi chamado nessa tese de concomitância de doenças. Em momento de decodificação dos sinais clínicos da doença de Chagas, parecia um obstáculo intransponível àqueles médicos afastar os sintomas típicos de outros males e encontrar soluções médicas para tratar, paralelamente à doença parasitária, a malária, a ancilostomose, a bouba, a sífilis e outras doenças venéreas, a febre tifoide, a varíola e tantas outras identificadas.

Além da perspectiva institucional e médica, o trabalho buscou mostrar a perspectiva do doente. Essa tarefa investigativa foi árdua, mas apareceu. A partir dos registros prontuariais algumas características daquela população, ainda que gerais, ganhavam contornos. Os indivíduos, em suas narrativas aos médicos, deixavam faíscas sobre o seu modo de viver, de compreender o mundo e de lidar com as adversidades, entre elas, as impostas pelas doenças. Tratando-se de uma população pobre e que dependia de sua força de trabalho para sobreviver, não é de estranhar que as queixas dos adultos tivesse majoritariamente ligadas às limitações que muitas vezes os impossibilitavam de trabalhar. Inúmeras queixas foram relatadas nos prontuário sobre o exercício do trabalho pesado na lavoura apesar do cansaço, dor no corpo, falta de descanso noturno devido aos sintomas provocados pelas doenças. E uma das preocupações com a dificuldade para exercer as atividades, muitas vezes, aparece também nas narrativas daqueles indivíduos: tinham muitos filhos para sustentar. Obviamente os filhos vivos, porque, proporcionalmente, era maior o número de crianças mortas. A morte foi tema constante das narrativas, eram abortos, natimortos, pai, mãe, avós, e, em alguns casos, quase todos os integrantes de uma mesma família. Muitos dos pacientes relataram que andavam léguas para as consultas médicas, o que provavelmente é um dos motivos que levavam ao abandono do tratamento. Há casos de fugas do hospital sem esclarecimentos sobre os motivos, que poderiam ser desde a saída para retornar aos trabalhos, aos cuidados com a família ou mesmo por não acreditarem na medicina e nos tratamentos propostos, até mesmo porque muitas vezes não viam

a melhora de sua condição física, mas a morte súbita de outros pacientes que também estavam submetidos às terapêuticas. Era muito comum a interrupção dos tratamentos destinados às crianças, responsabilizando-se e dizendo que continuariam em casa. Muitos relataram doenças com ervas e toda um conhecimento adquiridos de seus antepassados para curar doenças. Os silêncios nos prontuários muito disseram sobre aquelas pessoas. De todos os prontuários analisados referentes às pesquisas médicas nos sertões do país, não há apenas um que faça menção às crianças estudarem. Assim como não há relatos anteriores de ida a hospital ou mesmo a consultas médicas. Os relatos ainda revelam habitações sem saneamento e propícias à proliferação de doenças, problemas com bebida alcoólica, alto índice de propagação de doenças venéreas e o hábito do uso de fumo desde a infância. Era esse um conjunto de características que contrastava consideravelmente com a realidade do mundo cultural daqueles jovens médicos que ingressavam nas missões científicas, formados na Capital, e muitas vezes especializando-se em países da Europa, o que explica o choque cultural vivido por ambas as partes.

Ao tratar um perfil social dos pacientes atendidos, a pesquisa chegou à conclusão que os estudos médicos foram realizados com grupos desfavorecidos economicamente, principalmente no tocante às experiências no interior mineiro. Não há registros de fazendeiros, profissionais liberais ou famílias oligárquicas. Aspecto que remete aos conhecimentos históricos sobre as experiências realizadas em humanos desde tempos remotos, pela medicina, sobre indivíduos de baixa renda ou pertencentes a grupos sócio culturalmente julgados inferiores. Não foi o intuito aprofundar essa discussão no trabalho, mas apareceu como tema inevitável de considerações e abertura para novos estudos.

A tentativa de colocar em cena diferentes personagens esteve acompanhada por um esforço em elaborar um retrato sócio econômico do mundo em que viveram. Mas ao mesmo tempo, a variedade de sujeitos em voga, entre eles os cientistas, as figuras políticas, os pacientes e também as instituições, colocou limites à pesquisa que redundaram em uma assimetria no tratamento dado, principalmente, às biografias dos médicos. Dos médicos envolvidos diretamente com as pesquisas médicas, esse trabalho dedicou atenção especial a Eurico Villela que, junto ao Carlos Chagas, foi um personagem importante para a história da doença. Esteve à frente das pesquisas médicas na cidade de Lassance e de suas proximidades, entre 1912 e 1919, sendo responsável pelo transporte de pacientes ao Rio de Janeiro, para a Santa Casa da Misericórdia, Hospital São Francisco de Assis ou o Hospital Oswaldo Cruz, e pelo acompanhamento de seus casos clínicos. Encaminhou e atendeu pacientes de Lassance na Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte e manteve relação direta com a Faculdade de Medicina

de Minas Gerais através da cátedra de Patologia Geral. Em Belo Horizonte esteve desde 1915, quando foi designado a trabalhar na filial do IOC, onde fundou o posto antiofídico, fabricou soro escorpiônico e criou ambulatórios para estudos das endemias rurais. Retornou ao Rio de Janeiro em 1918, durante a epidemia de gripe espanhola, quando ficou encarregado pela Seção de Medicamentos do IOC e, no ano seguinte, passou a dirigir o hospital dessa instituição. Para esse hospital, transporta muitos pacientes vindos de Minas Gerais para ali serem estudados com afinco, e, se necessário, faz-lo circular entre outros espaços médicos na cidade, como o Hospital São Francisco de Assis, onde participou da organização final para a inauguração e foi Chefe do serviço clínico. Hospital em que instalou e organizou a Escola de Enfermeiras Ana Nery, passagem obrigatória para as profissionais contratadas por ele para trabalhar no Hospital Oswaldo Cruz. E na Faculdade Nacional de Medicina ministrou aulas na cadeira de Doenças Tropicais e Infecciosas, à cargo de Carlos Chagas, substituindo-o após sua morte. Assim, dos médicos analisados por esse trabalho, Villela chama atenção pela maneira que circulou entre os espaços hospitalares do IOC, na cidade do Rio de Janeiro, em Belo Horizonte e nos arredores de Minas Gerais. Isso sem contar que o Hospital Oswaldo Cruz, o Hospital São Francisco de Assis e a cadeira de Medicina Tropical foram considerados os “grandes centros de difusão das ideias e ensinamentos da escola de Oswaldo Cruz” (Lacaz, 1963, p. 63).

Outro limite claro do trabalho consistiu em interromper as análises sobre as pesquisas médicas ao longo da década de 1930, como intuito do projeto inicial submetido ao Programa de Pós Graduação. Esse é um período em que Evandro Chagas esteve à frente do Hospital Oswaldo Cruz, e das pesquisas médicas do IOC em sua articulação principalmente no interior do país, com os projetos voltados às endemias rurais. Momento em que o Hospital funciona como sede do Serviço de Estudos das Grandes Endemias e que assume um papel de destaque para a conformação e consolidação de políticas de saúde voltadas para o interior e o tratamento das endemias rurais.

Por fim, como busquei enfatizar, os hospitais do IOC, e todos os demais espaços hospitalares em que conectou suas pesquisas médicas, significaram a consolidação de ideias e práticas que surgiram como grandes apostas daquela instituição no início do século XX, principalmente as pertinentes ao campo da medicina tropical. O projeto de pesquisas médicas iniciado nos primeiros anos de 1900, por um grupo de médicos recém formados e protagonistas de conhecimentos advindos de experiências científicas, alimentados em laboratórios edificados no sertão carioca, em Inhaúma, com intuito de assemelhar-se ao Instituto Pasteur de Paris, foi favorecido pela conjuntura onde o tema das doenças do interior adquiriam relevância no debate nacional e também pela inseparável teia de relações interpessoais e institucionais comum à

história política no país. Como maior expressão dessas forças, que não atuaram ausentes de conflitos e uma série de controvérsias, a instituição alcançou um objetivo ambicioso de consagrar-se nacional e internacionalmente como referência nos estudos médicos sobre doenças tropicais, especialmente a doença de Chagas, nos anos de 1909 a 1930. Para essa tradição de pesquisas, e a criação de sua identidade, a rede de hospitais articulados, na qual também está inserido o Hospital Oswaldo Cruz, foi um tripé necessário e imensurável, uma peça-chave para os conhecimentos adquiridos pela instituição sobre as doenças e para a criação de protocolos médicos.

REFERÊNCIAS

DECRETOS

BRASIL. Decreto n. 9.346, 24 de janeiro de 1912. DAD/COC Fundo Oswaldo Cruz, Série Instituto Oswaldo Cruz, Dossiê 02, Correspondências e decretos. BR RJ COC OC-IOC-02. 24.1.1912.

BRASIL. Decreto n. 3.453, 02 de janeiro de 1918. DAD/COC Fundo Oswaldo Cruz, Série Instituto Oswaldo Cruz, Dossiê 02, Correspondências e decretos. BR RJ COC OC-IOC-02. 02.1.1918.

BRASIL. Decreto n. 20.043, de 21 de maio de 1931. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20043-27-maio-1931-515748-publicacaooriginal-83689-pe.html> Acesso em: 18.11.2018.

FONTES IMPRESSAS

AO DIRETOR DA ESTRADA DE FERRO CENTRAL DO BRASIL. Fundo IOC, Seção Serviço de Administração, Série Administração geral, s/n, 20 de abril de 1918.

