




# A Saúde no Brasil

do Descobrimento aos dias atuais

# A Saúde no Brasil

do Descobrimento aos dias atuais

Sônia Maria de Freitas



A passiflora é usada na medicina antroposófica, fitoterápica e homeopática. Nome botânico: *Passiflora alata* Dryand. Família: *Passifloraceae*. Nome popular: Maracujá. Parte utilizada: Folha. Propriedades farmacológicas: Devido às frações alcalóidicas e flavonoídicas, o maracujá age como depressor inespecífico do sistema nervoso central, resultando em uma ação sedativa, tranquilizante e antiespasmódica da musculatura lisa. A passiflorina é um medicamento de grande valor terapêutico como sedativo e que, apesar de narcótico, não deprime o sistema nervoso central. (Cf. Barbosa, P. R. Estudo da ação psicofarmacológica de extratos de *Passiflora alata* dryander e *Passiflora edulis* sims. Criciúma, SC: Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2006)





# A Saúde no Brasil

do Descobrimento aos dias atuais

São Paulo  
2014



# Agradecimentos

O Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH) agradece o apoio, o empenho e o comprometimento de todos os envolvidos neste projeto, sem o que este livro não teria sido possível: Paulo Camara, Sergio Fausto, Celso Skrabe, idealizadores do que hoje chamamos de MUSA – Museu da Saúde, bem como a Dra. Teresinha Covas que, no início desta jornada, na qualidade de presidente do INDSH, apoiou prontamente a ideia deste projeto e agora, nesta publicação, prestou-nos sua preciosa consultoria técnica no conteúdo de cada um dos capítulos apresentados a seguir. Em tempo, agradecemos também ao administrador Leonardo Villela, por seus incansáveis préstimos administrativos nas primeiras luzes desta iniciativa.

Também somos gratos a Paulo Frange e a José Cleber do Nascimento Costa, sempre dispostos a colaborar e a incentivar no desenvolvimento desta obra. Ao Dr. Gonzalo Vecina Neto, uma das principais autoridades brasileiras do setor, que muito nos honrou ao prefaciá-lo e contribuir para o conteúdo deste livro. E a todos os entrevistados, grandes visionários da história da Saúde, que, por seus exemplos, motivam a realização de obras como esta.

Agradecemos ainda o imprescindível apoio oferecido pela Feira+Fórum Hospitalar, um dos maiores eventos do setor, e à Dra. Waleska Santos, presidente, pela confiança em nós depositada.

À incansável dedicação da Dra. Sônia Maria de Freitas, à equipe técnica, produtora deste livro, e aos colaboradores do INDSH, que, juntos, produziram incomparável sinergia, superando todos os obstáculos inerentes a um projeto desse porte.

Nosso muito obrigado.





## Prefácio

Visitando a sede da Fundação Dom Cabral em Nova Lima - MG, em um amplo salão na entrada do edifício-sede se destaca o que a FDC realiza. Nesse espaço existe um painel em homenagem a João Guimarães Rosa. Nele estão várias de suas frases célebres. Uma delas presente, em Sagarana, despertou-me a atenção e desde então penso muito nela: “O que lembro, tenho”.

Sempre que me encontro buscando as razões do por quê estamos onde estamos e o que faremos para construir um futuro melhor, lembro-me dessa frase. E me lembro porque tenho dificuldade de explicar como estou onde estou, não lembro e por isso não tenho!

Para entender o presente é vital conhecer o que o determinou, entender e conhecer o passado. Saber que o Brasil teve um sistema de saúde dicotomizado em que o Estado realizava a política sanitária bismarkiana e paralelamente oferecia, pelo sistema de seguridade social, a medicina curativa voltada para a população com vínculo formal de trabalho - e que esse modelo sofreu uma série de transformações ao longo da segunda metade do século passado - é vital para entender como a medicina privada se desenvolveu e como o País caminhou para a construção de uma organização para a atenção à saúde nos moldes de um serviço nacional de saúde.

Entender como as Santas Casas nasceram intimamente ligadas ao clero e aos burgueses portugueses ligados à coroa, ou seja, a instituição era um espaço que tinha íntima relação com o poder e estava a seu serviço em um tempo que, em particular, o doente de posses não era cuidado no hospital e sim em casa. Quem ia ao hospital era o pobre, não para ser cuidado e sim para morrer. A instituição tinha a ver com a manutenção da estrutura de poder e não com o cuidar. Tinha a ver com a venda de indulgências e com a salvação dos ímpios e não com o cuidar. Como hoje construir um serviço nacional de saúde que se propõe universal, integrado e equitativo com as Santas Casas?

A resposta está em lembrar e ter uma atitude dialética na construção do futuro. E os dois desafios estão colocados - recuperar a história e interpretá-la à luz de seu tempo. Em seu tempo, o que hoje parece inexplicável torna-se parte da construção do presente, e o segundo desafio é conseguir, a partir do que parece ser paradoxal, reler com a lente do materialismo histórico a construção do futuro.

Vivemos tempos vagabundos. Queremos simplificações. A história do homem não é simples e exige que se aceitem as suas complexidades. E se construam as necessárias interpretações para entendê-la.

O texto que tenho o prazer de lhes apresentar traz consigo essas qualidades. Recupera e relê a história da saúde no Brasil de uma maneira que permite ao leitor construir a sua interpretação e a construção da complexidade do momento atual. Utiliza-se da pesquisa, da consulta de fontes primárias e secundárias e também de registros orais. Aliás, muito do que se construiu nos últimos cinquenta anos ainda não foi adequadamente registrado. Existem citações esparsas aqui e ali. Daí também a importância dessa recuperação.

A autora não propõe uma obra definitiva, mas aponta caminhos e constrói o que seriam as primeiras respostas com suas pesquisas e entrevistas. O resultado que se acessa aqui cumpre com a proposta de lembrar - e a partir daí - permitir ao leitor construir o seu ter. Construir as bases do que será a sua proposta de futuro e ou de busca de outros conhecimentos complementares para fazê-lo.

A iniciativa de patrocinar esta obra foi do Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH, a quem quero parabenizar, não somente pela escolha do assunto, que é uma área lacunar no conhecimento estruturado em nosso meio. Temos poucos textos que se aventurem na análise da história do setor de saúde no Brasil. Quero parabenizar também pela escolha da autora, a professora Sônia Maria de Freitas. Ela domina a técnica de construir a história a partir da audição, da história contada e com isso apresenta importantes testemunhos nesta obra.

Desejo aos leitores uma boa construção da compreensão parcial de seu presente e que a partir das teses aqui apresentadas que consigam “ter” o seu presente!

## Sobre o INDSH

O livro *A Saúde no Brasil do Descobrimento aos dias atuais* é uma iniciativa do Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH), organização social, sem fins lucrativos, constituída em 1959, com o objetivo de se tornar referência nacional em gestão de serviços de saúde.

O INDSH exerce sua missão em diversos Estados brasileiros. Destacam-se o Hospital e Maternidade Dr. Eugênio Gomes de Carvalho, de Pedro Leopoldo (MG); o Hospital Regional de Sorriso (MT); o Hospital Regional Público de Marajó, de Breves (PA); e o Hospital Geral de Tailândia (PA). Está qualificado como OSS em Estados, como Espírito Santo, Minas Gerais, Mato Grosso, Pará, Rio de Janeiro, Bahia, e nas cidades de Arujá (SP) e Itapema (SC).

Além de reafirmar o compromisso com seus valores (humanidade, ética, compromisso, trabalho multiprofissional, profissionalismo e responsabilidade social), o INDSH espera que esta obra possa levar, a todos os leitores, mais informação e conhecimento sobre a nossa história, principalmente na ainda pouca conhecida trajetória da saúde e da medicina brasileiras.

INDSH

## Museu da Saúde – MUSA

O Museu da Saúde (MUSA), cuja primeira iniciativa concreta é a edição deste livro, surgiu oficialmente em 1º de novembro de 2013, na cidade de São Paulo, conforme ata assinada pelo presidente do INDSH, administrador José Carlos Rizoli.

A ideia de criar um museu que registrasse fatos, coletasse acervos, reunisse bens culturais e preservasse a história da Saúde brasileira, surgiu, porém, alguns anos antes. Primeiro pelas mãos de Celso Skrabe, presidente da Associação Brasileira de Marketing em Saúde (ABMS), que levou a sugestão à Federação Brasileira de Administradores Hospitalares (FBAH), presidida na época pelo administrador Paulo Roberto Segatelli Camara, e ao diretor estatutário da entidade, Antônio Sérgio Vulpe Fausto.

A partir daquele momento, a proposta foi abraçada pela FBAH e, na sequência, inteiramente pelo INDSH, que pôs em prática o que havia sido inicialmente planejado.

Assim, o MUSA começou a consolidar-se com a publicação deste livro e sua trajetória seguirá um cronograma de implantações, que prevê a sua institucionalização, a formação de diretoria estatutária, as instalações administrativas, entre outras providências necessárias para um projeto dessa importância.

O MUSA contará com o apoio de parceiros, públicos e privados, para que possa cumprir seus nobres objetivos, que ultrapassam as pessoas, entidades ou marcas. Seu propósito é se perpetuar no tempo e manter viva a nossa memória.

# Apresentação

Ao contrário do que muitos pensam, é, sim, possível mudar o passado. Principalmente, quando muitos o desconhecem.

Mostrá-lo, com cada vez mais informações e detalhes históricos, é escrever de novo uma vida que não vivemos e, a partir disso, mudar o que conhecíamos como certo e definitivo.

Esta obra que você tem em mãos é parte fundamental desse projeto e significa muito mais que um livro impresso e seu riquíssimo conteúdo.

Ela materializa um sonho, que começou há muito tempo e foi se tornando realidade à medida que os caminhos de muitos personagens que participaram desta publicação se entrelaçaram, misturando e unindo experiências, paixão pelo seu ofício, relato de lutas e confissões de utopias.

Significa, em última análise, a primeira ação efetiva do Museu da Saúde, o MUSA, como carinhosamente o chamamos. Um lugar que, queremos, seja não apenas de memórias ou de simples lembranças. Sim, também de muitas lembranças. Mas, principalmente, um espaço vivo e atuante, que possibilite decompor o espectro das cores, quase sempre ofuscantes do presente, e que faça brilhar como um farol as luzes tênues do passado.

Como tudo o que se move sempre muda, o MUSA entende que é preciso retirar esses movimentos que se perdem como breves partículas do cosmos e torná-los perenes. Um museu - na sua concepção inicial - tinha um pouco desse propósito. Reunir, num só local, o que andava espalhado e perdido. Primeiro, para uma elite interessada. Aos poucos, para todos os que amavam conhecer os acervos criados e que transformaram a realidade vivida pelo homem.

Como já foi dito certa vez pelo poeta Antônio Cícero: “guardar uma coisa não é escondê-la ou trancá-la. Guardar uma coisa é olhá-la, fitá-la. Por isso se escreve, por isso se faz, por isso se publica”.

Este livro e o MUSA são iniciativas para que todos possam mirar e admirar esse imenso mundo da saúde do Brasil. Um quadro muitas vezes triste em suas eternas carências, mas que a cada dia desafia as pessoas a transformá-lo num cenário melhor e mais civilizado. Esse estímulo faz com que, diferentemente de outras nações mais desenvolvidas, tenhamos a rara e indescritível sensação de estarmos criando um país.

Podemos escrever o futuro a nosso modo, juntando nossas capacidades e sonhos. Depende muito mais de nossa garra e da nossa vontade. E isso não nos falta.

Se nós, como creio, podemos mudar o passado, o que não poderemos fazer com o presente e principalmente com o futuro?

JOSÉ CARLOS RIZOLI



Campanha de vacinação contra a varíola  
(1967-1970), em Osasco. Acervo: Museu de  
Saúde Pública Emílio Ribas/Instituto Butantã

# Introdução

Primeiramente, devo confessar que não foi tarefa simples abordar um tema tão amplo e complexo. Trata-se de um assunto que representa mais de 500 anos de história, cuja complexidade permeia as mais diversas esferas da vida pública e privada.

Um dos obstáculos enfrentados logo no início da pesquisa foi a lacuna existente na historiografia brasileira. Poucos se dedicaram à história da saúde e da medicina no Brasil de forma mais abrangente, destacando-se as obras do Dr. Licurgo de Castro Santos Filho, do Dr. Carlos da Silva Lacaz e do Dr. Lybio Martire Junior. Em geral, o que se constatou foi uma gama de estudos específicos, que versam pontualmente sobre fatos, doenças ou regiões, compondo-se um “quebra-cabeça” parcialmente decifrável se o objetivo é compreender o encadeamento lógico das concepções acerca da saúde nos cinco séculos de história brasileira.

O caráter lacunar do tema pode ser explicado pelas dificuldades enfrentadas quanto à localização e ao acesso às fontes documentais, que se encontram esparsas ou até mesmo guardadas sem identificação ou divulgação. Diante desse panorama, é mais do que bem-vinda a criação de uma instituição cultural destinada a pesquisa, preservação e difusão de acervos relacionados à história da medicina no Brasil.

Nas diversas possibilidades de abordagens sobre a saúde, esta publicação pretende apresentar um panorama sobre a história da saúde no Brasil, suas práticas e políticas. A proposta é entender os caminhos e as transformações que os diversos conceitos relativos ao tema sofreram, levando-se em conta não só os avanços científicos e tecnológicos, mas, principalmente, os modos, hábitos e culturas envolvidas nessa dinâmica social.

Partindo deste pressuposto e entendendo que atualmente discutir saúde refere-se à palavra chave *prevenção*, os hábitos cotidianos é que nos definem como seres saudáveis. Nesse sentido, corpo e mente começam a ser avaliados como um conjunto. Por isso, o sucinto estudo, que resultou do esforço aqui descrito e organizado em quatro capítulos, inicia-se com as concepções relacionadas às práticas da homeopatia e da antroposofia.

Esses dois sistemas médicos e recursos terapêuticos bastante difundidos em 2006 foram institucionalizados pelo SUS (Sistema Único de Saúde) mediante implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, englobando também a fitoterapia, a medicina tradicional chinesa, a acupuntura e o termalismo (social/crenoterapia). De um modo geral, essas práticas visam estimular os mecanismos naturais de prevenção e de recuperação da saúde, com técnicas seguras que desenvolvem o vínculo terapêutico e integram o ser humano ao meio ambiente. Apesar de centenárias, a medicina tradicional e as terapias alternativas se revestiram de atualidade nas últimas décadas, diante do anseio cada vez mais intenso por equilíbrio e qualidade de vida.

Já no Capítulo 2, nos remetemos a Portugal de fins da Idade Média e primórdios da Época Moderna para abordar as mudanças nos paradigmas de salubridade e higiene trazidas pelo avanço do conhecimento científico e com as trocas culturais advindas da grande expansão marítima portuguesa. Produtos e técnicas foram trazidos do Oriente, entre os quais a utilização das especiarias como medicamentos, efusões e também para conservar alimentos. Já na Terra de Santa Cruz, esses novos paradigmas se imiscuíram aos hábitos indígenas e africanos e, entre conflitos e sincretismos, formou-se o jeito popular brasileiro de tratar moléstias e cuidar da saúde. Na Colônia e no Império, os primeiros hospitais e médicos coadjuvaram com o atendimento prestado por instituições religiosas, boticários e curandeiros.



O Capítulo 3 é dedicado ao desenvolvimento da Medicina no Brasil. Apresentamos um histórico sobre as Santas Casas de Misericórdia e os Reais Hospitais Militares, que foram as primeiras organizações hospitalares do País. Em seguida, abordamos a implantação das Beneficências Portuguesas e de outros hospitais fundados por imigrantes, na segunda metade do século XIX. Por fim, tratamos de discutir como ocorreu a evolução tecnológica na área da medicina no Brasil, desde os primeiros instrumentos cirúrgicos rudimentares até os mais avançados equipamentos da atualidade.

O último capítulo enfoca o desenvolvimento da saúde pública no País, iniciado no período republicano em meio à efervescência sanitária e higienista que influenciava as práticas médicas em fins do século XIX. Abordamos a institucionalização da saúde pública, com a criação de órgãos públicos específicos, como o Serviço Sanitário de São Paulo (1891), o Departamento Nacional de Saúde Pública (1920) e o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (1930). Destacamos ainda a evolução da farmacologia e a fundação de importantes institutos científicos de referência na área da saúde pública, bem como a difusão das práticas profiláticas pelas campanhas de vacinação e pelo isolamento compulsório de doentes. Na sequência, apresentamos um panorama sobre a medicina previdenciária e a medicina preventiva no Brasil, cujos resultados têm obtido reconhecimento, inclusive, internacionalmente. Por último, apontamos os desafios que a medicina e as áreas de saúde no País têm pela frente.

Sem mais delonga, reforçamos o caráter elucidativo da presente publicação, que não pretende ser um compêndio concluído e irrefutável. Pelo contrário. Esperamos tão somente que a pesquisa apresente ao leitor os tópicos elementares acerca do tema abordado, de uma forma aprazível e sedutora, e que, eventualmente, se transforme em um ponto de partida para pesquisas que alarguem o conhecimento aqui exposto. Boa leitura!



# Sumário

		<b>CAPÍTULO 1</b>		<b>CAPÍTULO 2</b>
	21	<b>Diferentes atuações em Saúde</b>		51 <b>O mosaico cultural que cuidou da saúde no Brasil Colônia</b>
Agradecimento	21	Antroposofia	51	A saúde e a medicina trazidas pelos portugueses
Prefácio	23	Pedagogia Waldorf	58	As concepções indígenas relacionadas à saúde
Texto Institucional	28	A pedagogia social	64	As contribuições africanas
Apresentação	29	A medicina e as terapias antroposóficas	68	Trocas saudáveis e também insalubres: o atendimento jesuítico
Introdução	30	Medicina antroposófica no Brasil: a Clínica Tobias, o Terapeuticum Rafael e a Vivenda Santana	71	O resultante amálgama de crenças e práticas na informalidade colonial
	31	As práticas terapêuticas fundamentadas na antroposofia		
	32	Medicamentos empregados na medicina antroposófica		
	34	A Associação Brasileira de Medicina Antroposófica - ABMA		
	34	A agricultura biodinâmica		
	35	A agricultura biodinâmica no Brasil		
	37	Os frutos gerados pela Estância Demétria		
	39	A Associação Brasileira de Agricultura Biodinâmica		
	41	Homeopatia		
	42	Homeopatia no Brasil		
	44	Propriedades farmacológicas		
	45	Acupuntura		
	47	A inserção da acupuntura na rede pública de saúde		
	48	Três linhas de atuação em acupuntura no Brasil: médicos, especialistas e técnicos		

### CAPÍTULO 3

- 77 **A medicina no Brasil**
- 77 A assistência por fé e caridade: as primeiras instituições hospitalares do Brasil
- 80 Os hospitais militares e os primórdios da medicalização brasileira
- 82 O início do ensino da medicina no Brasil
- 87 O associativismo para a cura dos males: os hospitais criados por imigrantes e seus descendentes
- 96 Médicos que já fazem a história da medicina brasileira por gerações
- 101 A caridade e a fé na medicina contemporânea
- 104 Médico de família: aproximando o profissional do paciente

### CAPÍTULO 4

- 106 **A saúde brasileira nos séculos XX e XXI**
- 106 Antecedentes da estatização da saúde
- 109 As batalhas sanitárias no início do período republicano
- 119 A efetiva institucionalização da saúde pública no Brasil
- 124 A saúde pública no pós-guerra e durante o regime militar
- 131 Desde a implantação do SUS até a atualidade
- 135 O desenvolvimento cirúrgico e tecnológico no País
- 142 Programas de destaque internacional
- 148 Os desafios da saúde pública no século XXI
- 150 Leitos hospitalares no Brasil

Autora

Entrevistados

Colaboradores especiais

Bibliografia consultada

Hortaliças biodinâmicas da Fazenda  
Demétria, Botucatu, SP. Crédito:  
Fábio de Bona





# Diferentes atuações em Saúde

## Antroposofia

*“Permanecer calmamente nas belezas da vida  
Dá à alma a força do sentir  
O pensar claro nas verdades da existência  
Traz ao espírito a luz do querer.”*

RUDOLF STEINER

A palavra antroposofia tem origem grega e significa “sabedoria humana”. Rudolf Steiner, o fundador, a definiu como “um caminho de conhecimento para guiar o espiritual do ser humano ao espiritual do universo”. Ela tem como principal objetivo fazer com que o ser, ampliando a capacidade de sua consciência, delibere sobre seus atos e pensamentos, tornando-se mais humano e espiritualmente livre de materialismos, intolerâncias e superstições. A antroposofia aplica-se a tudo o que abrange a vida humana, incluindo medicina, educação, artes, arquitetura.<sup>1</sup>

Rudolf Steiner, que dedicou grande parte de sua vida à antroposofia, nasceu em Kraljevec, na fronteira austro-húngara, em 1861, e faleceu em Dornach, Suíça, em 1925. Em 1879, ele entrou na Escola Técnica Superior de Viena, talvez seguindo o desejo do pai que o queria formado em engenharia. Mas, pouco depois, integrou-se ao grupo que estava publicando as obras completas de Goethe para uma coleção da “Literatura Nacional Alemã”, ficando encarregado pela obra científica desse autor. Rudolf Steiner afastou-se dessa escola. O último contato que parece ter tido com ela data de julho de 1882 ao se submeter às provas de três matérias: teoria mecânica do calor, física e físico-matemáticas. Mais tarde ele se doutorou em filosofia pela Universidade de Rostock.

<sup>1</sup> Cf. <<http://www.sab.org.br/antrop/antrop.htm>>. Acesso em 25 jan. 2014.



Rudolf Steiner em 1908.  
Acervo: Instituto Rudolf Steiner

Sua tese de doutorado, publicada com o nome de *Verdade e Ciência*, trata da essência da atividade do pensar, tendo sido posteriormente estendida na obra de cunho filosófico que ele considerava, tanto a mais fundamental como a que perduraria por mais tempo, *A Filosofia da Liberdade* (Ed. Antroposófica, 1968).

Depois do período de Weimar, ele passou um tempo em Berlim, onde atuou como redator de uma revista de literatura, e onde deu aulas de história e filosofia em uma faculdade aberta para operários, até entrar em choque com a concepção marxista dos diretores. Nessa cidade, frequentou círculos literários, entrando em contato com o movimento teosófico. No começo do século, iniciou uma extensa carreira de conferencista, expondo suas ideias esotéricas. Atuando na Sociedade Teosófica, acabou por se tornar seu secretário-geral na Alemanha. Ainda antes do fim da primeira década, começou a entrar em choque com os dirigentes dessa sociedade, que haviam abraçado uma corrente fortemente orientalista, e declarado que um jovem hindu, Krishnamurti, era uma reencarnação do Cristo. Steiner opôs-se totalmente a essa ideia (mais tarde negada pelo próprio Krishnamurti), o que o levou a proferir alguns de seus ciclos de conferências mais importantes, sobre os evangelhos.

Em 1913, rompeu com a Sociedade Teosófica, seguido por vários membros que fundaram a primeira Sociedade Antroposófica. A palavra antroposofia já havia sido empregada antes por alguns filósofos e por ele próprio. A partir dessa fundação, o movimento antroposófico cresceu, tendo culminado com a construção de sua sede em Dornach, na Suíça, em um prédio de madeira que ele denominou de Goetheanum, construído durante a Primeira Guerra Mundial e considerado uma verdadeira obra de arte. Aliás, foi o próprio Steiner que introduziu nos congressos do movimento teosófico atividades e apresentações artísticas, que passaram a constituir parte essencial de todo o movimento antroposófico.

Nesse movimento antroposófico, a saúde está diretamente ligada à formação do indivíduo, à expansão de suas potencialidades, às interações sociais, à alimentação saudável, à atividade física e artística, e principalmente, ao seu desenvolvimento espiritual. O ser humano é entendido como um todo, em seus aspectos físicos, emocionais e espirituais, e por isso, uma doença pode representar uma desarmonia interior, sendo a dor física um mal necessário e uma etapa importante para a sua evolução.<sup>2</sup>

2 LANZ, Rudolf. *Noções básica de antroposofia*. São Paulo: Antroposófica, 1990.



Atividade na Escola Waldorf, SP. Foto de Ricardo Teles/ Cedida pela Editora Antroposófica, SP

## Pedagogia Waldorf

Criada no início do século passado, em ambiente de grande efervescência cultural, econômica e política, teve um rápido crescimento e se alastrou pelos grandes eixos da época - Londres, Nova York e Stuttgart (Alemanha). No entanto, foi no pós-Segunda Guerra Mundial que o impulso se alastrou com mais força pela Europa. Parece que as duas guerras trouxeram uma clara impressão de que a educação não vinha preparando o ser humano para o diálogo, a construção, a integração social, a humanização. Bastava olhar ao redor, uma Europa em ruínas, com profundas cicatrizes de atos hediondos perpetrados por civilizações muito desenvolvidas. Algo precisava mudar a partir da infância... novos valores. Dessa forma, ao longo dos últimos 90 anos, a pedagogia Waldorf se espalhou pelo planeta, contando com 1.025 escolas e 2.000 jardins de infância, além de inúmeros centros de formação de professores.

A pedagogia Waldorf tem como ponto de partida o conhecimento da criança e de seu desenvolvimento em diversos aspectos. Enfoca o ser humano como ente físico, anímico e espiritual. Fundamentada na concepção de ser humano e do mundo, desenvolvida pelo filósofo Rudolf Steiner, essa pedagogia tem como objetivo o cultivo das potencialidades individuais. Leva em consideração a diversidade cultural e se compromete com princípios éticos humanos amplos e gerais.

O resultado desse movimento é um extenso legado deixado por Steiner: medicina, terapias, farmácia, botânica, as artes, a pedagogia, agricultura e organização social, que ainda hoje influenciam e inspiram renovações de seus continuadores.<sup>3</sup> Desse legado destacaremos a seguir aspectos sobre a pedagogia Waldorf e social, a medicina antroposófica e a agricultura biodinâmica.

3 Cf. portal da Sociedade Antroposófica no Brasil. Disponível em: <<http://sab.org.br/portal/antroposofia2/no-mundo>>. Acesso em 28 jan. 2014.





Atividade na Escola Waldorf, SP.  
Foto de Ricardo Teles/ Cedida  
pela Editora Antroposófica

Em 1919, Steiner organizou em uma fábrica de cigarros localizada em Stuttgart - a Waldorf-Astoria -, uma escola baseada em sua cosmovisão do ser humano. Essa escola, que atendia ao pedido dos funcionários da fábrica de cigarros e foi criada por iniciativa de seu diretor, Emil Molt, logo tornou-se independente da fábrica, crescendo rapidamente. Perdurando até os dias de hoje em Stuttgart, essa escola foi o embrião do movimento mundial da pedagogia Waldorf. A Sociedade Antroposófica e as Escolas Waldorf foram fechadas pelos nazistas, que queimaram os livros de Steiner e,

após sofrer um atentado, Steiner transferiu a sede do movimento antroposófico para a Suíça.

Essa pedagogia busca levar ao ser em formação um ambiente adequado para o seu desenvolvimento. Criar um invólucro que possibilite o desabrochar das faculdades, capacidades e habilidades humanas. Para esse intento, o professor precisa aprofundar-se no estudo da natureza humana, na antropologia, compreender o que está por vir, o que está em formação na criança e no jovem. Os professores se utilizam das disciplinas para criar experiências capazes de levar ao desabrochar das faculdades latentes. Então, a grande ênfase está no entendimento da relação entre o saber (da disciplina) e o seu efeito na constituição corpórea da criança/jovem, a partir do momento em que esta vivencia o aprendizado, o exercitar. Assim desenvolve-se a pedagogia, com muitas experiências inovadoras e resultados surpreendentes para o nível de aprendizagem e para o equilíbrio emocional.

O resultado dessa relação entre os saberes e o efeito na criança é a construção de um rico currículo de experiências, que inclui arte e linguagem em todo o processo de aprendizagem.

Recentemente, Jacques Delors considerou que os quatro pilares de uma educação para o século XXI são: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser. A pedagogia Waldorf atua nesses quatro

âmbitos do aprender quando considera uma imagem de ser humano com quatro corporalidades que necessitam de uma educação, necessitam de estímulos e experiências adequadas para cada idade. São elas: um corpo físico, um corpo etérico/vital, um corpo emocional/astral, e um corpo espiritual, o eu humano. O corpo físico entra em contato com o mundo percebendo-o – precisa aprender a conhecer o mundo. O corpo etérico/vital é o dos fluidos, do ritmo, do processo formativo – tem a ver com o fazer, com a construção. Uma educação que busca o aprender a fazer atua no corpo etérico da criança. O corpo astral/emocional vive nas relações humanas, naquilo que se movimenta em mim a partir de meu encontro com seres humanos e a natureza, um mundo de emoções, um mundo interno. É preciso aprender a conviver. O corpo espiritual ou eu humano se relaciona com a questão do “ser”, portanto é preciso também aprender a ser, encontrar-se consigo próprio.

A pedagogia Waldorf se propõe a tarefa de ser viva e ir se construindo e modificando com a evolução da humanidade, um estudo constante da natureza da criança e do jovem em formação em cada cultura deste planeta. A partir desse olhar estudioso, surge uma compreensão do que é adequado para cada situação enfrentada pelas crianças.



Atividade na Escola Waldorf, SP.  
Foto de Ricardo Teles/ Cedida  
pela Editora Antroposófica

## O currículo da escola Waldorf

A partir de um conhecimento do desenvolvimento da criança e do impacto do aprendizado na corporalidade, desenvolve-se um currículo de atividades próprias para cada idade. No longo período de formação escolar, do jardim de infância até o final do ensino médio, vemos três fases distintas: no jardim, a força principal das atividades deve trazer à criança a sensação de que o mundo é bom, é bom comer, é bom ser abraçado, é bom correr, é bom sentir cheiros, é bom acordar cedo e ver o sol nascer, é bom ir para a cama. Nessa fase, devemos trazer vivências desse bom, e a partir daí o corpo da criança se constrói harmoniosamente, seus órgãos se fortalecem. Na segunda fase, o ensino fundamental, a percepção da beleza da vida e da existência deve preponderar. Isso auxiliará o desabrochar das inteligências, pois nesse período, o emocional é que se desenvolve, o mundo interno começa a ser construído. Nessa construção, as vivências de um mundo belo auxiliam o desabrochar do emocional e de uma rica vida interior. Aqui o elemento artístico deve predominar, sendo por si um exercício do belo.

Já no ensino médio, na adolescência, quando o jovem se vê no mundo com um corpo físico desenvolvido e com um corpo emocional que relaciona o mundo externo com o seu mundo interno, surge então o espaço para um novo corpo se desenvolver, o corpo de seu ser, ser humano, moral e verdade são agora as forças que movem o desenvolvimento do jovem, moral e verdade para criar um novo mundo, pois afinal não é isso o que nós humanos fazemos? Criamos um novo mundo que se sobrepõe ao mundo natural, somos constantes criadores de novas realidades. Para isso, a natureza humana é sábia e na fase em que essas forças criadoras pela primeira vez surgem no jovem, elas vêm aliadas de uma busca da verdade, o jovem quer entender, compreender o mundo externo e depois o seu mundo interno. Ele busca a verdade com toda a intensidade e ao encontrar a mentira (que vive em todos os cantos de nossa civilização) ele se rebela – eis a beleza da adolescência. Nesse momento, o processo científico é essencial. As ciências trazem respostas e compreensão, limitam a rebeldia, exigindo disciplina e perseverança na sua execução. Esse deve ser o ambiente do ensino médio.

Com essa visão de ser humano em desenvolvimento, desenvolve-se um currículo que precisa de educadores com perfis distintos para cada fase. Na infância, um ser capaz de criar um ambiente bom; no fundamental, um professor que seja um artista da vida; e no ensino médio, um cientista, em constante batalha com a verdade e com a experimentação.

Nesse ambiente, buscamos auxiliar o desabrochar de um ser capaz de tomar decisões por si próprio para encontrar seu caminho na vida.

## O papel da arte na pedagogia Waldorf

Arte como um meio de desenvolvimento das forças da alma, do corpo emocional. Arte como caminho para o acordar das inteligências. A arte aparece como forma de colocar a alma em movimento, a alma que se desenvolve entre 7 e 18 anos, alma que representa o surgimento de um mundo interno do ser humano. Esse mundo precisa ser enriquecido através do exercício de atividades artísticas, essa prática amplia o mundo interno, leva a um respirar entre o mundo externo e o mundo interno, uma compreensão interna dos fenômenos da vida. O papel da arte é formar artistas da vida, da existência. Então vemos em todos os cantos da escola Waldorf práticas artísticas compondo o dia a dia curricular: desenho, pintura, modelagem, escultura,

trabalhos manuais, canto, coral, música, recitação, teatro. Especialmente nas classes mais jovens vemos a arte entre as atividades das aulas de todas as matérias. Então as crianças desenham, cantam, pintam em paralelo com o aprendizado da linguagem ou da matemática. Escalas musicais têm a ver com momentos da aprendizagem da matemática ou da linguagem. A arte desenvolve as forças da alma, ela é um desafio para a coragem e a paciência humana. A perseverança e a vivência de crises e catástrofes estão presentes num processo de teatro ou de trabalho de orquestra/coral. O sentimento de satisfação emerge no trabalho artístico. Esses são exercícios para a vontade, um treino da vontade, a repetição faz parte do processo artístico.<sup>4</sup>

---

4 Relato de Alfredo Rheingantz à autora, em 11/2/2014. Gestor da Sociedade Antroposófica no Brasil, é professor da pedagogia Waldorf e economista. Formado em economia pela Universidade de São Paulo e em pedagogia pelo Emerson College, Inglaterra.

## A introdução da pedagogia Waldorf em São Paulo

A primeira escola Waldorf em São Paulo iniciou seu funcionamento em 1956, com o nome de Escola Higienópolis, em uma casa no bairro com o mesmo nome. A sua orientação pedagógica foi dada pelo casal alemão Karl e Ida Ulrich que vieram especialmente para isso e permaneceram com a escola até o início da década de 1960. Poucos anos depois de sua fundação, a escola mudou-se para o seu amplo local, na Rua Job Lane, 900, em Santo Amaro. No início da década de 1970, foi nela criado o primeiro curso de ensino médio (antigo colegial) Waldorf no Brasil. Em 1976, o então presidente da Sociedade Antroposófica Mundial Rudolf Grosse a batizou de Escola Rudolf Steiner de São Paulo, denominada posteriormente Escola Waldorf Rudolf Steiner de São Paulo.

Em 1970, Rudolf e Mariane Lanz fundaram nessa escola o Seminário Pedagógico Waldorf, atualmente Centro de Formação de Professores Waldorf, que tem formado professores para Brasil e para a América Latina, e teve seu reconhecimento oficial em 1997.

## A pedagogia social

Voltada para questões sobre o desenvolvimento sensível e cultural, o convívio e a construção social, essa pedagogia aplica os conceitos definidos pela “Trimembração do Organismo Social”, formulada por Rudolf Steiner em 1919. A trimembração social acredita na importância do desenvolvimento de cada indivíduo em três âmbitos: material, cultural e normativo.

A Pedagogia Social foi introduzida no Brasil, em 1972, pelo holandês, Dr. Lex Bos, que passou a visitar o país regularmente durante o verão, dando inúmeros cursos, principalmente no Centro Paulus. Vários de seus livros estão publicados na língua portuguesa.

Em 1970, Ute Craemer veio ao Brasil, para ser professora de classe na então Escola Rudolf Steiner, ali permanecendo até 1979. Ela havia trabalhado em 1965-66 no Paraná em um programa de auxílio da Alemanha para o desenvolvimento de saneamento básico em favelas. Sentindo que sua tarefa de vida estava ligada à vida de moradores de favelas brasileiras, começou, em 1975, um trabalho social envolvendo alunos daquela escola, na Favela Monte Azul, situada ao lado do Terminal João Dias e do Centro Empresarial, em São Paulo.

Seu trabalho, totalmente inspirado na pedagogia Waldorf e na antroposofia, provocou uma evolução extraordinária na favela, impulsionada pela criação, em 1979, da Associação Comunitária Monte Azul. Através do trabalho de Ute e de colaboradores, a favela foi saneada. Foram ali criadas creche, jardim de infância, pré-escola e escola complementar com orientação Waldorf, marcenaria, tecelagem, serviço de reciclagem de papel, oficina de construção de bonecas de pano, padaria, oficina elétrica, oficina de reciclagem de móveis, ambulatório médico (com médicos antroposóficos), tratamento pré e pós-parto, «casa» de partos, ambulatório dentário, massagem, aconselhamento psicológico, e grupos de teatro, música e dança. Esse trabalho social irradiou-se também para a Favela Peinha e o bairro Horizonte Azul, atingindo cerca de 15 mil pessoas. Seu trabalho foi divulgado na Alemanha com a publicação de livros de Ute, de enorme sucesso, pela editora antroposófica Verlag Freies Geistesleben. Em 2011, ela foi agraciada com o título de «Cidadã Paulistana», pela Câmara de Vereadores de São Paulo.

Outra vertente da pedagogia Waldorf é o Centro de Artes fundado em São Paulo, onde são dados cursos de arte segundo princípios antroposóficos,

e onde foi instituído o primeiro curso de euritmia na América Latina. Os cursos de artes começaram em 1992, no Centro Paulus.

Mais estudos sobre antroposofia são discutidos na chamada Sociedade Antroposófica por meio dos ramos, grupos contínuos de estudo sobre a obra de Rudolf Steiner. Cada ramo representa oficialmente a Sociedade. No Brasil há 20 ramos, desses, quatro estão na cidade de São Paulo.<sup>5</sup>

---

5 Cf. O portal da Sociedade Antroposófica no Brasil. Disponível em: <<http://sab.org.br/portal/antroposofia2/no-brasil>>. Acesso em 28 jan. 2014.

## A medicina e as terapias antroposóficas

Em 1921, a Dra. Ita Wegman fundou a primeira clínica antroposófica, em Arlesheim, ao lado de Dornach, na Suíça, e que subsiste até hoje com seu nome. Na clínica, Steiner e Wegman já recomendavam o uso de atividades artísticas como terapia, o que foi a origem da terapia artística antroposófica, desenvolvida mais tarde pelos seus continuadores, sendo aplicada sob a forma de pintura, modelagem, arte da fala, musicoterapia, euritmia curativa, massagem rítmica, etc.

Os princípios da medicina antroposófica se fundamentam nas pesquisas desenvolvidas pelo Dr. Rudolf Steiner e nos trabalhos desenvolvidos pela Dra. Ita Wegman. Eles ampliaram a imagem do ser humano da medicina clássica e acadêmica, transcendendo-a em seu referencial puramente físico-químico.

O impulso terapêutico da antroposofia visa obter maior harmonia entre o espírito, a alma e o corpo, proporcionando a compreensão do homem em suas relações com o cosmos e os diferentes reinos da natureza: mineral, vegetal e animal. A medicação é complementada pela terapia artística, quando necessário, cuja ação fortalece e estimula as forças do indivíduo, agindo no organismo e favorecendo a cura.

Em 1912, Steiner, juntamente com sua futura esposa Marie Steiner, introduziu, nos congressos da Sociedade Teosófica, duas novas formas artísticas: a arte da fala e a euritmia. Esta última, uma expressão corporal, que tenta mostrar em gestos a essência profunda dos sons falados ou musicais, é usada de três formas: artística (espetáculos), terapêutica e educacional.

## Medicina antroposófica no Brasil: a Clínica Tobias, o Therapeuticum Raphael e a Vivenda Santana

No Brasil, a medicina antroposófica teve um enorme desenvolvimento. Nesse contexto, destaca-se o papel desempenhado pela Clínica Tobias.<sup>6</sup> Em 1969, a brasileira Gudrun Schmidt que, desde 1956, atuava como a primeira médica antroposófica no Brasil, então casada com Pedro Schmidt, fundou com este a Clínica Tobias - a primeira clínica antroposófica do Brasil e da América do Sul. Nesse mesmo ano, financiada por seu marido, foi comprado pela Dra. Gudrun o terreno na atual Rua Regina Badra, onde se construiu a clínica, inaugurada em 31/5/1969. Nessa, data foi fundada a sua mantenedora, a Associação Beneficente Tobias.

A Clínica deixou de funcionar como hospital em 1993 (a partir de 1995 passou a receber pacientes/dia). Desde a sua origem, dedicou-se a formação de médicos e outros profissionais da saúde. A partir de 1976, expandiu o movimento médico antroposófico, iniciando cursos de medicina antroposófica dados na clínica pelo Dr. Otto Wolf, por sete anos, fundando a Associação Brasileira de Médicos Antroposóficos, que a partir de 1983 passou a ser denominada Associação Brasileira de Medicina Antroposófica, e instituindo os primeiros seminários de especialização em medicina antroposófica.

Esses seminários são mantidos pela hoje denominada ABMA (Associação Brasileira de Médicos Antroposóficos), com três turmas regulares, uma em São Paulo, outra em Brasília, uma turma já formada em Salvador e outra iniciando no Rio de Janeiro. Os primeiros seminários médicos foram dados no Centro Paulus, em Parelheiros (subúrbio da capital paulista), criado por iniciativa e orientação de Peter Schmidt e cuja construção começou em 1980. A Dra. Gudrun Burkhardt (ex-Schmidt) fundou em 1983 a Artemísia, iniciando no Brasil os trabalhos sobre desenvolvimento biográfico; em 1985 foram iniciadas as obras da sua sede ao lado do Centro Paulus, em Parelheiros, centro que encerrou suas atividades em 2008.

Em Juiz de Fora, vários médicos formaram o Therapeuticum Raphael e a Vivenda Santana, onde é praticada a medicina antroposófica. Em 1975, Pedro Schmidt doou a maioria de suas ações da Giroflex para a Associação Beneficente Tobias. Com isso, a ABT pôde começar a financiar várias iniciativas antroposóficas, e mantém-se ainda hoje. Até 1993, a ABT financiou suas próprias instituições, que então, tornaram-se independentes.



Dra. Gudrun Burkhardt na Clínica Tobias (71 anos), em 11 de abril de 2012. Médica formada pela USP, em 1954. Atualmente, é médica antroposófica, nas especialidades de clínica-geral e terapia biográfica

6 Cf. Disponível em: < <http://www.clinicatobias.com.br/>. Acesso em 20 jan. 2014.

## As práticas terapêuticas fundamentadas na antroposofia

O Dr. Ronaldo Perlatto<sup>7</sup>, integrante da Clínica Tobias, disse que, desde o seu primeiro ano da faculdade, entrou em contato com a medicina antroposófica. Salienta que na época não existia curso estruturado, e nas férias de janeiro, faziam cursos na Clínica Tobias com o médico alemão Dr. Otto Wolff.

Atualmente, na medicina antroposófica no Brasil, há seis categorias de médicos: clínico geral, que é o mais frequente; pediatra; ginecologista-obstetra; psiquiatra; otorrinolaringologista; e dermatologista. Como a medicina antroposófica busca a compreensão integral do ser humano, em princípio, o médico antroposófico é um clínico geral. Mas, existem médicos que se especializam nas diversas áreas do conhecimento médico atual, sendo as áreas mais comuns: pediatria, ginecologia/obstetrícia, psiquiatria, dermatologia. Cada vez mais se agregam médicos com especialidades em outras áreas.

Entre as práticas terapêuticas fundamentadas na antroposofia, temos: aconselhamento biográfico, agricultura biodinâmica, consultoria e coaching antroposófico, enfermagem antroposófica, euritmia, extra lesson, educação terapêutica, farmácia antroposófica, massagem rítmica, nutrição, odontologia antroposófica, psicologia antroposófica, quirofonética, terapia artística, cantoterapia, dramaterapia.

Muitos dos campos de apoio da medicina antroposófica compõem o CIMA Brasil (Comitê Ibero-Americano Multidisciplinar Antroposófico), de caráter horizontal que visa congregar, reconhecer e difundir essas diversas iniciativas. Também é importante mencionar a LUAAMA - Liga dos Usuários e Amigos da Arte Médica Ampliada, com função de apoio, a partir dos usuários e profissionais.

Por sua abordagem mais ampla, a visão da medicina antroposófica traz uma nova concepção do ser humano, que vai além da visão das ciências naturais, desenvolvidas ao longo da história. Ocupar-se com essa concepção exige uma ampliação de percepção do homem para além dos parâmetros convencionais utilizados. Ainda de acordo com o Dr. Ronaldo Perlatto, com o tempo a percepção do ser humano será ampliada para além dos limites meramente corporais e as instâncias anímico-espirituais serão aceitas como instâncias tão reais quanto as materiais.



A Dra. Sonia Stezer, no Dia do Médico, 17 de outubro de 2013, na Clínica Tobias, SP

<sup>7</sup> Depoimento à autora, em 25 jan. 2014.



## Medicamentos empregados na medicina antroposófica

Segundo o Dr. Bernardo Kaliks<sup>8</sup>, da equipe médica da Clínica Tobias, a base da medicina antroposófica foi desenvolvida pelas pesquisas realizadas por Steiner que partiu de uma visão totalmente diferente, elegendo os elementos, os reinos vegetal e mineral, usados também na homeopatia.

Mas a medicina antroposófica tem como modelo a medicina alopática, porque o tipo de raciocínio que usa é similar. No entanto, os elementos sobre os quais se desenvolve esse raciocínio são mais amplos na medicina antroposófica, porque estão na dimensão do suprasensível. A forma de raciocinar é uma forma alopática, científica, convencional. Diferente da homeopatia que não raciocina cientificamente, mas tem determinadas regras, determinadas leis e diversos princípios. Nesse sentido, a medicina antroposófica está muito mais próxima da medicina científica convencional. Porém, muito do conhecimento que a medicina antroposófica desenvolveu coincide com elementos da medicina homeopática. Ela, porém, não nasceu da homeopatia.

Entre esses elementos, de acordo com o Dr. Kaliks, o mais importante é o uso de medicamentos dinamizados<sup>9</sup>, potencializados, substâncias potencializadas de 4, de 6, de 8, de 10, típicos da medicina homeopática, que também usa remédios dinamizados. São dinamizações decimais ou centesimais. A medicina antroposófica utiliza medicamentos de origem mineral e vegetal.

## Farmacêutica antroposófica

Em paralelo com a medicina, houve o desenvolvimento de uma farmacêutica antroposófica, produzida principalmente por dois laboratórios, Weleda e Wala. Eles seguem inúmeras indicações de medicamentos dados por Rudolf Steiner, bem como resultados de pesquisas recentes.

---

8 Depoimento à autora em 14/1/2014.

9 São medicamentos preparados a partir de substâncias submetidas a triturações sucessivas, diluições, seguidas de sucussão, ou outra forma de agitação ritmada, com finalidade preventiva ou curativa, a serem administrados conforme a terapêutica homeopática, homotoxicológica ou antroposófica. Essa técnica libera as propriedades medicinais da substância original.

Em 1959, Pedro Schmidt, filho do casal Schmidt, fundou a Weleda do Brasil, laboratório e farmácia para fabricação de medicamentos empregados na medicina antroposófica, chás e cosméticos. Em 1960, foi construído o seu primeiro laboratório, no terreno da Giroflex, em São Paulo, dirigida por Pedro Schmidt. A direção da Weleda foi assumida em 1964 pelo Sr. Friederich Müller, que viria a falecer prematuramente, em 1988. Em 1967, ele iniciou o plantio próprio de ervas medicinais. Em 1985, a Weleda construiu seu atual laboratório; hoje possui sete farmácias em São Paulo e mais oito em outras cidades do País.

Ainda em 1985, os farmacêuticos Flávio e Marilda Milanese fundaram o Centro de Pesquisas Farmacêuticas, que, em colaboração com médicos antroposóficos, tem desenvolvido novos medicamentos, inclusive a partir da flora nacional. Eles deram início em 1991 a cursos de farmacêutica antroposófica, naquela época realizados no Centro Paulus, e fundaram o Laboratório Sirimim, que produz medicamentos antroposóficos usando uma técnica diferente da Weleda.

Relatou o Dr. Bernardo Kaliks<sup>10</sup>, que as plantas medicinais, que originalmente a Weleda utilizava, eram todas plantas europeias. No decorrer dos anos, tem-se desenvolvido medicamentos a partir de plantas regionais, o que, aliás, era defendido por Steiner. Para ele o ideal era que a medicina antroposófica, para tratar as doenças, aprendesse a utilizar as plantas e os recursos medicinais regionais.

Na medicina antroposófica, o conhecimento não se baseia só no princípio ativo, determinado quimicamente da planta medicinal. Na medicina antroposófica, ele se baseia na observação da forma do crescimento e do desenvolvimento da planta, de que se tira a principal conclusão sobre a sua utilização terapêutica. Obviamente, o conhecimento químico também é importante, mas não o central nem o inicial. Parte-se da própria tradição e, de acordo com a literatura e a tradição dos povos indígenas, a flora medicinal brasileira é a mais rica do mundo.



FITOTERÁPICOS. Em São Roque, farmacêutica Sônia Matano Gonzales, 36, recolhe mudas de melissa da horta para pesquisa mantida pela empresa Weleda. (São Roque, SP, 27.04.2007). Foto Eduardo Knapp/Folha Imagem

---

<sup>10</sup> Depoimento já citado.

## A Associação Brasileira de Medicina Antroposófica - ABMA

A medicina antroposófica tem fundamento científico e é desenvolvida por médicos. Com o crescente número de médicos que atuavam dentro dos conceitos da medicina antroposófica, tornou-se necessário criar uma associação que se ocupasse da formação de profissionais e do fomento da medicina antroposófica no País. Em 1982, nasceu a Associação Brasileira de Medicina Antroposófica, graças aos esforços dos médicos Alexander e Rita Leroi, tendo como missão promover o ensino, a pesquisa, a assistência e a divulgação da medicina antroposófica. Em 1994, iniciou-se em São Paulo o primeiro curso de formação em medicina antroposófica, nos moldes de especialização lato sensu. E, a partir de 1998, iniciou-se a formação de suas regionais, possibilitando cursos e formação em outros Estados brasileiros. Em 1992, ocorreu o Primeiro Congresso Brasileiro de Medicina Antroposófica, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, iniciando assim a sequência de congressos nacionais, em diversas cidades, sendo que, em 2013, na cidade do Rio de Janeiro, aconteceu o 11º congresso. O 12º congresso será realizado em 2015, novamente em Juiz de Fora, Minas Gerais.

A partir de 1998, iniciou-se a formação das Regionais da ABMA. A primeira regional foi a do Distrito Federal. Hoje há regionais em MG, RS, SC, SE, SP e RJ. As regionais possibilitam que cursos de formação ocorram em outros Estados do Brasil. Hoje, a ABMA congrega cerca de 300 médicos e atua em diversas regionais. Ela mantém laços estreitos com sociedades antroposóficas no mundo, especialmente a seção médica de Goetheanum, sede do movimento antroposófico mundial, em Dornach, na Suíça.

## A agricultura biodinâmica

Em 1924, Rudolf Steiner iniciou o movimento biodinâmico através de um ciclo de oito palestras proferidas a um grupo de agricultores, durante o Congresso de Pentecostes, na Polônia. Baseada nos conceitos científicos e espirituais da antroposofia, a agricultura biodinâmica é considerada a precursora na produção de alimentos orgânicos, além de ser reconhecida como a técnica mais avançada desse tipo de cultivo.

O movimento surgiu como uma alternativa à urbanização, à industrialização e ao sistema agrícola operante – centrado na monocultura, na utilização de adubos químicos e pesticidas –, na busca por uma vida mais saudável e por uma alimentação mais natural.<sup>11</sup>

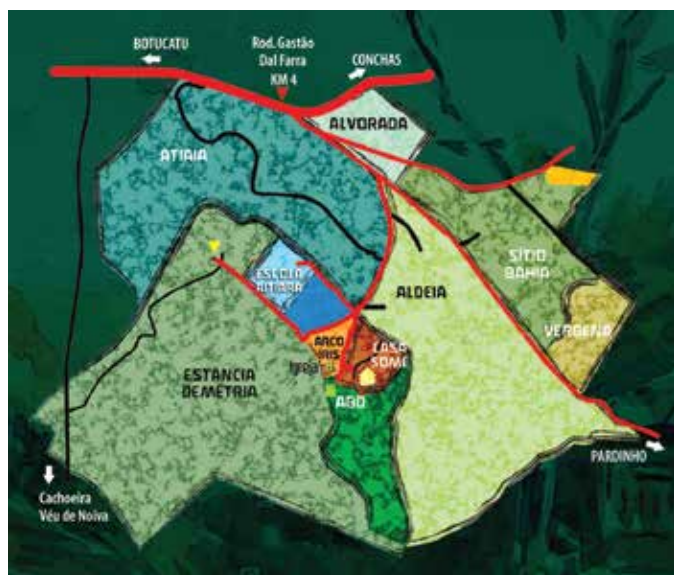
Em linhas gerais, a agricultura biodinâmica propõe renovar a relação entre o homem e a natureza, através da integração entre a sociedade, a produção agrícola, a criação de animais e o respeito ao meio ambiente. Ao integrar hortas, pastos, fruticulturas e outras culturas permanentes, florestas, sebes e capões arbustivos, mananciais hídricos e várzeas, entende a produção como um enorme organismo vivo. O plantio e a colheita respeitam o calendário astronômico desenvolvido por Maria Thun, a partir da observação dos astros e da sua influência no desenvolvimento das culturas. Adubos naturais e preparos biodinâmicos (composto líquido com propriedades minerais, animais e vegetais) são utilizados para nutrir e dar vida ao solo, promovendo um maior aproveitamento das potencialidades da plantação.

Na perspectiva da antroposofia, a agricultura biodinâmica propõe a renovação do manejo agrícola e a produção de alimentos realmente condignos ao ser humano.



Vista aérea das hortas da Fazenda Demétria, Botucatu, SP. Crédito: Fábio de Bona

<sup>11</sup> DAROLT, Moacir Ribeiro. As principais correntes do movimento orgânico e suas particularidades. In: Darolt, M.R. Agricultura Orgânica: inventando o futuro. Londrina: IAPAR, 2002. p. 18-26.



Bairro Demétria, Botucatu, SP. Crédito: Wladimir Parrilo

## A agricultura biodinâmica no Brasil

A agricultura biodinâmica desenvolveu-se no Brasil desde 1974, a partir do impulso inicial da Estância Demétria, de propriedade da Associação Tobias, em Botucatu-SP. Atualmente, em torno de 150 propriedades estão em certificação biodinâmica no Brasil.

A Estância Demétria, criada no final de 1973, surgiu do esforço de dois grupos: os fundadores da Giroflex e Associação Tobias em São Paulo com um grupo de jovens que assumiria o dia a dia da Estância Demétria. O primeiro viabilizou os investimentos necessários no decorrer de vários anos e o segundo encontrou nessas condições especiais a oportunidade para realizar os ideais que motivavam esses dois grupos. A antroposofia como caminho de conhecimento, com ênfase na agricultura biodinâmica e na busca por inovação social.

Naqueles momentos iniciais, representando os grupos mencionados, vale destacar o nome de quatro amigos: os empresários e irmãos Joaquim e Pedro Schmidt e os ainda pouco experientes e amigos de infância Jorge Blaich e Marco Bertalot-Bay. Na longa caminhada, muitos se juntariam no decorrer dos anos.

Segundo Pedro Schmidt, “[...] a tarefa da fazenda que pretendíamos comprar seria servir de base para o desenvolvimento da agricultura biodinâmica. Entretanto, Melanie, minha mãe, que em 1936 começou aquela horta acima do Rio Reno utilizando preparados biodinâmicos, faleceu em 1973, no Brasil. Foi com a sua herança que compramos o que é hoje a Estância Demétria, e, de certa maneira, aquele seu impulso biodinâmico de tantos anos atrás está materializado [...]”.<sup>12</sup>

Foram, em especial, dois jovens casais que possibilitaram que os sonhos de 1974 se tornassem realidade: Jorge e Eldbjorg Blaich e Dieter e Annemarie Pfister; com o tempo, muitos outros se juntaram a esse trabalho pioneiro. Foram anos de trabalho árduo, com muitas decepções, mas também com muitas alegrias. Com o decorrer dos anos, surgiram plantações extensas de hortaliças e plantas medicinais livres de agrotóxicos, além de laticínios. Foram iniciados uma escola e um lar para crianças, condomínios residenciais e dezenas de milhares de árvores foram plantadas, entre outras inovações. Além das pessoas envolvidas no trabalho no campo, havia um grupo de colaboradores, entre eles Humberto Loewens e os irmãos Schmidt, que, da cidade, ajudavam com conselhos e dinheiro nessa tarefa complexa.

A terra escolhida, no final de 1973 e formalmente adquirida nos primeiros dias de 1974, evidenciava feridas causadas pelo “manejo” agropecuário tradicional, com suas queimadas anuais, secas e geadas.

---

<sup>12</sup> SCHMIDT, Pedro. Como surgiu a agricultura biodinâmica no Brasil. *Agricultura Biodinâmica*, Botucatu, n. 90, 2004. Os artigos de Bertalot e Schmidt, acima citados, foram publicados na Revista Comemorativa pelos 30 anos da Estância Demétria e 80 anos da Biodinâmica no mundo, evento ocorrido em Botucatu, SP, na VI Conferência Brasileira de Agricultura Biodinâmica, em outubro de 2004.



## Os frutos gerados pela Estância Demétria

Os pioneiros pretendiam refertilizar a terra e aprender na convivência. No decorrer dos últimos 30 anos, várias atividades surgiram no bairro Demétria, entre elas: a “Estância Demétria”, origem do bairro, que foi a primeira fazenda biodinâmica no Brasil e que chegou a ter 30 hectares de verduras, 20 hectares de ervas medicinais e mais de 100 funcionários. Há poucos anos, ela juntou-se ao vizinho “Sítio Bahia” e hoje, são cinco unidades que se concentraram na produção de leite e seus derivados, hortaliças, frutas, e na proeza de produzir até trigo nesses solos ainda bem arenosos.

Integra a paisagem do bairro Demétria: uma padaria e uma lojinha com inúmeros produtos atrativos para os vizinhos, mas também para os moradores de Botucatu; a “Escola Aitiara” de pedagogia Waldorf pauta-se por uma proposta de integração social e hoje tem mais de 300 alunos do campo e da cidade; a “Associação Brasileira de Agricultura Biodinâmica” que realiza pesquisa, cursos e presta consultoria a centenas de produtores rurais por todo o Brasil; a “Associação Instituto Biodinâmico”, primeira e maior certificadora brasileira com mais de 3 mil produtores certificados e também a única brasileira com credenciamento internacional; a “Editora Agro Ecológica” que, entre outras publicações, edita uma das melhores revistas do ramo; o “Instituto Elo de Economia Associativa” que realiza o “Curso de Especialização em Agricultura Biológico-Dinâmica” (pós-graduação lato sensu) em parceria com a Associação Biodinâmica e com a Universidade de Uberaba (MG). Em seus 12 anos de existência, esse curso contou com o interesse de mais de 1.500 profissionais vindos até de outros países; a “Comunidade de Cristãos”, um movimento de renovação religiosa, com uma belíssima igreja recém-construída; a “Associação Nascentes” de preservação ambiental e recuperação dos aquíferos da região, que também realiza a coleta seletiva do lixo do bairro; o curso de formação de eurritmia, calorosamente acolhido no espaço da escola de teatro “Artistas S.A.”, em Botucatu.

Vale destacar que quase todas essas entidades que formaram a base desse desenvolvimento são Organizações Não Governamentais (ONGs) sem fins lucrativos.

Mas há ainda uma “Feira Orgânica”; uma atividade de assessoria a pequenos produtores da região e comercialização de seus produtos; uma “Casa do Mel Alvorada”; uma “Marcenaria Buriti”; a pousada e restaurante “Arco-Íris”



Hortaliças biodinâmicas da  
Fazenda Demétria, Botucatu, SP.  
Crédito: Fábio de Bona



e o “Café Some”. Além de pousada, restaurante e loja de conveniências, também existem: uma badalada “Pizza Bel”; uma pequena indústria farmacêutica; uma escolinha de teatro; uma escola de capoeira; o “Ramo Jatobá” da Sociedade Antroposófica – que realiza estudos semanais e promove palestras; um músico que constrói e literalmente forja instrumentos musicais; vários outros músicos; um coral; um pequeno museu; uma creche; o grupo de artistas “Persephone”; artistas plásticos; oficina de artesanato; eurritmistas, oficinas; terapeutas; médicos; massagista rítmica; advogados; economistas; mecânico; arquiteto; dentista; aposentados; cabeleireira; agricultores; professores; e até mesmo uma brigada de incêndio e uma escola de samba.

Todos, de alguma maneira, enriquecem a paisagem econômica, social e cultural desse bairro que, ao longo do tempo, passou a contar com vários condomínios residenciais, intercalados a áreas agrícolas e pecuárias, sempre mais arborizadas. Um olhar mais atento perceberá ainda várias residências e mais algumas outras obras que foram construídas com o intuito de desenvolver uma arquitetura inspirada na antroposofia para essa região. Projetadas por um arquiteto morador do bairro, essas obras conferem à paisagem uma marca e uma característica estética toda própria.

Fazendo um balanço da Demétria, Bertalot-Bay diz que basta comparar as áreas destinadas à agricultura convencional nas redondezas com as áreas em cultivo biodinâmico, no próprio bairro, para inferir os avanços ocorridos nesses 30 anos. Há mais vida, o solo está mais fértil, inúmeras árvores e muito verde plasmam a paisagem. Pouco a pouco fomos descobrindo a riqueza da flora e da fauna originais do cerrado, que estão sendo preservadas em algumas áreas. Ao nos mostrarem toda a sua beleza e diversidade, convidam-nos a participar da formação da paisagem que nos cerca. Flores, pássaros, coelhos, insetos e muitos outros bichos repovoaram esses espaços. Mas também os humanos aqui se desenvolveram. A população humana nessas áreas, no início dos anos 1970, provavelmente não passava de dez moradores. Hoje são mais de quatrocentos; isso sem falar dos cães, gatos, vacas, cavalos e outras criações.<sup>13</sup>

13 BERTALOT-BAY, Marco. 30 Anos da Estância Demétria. *Agricultura Biodinâmica*, ABD, n. 90, 2004. Bertalot é ex-aluno da Escola Rudolf Steiner de São Paulo. Bacharel em economia pela UNICAMP, Especialista em gestão pela UNIFAC/FGV e mestre em geografia na área de “Análise ambiental e dinâmica territorial” pela UNICAMP. É cofundador da Estância Demétria (1974), da Associação Biodinâmica (1984) e do Instituto Elo de Economia Associativa, onde trabalha desde 1991. Há mais de 20 anos, atua como docente e pesquisador no campo da Regenerabilidade Ambiental e Social. É membro da diretoria do Instituto Elo e docente nos Cursos de Especialização (Pós-graduação Lato Sensu) em Agricultura Biológico-Dinâmica e em Gestão Empreendedora Associativa. Sobre o Instituto Elo, ver: <<http://elo.org.br/>> e <<http://institutoelo.redecg.net.br/>>.

## A Associação Brasileira de Agricultura Biodinâmica

Criada em 1982, a Associação Brasileira de Agricultura Biodinâmica, no início denominada de Centro Demeter, a partir do 1º Encontro sobre a Agricultura Biodinâmica, ocorrido no Brasil em 10/6/82. No ano de 1984, passou a ser denominada Instituto Biodinâmico de Desenvolvimento Rural (IBD), já em Botucatu, quando um grupo de antropósofos, buscavam por em prática os ensinamentos da antroposofia no Brasil. O grupo, que juridicamente integrava a Associação Beneficente Tobias, decidiu enfrentar o desafio de adaptar a agricultura biodinâmica às condições tropicais, através de pesquisa, cursos e publicações.

Em 1991, teve início a atividade de certificação orgânica e biodinâmica (selo Demeter) e, em 1995, foi criada a Associação Brasileira de Agricultura Biodinâmica, com a missão de fomentar a agricultura biodinâmica no Brasil. No ano seguinte, a associação recebeu o prêmio SARD de destaque como instituição de fomento de agricultura orgânica, na Conferência Internacional da IFOAM (Federação Internacional dos Movimentos de Agricultura Orgânica).

Em 2000, a consultoria a grupos de pequenos agricultores tornou-se prioridade por considerarem essa a principal missão da Associação, pela importância desse trabalho social. A partir do apoio do MDA, MAPA, Fundo socioambiental da CEF, SEBRAE, Instituto Mahle e ABT foram desenvolvidos vários projetos de apoio a grupos de agricultores familiares em vários Estados e ecossistemas.

Em 2003, preocupados com o escoamento dos produtos agrícolas gerados pelos produtores familiares, a Associação criou o grupo de comercialização de produtos biodinâmicos, com a função de estudar e traçar estratégias de comercialização. Através do trabalho desse grupo, no final de 2005 inaugurou-se o primeiro ponto de venda, a Feirinha de Santo Amaro, onde os agricultores familiares das regiões de Maria da Fé, Gonçalves e Sapucaí Mirim (Minas Gerais) e Botucatu (São Paulo), que passaram a vender os seus produtos diretamente aos consumidores.

Produtores, produtos e consumidores na Feira da Agricultura Limpa e Produtos Orgânicos. Parque do Ibirapuera, São Paulo, SP. Fotos da autora







Pão orgânico produzido pelo Sítio Bahia/Estância Demétria. Foto da autora



Barraca da Estância Demétria com produtos biodinâmicos (laticínios e algumas geleias) e produtos orgânicos (pães e bolachas são feitos com trigo orgânico, já que em Botucatu não se planta trigo biodinâmico). Foto da autora

Em 2009, a ABD estruturou a Rede de Sementes Biodinâmicas, capacitando agricultores familiares a produzirem suas próprias sementes, organizando feiras de troca de sementes em MG e SP e fazendo pesquisa em melhoramento participativo para desenvolver variedades adaptadas ao manejo biodinâmico.

Em 2010, a ABD se cadastrou no MAPA (Ministério da Agricultura) como apta a fazer SPG (sistema participativo de garantia) dentro da lei brasileira de agricultura orgânica e da certificação Demeter. Atualmente, oito grupos no total de 60 agricultores de São Paulo e Minas Gerais participam desse processo. Em 2001, foi criada a ABD-Sul e, em 2004, a ABD-NE, entidades irmãs para desenvolvimento local da biodinâmica.<sup>14</sup>

A Associação Brasileira de Agricultura Biodinâmica participou da Feira da Agricultura Limpa e Produtos Orgânicos, inaugurada em outubro de 2013, na Rua Curitiba, 292, no Ibirapuera, pela Prefeitura de São Paulo. Funciona aos sábados, das 7 às 13 horas.

A feira reuniu cerca de 150 produtores orgânicos e biodinâmicos de diversas regiões, inclusive da cidade de São Paulo, com os mais variados tipos de verduras e frutas, frango, cogumelos, grãos, sucos, caldo de cana, pães, bolos, geleias, castanhas, etc.

Ela conta com apoio de diversas instituições da sociedade civil que trabalham no fomento à agroecologia, agricultura orgânica, biodinâmica e natural, consumo responsável, economia solidária e no apoio à agricultura familiar, entre elas a ABD - Associação Biodinâmica, AAO - Associação da Agricultura Orgânica, ANC - Associação da Agricultura Natural de Campinas, MOA Internacional - Associação Mokiti Okada, Movimento Slow Food e o Instituto Kairós - Ética e Atuação Responsável.

A agricultura biodinâmica desenvolveu-se no Brasil. Hoje há disponibilidade de artigos, livros e entidades, como a Associação Brasileira de Agricultura Biodinâmica e o Instituto Elo, que dispõem de consultores para orientar agricultores e pessoas para a prática biodinâmica, com o intuito de aumentar a vitalidade, a saúde e a produtividade de suas terras, culturas e criações.

14 Relato de Pedro Jovchevich, coordenador executivo da Associação Brasileira de Agricultura Biodinâmica, à autora em 11/2/2014. Informações sobre a Associação Brasileira de Agricultura Biodinâmica e fundamentos da agricultura biodinâmica ver: <<http://biodinamica.org.br/>>.

# Homeopatia

*“Os remédios só podem curar doenças análogas àquelas que eles próprios podem produzir.”*

HAHNEMANN



Samuel Hahnemann  
(1755-1843). Foto tirada  
em Paris em 1841

A homeopatia é um sistema terapêutico que tem como base o princípio da semelhança, enunciado por Hipócrates, no século IV a.C., princípio parecido com o das vacinas, que cuida e trata de vários tipos de organismos (homem, animais e plantas) usando medicamentos preparados por uma técnica especial, a partir de plantas, animais, minerais e substâncias químicas.

Muitos séculos depois, a homeopatia foi desenvolvida por Christian Friedrich Samuel Hahnemann (10/4/1755 - 2/7/1843), após extensos estudos e reflexões, baseados na observação clínica e experimentos realizados na época. Estudante de medicina, trabalhava como tradutor e, em uma das traduções, descobriu o efeito da quina, utilizada em pacientes acometidos pela malária. É considerado o fundador da homeopatia, em 1779, e também quem formulou os seus princípios.

“Devido aos seus conhecimentos em medicina, sabendo bem as modalidades terapêuticas de sua época, o médico alemão se deu conta de que muitas plantas e substâncias utilizadas na medicina para curar enfermidades eram tóxicas, produzindo também efeitos adversos importantes, como o fez Paracelso. Em decorrência disso passou a diluir ao máximo os medicamentos, objetivando a redução da toxicidade dessas substâncias. Os resultados promissores da nova sistemática fizeram com que o Hahnemann voltasse a clinicar. A partir daí, iniciou experimentações com os elementos dos diversos reinos.”<sup>15</sup>

O livro *Organon da Arte de Curar*, de Hahnemann, teve sua primeira edição em 1810, seguida por outras edições. Nele está contida toda a filosofia homeopática, sua essência, passando pelo processo investigativo dos medicamentos, a sua farmacotécnica, a consulta, o diagnóstico e o prognóstico.

Hahnemann publicou seu primeiro ensaio em 1796, sobre o novo método para averiguar os poderes curativos das substâncias medicinais, e que continha experimentos e revisões de estudos de outros autores na mesma linha.

---

15 VANDERLEI, Carlos Eduardo Danzi. *A homeopatia numa perspectiva sistêmica: contribuições da saúde para o desenvolvimento local sustentável*. 2010. 135 f. Tese (Mestrado em Gestão do Desenvolvimento Local Sustentável) - Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências da Administração de Pernambuco, Recife. p. 60.

Para a homeopatia, as doenças são geradas pelo desequilíbrio das forças do organismo. Portanto, o clínico homeopata não investiga somente sintomas isolados, mas considera o paciente como um todo, corpo e mente. Assim, a homeopatia trata o doente e não a doença. A homeopatia baseia-se no princípio “semelhante cura semelhante”, ou seja, uma pessoa doente pode ser curada por um medicamento que é capaz de produzir sintomas parecidos em uma pessoa sadia. O clínico homeopático deve observar com cuidado e considerar cada paciente como único.

## Homeopatia no Brasil

Os primeiros fatos oficiais em relação à homeopatia surgiram no Brasil em 1836. Naquele ano, a Academia Imperial de Medicina publicou artigos que abordavam a doutrina homeopática, falseando e deturpando as colocações feitas por Samuel Hahnemann, no *Organon da Arte de Curar*, edição de 1826.

No ano de 1840, chegou ao Brasil Benoit Jules Mure, que desempenhou um papel fundamental na divulgação e prática da homeopatia no País. Sua história pessoal explica a sua forte ligação com o novo sistema de cura. Em 1833, ele foi salvo de um quadro de tuberculose pela homeopatia, tratado pelo Conde Dr. Sebástien des Guidi, discípulo de Hahnemann, que introduziu na França a homeopatia.

Mure tornou-se pupilo de Hahnemann e passou a divulgar a homeopatia na Europa, principalmente na Itália e na França. Ingressou no movimento que seguia a doutrina socialista de Charles Fourier, e viu nessa associação a possibilidade de discutir e divulgar suas ideias por meio das publicações desse movimento.

Alguns homeopatas estrangeiros estabeleceram-se no Brasil antes da chegada do médico Mure. Um deles, Frederico Emílio Jahn, suíço que, em 1836, defendeu tese em medicina, no Rio de Janeiro, sobre a proposta terapêutica de Hahnemann. Essa tese, feita por um médico que não exerceu a homeopatia, serviu, posteriormente, de base para o aprendizado do primeiro médico homeopata do Brasil, o Dr. Duque Estrada (Domingos de Azeredo Coutinho Duque Estrada). Outros foram: Thomaz Cochrane, médico escocês formado pela Universidade de Londres, que chegou ao Rio de Janeiro em 1829; e o francês Emílio Germon, autor do *Manual Homeopático*, editado em 1843.<sup>16</sup>



Diferentes remédios homeopáticos em farmácias de Paris, 2013. Crédito: George Weber. Foto: Divulgação

<sup>16</sup> Cf. Ribeiro, Mario Antônio Cabril. História da homeopatia no Brasil. Disponível em: <[www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/.../o-que-e-a-homeopatia.html](http://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/.../o-que-e-a-homeopatia.html)>. Acesso em 28 jan. 2014.

Benoit Jules Mure e o português Vicente José Lisboa, natural de Lisboa (1810-1854), formado pela Escola Médica de Lisboa, que chegou ao Brasil em 1837, fixando-se no Rio de Janeiro, difundiram a homeopatia. Juntos criaram o Instituto Homeopático do Brasil, em 1843 e, dois anos mais tarde, fundaram a Escola Homeopática do Brasil, com direção de Mure, a primeira escola de formação homeopática que funcionava com autorização do Governo Imperial, mas que não permitia aos seus diplomados o exercício da clínica. Em 1844, já existiam vários consultórios médicos destinados à propagação da nova ciência através de atendimento a pacientes, além da preparação dos medicamentos homeopáticos. Inaugurou-se também, o que viria a ser a primeira farmácia homeopática do País, chamada de Botica Homeopática Central, assim como a Casa de Saúde Homeopática na Chácara do Marechal Sampaio, fundada em 1846. Devido ao sucesso dos ambulatórios gratuitos com a população, a Academia Imperial de Medicina decidiu também abri-los, em 1848.

Em 1847, Mure e seus companheiros editaram a revista *A Ciência*, com o intuito de difundir os progressos da homeopatia. Após desentendimento com o Dr. Domingos de Azeredo Coutinho Duque Estrada e outros colaboradores – Thomaz Cochrane, médico escocês formado pela Universidade de Londres, que chegou ao Rio de Janeiro em 1829; e o francês Emílio Germon, autor do *Manual Homeopático*, editado em 1843.

Além desses postos de atendimento, Bento Mure e Vicente José Lisboa criaram mais 26 locais de assistência ambulatorial. Eram principalmente os médicos homeopatas que atendiam a população carente e escrava naquela época. A homeopatia incorporou práticas da medicina tradicional brasileira e da fitoterapia indígena.

No período posterior a 1840, a homeopatia foi largamente discutida pela imprensa, principalmente no *Jornal do Comércio*. Sua imagem era denegrida através dos professores e grandes doutores em medicina, da Bahia e do Rio de Janeiro.