AO DIRETOR GERAL DE SAÚDE PÚBLICA. Fundo IOC, Seção Serviço de Administração, Série Administração geral, s/n, 25 de novembro de 1919.

AO DIRETOR GERAL DE SAÚDE PÚBLICA. Fundo IOC, Seção Serviço de Administração, Série Administração geral, s/n, 27 de novembro de 1919.

AO SUPERINTENDENTE DA SOC. ANONIMA DE GAS DO BRASIL. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Cópias de ofícios, s/n, 06 de abril de 1920.

AO SUPERINTENDENTE DA THE RIO DE JANEIRO LIGHT AND POWER. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Cópias de ofícios, nº 188, 19 de abril de 1920.

AO INSPETOR GERAL DE ILUMINAÇÃO. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Cópias de ofícios, s/n, 29 de abril de 1920.

CONTAS DO IOC. Fundo IOC, Seção Direção, Cópias de ofícios, 1912, nº 16, 68, 105, 133, 157, 196, 218, 254, 281, 316, 344.

COMUNICADO AO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E NEGÓCIOS INTERIORES.

DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Cópias de ofícios, nº 30, 7 de fevereiro de 1912.

DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, minutas de ofícios, nº 135, 24.05.1912.

DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº168, 27.06.1912.

DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, minutas de ofícios, nº 147, 01.04.1919.

DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, minutas de ofícios, nº686, 29.12.1919.

DAD/COC. Fundo IOC, Seção Serviço de Administração Geral, Série Serviços de Fotografia, Núcleo Arquitetônico da Fiocruz (Dossiê Construção), BR RJCOC 02-10-20-05-008-V01.

DAD/COC. Fundo IOC, Seção Serviço de Administração Geral, Série Serviços de Fotografia, Subsérie Carlos Chagas (Dossiê Doença de Chagas-Lassance), BR RJCOC 02-10-20-20-007-V01-005.

DAD/COC. Fundo IOC, Seção Serviço de Administração Geral, Série Serviços de Fotografia, Núcleo Arquitetônico da Fiocruz (Dossiê Plantas e Projetos).

DESPACHE DE MATERIAL ELETROCARDIOGRÁFICO. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Cópias de ofícios, s/n, 22 de abril de 1920.

DESPACHE DE MATERIAIS. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº 55, 08 março de 1912.

DESPACHE DE MATERIAIS. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº 59, 12 de março de 1912.

DESPACHE DE MATERIAIS. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº 148, 08 de junho de 1912.

DESPACHE DE MATERIAIS. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº 148, 16 de julho de 1919.

DESPACHE DE MATERIAIS. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº 334, 10 de julho de 1919.

DESPACHE DE MATERIAIS. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº 338, 16 de julho de 1919.

DESPACHE DE MATERIAIS. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº 358, 01 de agosto de 1919.

DESPACHE DE MATERIAIS. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº 334, 338, 368, 02 de agosto de 1919.

DESPACHE DE MATERIAIS. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº 334, 338, 393, 16 de agosto de 1919.

EMBARGO DE INSTALAÇÃO. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, minutas de ofícios, nº610, 29 de dezembro de 1919.

ESTRADA DE FERRO CENTRAL DO BRASIL. Fundo IOC, Seção Serviço de Administração, Série Administração geral, s/n, 23 de abril de 1918.

LIGAÇÃO DE ENERGIA. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Cópias de ofícios, nº610, 26 de novembro de 1919.

FIM DAS OBRAS. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº572, 1919.

LICENÇA PARA MARINHEIRO. Fundo IOC, Seção Direção, Minutas de Ofícios 1919, nº 408, 23 de agosto de 1919; nº 590, 10 de novembro de 1919; nº 591, 10 de novembro de 1919.

NOTA DE PAGAMENTO. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº55, 06 de março de 1912.
PRESTAÇÃO DE CONTAS. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Cópias de ofícios, nº366. 1918.

PRONTUÁRIOS. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Hospital Evandro Chagas, Série Prontuários, BR RJCOC 02-25-02, caixas 1-18.

RENDA VACINA. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, minutas de ofícios, nº49, 29 de janeiro de 1919.

RELATÓRIO. Relatórios anuais de atividades do IOC. DAD/COC, Fundo IOC, Seção Serviço de Administração, Série Administração Geral, BR RJCOC O2-10-05, anos consultados: 1912, 1913, 1915, 1919, 1920 a 1930.

RELATÓRIO. Relatórios anuais de atividades do IOC. DAD/COC, Fundo IOC, Seção Serviço de Administração, Série Administração Geral, BR RJCOC O2-10-05, anos consultados: 1912, 1913, 1915, 1919, 1920 a 1930.

SOLICITAÇÃO. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº71, 22.03.1912.

SOLICITAÇÃO DE PASSAGENS. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº69, 20 de março de 1912.

SOLICITAÇÃO DE PASSAGENS. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº236, 4 de setembro de 1912.

SOLICITAÇÃO DE PASSAGENS. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº244, 11 de setembro de 1912.

SOLICITAÇÃO DE PROFISSIONAIS. DAD/COC. Fundo IOC, Seção Direção, Cópias de ofícios, nº 36 e 37, 14 de fevereiro de 1912.

SOLICITAÇÃO DE PASSAGENS. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº59, 28 de janeiro de 1920.

SOLICITAÇÃO DE PASSAGENS. Fundo IOC, Seção Direção, Ofícios, nº375, 03 de julho de 1920.

TRILHOS FORNO DE LIXO. Fundo IOC, Seção Direção, Cópias de ofícios, nº540, 11 de outubro de 1920.

BIBLIOGRAFIA

A MANIFESTAÇÃO... A manifestação dos acadêmicos ao professor Aloysio de Castro. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 11 out. 1916, p. 4.

ABADÍA, Oscar Moro. La nueva historia de la ciencia y la sociología del conocimiento científico: un ensayo historiográfico. *Asclepio*, LVII (2): 255-280, 2005.

ABREU, M. A. *Evolução urbana do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Iplanrio/Zahar, 1988.

ALBUQUERQUE, A. Para uma ética em pesquisa fundada nos Direitos Humanos. *Revista Bioética*, 21(3), 2013, p. 412-422.

ALMANAK LAEMMERT. Biblioteca Nacional, Hemeroteca digital, 1922, p. 653.

ALMEIDA, M. A. Circuito aberto: ideias e intercâmbios médico-científicos na América Latina nos primórdios do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, jul.-set. 2006, p.733-757.

ALMEIDA, M. A. Criação da cátedra de medicina tropical no Peru e no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, n.2, abr.-jun. 2011, p. 355-373.

AMARAL, I. A Medicina Tropical e o Império Português em África: diálogo entre política, ciência e misticismo (1887-1935). In: DIOGO, M. P. e AMARAL, I. (coord). *A outra face do império: ciência, tecnologia e medicina (sécs. XIX e XX)*. Lisboa: Edições Colibri, 2012b, p. 131-147.

AMARAL, I. Bactéria ou parasita? A controvérsia sobre a etiologia da doença do sono e a participação portuguesa, 1898-1904, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, volume 19, nº4, 2012a, p. 1275-1300.

ANTUNES, J. L. F. *Hospital – Instituição e História Social*. São Paulo: Editora Letras & Letras, 1991.

ARAGÃO, H. de B. R. Notícia histórica sobre a fundação do Instituto Oswaldo Cruz. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v.98, p.1-50. 1950.

ARAÚJO-JORGE, BARBOSA e OLIVEIRA. Uma escola para a ciência e a saúde. 111 anos de ensino no Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Disponível em: http://www.fiocruz.br/ioc/media/Livro_111%20anos%20do%20Ensino%20no%20IOC.pdf
Acesso em: 12.06.2017

ARNOLD, D. (Ed). *Warm Climates and Western Medicine: the emergence of Tropical Medicine, 1500-1900*. Amsterdam, Atlanta: Rodopi. 1996.

BANQUETE... Banquete ao dr. Carlos Chagas. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, p.3. 22 out. 1916.

BARBOSA, M. *História Cultural da Imprensa: Brasil, 1900-2000*. Rio de Janeiro: Mauad X, 2007.

BARRETO, D. C. S. *Uma trajetória familiar na ciência: Evandro Chagas (1905-1940) e o estudo das endemias rurais no Brasil*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz. 2012. (dissertação de mestrado).

BASALLA, G. The spread of western science revisited. In: LAFUENTE, A.; ELENA, A.;

BELISÁRIO PENA. Dicionário Histórico Brasileiro. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001. Disponível em: https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/biografias/belisario_pena
Acesso em: 26.12.2017

BENCHIMOL, J. L. (coord). *Manguinhos do Sonho à Vida: a Ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 1990a.

BENCHIMOL, J. L. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.5, n.2, 2000. p. 265-292.

BENCHIMOL, J. L. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/UFRJ, 1999.

BENCHIMOL, J. L. e SÁ, M. R. (org). *Adolpho Lutz, Obra Completa*, volume I, II e III e IV, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005-2007.

BENCHIMOL, J. L. e SILVA, A. F. C. Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.3, jul.-set. 2008. p.719-762.

BENCHIMOL, J. L. e TEIXEIRA, L. A. *Cobras, Lagartos e Outros Bichos: uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ. 1993.

BENCHIMOL, J. L. O legado de Oswaldo Cruz aos olhos de um historiador / The legacy of Oswaldo Cruz in the eyes of a historian. In: Cruz, A. O. (org). *Manguinhos. Retratos e histórias do campus da Fundação Oswaldo Cruz / Manguinhos: portraits and stories of the Oswaldo Cruz Foundation*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2014. p. 17-67.

BENCHIMOL, J. L. Reforma urbana e Revolta da Vacina na cidade do Rio de Janeiro. In: FERREIRA, J. e DELGADO, L. de A. N. (orgs). *O Brasil Republicano. O Tempo do liberalismo excludente: da Proclamação da República à Revolução de 1930*. v.1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BENCHIMOL, Jaime L. *Pereira Passos: um Haussemann tropical – a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, 1990b.

BENJAMIN, W. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. Obras escolhidas, v.I. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BENJAMIN, W. *Paris do Segundo Império (a boemia, o flanêus, a modernidade)*. Obras escolhidas, v.III. São Paulo: Brasiliense, 1989.

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

BEZERRA, M. P. “Além da capital, pelo Saneamento do Maranhão”: a instituição do Serviço de Profilaxia Rural (1918-1924). Anais eletrônicos do 15º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia. Disponível:http://www.15snhct.sbhc.org.br/resources/anais/12/1473988488_ARQUIVO_MarizaBezerraArtigoCompletoParaSBHC.pdf. 2016. Acesso em: 31.03.2018.

BRASIL. Recenseamento do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Oficina da Estatística, 1907. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49678.pdf> Acesso em 20.12.2018

BRITTO, N. “La dansarina”: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.4, nº1, p.11-30, 1997.

BRITTO, N. *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

BRUMPT, E. *Précis de Parasitologie*. Paris: Masson Editheurs, 1913.

BYNUM, W. F., PORTER, R. (Eds.). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. v.1 e 2. Londres: Routledge, 1997.

CABRAL, C; PITA, J. R. P. Alcalóides – Relevância na Farmácia e no Medicamento. *Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX (CEIS 20) – Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia*. Coimbra: Pantone4, 2015.

CAPONI, S. Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical. *História, Ciência, Saúde –*

Manguinhos, v.10(1), jan-abr, 2003.

CARNEIRO M. História da doença de Chagas. Curitiba, [s.n], 1963.

CARTA DO LEITOR. Carta do leitor Libelli. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 13 de novembro de 1904, p. 7.

CARVALHO, J. M. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

CASSÍLIA, J. A. P. *Doença mental e Estado Novo: a loucura de um tempo*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz. 2011. (dissertação de mestrado)

CAVALCANTI DE BRITO. Biografia, Supremo Tribunal Federal. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/ministro/verMinistro.asp?periodo=stf&id=200> Acesso em 23.03.2018.

CAVALLO, S. Charity, power, and patronage in eighteenth-century Italian hospitals: the case of Turin 1541-1789. In: PORTER, R.; GRANSHAW, L. P. *The Hospital in History*. Routledge. Ed., 1989, p. 93-122.

CHAGAS, C. Nova Tripanossomiase humana. Estudos sobre a morfologia e o ciclo evolutivo do *Schizotrypanum cruzi* n. gen., n. sp., agente etiologico de nova entidade morbida do homem. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v.1, n.2, p. 159-218. 1909.

CHAGAS, C. Nova entidade mórbida do homem (continuação). *O Brasil Médico*, ano XXIV, n. 44, p.433-437, 22.11.1910.

CHAGAS, C. Nova entidade mórbida do homem. Resumo geral de estudos etiologicos e clínicos. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v.3, n.2, p.219-275. 1911.

CHAGAS, C. Processos patogenicos da tripanossomiase americana. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v.8, n.2, p.5-36. 1916a.

CHAGAS, C. Tripanossomíase Americana. Forma aguda da moléstia. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v.8, n.2, p.37-60. 1916b.

CHAGAS, C. Thireoidite parasitaria. *Revista Medica*, v.15, n.17, p.337-350. set. 1912. Disponível em: <http://www.bvschagas.coc.fiocruz.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/chagas-pi/?IsisScript=iah.xis&lang=pt&base=BVChagas-PI&nextAction=lnk&exprSearch=TIREOIDITE&indexSearch=MH>. Acesso em: 17.4.2018.

CHAGAS, C. Descoberta do Tripanossoma Cruzi e verificação da Tripanossomíase Americana. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v.15, n.1, p.67-76. 1922.

CHAGAS, C.; VILLELA, E. Forma cardíaca da Tripanossomíase Americana. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v.14, n.1, p.5-61. 1922.

CHAGAS FILHO, C. *Um aprendiz de ciência*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 2000.

CHAGAS, C. Ezequiel Dias. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. v. 15. n.1. 1922.

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

CHAVES, L. Processos distrofos na Moléstia de Carlos Chagas. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v.7, n.2, p.200-212. 1915.

CODIGO... *Codigo pharmaceutico brasileiro: pharmacopeia dos Estados Unidos do Brasil*. Redigida pelo pharmaceutico Rodolpho Albino Dias da Silva. Oficializada pelo governo federal pelo decreto nº 17.509 de 4 de novembro de 1926. Obrigatória a partir de 15 de agosto de 1929. Rio de Janeiro: Companhia Editora Nacional, 1929. Transcrito em Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Fundação Oswaldo Cruz, v.1, p.9. 2010.

CONGRESSO... Congresso Brasileiro de Medicina. *O Paiz*, p.6. 5.10.1918.

CORREA, S. M. S. O 'combate' às doenças tropicais na imprensa colonial alemã. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2012.

CORREIO DA MANHÃ. *Casa Roberto Rochfort*, 14 de julho de 1918, p. 7.

COSTA, I. N. Pesos e medidas no período colonial brasileiro: denominações e relações. *Boletim de História Demográfica*. Núcleo de Estudos em História Demográfica, USP, ano 1, v.1, abr. 1994.

COSTA, R. G. R. Apontamentos para a arquitetura hospitalar no Brasil: entre o tradicional e o moderno. *História, ciências, saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, dez. 2011, p. 53-66.

COSTA, R. G. R. Arquitetura e Saúde no Rio de Janeiro. In: PORTO, A. *História da Saúde Pública no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

COUTINHO, M.; DIAS, J. C. P. A descoberta da Doença de Chagas. *Cadernos de Ciência & Tecnologia*, Brasília, v.16, n.2, p. 11-51, mai-ago. 1999.

CUKIERMAN, H. *Yes, nós temos Pateur. Manguinhos, Oswaldo Cruz e história da ciência no Brasil*. Relume Dumará / FAPERJ, 2007.

CUNHA, A. M. Infecções experimentais na Leishmaniose visceral americana. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v.33, n.4, p.581-598, 1938.

CUNHA, A. M. Sobre os ciliados intestinais dos mamíferos. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v.11, n.1, p.5-9, 1919.

CUNNINGHAM, A.; WILLIAMS, P. (Eds). Introduction e Transforming plague: the laboratory and the identity of infectious disease, p.209-244. In: *The Laboratory Revolution in Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

CURTIN, P. D. *Disease and Empire – the health of European troops in the conquest of Africa*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

CURTIN, P. D. The Revolution in Hygiene and Tropical Medicine. In: *Death by migration. Europe's encounter with the tropical world in the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

D'ELIA, Ricardo. *Dicionário médico enciclopédico contendo expressões técnicas – termos médicos com amplas definições*. Rio de Janeiro: Livraria Editora Braz Lauria. 1926.

DIAS, E. *Doença de Chagas – noções*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde/Serviço Nacional de Educação Sanitária. 1944.

DIAS, J. C. P. Cecílio Romãna, o sinal de Romãna e a doença de chagas. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v.30, nº5, p.407-413, 1997.

Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences qui s'y rapportent. 21. ed. inteiramente refundida por A. Gilbert. Paris: J-B. Baillière et Fils, p.1596. 1908.

EDLER, F. C. *Medicina no Brasil Imperial: clima, parasitas e patologia tropical*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

EDLER, F. C. O debate em torno da medicina experimental no Segundo Reinado. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.3, n.2, jul-out., p.284-299, 1996.

ESTAÇÕES... Estações Ferroviárias do Brasil. Contria. Disponível em: http://www.estacoesferroviarias.com.br/efcb_mg_ramais/contria.htm. Acesso em: 18.4.2018. s.d.

FARLEY, J. Parasites and Germ Theory. In: ROSENBERG, C. e GOLDEN, J. (ed.). *Framing Disease: Studies in Cultural History*. New Brunswick; Rutgers University Press, 1997.

FERREIRA, M. M. e SARMENTO, C. E. A República brasileira: pactos e rupturas. In: GOMES, A. C.; PANDOFI, D. C.; ALBERTI, V. (coord); FREIRE, A. [et al]. *A República no Brasil*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, CPDOC, 2002.

FLECK, L. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FOI ADIADA... Foi adiada inauguração do hospital de moléstias tropicais. *A Noite*, p.2. 18.10.1918.

FONSECA, M. R. F. A Saúde Pública no Rio de Janeiro Imperial. In: PORTO, A. (org). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico*. Rio de Janeiro (1808-1958). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008, p. 31-58.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda, 2011.

FRAGOSO, J. e FLORENTINO, M. *O arcaísmo como projeto: mercado atlântico, sociedade agrária e elite mercantil em uma sociedade colonial tardia, Rio de Janeiro, 1790-1840*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

FRAGOSO, J. *Homens de Grossa Aventura e Hierarquia na Praça Mercantil do Rio de Janeiro (1790-1830)*. Rio de Janeiro, Arquivo Nacional, 1992.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Ezequiel Caetano Dias*. 2007. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=154&sid=76>. Acesso: 30.09.2017.