O Dr. Mure deixou o país em 13 de abril de 1848, porém, como legado, ficaram mais de 75 dispensários, as obras *Patogenesia Brasileira e Doutrina da Escola Médica do Rio de Janeiro* e *Prática Elementar da Homeopatia*, escrita com Vicente José Lisboa, em dois volumes, somando mil páginas. Dr. Bento Mure, como ficou conhecido no Brasil, faleceu no Cairo, Egito, em 4 de março de 1858, quando se preparava para voltar ao Brasil.<sup>17</sup>

17 Cf. [www.cesaho.com.br](http://www.cesaho.com.br).



A família real Britânica tem o seu médico particular homeopata e se trata no hospital homeopático de Londres. Na rede pública de alguns municípios brasileiros, a Homeopatia é oferecida como terapêutica médica, amparada pela portaria do Ministério da Saúde de maio de 2006. Foto que ilustrou matéria sobre homeopatas e a luta para a implementação do atendimento médico homeopático no Sistema Único de Saúde (SUS), RS, 2012. Crédito: *Jornal Diário Popular do Rio Grande-RS*



Farmácia homeopática América, São Paulo. Na foto, o laboratório da Farmácia. Foto: Divulgação

Royal London Homeopathic Hospital, em 2013. O hospital Royal London foi fundado em 1849. Atualmente fornece tratamento de alta qualidade aos pacientes, independentemente de poderem pagar pelos serviços prestados. Foto: Divulgação



Com a finalidade de prestar assistência homeopática gratuita à população, em junho de 1909, foi aberto o Dispensário Homeopático São Paulo. Em 1912, foi fundada a Faculdade Hahnemanniana, na capital carioca. Na Bahia, Alfredo Soares da Cunha reimplantou a homeopatia, em 1913.

Em 1952, o ensino da farmacotécnica homeopática tornou-se obrigatório em todas as faculdades de farmácia do Brasil. Em 1966, foram publicadas várias portarias, com instruções de instalação e funcionamento de farmácias homeopáticas e industrialização dos medicamentos; e, em 1976, foi oficializada a Farmacopeia Homeopática Brasileira.

Em 1980, houve uma grande conquista da homeopatia brasileira, com o reconhecimento como especialidade médica pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) que a incluiu no rol de suas especialidades, através da resolução CFM nº 1.000, de 4 de junho de 1980. Nesse processo, o Dr. Alberto Soares de Meirelles desempenhou importante papel. Em março de 1996, foi reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária.<sup>18</sup>

Atualmente, a homeopatia é ensinada nas universidades do País nos cursos de graduação médica, como disciplina opcional ou fazendo parte da grade curricular. Para se tornar homeopata, é preciso ser graduado nas áreas de medicina, medicina veterinária, farmácia ou odontologia.

A homeopatia é oferecida como terapêutica médica na rede pública em vários municípios brasileiros, amparados pela portaria do Ministério da Saúde, de maio de 2006, que recomenda o atendimento homeopático nas unidades básicas de saúde pública.

<sup>18</sup> Cf. site da Associação Médica Homeopática Brasileira. Disponível em: <<http://www.amhb.org.br/conteudo/206/157/institucional.html>>. Acesso em 27 jan. 2014.

## Propriedades Farmacológicas

Devido às frações alcaloídicas e flavonoídicas, o maracujá age como depressor inespecífico do sistema nervoso central, resultando em uma ação sedativa, tranquilizante e antiespasmódica da musculatura lisa. A passiflorina é um medicamento de grande valor terapêutico como sedativo e que apesar de narcótico, não deprime o sistema nervoso central. (Cf. Barbosa, P. R. Estudo da ação psicofarmacológica de extratos de *Passiflora alata dryander* e *Passiflora edulis sims*. Criciúma, SC: Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2006).



## Acupuntura

Praticada há mais de quatro mil anos no Oriente, a medicina tradicional chinesa foi introduzida no Brasil pelos imigrantes asiáticos e seus descendentes, que muito têm contribuído para a área da saúde no Brasil. É cada vez mais expressivo o uso da medicina tradicional e da farmacologia chinesas, incluindo a acupuntura e as técnicas de massagem, como o Tui na e o Chi kung. A acupuntura e o shiatsuterapia (de origem japonesa e conhecido no Brasil equivocadamente como massagem)<sup>19</sup> são, no entanto, os tratamentos mais utilizados. Entretanto, durante décadas, essas práticas ficaram restritas às comunidades por eles formadas em território brasileiro, pois tinham dificuldade em se comunicar na língua portuguesa.

Nas últimas décadas do século XIX, no Brasil e em outros países da América do Norte e Europa, a acupuntura ultrapassou a questão do modismo, sendo praticada por milhares de pessoas. Constatou-se que a acupuntura é hoje um tratamento eficiente para a maioria dos tipos de dor e outras doenças, tendo os médicos que a empregam recebido honorários dos sistemas de saúde estatal e de seguros de saúde particulares.

A acupuntura tem fundamento científico e, no Brasil, está entre as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

A história da farmácia homeopática, fundada em 1847, por A. J. de Souza Magalhães, se confunde com a da própria cidade do Rio de Janeiro. Outrora denominada *Imperial Pharmácia*, passou, em 1887, às mãos do boticário português José Teixeira Novaes, seu funcionário desde 1883. A família manteve sua tradição e seus magníficos móveis e utensílios até 1983, quando foi obrigada a se desfazer do imóvel. Acervo: Museu Histórico Nacional, RJ

<sup>19</sup> Etimologia: massagem, do francês *massage*, significa compressão metódica do corpo ou de parte dele, para melhorar a circulação ou para que se obtenham outras vantagens terapêuticas; *shiatsu* do japonês, forma de massagem, que consiste na aplicação de pressão sobre os pontos de acupuntura e meridianos corporais através dos dedos.

A técnica baseia-se em energias que percorrem o corpo. Esses trajetos – meridianos ou canais de energia –, passam pelos órgãos e vísceras e se exteriorizam na pele e estruturas próximas, como, tecido subcutâneo, músculos, tendões e outras. Nos trajetos dos meridianos mapeados, os pontos

podem ser alcançados por agulhas, permitindo que sejam estimulados ou sedados, para desbloquear a passagem da energia e permitir sua circulação e distribuição pelo organismo. O acupunturista seleciona e combina os pontos mais adequados para colocação das agulhas, de acordo com as desarmonias e características de cada indivíduo.

Na prática dessa modalidade clínica, alguns médicos destacam-se em hospitais universitários. Desde o início dos anos 1990, o Centro de Dor do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo começou a aplicar a acupuntura chinesa. Integrado pela Dra. Lin Tchia Yen, pelo

Prof. Dr. Manoel Jacobsen Teixeira e pelo Dr. Hong Jin Pai, o Centro é uma entidade científica de pesquisa e ensino que mantém uma equipe permanente multidisciplinar, com o objetivo de avaliar os efeitos da acupuntura em dor de diferentes origens. O Hospital São Paulo (Escola Paulista de Medicina) implantou em 1998, o primeiro serviço de pronto atendimento em acupuntura do Ocidente, e recebe de 60 a 80 pacientes por dia. O setor de acupuntura do hospital tem como chefe o Dr. Ysao Yamamura.

Aos poucos foram criados cursos de acupuntura patrocinados por sociedades médicas ou ligados a hospitais universitários: Setor de Medicina Chinesa-Acupuntura do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Universidade Federal de São Paulo, Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da USP, entre outros.

O reconhecimento dessa modalidade de tratamento pela comunidade médica culminou com a implantação de residência médica em hospitais



Reprodução de livro em língua chinesa com ensinamento de Acupuntura. Crédito: CEMETRAC

universitários. Na Faculdade de Medicina da USP, os alunos têm a oportunidade de conhecer a acupuntura pela Liga da Dor e pela Liga de Acupuntura da Clínica de Neurologia do Hospital das Clínicas da USP. No ano de 2002, foi criado o curso opcional de acupuntura para o quarto ano do curso de graduação.

A prática da técnica começou a se difundir também entre os médicos veterinários para o tratamento de animais de pequeno e de grande porte. Em 1994, foi realizado o primeiro Simpósio Brasileiro de Acupuntura Veterinária, sendo fundada, em 1999, a Associação Brasileira de Acupuntura Veterinária (ABRAVET), no I Congresso Brasileiro de Acupuntura Veterinária.

## A inserção de acupuntura na rede pública de saúde

Em 3 de março de 1988, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), integrada pelas secretarias gerais dos Ministérios da Saúde, da Providência e Assistência Social, da Educação e Cultura, e do Trabalho, emitiu a Resolução 05/88, que instituía a prática da acupuntura nos atendimentos públicos médico-assistenciais, garantindo o acesso da população a esse método terapêutico milenar e estabelecendo normas e rotinas relativas ao seu exercício. Essa resolução também reconhecia a Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA) como o órgão representativo dos médicos acupunturistas brasileiros e como instituição que concede títulos de especialização. Finalmente, estabelecia que a acupuntura só poderia ser exercida por médicos qualificados.

A partir de então, diversos serviços de acupuntura foram estabelecidos na rede pública por iniciativa de médicos, em centenas de locais de atendimento, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), em que essa técnica está colocada à disposição dos usuários.

Hoje, a acupuntura tem sido utilizada na maioria dos hospitais universitários de São Paulo. São exemplos o Hospital das Clínicas e o Hospital São Paulo, ambos da rede pública, o Hospital do Servidor Público Municipal e Estadual, o Centro de Saúde Paula Souza, da Faculdade de Saúde Pública da USP.



Paciente sendo atendido para tratamento com acupuntura em consultório, SP. 2012.  
Foto: Divulgação



## Três linhas de atuação em acupuntura no Brasil: médicos, especialistas e técnicos

No Brasil, existem muitos profissionais trabalhando e ajudando a melhorar a saúde da população por meio da acupuntura. Na prática da modalidade brasileira, destacam-se três diferentes correntes: a dos médicos, a dos especialistas, que inclui os profissionais com formação superior, e a daqueles de nível técnico.

### Médicos

A Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA), fundada em 1984 com a finalidade de congregar os médicos acupunturistas brasileiros, em pouco tempo tornou-se principal interlocutora diante das instituições de saúde do País. Em 1995, a Sociedade Médica de Acupuntura de São Paulo (SOMA-SP), filiada à SMBA, foi criada com a finalidade de realizar cursos e congressos direcionados a médicos e oferecer tratamento gratuito a pessoas, semanalmente, na capital paulista. O trabalho foi idealizado e coordenado por Hong Jin Pai e Wu Tu Hsing, com a participação voluntária de outros 20 médicos.

Hong Jin Pai<sup>20</sup> nasceu em Taiwan em 1954, emigrando para o Brasil em 1969. Depois de concluir a Faculdade de Medicina da USP e fazer a residência médica, foi para a China, onde se especializou em acupuntura nas áreas de ortopedia, neurologia, ginecologia e clínica geral. Em 1989, começou a aplicar a acupuntura chinesa no Centro de Dor do Hospital das Clínicas da USP. A partir de 1995, tornou-se médico orientador do Curso de Especialização em Acupuntura no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas.

A acupuntura foi reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina em 1995 e pela Associação Médica Brasileira em 1998. Há um parecer do Conselho Federal de Medicina que reconhece a validade da prática da acupuntura e autoriza os médicos a ele filiados a utilizarem essa técnica.

---

20 Cf. <<http://www.hong.com.br>>.

## Especialistas e técnicos

Outra importante corrente de atuação da acupuntura é a de profissionais não médicos, que atuam na área da saúde, como os enfermeiros, biomédicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros. A terceira linha é formada por pessoas que, em sua maioria, têm nível técnico ou são terapeutas naturais.

Fundada em 3 de julho de 1983 como Associação de Acupuntura da América do Sul, seu nome foi alterado para Associação de Medicina Chinesa e Acupuntura do Brasil (AMECA), em 21 de dezembro de 1998, tendo como missão a troca de experiências, ideias e divulgar a tradicional medicina chinesa. Tornou-se a primeira entidade de Medicina Tradicional Chinesa (MCT) do Brasil filiada à World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies (WFAS), em 22 de novembro de 1987. Na criação da AMECA, cerca de 20 acupunturistas, com longa experiência no Brasil, desempenharam importante papel, entre eles o Dr. Liu Chih Ming.

Liu Chih Ming - um dos mais conceituados acupunturistas do Brasil - nasceu em 1948, formou-se em Medicina pelo China Medical College, em Taiwan, chegando ao País em 1979. Filho do mestre taoísta Liu Pai Lin, foi por ele iniciado em uma linhagem taoísta de mestres com conhecimento na arte da cura. Dr. Liu, em seu relato, destaca que muito do que aprendeu não se encontra nos livros e nas escolas de acupuntura da China, pois a tradição ainda é oral, de mestre para discípulo. É PhD em Acupuntura pelo Centro Internacional de Exames de Acupuntura de Pequim, membro executivo da Federação Mundial de Acupuntura e Moxabustão (WFAS-World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies) e diretor do Comitê de Avaliação dessa importante entidade. Em 1995, como missão, estabeleceu o Centro de Estudos de Medicina Tradicional e Cultura Chinesa na cidade de São Paulo, sendo seu diretor-presidente. Além de atendimento, oferece cursos de formação em acupuntura e massagem chinesa.<sup>21</sup>

Se, no início, a acupuntura era praticada pelos imigrantes asiáticos e seus descendentes, hoje a especialidade atrai médicos de todas as origens e áreas por ter-se revelado um tratamento complementar de baixo custo e sem efeito colateral.

Alunos e o mestre taoísta Liu Pai Lin treinam tai chi chuan em Brasília, DF. Pai Lin foi um dos introdutores da Medicina Tradicional Chinesa no Brasil, fundador do Instituto Pai Lin de Cultura Chinesa, em São Paulo e Diretor de Instrução de Longevidade da Universidade da Paz, em Brasília. Crédito: Liu Chih Ming



<sup>21</sup> <Cf. [www.cemetrac.com.br/](http://www.cemetrac.com.br/)>.



*Les étrennes de Noël* (Presentes de Natal).  
Aquarela sobre papel de Jean Baptiste  
Debret. Crédito: Museu Castro Maya. In:  
BANDEIRA, Julio; LAGO, Pedro Corrêa do.  
Debret e o Brasil: obra completa (1816-1831).  
Rio de Janeiro: Capivara, 2013. p.156



# O mosaico cultural que cuidou da saúde no Brasil Colônia

## A saúde e a medicina trazidas pelos portugueses

*“E foi que, de doença crua e feia,  
A mais que eu nunca vi, desamparam  
Muitos a vida, e em terra estranha e alheia  
Os ossos para sempre sepultaram.  
Quem haverá que, sem o ver, o creia,  
Que tão disformemente ali lhe incharam  
As gengivas na boca, que crescia  
A carne e, juntamente, apodrecia?”*

LUÍS DE CAMÕES. OS LUSÍADAS, 1572

**P**ara uma compreensão melhor da medicina brasileira, devemos buscar suas raízes na Europa, sobretudo em Portugal, nos séculos que antecederam as viagens marítimas que culminaram no descobrimento do Brasil. Na chamada “Era dos Descobrimentos Portugueses” (séculos XV e XVI), os conhecimentos da fisiologia do corpo humano estavam ainda pautados nos preceitos hipocráticos. Hipócrates (460 - 370 a.C.) é o “Pai da Medicina Ocidental”, cujo juramento é solenemente pronunciado até hoje por médicos e outros profissionais da saúde na ocasião de sua formatura, mediante o qual prometem exercer a prática médica para fins benéficos.



Aparelho romano para redução de fraturas. A cirurgia greco-romana utilizava diversos métodos mecânicos para o tratamento de fraturas, luxações e deformações da coluna vertebral. Gravura extraída de STAROBINSKI, Jean. *História da medicina*. São Paulo: Morais Editora, 1963. p.18



O sistema muscular de um manequim anatómico. Gravura extraída do "De Humani Corpori Fabrica", Londres, 1545. p. 45

Conforme as teorias hipocráticas, o organismo humano foi compreendido com base em quatro humores corporais (sangue, fleugma ou pituíta, bílis amarela e bílis negra) que, consoante às quantidades relativas presentes no corpo, levariam a estados de equilíbrio (eucrasia) ou de doença e dor (discrasia). Tais teorias influenciaram Cláudio Galeno (130 - 200 d.C.), que desenvolveu a teoria dos humores hipocráticos e realizou estudos nos âmbitos de anatomia, fisiologia, anatomia e patologia, influenciando alguns conceitos até meados do século XIX.

De acordo com Oliveira Marques, a preocupação greco-romana com o corpo instituiu o banho ou a lavagem prolongada como hábito em diversos territórios ao redor do Mar Mediterrâneo. Os hábitos difundidos pelo crescimento do Império Romano (27 a.C. - 476 d.C.) e pelo contato com os povos árabes aprimoraram as práticas de higiene individual, e também coletiva, em várias regiões europeias. Evidentemente, a limpeza e o asseio estavam relacionados ao poder aquisitivo, mas seus preceitos encontravam-se minimamente difundidos no seio social.

Com a hegemonia dos dogmas católicos durante a denominada Idade Média (convencionalmente delimitada na história ocidental pelos anos de 476 a 1453), a preocupação com a salvação da alma e também o ideário acerca do pecado sobrepuseram, e praticamente anularam, os cuidados com o corpo. A sociedade predominantemente feudal que se formou a partir daí abandonou também, gradualmente, o conceito de obra pública, não impulsionando a construção e a manutenção de aquedutos, banhos e outros bens coletivos.

Na Época Medieval, em Portugal, má colheita gerava fome e corpos desnutridos levam a doenças. Devido à pobreza, o período foi marcado pela prática da caridade. Predominava o cristianismo com a sua rede de clérigos, constituída por religiosos regulares (ordens monásticas e ordens mendicantes).

A Igreja teve papel de destaque no campo assistencial, através de conventos e mosteiros que dispunham de albergues para peregrinos e hospitais. Entretanto, o conceito moderno de hospital não existia nessa época, exceto nas enfermarias dos conventos. Os hospitais mencionados a seguir não passavam de recolhimento ou hospícios, com assistência médica muito reduzida ou quase nula.

Em Portugal havia os hospitais de meninos, os termas, os lazaretos (para doenças contagiosas) e os para regeneração de mulheres. Podemos falar em hospital somente a partir do século XV, que, no geral, eram pequenos.

As práticas assistenciais medievais eram permeadas pela concepção da caridade cristã, entendida por “louvor a Deus pelo amor ao próximo”. Algumas instituições ofereciam alguns cuidados de saúde, que se limitavam ao acompanhamento do doente, restrito a não mais que três dias, roupa, água e sal, além de recitação de orações.

O aumento populacional, ocorrido a partir do século XII, teve como decorrência o aumento da pobreza. Em decorrência, abadias e mosteiros passaram, então, a receber “esmolas” para obras de assistência aos pobres, tratamentos a leprosos e outros doentes, além de apoio a peregrinos. A historiografia portuguesa também salienta a ação de particulares na ajuda aos pobres.<sup>22</sup>

Os reis portugueses fundaram mosteiros e locais de auxílio a doentes, legando esmolas a pobres. Muitas instituições medievais de assistência eram iniciativas régias, como o Hospital dos Inocentes de Santarém, patrocinado por D. Isabel e destinado a enjeitados e pobres. Mas, havia o predomínio da assistência por instituições locais.

Inúmeras confrarias foram criadas em diversas cidades. Irmandades socorriam os pobres e necessitados. Sermão de Santo Antonio de Lisboa enaltece a esmola como caminho da salvação. A crise do século XIV acelerou a decadência do feudalismo e o fim da Idade Média na Europa Ocidental. Fome e epidemias assolavam o reino de Portugal, tornando ainda mais necessária a criação de confrarias e a prática da assistência nas obras de misericórdia, a partir de meados daquele século. Por incapacidade de funcionamento, a Coroa passou a intervir cada vez mais.

D. João II (1455-1495) e D. Manuel I (1469-1521), que, à frente do reino português, colocaram Portugal na liderança do movimento expansionista europeu, reformaram a política hospitalar e, posteriormente, no reinado de D. Manuel I, as primeiras misericórdias foram criadas.<sup>23</sup>

A crise atingiu as universidades e as escolas medievais e, consequentemente, também afetou o progresso científico em desenvolvimento. As práticas médicas cederam lugar às superstições e a medos ocasionados pela peste negra, vista como castigo de Deus.

Em Portugal grassavam pestes e outras doenças contagiosas de tipo epidêmico em vários anos. As epidemias de peste bubônica foram a de 1348



Nascimento de criança numa casa árabe. Mulher em dores de parto apoia-se em criada e recebe cuidados de uma parteira. Ilustração de manuscrito iraquiano de 1237. Gravura extraída de STAROBINSKI, Jean. *História da medicina*. São Paulo: Moraes Editora, 1963. p.21

22 Cf. A POBREZA e a assistência na Península Ibérica: actas. Lisboa. Instituto de Alta Cultura, 1973. Tomo 1. p. 238-240.

23 CENTRO de Estudos de História Religiosa da Universidade Católica Portuguesa (ed. lit.). *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas, 2002.

- a maior de todas, a chamada “peste negra” - e a de 1415. Elas mobilizaram esforços de físicos, boticários, curandeiros e bruxos, e até de filósofos e políticos na busca de remédios eficazes e de proteção.<sup>24</sup>

Os físicos (médicos da época) deram explicações mais racionais para a doença, mas foram incapazes de descobrir que ela se originava de uma bactéria existente no estômago das pulgas dos ratos.

Cortejos fúnebres marcaram o cotidiano de Lisboa durante séculos e os cemitérios foram construídos fora da cidade. Doentes da peste eram isolados. Grandes fogueiras, feitas com ervas e coisas cheirosas, procuravam purificar a atmosfera. Portas e janelas de habitações de pessoas vitimadas eram tapadas com pedra e cal. Acontecimentos públicos, como as procissões, eram proibidos para se evitar ajuntamento e risco do contágio.

No século XVI, em vários anos das três primeiras décadas, a peste ainda rondava Lisboa, e se espalhando pelo reino elevava o número de mortos. Houve tentativas de limpar a cidade através de canos de esgoto e da remoção de lixo de matérias fecais para as praias. Fogueiras de alecrim eram consideradas um dos melhores desinfetantes para afugentar os germes da atmosfera.

Entre 1569-1570, Lisboa e seus arredores foram novamente atingidos pela peste grande, que levou mais de 80 mil pessoas ao óbito.<sup>25</sup>

No final do século XVI, a crise se tornou aguda em Portugal. Baixas colheitas comprometeram o abastecimento de Lisboa, que teve tremor de terra em 1598 seguido por surto de cólera, varíola, sífilis. De 1598 a 1603, a peste voltou, vitimando milhares de pessoas.

Fome, doenças, epidemias, guerras, catástrofes naturais tiveram reflexo na demografia europeia. A expectativa de vida nos séculos XIV a XVIII girava em torno de 30 anos, estimativa que poderia variar de acordo com as condições socioeconômicas da pessoa.

A escassez de moedas (quando voltou a ser fonte de riqueza) também foi um fator importante na crise do século XIV. Causada pelo comércio de mão única, em que os comerciantes europeus compravam do Oriente e vendiam na Europa, as moedas de metais preciosos ficaram escassas, criando uma situação de crise.

No período medieval português não foi diferente. Sabe-se que a higiene passou a ser uma questão local e cada vila ou concelho assumia a



Cena de trepanação craniana. In: “Tratado Completo sobre as Feridas”, Londres, 1678, do inglês John Brown. Medicina e Saúde. p. 345

<sup>24</sup> Ibid., p. 37.

<sup>25</sup> MICELLI, Paulo. *O ponto onde estamos: viagens e viajantes na história da expansão e da conquista* (Portugal, séculos XV e XVI). Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1998. p. 46-47.



Médico examinando paciente operado. Gravura em madeira do *Buch der Chirurgie* (1497), de H. Brunschwig, que contribuiu para o renascimento da cirurgia. Gravura extraída de STAROBINSKI, Jean. *História da medicina*. São Paulo: Morais Editora, 1963. p. 34

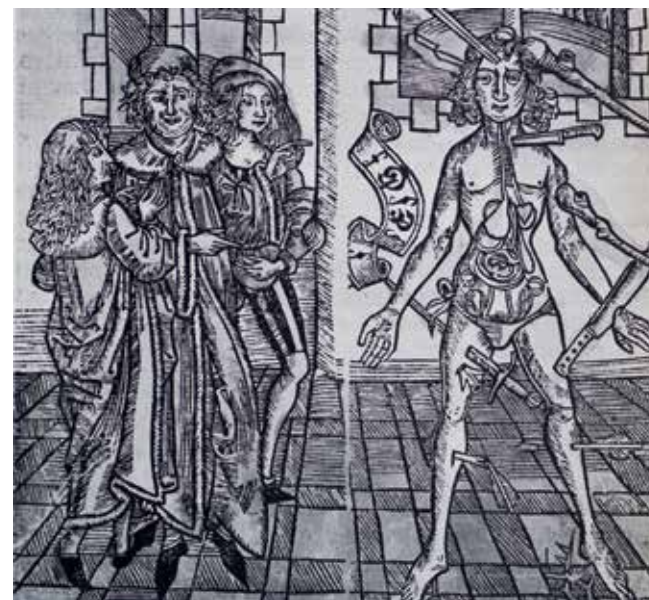
iniciativa de prover o seu próprio abastecimento de água, a pavimentação das ruas e a limpeza geral, cuja intensidade e continuidade dependiam da prosperidade econômica da produção de sua terra.

As referências específicas sobre os hábitos e os instrumentos de higiene à época são escassas nas fontes documentais, referindo-se, em geral, aos grupos sociais mais abastados. Dentro das casas nobres, havia lavatórios, banheiras e privadas, mas eram inexistentes nas casas dos burgueses. As paredes internas e externas das casas eram caiadas e era costume perfumar os ambientes com a queima de ervas, como o alecrim. Por certo, os mais pobres se utilizavam de urinóis e bacias, tendo como hábitos a limpeza do chão, que era forrado de palha constantemente trocada.

Com o início da chamada Idade Moderna (período da história do Ocidente compreendido entre os anos de 1453 e 1789), os europeus vivenciaram movimentos científicos, políticos, religiosos e culturais. O Renascimento, o Iluminismo, as Reformas Protestantes e os Descobrimentos Marítimos alteraram paradigmas e mudaram o mapa do mundo. Em meio a toda a eferescência impulsionada a partir do século XV, os europeus travaram novos contatos com outras civilizações, ampliando e aprimorando seus conhecimentos práticos e empíricos em várias esferas do saber, entre as quais, na área da saúde e higiene.

Foi somente a partir da época moderna que houve o prenúncio de uma medicina científica, embasada em conhecimentos de anatomia. Isso porque, nos séculos anteriores, os cadáveres humanos eram considerados sagrados, sendo um empecilho para a realização de autópsias. As experiências começaram a ocorrer conforme se verificava um abrandamento da oposição eclesiástica e, a partir do século XIV, a dissecação anatômica para fins didáticos foi integrada ao ensino universitário.<sup>26</sup>

De um modo geral, a medicina europeia era exercida por aqueles que haviam cursado a universidade, os médicos ou físicos, que exerciam a clínica, e os cirurgiões. Esses, na Península Ibérica, podiam ser diplomados quando frequentavam aulas específicas (anatomia e cirurgia) na universidade ou aprovados quando apenas prestavam exame para qualificação. Havia também os cirurgiões-barbeiros que, com formação elementar advinda de um mestre do mesmo ofício, realizavam intervenções cirúrgicas e procedimen-



Médico ensina como curar diferentes ferimentos. Gravura extraída de STAROBINSKI, Jean. *História da medicina*. São Paulo: Morais Editora, 1963. p. 35

26 Em direção à medicina científica. In: *História da Medicina*, 2001, p. 26. EM DIREÇÃO, CAPITALIZADO.



Iluminura de extrema-unção, Livro de Horas de D. Fernando, Museu Nacional de Arte Antiga, Lisboa. In: MATTOSO, José. (editor). *História da vida privada em Portugal*. Lisboa: Círculo de Leitores, Temas e Debates, 2011. 1 - *A idade média* / coord. de Bernardo Vasconcelos e Sousa. p X



tos mais elementares, como a sangria, as extrações dentárias e as drenagens de abscessos.<sup>27</sup>

Para termos uma ideia dos hábitos populares de higiene no Portugal do século XVI, existiam cerca de 3.500 lavadeiras e ensaboadeiras em Lisboa nessa época, o que evidencia cuidados no asseio do vestuário. Ademais, a indústria dos sabões teve certa relevância em Portugal, onde se fabricavam sabões preto e branco (a partir de azeite e cinzas), preocupação essa que foi herdada pelo Brasil Colônia, dada a produção de sabão caseiro feito de sebo, cinzas e soda.

Também eram comuns os cuidados com os cabelos e a barba, sendo de extrema relevância a figura do barbeiro, cuja função extrapola as habilidades habituais de hoje, uma vez que, como afirmamos, desempenhava papel de cirurgião, de sangrador e até de médico. Também era habitual lavar as mãos e a boca, fato atestado pela existência de lavatórios, de bacias próprias e de toalhas (de mão e de boca).

Conforme afirmamos anteriormente, os Descobrimientos Marítimos ampliaram ou alteraram as concepções europeias. Nos séculos XIV e XV, as rotas comerciais do Mar Mediterrâneo eram monopolizadas pelos venezianos e genoveses. As especiarias (pimenta, canela, noz-moscada, gengibre, cravo) e outros produtos, como o algodão indiano, a seda chinesa, louças, perfumes, pedrarias e açúcar, vindos do Oriente, eram consumidos na Europa. Quebrar tal monopólio e se inserir nesse mercado foi o principal motivo das grandes navegações portuguesas, consideradas, em seu conjunto, um dos maiores feitos da humanidade.

Nessa época, o Oceano Atlântico ainda era conhecido como “o Mar Tenebroso”, envolto em lendas e povoado por monstros e perigos. Porém, já no início do século XV, Portugal passou a realizar o comércio de cabotagem pela costa atlântica, tendo como figura central o Infante D. Henrique, o Navegador, e o Rei João II. O marco inicial foi a conquista de Ceuta (em 1415), seguido pelo Cabo Bojador (por Gil Eanes, em 1434). No ano de 1488, Bartolomeu Dias dobrou o Cabo da Boa Esperança, comprovando a comunicação entre os oceanos Atlântico e Índico e, entre 1497 e 1498, Vasco da Gama descobriu o caminho marítimo para a Índia.

Com a notícia do domínio mouro sobre as rotas orientais, Portugal decidiu preparar a Segunda Armada à Índia. A tripulação possuía cerca de

27 MARTIRE JÚNIOR, Lybio. Breve história da medicina brasileira. In: ALLAMEL-RAFFIN, Catherine; Lepège, Alain; Martire Junior, Lybio. *História da medicina*. São Paulo: Editora Ideias & Letras, 2011. p. 86.

1.500 homens, embarcados nos treze navios: nove naus, três caravelas e um navio menor. A armada saiu de Lisboa pelo Tejo em 9 de março de 1500. No dia anterior, o rei havia entregue ao capitão-mor Pedro Álvares Gouveia (Cabral), o estandarte real e a bandeira de Cristo. De acordo com a Carta de Caminha, foi possível traçar a rota da viagem até as proximidades da costa brasileira. Em cinco dias foram percorridas 700 milhas até as Canárias e em mais oito dias atingiram as Ilhas de Cabo Verde.

Por volta de 18 de abril, a armada possivelmente atingiu a latitude da atual cidade de Salvador (13° S) e na terça-feira das oitavas de Páscoa, 21 de abril, avistaram o Monte Pascoal e, em 22 de abril de 1500, à hora de vésperas, afirma Caminha, “houvemos vista de terra a saber primeiramente de um grande monte mui alto e redondo e doutras serras mais baixas ao sul dele, e terra chã com muitos arvoredos”, batizada por Cabral de Terra de Vera Cruz.

Da descoberta ao início da colonização, 30 anos se passaram sem a Coroa definir o seu interesse pelo Brasil. O objetivo das primeiras expedições era o de adquirir conhecimento da costa e de seus habitantes. Inicialmente, a terra descoberta parecia oferecer apenas o pau-brasil, que começava a atrair comerciantes e corsários franceses. Para essa exploração foram estabelecidas feitorias ao longo da costa e os índios passaram a derrubar e embarcar os troncos. Em 1502, a Coroa portuguesa, visando acabar com o contrabando, concedeu o monopólio de extração e comercialização do pau-brasil a Fernando de Noronha. Em 1515, a expedição de Cristóvão Jaques foi enviada para observar e combater às atividades dos castelhanos na costa brasileira. Essa viagem estendeu-se até o Rio da Prata e resultou na criação da feitoria de Pernambuco.

Sobre a saúde a bordo, existem relatos horripilantes sobre as doenças que se alastravam nas frotas para a Índia e o Brasil. Muitos desenvolviam doenças logo no início da travessia, visto que já embarcavam contaminados. No ambiente náutico, as doenças contagiosas proliferavam rapidamente, especialmente pelo confinamento e pelas péssimas condições de higiene. No entanto, boa parte das enfermidades ocorria devido à quantidade e também à qualidade da alimentação que os embarcados recebiam durante a viagem. No geral, apresentava fraco teor nutricional e estava submetida à deterioração, causada pelo calor e pelo mau acondicionamento.

Tais circunstâncias se refletiam na saúde, como era o caso do escorbuto, causado por deficiência de vitamina C, a qual é encontrada em folhas e frutas frescas, alimentos que não se compatibilizavam com uma dieta com-



As autópsias eram praticadas para fins médico-legais, no intuito de confirmar ou excluir suspeita de envenenamento. Miniatura extraída de “De Casibus Virorum Illustrium”, de Boccaccio. Gravura extraída de STAROBINSKI, Jean. *História da medicina*. São Paulo: Moraes Editora, 1963. p. 32



Médico da Idade Média com fato “protector” antipeste. c. 1606. Crédito: Paul Fürst/History of Medicine



Frota de Cabral saindo do Rio Tejo. Ilustração de Roque Gameiro para o livro "História da Colonização Portuguesa no Brasil". Porto, Litografia Nacional, 1923

Imagem do Novo Mundo. Ilustração de Johann Froschauer, para primeira edição da "Carta Mundus Novus", atribuída a América Vespúcio, publicada em Augsburg, 1504

posta, basicamente, por bolachas e carne de porco salgada, como a encontrada nos navios à época. O escorbuto provoca inchamento das gengivas e a necessidade de cortá-las para não apodrecerem, sendo considerada a doença que mais dizimou tripulações nesse período.<sup>28</sup>

Muitas Armadas partiam sem físico, cirurgião ou boticário e, às vezes, sem botica. Apenas o barbeiro, acumulando funções de sangrador, é frequentemente referido nos diários e crônicas de bordo. Somente a partir da segunda metade do século XVI, houve melhorias na saúde naval, com apoio médico e farmacológico.<sup>29</sup>



Ilustração de uma caravela portuguesa retornando a Lisboa, carregada de produtos trazidos da colônia. In: Castelo-Branco, Fernando. "A Expansão Portuguesa e a culinária". Lisboa, 1989. p. 75

## As concepções indígenas relacionadas à saúde

Quando os portugueses começaram a ocupar o território brasileiro, encontraram os tupiniquins. O ramo tupi, pertencente à família tupi-guarani, é um grande grupo étnico originário da Amazônia, mais especificamente da área compreendida entre os rios Madeira e Xingu. Há cerca de 2.500 anos, teriam iniciado um processo migratório devido ao crescimento demográfico e à desertificação do solo. Por meio dos rios Madeira e Guaporé, chegaram às bacias fluviais do Paraguai-Paraná-Uruguai e, a partir daí, se expandiram para o leste, dividindo-se em dois ramos: os tupis e os guaranis, os quais, gradualmente, originaram outros subgrupos.

Durante séculos, os tupis-guaranis expulsaram os habitantes do litoral (macro-jê ou tapuias), dominando a orla marítima, rica em peixes, moluscos

28 Cf. MARQUES, A. H. De Oliveira. *A sociedade medieval portuguesa: aspectos da vida cotidiana*. Lisboa: Livraria Sá da Costa Editora, 1974.

29 Cf. FRADA, João José Cúcio. História, medicina e descobrimentos portugueses. *Revista ICALP*, v. 18, p. 63-73, dez. 1989.



Diferentes vegetais utilizados nos colares, tatuagens e alimentação, do pintor francês Jean Baptiste Debret, 34x53 cm - Litografia aquarelada. Acervo: Museu Chácara do Céu, Rio de Janeiro

e crustáceos. Por volta de 1500, os tupis ocupavam a costa entre o Ceará e o atual município de Cananeia (SP). Já os guaranis, dominavam a faixa litorânea existente entre aquela cidade paulista e a Lagoa dos Patos (RS), além de regiões no sertão.

Os hábitos indígenas constituíram parte importante na formação da saúde no Brasil Colônia, certamente contribuindo para a adaptação dos europeus no novo território. Em razão da oralidade de sua cultura e do preconceito que permeava as relações entre autóctones e recém-chegados, pouco sabemos sobre as concepções de saúde e higiene praticadas pelos indígenas à época, com exceção dos relatos de viajantes que aqui estiveram no período colonial e do Império e também das percepções registradas pelos jesuítas.

A diversidade dos grupos indígenas, bem como a riqueza do ecossistema da Colônia atraíram, desde o início do encontro entre ameríndios e europeus, o interesse de pessoas de diversas áreas. Missionários jesuítas (Manuel da Nóbrega, Fernão Cardim ou Francisco Soares), laicos de origem portuguesa, como Gândavo ou Soares de Sousa, ou estrangeiros como Thevet, Staden, Léry, Évreux e Abbeville, que estudaram aspectos geográficos, botânicos, zoológicos e etnológicos.