GAGNEBIN, Jeanne Marie. *Lembrar. Escrever. Esquecer*. São Paulo: Editora 34, 2006.

GARNIER, A.; DELAMARE, V. *Dictionnaire des terms techniques de medicine*. Paris: A Maloine Editeur, 1906.

GAVROGLU, K.; PATINIOTIS, M.; PAPANELOPOULOU, F.; SIMÕES, A. (et. al.) Science and Technology in the European Periphery: some historiographical reflections. *History Science* XLVI. 2008.

GIFFONI, R. T e TORRES, R. M. Breve história da eletrocardiografia. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 20, n.2, 2010. p.263-270.

GINSBURG, C. *Mitos, Emblemas e Sinais: morfologia e história*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GOMES, A. C. As bases republicanas dos Estados Unidos do Brasil. In: GOMES, A. C.; PANDOFI, D. C.; ALBERTI, V. (coord); FREIRE, A. [et al]. *A República no Brasil*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, CPDOC, 2002.

GONTIJO, B.; BITTENCURT, F. Arsênio – Uma revisão histórica. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 80(1), p. 91-95, 2005.

GOULART, J. A. *O Mascate no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Conquista, 1967.

GRANSHAW, L. P. St. Mark's Hospital London: a Social History of a Specialist Hospital. In: PORTER, R.; GRANSHAW, L. P. *The Hospital in History*. 1989.

GRANSHAW, L. P. The Hospital. In: BYNUM, W. F., PORTER, R. (eds). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. v.1 e 2. Londres: Routledge, 1997.

GRANSHAW, L. P. The rise of modern hospital in Britain. In: WEAR, A. (ed). *Medicine in society: History essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

GUIMARÃES, M. R. C. *Hospital de Manguinhos: 90 anos de pesquisa clínica*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipec, 2009.

GUIMARÃES, M. R. C. Os catedráticos de clínica médica e as propostas de reforma do ensino médico no Brasil nas décadas de 1950 e 1960. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, 2009 (tese de doutorado).

HARRISON, J. B. Report on recent and present on veterinary problems in British Guiana. 1920.

HAVIK, P. J. Public health and tropical modernity: the combat against sleeping sickness in Portuguese Guinea, 1945-1974. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, abr.-jun. 2014. p.641-666.

HENRY, J. *A revolução científica e as origens da ciência moderna*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

HOBBSAWM, E. J. *A Era do Capital – 1845-1875*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

HOBBSAWM, E. J. *A Era dos Impérios*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

HOCHMAN, G. A. *Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.

HOCHMAN, G. A. *História e políticas*. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.22, n.64, 1993, p.153-156.

HUYSSSEN, Andreas. *Seduzidos pela memória – Arquitetura, Monumentos, Mídia*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2000.

IBGE. População da cidade do Rio de Janeiro (Distrito Federal) de 1906 a 1912. *IBGE, Estatísticas do séc. XX*, 2018. Disponível em: <https://seculoxx.ibge.gov.br/populacionais-sociais-politicas-e-culturais/busca-por-temas/populacao>. Acesso em 20/06/2018.

KAPIL, Raj. *Beyond Postcolonialism... and Postpositivism Circulation and the Global History of Science*. *Isis*, v.104, 2013.

KOSELLECK, R. Espaço de experiência e Horizonte de Expectativa. In: KOSELLECK, R. *Futuro Passado: contribuição à semântica dos tempos modernos*. Rio de Janeiro: Contraponto Ed. PUC-Rio, 2006.

KROPF, S. P. A descoberta da doença dos sertões: ciência e saúde nos trópicos brasileiros no início do século XX. In: Alda Heize; Antonio Augusto Passos Videira (Org.). *Ciência, civilização e República nos trópicos*. Rio de Janeiro: Mauad X/ FAPERJ, 2010 (v.1). p.57-79.

KROPF, S. P. Carlos Chagas e os debates e controvérsias sobre a doença do Brasil (1909-1923). *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, n.16 (suplemento), p.205-227. 2009b.

KROPF, S. P. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009a.

LABRA, M. E. *O movimento sanitário nos anos 20. Da conexão internacional à especialização em saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro, Escola Brasileira de Administração Pública, 1985 (dissertação de mestrado).

LACAZ, C. S. *Vultos da medicina Brasileira*. São Paulo: Helicon, 1963.

LACHENAL, G. *Le médicament qui devait sauver l’Afrique: Un scandale pharmaceutique aux colonies*. Paris: La Découverte, 2014.

LANGGAARD, T. J. H. *Dicionário de medicina doméstica e popular*. Rio de Janeiro: Eduardo e Henrique Laemmert, 1865.

LATOUR, Bruno. *Ciência em Ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP, 2000, p.349-420.

LAURO MÜLLER. *Dicionário Histórico Brasileiro*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001. Disponível em: https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/biografias/lauro_muller
Acesso em: 26.11.2017

LE GOFF, Jacques. *História e Memória*. Campinas: Editora UNICAMP, 1990.

LIMA, N. T e HOCHMAN, G. Pouca saúde e muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.5, n.2, 2000, p. 313-332.

LIMA, N. T. e HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In: MAIO, M. C. e SANTOS, R. V. (orgs). *Raça, ciência e sociedade. Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/CCBB, 1996. p. 23-40.

LIMA, N. T. Missões civilizatórias da República e a interpretação do Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 5, supl., 1998. p.163-193.

LIMA, N. T. *Um sertão chamado Brasil: intelectuais e a representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Hucitec Ed., 2013.

LIMA, N. T. Viagem científica ao coração do Brasil: nota sobre o relatório da expedição de Arthur Neiva e Belisário Penna à Bahia, Pernambuco, Piauí e Goiás. *Revista da Fundação do Homem Americano*, n. 1, v.3, 2003. p.185-215.

LITTRÉ, É. *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences qui s'y rapportent*. 21. ed. inteiramente refundida por A. Gilbert. Paris: J-B. Baillièrre et Fils, p.1596. 1908.

MANSON, P. Necessity for special education in tropical medicine. Na introductory address on *The necessity for special education in tropical medicine*. In: *The Lancet*, 1897, vol. II, p. 842-845.

MANSON, P. *Tropical diseases: a manual of diseases of warm climates*. London: Cassell, 1898.

MARCOLIN, N. Cientista e documentarista. *Pesquisa FAPESP*. ed.221, jul, 2014.

MARINS, P. C. G. Habitação e vizinhança: limites da privacidade no surgimento das metrópoles brasileiras. In: NOVAIS, F. A. (coord); SEVCENKO, N. (org). *História da vida privada no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, v.3, 2010. p.131-214.

MCLEOD, Roy. "Introduction", McLeod, Roy & Lewis, Milton (eds.), *Disease and Empire. Perspectives on Western medicine and the experience of European expansion*. London, Routledge, 1988, pp. 1-18.

MCNEILL, P. M. Experimentation on Human Beings: A History, and Discussion of Current Regulations. In: KUHSE, H, SINGER, P. (eds.). *A Companion to Bioethics*, Blackwell: Companions to Philosophy, Blackwell Publishers, 1998, p. 369-378.

MEDEIROS, C. H. G. *Peste bubônica em São Luís: epidemia e perspectiva de reordenamento urbano*. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2007. (dissertação de mestrado).

MOLINA, André R. Un mesías, ladrón y paranoico en el Manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos. In: *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, nº37, jan-jun., 2009, p.71-96.

MOLLY, B. *The 1918 Influenza Pandemic. Virology at Stanford University. 1997*. Disponível em: <https://virus.stanford.edu/uda> Acesso em: 18.10.2018

MOULIN, Anne Marie. *The Pasteur Institute Between the Two Worlds Wars: The Transformation of the International Sanitary Order*. In: WEINDLING, Paul. *International Health Organizations and Movements, 1918-1939*. Cambridge: University Press, 1995, p.244-265.

NEEDEL, J. D. *Belle Époque tropical – sociedade e cultura de elite no Rio de Janeiro na virada do século*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

NEILL, D. *Networks in tropical medicine: internationalism, colonialismo, and the rise of a medical specialty, 1890-1930*. Stanford University Press, 2012.

NEIVA, A; PENNA, B. Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v.8, n.30, p. 74-224, 1916.

NEVES, M. S. Os cenários da República. O Brasil na virada do século XIX para o XX. In: FERREIRA, J., DELGADO, L. A. N. *O Brasil Republicano. O tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República à Revolução de 1930*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

NORA, P. Entre Memória e História: a problemática dos lugares. *Revista Projeto História*. São Paulo, PUC/SP, n.10, 1993.

OITAVO CONGRESSO... Oitavo Congresso Brasileiro de Medicina. *Gazeta de Notícias*, p.2. 5.10.1918.

A PESTE DA CADEIRA... A peste da cadeira e a sua cura. *O Mato Grosso*. 13 de dezembro de 1914, p. 3.

O NOVO... O novo hospital de Manguinhos. Seção Pelos Melhoramentos da Capital. *Correio da Manhã*, p.3, 28.03.1919.

O VIII Congresso... O VIII Congresso de Medicina. *Gazeta de Notícias*, p.3. 14.10.1918.

ORTEGA, M. L. (orgs.). *Mundialización de la ciencia y cultura nacional*. Madrid: Ediciones Doce Calles, 1993.

PACKARD, R. M. Malaria Dreams: Postwar Visions of World. *Medical Anthropology*, 17, p. 279-296, 1997.