Um dos principais documentos acerca das práticas indígenas é a obra *Natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros*, escrita por Karl F. P. Von Martius, em 1844. Por seu relato, entendemos que o pajé desempenhava o papel de médico para os tupis, sendo uma função extremamente valorizada. Exercida por homens astutos e por anciãs, a pajelança é descrita como um amálgama de poderes mágicos e políticos, originários de forças diabólicas,

Índios cortando pau-brasil. Les Singularitez de la France Antarctique, de André Thevet, edição francesa de 1558

O Brasil no Atlas de Sebastião Lopes, c. 1565. Newberry Library, Chicago. p. 95



Milho. In. LOPES, Marília dos Santos. *Coisas Maravilhosas e até agora nunca vistas. Para uma iconografia dos descobrimentos*. CNCDP, 1998. p. 81



Pimenta. In. LOPES, Marília dos Santos. *Coisas Maravilhosas e até agora nunca vistas. Para uma iconografia dos descobrimentos*. CNCDP, 1998. p. 80

que torna seu titular temido e respeitado ao mesmo tempo. Pautada na observação da natureza e nas crenças acerca da influência dos astros e dos eventos naturais sobre a saúde e a cura, as concepções indígenas transpunham a questão puramente medicinal, interferindo nas mais diversas esferas da vida do grupo.

Entre os medicamentos utilizados e os amuletos xamânicos, predominavam as substâncias expelidas pelo próprio corpo humano (como a saliva e a urina), assim como partes de animais e plantas. A exemplo, Martius relata o uso de banha de jacaré, onça, veado ou galinha para o tratamento de tumores e úlceras. Já um composto feito de chifre de veado com banha de jacaré era reconhecido até pelos europeus como infalível no tratamento de mordedura de animais peçonhentos:

“Cortam a armação do veado (*Cervus paludosus* Desm., Susuapára - na língua tupi), em pedaços quadrangulares, de uma polegada de comprimento, reduzem-nos quase a carvão, e neles gotejam aquela banha. Os pedaços de chifre, assim preparados, são amarrados sobre as mordeduras de cobra, das quais absorvem todo o veneno.”<sup>30</sup>

Em uma comparação com as práticas europeias, Martius apontou que as matas constituíam verdadeiras farmácias para os indígenas. Plantas e frutos eram fundamentais no tratamento de úlceras, ferimentos, dores de dente, fraturas ósseas, entre outros, mostrando-se mais eficazes aos europeus. O próprio autor atesta ter presenciado a cura de úlceras na pele, as quais não encontravam alívio com tratamento tradicional. Na obra *Systema medicae vegetabilis brasiliensis*, datado de 1843, Martius chegou a descrever que se utilizavam cerca de 100 tipos diferentes de vegetais nos remédios indígenas, de um total de 470 plantas de origem brasileira registradas.

30 MARTIUS, Karl F. P. von. *Natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros (1844)*. 2. ed. São Paulo: Ed. Nacional; Brasília: INL, 1979. p. 147.



*Jararaca*, c. 1824-1829, Aime-Adrien Taunay, S. João de Ipanema, aquarela e tinta, Catálogo da expedição Langsdorff ao Brasil. Edições Melhoramentos

*Morcego frugívoro*, c. 1826, Aime-Adrien Taunay, S. João de Ipanema, aquarela e tinta, Catálogo da expedição Langsdorff ao Brasil. Edições Melhoramentos

*Araçari*, 1833, Aime-Adrien Taunay, Rio Pardo, aquarela e tinta, Catálogo da expedição Langsdorff ao Brasil. Edições Melhoramentos

De forma geral, eram empregadas assim que colhidas, sendo apenas reservadas por um maior período as cascas da *Strychnos gujanensis* e *toxi-fera*, usadas essencialmente para compor o veneno das flechas. As plantas míticas ou pré-históricas cultivadas são assim denominadas por terem sua origem desconhecida e por possuírem tamanha importância na alimentação e na medicina indígena. A exemplo delas estão: a mandioca venenosa (usada na preparação de farinha e pão), mandioca-mansa, milho, batatas, cará, inhame, mamão, banana, goiaba, caju, pimenta (usada como condimento), urucum, pinhão-manso, mamona (usada para a produção de óleo), entre outras. Além das plantas míticas, muitos vegetais silvestres também eram empregados com propriedades terapêuticas, entre os quais constam a ipecacuanha, o bálsamo-de-copaíba e a noz purgativa do andá.

Quanto aos conhecimentos de anatomia, o mencionado relato do viajante apontou que esses eram muito restritos entre os nativos e resultavam, basicamente, das práticas antropofágicas e do preparo das caças, o que proporcionava a observação de órgãos internos, como pulmão, estômago e intestino. Os hábitos dos animais também eram observados e imitados, como, por exemplo, perceber que a anta come a casca da árvore *Drymis granatensis*, conhecida em tupi como *tapyra-motuti* (casca-de-anta), para curar cólicas e disenterias.

Martius relatou que o doente permanecia recluso durante os processos terapêuticos, aos cuidados do pajé. Antes do isolamento, este examinava o corpo inteiro do enfermo, fazendo-lhe perguntas (anamnese) e também aos seus parentes. Somente após as inquirições, iniciava o tratamento através de rituais. No caso de doenças internas, os pajés praticavam massagens e fricções, realizando intervenções cirúrgicas nas situações mais graves. Segundo sua descrição:

“As ervas, raízes, madeiras, etc., quando indicadas para uso interno, são administradas em infusão quente, raramente fria, ou em decocção. O índio atribui grande virtude medicamentosa às substâncias feculentas, que se depositam, de uma planta, quando triturada e misturada com água; por isso, é muito comum essa manipulação, pela qual as raízes, cascas, hastes ou folhas são esmagadas entre duas pedras ou pulverizadas em pilão de madeira de que se servem algumas tribos.” (p. 175) Nas doenças gerais, escarificações são feitas no tórax, e nas locais, nos lugares inflamados. O pajé, para isso, se utiliza da ponta aguçada do bico do gavião, do tucano ou do ferrão da arraia. A sangria é feita com esse ferrão ou com o dente afiado do quati [...]”<sup>31</sup>



Ananás. In. LOPES, Marília dos Santos. *Coisas Maravilhosas e até agora nunca vistas. Para uma iconografia dos descobrimentos*. CNCDP, 1998. p. 83



Canela do mato. In. LOPES, Marília dos Santos. *Coisas Maravilhosas e até agora nunca vistas. Para uma iconografia dos descobrimentos*. CNCDP, 1998. p. 79



Festa com dança dos Camacãs, ritual indígena, gravura em cobre, 24x30,5 cm, de Fried. H. August Seyffer, pintor paisagista e gravador. Século XVIII. Acervo: Biblioteca Municipal Mario de Andrade, São Paulo, Brasil

31 MARTIUS, op. cit., p. 180.

*Vögelteich am Rio de S. Francisco (Lagoa das Aves, Rio São Francisco). Nanquim e sépia atribuído a Carl Friedrich Phillip von Martius. Crédito: Fundação Maria Luísa e Oscar Americano. In: BELUZZO, Ana Maria de Moraes. O Brasil dos Viajantes. São Paulo: Fundação Odebrecht, 1994. V.2: Um Lugar no Universo. p.116*

O grande Pajé Ysaltako Waurá. Parque Indígena do Xingu. Crédito: Renato Soares

Crianças da etnia Kalapalo brincando no rio. Parque Indígena do Xingu. Crédito: Renato Soares



*Índia Mura Inalando Paricá. Considerado terapêutico, o Paricá ou rapé, eram usados para esfriar o corpo após trabalhar debaixo do sol. Desenho a nanquim, preparatório para a publicação de Viagem Filosófica de Alexandre Rodrigues Ferreira. Cópia do Real Jardim Botânico, Lisboa. Acervo: Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro, RJ*

De acordo com Martius, as doenças existentes entre os índios eram influenciadas pela alimentação e, por isso, atingiam também o sistema linfático. A dieta indígena era composta, basicamente, por carnes (de macaco, pato, garça e peixe), por tubérculos (como inhame, batata, cará, aipim, mandioca), por milho e frutas. Na época, a maior parte das tribos desconhecia o sal de cozinha, sendo a secagem ao sol a forma utilizada na conservação das carnes. Posteriormente, estas eram preparadas com um tempero denominado *tucurupi*, feito a partir da mistura do caldo do cozimento da raiz brava da mandioca com pimentas, cujo consumo excessivo provocava desordens intestinais até mesmo entre os índios.

Além da alimentação, Martius considerou o consumo direto da água dos rios, (sem nenhum tipo de tratamento) como a principal causa das doenças renais, disenterias e calcúloze apresentadas no território brasileiro. A presença de calcário no Rio Tocantins ocasiona muitos casos de litíase na região. Já o hábito indígena de andar nu o tornava mais propenso a doenças, dada a oscilação natural da temperatura ao longo do dia, sobre as quais Martius relatou:

“Essas, especialmente, desenvolvem-se na esfera intestinal, e se manifestam por complicadas diarreias, pleurísias, inflamações dos olhos, garganta e ouvido, ou também por parotidites. As inflamações catarrais da garganta, da cavidade bucal e dos olhos, produzidas por tais causas, são menos raras do que as do baixo ventre.”<sup>32</sup>

Outro mal bastante comum entre os índios eram as dermatoses, entre as quais a urticária, o pênfigo e a zona, que em geral não deixavam sequelas, mas podiam provocar complicações gástricas ou biliosas. A erisipela e a sarna, que também atingiam os homens brancos, associavam-se às picadas de mosquitos que provocam a irritação da pele, estando os índios mais predispostos em razão da ausência de vestimentas. Já a chamada piera, ainda fre-

32 MARTIUS, op. cit., p. 62.



quente nas proximidades do Rio Amazonas, tem o aspecto de uma doença eruptiva idiopática e é ocasionada por sucessivas picadas de borrachudos (pium) que causam coceira. Em seu relato, Martius afirma que:

“Essa piera, em virtude de sua grande disseminação nas extensas regiões do Brasil e pelo modo quase epidêmico que o pium costuma atacar povoações inteiras, deve ser citada entre as doenças próprias daquelas regiões. Além disso, os índios frequentemente também sofrem de várias erupções herpéticas.” (p. 68)

A curuba (também conhecida como sarna ou brotoeja) foi relatada pelo viajante como uma psoríase crônica e indolor, que atingia as articulações dos índios que habitavam os campos, e o rosto, mãos e pés dos grupos indígenas localizados nas matas. Observou-se ainda a dermatose crônica (denominada como *purú purú*), considerada endêmica e hereditária, predominando entre as etnias apelidadas de *Pinipinima Tapiüija* (os malhados), pelo aspecto físico que apresentam:

“Todo o corpo se mostra com placas irregulares, a mais das vezes arredondadas, isoladas ou confluentes, escuras, de vários tamanhos, e se revelam ao tato por ligeiro espessamento da pele. Não mostram excreção alguma dartrosa, se bem que a superfície seja desigual e mais seca do que o resto da pele.”<sup>33</sup>

A dermatose crônica é acompanhada de aumento do fígado e, segundo Martius, as causas estariam atreladas ao modo de vida dessas tribos, que ficam longos períodos submersos na água, alimentando-se mal e tendo como costume passar banha de jacaré e peixe-boi pelo corpo. Com o passar do tempo, o portador da doença adquire aspecto caquético, pele de tom amarelo opaco ou palidez, além de ter canície mais cedo.

As práticas trazidas pelos europeus amenizaram parte das enfermidades que existiam entre os indígenas, mas provocaram também o agravamento e



Martírio do Padre Francisco Pinto (1553-1606), missionário jesuíta. Gravura anônima: 29,5x17,8 cm. Publicada na obra de Cornelius Hazart 1617-1690, S.J., *Kerckelycke Historie van de Gheheel Wereldt Namelyck vand Voorgaente...* Antwerpen: Michiel Cnobbaert, 1667-1671. In: *A América Portuguesa nas coleções da Biblioteca Nacional de Portugal e da Biblioteca da Ajuda*. Lisboa, Biblioteca Nacional de Portugal, 2008. p. 79

<sup>33</sup> Ibid, p. 69.



o surgimento de outras entre os nativos. Após o contato com os colonizadores, os índios foram vítimas de doenças como o sarampo, varíola, rubéola, escarlatina, tuberculose, febre tifoide, malária, para as quais não tinham imunidade.

Martius relata que, entre as doenças febris, configuravam os exantemas agudos, a varíola e o sarampo, cujo agravamento ocorria com o contágio por sífilis e pelo consumo excessivo de bebida alcoólica. Os indígenas buscaram sobreviver às epidemias utilizando-se de seus próprios conhecimentos e recursos, como, por exemplo, a composição de uma geleia feita de cabeça de cascavel e frango para tratar a sífilis.

Fato é que o contato com os europeus resultou em efeito catastrófico para o lado indígena. No início da colonização, estima-se que a população autóctone era de 4 a 5 milhões. Já no fim do período colonial, a população indígena havia reduzido, devido às doenças, mas também à captura, à escravidão e à ocupação de suas terras. Esse processo perdurou ao longo de toda a história brasileira, havendo alguns sinais de reversão desse quadro apenas nas últimas décadas. Conforme dados do censo do IBGE apurados em 2010, existem cerca de 230 povos indígenas que somam 896.917 pessoas. Desses, 324.834 vivem em cidades e 572.083 em áreas rurais, o que corresponde aproximadamente a 0,47% da população total do país.<sup>34</sup>

34 Cf. <<http://indigenas.ibge.gov.br/estudos-especiais-3/0-brasil-indigena>>. Acesso em 11/3/2014.

Comerciante Pai Ignacio de pássaros e grande conhecedor de ervas medicinais, no centro de São Paulo, fotografia de 1920. In: NOVAIS, Fernando A.; SEVCENKO, Nicolau (Orgs.). História da Vida Privada no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. V.3: República: da Belle Époque à Era do Rádio. p.122



As instalações sanitárias das casas ficavam localizadas nos fundos e os despejos eram recolhidos em barris especiais. Quando ficavam cheios, após vários dias de utilização, acarretando mau cheiro e infectados, eram transportados pelos escravos, apelidados de tigres e despejados na atual Praça da República, ou na beira-mar onde eram lavados. Crédito: A Semana Ilustrada, 1861. In: MELLO E SOUZA, Laura de; NOVAES, Fernando (Orgs.). História da vida privada no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. V. 1: Cotidiano e vida na América portuguesa. p. 70

## As contribuições africanas

*“O Brasil é o inferno dos negros, purgatório dos brancos e paraíso dos mulatos.”<sup>35</sup>*

Em 1590, havia cerca de 10 mil escravos na Colônia e, no século XVIII, mais de 500 mil. Contudo, alguns historiadores estimam que mais de 6 milhões de africanos foram trazidos ao Brasil. A produção açucareira ocupou 70% dessa mão-de-obra e os outros 30% foram para as plantações de tabaco, entre outras atividades. No século XVII, os escravos eram predominantemente do Congo e de Moçambique; no século XVIII, de Gana e Togo, Benin e Nigéria. Já no século XIX, predominaram os escravos das colônias portuguesas de Moçambique e Angola.

35 Cf. Antonil, André João. *Cultura e opulência do Brasil por suas drogas e minas*. São Paulo: Edusp, 2007.

Os africanos trouxeram com eles a sua cultura, sua religião e seus conhecimentos de trabalho com metais de cobre e ferro, técnicas de trabalho agrícola, da pesca, da caça. Eram artesãos habilidosos e já desenvolviam a técnica artesanal da tecelagem de algodão e rendas.

Também vieram com eles seus hábitos de higiene e suas concepções de saúde, assim como as enfermidades peculiares do território africano (boubas, o gundu, o bicho da costa e a caquexia do Egito, entre outras), além de doenças oriundas de outros continentes que se tornaram endêmicas em regiões africanas (como o sarampão, a lepra, a disenteria e as oftalmias). Muitos se contaminaram nos navios negreiros, em razão das péssimas condições higiênicas e de alimentação a eles impostas.<sup>36</sup>

A aclimação e a fácil disseminação das doenças trazidas com os africanos se devem, provavelmente, às semelhanças entre as condições ambientais (clima, temperatura, vegetação, etc.) das regiões africanas de onde provinham os escravos e das regiões brasileiras para onde foram levados. Porém, o contágio, o agravamento das doenças e os elevados índices de mortalidade ocorriam, principalmente, em razão das condições de saúde e de trabalho às quais os escravos eram submetidos.

No auge da produção aurífera, em meados do século XVIII, a população escrava correspondia a três quartos dos habitantes das Minas Gerais. Os riscos para a sua saúde aumentavam conforme a complexidade das atividades na busca do ouro cada vez mais escasso. Na relação de produtos e procedimentos terapêuticos descritos pelo cirurgião Luís Gomes Ferreira na região mineradora, registraram-se as crises reumáticas, as febres com catarros e as chagas nas pernas (que acometiam os escravos fiscoadores, obrigados a permanecer com metade do corpo submerso nos leitos pedregosos de rios gélidos durante horas, mergulhando, tirando cascalho e lavando).<sup>37</sup>

Sobrevivendo nessas condições, os escravos africanos apresentavam expectativa de vida muito baixa. Com base em análise de diversas fontes documentais, Stuart B. Schwartz apontou que a expectativa no último quarto do século XIX era em torno de 19 anos.<sup>38</sup>

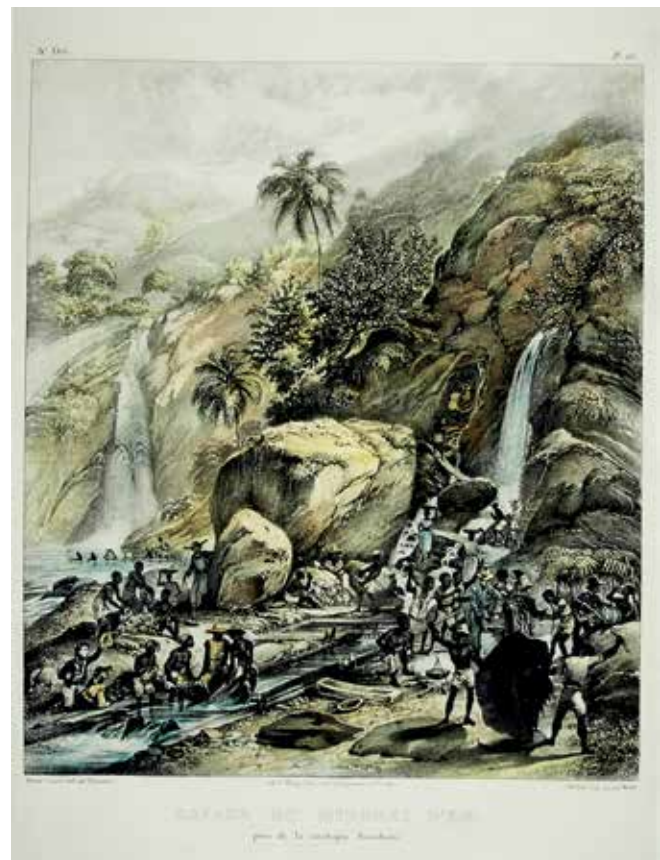
36 Cf. CARNEIRO, Edson. *Antologia do negro brasileiro*. Rio de Janeiro: Globo, 1950. p. 106.

37 EDLER, Flávio Coelho. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil imperial. In: PONTE, C. F.; FALEIROS, I. (Orgs.). *Na corda bamba da sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010. Disponível em: <<http://www.pt.slideshare.net/wongun62/nacordabambadesombrinha>>. Acesso em 11 mar. 2014.

38 SEGREDOS internos: engenhos e escravos na sociedade colonial (1550-1835). São Paulo: Companhia das Letras, 1988.



*Um engenho de açúcar, no Brasil do século XVII. Gravura de Montanus. In: PINHO, Wanderley. História de um engenho do Recôncavo (1552-1944). Rio de Janeiro: Ed. Zélio Valverde, 1946. p.192-193*



*Lavragem de ouro em Itacolomi, Minas Gerais, de Rugendas, c. 1827. Crédito: Litografia para Álbum Viagem Pitoresca ao Interior do Brasil. Acervo: Biblioteca Municipal Mario de Andrade, São Paulo, Brasil*

Sobre o assunto, a brasilianista Mary Korasch também realizou importante estudo da população escrava no Rio de Janeiro, produto de 20 anos de pesquisa.<sup>39</sup>

De forma geral, as práticas de origem africana eram cerceadas pelos visitantes episcopais e agentes inquisitoriais, especialmente os atos de bênção, de cura mágica, de feitiçaria e de adivinhação, assim como as manifestações presentes nos batuques, nos calundus e nos uso de bolsas de mandinga e patuás. As fontes documentais permitem reconstituir parte desse intrincado universo cultural, elucidando as complexas relações sociais em torno do magismo, os denunciadores, os diferentes olhares sobre as práticas mágicas da população negra e mestiça e a reação das autoridades religiosas.<sup>40</sup>

A máscara de flandres era usada para punição de furto de alimentos, alcoolismo e ingestão de terra. A máscara podia cobrir todo o rosto ou apenas a boca, sendo fechada a cadeados por trás da cabeça. A geofagia voluntária (hábito de comer terra) provocava uma infecção pelo verme *necator americanus*, incapacitando o escravo para o trabalho e prejudicando economicamente o proprietário. O uso da máscara era uma tentativa dos senhores de escravo de evitar esse problema, como também a embriaguez e o furto de alimentos ou de diamantes.<sup>41</sup>

Com base na documentação produzida pelo cirurgião-mor Lourenço Antônio da Neiva, em 1791, no Hospital Militar de Villa Boa de Goiás, a pesquisadora Mônica de P. Age elucida a imagem negativa que possuíam os curandeiros:

“[...] a pobre mulher apresentou-me o marido doente, quase morto (ilegível) por lá já tinha ido o curandeiro escravo de José do Rosário que já tinha feito três sangrias no mesmo pé do doente e no mesmo local do pé, usando uma pequena faca que trazia amarrado em um amuleto do santo (ilegível) e que o doente tinha piorado, sendo atacado de febre. Foi preciso muito convencer a mulher que o homem tinha que ir se acamar no hospital para lá ser cortado o pé do doente que apresentava um cheiro fétido. [...]”<sup>42</sup>

39 KORASCH, Mary. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

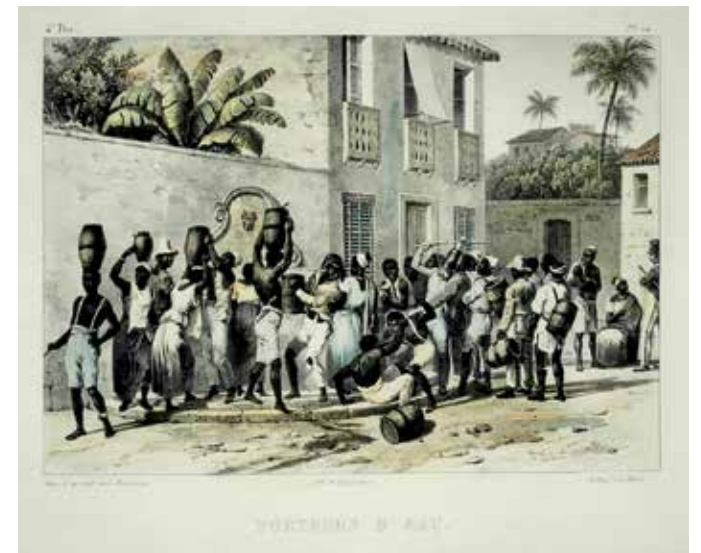
40 MELLO e SOUZA, Laura de. *O diabo e a Terra de Santa Cruz: feitiçaria e religiosidade popular no Brasil colonial*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

41 COSTA, Emília Viotti da. *Da senzala à colônia*. [S. l.]: Ed. da UNESP, 1997.

42 AGE, Mônica de Paula. *As artes de curar: saberes e poderes*. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA CULTURAL: I Escritas da História: Ver - Sentir - Narrar, 6., 2011, Teresina. *Anais...* Teresina: Universidade Federal do Piauí, 2011. Disponível em: <<http://gthistoriacultural.com.br/VIsimposio/anais/Monica%20de%20Paula%20Age.pdf>>. Acesso em 13 jan. 2014.



*Preto do lixo (lixeiro)*, c. 1868, Joaquim Lopes de Barros, cenas e costumes do Rio de Janeiro, Prancha 27. Acervo: Fundação Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro, RJ



*Bica de Água, RJ*, do pintor alemão Johann Moritz Rugendas, Litografia sobre papel, 53,5 x 32 cm. Crédito: Litografia para o Album Viagem Pitoresca ao Interior do Brasil. Acervo: Biblioteca Municipal Mario de Andrade, São Paulo, Brasil

Apesar disso, os escravos e os libertos no Brasil Colônia persistiram na cura de seus males com base nos conhecimentos ancestrais, reproduzindo técnicas e tratamentos curandeiros, mas também absorvendo os métodos e concepções de europeus e indígenas. Em um processo inverso, também contribuíram de maneira direta para o primordial e sincrético cuidado médico que foi praticado nos períodos colonial e imperial. Muitos foram treinados por seus senhores para ofícios da área de saúde que tinham menor prestígio, mas de extrema importância, como as sangrias presentes em praticamente todos os tratamentos médicos. Os sangradores eram em sua maioria de origem africana e, muitas vezes, serviram de intérpretes e intermediários do tráfico.



*Negro Feiticeiro, Jean Baptiste Debret, aquarela, sem data, 16,5cmx10,5 cm. Acervo Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro, RJ*



*Um negro carregando cana com a máscara de flandres. Aquarela de Jean Baptiste Debret. Crédito: Museu Castro Maya. In: BANDEIRA, Julio; LAGO, Pedro Corrêa do. Debret e o Brasil: obra completa (1816-1831). Rio de Janeiro: Capivara, 2013. p. 426*

“Como se sabe, escravos dotados de habilidades especiais que tivessem ofício eram mais valorizados, uma vez que, suas atividades poderiam render maiores lucros aos senhores. Portanto, os negros curadores aproveitando-se da valorização de seus conhecimentos e da necessidade de seus serviços, devido à grande demanda por cuidados médicos, transformaram essas atividades em meios de ascensão social e resistência contra a opressão do sistema escravista.”<sup>43</sup>

Outro ofício bastante requisitado no Brasil foi o de parteira, que eram negras ou brancas, mas em sua maioria vinham das camadas mais pobres e de origem africana ou mestiça. Algumas parteiras foram licenciadas, porém a maioria atuava na informalidade. Realizavam não apenas partos, mas também cuidavam das enfermidades e demais problemas de natureza feminina. No caso de escravas, os conhecimentos lhes rendiam fonte de renda para obter a liberdade.

Ainda no universo feminino havia também o trabalho das amas de leite, mulheres contratadas para amamentar os filhos das brancas que, por costume ou por falta de leite, não amamentavam seus filhos. A ama de leite não era um ofício médico, mas estava vinculada a questões de higiene e, portanto, constituía um alvo de preocupação dos médicos no final do século XIX. As escravas que desempenhavam esse ofício o consideravam como um escape do trabalho pesado das lavouras.

<sup>43</sup> Cf. COELHO, Ricardo Ribeiro. O universo social das artes de curar no Brasil colonial. p. 7. Disponível em: <[http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1308178723\\_ARQUIVO\\_Anpuh\\_RicardoCoelho\\_OUniversoSocialdasArtesdeCurarnoperiodocolonial\\_atualizado.pdf](http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1308178723_ARQUIVO_Anpuh_RicardoCoelho_OUniversoSocialdasArtesdeCurarnoperiodocolonial_atualizado.pdf)>. Acesso em 13 jan. 2014.

## Trocas saudáveis e também insalubres: o atendimento jesuítico

Diante da vastidão do território e do número reduzido de físicos, cirurgiões e boticários que para cá vieram, as atividades missionárias desenvolvidas pelas ordens religiosas, especialmente as missões jesuíticas, proveram o atendimento médico-assistencial aos europeus, indígenas e escravos africanos nos dois primeiros séculos do Brasil Colônia.

Para além dos objetivos de evangelização em Portugal e seus domínios ultramarinos, os membros da Companhia de Jesus (fundada por Santo Inácio de Loyola, em 1540) se encarregaram do tratamento de enfermidades, da fundação de hospitais e do estudo de plantas curativas. Além do funcionamento de boticas e enfermarias em seus colégios na Europa, África, Oriente e no Brasil.

O grupo de inacianos chefiado pelo Pe. Manuel da Nóbrega aportou na Bahia (em 1549), acompanhando Tomé de Sousa, o primeiro Governador-Geral do Brasil, e logo iniciou a prática da medicina. No entanto, foi com a chegada do Pe. José de Anchieta (em 1553, na esquadra do segundo Governador-Geral, Duarte da Costa) que os jesuítas assumiram para si a tutela médica sobre os indígenas.

Imbuído de profunda cultura humanística dos tempos em que foi estudante no Colégio das Artes de Coimbra, Anchieta intercedeu na Ordem e, no mesmo ano de seu desembarque, fundou-se o Colégio da Bahia, primeiro estabelecimento de ensino do País. No Rio de Janeiro, o Colégio dos Jesuítas foi instalado em 1567, no morro do Castelo, onde funcionou ininterruptamente até 1759, quando os jesuítas foram expulsos do Reino de Portugal e dos domínios ultramarinos pelo Marquês de Pombal. Essas e outras instituições serão tratadas de forma mais aprofundada no próximo capítulo.<sup>44</sup>

Mesmo impedidos de exercer a medicina nos colégios e universidades inacianas, regra essa estabelecida pelo próprio fundador nas *Constituições da Companhia de Jesus*, os jesuítas contornaram tal interdição. Para praticá-la, estudavam-na informalmente, sendo disso prova as numerosas obras médicas presentes nas “livrarias” (bibliotecas) dos seus colégios, missões e até mesmo das fazendas, como nas de Campos de Goitacazes, pertencentes ao colégio do Rio de Janeiro.

---

44 CABRAL, Dilma. Hospital Real Militar da Corte do Rio de Janeiro. In: *Memória da Administração Pública Brasileira (MAPA)*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional. Disponível em: <<http://linux.an.gov.br/mapa/?p=2722>>. Acesso em 15 fev. 2014

José de Anchieta – que só viria a ser ordenado sacerdote em 1566 –, mesmo quando cativo dos tamoios, em 1562, aplicava-lhes sangrias e purgas medicinais, restituindo-lhes a saúde física. Nos seus poemas e peças dramáticas, o jesuíta pregou contra as práticas mágico-médicas dos indígenas, como a antropofagia, a comunicação com os espíritos, o curandeirismo e o transe praticados pelos feiticeiros. Para Anchieta, os feiticeiros chupavam uns aos outros, quando eram acometidos de alguma dor, e assim os livravam das doenças e afirmavam ter a vida e a morte em seu poder.

O ato de sugar em certas enfermidades – primitivo dos índios – perdurou e ainda é praticado. Assim o fazem os sertanejos, atualmente, para derivar o sangue, infalível nas mordidas de cobra ou de outros animais venenosos. “Selvagem e racional é a sangria, variando apenas de forma, quiçá mais eficaz quando a aprimoraram com o manejo de aparelhos cirúrgicos.”<sup>45</sup>

Apesar das críticas às práticas indígenas, Anchieta frequentemente reconheceu o valor dos recursos utilizados pelos nativos e as formas como as quais eram empregadas nos cuidados com a saúde e no combate a determinadas doenças. Ademais, a falta de medicamentos na colônia forçava a busca por soluções na flora e na fauna local, mesclando assim os conhecimentos tradicionais às práticas indígenas. Podemos observar tais aspectos nos seguintes fragmentos de correspondências de autoria de Anchieta:

– “O ‘cancro’ (que é aí de tão difícil cura) é facilmente curado aqui pelos índios. Dão a essa doença o mesmo nome que entre nós; curam-na, porém, desse modo: aquecem ao fogo um pouco de barro bem-amassado, com o que se fazem vasos, e tão quente quanto a carne possa suportar o aplicam aos braços do cancro, os quais morrem pouco a pouco, e tantas vezes repetem esse curativo até que, mortas as pernas, o cancro se solta e cai por si. Isso foi há pouco provado com experiência em uma escrava dos portugueses, a qual sofria dessa doença.”<sup>46</sup>

– “O principal alimento desta terra é uma farinha de pau, que se faz de certas raízes, que se chamam mandioca, as quais são plantadas e lavradas a este fim, e se e comem cruas ou assadas ou cozidas e fazem farinha: este é o principal mantimento, com alguns legumes e folhas de mostarda. Também os índios nos dão algumas vezes alguma carne de caça e alguns peixes e muitas vezes Nosso-Senhor, de onde menos esperávamos, nos socorre, e somos muito obrigados à sua bondade.”<sup>47</sup>

– “Úteis à medicina não há só muitas árvores como raízes de plantas; direi, porém, alguma cousa, maxime das que são proveitosas como purgantes.”

45 Cf. RODRIGUES, H. Lopes. *Anchieta e a medicina*. Belo Horizonte: Apollo, 1934. p. 137-138 e NAVARRO, Eduardo de Almeida. *Vida e obra de José de Anchieta*. Disponível em: <<http://tupi.fflch.usp.br/sites/tupi.fflch.usp.br/files/Vida%20e%20obra%20de%20Jos%C3%A9%20de%20Anchieta.pdf>>. Acesso em 17 mar. 2014.

46 AO PADRE Geral, de São Vicente, ao último de Maio de 1560. In: RODRIGUES, op. cit., p. 152.

47 AOS PADRES e Irmãos da Companhia de Jesus em Portugal, de Piratininga, 1555. In: *Ibid.*, p. 145.

– “ha uma certa árvore, de cuja casca com faca, ou do galho quebrado, corre um líquido branco como lite, porém mais denso, o qual se beber em pequena porção relaxa o ventre e limpa o estômago por violentos vômitos; por pouco, porém, que se exceda na dose, mata. Deve-se, enfim, tomar dele tanto quanto caiba em uma unha e isso mesmo diluído em muita água; se não se fizer assim, incomoda extraordinariamente, queima a garganta e mata.”<sup>48</sup>

Anchieta exerceu a arte de parteiro e chegou a salvar crianças vítimas de infanticídio, justificado pelo conceito de mestiçagem ‘de duas sementes’, ou seja, a mãe abandonada prenha casou-se com outro. Os índios enterravam todas as crianças que nasciam com deformidades e, por isso, mui raramente se acha algum coxo, torto ou mudo nesta nação’. Entre as doenças, cita a varíola como a principal, além de lepra, bexiga, priorizes, tabardilho, cambras de sangue, etc.

Médico, cirurgião, parteiro, higienista, legista, terapeuta, ginecologista, psiquiatra, nosologista, naturalista e observador, enfermeiro, padioleiro e coveiro, o Pe. Anchieta exerceu diversas funções e por essa razão lhe atribuem o título de ‘Galeno Jesuítico do Brasil’. Suas cartas evidenciam que os cuidados médicos eram atos tão comuns quanto à predicada doutrina:

“[...] acudemos a todo gênero de pessoas, portugueses e brasileiros, servos e livres, assim nas cousas espirituais como nas corporais, curando-lhes e sangrando-lhes, porque não há outro que o faça, e principalmente as sangrias são aqui muito necessárias, porque é muita sujeito esta terra a prioris, maxime nos naturais dela, quando o sol torna a declinar, fazia o norte, que é no mês de dezembro e dali por diante.”<sup>49</sup>

Sem dúvida, a medicina embrionária que se formava no Brasil à época beneficiou-se com o uso das plantas e dos demais recursos naturais. Nesse sentido, os jesuítas e os demais membros de missões religiosas contribuíram, reconhecendo o poder curativo de tratamentos nativos e ampliando os horizontes informativos sobre botânica. A *Triaga Brasílica*, uma panaceia (conjunto de remédios para todos os males) composta de elementos da flora nativa, ganhou fama internacional graças aos jesuítas, entre outras ações. Aos jesuítas deve-se atribuir a iniciativa pioneira de intercâmbio entre esses universos da medicina, já que eles também absorviam o saber dos físicos, cirurgiões e boticários, aplicando-os nos precários hospitais da Santa Casa da Misericórdia, conforme veremos mais adiante.<sup>50</sup>

48 CARTA do P. José de Anchieta ao Padre Geral. São Vicente, ao último de maio de 1560. In Reserva da Biosfera da Mata Atlântica. São Paulo: 1997 (Cadernos n. 7, série Documentos Históricos), p. 33. Disponível em [http://www.rbma.org.br/rbma/pdf/Caderno\\_07.pdf](http://www.rbma.org.br/rbma/pdf/Caderno_07.pdf), acesso em 15 mar. 2014.

49 CARTA do Ir. José de Anchieta ao P. Diego Laynes, Piratininga, março de 1562. In: ASSUNÇÃO, Paulo de. *A terra dos brasís: a natureza da América portuguesa vista pelos primeiros jesuítas (1549-1596)*. São Paulo: Annablume, 2000. p. 215.

50 Cf. MARQUES, Vera R. B. *Natureza em boiões: medicina e boticários no Brasil setecentista*. Campinas: Editora da Unicamp, 1999 e ASSUNÇÃO, op. cit.

## O resultante amálgama de crenças e práticas na informalidade colonial

De modo geral, as práticas médicas e sanitárias eram informais no período colonial e havia toda sorte de influências e origens, conforme comentamos até aqui. Os únicos esboços de institucionalização à época eram o físico-mor e o cirurgião-mor, autoridades médicas diretamente designadas pelo rei português. O primeiro controlava as atividades médicas, a fiscalização das boticas, as condições de limpeza, a qualidade dos medicamentos e os preços cobrados. Já o cirurgião-mor concedia licenças para o exercício das atividades médicas e fiscalizava as intervenções cirúrgicas. Portadores da carta de cirurgia, os cirurgiões que vieram para o Brasil executavam ações que extrapolavam os procedimentos meramente cirúrgicos, atuando como verdadeiros médicos.

O regulamento descrito na carta de cirurgia definia outros cargos e suas hierarquias, um cirurgião estava abaixo de um médico ou de um físico. Na prática, contudo, o ofício de um cirurgião era considerado uma atividade de destaque no Brasil. Exercido na maioria das vezes por brancos de origem europeia, esses cirurgiões chegaram inclusive a publicar tratados e manuais de medicina doméstica, até porque havia a necessidade de adaptar a medicina tradicional às doenças tropicais.

Os demais ofícios regulamentados eram considerados “categorias subalternas”, tais como os barbeiros (sangradores), os tiradores de dentes, as parteiras e os curandeiros. Esses só estavam habilitados a curar doenças específicas e a praticar atividades mecânicas, tais como a sangria. A prática desses ofícios era exercida por agentes de camadas sociais ditas como inferiores.

Existiam também profissionais não regulamentados, mas efetivos na sociedade pelos costumes que ali vigoravam. Nesse sentido, a fiscalização só era exercida quando o interesse de algum licenciado estava ameaçado.

No dia a dia, o diagnóstico do doente não se restringia ao tratamento da doença. Existia uma profusão de mentalidades, as pessoas acreditavam que a doença poderia ser um mal externo, incorporado ou provocado por trabalhos de feitiçaria realizados por inimigos, ou até mesmo castigo divino por comportamentos pecaminosos. Esse fator, somado às dificuldades de acesso a um licenciado para as curas, favoreciam a ações de curandeiros que



O Clister e a Pastora - Na intimidade do quarto, entre objetos de higiene pessoal, uma jovem se prepara para tomar um clister. Azulejos, séc. XVIII Salvador - Acervo: Sede da Reitoria da Universidade Federal da Bahia



se diziam especialistas em identificar a origem do mal, receitando remédios naturais, ou seja, aqueles encontrados nos quintais e na mata nativa. Esses curandeiros obtiveram grande sucesso, conquistado graças à eficiência de seus tratamentos. Os mais diversos estratos sociais buscavam seus auxílios.

Nessa engrenagem existiam também os feiticeiros (ou mandingueiros), uma figura de influência indígena e africana. Eles eram chamados quando havia suspeita de que determinado mal ou doença tinha origem demoníaca. Esses feiticeiros podiam curar ou lançar feitiços contra a vítima, tornando-os figuras requisitadas e ao mesmo tempo temidas.<sup>51</sup>

Na história das práticas de saúde no Brasil Colônia também influenciaram fatos e autores regionais, como o caso do bandeirantismo dos séculos XVI e XVII. Durante as expedições, os bandeirantes praticavam a medicina de norte a sul do País, difundindo os chamados “remédios paulistas”. Entre estes, estavam o uso de aguardente com sal para mordeduras de cobras, caldo de fumo com bolas de cera contra picadas de mosquitos (pernilongos ou borrachudos), ervas como a cayapiá (ou trigueirinho terrestre) para combater febres, pimenta-malagueta e gengibre para prevenir afecções.<sup>52</sup>

Também ficaram conhecidas no período as chamadas “drogas do sertão”. Visando controlar a navegação e impedir a penetração de estrangeiros, os portugueses construíram fortalezas militares ao longo do Rio Amazonas. Entre os anos 1637 e 1639, o sertanista e militar lusitano Pedro Teixeira liderou uma expedição pelos rios Amazonas e Negro, incorporando cinco milhões de

51 COELHO, Ricardo Ribeiro. O universo social das artes de curar no Brasil Colonial. In: *SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA-ANPUH*, 26., 2011, São Paulo. *Anais...* Disponível em: <[http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1308178723\\_ARQUIVO\\_Anpuh\\_RicardoCoelho\\_OUniversoSocialdasArtesdeCurarnoperiodocolonial\\_atualizado.pdf](http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1308178723_ARQUIVO_Anpuh_RicardoCoelho_OUniversoSocialdasArtesdeCurarnoperiodocolonial_atualizado.pdf)>. Acesso em 13/1/2014.

52 Cf. GURGEL, Cristina Brandt Friederich Martin. *Índios, jesuítas e bandeirantes: medicinas e doenças no Brasil dos séculos XVI e XVII*. 2009. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas. p. 152. O TÍTULO DO LIVRO É COM NO NÚMERO DO SÉCULO EM ALGARIMOS ROMANO.



I. *Aloe arborescens* Miller  
A mais valiosa Aloe para fins medicinais

*Aloe arborescens* Miller. A mais valiosa Aloe para fins Medicinais. Michael Peuser. Os capilares. p. 65



Botica Real Militar – Hospital Militar e da Marinha – Morro do Castelo (Rio/RJ). Pintura de Souza Rodrigues. Crédito: Laboratório Químico e Farmacêutico do Exército-LQFEX

Botica – Real Militar Réplica  
Crédito: Laboratório Químico e Farmacêutico do Exército-LQFEX

quilômetros quadrados ao território brasileiro. Após sua viagem, os jesuítas estabeleceram missões na região e passaram a coletar e comercializar as drogas do sertão, utilizando mão de obra indígena e também escrava. Tempos depois, a coleta passou a ser feita também por colonos, o que gerou conflitos constantes com os jesuítas, provocados quase sempre pela questão indígena.

As “drogas do sertão” eram produtos nativos do Brasil, considerados especiarias na Europa. Por isso, atraíam o interesse dos europeus e alcançavam preços altos, visto que foram consideradas como as novas especiarias. A região amazônica constituía o principal foco de contrabando, devido às variedades e às quantidades de ervas aromáticas, plantas medicinais, temperos e frutos, como o cacau, a canela, a baunilha, cravo, castanha-do-pará e guaraná. Uma das razões da expulsão dos jesuítas dos domínios portugueses, em 1759, deveu-se justamente à tentativa de controle imperial desse comércio.

Aliás, várias facetas da economia colonial também estiveram diretamente ligadas às questões de saúde, como o caso do comércio afeito às boticas (farmácias). Na metrópole, a regulamentação da profissão boticária ocorreu nos séculos XV e XVI e uma das mais famosas foi a do Mosteiro de Alcobaças, localizado no concelho de mesmo nome. Conforme já mencionamos, as boticas estavam sujeitas à fiscalização dos físicos-mor, havendo também a obrigatoriedade de usar cinco livros: a *Pandecta* (compilação árabe do século XIV), o *Mesue* (texto árabe do século XIV), o *Antidotarium* (escrito por Nicolau Myrepto, no século XIII, e que tratava da composição e ação dos medicamentos), o *Liber Servitoris* (de Serapião, o Moço) e o Quinto Livro de Canon (de Avicena).

Em geral, as boticas na colônia reproduziram o modelo existente em Portugal, instaladas nos colégios fundados por jesuítas na Bahia, em Pernambuco (Olinda e Recife), no Maranhão, no Pará, no Rio de Janeiro e em São Paulo, assim como nas fazendas jesuíticas, como as de Santa Cruz e de Campo de Goitacazes, na Capitania do Rio de Janeiro. Tais estabelecimentos assumiram o papel de principais produtores e fornecedores de produtos medicinais na América portuguesa.

De acordo com fontes, nos primeiros anos do século XVIII, a botica do Colégio de São Sebastião do Rio de Janeiro era enorme, bem-organizada e provida de todas as espécies de drogas, atendendo, inclusive, outras cidades. Em São Paulo, a botica era ampla e sediada junto ao colégio jesuítico, dispondo de uma sala para atendimento ao público e uma oficina que funcionava como laboratório para a manipulação dos medicamentos.



Pharmacia Popular, Bananal (SP). Considerada a primeira Pharmácia do Brasil, foi inaugurada como Pharmacia Imperial, em 1830, pelo boticário Francês Taurin Domingos Monsier. Mudou de nome em 1889. Crédito: Alex Salim



Uma Botica no Rio de Janeiro, c. 1835. Mesa, potes, frascos, balança, medidas de peso, copos graduados, cálices, bastões de louça, almofarizes, alambiques, destiladores, cadinhos etc., e uma edição da Polianteia Medicinal de Curvo Semedo – essencial para preparar a mezinha (remédio caseiro) receitada por um físico ou cirurgião, ou padre, ou curandeiro. *Boutique d'Apoticaire* (Botica). Aquarela sobre papel de Jean Baptiste Debret. Crédito: Museu Castro Maya. In: BANDEIRA, Julio; LAGO, Pedro Corrêa do. Debret e o Brasil: obra completa (1816-1831). Rio de Janeiro: Capivara, 2013. p. 192

Exposição nacional anual de ervas e plantas de 1866 – Produtos industrializados do Brasil. Acervo: Fundação Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro, RJ



Sabonete Sanitol, Perfumaria Hermann, Rio de Janeiro, sec. XVIII. Crédito: Acervo Fundação Biblioteca Nacional



Há registro de 62 boticas no Brasil Colônia, constando-se 38 na Bahia, sete no Recife e duas no Rio de Janeiro.<sup>53</sup>

As boticas estabelecidas pelos jesuítas eram, quase sempre, as únicas que existiam em cidades ou vilas. Treze jesuítas-boticários instalaram-se no Brasil no século XVII e outros trinta no século XVIII. As farmácias dos conventos teriam contribuído para a penúria dos boticários laicos (não integrantes das ordens religiosas). Como citamos anteriormente, a *Triaga Brasilica* foi amplamente difundida pelos jesuítas, chegando a representar a segunda fonte de renda da ordem na Bahia.

A demanda por atendimento e socorro por parte da população da colônia valorizava a atuação dos boticários. Esses eram, em sua maioria, brancos e bem relacionados com a comunidade, preparavam e vendiam os compostos receitados pelos médicos e cirurgiões. Nas boticas existiam não só medicamentos manipulados, mas também aqueles vindos do Reino. Muitos boticários se arriscavam e não só preparavam os compostos, mas também os receitavam.

As boticas, mais do que espaços de vendas, também eram espaços de socialização, articulação política e divertimento, pois ali havia grande circulação de pessoas. Portugal tentou fiscalizar as atividades no campo da saúde na colônia, através da normatização dos preços, controle da quantidade de medicamentos comercializados e da vigilância dos profissionais. Médicos e cirurgiões diplomados se uniram às autoridades na luta aos empíricos. Porém, as dificuldades da vida na colônia dificultava a execução das ordens.<sup>54</sup>

Considerando um cenário mais amplo, a carência de medicamentos, boticas, médicos e cirurgiões foi uma constante durante o período colonial. Os médicos eram poucos e se concentravam nas cidades mais populosas, atendendo às tropas, aos presídios, aos hospitais e àqueles que detinham condições de pagar. Entre outras razões, a carência de médicos e cirurgiões no Brasil se dava pela baixa remuneração paga pelas câmaras municipais, considerando a falta de recursos e as distâncias a serem percorridas (no caso do interior). Pagava-se cerca de 100 mil réis ao médico que fosse trabalhar na Vila de Santos em 1736.

“A necessidade de profissionais habilitados era tanta que, nas ocasiões de epidemias, as câmaras municipais viam-se obrigadas a oferecer pagamentos

53 FARINA, Duílio Chripim. *Esculápios, boticas e misericórdia em Piratininga d'outrora*. São Paulo: K. M. K. Artes Gráficas e Editora, 1992. p. 37-39.

54 RIBEIRO, Márcia Moisés. *A ciência dos trópicos: a arte médica no Brasil do século 18*. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

exorbitantes com vistas a atrair homens dispostos a tratar dos doentes. Durante terrível epidemia de varíola em 1722, o senado paulistano fora levado a acatar a proposta do médico Manuel da Cunha, que pediu a excessiva quantia de trezentos e vinte réis por exames de escravos. Nos momentos difíceis, a necessidade falava mais alto e obrigava as autoridades públicas a serem mais flexíveis.”<sup>55</sup>

A falta de médicos implicou em outra peculiaridade colonial, já descrita: os cirurgiões (oficialmente encarregados de procedimentos práticos, como sangrias, extração de balas, aplicação de ventosas e sanguessugas e tratamento de ferimentos) assumiram o patamar dos físicos. Por essa razão, na maior parte das vezes, os tratados médicos produzidos no Brasil são assinados pelos cirurgiões, então detentores de grande respeitabilidade.

Naturalistas e estudiosos da natureza também prestaram eventuais ajudas à população, que carecia muito de assistência durante o período colonial. Diante das lacunas na prestação de socorro:

“Mulheres e homens despossuídos de bagagem teórica, cirurgiões com pouca prática, curandeiras, raizeiros, benzedores, parteiras, feiticeiros e até mesmo charlatães preencheram o vazio deixado pela medicina oficial. Eles socorreram, prestaram auxílio e até mesmo agravaram estados de morbidez. Na sociedade colonial, o recurso ao empirismo foi, portanto, um mal extremamente necessário, e todas as camadas sociais usufruíram.”<sup>56</sup>

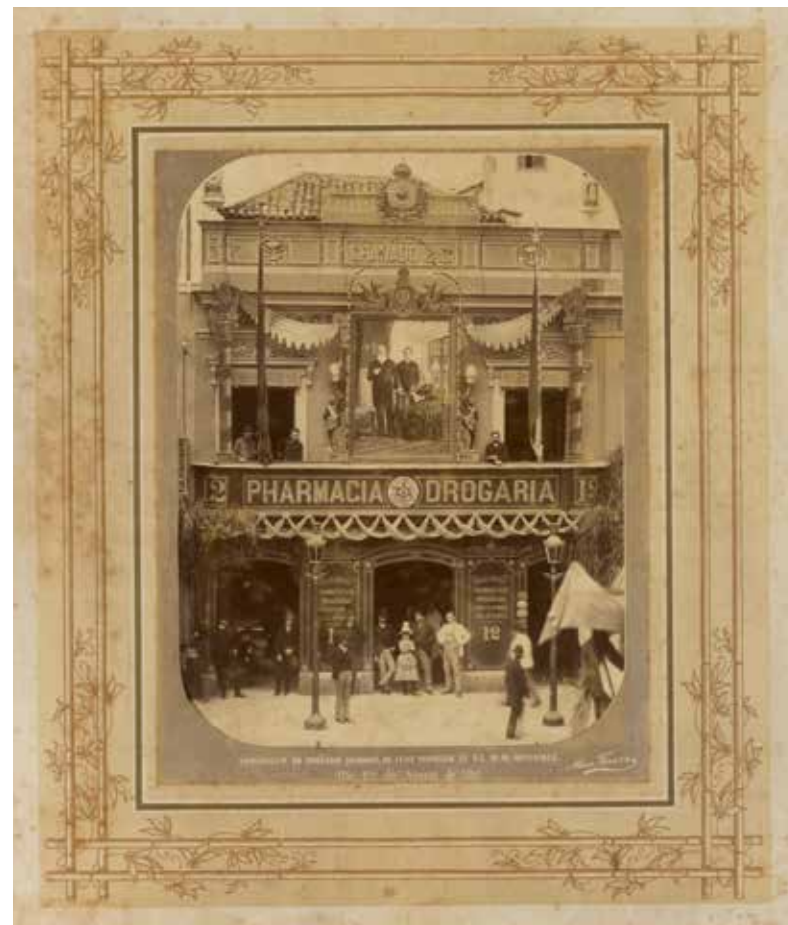
Mesmo os portugueses, embora se tratassem com seus médicos, cirurgiões e barbeiros vindos de Portugal, não hesitavam em se servir do óleo de copaíba, aplicado pelos indígenas na cura de feridas. Depois, com a vinda dos escravos africanos, aderiram igualmente a certas curas relacionadas com a magia, como nos revela a documentação das visitas inquisitoriais do Santo Ofício.<sup>57</sup>

Durante os três primeiros séculos da colonização, a população branca dos diversos pontos do território (centros urbanos, engenhos, fazendas ou zona de mineração) recorreu aos tratamentos europeus trazidas da Europa e também às tradições indígenas ou africanas, numa mescla de concepções e influências que marcaram o verdadeiro mosaico cultural formado pelos cuidados da saúde no Brasil Colonial.

55 RIBEIRO, op. cit., p. 34.

56 RIBEIRO, op. cit., 39.

57 Cf. A SOCIEDADE luso-brasileira, suas doenças e condições sanitárias. In: *Saber médico e poder profissional: contexto luso-brasileiro no Brasil Imperial*. p. 11-12. Disponível em: <www.observatorio.epsv.fiocruz.br/upload/ResultadoPesquisa/rp11.pdf >. Acesso em 11 mar. 2014.



Pharmacia Drogaria Granado (Ferrez, Marc, 1843-1923) - Loja da Granado Farmácias, fundada em 1870, no centro do Rio de Janeiro. Em 1870, o português José Antônio Coxito Granado fundou na cidade do Rio de Janeiro a Botica de Barros Franco, que deu origem à empresa atual. Logo nos primeiros anos, teve clientes como o Imperador Pedro II, Rui Barbosa e José do Patrocínio. Suas marcas mais famosas são o Polvilho Granado e os sabonetes vegetais de glicerina. Em 2004, a Granado adquiriu a marca Phebo, fundada em 1930 e do mesmo ramo. Com essa aquisição, a Granado passou a ter, além da fábrica no Rio de Janeiro, a fábrica de Belém, no Pará, que continuou produzindo os sabonetes da marca Phebo e passou a fabricar os sabonetes Granado. Acervo: Fundação Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro, RJ



O cirurgião negro, com conhecimentos trazidos da África, extraía dentes, praticava sangrias, aplicava ventosas e sanguessugas para controlar a pressão arterial. E também fazia curativos, extraía bichos-de-pé e preparava chás com ervas trazidas da África.

*Le chirurgien nègre posant des ventouses* (Cirurgião negro colocando ventosas).

Aquarela sobre papel de Jean Baptiste Debret. Crédito: Museu Castro Maya. In: BANDEIRA, Julio; LAGO, Pedro Corrêa do. Debret e o Brasil: obra completa (1816-1831). Rio de Janeiro: Capivara, 2013. p.207

J. B. Debret Rio de Janeiro  
ann 1826



## A medicina no Brasil

### A assistência por fé e caridade: as primeiras instituições hospitalares do Brasil

Ao longo de séculos, o hospital caracterizou-se como instrumento da caridade religiosa, capaz de garantir aos pobres um lugar para morrer e, assim, salvar as almas desses e dos caridosos que deles cuidavam. Ao mesmo tempo, funcionava como meio de isolamento do convívio social, pois os enfermos desprovidos representavam um risco para a sociedade. Antes da medicalização e da institucionalização dos hospitais, a assistência nosocomial era prestada por irmãos-enfermeiros e extrapolava as questões propriamente relativas à saúde.



As obras de Misericórdia: enterrar os mortos. Painel de azulejos do século XVIII da Igreja da Misericórdia de Abrantes. p. 34. Fonte: OCEANOS. Misericórdias: cinco séculos, Lisboa, n. 35, jul./set. 1998



Igreja e Hospício de N. S. da Piedade da Bahia, Salvador, em 1664. Litografia de Rugendas, datada de 1831, para o álbum Viagem pitoresca ao interior do Brasil. Acervo: Biblioteca Municipal Mario de Andrade, São Paulo, Brasil

Não é possível falar do desenvolvimento da medicina no Brasil sem antes compreender, portanto, o papel desempenhado pelas Santas Casas de Misericórdia, especialmente durante a fase colonial. A primeira instituição do gênero surgiu na cidade de Lisboa, Portugal, em 1498, pela remodelação da Confraria de Caridade Nossa Senhora da Misericórdia. Foi estabelecida pelo Frei Miguel Conreiras, sob os auspícios de D. Leonor de Lencastre (1458-1525) – a Rainha dos Sofredores –, viúva de D. João II (1455-1495) da casa de Avis. No mesmo ano, fundaram-se mais oito filiais em Portugal e duas na Ilha da Madeira.

A Irmandade de Misericórdia, criada em Florença em 1244 e que depois se proliferou por outras cidades italianas, tem um outro caráter, pois ela dedica-se à atividade social e não hospitalar.

Destinadas inicialmente ao amparo dos enjeitados e marginalizados, as Santas Casas exerciam funções muito mais assistenciais do que terapêuticas, antecedendo as ações do Estado no âmbito da saúde e da assistência social. O modelo institucional foi reproduzido nas colônias portuguesas, que se adaptaram aos estatutos das Santas Casas existentes na metrópole.

Diante da ausência de documentação precisa, há controvérsias sobre qual seria a primeira Santa Casa do Brasil: a de Olinda ou a de Santos. Algumas referências apontam que a Santa Casa de Olinda, em Pernambuco,



Bandeira da Misericórdia do Porto. Século XVIII. Óleo sobre tela. Santa Casa de Misericórdia do Porto. p. 13. Fonte: OCEANOS. Misericórdias: cinco séculos, Lisboa, n. 35, jul./set. 1998



Representação de D. Leonor, tábua de escola portuguesa. Primeira metade do século XVII. Santa Casa de Misericórdia de Coimbra. p. 27. Fonte: OCEANOS. Misericórdias: cinco séculos, Lisboa, n. 35, jul./set. 1998

foi fundada em 1539 e, portanto, teria antecedido as demais Santas Casas estabelecidas durante a colônia. Já outra parte da bibliografia sobre o assunto sustenta a Santa Casa de Santos, estabelecida no litoral paulista em 1543 por Brás Cubas, como a primeira instituição desse tipo no País, seguida pela de Salvador (1549), Vitória (1551), Rio de Janeiro (1582), São Paulo (1599), João Pessoa (1602), Belém (1619), São Luís (1657) e Campos (1792).<sup>58</sup>

Independentemente de lacunas historiográficas, é fato que as Santas Casas de Misericórdia foram as responsáveis pelo atendimento de enfermos, expostos (órfãos) e inválidos durante todo o período colonial. A atuação inicial de natureza caritativa transformou-se e, hoje, as Santas Casas são consagradas instituições filantrópicas de saúde. Atualmente, o Brasil conta com mais de 2.500 hospitais do tipo que ainda desenvolvem papel fundamental ao lado de instituições públicas e particulares, sendo responsáveis por cerca de 50% do número de leitos hospitalares existentes no País.<sup>59</sup>

Além das Santas Casas de Misericórdia, os enfermos e desamparados no Brasil Colônia contaram com o amparo de outras instituições de caridade, providas, em geral, por Ordens Terceiras e Irmandades. Entre várias, cabe destacar o hospital mantido pela Ordem Terceira de São Francisco da Penitência (estabelecida em 20 de março de 1619, por iniciativa de dois frades do Convento de Santo Antônio, no Rio de Janeiro), que foi transferido para a Tijuca, em 1904. Também se ressalta a atuação da Casa dos Expostos de Pernambuco (1675), o Hospital de Caridade de Belém do Pará (1787), o Lazareto da Bahia (instalado numa antiga propriedade dos jesuítas pelo Capitão General D. Rodrigo José Menezes) e o hospital da Ordem Terceira do Carmo, estabelecido durante o século XVIII, no Rio de Janeiro.

É importante salientar que a prestação de assistência médica constituía parte do esforço português na dominação do vasto território colonial. Desse modo, a atuação de instituições católicas desempenhava fundamental papel, especialmente pelo caráter intrinsecamente unificador do qual dispõe a religião, como já destacamos a relevância da Companhia de Jesus no Brasil Colônia, no capítulo anterior.



*Hospital da Ordem Terceira de Nossa Senhora do Monte do Carmo, fundada pelos portugueses em 1773. Fonte: Portugal no Brasil: a colonização portuguesa. Lisboa: Tipografia Luso-Gráfica, 1925. p. 117*



*Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, fundada em 1582, Gravura de Sisson, Sebastien Auguste, 1824-1898. Acervo: Fundação Biblioteca Nacional*



*Cartão Postal, Vista Geral de Santos, com a Santa Casa da Misericórdia, fundada em 1542. Crédito: Editores M. Pontes & C - Bazar de Paris*

58 Cf. PANORAMA HOSPITALAR. As Santas Casas nasceram junto com o Brasil. In: *Página institucional da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas*. Disponível em: <[http://www.cmb.org.br/index.php/component/content/article/25\\_institucional/historia/179-as-santas-casas-nasceram-junto-com-o-brasil](http://www.cmb.org.br/index.php/component/content/article/25_institucional/historia/179-as-santas-casas-nasceram-junto-com-o-brasil)>. Acesso em 12 fev. 2014.

59 ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Balanço 2013: *Falta de recursos para as Santas Casas motiva ação de Frente Parlamentar*. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/noticia/?id=354886>>. Acesso em 1º mar. 2014.



## Os hospitais militares e os primórdios da medicalização brasileira

As origens dos hospitais militares no Brasil Colônia remontam aos fins do século XVII, quando começaram a surgir enfermarias nos próprios alojamentos de tropas em razão da insuficiência de acomodações nos hospitais das Santas Casas de Misericórdia e das demais organizações religiosas.



Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica, do Hospital Real Militar da Corte, hoje, Hospital Central do Exército. Crédito: Centro de Comunicação Social do Exército-CCOMSEx

De acordo com a bibliografia, um dos primeiros hospitais do tipo foi o fundado pelo mestre de campo D. João de Sousa, em Olinda, que visava ao atendimento de soldados e peregrinos. Em 1699, a instituição obteve de El Rei os mesmos privilégios concedidos aos hospitais reais de Portugal.<sup>60</sup>

O desenvolvimento dos hospitais militares ganhou maior impulso com as determinações do decreto promulgado pelo Marquês de Pombal, em 3 de dezembro de 1759, o qual ordenou o confisco dos bens da Companhia de Jesus e a expulsão dos jesuítas de Portugal e suas colônias.

Em decorrência, determinou-se que nos edifícios dos colégios da Companhia fossem instalados hospitais destinados ao tratamento de tropas.

Surgiram, então, os denominados Hospitais Reais Militares, cuja administração cabia ao capitão-general da Capitania e o atendimento contava com cirurgiões, físicos e boticários. O primeiro foi o Hospital Real Militar e Ultramar ou da Corte, no Rio de Janeiro (1768) e, na sequência, foram estabelecidos

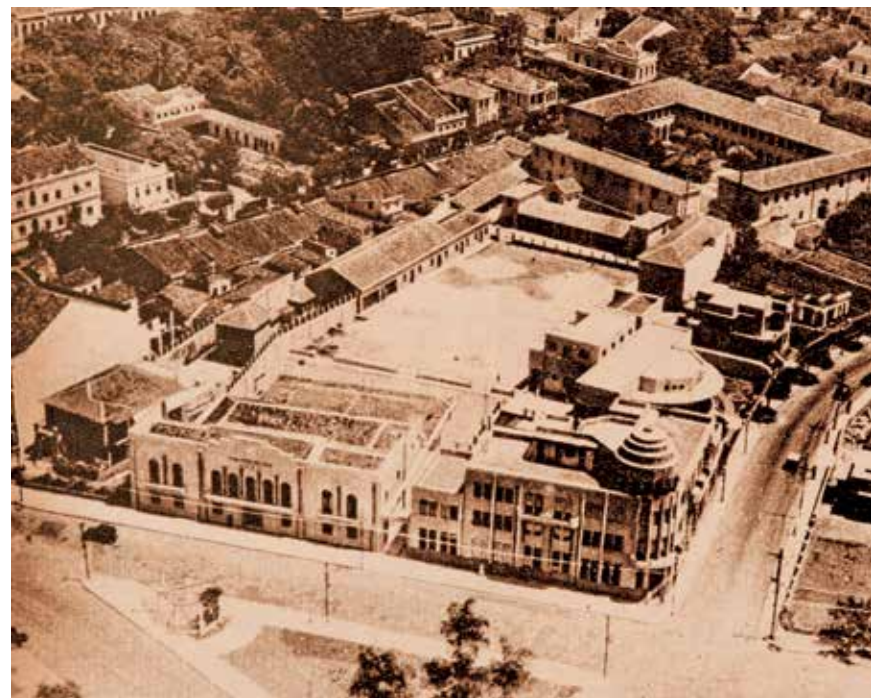
<sup>60</sup> Cf. Seara Médica, p. 142.

o Hospital Real Militar da Bahia ou de Salvador (1799), o Hospital Real Militar de Goiás (1800) e o Hospital Real Militar de São Paulo (1802), entre outros.

Não houve regulamentação específica sobre a estrutura organizacional do Hospital Real Militar da Corte, no Rio de Janeiro. O conhecimento de sua composição é possível mediante referências existentes na série de instruções sobre o funcionamento desse hospital (datadas a partir de 1808) e das exíguas determinações expressas na legislação referente à criação de seus cargos. É importante salientar também que, apesar de vários atos indicarem o regimento presente no alvará de 27 de março de 1805 como modelo de organização dos hospitais militares do Reino de Portugal, ele não pode ser considerado como fonte de informação para o estabelecimento do Hospital Militar da Corte, já que a própria legislação revela que, na prática, essas disposições não foram seguidas.<sup>61</sup>

Em 1806, o Hospital Militar da Bahia era administrado pelo médico sargento-mor inspetor Caetano de Abreu de Lima Alvarenga, integrando ainda sua estrutura o cirurgião-mor Dr. José Soares de Castro, o médico Dr. Luís Fernandes Alvarenga; dois cirurgiões ajudantes (oriundos de regimentos e que poderiam ser auxiliados por outros colegas em caso de necessidade), dois enfermeiros e, ainda, um capelão. Tal como nos seus congêneres, em suas instalações ficava previsto o funcionamento de uma botica, que fornecia medicamentos de forma gratuita aos internos e mediante pagamento para a população civil.<sup>62</sup>

O orçamento para o ano financeiro de 1832, aprovado pela lei de 15 de novembro de 1831, autorizava o governo a reformar os hospitais militares existentes ou substituí-los por hospitais regimentais. De fato, o decreto de 17 de fevereiro de 1832 realizou essa mudança, transformando os hospitais militares em regimentais, sendo instalado, no Rio de Janeiro, um hospital no Campo da Aclamação (atual Praça da República), outro no Depósito da Praia Vermelha, além de uma enfermaria militar na Fortaleza de São João.<sup>63</sup>



Brasil, Recife, PE, cerca. 1928-1930. Vista aérea do Quartel General e do Hospital Militar da 7ª Região, em Boa Vista, Recife, Pernambuco. Reprodução de imagem: Alex Silva. Crédito: Agência Estado/AE

61 CABRAL, Dilma. Hospital Real Militar da Corte do Rio de Janeiro. *MAPA: Memória da Administração Pública Brasileira*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional. Disponível em: <<http://linux.an.gov.br/mapa/?p=2722>>. Acesso em 15 fev. 2014.

62 CABRAL, Dilma. Hospital Real Militar da Bahia. *MAPA: Memória da Administração Pública Brasileira*, Arquivo Nacional. Disponível em: <<http://linux.an.gov.br/mapa/?p=2720>>. Acesso em 15 fev. 2014.

63 CABRAL, op. cit.

## O início do ensino da medicina no Brasil

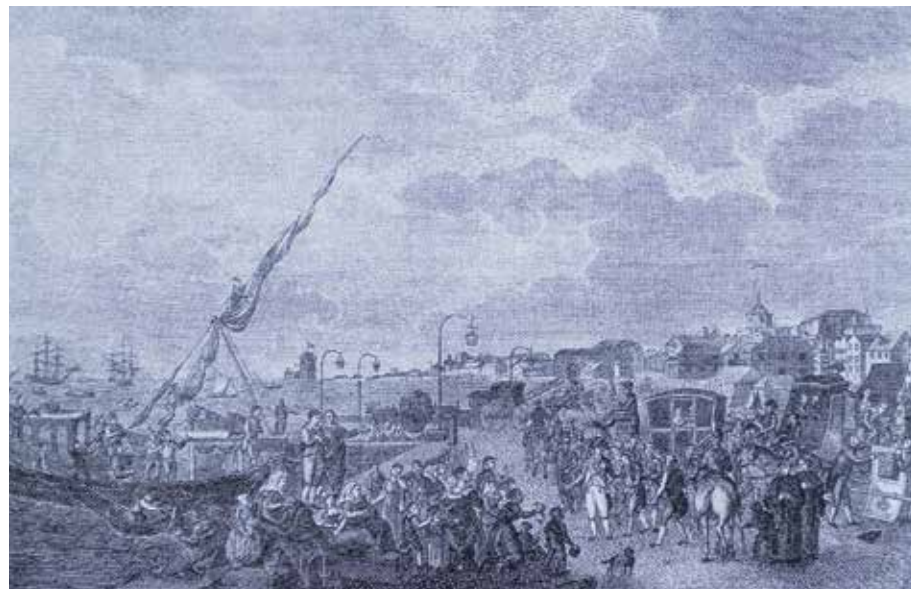
Conforme demonstra a bibliografia sobre o tema, o desenvolvimento do ensino médico no País ocorreu de forma interligada ao crescimento da sociedade brasileira, sendo clara a sua vinculação com o surgimento das instituições políticas econômicas, militares e culturais no fim do período colonial. Não é à toa que as primeiras escolas de medicina tenham se estabelecido com chegada da família real no Brasil, em 24 de janeiro de 1808.

A transposição da corte portuguesa alterou substancialmente o paradigma metrópole-colônia e significou, entre outras coisas, a ampliação do escopo médico-científico dos hospitais militares, que, até então, eram as instituições oficiais de saúde no território ultramarino. Tal fato é corroborado pela série de regulamentações que imediatamente sucederam a chegada da família real.

Entre as determinações promulgadas, vale salientar o decreto imperial de 9 de fevereiro daquele ano, que organizou os chamados “serviços de cirurgiões e físicos”, criando o Serviço de Saúde do Exército e da Armada Real, o departamento embrionário da futura Diretoria de Saúde do Exército. Para administrá-lo, foi instituída a Repartição do Cirurgião-Mor, sendo nomeado Frei Custódio de Campos e Oliveira como cirurgião-mor dos exércitos e armadas reais. Outra importante inovação ocorreu com a criação da Botica Real Militar (atual Laboratório Químico Farmacêutico do Exército).

Cabe destacar aqui a contribuição do Serviço de Saúde do Exército para o estabelecimento dos fundamentos de saúde no Brasil, por diversos aspectos. Primeiramente, podemos dizer que foi a espinha dorsal da assistência institu-

Dom João e toda a Família Real embarcam no cais de Belém, em 27 de novembro de 1807. Gravura, s/d. In: SCHWARCZ, Lilia Moritz. *A Longa Viagem da Biblioteca dos Reis: do terremoto de Lisboa à Independência do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. p.212





Os negros andavam descalços em ruas sem rede de esgoto. Sofriam com o “bicho-de-pé” (tungíase), além de outras doenças. *Retour en ville d'un propriétaire de chacra* (Volta à cidade de um proprietário de chácara). Aquarela sobre papel de Jean Baptiste Debret. Crédito: Museus Castro Maya. In: BANDEIRA, Julio; LAGO, Pedro Corrêa do. Debret e o Brasil: obra completa (1816-1831). Rio de Janeiro: Capivara, 2013. p.175

cionalizada até meados do século XIX, destacando-se pela introdução de medidas reguladoras do exercício profissional das carreiras das mais diversas áreas da saúde (enfermagem, farmácia, veterinária, vigilância sanitária, etc.) e, principalmente, pela contribuição no surgimento das primeiras faculdades de medicina no País.

Pouco antes dessa regulamentação, em 6 de fevereiro de 1808, D. João VI promulgou um decreto, nomeando como primeiro médico e cirurgião da casa real o Dr. José Correia Picanço.

O Dr. José Correia Picanço é considerado o “Patriarca da Medicina Brasileira”, título concedido no II Congresso Brasileiro de História da Medicina.<sup>64</sup> Nascido na Província de Pernambuco, em 1745, doutorou-se em medicina pela Universidade de Paris. Nomeado pelo Marquês de Pombal para a Universidade de Coimbra, posteriormente, lecionou anatomia na Universidade de Lisboa, na qual foi pioneiro no uso de cadáveres humanos no ensino da medicina.<sup>65</sup>

Picanço retornou ao Brasil na comitiva real de 1808 e, com prestígio com o príncipe regente, conseguiu homologar a criação da primeira escola médica do Brasil, por meio da carta régia datada de 18 de fevereiro daquele ano: a Escola de Cirurgia da Bahia, instalada no mencionado Hospital Real Militar da Bahia (ou de Salvador). Uma carta datada, enviada por um ministro

64 CODECEIRA, Zília de Aguiar; LIMA, João Plutarco Rodrigues. Correia Picanço, o fundador do ensino médico no Brasil. *Revista da Associação Paulista de Medicina*, n. 224, maio, Suplemento Caderno Cultural, p. 1. Disponível em: <[http://www.apm.org.br/imagens/Pdfs/Suplemento\\_Maio2011.pdf](http://www.apm.org.br/imagens/Pdfs/Suplemento_Maio2011.pdf)>. Acesso em 1º mar. 2014.

65 GOMES, Ordival Cassiano. Fundação do ensino médico no Brasil. José Correia Picanço(I). *Revista de História da USP, São Paulo*, v. 3, n. 7, p. 165, 1951.