PANDOFI, D. C. Voto e participação política nas diversas repúblicas do Brasil. In: GOMES, Angela de Castro; PANDOFI, D. C.; ALBERTI, V. (coord); FREIRE, A. [et al]. *A República no Brasil*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, CPDOC, 2002.

PATINIOTIS, Manolis. Between the Local and the Global: History of Science in the European Periphery Meets Post-Colonial Studies. *Centaurus*. v.55, 2013.

PATTERSON, K. D.; Pyle, G. F. The geography and mortality of the 1918 influenza pandemic. *Bull Hist Med*. 65 (1): 1991, p. 4–21.

PEREIRA PASSOS. In: MOTA, Marly. Dicionário da Política Fluminense. Atlas Histórico do Brasil. Rio de Janeiro: FGC/CPDOC, 2016. Disponível em: <https://atlas.fgv.br/verbetes/pereira-passos> Acesso em: 26.11.2017

PESSOA, S. (1923). Estudo dos componentes do óleo essencial de *Chenopodium*. Sua aplicação na prophylaxia da ancylostomose. *Boletim Do Instituto De Higiene De São Paulo*, (13), 11-78. In: <https://doi.org/10.11606/issn.2359-537X.v0i13p11-78> Acesso em 20.11.2018.

PESTRE, D. Por uma nova história social e cultural das ciências: novas definições, novos objetos, novas abordagens. *Cadernos IG / Unicamp*, 6 (1), 1996, p. 03-56.

POLLAK, Michael: *Revista Estudos Históricos: Memória e Identidade Social*. Rio de Janeiro: FGV, 1992.

PORTER, Roy and GRANSHAW, Lindsay Patricia. *The Hospital in History*, 1989.

PORTO, A. (org). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico - Rio de Janeiro (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

RODRIGUES ALVES. In: LANG, A. B. S. G. Dicionário da Política Fluminense. Atlas Histórico do Brasil. Rio de Janeiro: FGC/CPDOC, 2016. Disponível em: <https://atlas.fgv.br/verbetes/rodrigues-alves> Acesso em: 26.11.2017

ROSEN, G. A era bacteriológica e suas consequências. In: ROSEN, G. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: UNESP-Hucitec / Abrasco, 1994.

ROSENBERG, C. e GOLDEN, J. (ed.). *Framing Disease: Studies in Cultural History*. New Brunswick; Rutgers University Press, 1997.

ROSENBERG, C. *Explaining Epidemics and other studies in the History of Medicine*. Cambridge University Press, Cambridge, 1995.

ROSENBERG, C. *The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience*. The

Milbank Quartely. Nova York: Milbank Memorial Fund, v.80, n.2, 2002, p.237-60.

SÁ, I. G. *Quando o rico se faz pobre: Misericórdias, caridade e poder no império português 1500-1800*. Lisboa: CNCDC, 1997.

SÁ, M. R. Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna (1917-1935). In *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 16, supl. 1, p. 183-203, 2009.

SANGLARD, G. P. A construção do espaço de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. *Revista Esboços*, UFSC, v.13, n.16, 2006, pp.11-33.

SANGLARD, G. P. Da Misericórdia ao Estado: questões de saúde no Brasil na primeira metade do século XX. IN: PRIEGO, Natalia; LOZANO, Sonia (Org.). *Paradigmas, culturas y saberes: la transmision del conocimiento científico a Latinoamerica*. Madrid: Editorial Iberoamericana, 2007, p. 159-183.

SANGLARD, G. P. e COSTA, Renato da Gama-Rosa. *Direções e traçados da assistência hospitalar no Rio de Janeiro (1923-1931)*. História, Ciência, Saúde-Manguinhos. vol 11, n.1, Rio de Janeiro, jan/abr, 2004.

SANGLARD, G. P. *Entre os Salões e o Laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SANTOS, L. A. C. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia da construção da nacionalidade. *Dados: Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro – Universidade Cândido Mendes, v. 28, nº2, 1985, p. 193-2010.

SANTOS, L. A. C. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, G. *Cuidar, controlar e cuidar: ensaios históricos sobre saúde e doenças na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 249-294.

SANTOS, L. A. Estado e Saúde Pública no Brasil (1889-1930). *Dados - Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, v.23, n.2, 1980.

SCHWARCZ, L. e STARLING, H. *Brasil: uma biografia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

SCHWEICKARDT, J. C. *Ciência, Nação e Região: as doenças tropicais e o saneamento no estado do Amazonas, 1890-1930*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SECORD, James A. *Knowledge in transit*. Isis. v. 95. 2004.

SEVCENKO, N. *A Revolta da Vacina – Mentis insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Scipione, 1993.

SEVCENKO, N. *Literatura como missão – tensões sociais e criação cultural na Primeira República*. São Paulo: Brasiliense, 1992.

SEVCENKO, N. O prelúdio republicano, astúcias da ordem e ilusões do progresso e A capital irradiante: técnica, ritmos e ritos do Rio. In: NOVAIS, F. A. (coord); SEVCENKO, N. (org). *História da vida privada no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, v.3, 1998. p. 7-48 e 513-619.

SILVA, André Felipe C. da. *A campanha contra a broca do café em São Paulo (1924-1927)*. História, Ciência, Saúde – Manguinhos, nov., v.13, nº4, 2006, pp.957-993.

SIMMEL, G. *Cultura Subjetiva*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.

SIMÕES; SCENKEL; GOSMANN (et al). *Farmacognosia: da planta ao medicamento*. Editor UFSC, 1999.

SOUZA, E. B. *Do Asilo de Mendicidade ao Hospital São Francisco de Assis: a cidade e a saúde (1876-1922)*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, 2015 (dissertação de mestrado).

S/T. *O Paiz*, 9 de outubro de 1918, p. 4.

STEPAN, N. L. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

STEPAN, N. L. *Gênese e evolução da Ciência Brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro: Artenova / Fundação Oswaldo Cruz, 1976.

STEPAN, N. L. *Picturing Tropical Nature*. London: Reaktion Books, 2001.

SÜSSEKIND, F. *Cinematógrafo de Letras: literatura, técnica e modernização no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

THIELEN, E. et al. *A ciência a caminho da roça: as expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1992.

TOMES, N. The private side of public health: sanitary science, domestic hygiene, and the germ theory, 1870-1900. *Bulletin of the History of Medicine*, vol.64, n.4, p.509-539, 1990.

TOMES, Nancy. *The gospel of Germs. Men, women and the microbe in american life*. Harvard Univ. Press, 1988.

TORRES, C. M. Alguns fatos que interessam a epidemiologia da moléstia de Chagas. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v.7, n.1, 1915.

TORRES, C. M. Estudo do miocárdio na moléstia de Carlos Chagas (forma aguda). *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 1917.

VIANA, L. Os trópicos na rota do Império britânico: a visão de Mungo Park sobre a África em fins do século XVIII. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan-mar., 2011, p. 33-50.

VIEIRA, R. Q.; CAVERNI, L. M. R. Sangrias por flebotomia, ventosas sarjadas e sanguessugas: atribuições técnicas das enfermeiras brasileiras (1916-1942). *História da enfermagem*, 6(2), p. 234-48, 2015.

VIEIRA, T. R. “*Médicos do sertão*”: *pesquisa clínica, patologias regionais e institucionalização da medicina em Goiás (1947-1960)*. Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2012. (tese de doutorado)

WENCESLAU. Wenceslau Brás Pereira Gomes. In: Faria, H. Verbete. Rio de Janeiro: FGC/CPDOC. <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/venceslau-bras-pereira-gomes> Acesso em 01.04.2018.

VENKATESAN, S. Silent heroes in cardiology: Atropine. Expressions in cardiology. Disponível em: <http://drsvenkatesan.com/2009/08/15/silent-heroes-in-cardiology-atropine/>. Acesso em: 15.8.2009.

VILLELA, E.; BICALHO, C. As pesquisas de laboratório no diagnóstico da Moléstia de Chagas. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v.16, n.1, p.13-46. 1923.

WORBOYS, M. Germs, Malaria and the Invention of Mansonian Tropical Medicine: From ‘Diseases in the Tropics’ to ‘Tropical Diseases’. In: ARNOLS, D. (ed). *Warm Climates and Western Medicine: The Emergence of Tropical Medicine 1500-1900*. Amsterdam/Atlanta, Rodopi, 1996, p. 181-207.

WORBOYS, M. Tropical diseases. In: BYNUM, W. F e PORTER, R. (eds). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London, New York: Routledge, 1997.

FONTES ORAIS

CHAGAS FILHO, C. Depoimento (1976/1977). Rio de Janeiro, CPDOC, 2010.

CHAGAS FILHO, C. Depoimento. Projeto Memória de Manguinhos. Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz, 1987.

PARAENSE, W. L. Depoimento. Projeto Memória de Manguinhos. Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz, 1987-1989.

SITES

Fiocruz. Portal da doença de Chagas. Disponível em: www.chgas.fiocruz.br/sessão/doença
Acesso em 02.12.2017

Instituto Nacional de Infectologia. Fiocruz. <https://www.ini.fiocruz.br>

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. [Internet]. Paris: Unesco; 1997 (acesso 2 set. 2013). Disponível:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf

Report Belmont. In: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html> Acesso em 01.08.2018

The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research, 18 april 1979. [Internet]. Bethesda: Office of Human Subject Research. Disponível: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>

United Nations Organization. The Nüremberg code. [Internet]. 1949. Disponível: <http://history.nih.gov/research/downloads/nuremberg.pdf> Acesso em 20.07.2017

World Health Organization. Chagas disease (American tripanosomiasis). Disponível em: <https://who.int/chagas/en/> Acesso em: 20.11.2018

World Medical Association. Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. [Internet]. 59th WMA General Assembly, Seoul, oct. 2008. Disponível: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf> Acesso em 20.07.2017

ANEXO I

Tabela com levantamento dos prontuários do HOC por doenças entre 1909 e 1940

DADCOC / Fiocruz

Fundo Hospital Evandro Chagas – Prontuários médicos 1909 a 1940

Caixa	Ano	Doença
Caixa 1	1909	Moléstia de Chagas
Caixa 1	1910	Moléstia de Chagas
Caixa 1	1911	Moléstia de Chagas
Caixa 1	1912	Moléstia de Chagas / Malária
Caixa 1	1913	Moléstia de Chagas / Hiperovarismo / Arritmia
Caixa 1	1914	Moléstia de Chagas
Caixa 1	1915	Moléstia de Chagas
Caixa 1	1917	Moléstia de Chagas / Sífilis
Caixa 1	1918	Moléstia de Chagas
Caixa 1	1919	Moléstia de Chagas
Caixa 1	1920	Moléstia de Chagas
Caixa 1	1921	Moléstia de Chagas / Malária / Leishmaniose Miocardite crônica / Febre Tifoide

Caixa 1	1922	Moléstia de Chagas / Leishmaniose / Boubas / Pneumonia / Sífilis Filariose / Úlcera / Ancilostomose / Ascite / Achandropasia Diabetes / Framboesa tropical
Caixa 2	1923	Moléstia de Chagas / Malária / Nefrite / Úlceras Ancilostomose / Gripe Câncer Leishmaniose / Boubas Mal do engasgo
Caixa 2	1924	Moléstia de Chagas / Leishmaniose / Sífilis / Anemia Ancilostomose / Endocardite / Hepatite e cirrose / Malária Disenteria / Estafilococos
Caixa 3	1925	Moléstia de Chagas / Malária / Sífilis / alcoolismo / Úlcera na perna Diabetes / Insuficiência cardíaca / Epilepsia / Disenteria Pneumonia / Ferimento (mordida de cão) / Ancilostomose Ofidismo (picada de cobra) / Sarna / Elefantíase / Leishmaniose Tumor no fígado / Hemiplegia
Caixa 4	1925	Moléstia de Chagas / Tuberculose / sífilis / Verminose Ancilostomose / Pleuro congestão / Tuberculose / Disenteria Pleura com derrame / Cancro venereo / Insuficiência cardíaca Boubas / Arteriosclerose / Hemiplegia / Hemorragia cerebral Pneumonia / Colite / Epilepsia / Febre Tifoide / Esplenomegalia / Sífilis / Malária / Malária / Nefrite / Sífilis
Caixa 4	1926	Sífilis / Maus tropicais / Úlcera tropical / Insuficiência cardíaca Epilepsia / Endocardite / Bronquite / Verminose / Febre Tifoide Malária / Molestia de [Rechbingliauseu?] / Paralisia facial / Sífilis Pericardite / Reumatismo
Caixa 5	1926	Moléstia de chagas / Malária / Maus tropicais / Pleurite Úlcera da perna / Verminose / Bronquite / Disenteria / Sífilis Mal de Chagas / Pênfigo / tuberculose / Miocardite / Sífilis / Boubas
Caixa 5	1927	Malária / Pericardite / Úlcera / Sarampo / Gripe / Maus tropicais Miocardite / Úlcera na perna / Sífilis / Malária / Disenteria Febre Tifoide / Insuficiência cardíaca
Caixa 6	1926	Sífilis / Doença de Chagas / Malária / Lepra / Ancilostomíase Arteriosclerose / Hepatite / Diarreia / Blenorragia / Insuficiência cardiorrespiratória / Leishmaniose / Sífilis Bócio hipertireoidismo / Verminose / Sarampo / Febre Tifoide Tuberculose / Pneumonia / Bronquite
Caixa 7	1926	Pericardite / Sífilis / Insuficiência cardíaca / Ancilostomíase Malária / Úlceras / Nefrite / Maus tropicais / Tifo Febre Tifoide / Epilepsia / Verminose / Dispepsia
Caixa 7	1927	Úlcera / Disenteria / Febre Tifoide / Malária / Arteriosclerose Gripe / Sífilis / Maus tropicais / Verminose / Hipertensão

Caixa 8	1927	Sífilis / Malária / Úlcera tropical / Insuficiência cardíaca Disfagia / Disenteria / Febre Aftosa / Boubas / Maus tropicais
Caixa 9	1927	Sífilis / Malária / Hipertensão / Erisipela / Diabete / Tétano Ancilostomíase / Hepatite crônica / Pneumonia / Tuberculose Doença de Chagas / Miocardite / Icterícia / Vertigem (enc. Ao São Francisco)
Caixa 10	1927 e 1928	Pericardite / Elefantíase / Doença de Chagas / Disenteria Ancilostomíase / Malária / Sífilis / Nefrite / Febre Tifoide Intoxicação alimentar / Leishmaniose cutânea Mal de engasgo Verminose
Caixa 11	1928	Malária / Úlcera Tropical / Verminose / Câncer / Nefrite / Lepra Hemiplegia / Insuficiência cardio renal / Disenteria / Gripe Febre amarela (a partir de 06/1928)
Caixa 12	1928 e 1929	Febre amarela / Ancilostomíase / Malária / Reumatismo / Bronquite Tuberculose / Boubas / Gastroenterite / Nefrite / Mastoidite / Gripe
Caixa 13	1929	Malária / Febre amarela / Doença de Chagas / Gripe / Nefrite Ancilostomíase / Dermatose / Bronquite / Sífilis Leishmaniose / Tuberculose / Úlcera da perna
Caixa 14	1929	Malária / Disenteria / Hipertensão / Sífilis / Diabetes Doença de Chagas / Nefrite / Ancilostomíase / Úlcera Câncer (enc. Santa Casa) / Colite / Endocardite / Tétano Obstrução intestinal / Gripe
Caixa 15	1929 e 1930	Tifo / Ancilostomíase / Malária / Insuficiência cardíaca Boubas / Úlcera da perna / Tétano / Sífilis / Peritonite
Caixa 16	1930	Malária / Nefrite / Ancilostomíase / Tuberculose / Diabetes Doença de Chagas / Anemia / Insuficiência cardíaca Pneumonia / Boubas / Ascite
Caixa 17	1930	Insuficiência cardíaca / Sífilis / Hipertensão / Úlceras / Psoríase Disenteria / Boubas / Tuberculose / Dupla lesão mitral Malária / Bócio endêmico / Demência
Caixa 18	1931	Malária / Gripe / Úlcera / Reumatismo / Epilepsia Verminose / Anemia / Nefrite / Pneumonia / Leishmaniose Artrite / Doença de Chagas / Estense mitral / Disenteria

Caixa 19	1931	Anemia / Ancilostomíase / Malária / Úlcera do pé / Gripe Doença de Chagas / Epilepsia / Verminose / Pneumonia / Cirrose Framboesa tropical / Meningo encefalite / Tuberculose / Blastomicose / Hipertensão / Sarampo
Caixa 20	1931	Tuberculose / Pneumonia / Malária / Framboesa tropical / Boubá Reumatismo / Erisipela / Sífilis / Sarampo
Caixa 20	1932	Verminose / Insuficiência cardíaca / Linfoma / Reumatismo Icterícia / Doença de Chagas
Caixa 21	1932	Malária / Pneumonia / Lepra / Reumatismo / Elefantíase / Gripe Verminose / Úlcera da perna / Sífilis / Ancilostomíase / Disenteria Tuberculose / Bronquite / Coqueluche / Úlcera Tropical Doença de Chagas / Verminose / Boubá / Diabetes / Pielonefrite
Caixa 22	1933	Doença de Chagas / Malária / Tuberculose / Sífilis / Ancilostomíase Varicela / Nefrite / Insuficiência cardíaca / Úlcera Tropical Reumatismo / Gripe / Verminose
Caixa 23	1933	Anemia / ancilostomíase / Insuficiência cardíaca / Malária Câncer da face e pescoço / Sífilis / Psoríase / Intoxicação ofídica Ancilostomíase / Alastrina / Úlcera / diabetes / Ascite / Anemia Tuberculose / Doença de Chagas / Úlcera Tropical / Hemiplegia Lesão dupla mitral
Caixa 24	1934	Sífilis / Disenteria / Nefrite / Pericardite / Malária / Hepatite Hipertensão arterial / Diabetes / Febre paratifoide / Reumatismo Sífilis / Ancilostomíase / Adenite cervical / Úlcera da perna
Caixa 25	1934	Edema pulmonar / Malária / Diarreia crônica / Paludismo Adenite crônica cerebral / Tétano / Disenteria / Doença de Chagas Mal de engasgo / Insuficiência cardíaca / Tuberculose / Tétano Pneumonia / Câncer no estomago / Ascite
Caixa 26	1934	Câncer no intestino / Sífilis / Malária / Tuberculose / Anemia Nefrite / Anemia / ancilostomíase / malária / Infecção aguda Úlcera no pé / Eczema das pernas / Câncer / [tripanomir?] Câncer da face / Leucemia / Escabiose / Supuração no pé Insuficiência cardíaca / Tétano / Hipertensão / Icterícia / Pneumonia Doença de Chagas / Verminose
Caixa 27	1934 e 1935	Endocardite / Febre Tifoide / Verminose / Tétano / Enterite Pneumonia / Impetigo / Disenteria / Cirrose / Ascite / Anemia Malária / Esquistossomose / Icterícia / Nefrite / Malária / Sarampo Pneumonia [Lobar]
Caixa 28	1935	Malária / Tétano / Gripe / Nefrite / Pneumonia lobar / Anemia Ancilostomíase
Caixa 29	1935	Malária / Tétano / Filariose / Anemia / Amebíase / Bronquite Doença de Chagas / Sarampo / Phenfigo / Blastomicose Disenteria / Insuficiência cardíaca