Escola de Cirurgia da Bahia.  
1808. Crédito: Centro de  
Comunicação Social do  
Exército - CCOMSEx



Hospital de Pedro II, Rio  
de Janeiro, cerca de 1852.  
Gravura de Bachelier. Acervo:  
Fundação Biblioteca Nacional

de D. João VI ao Conde da Ponte, é considerada “a certidão de nascimento do ensino médico no Brasil”:

*Deus guarda a V. Excia.*

*Bahia, 18 de fevereiro de 1808.*

*Ao Ilustre Excel. Sr. Conde da Ponte*

*O Príncipe Regente Nosso Senhor, anuindo à proposta que lhe fez o Doutor José Corrêa Picanço, Cirurgião-Mor do Reino e de seu Conselho, sobre a necessidade que havia de uma Escola de Cirurgia no Hospital Real desta cidade para instrução dos que se destinam ao exercício desta Arte, tem cometido ao sobretudo Cirurgião-Mor a escolha dos Professores, que não só ensinem a Cirurgia propriamente dita, mas a Anatomia como base essencial dela e a Arte obstétrica tão útil como necessária, o que participo a V. Excia., por ordem do mesmo Senhor, para que assim o tenha entendido e contribua para que tudo o que for promover este importante Estabelecimento.*

*D. Fernando José de Portugal e Castro*

*Ministro do Senhor Príncipe Regente* <sup>66</sup>

Ainda em 1808, foi criada a escola embrionária da segunda faculdade de medicina do Brasil. Após o desembarque na Bahia, a comitiva real de D. João VI seguiu para o Rio de Janeiro (então sede e capital da Colônia), onde Picanço desenvolveu um trabalho que repercutiu na fundação da Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia, mediante decreto de 2 de abril daquele ano. Criou-se, assim, uma cadeira de anatomia no citado Hospital Real Militar e Ultramar ou da Corte, no Rio de Janeiro, no qual funciona hoje o Hospital Central do Exército.

As duas escolas de medicina estabelecidas em decorrência da atuação do Dr. José Correia Picanço tornaram-se os berços do ensino médico no Brasil, bem como do desenvolvimento do ensino superior na área. O médico também escreveu obras científicas de valor social e de inestimável importância para medicina sanitária. Em 1813 e 1815, as citadas escolas passaram a se denominar Academia Médico-Cirúrgica. O poder de conferir o diploma de médico só foi por elas alcançado em 1826, após a Independência. Em 1832, ambas foram denominadas Faculdades de Medicina, tendo como

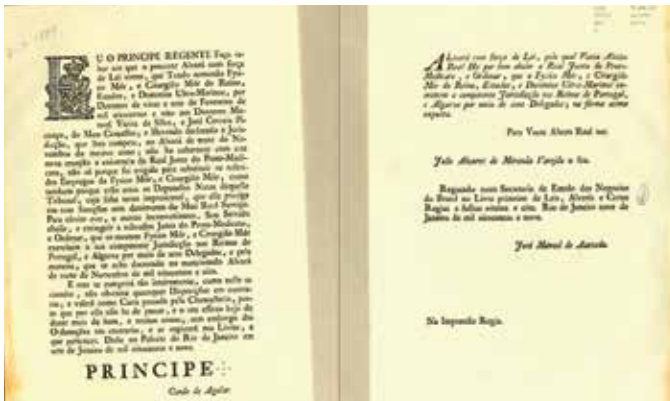
<sup>66</sup> GONÇALVES FILHO, Ernesto Lima. As Santas Casas e o desenvolvimento do ensino médico no Brasil. Boletim da ABEM, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, jul./ago., p. 6, 2000 apud AMARAL, Jorge Luís do. *Duzentos anos de ensino médico no Brasil*. 2007. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007. p. 11.



Brasil, Salvador, BA. 1928-1940.  
Suplemento de rotogravura do jornal  
O Estado de S. Paulo. Faculdade  
de medicina em salvador, na Bahia.  
Reprodução de imagem: Alex Silva/AE



Universidade Federal do Paraná (imagem  
de fundo). Frente, Universidade e ala da  
Faculdade de medicina, fundada em 1946.  
Acervo Reitoria UFPR / Coleção Cid  
Destefani



Decreto, nomeando como primeiro  
médico e cirurgião da Real Casa o Dr.  
José Correia Picanço. O documento  
original digitalizado pode ser  
visualizado no *Internet Archive: Open  
Library* Disponível em: <<https://archive.org/details/euoprinciperegen81port>>.  
Acesso em: em 1º mar. 2014

modelo científico a Faculdade de Medicina de Paris, tonando-se modelos para as demais faculdades criadas no Brasil.<sup>67</sup>

Se bem que as trajetórias das escolas e faculdades de medicina em outros pontos do país foram tardias e desarticuladas da atuação dos respectivos hospitais reais militares. No caso de São Paulo, por exemplo, o descaso por parte do governo imperial com a saúde da província era grande. No início da década de 1890, cogitava-se a instalação de uma escola de medicina na capital paulista, mas apenas em 1895, fundou-se a primeira associação médica – a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

No final do século XIX, o Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho (1867-1920), entre outros, frequentava as reuniões da Santa Casa de Misericórdia e recebeu a incumbência de organizar a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. No entanto, a criação oficial da faculdade somente ocorreu durante o mandato do presidente Francisco de Paula Rodrigues Alves, com a promulgação

67 CODECEIRA, op. cit., p. 2.



de uma lei em 19 de dezembro de 1912, cuja regulamentação ocorreu mediante decreto-lei de 31 de janeiro de 1913.<sup>68</sup>

As disciplinas clínicas eram ministradas na Santa Casa de Misericórdia, passando depois ao Hospital das Clínicas, inaugurado em 19 de abril de 1944. Construída com recursos da Fundação Rockefeller, a Faculdade de Medicina foi definitivamente instalada na Avenida Dr. Arnaldo, em 1931, e incorporada à Universidade de São Paulo (USP) em janeiro de 1934.<sup>69</sup>

O mesmo verificou-se com o desenvolvimento da Escola Paulista de Medicina, fundada em 1933 e situada, inicialmente, na Rua Oscar Porto, 54. A construção do Hospital São Paulo, iniciada em 1936, e concluída apenas em 1950. Enquanto se edificava a nova sede, as cadeiras clínicas foram ministradas no Hospital Umberto I, a respeito do qual falaremos mais adiante. Em 1956, a Escola Paulista de Medicina passou para o âmbito federal, constituindo a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).



---

68 LORENZI, Therezinha F.; JAMRA, Michel. *História da hematologia brasileira*. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2002. p. 60.

69 CALDEIRA, Marina P. R. *História da criação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, 2000. Disponível em: <<http://www.usp.br/fm/sobre/historico.htm>>. Acesso em 25 jan. 2014.

Aluna da Faculdade de Medicina da USP  
- álbum de formatura 1964. Acervo do  
Museu Histórico da FMUSP



Fachada da Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo, fundada em  
1912 - Local: São Paulo - SP. Acervo do  
Museu Histórico da FMUSP

Paciente e enfermeira no Hospital  
das Clínicas. Acervo do Museu  
Histórico da FMUSP

Médico e paciente no Hospital  
das Clínicas, s/d. Acervo do  
Museu Histórico da FMUSP



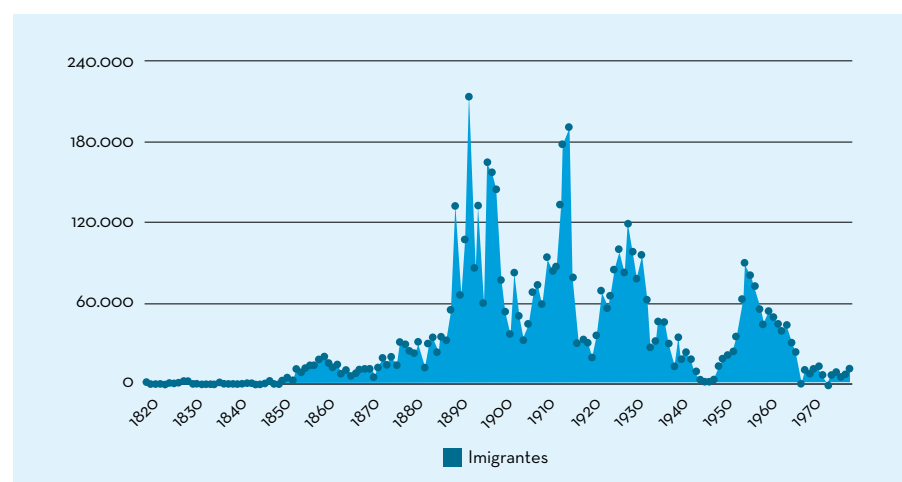
## O associativismo para a cura dos males: os hospitais criados por imigrantes e seus descendentes

O Brasil é tradicionalmente um país de imigração. Desde o descobrimento, foi ocupado, colonizado e povoado por diferentes grupos étnicos e raciais. O País recebeu o terceiro maior contingente de imigrantes, antecedido apenas pelos Estados Unidos e pela Argentina. *Fazer a América* era o sonho da maioria [...].<sup>70</sup>

Em 1808, a população brasileira era estimada em 4 milhões; em 1872, ano do primeiro recenseamento da população, esse número subiu para 9.930.478 habitantes. Entre 1872 e 1972, 5,5 milhões de imigrantes vieram para o Brasil. Portugueses e italianos representavam 60% deles. Nas estatísticas, a seguir, apresenta-se um panorama do povoamento e da imigração por nacionalidade, em termos de importância numérica.

### Estatísticas do povoamento

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil: 500 anos de povoamento. Rio de Janeiro, 2000. Apêndice: Estatísticas de povoamento. p. 225



70 FREITAS, Sônia Maria de. *O café e a imigração em São Paulo*. São Paulo: Saraiva, 2003. p. 33)



## Estatística por nacionalidade

NACIONALIDADE	1884-1893	1894-1903	1904-1913	1914-1923	1924-1933
Alemães	22.778	6.698	33.859	29.339	61.723
Espanhóis	113.116	102.142	224.672	94.779	52.405
Italianos	510.533	537.784	196.521	86.320	70.177
Japoneses	-	-	118.68	203.98	110.191
Portugueses	170.621	155.542	384.672	201.252	233.650
Sírios e Turcos	96	7.124	45.803	20.400	20.400
Outros	66.524	42.820	109.222	51.493	164.586
Total	883.668	852.110	1.006.617	503.981	717.223

Graças à expansão da economia cafeeira e a consequente imigração maciça de trabalhadores a partir das últimas décadas do século 19, na capital paulista houve um significativo crescimento urbano e industrial.

Era comum os imigrantes desembarcarem doentes e os óbitos durante as travessias eram frequentes, tornando órfãs muitas crianças. Além disso, nas fazendas de café, acidentes podiam causar mutilações e sofriam de doenças, como o tracoma que leva à cegueira, a febre-amarela, o bicho-de-pé, a chamada 'bicheira' - causada por moscas varejeiras - e envenenamentos provocados por picadas de cobras venenosas. O desenraizamento também era um fator de doenças psíquicas em imigrantes.

Para se proteger em terra estrangeira, os imigrantes fundaram as sociedades de socorro mútuo e hospitais próprios. As primeiras associações, geralmente, amparavam viúvas e órfãos, auxiliavam no retorno ao país de origem e prestavam assistência médica e odontológica. A partir da década de 1890, proliferaram instituições do gênero, fundadas para suprir as necessidades essenciais na nova terra.

Em 1912, o Departamento do Trabalho do Estado de São Paulo registrou 392 entidades beneméritas no Estado. Dessas, 111 eram estrangeiras; sendo 77 italianas, 14 portuguesas, 13 espanholas, quatro sírio-libanesas, duas alemãs e uma francesa.<sup>71</sup>

O grupo étnico português foi o que mais criou entidades e instituições assistenciais e hospitalares no Brasil, muitas das quais ainda em funcionamento. Na tabela a seguir, apresentamos instituições fundadas pela comunidade luso-brasileira no País:

Fonte: <[HTTP://brasil500anos.ibge.gov.br/estatísticas-do-povoamento/Imigração-por-nacionalidade-1884-1933?tmpl=component&printe+1&Page+](http://brasil500anos.ibge.gov.br/estatísticas-do-povoamento/Imigração-por-nacionalidade-1884-1933?tmpl=component&printe+1&Page+)>

<sup>71</sup> Boletim do Departamento do Trabalho, de 1912.

## Beneficências Portuguesas no Brasil

BENEFICÊNCIAS PORTUGUESAS NO BRASIL			
NOME	ANO DE FUNDAÇÃO	CIDADE	ESTADO
Real e Benemerita Sociedade Portuguesa Beneficente J' do Amazonas	31/10/1873	Manaus	Amazonas
Real Sociedade Portuguesa de Beneficência Dezesseis de Setembro	1/1/1857	Salvador	Bahia
Sociedade Beneficente Portuguesa Dois de Fevereiro	2/2/1872	Fortaleza	Ceará
Sociedade Portuguesa de Beneficência 1º de Dezembro	21/2/1892	Corumbá	Mato Grosso
Associação Poruguesa de Beneficência 1º de Dezembro	1/12/1907	Uberaba	Minas Gerais
Benemerita Sociedade Portuguesa Beneficente do Pará	8/10/1854	Belém	Pará
Sociedade Portuguesa Beneficente 1º de Dezembro	10/11/1878	Curitiba	Paraná
Real Hospital Português de Beneficência	16/9/1855	Recife	Pernambuco
Real e Benemerita Sociedade Portuguesa de Beneficência	31/5/1840	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Sociedade Portuguesa de Beneficência de Niteroi	15/8/1920	Niterói	Rio de Janeiro
Real Sociedade Portuguesa de Beneficência Dezesseis de Setembro	24/9/1875	Petrópolis	Rio de Janeiro
Beneficência Portuguesa de Teresópolis	10/6/1954	Teresópolis	Rio de Janeiro
Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos	10/8/1852	Campos	Rio de Janeiro
Sociedade Portuguesa de Beneficência de Bagé	27/11/1870	Bagé	Rio Grande do Sul
Sociedade Portuguesa de Beneficência	16/9/1857	Pelotas	Rio Grande do Sul
Sociedade Portuguesa de Beneficência	26/2/1854	Porto Alegre	Rio Grande do Sul
Sociedade Portuguesa de Beneficência	3/7/1859	Rio Grande	Rio Grande do Sul
Beneficência Portuguesa de Amparo	13/3/1892	Amparo	São Paulo
Beneficência Portuguesa de Araraquara	16/8/1914	Araraquara	São Paulo
Sociedade Beneficente Portuguesa de Bauru	8/6/1917	Bauru	São Paulo
Real Sociedade Portuguesa de Beneficência	20/7/1873	Campinas	São Paulo
Sociedade Portuguesa de Beneficência	13/6/1926	Olímpia	São Paulo
Sociedade Portuguesa de Beneficência	7/3/1897	Piracicaba	São Paulo
Sociedade Portuguesa de Beneficência	28/9/1907	Ribeirão Preto	São Paulo
Sociedade Portuguesa de Beneficência de São Caetano do Sul	5/10/1949	São Caetano do Sul	São Paulo
Sociedde Portuguesa de Beneficência	21/4/1920	São José do Rio Preto	São Paulo
Sociedade Portuguesa de Beneficência	12/4/1930	Santo André	São Paulo
Sociedade Portuguesa de Beneficência	21/8/1859	Santos	São Paulo
Real e Benemerita Beneficência Portuguesa	2/10/1859	São Paulo	São Paulo

Fonte: Revista Cultural dos Países de Idioma Português, n. 20, 2º Semestre 2004, São Paulo.

Alguns aspectos do primeiro Hospital São Joaquim, da Beneficência Portuguesa de São Paulo, podem ser observados nas imagens a seguir:

Influenciados pelas chamadas “obras de misericórdia”, os portugueses fundaram instituições em diversas cidades brasileiras, as quais se denominaram Sociedades de Beneficência Portuguesa. A primeira unidade criada no Rio de Janeiro, no dia 17 de maio de 1840, teve a sua diretoria eleita



- A - Cozinha
- B - Lavanderia
- C - Farmácia
- D - Sala de Pequenas cirurgias
- E - Enfermaria

Alguns aspectos do Primeiro Hospital São Joaquim, da Beneficência Portuguesa de São Paulo, podem ser observados nas imagens acima. Acervo: Beneficência Portuguesa

em 12 de julho do mesmo ano. Na data de 20 de fevereiro de 1848, ocorreu a aprovação da proposta de compra de um edifício na Rua Santo Amaro, onde posteriormente se instalaria um hospital. A enfermaria foi inaugurada em 1º de março do ano seguinte e, uma década depois, inauguraram-se as instalações hospitalares.

A trajetória da Beneficência Portuguesa em São Paulo é bastante elucidativa do contexto econômico e social dos imigrantes que chegavam ao território paulista, principal destino brasileiro das correntes imigratórias dos séculos 19 e 20. Diante do desamparo institucional na nova terra, um grupo de jovens imigrantes portugueses buscou na união uma forma de vencer as dificuldades e decidiram fundar uma sociedade de auxílio mútuo. Foi assim que Luis Semeão Ferreira Viana (um jovem de 18 anos e caixeiro da tradicional Casa Paiva) idealizou o projeto embrionário da Beneficência Portuguesa, contando com o apoio de Joaquim Rodrigues Salazar, Miguel Gonçalves dos Reis (Miguel Charuteiro) e Bernardino Monteiro de Abreu.

A ideia repercutiu na comunidade portuguesa e a lista de adesão, iniciada em 26 de setembro de 1859, alcançou 168 assinaturas, possibilitando a eleição da primeira diretoria e a elaboração dos estatutos já em 2 de outubro do mesmo ano. Tratava-se, de fato, da primeira sociedade de auxílio mútuo fundada na capital paulista, pois todas as demais sociedades beneficentes que tinham o mutualismo por finalidade foram criadas posteriormente. Confirmando a inspiração nas obras das Santas Casas, um medalhão dedicado à Nossa Senhora da Misericórdia, colocado na fachada principal do primeiro edifício, encontra-se hoje no jardim do complexo hospitalar construído no bairro do Paraíso, na capital paulista.

Com caráter de auxílio mútuo e finalidade beneficente, a sociedade obtinha sua renda das mensalidades pagas pelos sócios, de acordo com as possibilidades de cada um. Médicos, advogados e aqueles que possuíam mais recursos ofereciam amparo tanto aos associados quanto àqueles que não tinham condições de se afiliar. Apesar de o auxílio ser multifacetado (repatriações, oportunidade de trabalho, alimentos, entre outros), a assistência médica passou a ser prioritária.

Em um relatório de 1864, registrou-se a posição favorável e generalizada dos sócios quanto à fundação de um hospital ou casa de saúde. Nessa época, a sociedade contava com 290 associados e dispunha de estrutura financeira para comprar um terreno. Em seis anos, foram feitas contribuições para a construção do prédio hospitalar, na Rua Alegre (atual Brigadeiro Tobias, 343).

Em 28 de maio de 1873, iniciou-se a construção da Unidade Hospital São Joaquim, em cerimônia comandada pelo presidente Joaquim Lopes Lebre (o futuro Conde de São Joaquim). A obra demandou três anos e a inauguração ocorreu na data de 20 de agosto de 1876.

A história das instituições decorrentes da mobilização das demais etnias que chegaram ao País em grandes levadas não foi muito diferente. Entre as sociedades de origem alemã, podemos citar o atual Hospital Oswaldo Cruz que, inclusive, está localizado próximo à Beneficência Portuguesa, numa prova de que o fenômeno do associativismo era predominante na época. Inaugurado no dia 17 de setembro de 1923, o hospital foi resultado da atuação da Associação Hospital Alemão, criada em 1897 com o intuito de arrecadar fundos para tal finalidade.

Alguns anos antes, havia sido fundada a Sociedade Hospital Evangélico, com apoio de imigrantes norte-americanos e alemães, entre eles Henrique Schaumann. Dessa iniciativa surgiu o Hospital Samaritano, em janeiro de 1894, com intuito de atender pessoas de todas as nacionalidades e crenças, o que não se verificava no atendimento prestado pela Santa Casa de Misericórdia.

Presença marcante na Avenida Paulista, o Hospital Santa Catarina originou-se na atuação do médico austríaco Dr. Walter Seng que, em 1903, começou a atender doentes em uma casa alugada, situada na Rua Brigadeiro Luiz Antonio, onde havia cinco camas e três enfermeiras supervisionadas pela Irmã Beata Heinrich. Como resultado dos esforços das Irmãs da Congregação de Santa Catarina, e do apoio de D. Miguel Kruze (abade do Mosteiro de São Bento), o então Sanatório Santa Catarina foi inaugurado em 6 de fevereiro de 1906.

A mobilização dos imigrantes alemães e austríacos no sentido de disponibilizar assistência médica às suas comunidades foi notória, especialmente, na região Sul do País, que recebeu a maior parte deles. Em 1886, sete sociedades de origem alemã se registraram em Porto Alegre e, da união delas, surgiu uma federação no dia 26 de junho do mesmo ano, que levou a cabo a construção do Hospital Alemão, cujo atendimento ocorria na língua materna aos imigrantes.

Um dos maiores grupos étnicos também recorreu à união para a garantia de assistência, fundando instituições de excelência que atenderam aos imigrantes e igualmente contribuíram para a consolidação da medicina no Brasil. A mais importante foi a Sociedade Italiana de Beneficência de São Paulo, criada em 1878, com a finalidade de prestar assistência a imigrantes



Fachada do primeiro Hospital São Joaquim reformado. São Paulo, SP. Acervo: Beneficência Portuguesa de São Paulo



Nas fotos, fachada e fundos do Hospital Santa Catarina, em 1930. Foto: Divulgação

italianos através de fundos arrecadados nas empresas de origem italiana, como as constituídas pelas famílias Matarazzo, Crespi, Pignatari, Gamba, Falchi e Morganti.

A sociedade adquiriu um terreno localizado na Alameda Rio Claro, nas proximidades do Bexiga, um bairro de grande concentração de imigrantes italianos. A associação era fomentada por contribuições de imigrantes e também por subsídios do governo da Itália, mas o Conde Francisco Matarazzo tornou-se o seu maior benfeitor. O antigo prédio do Hospital Matarazzo foi inaugurado em 14 de agosto de 1904, com projeto do arquiteto Giulio Micheli. O atendimento se destinava à comunidade ítalo-brasileira, mas se estendia a pacientes de baixa renda, independentemente de sua origem. Entre os anos de 1904 e 1974, edificaram-se outras instalações no entorno, compondo o Complexo Hospitalar Humberto I, que hoje se encontra desativado e aguarda obras de restauro e adaptação a novo uso.

Diante de tantas diferenças culturais e dificuldades enfrentadas na nova terra, os imigrantes japoneses mobilizaram-se de forma impressionante para garantir acesso à saúde, muito contribuindo para a consolidação da medicina de excelência no País. Em 1920, o cônsul geral do Japão em São Paulo, Toshiro Fujita, informou o problema ao governo japonês, que, sensibilizado por seus conterrâneos, enviou recursos de 36 mil ienes. Fundou-se, assim, a associação Brasil-Japão Dojin Kai, visando à assistência aos nipônicos, como a realização de exames, vacinação, incentivo a pesquisas e, ainda, confecção de panfletos para divulgação de medidas profiláticas e sanitárias. Em outubro de 1926, a entidade comprou um terreno de 14.100 m<sup>2</sup>, na Rua Santa Cruz, em São Paulo.

Em 1931, o cônsul Iwataro Uchiyama instituiu a Associação Médica Japonesa, originando a Associação Pró-Construção do Hospital Japonês. Em 29 de abril de 1934, a campanha ganhou fôlego com a doação de 50 mil ienes pelo imperador Hiroito, simbolicamente realizada no dia de seu aniversário. Diante do gesto, o governo japonês decidiu doar 900 mil ienes, quantia dividida em três parcelas anuais. Os materiais básicos de construção, como tijolos e cimento foram enviados pelo Japão.

O Hospital Santa Cruz foi, então, inaugurado também em um dia 29 de abril, no ano de 1939. Comumente conhecido como “Hospital Japonês”, a instituição contou com o primeiro aparelho móvel de raios-X da cidade e prestava atendimento gratuito e sem distinção de nacionalidade, como forma de retribuição ao acolhimento dos imigrantes. Durante a Segunda Guerra Mundial,



Fileira de espreguiçadeiras no corredor do pavilhão do sanatório permitia que os pacientes repousassem por horas e tomassem sol. O repouso era parte importante do tratamento da tuberculose. Acervo: AHJB



Enfermeiras do Hospital Oswaldo Cruz, primeira metade do século XX. A maioria vinha da Cruz Vermelha alemã. Foto: Divulgação

o Brasil rompeu relações diplomáticas com o Japão e, dadas as ligações do Hospital Santa Cruz com o país rival, seu gerenciamento foi colocado sob o controle do governo federal, com a nomeação do interventor, Dr. José Maria de Freitas. Mas o hospital manteve, contudo, o atendimento aos pacientes de origem nipônica, atuando em conjunto com vários médicos japoneses.

O destaque das instalações e serviços atraiu os mais consagrados médicos desde sua fundação, como os doutores Benedito Montenegro, Alípio Corrêa Neto, José Maria de Freitas, Henrique Mélega, Antônio Prudente, Euryclides de Jesus Zerbini, Anísio Costa Toledo e muitos outros. Juntamente com os renomados médicos japoneses, como Shizuo Hosoe, Yoshinobu Takeda e Sentaro Takaoka, constituíram a elite da medicina na cidade, mestres que comandavam o Hospital Santa Cruz e o tornaram uma verdadeira escola de cirurgiões.<sup>72</sup>

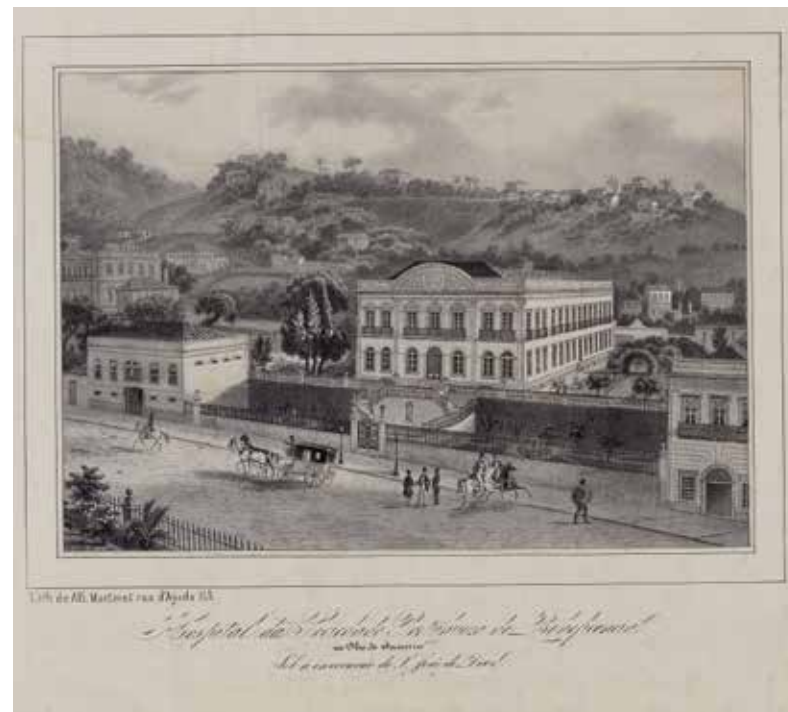
Outro grupo de imigrantes também deixou um importante legado para a história da medicina brasileira. A trajetória do Hospital Sírio-Libanês teve início em 1921, quando um grupo de mulheres da primeira geração de imigrantes fundou a Sociedade Beneficente de Senhoras. Liderado por dona Adma Jafet, a associação tinha por objetivo oferecer a São Paulo um centro de assistência médica à altura da importância da cidade. Em 1931, iniciaram-se as obras de construção do hospital e, em 1940, o primeiro prédio estava concluído.

No ano de 1943, o edifício foi ocupado pela Escola Preparatória de Cadetes, somente retornando à Sociedade no ano de 1959. Três anos depois, reiniciou suas atividades sob a liderança de Dona Violeta Basílio Jafet (então presidente da Sociedade Beneficente de Senhoras) e a direção clínica do Dr. Daher Cutait. Tornou-se o primeiro hospital do País a implantar, em 1971, uma UTI (unidade de tratamento intensivo) e também o pioneiro na utilização de acelerador linear com fótons e elétrons (também em 1971), entre outras inovações que o tornaram referência na América Latina.<sup>73</sup>

Mais remoto foi o início da contribuição dos imigrantes de origem judaica para o desenvolvimento da medicina no Brasil. Ainda no século 19, o judeu marroquino Abraham Baruel estabeleceu-se na freguesia de Tabatinga, localizada na região amazônica. Em meio à epidemia de varíola ocorrida no

72 Cf. <<http://www.hospitalsantacruz.com.br/hospital/>>.

73 Cf. <<http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sociedade-beneficentesenhoras/historia/Paginas/default.aspx>>. Acesso em 27/2/2014.



Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência do Rio de Janeiro. Gravura de Martinet, Alfred, 1821-1875. Acervo: Fundação Biblioteca Nacional



Vista panorâmica do bairro do Morumbi em São Paulo com destaque para o Hospital Albert Einstein. Acervo: AHJB



Hospital Centenário, no ano de 1948, em São Leopoldo, berço da Imigração alemã. O mesmo foi inaugurado em 1931, e o nome é uma referência ao centenário da Imigração Alemã, em 1924. Acervo: Museu Histórico Visconde de São Leopoldo



Localizado no município paulista de Campos do Jordão, sua inauguração ocorreu no dia 15 de novembro de 1936. Desde a sua fundação, em 1916, a entidade já assistia doentes tuberculosos, internando os pacientes em pensões-sanatórios privadas na região de São José dos Campos. Posteriormente, decidiu-se construir e manter o seu próprio sanatório, que chegou a oferecer 120 leitos e cerca de 30 funcionários. Um documento da Delegacia de Polícia de São José dos Campos, datado de 1940, atesta que o Sanatório da Ezra não recebia auxílio oficial e atendia 61 doentes indigentes. Manteve-se em atividade até o ano de 1966. (Cf. Unibess 85 Anos: uma história do trabalho social da comunidade judaica em São Paulo. 1915-2000. São Paulo. Nov. 2000. Pag. 41.)

Na história paulista, é também notória a atuação do Hospital Israelita Albert Einstein. Em 1957, sob a liderança do Dr. Manoel Tabacow Hidal,

74 Cf. WOLFF, Egon; WOLFF, Frieda. *Participação e contribuição de judeus ao desenvolvimento do Brasil*. Rio de Janeiro, 1985.

Na foto, detalhe de uma sala de cirurgia. Acervo: Museu Histórico Visconde de São Leopoldo

Sala dos indigentes do Hospital. Acervo: Museu Histórico Visconde de São Leopoldo

ano de 1868, Baruel fundou um asilo mantido às suas custas. Na reincidência do surto, em 1874, ele já havia disponibilizado medicamentos, roupas e também dinheiro ao Comando da Fronteira. Pelos serviços prestados, Baruel recebeu a Imperial Ordem da Rosa (ordem honorífica criada em 1829 pelo imperador D. Pedro I (1822-1831)).<sup>74</sup> (Cf. Egon e Frieda Wolff. *Participação e contribuição de judeus ao desenvolvimento do Brasil*. Rio de Janeiro, 1985)

Em termos institucionais, o Sanatório da Ezra tornou-se um marco.



Hospital Santa Cruz. Acervo do Museu Histórico da Imigração Japonesa no Brasil



Hospital Umberto Primo. Conhecido também como Hospital Matarazzo. Crédito: Victor Moriyama/Folhapress

fundou-se a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBHAE), com o compromisso de oferecer à população brasileira uma prática médica de qualidade. Com recursos provenientes de doações e dedicação de seus membros, a sociedade construiu sua instituição hospitalar, inaugurada em 1971. Logo, o Hospital Israelita Albert Einstein tornou-se referência em tratamentos com tecnologia de ponta e atendimento humanizado, expandindo suas fronteiras.

Atualmente, a SBIBHAE se orgulha de possuir o mais avançado hospital da América Latina, um instituto de ensino e pesquisa com atuação de vanguarda em destacados campos da investigação médico-científica e o Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein, que atua em conjunto com os gestores públicos de saúde. A atuação nesse sentido começou ainda na década de 60, quando a pediatria assistencial atendia gratuitamente crianças da região do Morumbi. Em 1997, a Sociedade criou o Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis para dar assistência a 10 mil crianças de uma das maiores comunidades carentes de São Paulo.



Hospital Albert Einstein inaugurou um novo centro de oncologia e hematologia em 2013. Foto: Divulgação



O Hospital Sírio-Libanês, fundado em 1965 é um complexo hospitalar brasileiro localizado na cidade de São Paulo. É considerado um dos mais importantes centros médicos do Brasil e da América Latina, resultado de uma ação filantrópica de várias empresas. Na foto, o Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP) do Hospital Sírio-Libanês. Foto: Divulgação



## Médicos que já fazem a história da medicina brasileira por gerações



Noel Nutels entre os índios do Xingu.  
Acervo: AHJB

Os médicos que atuavam no Brasil Colonial eram formados na Europa, sobretudo em Portugal. Sem dúvida, a Reforma Pombalina impulsionou o desenvolvimento técnico e científico na metrópole e, consequentemente, na colônia. A partir das últimas décadas do século XVIII, a Universidade de Coimbra se tornou o principal destino de estudantes brasileiros, sendo direito e medicina as áreas mais atraentes. Mas, como vimos, a fundação das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro iniciou o ensino médico no País, alterando esse cenário.

Historiadores apontam que os primeiros médicos do Brasil foram judeus, em geral fugidos da Península Ibérica durante a Inquisição. Lycurgo de Castro Santos Filho afirma

que os judeus ou cristãos-novos constituíam praticamente todos os médicos que atuaram no Brasil no período entre o século XVI e meados do século XVII. Tal fato não surpreende se considerarmos que a porcentagem de médicos de origem judaica é a maior do mundo.

De acordo com o renomado escritor e médico gaúcho, Dr. Moacyr Scliar,<sup>75</sup> uma possível explicação seria a de que os termos saúde e doença são abundantemente mencionados no Tanach e no Talmud.<sup>76</sup> Na antiguidade, o médico era basicamente alguém que dava conselhos, e isso de novo

75 Cf. Entrevista de Moacyr Scliar à jornalista Sheila Sacks. *Coojornal*, n. 54, 22/9/2007. Disponível em: <<http://www.riototal.com.br/coojornal/sheilasacks012.htm>>. Acesso em 26 mar. 2014.

76 Tanach (os 24 livros que compõem o chamado Antigo Testamento); Talmud (Leis Judaicas e Comentários); Maimônides (médico e filósofo espanhol, no século XII).

está dentro da tradição do judaísmo, que sempre respeitou a figura do *chacham*, do sábio. Mas havia também um motivo prático e penoso. A medicina é uma profissão resultante de conhecimento acumulado pelo indivíduo e na sua habilidade adquirida. Para um grupo humano em constante movimento isso era uma coisa importante.

Citando um notável exemplo na história da medicina brasileira, temos o Dr. Noel Nutels. Ele chegou ao Brasil em 1922, ainda com 9 anos, para se juntar ao pai, um imigrante ucraniano que se tornou senhor de engenho em Alagoas. Formou-se em medicina no Recife, passando a clinicar em diversas cidades do interior. A partir de 1943, integrou a Expedição Roncador-Xingu, do Marechal Rondon. Quando descia do DC-3 da Força Aérea Brasileira, no Parque do Xingu, o médico era recebido pelos índios com muita alegria. Posteriormente, criou o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), que levava atendimento médico a tribos amazônicas isoladas. (Cf. Arnaldo Niskier, *A contribuição dos judeus ao desenvolvimento brasileiro*, p. 57-84).

É significativa a presença de médicos de origem judaica em São Paulo. A pesquisadora Léa Vinocur Freitag em seu estudo sobre os médicos pioneiros salienta que o número ultrapassou a 100. Apenas para citar alguns nomes: Abrahão Brickmann, Abrahão Schor, Bernardo Akerman, Bernardo Bedrikow, Bernardo Wajchenberg, Haim Grüspum, Jayme Sandler, José Brickmann, José Morris Chansky, Theodoro Lerner, Paschoal Vinocur.<sup>77</sup> (Cf. Léa Vinocur Freitag, *Médicos Judeus em São Paulo - Pioneirismo e Talento*, in *Boletim do Arquivo Histórico Judaico Brasileiro*. Ago n. 48 ano 2013. p.14-15).

Já no século XIX, é possível identificar a atuação de vários médicos de origem alemã no Brasil e, no limiar do século XX, é também perceptível a presença de médicos italianos e sírio-libaneses, especialmente em São Paulo. Quanto aos primeiros, destacam-se a sua contribuição para a saúde pública e a formação do curso de medicina da Faculdade de Medicina de São Paulo. Entre eles, Alfonso Bovero, Afonso Splendore, Antonio Carini, Alessandro Donati, Carlos Foá, Mário Artom, Archimede Busacca, Carlos Brunetti e muitos outros.

Cabe aqui salientar uma peculiaridade do exercício da medicina no Brasil. Independentemente da origem étnica, a profissão foi passada



Formatura da dr. Lygia Montenegro Ferreira Jamra, na Universidade de São Paulo. SP. Em 1942. Coleção: Família Jamra



Formatura do dr. Michel Abu Jamra, na Universidade de São Paulo. Cerca de 1940. Coleção: Família Jamra

77 Cf. os trabalhos: SALLES, Maria do Rosário Rolfsen. *Médicos italianos em São Paulo (1890-1930)*. São Paulo: Editora Sumaré, FAPESP, 1997. (Série imigração; v. 7) e LACAZ, Carlos da Silva. *Médicos italianos em São Paulo: trajetória em busca de uma nova pátria*. São Paulo: Aquarela Editora, 1989.

de pai para filho, sendo comum haver gerações de médicos nas mesmas famílias. É o caso do já mencionado Dr. Dawser Elias Cutait, um dos fundadores do Hospital Sírio-Libanês. Ele ingressou na Escola de Medicina da USP, onde se tornou discípulo de Benedito Montenegro. Estagiou na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, para a qual foi contratado, em 1940. Em 1944, transferiu-se para a Faculdade de Medicina da USP, na qual liderou o serviço de coloproctologia do Hospital das Clínicas, entre os anos de 1947 e 1983. Completou sua formação profissional nos Estados Unidos, sob a orientação de um dos maiores especialistas em coloproctologia, o professor Frederick Coller. Seu filho, o conceituado médico gastroenterologista Raul Cutait, hoje integra a equipe do Hospital Sírio-Libanês.