Caixa 30	1936	Malária / Colite crônica / Tétano / [Patologia] geral / Ancilostomose, anemia e gravidez / Reumatismo deformante Asma e insuficiência urinária (menopausa) / Diabetes Poliomielite / Anemia / Esteno mitral (insuficiência cardíaca) Doença de Weil / Pênfigo / Parotite epidêmica
Caixa 31	1936	Malária / Ascite / Ancilostomose – anemia / Febre tifoide Tétano / Elefantíase e úlcera de perna / Congestão pulmonar Tuberculose / [Pneumonia] / Enterite / Insuficiência cardíaca Leishmaniose cutânea e mucosa / [Câncer] na laringe Disenteria
Caixa 32	1936 e 1937	Anemia / Elefantíase / Abscesso na perna / Tétano Anemia helmíntica e úlcera tropical / Pneumonia / Tuberculose Insuficiência cardíaca / Malária / Febre tifoide / Disenteria Malária e acidente com cobra / Enterite e gastrite aguda hemorrágica Anemia e malária / [Problema] no coração / Gastroenterite Helminiose – anemia e ancilostomose / Câncer do estômago / Gastroenterite e tuberculose/ Gripe / Pneumonia / Tétano
Caixa 33	1937	Malária / Miocardite e insuficiência cardíaca / Bronquite Ancilostomíase e anemia / Úlcera / Sífilis / Verminose Reumatismo / Gripe / Tuberculose / Úlcera tropical e Anemia helmíntica / Insuficiência cardíaca e insuficiência hepática Infecção / Insuficiência cardíaca e angina do peito Miocardite crônica / Arteriosclerose
Caixa 34	1937	Malária / [enterocalite] / Pneumonia / Ferimento no braço (por capivara) / Úlcera no pé / Contusão na região lombar / Verminose / anemia / Úlcera na perna / Abscesso / Mycetomia / Úlcera tropical Elefantíase / Ancilostomose / Nefropatia / Pleurite / Nefrite Desnutrição / enterite / Anemia
Caixa 35	1937	Úlcera / Tuberculose / Sífilis / Úlcera tropical / Sinusite Ancilostomose / Malária / verminose / febre tifoide Hemorragia cerebral / Nefrite / Litíase renal / Insuficiência cardíaca Prolypso do ventre / Malária / Boubá / Úlcera do pé / Pneumonia Anemia / (acompanhante) / Basite gripal / Broncopneumonia
Caixa 36	1937 (poucos) e 1938	Bronco pneumonia / [Prolipso ventre] / Tuberculose / Gripe Gripe e bronquite / Úlcera da perna / Pleurite / Malária Malária e esplenomegalia / Reumatismo sífilítico / Myiase nasal Malária e verminose / Malária, anemia helmíntica e úlcera tropical Insuficiência cardíaca mitralizada / Leishmaniose tegumentar Anemia helmíntica / Úlcera / Tétano / Gangrena do pé Insuficiência ventricular esquerda / Nefrite crônica / Úlcera tropical Reumatismo sífilico
Caixa 37	1938	Leishmaniose tegumentar / Malária / Anemia / Úlcera da perna Úlcera / infecçãoextreptococcica / Boubá / Pneumonia / Tétano Úlcera do pé / Reumatismo / Bronquite / Sífilis / Úlcera / Nefrite Insuficiência cardíaca / Febre tifoide / Broncopneumonia
Caixa 38	1940	Malária / Conjuntivite / Psicose maníaca / Anemia / ancilostomíase

		Suspeita de malária / úlcera tropical / Úlcera Tropical Anemia [Palustre] / Disenteria / Ancilostomíase / Tuberculose
Caixa 39	1940	Arteriosclerose generalizada / Anemia palustre / Malária Bronco pneumonia / Anemia anciolostomótica Anemia perniciosa / Hipertensão e arteriosclerose Malária e anemia helmíntica / Anemia verminótica Blastomicose / Anemia drepanocítica / Malária, tuberculose e verminose / Malária e verminose / Verminose / Anemia anciolostomótica e úlcera tropical / Leishmaniose cutâneo mucosa Malária e anciolostomose / Anemia verminótica / Anemia (causa indeterminada)
Caixa 40	1940	Malária / Disenteria / Tuberculose / Verminose / Leucemia Alastrim / Septicemia estafilococica / Insuficiência cardíaca Anemia / Leucemia / verminose / [Osteomielite] / Arteriosclerose Poliverminose / Impetigo / (acompanhante de MG) / Doença de Chagas

ANEXO II
TABELA DE DADOS / PRONTUÁRIO (AMOSTRAGEM)

Localiz.	laudas	entrada	saída	paciente	idade	E.Civil	sexo	rac	Cor	Residencia	nascimento	Procedencia	Profissão	Diagnóstico	Médico resp.	anamnese	Foto	Notas	exames	tratamento		
CAIXA 1	3	1909	N	Berenice	5		femir	BR	branca	Margem do St Rita	MG			Moléstia de Chagas - fr N	figado e baço	1	N	"sangue e f N				
CAIXA 1	1	9/4/1910	N	G.S. 1	50	N	masc	BR	branca	N	N	N	N	Moléstia de Chagas	N	N	N	volta em N	N			
CAIXA 1	4	21/7/1911	N	J.S.M.	25	N	masc	BR	parda	N	Contria	Contria-MG	Lavrador	Moléstia de Chagas - fr N	ver	N	N	Pulsação	N			
CAIXA 1	17	26/5/1912	N	J.J.O.	34	solteiro	masc	BR	parda	Lassance	N	MG	Lavrador	Impaludismo	N	N	N	"grupo c traçado	N			
CAIXA 1	1	26/5/1912	N	Ro.	18	solteiro	masc	BR	N	N	N	MG	N	Impaludismo	N	N	N	Impalud	N			
CAIXA 1	1	26/5/1912	N	R.M.	27	solteiro	masc	BR	N	N	N	MG	N	Impaludismo / Sarna	N	N	N	"sarna" N	N			
CAIXA 1	1	26/5/1912	N	M.N.	31	casada	femir	BR	parda	N	N	MG	N	Impaludismo	N	N	N	5 filhos, Tiredi	N	Impalud N		
CAIXA 1	1	26/5/1912	N	J.E.	28	N	masc	BR	N	N	N	MG	N	Impaludismo	N	N	N	2 filhos, "baço	N	Impalud N		
CAIXA 1	1	28/5/1912	N	J.C.	25	solteiro	masc	BR	branca	Pirapora	N	MG	N	Suspeita de Moléstia d N	"baço + figad	N	O pronti	N	N			
CAIXA 1	1	28/5/1912	N	Jo.	6	masc	BR	branca	N	N	N	MG	N	Suspeita de Moléstia d N	figado + baço	N	O pronti	N	N			
CAIXA 1	1	28/5/1912	N	Ba.	N	N	masc	BR	N	N	N	MG	N	N	N	N	N	canro	N	O pronti		
CAIXA 1	1	28/5/1912	N	F.D.	19	solteiro	masc	BR	N	N	N	MG	N	Impaludismo	N	N	N	a"acte edem:	N	O pronti		
CAIXA 1	1	30/5/1912	N	A.F.	N	N	masc	BR	N	N	N	MG	N	Suspeita de Moléstia d N	dor de cabeça	N	O pronti	N	N			
CAIXA 1	1	30/5/1912	N	M.C.	N	N	masc	BR	N	N	N	MG	N	Suspeita de Moléstia d N	reumatismo, 1	N	O pronti	N	N			
CAIXA 1	1	30/5/1912	N	Fo.	35	casado	masc	BR	N	N	N	MG	N	Suspeita de Moléstia d N	reumatismo, 1	N	O pronti	N	N			
CAIXA 1	1	30/5/1912	N	C.F.	32	casado	masc	BR	N	N	N	MG	N	Suspeita de Moléstia d N	baço + alcoli	N	alcolisr	N	N			
CAIXA 1	1	3/6/1912	N	E.F.	14	N	femir	BR	preta	Lassance	N	Vargem de Pr Lavrador	Suspeita de Moléstia d N	Impaludismo	N	O pronti	N	N				
CAIXA 1	1	3/6/1912	N	Ma.	6	femir	BR	branca	Lassance	N	N	N	Suspeita de Moléstia d N	febre, figado	N	O pronti	N	N				
CAIXA 1	1	3/6/1912	N	Pe.	23	solteiro	masc	BR	branca	Santa There	N	MG	Vaqueiro	Suspeita de Moléstia d N	baço e figado	N	O pronti	N	N			
CAIXA 1	1	3/6/1912	N	P.R.	9	masc	BR	preta	Pirapora	N	N	MG	N	Suspeita de Moléstia d N	baço e figado	N	Provae	N	N			
CAIXA 1	1	3/6/1912	N	M.J.	10	masc	BR	preta	N	N	N	MG	N	N	N	N	Bem desenvol	N	O pronti	N		
CAIXA 1	1	3/6/1912	N	Am.	9	masc	BR	preta	Lassance	Montes Clar	MG	N	N	N	N	N	Desenvolvime	N	O pronti	N		
CAIXA 1	1	3/6/1912	N	F.C.M.	36	casada	femir	BR	parda	Lassance	Bicudo	MG	N	Domestica	N	N	N	Impaludismo,	N	O pronti	N	
CAIXA 1	8	19/6/1912	22/8/1912	A.M.A.	36	viuva	femir	BR	preta	N	N	N	N	Domestica	Moléstia de Chagas	N	N	Boço aument	N	" (...) pã		
CAIXA 1	4	24/6/1912	N	V.S.S.	10	masc	BR	branca	Sta Maria	N	N	N	N	Moléstia de Chagas - fr N	Febre, figado	N	N	com des Exame físic	N			
CAIXA 1	7	3/7/1912	N	I.S.M.	23	solteira	femir	BR	branca	Santa Rita	N	N	N	serviços de	Moléstia de Chagas	N	N	Aspecto páldi	N	N		
CAIXA 1	3	8/7/2012	N	E.J.M.	50	casado	masc	BR	branca	Barra do Lav	Porto Faria	N	N	Moléstia de Chagas	N	N	N	Inchação de b	N	N		
CAIXA 1	4	8/7/1912	N	J.P.	21	solteiro	masc	BR	branca	Curvello	N	N	N	Trabalhadi	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Coração dilata	N	No dossi		
CAIXA 1	2	18/7/1912	N	J.L.A.	40	casado	femir	BR	branca	Tabocas	N	N	N	N	Moléstia de Chagas	N	N	N	40 anos traçado	N		
CAIXA 1	3	19/8/1912	N	D.T.	36	casado	masc	BR	parda	Pirapora	N	N	N	Trabalhadi	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Dores nos me	N	No dossi		
CAIXA 1	3	22/8/1912	N	A.V.G.	30	viuva	femir	BR	parda	Vargem do I	N	N	N	N	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Dores gástrica	N	No dossi		
CAIXA 1	1	24/8/1912	N	J.C.B.	38	casado	masc	BR	branca	Barra de Pai	Barra de Par N	N	N	Lavrador	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Estado natura	N	N		
CAIXA 1	1	24/8/1912	N	J.L.B.	47	casado	masc	BR	branca	Cotovel	(Pr N	N	N	N	Moléstia de Chagas	N	N	Fadiga, tontur	N	kalzenstein		
CAIXA 1	1	12/9/1912	N	C.C.S.	27	casado	masc	BR	parda	Porto Faria	N	N	N	Lavrador	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Bocio, tireoidi	N	traçado		
CAIXA 1	7	16/9/1912	N	M.A.	45	casada	femir	BR	parda	Currulinho	Currulinho	N	N	Domestica	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Coração dilata	N	traçado		
CAIXA 1	4	16/9/1912	N	Sol.	14	sses e meio	femir	BR	parda	Passagem V	Passagem V N	N	N	N	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Primeira vez c	N	N		
CAIXA 1	2	28/9/1912	N	B.S.C.	14	solteiro	masc	BR	parda	Retiro (São	N	N	N	Lavrador	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Bócio aument	N	N		
CAIXA 1	2	7/12/1912	N	F.R.A.	26	viuvo	masc	BR	branca	N	Bebedouro	N	N	Lavrador	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Dor no peito,	N	N		
CAIXA 1	4	11/10/1912	21/10/1912	J.A.S.	50	viuva	femir	BR	branca	Curvello	Montes Clar	N	N	Domestica	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Coração dilata	N	traçado		
CAIXA 1	2	14/10/1912	N	M.D.M.	52	casado	masc	BR	branca	Porto da Me	N. S. da Gior N	N	N	N	Moléstia de Chagas	N	N	Tonturas, pall	N	veio a ól		
CAIXA 1	21	26/10/1912	N	A.F.C.	29	casado	masc	BR	branca	Maquinhé	Cordisburgo	N	N	Lavrador	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Fadiga, excess	N	recebeu		
CAIXA 1	4	29/12/1912	N	M.E.F.	40	casada	femir	BR	parda	Santa Rita	N	MG	N	N	Moléstia de Chagas	N	N	Dores no peit	N	traçado		
CAIXA 1	3	1912	1912	M.F.S.	5 meses	femir	BR	branca	Margem do	N	N	N	N	N	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Mãe portador	1	veio a ól		
CAIXA 1	1	N	N	J.S.M.	40	N	masc	BR	branca	N	N	MG	Lavrador	Suspeita de Moléstia d N	tireoide + peq	N	N	N	N	N		
CAIXA 1	1	N	N	Ant.	11	N	masc	BR	branca	Antequié	N	MG	Lavrador	Suspeita de Moléstia d N	tireoide aume	N	N	N	N	N		
CAIXA 1	1	N	N	M.P.S.	55	casado	masc	BR	preta	Lassance Ric	N	MG	Lavrador	Suspeita de Moléstia d N	6 filhos vivos.	N	N	N	N	N		
CAIXA 1	1	N	N	J.F.	15	N	masc	BR	preta	Lassance La	N	MG	Lavrador	Suspeita de Moléstia d N	baço +, impali	N	N	N	N	N		
CAIXA 1	1	N	N	J.C.	43	casado	masc	BR	parda	Antequié	N	MG	Lavrador	Suspeita de Moléstia d N	tireoide +, fig	N	N	N	N	N		
CAIXA 1	3	17/2/1913	1913	A.S.	39	casado	masc	BR	parda	Contria	N	N	N	N	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Edema gener	N	após me		
CAIXA 1	4	25/2/1913	N	A.M.M.1	3	femir	BR	parda	Cotovelo	Cotovelo	N	N	N	N	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Braço aumen	1	Caso acc		
CAIXA 1	3	28/2/1913	N	G.S.2	52	N	masc	BR	branca	N	N	N	N	N	Moléstia de Chagas	N	N	Estado geral	N	acompan		
CAIXA 1	9	3/3/1913	N	J.S.	11	masc	BR	parda	Muquem	Muquem	N	N	N	N	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Boço aument	N	"caso de		
CAIXA 1	2	3/3/1913	N	A.C.	40	solteiro	masc	BR	parda	Beltrão	Itacambira	N	N	Trabalhadi	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Acessos de fel	N	N		
CAIXA 1	3	5/3/1913	N	M.F.A.	26	casado	masc	BR	branca	Lassance	Lassance	N	N	Lavrador	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Altura abaxo	N	Uso da		
CAIXA 1	3	9/3/1913	N	D.M.A.	60	viuva	femir	BR	cafuza	Lagoa do Cu	Lagoa do Cu	N	N	domestica	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Dispneia, bati	N	Sangue		
CAIXA 1	3	13/3/1913	N	E.M.N.	4	femir	BR	branca	Santa Maria	Santa Maria	Santa Maria	N	N	N	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Mãe portador	N	No pron		
CAIXA 1	3	23/3/1913	N	B.A.C.	44	casado	masc	BR	branca	[Raluzas]	N. Sra da Gl	N	N	N	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Nevralgia faci	N	Sangue		
CAIXA 1	6	24/3/1913	N	F.P.S.	3 meses	femir	BR	branca	Lassance	Lassance	N	N	N	N	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Febre todos o	N	Sangue		
CAIXA 1	3	24/3/1913	N	J.R.	25	casado	masc	BR	branca	Sant'Anna d	Sant'Anna d	N	N	N	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Boço não sens	N	Sangue		
CAIXA 1	4	10/4/1913	N	J.C.A.	28	casado	femir	BR	parda	N. S. da Glo	N. S. da Gior N	N	N	Lavrador	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Febres interm	N	No dossi		
CAIXA 1	4	14/4/1913	N	J.F.L.	34	casado	masc	BR	parda	Bagre	Bagre	N	N	Lavrador	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Convulsões ns	N	Sangue		
CAIXA 1	3	20/4/1913	N	J.D.	50	casado	masc	BR	parda	Contria	Curvello	N	N	Lavrador	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Febre, tireoid	N	Sangue		
CAIXA 1	3	23/4/1913	N	T.P.N.	25	casada	femir	BR	branca	Lassance	Gamelaiera	N	N	Domestica	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Febres, Erup	N	Sangue		
CAIXA 1	4	4/5/1913	N	M.P.F.	30	solteiro	masc	BR	parda	Retiro	Retiro	N	N	Lavrador	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Febres, Sente	N	Kalzenstein		
CAIXA 1	3	5/5/1913	N	M.L.S.	50	casada	femir	BR	branca	Engenho Ve	Morro da [R	N	N	Domestica	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Dores na cabe	N	Sangue		
CAIXA 1	4	7/5/1913	N	B.V.	25	solteiro	femir	BR	parda	Lassance S.	Romão d	N	N	Domestica	Bócio e palpitações / S N	N	N	Palpitações q	N	No dossi		
CAIXA 1	4	2/6/1913	N	A.G.C.	30	casada	femir	BR	parda	ilegivel	Currulinhos	N	N	Domestica	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Febres na infã	N	No dossi		
CAIXA 1	3	3/6/1913	N	A.O.C.	55	casada	femir	BR	parda	Capão Redo	Jequitinh	N	N	Domestica	Moléstia de Chagas - fr N	N	N	Refere-se a c	N	Sangue		
CAIXA 1	4	6/6/1913	N	F.S.	55	viuva	femir	BR	preta	Lassance	Tacambira											