Outra trajetória congênere é a da família Jamra. O dr. Said Abu Jamra foi o primeiro médico árabe a clinicar no Brasil. Nasceu em 21 de abril de 1871, na cidade de Kfeir, no Líbano. Em 1887, formou-se em letras pelo Colégio Protestante Sírio que, mais tarde, integraria a Universidade Americana de Beirute. Ingressou na Escola de Medicina Marion Sims, nos Estados Unidos, onde se graduou em 1899. No mesmo ano, emigrou para o Brasil, fixando-se em São Paulo, e se casou no dia 29 de dezembro com dona Afife Abu Jamra, também natural do Líbano, onde era professora de inglês. O casal teve quatro filhos e uma filha.

Seu filho Michel Abu Jamra (1916-1999), um dos pioneiros da hematologia no País, ingressou na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1934. Foi professor titular do Departamento de Clínica Médica e chefe das disciplinas de hematologia e hemoterapia da USP. Desenvolveu inúmeros trabalhos científicos de pesquisa, ensaios clínicos e técnicas especializadas para o estudo de anemias e doenças onco-hematológicas. Recebeu importantes lãureas no Brasil e no exterior, entre elas: Ordem do Mérito Médico (1967) e a Ordem do Ipiranga (1975). Casou-se com a também médica Dra. Lygia Montenegro Ferreira Jamra, a única mulher que ingressou na Faculdade de Medicina da USP, em 1936. Ela entrou para a Faculdade de Higiene e Saúde Pública da mesma universidade, no ano 1946, lá permanecendo por 30 anos.<sup>78</sup>

Entre os médicos de origem árabe também se destaca a história da família Jatene. O Dr. Adib Domingos Jatene é médico-cirurgião torácico,

---

78 Cf. LACAZ, Carlos da Silva. *Médicos sírios e libaneses do passado: trajetória em busca de uma nova pátria*. São Paulo: Editora ALMED, 1982.

professor universitário e cientista. Nasceu em Xapuri, no Acre, na data de 4 de junho de 1929, e cursou medicina na Universidade de São Paulo, da qual se tornou professor. Ficou conhecido internacionalmente como inventor de uma cirurgia para tratamento de transposição das grandes artérias em recém-nascidos e do primeiro coração-pulmão artificial do Hospital das Clínicas de São Paulo. Integrou a equipe do mundialmente conhecido e pioneiro cardiologista, o professor Euryclides de Jesus Zerbini. O Dr. Jatene foi secretário estadual de saúde de São Paulo e ocupou por duas vezes o cargo de ministro da saúde. Três de seus quatro filhos seguiram a profissão: os conceituados médicos Leda, Marcelo e Fábio. Este último, eleito um dos melhores cirurgiões cardíacos da cidade de São Paulo, é presidente do Instituto do Coração (Incor).

Como exemplo da variedade étnica que compõe o fator de “herança médica” no Brasil podemos citar a trajetória do Dr. Gaspar Lisboa Neto, cuja família está na quinta geração de médicos, computando 17 membros dedicados à área da saúde. Tudo começou com o seu bisavô, o Dr. Antonio Maximiano Xavier Lisboa, que iniciou uma verdadeira dinastia de médicos na família, constituída de dois filhos, três netos, oito bisnetos e três tataranetos. Ele nasceu em Campanha, Minas Gerais, aos 21 de fevereiro de 1860. Ainda jovem, foi para a Corte (Rio de Janeiro) iniciar seus estudos médicos. Devido à epidemia de febre amarela que assolou a cidade, os alunos da escola de medicina foram transferidos para Salvador, na Bahia. Seu curso foi concluído em 1887.

Após estagiar por dois anos no Rio de Janeiro, fixou-se em Itajubá, cidade com clima montanhoso, excelente para a sua saúde que foi afetada pela febre amarela. Um dos fundadores da Santa Casa de Misericórdia da cidade tornou-se um dos maiores beneméritos daquele município mineiro. Colaborou com o seu amigo e conterrâneo, o Dr. Vital Brasil,



Formandos da Faculdade de Medicina. Observa-se, na segunda fileira a esquerda, a dr. Lygia Montenegro Ferreira Jamra como a única mulher do grupo. 10/09/1942. Coleção: Família Jamra

nas pesquisas sobre o soro antiofídico, bem como trabalhou no combate à gripe espanhola, epidemia que assolou o País em 1918. Foi nomeado delegado vacinador e delegado da higiene no município de Itajubá. O Dr. Xavier Lisboa exerceu a medicina por mais de meio século. A cavalo, de charrete, ele se locomovia para atender os doentes.

Já o avô do Dr. Gaspar Lisboa Neto cursou a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a atual Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Ele trabalhou na Maternidade de Laranjeiras, formando-se no ano 1926. Exerceu a medicina por 53 anos e é também considerado o “pai dos pobres” de Itajubá e das localidades vizinhas.<sup>79</sup>

O Dr. Halim Atique formou-se em medicina pela Universidade do Brasil (atual Universidade Federal do Rio de Janeiro), no ano de 1945. É especialista em clínica médica e cardiologia, tendo também se especializado em gastroenterologia, em 1955, na Universidade da Pensilvânia, nos Estados Unidos, sob orientação do Prof. Henry Bockus. Dois de seus netos seguiram a carreira médica. O Dr. Edmo Atique Gabriel graduou-se, em 2001, pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC - Campinas). Fez residência em cirurgia cardiovascular, doutorado e pós-doutorado na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Obteve a livre-docência pelo Centro Universitário Lusíada, em Santos, e também tem especialização em cirurgia cardiovascular de adultos e crianças. É Coordenador do Curso de Medicina da União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO), em São José do Rio Preto. O outro neto, Dr. Sthefano Atique Gabriel formou-se pela Pontifícia Universidade Católica de Sorocaba (PUC-Sorocaba), fez residência em cirurgia vascular pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) e doutorado pela Santa Casa de São Paulo.

Outra trajetória médica notável é a do Dr. José Antônio Vergueiro, que pertence à terceira geração de médicos de sua família, estabelecida na cidade paulista de Espírito Santo do Pinhal. Seu bisavó, o Dr. José de Almeida Vergueiro, seu avó, o Dr. Nestor de Almeida Vergueiro, e agora ele próprio, participaram e ainda integram a administração da Santa Casa de Misericórdia do município.

---

79 Relato do Dr. Gaspar Lisboa Neto à autora em 1/2/2014. Possui graduação pela Faculdade de Medicina de Itajubá (2001). Residência médica em infectologia pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - HSPE (2005). Mestrado em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2009). Médico do Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Doenças Infecciosas e Parasitárias. Cf. biografia do Dr. Antonio M. X. Lisboa e de Gaspar Lisboa, escrita por Eliana Maria Lisboa Mafra, Itajubá, 13/3/2008.

O Dr. José de Almeida Vergueiro (1859-1898) ingressou na Faculdade de Medicina no Rio de Janeiro, em 1877, tendo como mestre o Conselheiro Dr. João Vicente Torres Homem, o mais famoso professor de medicina da época. Defendeu sua tese de doutorado no ano de 1882, versando sobre cirrose hepática. Atuou na política, como vereador e prefeito (intendente à época). Devido aos seus vastos conhecimentos clínicos, apresentou projeto de reorganização do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, que foi aprovado por unanimidade. Como defensor da instrução pública, graças à sua influência, várias escolas, grupos escolares e ginásios foram criados e ampliados no Estado.

Outro caso digno de nota é o Dr. Haim Grünspum (1927-2006), que nasceu na Romênia e emigrou com os seus pais, em 1932. Formou-se pela Faculdade de Medicina da USP e foi inovador na área de psiquiatria infantil. Publicou um importante estudo sobre um bairro paulistano: *Anatomia de um bairro: o Bexiga*. Seu filho, Henrique Grünspum, seguiu seus passos, cursando medicina na USP, e se tornou um conceituado especialista em medicina interna do Hospital Albert Einstein.

## A caridade e a fé na medicina contemporânea

No passado colonial e imperial brasileiro, foram empregados técnicas e instrumentos rudimentares para tratamentos de saúde e cirurgias, como as ventosas, sangrias e serras. No século XIX, os hospitais militares passaram a utilizar materiais cirúrgicos mais apropriados, como algalias de prata, escalpelos, goma elástica e seringas para injeções.<sup>80</sup>

Até meados dos anos 1950 não existiam tantos recursos tecnológicos como os existentes hoje. O médico contava com o aparelho de Raios-X e o laboratório permanente, sendo fundamentais os procedimentos investigativos e os diagnósticos realizados por intuição ou experiência. Apesar do incessante embate entre crença e ciência, a medicina ainda era amparada pela fé e pela caridade naquela época.

---

80 CAMPOS, Ernesto de Souza. *Instituições culturais e de educação superior no Brasil*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1941. p. 135



*Fachada da Policlínica São Camilo, onde se encontra hoje o pronto-socorro infantil do Hospital São Camilo – Pompeia.*

Fachada da Policlínica São Camilo, onde se encontra hoje o pronto-socorro infantil do Hospital São Camilo. Pompeia, São Paulo (SP). Crédito: Instituições Camilianas Brasileiras. p. 27

Podemos citar como exemplo o papel de destaque que desempenha o Hospital e Maternidade São Camilo. Suas origens remontam à Ordem dos Ministros dos Enfermeiros de São Camilo, fundada por Camillo de Lellis. O futuro santo nasceu no dia 25 de maio de 1550, em Bucchianico, pequena cidade localizada na região italiana de Abruzzo, e faleceu em 1614, sendo canonizado em 1746. O ano de 2014 é importante para os camilianos, pois celebra o IV Centenário da Morte de São Camilo.

A presença dos Camilianos no Brasil data de 1912, com a chegada do Pe. Inocente Radrizzani e do Pe. Eugênio Dalla Giacomina, que fixaram residência na Vila Pompeia, em São Paulo. Os pioneiros construíram um pequeno centro de saúde, denominado Consultório Médico São Camilo

em terreno cedido pela Cúria Metropolitana de São Paulo. A assistência era realizada por médicos voluntários e a manutenção e ampliação contaram com o empenho de um grupo de senhoras da comunidade, as chamadas Damas de São Camilo. Assim, teve início a construção da Policlínica São Camilo, na Avenida Pompeia, inaugurada em 1935, tendo como diretor clínico o Dr. Carmo D'Andrea, médico da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

A Policlínica foi substituída pelo Hospital e Maternidade São Camilo, inaugurado em 23 de janeiro de 1960. Atualmente, a Sociedade Beneficente São Camilo mantém as três unidades hospitalares na Capital paulista (Pompeia, Santana e Ipiranga). O Grupo São Camilo também mantém o Instituto Brasileiro de Controle do Câncer na Zona Leste da cidade. Estabeleceu convênio de gestão em mais de 50 hospitais e ambulatórios de diversos

Estados brasileiros, a saber: São Paulo, Minas Gerais, Mato Grosso, Pará, Ceará, Amapá, Piauí, Maranhão, Rio Grande do Norte, Paraná e Santa Catarina. Os camilianos no País atuam em quatro frentes: assistência à saúde (hospitais), educação à saúde (centros universitários e educacionais); assistência social (equipamentos sociais) e religiosa (pastoral da saúde, capelarias, paróquias e missionários).<sup>81</sup>

Outra instituição congênere de referência é o Hospital Santa Marcelina. Sua origem se deve à atuação da Congregação das Irmãs de Santa Marcelina, fundada em 1838, em Cernusco Sul Naviglio (Milão), pelo Beato Luigi Biraghi. Santa Marcelina nasceu em Roma, no ano de 327, e pertencia à ilustre família dos Ambrosiis. Aos 17 anos, assumiu a educação de seus irmãos, Santo Ambrósio e Santo Sátiro, após ficarem órfãos de mãe.<sup>82</sup> As Irmãs Marcelinas são educadoras e formadoras natas, seguindo a mesma diretriz em todos os âmbitos de seus trabalhos: nas escolas, nos hospitais, nas casas de assistência aos anciãos, nas obras paroquiais, missionárias e assistenciais. A congregação realiza sua missão em vários países. No Brasil, atua em nove Estados: Bahia, Distrito Federal, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rondônia, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins.

A história do Hospital Santa Marcelina, em São Paulo, teve início em 1958, com a aquisição da Chácara Santo Antônio, em Itaquera. Inicialmente destinado ao atendimento de irmãs idosas e doentes, decidiu-se aliar uma obra social ampla a esse trabalho. Nos primeiros anos, um pequeno grupo de irmãs se dedicava à evangelização das crianças do bairro, às famílias pobres e aos trabalhadores da construção do hospital. Oferecia assistência básica, médica e de enfermagem, num pequeno ambulatório, montado na ex-moradia do caseiro.

A edificação do hospital foi concluída, em 1961, pelo engenheiro-arquiteto Domingos Marchetti, irmão da Superiora Sophia Marchetti. Na época da inauguração, o hospital contava com 150 leitos, um pequeno laboratório de análises clínicas, uma sala de parto, duas de cirurgias e duas de emergência. Como recursos humanos, contava com sete médicos, 30 funcionários e 20 irmãs. Hoje, o Hospital Santa Marcelina é o maior serviço de saúde da

---

81 Depoimento do Pe. Niversindo A. Cherubin à autora em 20/1/2014. Cf. Instituições Camilianas Brasileiras: uma história de 90 anos a serviço do mundo da saúde. Cherubin, Niversindo A., Barchifontaine, Christian de Paul de (org.). São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Província Camiliana Brasileira, 2012.

82 Cf. <<http://www.marcelinas.org.br/index.html>>. Acesso em 2/3/2014.



Zona Leste de São Paulo, dispondo de 720 leitos, e é um dos quatro hospitais de grande porte da cidade, assiste a população regional e de outros Estados. Filantrópico, mantém 87% de seu atendimento dedicado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e é também importante centro de ensino e pesquisa, mantendo 42 programas de residência médica e de especialização.

Essas e outras instituições religiosas avançaram na atual era de acelerados avanços científicos e tecnológicos, sendo referências de excelência médica sem renegar o passado de fé que os constituíram. Hoje, esses hospitais dispõem de modernos equipamentos, que realizam exames e procedimentos cirúrgicos de forma precisa e segura, como as tomografias de alta definição, a ressonância magnética e a radiocirurgia, entre outros.

## Médico de família: aproximando o profissional do paciente

A medicina praticada até meados do século XX tinha outra característica: não era subdividida em tantas especialidades como as existentes hoje. A relação médico-paciente era mais próxima e humanizada, pautando-se diretamente no juramento de Hipócrates. Havia um estímulo maior aos médicos generalistas, aos clínicos gerais e aos médicos de família, o que possibilitava ao profissional da saúde uma visão de conjunto em relação ao paciente que atendia. Os doentes internados eram visitados, diariamente, pelo diretor médico e os residentes.

Vale ressaltar que o médico generalista não é aquele profissional que sabe tudo ou que resolve tudo. Ao contrário. Trata-se de um profissional que sabe reconhecer quando é necessário interagir com um especialista para equacionar uma situação médica específica e que defende a medicina em diferentes níveis de atenção, valorizando, sobretudo, a relação entre médico e paciente.

Ao abordar a questão, o já mencionado Dr. Edmo Atique Gabriel salientou que a formação médica tem se caracterizado por marcante incorporação tecnológica e modelo “hospitalocêntrico” de atuação. Além disso, a crescente ramificação da medicina em inúmeras especialidades e subespecialidades motiva o egresso de escolas médicas a rapidamente afunilar seu horizonte profissional, abandonando o senso eclético e holístico intrínseco à ciência hipocrática.<sup>83</sup>

Há indícios de uma possível reversão desse quadro no Brasil. De forma geral, os órgãos reguladores do ensino médico têm exigido às escolas médicas (tradicionais ou recentes) que formatem sua grade curricular, determinando a inserção precoce do acadêmico em ambientes públicos de ensino e aprendizagem, como unidades básicas de saúde, ambulatórios, hospitais secundários e hospitais terciários. Pretende-se que o formando pratique a correlação de informações clínicas e epidemiológicas, tornando-se apto para elaborar hipóteses diagnósticas pertinentes e que realmente conduzam ao desfecho terapêutico e à resolutividade adequados.

A princípio, uma formação que mescle as duas vertentes aparenta ser contraditória. Mas o fato é que permite ao graduando desenvolver as habilidades de cada uma das correntes. O aluno acaba sendo capaz de definir se o caso requer atenção primária ou se depende de recursos terapêuticos e tecnológicos de um ambiente hospitalar especializado, privilegiando a relação médico/paciente humanizada.

---

83 Relato do Dr. Edmo Atique Gabriel à autora em 22 fev. 2014.

# A saúde brasileira nos séculos XX e XXI

## Antecedentes da estatização da saúde

### CAPÍTULO 4

Com base nos panoramas dos períodos colonial (1500-1822) e imperial (1822-1889) apresentados nos capítulos anteriores, podemos apreender que, de um modo geral, o atendimento à saúde no Brasil se desenvolveu por meio de ações pontuais e desconexas entre si. Em geral, foram iniciativas de entidades religiosas, organizações privadas ou grupos étnicos, exprimindo a informalidade e a desorganização institucional da área da saúde no Brasil. Não foi diferente com a evolução da saúde pública e o tratamento preventivo, que esbarraram em outros entraves, vinculados ao atraso científico e à precária infraestrutura.

Na primeira metade do século XIX, a saúde pública era limitada-mente guarnecida pelas atribuições sanitárias das Juntas Municipais, pelo controle de navios e saúde dos portos e pelas autoridades vacinadoras contra a varíola. A lenta e descontínua reversão do quadro foi sinalizada por algumas ações durante o reinado de D. Pedro II (1840-1889), especialmente as desencadeadas pelo forçado combate aos surtos epidêmicos, que grassaram no País durante a segunda metade do século XIX. Entre as mais recidivas e fulminantes estiveram as epidemias de febre amarela, que grassavam no Brasil, desde o primeiro surto ocorrido em Pernambuco, no ano de 1685. Na Bahia, a doença era popularmente conhecida como “bicha” (denominação descrita nas cartas de Padre Antonio Vieira), onde desembarcou com os tripulantes de navios oriundos de Nova Orleans, no ano de 1849. De lá, a febre amarela se alastrou até o Rio de Janeiro que, entre os meses de janeiro e março de 1850, vivenciou o primeiro grande surto.





ÉGIO  
REANO

Crianças despedem-se do Navio de Assistência Hospitalar 'Oswaldo Cruz'. Acervo: Comando do 9o. Distrito Naval/ Marinha do Brasil

Também denominada tifo americano, tifo icteróide, mal de Sião e *pestis americana*, a febre amarela foi, durante séculos, um dos principais problemas de saúde pública enfrentados no Brasil, tanto pela letalidade quanto pelo desconhecimento da sua profilaxia e seu tratamento. Para elucidar a gravidade da doença no período, uma notícia publicada no jornal *A Província de São Paulo*, em 28 de julho de 1876, informou que a trágica epidemia ocorrida em Santos, no período de 29 de fevereiro a 20 de julho daquele ano, internou 570 doentes na Santa Casa de Misericórdia, dos quais se curaram 382 e outros 187 faleceram, permanecendo um ainda em tratamento. Trata-se de números expressivos, dado que a cidade contava com 15 mil habitantes à época.

Assim como outras localidades do País, Santos sofria com as doenças desembarcadas pelo porto (alinhado como “Porto Maldito”) e agravadas pela falta de saneamento. De forma geral, as condições sanitárias das cidades brasileiras no final do século XIX eram precárias. As redes de esgotos praticamente inexistiam e não se conheciam as mais rudimentares noções de higiene, o que contribuía diretamente para a propagação de enfermidades como a febre amarela. É o caso da “inocente”, um item comum até em residências mais abastadas e mais limpas, sendo nada mais do que uma tina de lavar roupa que permanecia cheia de água parada para não ressecar as tábuas do barril serrado e que, desse modo, transformava-se num ambiente propício para o desenvolvimento das larvas do *Stegomyia fasciata* (atual *Aedes aegypti*).

Ciente da situação da saúde em suas províncias, o Governo Imperial alegava não possuir recursos para prover o abastecimento de água, o tratamento de esgotos, a drenagem de terrenos alagados e as obras de melhorias das condições de habitação das populações mais pobres. Contudo, diante da grande epidemia de febre amarela do Rio de Janeiro, D. Pedro II promulgou o Decreto nº 598 (de 14 de setembro de 1850), concedendo o significativo crédito de duzentos contos ao Ministério do Império para ser exclusivamente despendido na implantação de medidas sanitárias na Capital (então Rio de Janeiro) e de outras províncias do império. No ano seguinte, regulamentou a criação da Junta Central de Higiene Pública e de órgãos similares em outras províncias. Especificamente sobre a febre amarela, o Decreto nº 752 de 8 de janeiro de 1851 destinou verbas para combate ao alastramento da doença, controle de reincidência e socorro aos enfermos.

A alteração da postura imperial deveu-se também a mudanças ideológicas e estruturais, ocorridas no esteio da Revolução Industrial que, tardiamente, influenciava o Brasil, bem como o aumento populacional decorrente da chegada das primeiras levas de imigrantes e o crescimento desordenado dos centros urbanos. É fato que, na segunda metade do século XIX, o início do processo de industrialização modificou a estrutura social brasileira, atraindo contingentes populacionais do meio rural para as grandes cidades, e agravando, assim, os problemas de insalubridade. Concomitantemente causa e consequência, tais fatores refletiram-se nos surtos de epidemias mencionados e em outros problemas sanitários, mas, ao mesmo tempo, impulsionaram, gradativamente, a implementação de inovações científicas e a estatização da saúde para garantir o atendimento de todos os segmentos sociais e, assim, propiciar o controle de doenças, como veremos a seguir.

## As batalhas sanitárias no início do período republicano

As políticas de saúde pública ganharam fôlego no final do século XIX, com a Proclamação da República, em 15 de novembro de 1889, e o ideário envolto no projeto de nação que se concebia, provocando mudanças em vários setores da economia e da sociedade, entre os quais no âmbito da saúde. Logo após a institucionalização do novo regime, seguiu-se a promulgação do Decreto nº 169, em 18 de janeiro de 1890, determinando que os Estados devessem seguir a legislação até que fossem implantadas estruturas próprias. Em 1892, verificou-se a primeira tentativa efetiva de organização sanitária, sendo convidado para auxiliar nessa tarefa o veterinário inglês Dr. Robert Rodclif. Ainda no mesmo ano, foram criados os Serviços Sanitários Estaduais.

Coube a São Paulo a criação do Instituto Bacteriológico, mediante promulgação da Lei nº 43, em 18 de julho de 1892, por determinação do vice-presidente do Estado, Cerqueira César, e pelo Secretário do Interior, Vicente de Carvalho. A instituição iniciou suas atividades sob a orientação do biólogo francês Felix Le Dantec, indicado por Pasteur, a pedido do embaixador brasileiro Gabriel Pisa Dantec. Posteriormente, a direção do Instituto foi

repassada ao Dr. Adolfo Lutz, médico carioca, formado na Suíça e profundo conhecedor dos mais célebres centros de patologia do mundo na época.

Outro marco na história da saúde pública brasileira foi a inauguração do Laboratório de Microscopia Clínica e Bacteriologia do Exército (atual Instituto de Biologia do Exército - IBEx), que ocorreu em 1896. Trata-se da primeira instituição brasileira a se dedicar à pesquisa e ao ensino da bacteriologia no Brasil, mesmo antes de essa ciência fazer parte dos currículos das faculdades brasileiras. Estruturado nos moldes do Instituto Pasteur da França, o laboratório tornava-se, já em 1904, referência pela excelência das pesquisas médicas e veterinárias, colaborando com pesquisas no controle das doenças endêmicas, realizadas no Laboratório de Microscopia Clínica e Bacteriologia e em outros institutos. Também contribuiu para a implantação, no ano de 1914, da Escola de Medicina Veterinária do Exército, a primeira instituição do tipo no País, assim como para a criação do Serviço de Defesa Sanitária Animal (embrião do atual Serviço de Inspeção Federal) e para a redação do primeiro Código Sanitário Animal.

No limiar do século XX e nas primeiras décadas deste, as doenças passaram a ser consideradas os principais inimigos dos grandes centros urbanos. Assim como no caso das cidades europeias, a modernização dos grandes centros brasileiros impôs a necessidade de ajustes de acordo com a lógica capitalista de produção, sendo imprescindível preservar a saúde geral da população e separar aqueles indivíduos que não podiam se converter em força de trabalho ou que representassem perigo aos trabalhadores sadios. Diante dos avanços na bacteriologia, que enfocaram o indivíduo infectado nas dinâmicas de propagação das doenças contagiosas, verificou-se um recrudescimento das ações de controle sobre o doente e das medidas necessárias para o seu total isolamento. Com decisões urbanísticas cada vez mais pautadas na medicina sanitária, observamos que esta desempenhou papel fundamental nas ações de segregação espacial ao identificar quais eram os potenciais elementos nocivos existentes na sociedade.<sup>84</sup>

Na perspectiva acima, a reforma implementada na cidade litorânea de Santos pelo engenheiro sanitário Francisco Saturnino R. de Brito (1864-1929) é um bom exemplo. A expansão econômica e urbana da cidade teve

---

84 Cf. CAPORRINO, Amanda W., UNGARETTI, Adda A. P., SILVA, Mário A. M. da. Parecer Técnico nº GEI-218-2013 do Estudo de Tombamento do Asilo Aimorés, em Bauru - Processo Condephaat nº 28728/1991).



início no fim do século XIX por causa do porto, que servia de escoadouro do café, à época o principal produto de exportação do País.

Para atender às necessidades da economia cafeeira, Santos passou por uma contínua urbanização: substituição dos trapiches por cais de pedra; canalização de rios e ribeirões que provocavam enchentes; alargamento e abertura de novas ruas, avenidas e praças.<sup>85</sup>

Nessa época, os serviços de saúde no Brasil seguiram um modelo de campanha militar, constituindo uma verdadeira “polícia médica”. Adotaram-se termos como luta, arma, combate e ataque, trazendo para o campo da saúde a terminologia militar e compreendendo a erradicação da doença como uma batalha a ser travada contra um mal que ameaça a coletividade. Nesse contexto, fizeram-se necessária a formação de uma nova ordem

*Praia do Consulado, Porto de Santos, 1882. Óleo sobre tela de Benedito Calixto. Acervo: Pinacoteca Benedito Calixto*

---

85 FREITAS, Sônia Maria de. *Presença portuguesa em São Paulo*. São Paulo: Imprensa Oficial, 2006. p. 108.





Oswaldo Cruz. Acervo: Museu Histórico da FMUSP

sanitária e a constituição de um corpo médico com autoridade centralizada e poder de decisão sobre a população e demais profissionais. A luta profilática passou a utilizar um tipo de organização rígida, disciplinada e hierárquica, cujo poder centralizava-se nas mãos de um único responsável. Grosso modo, as políticas de saúde adotadas no Brasil foram influenciadas pela “polícia médica”, cuja base doutrinária estabelecia ser de competência do Estado a garantia do bem-estar geral da nação, ainda que para isso se contrariassem os interesses individuais e se justificasse o controle coercitivo sobre os problemas sanitários.<sup>86</sup>

Em 1897, os serviços relacionados com a saúde pública estavam na jurisdição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, compreendidos na Diretoria Geral de Saúde Pública. Na data de 25 de maio de 1900, fundou-se o Instituto Soroterápico Federal, com o objetivo de fabricar soros e vacinas. Contando com 800 mil habitantes no início do século XX, o Rio de Janeiro era conhecido como “túmulo dos estrangeiros” diante da mortalidade provocada pelos surtos de febre amarela, peste bubônica, varíola e outras enfermidades. O Presidente Rodrigues Alves, ciente da importância de ter uma capital moderna, estabeleceu como prioridade o saneamento e a reforma urbana da cidade. Para isso, convidou o engenheiro Pereira Passos (1836-1913) para a Prefeitura e o sanitarista Oswaldo Cruz (1872-1917) para a Diretoria Geral de Saúde Pública. As atividades do Instituto Soroterápico Federal foram ampliadas, voltando-se também à pesquisa básica e à qualificação de recursos humanos.

Em 1903, Oswaldo Cruz foi nomeado Diretor-Geral de Saúde Pública, assumindo como prioridade o combate à febre amarela. O sanitarista estabeleceu o Instituto Soroterápico Federal como base de apoio técnico-científico e estruturou a campanha contra o mal amarelo nos moldes militares, dividindo a cidade em dez distritos sanitários, cada qual chefiado por um delegado de saúde. A polícia sanitária adotou medidas rigorosas, inclusive multando e intimando proprietários de imóveis insalubres, e as brigadas mata-mosquitos percorreram a cidade, limpando calhas e telhados, exigindo providências para proteção de caixas d’água, colocando petróleo em ralos e bueiros e acabando com depósitos de larvas e mosquitos.

86 MONTEIRO, Yara. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. 1995. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

Nas áreas de foco, expurgavam as casas, pela queima de enxofre e piretro e providenciavam o isolamento domiciliar dos doentes ou sua remoção para o Hospital São Sebastião.

As ações implementadas por Oswaldo Cruz se embasaram no êxito da campanha realizada pelos americanos em Havana (Cuba) e em algumas experiências realizadas no Brasil, que comprovavam o acerto da teoria do médico cubano Carlos Finlay de que o transmissor da doença era um mosquito: o *Aedes aegypti* (conhecido à época como *Stegomyia fasciata* ou *Culex aegypti*). Numa época em que ainda se acreditava que a maior parte das doenças era provocada pelos ares pestilenciais, Oswaldo Cruz enfrentou questionamentos da classe médica e também da opinião pública, tornando-se alvo de charges e quadrinhas. Logo, o riso se transformou em indignação, devido ao rigor com que eram aplicadas as medidas sanitárias – especialmente a remoção dos doentes e a entrada nas casas para o expurgo, mesmo sem autorização dos proprietários.

Em paralelo, a tônica modernizadora da gestão de Pereira Passos também precipitava a insatisfação popular, especialmente pelas obras de construção da antiga Avenida Central (atual Avenida Rio Branco) que implicaram na demolição de dezenas de residências. Para entender o episódio é necessário lembrar que a presidência de Rodrigues Alves notabilizou-se como o “Quadriênio Progressista (1902-1906), graças ao esforço para modernizar a cidade do Rio de Janeiro”. O objetivo do presidente era criar uma aparência europeia que impressionasse os estrangeiros, ocultando as mazelas existentes no interior do País. A remodelação urbana implicou em aplanamento de morros e na destruição de becos, ruelas e cortiços. Na prática, as ações de enquadramento do Rio de Janeiro nos preceitos higienistas representaram a remoção de centenas de famílias pobres, transfigurando por completo a paisagem do centro. Essa política ficou popularmente conhecida como “Bota Abaixo”.<sup>87</sup>

O estopim para a mobilização popular foi a obrigatoriedade da vacinação contra varíola, instituída em 1904, a qual provocou a reação popular mais extremada e insuflou a chamada Revolta da Vacina. A respectiva legislação determinou mecanismos de compulsoriedade, entre os quais a apresentação

---

87 SANTOS, Marco Cabral dos. *Revolta da Vacina: Oswaldo Cruz e Pereira Passos tentam sanear o Rio*. Disponível em: <<http://educacao.uol.com.br/disciplinas/historia-brasil/revolta-da-vacina-oswaldo-cruz-e-pereira-passos-tentam-sanear-rio.htm>>. Acesso em 26 mar. 2014.

dos comprovantes de vacinação como condição para matrículas em escolas e admissões em empresas, tornando a recusa à vacinação praticamente impossível. Por ter um caráter autoritário e invasivo, adentrando lares e ferindo a privacidade dos cidadãos (principalmente dos mais pobres) a política sanitária implementada por Oswaldo Cruz foi alvo da mais hostil reação popular.<sup>88</sup>

Logo após a promulgação da lei, a insatisfação popular tomou forma de protesto. Os confrontos se iniciaram com a prisão de um estudante durante uma manifestação no Largo de São Francisco e, em pouco tempo, se generalizaram, opondo os populares e as forças policiais. Barricadas eram erguidas na tentativa de conter as investidas da polícia e os manifestantes se escondiam atrás dos bondes, atacando como podiam as forças policiais. Em 16 de novembro de 1904, a revolta foi sufocada, com um saldo de 110 feridos e 30 pessoas mortas. A ação policial resultou na prisão de 945 pessoas, das quais 461 foram deportadas para o Acre.<sup>89</sup>

88 Ibid.

89 Cf. SANTOS, op. cit.; CARVALHO, José Murilo de Carvalho. Abaixo a vacina. *Revista Nossa História*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 74-79, nov. 2004; SANTOS, José Rufino dos. Quatro dias de rebelião. Rio de Janeiro: José Olympio, 1991; SCLIAR, Moacyr. Sonhos tropicais. São Paulo: Cia. das Letras, 1992; SEVCENKO, Nicolau. A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Brasiliense, 1984; VIEIRA, José. O bota abaixo: crônica de 1904. Rio de Janeiro: Selma Editora, [190-].

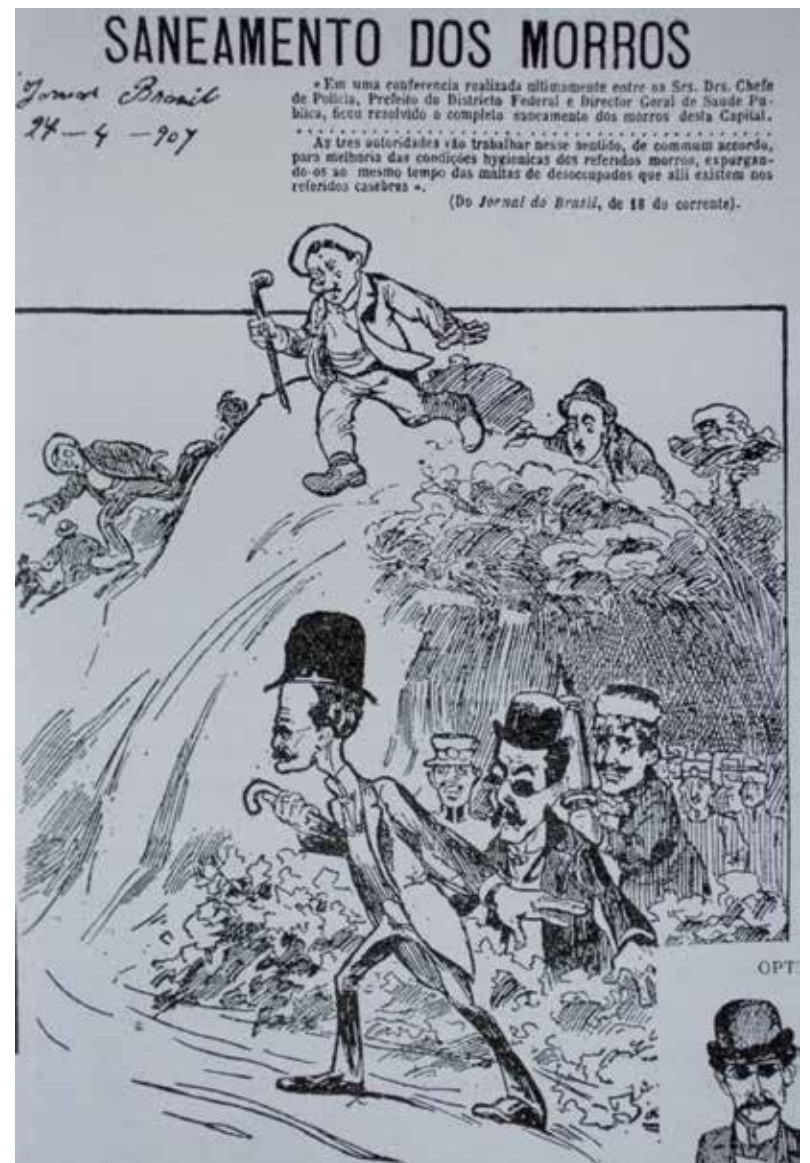
“Uma limpeza indispensável”. Charge que ilustra Oswaldo Cruz retirando os moradores das favelas do Rio de Janeiro. Crédito: *O Malho*, 1908. In: NOVAIS, Fernando A.; SEVCENKO, Nicolau (Orgs.). *História da Vida Privada no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. V.3: República: da Belle Époque à Era do Rádio. p.144



Apesar dos eventos desencadeados pela Revolta da Vacina, Oswaldo Cruz manteve-se atuante e determinado a exterminar a febre amarela, que foi erradicada. Pelo feito, o sanitarista recebeu medalha de ouro no IV Congresso Internacional de Higiene e Demografia de Berlim, realizado em 1907. Dois anos depois, deixou o posto na Diretoria Geral de Saúde Pública para se dedicar ao Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos, criado em 1907 e rebatizado com a atual denominação de Instituto Oswaldo Cruz no ano seguinte.

Do Instituto, o sanitarista lançou importantes expedições científicas, que possibilitaram maior conhecimento sobre a realidade sanitária do interior do País e contribuíram para a ocupação da região. Erradicou a febre amarela no Pará e realizou a campanha de saneamento na Amazônia, que permitiu o término das obras da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, cuja construção havia sido interrompida pelo grande número de mortes entre os operários. As expedições realizadas entre os anos de 1911 e 1913 foram chefiadas por cientistas adeptos das teses geralmente pautadas pela teoria eugenista, segundo a qual o atraso do Brasil se devia ao clima e a miscigenação com raças consideradas inferiores, gerando uma população preguiçosa, ociosa, indisciplinada e pouco inteligente. Nessa inferioridade biológica estaria a causa da inadaptabilidade à sociedade democrática. As expedições tiveram enorme repercussão para as camadas médias, elites urbanas, intelectuais por revelarem o Brasil caipira, doente, explorado e inculto que vivia à margem da civilização.

No período compreendido entre setembro de 1911 e fevereiro de 1912, Astrogildo Machado e Antônio Martins percorreram os vales dos rios São Francisco e Tocantins. Entre março e outubro de 1912, Arthur Neiva e Belisário Penna vistoriaram o norte da Bahia, o sudeste de Pernambuco, o sul do Piauí e Goiás de norte a sul. Para o Ceará e o norte do Piauí, seguiram João Pedro de Albuquerque e José Gomes Faria. Adolpho Lutz e Astrogildo Machado desceram o Rio São Francisco, de Pirapora a Juazeiro, visitando alguns de seus afluentes. Carlos Chagas, Pacheco Leão e João Pedro de Albuquerque inspecionaram boa parte da Bacia Amazônica, entre outubro de 1912 e março de 1913. Diferentemente de viagens anteriores, que visavam resultados profiláticos, essas investigações científicas apresentavam preocupações médico-sanitaristas, resultando em minucioso registro das condições de vida da população interiorana, seus hábitos, suas técnicas, sua mentalidade,



“Saneamento dos Morros”. Crédito: *Jornal do Brasil*, 24/04/1904. In: NOVAIS, Fernando A.; SEVCENKO, Nicolau (Orgs.). *História da Vida Privada no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. V.3: República: da Belle Époque à Era do Rádio. p.157



Baleeira em que viajou a comissão até Camanaus e Caracarahy no Rio Branco. Ao centro, Carlos Chagas. São Gabriel, Rio Negro, 1913. Acervo: Casa de Oswaldo Cruz - Departamento de Arquivo e Documentação



Braços de mulher apresentando lesões de Leishmaniose, Manaus (AM), 1912. Acervo: Casa de Oswaldo Cruz - Departamento de Arquivo e Documentação

além de questões sanitárias, aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais das regiões percorridas. Ampliaram o campo de estudos das chamadas doenças tropicais do Brasil.<sup>90</sup>

Em 1913, Oswaldo Cruz foi eleito para a Academia Brasileira de Letras e, em 1915, deixou a direção do Instituto por motivo de saúde e mudou-se para Petrópolis, no Rio de Janeiro. Na data de 18 de agosto de 1916, assumiu a prefeitura daquela cidade, traçando vasto plano de urbanização, que acabou não implantado. Sofrendo de crise de insuficiência renal, faleceu em 1917, com apenas 44 anos de idade. A direção do Instituto Oswaldo Cruz foi assumida, em 14 de fevereiro de 1917, pelo Dr. Carlos Chagas, responsável pela descoberta de uma enfermidade que recebeu seu nome. A doença de Chagas, mal de Chagas, é uma grave infecção causada por um protozoário (*Trypanosoma cruzi*) e transmitida por um inseto conhecido como barbeiro. O primeiro caso foi identificado por Carlos Chagas, em 1909, no diagnóstico da menina Berenice, de dois anos, moradora do município de Lassance (MG), local onde o pesquisador instalou-se para combater a malária entre os trabalhadores da Estrada de Ferro Central do Brasil.

O trabalho de combate até a erradicação da febre amarela no Brasil durou mais de 50 anos e não foi obra de uma só pessoa. Mas, entre todos os dedicados à campanha também se destacou o médico paulista Emilio Ribas. Nomeado como diretor do Serviço Sanitário em 15 de abril de 1898, Ribas contribuiu para a estruturação do setor em São Paulo e precedeu Oswaldo Cruz no combate ao inseto transmissor da febre amarela. Como voluntários e correndo risco de vida, ele e outro eminente médico, o Dr. Adolfo Lutz, se deixaram picar por mosquitos coletados no município paulista de Itu. Outros voluntários aderiram a experiências realizadas em 1903, que descartaram a contagiosidade da doença e comprovaram que a transmissão ocorria pelo inseto identificado. Durante o 5º Congresso Brasileiro de Medicina, no Rio de Janeiro, no mesmo ano, Ribas apresentou provas de que tinha conseguido debelar as epidemias de São Simão, Ribeirão Preto, Taubaté, São José do Rio Pardo e Santa Rita do Passa Quatro, pondo em prática a nova teoria.

De acordo com suas próprias palavras, “a febre amarela transpôs a Serra do Mar e instalou-se no interior do País, principalmente em algumas

90 A CIÊNCIA a caminho da roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Casa de Oswaldo Cruz, 1991.

idades antigas da Província do Rio de Janeiro (Vassouras, Barra Mansa, entre outras), e em 1888 tivemos aqui em São Paulo o início, na opulenta cidade de Campinas, onde foi tão elevado o número de mortos no dia 18/4/1889, que os coveiros diante de tal desgraça, afrouxaram as suas energias deixando diversos cadáveres insepultos”. [...] As epidemias se repetiam em Campinas, com maior ou menor intensidade, até o ano de 1897 e a disseminação da febre amarela pelo interior do nosso Estado se fez durante um período de 15 anos (1888-1903), pelas estradas de ferro A Inglesa, Paulista, Mogiana, Sorocabana e Central do Brasil”.<sup>91</sup>

Além das contribuições para a erradicação da febre amarela, Emilio Ribas promoveu o saneamento das cidades de Campinas e de Santos, anos antes do início dos trabalhos no Rio de Janeiro. Também combateu outras epidemias, como a peste bubônica e a malária, encabeçou as providências para a construção da Estrada de Ferro Campos do Jordão, viabilizando o acesso de tuberculosos àquela estância climática, e atuou na criação do Instituto Butantã, em São Paulo. Este último foi idealizado por Ribas como uma instituição de soroterapia, capaz de fornecer soro contra a peste e prover outras áreas de saúde pública. Implantado em 1899, a organização definitiva do Instituto Butantã ocorreu em 1901, com a nomeação do doutor Vital Brasil como seu diretor.

Tendo iniciado sua carreira em Botucatu, no interior paulista, o Dr. Vital Brasil atendeu a casos frequentes de mordidas por ofídios, que ainda não tinham tratamentos na medicina. Em 1897, ingressou como pesquisador no Instituto Bacteriológico de São Paulo e, em conjunto com os médicos Adolfo Lutz, Bonilha de Toledo e Artur Mendonça, desenvolveu experiências com o objetivo de descobrir o antídoto para veneno de cobras. Lutz idealizou o laço para capturar a cobra sem machucá-la, o que facilitou o trabalho, para então iniciar a coleta do veneno e a experimentação do seu poder mortífero em cobaias de laboratório.

A Fazenda Butantã funcionou de 1899 a 1901 como dependência do Instituto Bacteriológico. Com a promulgação do Decreto 278-A, na data de 23 de fevereiro de 1901, foi erigido um novo laboratório e criada uma instituição autônoma como o nome de Instituto Butantã.



Carlos Chagas, diretor do IOC, com a Comissão designada pela Academia Nacional de Medicina para constatar a veracidade da doença de Chagas na escadaria do Hospital Oswaldo Cruz, década de 1920. Acervo: Casa de Oswaldo Cruz - Departamento de Arquivo e Documentação

<sup>91</sup> Conferência de Emilio Ribas para os alunos da Faculdade de Medicina de São Paulo em 1922, publicada no jornal O Estado de S. Paulo, em 18/11/1922, p. 2.



Emílio Ribas. Acervo: Museu de Saúde Pública Emílio Ribas

Inicialmente, tinha instalações modestas, que se ampliaram significativamente com a inauguração do Laboratório Central, em 4 de abril de 1914. Desde 1901, o serviço sanitário brasileiro pode contar com vacinas e soros produzidos no Butantã, que desempenhou – e ainda desempenha – uma enorme contribuição para a saúde pública no campo da prevenção e profilaxia de doenças contagiosas, expandindo seu trabalho para além do ofidismo, para participar do combate a várias moléstias, como a febre tifoide, a varíola, a tuberculose, a peste bubônica, a difteria, o tétano, a meningite e a lepra.<sup>92</sup>

Vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, o Instituto Butantã é responsável por grande volume de soros e vacinas produzidas no Brasil, os quais são direcionados ao Ministério da Saúde, que os distribui de forma estratégica e gratuita à população, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, é um dos maiores centros de pesquisa biomédica do mundo, responsável por 51% de vacinas e 56% de soros para uso profilático e curativo no País. Reconhecido internacionalmente, o Butantã é um dos maiores centros de pesquisa biomédica do mundo, desenvolvendo estudos e pesquisas relacionadas, direta ou indiretamente, com a saúde pública nas áreas de biologia, biomedicina, farmacologia e biotecnologia. Apresenta ainda em seu complexo produtivo o Centro de Biotecnologia, destinado a pesquisas aplicadas de ponta, conduzido por renomados pesquisadores e equipado com modernos recursos de produção para a Saúde Pública.<sup>93</sup>

Gradualmente, os preceitos científicos vigentes esboçaram políticas de saúde pública que consideravam o doente uma ameaça social. Foi o que se verificou, entre outros, no caso das medidas profiláticas adotadas pelo Estado de São Paulo no combate à hanseníase durante a segunda metade do século XX. Considerando o doente como a principal fonte propagadora e que deveria ser retirado da sociedade sadia, a medicina paulista passou a indicar o internamento compulsório como a única medida de profilaxia da lepra. Assim, o debate sobre a construção de asilos-colônias que confinassem os hansenianos ganhou fôlego à época. Na ocasião do Primeiro Congresso Médico Paulista, em 1916, o eminente infectologista, Dr. Emilio Ribas, defendeu suas ideias acerca da profilaxia da lepra, que indicavam a compulsoriedade da notificação às autoridades e do isolamento como

92 FONSECA, Flavio. Instituto Butantã: origem, desenvolvimento, contribuição. In: *São Paulo em quatro séculos*. São Paulo: IHGSP, 1954. v. 2.

93 Cf. site do Instituto Butantã. Disponível em: <<http://www.butantan.gov.br/>>. Acesso em 17 mar. 2014.

formas de contenção de um dos mais graves problemas de saúde pública da época. Suas concepções foram contestadas por médicos que defendiam uma segregação mais radical, entre estes o Dr. Oswaldo Cruz.

Pouco depois, a denominada “Reforma Carlos Chagas” reorganizou os Serviços de Saúde Pública. Ao tomar posse em 1919, o Presidente da República, Epitácio Pessoa, nomeou o Dr. Carlos Chagas para a então Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Diante das medidas e modificações estruturais empreendidas por Chagas, a DGSP foi transformada no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) já no ano seguinte. As reformas introduzidas por Chagas também implicaram na cooperação com os Estados, por meio da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural (em 1921), na criação do Serviço de Enfermagem Sanitária, com apoio da Fundação Rockefeller, que se desdobrou na implantação da Escola de Enfermagem Anna Nery (em 1923) e também na instituição do primeiro curso de higiene e saúde pública do País. Como diretor da DNSP, representou o País no Comitê de Higiene da Liga das Nações, associação sediada em Genebra e precursora da Organização Mundial de Saúde (OMS). O médico permaneceu à frente do órgão até novembro de 1926, até o fim do mandato do presidente Arthur Bernardes. A DNSP foi transferida para o Ministério da Educação e Saúde, em função da reforma política do Estado Novo.<sup>94</sup>

## A efetiva institucionalização da saúde pública no Brasil

A denominada Era Vargasista (1930-1945) inaugurou um novo modelo de política para a área da saúde. A bandeira do saneamento, agitada durante o primeiro período republicano, foi incorporada pelas medidas adotadas no pós-1930, adaptando instituições e agentes ao novo arcabouço institucional de saúde. O Governo Vargas priorizava a construção de um Estado nacional centralizador e intervencionista, cuja hegemonia lhe seria assegurada por meio das políticas sociais que implementasse.<sup>95</sup>

Um dos principais instrumentos institucionais criados foi o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, o qual condensou todos os



Laboratório de pesquisa do Instituto Butantã.  
Foto: Camilla Carvalho/  
Instituto Butantan

94 SCLIAR, Moacyr. *Oswaldo Cruz & Carlos Chagas: o nascimento de ciência no Brasil*. São Paulo: Odysseus, 2002.

95 FONSECA, Cristina Maria O. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.





Fachada do Instituto Terapêutico da Lepra no Estado do Pará, (1920-1924). Acervo: Casa de Oswaldo Cruz - Departamento de Arquivo e Documentação

serviços relacionados à saúde pública no País, mediante promulgação do Decreto nº 19.402 em 14 de novembro de 1930. O MESP sofreu profunda reorganização durante a gestão de Gustavo Capanema, a partir de 1934, a fim de se prover o aparelhamento necessário ao cumprimento de suas funções. Em 1935, sua gestão caracterizou-se, principalmente, pela retomada das campanhas sanitárias (interrompidas entre 1930 e 1934), pelos primeiros esboços da Universidade do Brasil e pela construção do edifício-sede do MESP no Rio de Janeiro.

Durante o ministério de Capanema, constituiu-se um sistema nacional de saúde centralizado, a

despeito dos conflitos que permeavam as relações entre as oligarquias regionais e o poder federal. Instituído em 1937, o denominado “projeto Capanema” mantinha certa autonomia regional, enquanto possibilitava maior intervenção da União nos Estados. Implantaram-se delegacias federais subordinadas ao Departamento Nacional de Saúde em oito regiões do País, o que assegurava a supervisão das ações no setor.<sup>96</sup>

A saúde pública na Era Vargas também foi marcada pela instituição de um sistema médico previdenciário, mediante incorporação das Caixas de Aposentadorias e Pensões pelo recém-criado Ministério do Trabalho. Primeiramente estabelecidas na Lei Eloy Chaves, de 1923, as caixas regulamentavam a aposentadoria, a assistência social e a assistência à saúde dos ferroviários e, posteriormente, se estenderam a outras categorias de trabalhadores. A vinculação ao Ministério do Trabalho era uma forma de garantir que as Caixas abrangessem um número significativo de trabalhadores. A partir de 1931, o Estado brasileiro, além de regular,

<sup>96</sup> Ibid.

começou a contribuir com a previdência. Desde então, iniciou-se o estabelecimento dos Institutos de Pensões e Aposentadoria. O primeiro foi o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (em 1933), ao qual se seguiram o dos Comerciantes, o dos Bancários, o dos Industriários e os de outros segmentos profissionais, nos anos seguintes. Em fevereiro de 1938, foi criado o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE). A presidência desses institutos era exercida por pessoas livremente nomeadas pelo presidente da República.

Sob inspiração e direção de João de Barros Barreto (bolsista da Fundação Rockefeller nos anos de 1924 e 1925), a saúde passou a ser compreendida como um direito universal, o que foi levado a cabo pelas gerações posteriores de sanitaristas e por movimentos sociais. Em março de 1931, o sanitarista João de Barros Barreto assumiu a diretoria do Serviço Sanitário Estadual de São Paulo. Durante sua gestão, formou-se a Secretaria Estadual de Educação e Saúde Pública (embora o decreto que ordenou a sua criação tenha sido um dos últimos atos do dirigente anterior) e também se firmou um acordo com a Fundação Rockefeller, em 1932, para intensificação das atividades de controle da febre amarela, encerrado em

1939, com a extinção do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela.

Em 1941, Barros Barreto empreendeu uma nova reforma na saúde pública federal, reorganizando o Departamento Nacional de Saúde, vinculado ao Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública à época. Para tanto, definiu sua competência, composição e criou uma série de programas e departamentos, a saber: a Divisão de Organização Sanitária, a Divisão de Organização Hospitalar, o Serviço Nacional de Leprosia, o Serviço Nacional de Tuberculose, o Serviço Nacional de Febre Amarela, o Serviço Nacional de Malária, o Serviço Nacional de Peste,

Departamento de Prophylaxia da Leprosia - Sanatório Padre Bento, São Paulo, s/d. Acervo: Casa de Oswaldo Cruz - Departamento de Arquivo e Documentação



o Serviço Nacional de Doenças Mentais, o Serviço Nacional de Educação Sanitária, o Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina, o Serviço de Saúde dos Portos, o Serviço Federal de Águas e Esgotos, o Serviço Federal de Bioestatística e as sete Delegacias Federais de Saúde, entre outros.

Outro fato relevante para a institucionalização da saúde pública brasileira foi a atuação de uma comissão chefiada por Evandro Chagas ao Pará, mais precisamente na localidade de Piratuba, no município de Abaetetuba. Composta por médicos e farmacêuticos, a equipe de Evandro Chagas constatou que a Amazônia era um campo vasto para pesquisa nas áreas médica e científica. O cientista sugeriu ao governador paraense da época, José da Gama Malcher, a criação de um instituto de pesquisa para ampliar os estudos de doenças regionais, como malária, leishmaniose e filariose. Em 11 de novembro de 1936, foi então criado o Instituto de Patologia Experimental do Norte, o atual Instituto Evandro Chagas. Por meio do Decreto nº 1.042, de 11 de janeiro de 1939, implantou-se o Serviço de Malária do Nordeste (SMN) para intensificar o combate ao *Anopheles gambiae*, introduzido em Natal (Rio Grande do Norte), em 1930. Foi estabelecido, com essa finalidade, novo convênio com a Fundação Rockefeller. O SMN existiu até 1941, quando foi erradicado o mosquito transmissor da doença.

A título elucidativo sobre o recrudescimento da institucionalização do controle da lepra, no Governo Vargas, citamos o caso de seu tratamento em São Paulo. Em 1924, foi criado o Serviço de Profilaxia da Lepra para o atendimento dos hansenianos no território paulista. Em meados da década de 1930, formou-se o Departamento de Profilaxia da Lepra (DPL), com uma autonomia equiparada aos órgãos nacionais de combate à hanseníase. Diante dos índices, a doença (cujas origens e estigmas se remetem à Idade Média), chegou a ser declarada como o principal problema de saúde pública de São Paulo, pelo Decreto nº 5.027 (de 16 de maio de 1931), ficando o isolamento compulsório dos portadores de hanseníase oficialmente determinado.

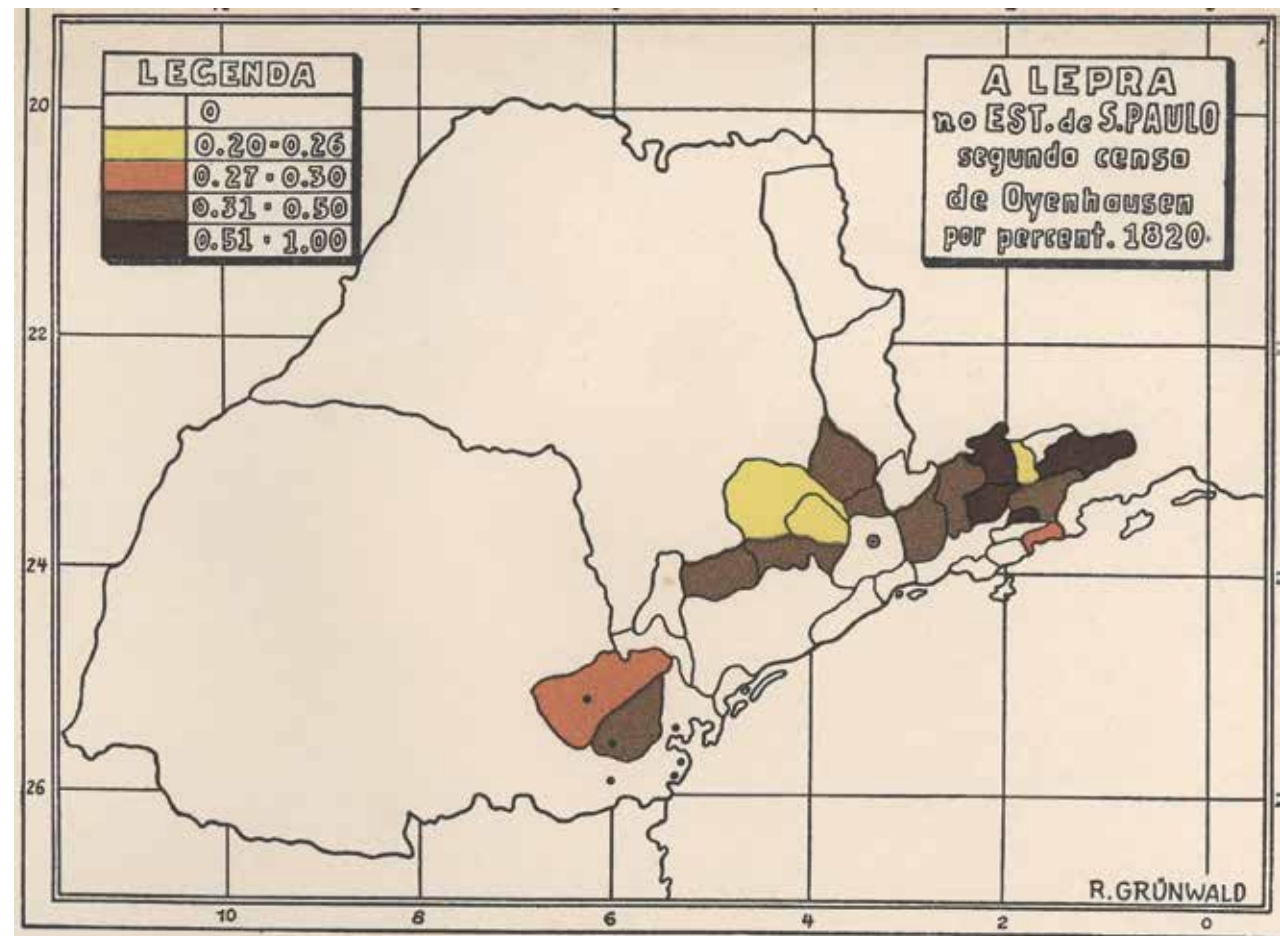


Dia de visita no Asilo Colônia Santo Angelo, em Mogi das Cruzes (SP). Ônibus para os visitantes, s/d. Acervo: Casa de Oswaldo Cruz - Departamento de Arquivo e Documentação

O Asilo Colônia Santo Ângelo, em Mogi das Cruzes (atual Hospital Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti) foi a primeira instituição para tratamento da hanseníase, erguida nos moldes da política pública de saúde implementada a partir das ideias sanitaristas. Depois desse ergueram-se mais quatro asilos: o Padre Bento, em Guarulhos (1931); o Pirapitingui, em Itu (1931); o Cocais, em Casa Branca (1932); e o Aimorés, em Bauru (1933). A implantação da rede asilar paulista seguiu uma organização territorial baseada na divisão do Estado em quatro regiões, pautando-se nas principais ferrovias paulistas: 1ª região - capital e norte do Estado; 2ª região - a Sorocabana; 3ª região - a Araraquarense; e a 4ª região - a Mogiana.<sup>97</sup> Com a atuação estatal, a determinação da lei e a participação da iniciativa privada, na década de 1930, a rede paulista de asilos-colônia estava completa.

Nos asilos, os confinados eram submetidos a condições precárias, para além da severa vigilância e controle excessivos. As visitas ocorriam à distância, através de um parlatório: um local ao ar livre, delimitado por duas cercas de arame farpado, com aproximadamente um metro e meio de distância entre elas, que formava uma espécie de corredor. Os filhos sadios de hansenianos eram retirados dos pais e internados nos preventórios, instituições semelhantes a orfanatos, mas também estigmatizadas. Muitas famílias nunca mais se reencontraram. Os antigos leprosários e asilos de morféticos em São Paulo, erguidos no século XIX e primeiras décadas do XX, foram dando lugar a esse novo modelo de asilo, sendo os pacientes transferidos para as novas instituições.

A lepra no Estado de São Paulo segundo censo de Oeynhausen. Mapa de 1820. Acervo: Instituto Martius-Staden



97 MONTEIRO, op. cit., p. 5.

Apesar de erradicada na Europa, a hanseníase persiste em várias regiões do globo e é um problema de saúde mundial. O Brasil é o segundo país do mundo em número de casos, precedido apenas pela Índia. Estima-se que, a cada ano, 50 mil pessoas descubrem estar infectadas no País, sendo que os dados oficiais não refletem a realidade, pois os números chegam a ser muitas vezes maiores em regiões brasileiras periféricas porque o diagnóstico e o tratamento se concentram nas grandes capitais.

## A saúde pública no pós-guerra e durante o regime militar

Após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) e no decorrer dos anos sob o regime militar (1964-1985), a condução da saúde pública passou por razoável descentralização e desoneração estatal. A Constituição Federal de 1946 retirou a obrigação do Estado de contribuir com a previdência, que sofria desde sua criação com os baixos orçamentos e problemas organizacionais, situação que permaneceu até o governo Juscelino Kubitschek (1956-1961). Mas foi basicamente mantido o modelo vigente até aí: o Estado através do MESP, se responsabilizando pela política sanitária e, os institutos vinculados ao Ministério do Trabalho, se responsabilizando pela assistência médica dos trabalhadores com vínculo formal. O restante da população dependia, para a sua assistência médica, de sua própria capacidade de custear sua assistência e da caridade das Santas Casas. Durante esses anos, também o governo federal e os estaduais começaram a se envolver, ainda timidamente, com algumas ações voltadas para a atenção à saúde de grupos de risco - mãe e criança. Também, nas grandes cidades se institucionalizou a prática de manter os prontos-socorros.

Foi criado o Ministério da Saúde, pelo Decreto nº 34.596 de 16 de novembro de 1953. Uma das primeiras medidas adotadas foi a obrigatoriedade da iodação do sal de cozinha destinado ao consumo em todo o País. A falta de iodo provoca, em regiões onde é muito severa, alto índice de bócio, doença conhecida também como papo ou papeira, causada pela deficiência de iodo no organismo e provoca o aumento da glândula tireoide e uma doença muito grave e irreversível em crianças, o cretinismo. O Ministério da Saúde ainda estabeleceu normas gerais sobre a defesa e proteção da saúde,



Portadoras da doença do papo ou papeira (bócio), Goiás, 1912. Acervo: Casa de Oswaldo Cruz - Departamento de Arquivo e Documentação

entre as quais a previsão do primeiro artigo da Lei nº 2.312 (de 1954): “É dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo”. No sentido de aprimorar os instrumentos de controle e consolidação estatal na área da saúde, a Lei nº 2.743, de 6 de março de 1956, criou o Departamento Nacional de Endemias Rurais, o qual incorporou os programas do Departamento Nacional de Saúde (vinculados à erradicação da febre amarela, malária e peste) e também da Divisão de Organização Sanitária (bouba, esquistossomose e tracoma), órgãos do novo Ministério da Saúde. Durante o governo Vargas foi criado o Ministério da Saúde com funções não muito

distintas das descritas acima, ou seja, sem um grande envolvimento com o campo da assistência à saúde.

Também foi naquele período que a expansão dos serviços próprios de atenção à saúde dos IAPs se realizou, exceção ao IAPI, que não tinha capacidade de investimento. Era o maior dos institutos, mas com uma massa de trabalhadores com remuneração média inferior ao dos outros institutos. Assim o IAPI passou a contratar serviços privados de assistência à saúde e é desse período a criação da primeira medicina de grupo do Brasil e que está na origem do que é hoje chamada de assistência médica supletiva, responsável pela cobertura de 23% da população do País.

Sancionada em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que regulamentou o atendimento previdenciário, direcionado aos trabalhadores regidos pela CLT, definiu como 8% os tetos das contribuições do empregado e do empregador, determinou como responsabilidade da União os encargos administrativos dos serviços e o pagamento de pessoal. Entretanto, problemas na arrecadação de recursos e o constante aumento dos custos da previdência levaram ao crescimento da medicina privada no País. A década de 1960 foi também marcada pelo crescimento das indústrias de equipamentos hospitalares,

incremento do setor farmacêutico atrelado ao capital estrangeiro. Foi também marcada pela produção de vacina liofilizada contra a varíola e pelas primeiras campanhas com a vacina oral contra a poliomielite (em 1961). O período foi marcado ainda pela Campanha Nacional contra a Varíola (em 1962), pelas tentativas iniciais de administração da vacina BCG intradérmica (em 1962), pela implantação da Campanha de Erradicação da Malária (em 1965) e pela realização da Campanha de Erradicação da Varíola (em 1966).



Pesquisadores e cientistas trabalhando no Instituto Oswaldo Cruz. Foto: Peter Illiciev. Acervo: Fiocruz Multimagens



Em 1966, os militares resolvem agrupar todas as Caixas e Institutos em um único órgão - o Instituto Nacional da Previdência Social - INPS. O motivo dessa centralização era garantir um controle mais efetivo sobre o grande capital envolvido na área da previdência e que até então era de gestão de uma junta tripartite (representante do estado, do trabalhador e do empregador) por órgão. Também se desejava homogeneizar os serviços prestados para as diferentes categorias de trabalhadores.

Nesse período, começou a tomar corpo uma corrente de pensamento, no meio médico-acadêmico, a favor de uma universalização da saúde, em detrimento da exclusão provocada pelo sistema de saúde previdenciário que somente atendia empregados por CLT. Igualmente se advogava que os serviços deveriam ser executados pelo Estado, de maneira a garantir que não houvesse na prestação dos serviços a intermediação do lucro.

Na contramão dessa proposta, o ministro da saúde dos militares – Leonel Miranda – propôs um Plano Nacional de Saúde, em 1968, que recebeu seu nome e que, basicamente, se propunha a realizar a total privatização dos serviços de saúde prestados no País. Ampliou as linhas de crédito ao setor privado para a construção de novos hospitais e infraestrutura para a prestação de serviços médicos à previdência. Entre os anos de 1969 e 1975, os serviços médicos comprados do setor privado chegavam a 90%



dos gastos do Instituto Nacional da Previdência Social. A rede própria correspondia a apenas 3,3% ante os 96,7% da rede particular. As Unidades de Serviço pagavam pela quantidade de serviços prestados e não pela qualidade, gerando abusos de cobranças, duplicidade de exames, entre outros problemas. Já o atendimento ambulatorial, em grande medida, era responsabilidade da previdência, por não ser lucrativo para o setor privado.

Frequentemente, os setores bancário, industrial e multinacional optaram por contratar empresas médicas, por meio do estabele-

cimento de convênios subsidiados pelo INPS. Esse subsídio iria terminar no início dos anos setenta. Além de maior controle sobre a saúde de seus funcionários, as empresas do setor garantiam a agilidade nos tratamentos. As medicinas de grupo, como eram conhecidos esses serviços, cobravam um valor fixo por funcionário atendido, pago pela própria empresa. Também nesse período foram criadas as cooperativas médicas, que nada mais eram que medicinas de grupo de propriedade de médicos, reunidos em torno de uma cooperativa de prestação de serviços.

Em resposta à capacidade de impor preços no mercado de atenção à saúde pelas medicinas de grupo e cooperativas, as indústrias compradoras de serviços médicos expandiram uma tendência que já existia no mercado, desde meados dos anos 1950, de constituir redes de atenção à saúde, próprias, seja com instalações próprias ou de terceiros, que vieram a constituir



as empresas de autogestão dentro da gama de serviços, mais tarde denominada assistência médica supletiva.

Entre as iniciativas na saúde pública nos anos 1970, destacam-se: a reorganização do Ministério da Saúde, que implicou na formação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, subordinada à Secretaria de Saúde Pública e na incorporação do Departamento Nacional de Endemias Rurais, da Campanha de Erradicação da Malária e da Campanha de Erradicação da Varíola. Também se instituiu a Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde e o Departamento de Profilaxia e Controle de Doenças. Foram instaladas unidades de Vigilância Epidemiológica da Varíola, em âmbito estadual, e foi instituída a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que incorporou o Instituto Oswaldo Cruz, a Fundação de Recursos Humanos para a Saúde (posteriormente Escola Nacional de Saúde Pública) e o Instituto Fernandes Figueira. As demais unidades, que hoje compõem a Fiocruz, foram incorporadas ao longo dos anos. Foi fruto dessas reformas a criação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária que, em 1999, viria a dar origem à ANVISA.

Ainda na década de 1970, implementou-se o Plano Nacional de Controle da Poliomielite (em 1971), um importante marco para as atividades de vacinação do país. Implantou-se a Central de Medicamentos, iniciou-se a organização do sistema de produção e distribuição de medicamentos essenciais, inclusive produtos imunobiológicos e aprovou-se o modelo da caderneta de vacinação (Portaria GM/MS nº 85, de 4 de abril de 1977), registraram-se os últimos casos de varíola no mundo, publicou-se o Manual de Vigilância Epidemiológica e Imunizações Normas e Instruções, foi fundado o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Portaria GM/MS nº 280, de 21 de julho de 1977), estabeleceu-se a meta de



imunização de todas as crianças no mundo até 1990, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a definição das vacinas obrigatórias para os menores de um ano no território nacional (Portaria Ministerial nº 452, de 1977).

O Ministério da Previdência e Assistência Social foi criado em 1974, reformulando as práticas do setor da saúde, devido ao intenso processo de urbanização pelo qual passava o País naquele momento.

Em função de casos de omissão de socorro que começaram a se avolumar em 1975, foi criado o plano de pronto atendimento, que universaliza o atendimento de emergência no Brasil. Para ser atendido em qualquer hospital em regime de emergência, o cidadão não tinha mais que demonstrar a sua filiação à Previdência Social. Passado o atendimento inicial, ele era encaminhado à rede pública ou às Santas Casas, onde o atendimento prosseguiria na condição de indigente, situação essa que perdurou até 1987, com a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde - SUDS.

Também o controle do pagamento dos serviços prestados pelo setor privado à previdência passou a ser administrado pela empresa de processamento de dados da Previdência Social (DATAPREV). Como parte da reformulação do Sistema de Previdência, em 1977, foi criado o SINPAS



Produção de vacinas  
no Instituto Butantã.  
Foto: Camilla Carvalho/  
Instituto Butantan



(Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) constituído pelo agrupamento e criação dos seguintes órgãos: INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (novo), INPS – Instituto Nacional de Previdência Social (novo), IAPAS – Instituto Nacional de Arrecadação da Previdência Social (novo), DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência, FUNRURAL – Fundação de Assistência ao Trabalhador Rural, LBA – Legião Brasileira de Assistência Social e CEME – Central de Medicamentos. Toda essa estrutura somente buscava dar certa racionalidade ao sistema, sem introduzir nenhuma mudança mais estrutural.

Os últimos anos do Regime Militar ainda contaram com a determinação da formação de sanitaristas para a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, em parceria com a Faculdade de Saúde Pública. Também foi criado o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, as Câmaras Técnicas do Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Nacional de Normas e Padrões para Alimentos e a Comissão Nacional de Fiscalização e Entorpecentes. Observou-se, nesses anos, a gradual e significativa elevação dos percentuais de cobertura vacinal de 20% em meados da década para 40% em 1979. Atribuem-se a esses anos a certificação da Organização Mundial da Saúde quanto à erradicação global da varíola e a implantação, pela Fiocruz, do concentrado viral para diluição da vacina contra sarampo. Além disso, implantou-se o Plano de Ação Contra a Poliomielite, que estabeleceu os dias nacionais de vacinação e resultou na ampla redução da incidência da doença em todas as regiões do País.

A década de 1980 foi de intensa luta política para construir um novo modelo de atenção à saúde. Por dentro da luta pela redemocratização e da eleição direta do presidente da república, setores importantes da sociedade queriam acabar com a dicotomia – INAMPS/saúde curativa e Ministério da Saúde/política médica/saúde preventiva. Todo esse fervilhar desaguou na realização, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, que reuniu cinco mil cidadãos na mais democrática de todas as conferências já realizadas. E, daí, as orientações para construir a Carta Magna. Ficou claro nas propostas o que mais adiante se inscreveu na Constituição Federal – princípios de universalidade, integralidade e equidade e as diretrizes do controle social e da descentralização.

## Desde a implantação do SUS até a atualidade

Com a abertura democrática e a promulgação da Constituição Federal de 1988, surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e uma radical mudança dos paradigmas relacionados às políticas de saúde pública no País. A Carta Constitucional garantiu o direito à saúde a todos os cidadãos, cabendo ao Poder Público regular, fiscalizar e controlar. Conforme prevê o artigo 196, a *saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*. Ainda de acordo com o documento, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: 1. descentralização, com direção única em cada esfera de governo; 2. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e 3. participação da comunidade.

Em seu parágrafo único, cria o Sistema Único de Saúde, que será financiado, nos termos do art. 195, com recurso do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (o que veio a se demonstrar não factível).

A regulamentação do previsto nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal ocorreu com as determinações previstas nas leis 8.080 e 8.142, ambas promulgadas no ano de 1990, mas sua estruturação é um processo que se verifica desde então, com edição de Portarias Ministeriais e de Normas Operacionais, determinadas em conjunto pelas três esferas de governo. De um modo geral, o SUS se constitui, enquanto um conjunto de ações e serviços de saúde sob a gestão pública, que está organizado em redes regionalizadas e com estrutura hierarquizada. Atua na promoção dos direitos básicos da cidadania e está inserido em um contexto mais amplo de políticas públicas voltadas para gerar bem-estar social.<sup>98</sup>

O histórico da implantação do sistema pode ser dividido, basicamente, em quatro períodos principais. O primeiro, referente ao início da

---

<sup>98</sup> CAMPOS, Marco Antonio Lopes; FERREIRA, Cristiani Terezia Martins. *Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil*. Disponível em: <[www.amog.org.br/amogarquivos/TCCPOS/artigo-Cristiani.doc](http://www.amog.org.br/amogarquivos/TCCPOS/artigo-Cristiani.doc)>. Acesso em 29 mar. 2014.

década de 1990, quando se verificaram as medidas para a implementação e consolidação do sistema. No período seguinte, relacionado aos mandatos do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), ocorreram as medidas de descentralização administrativa, reguladas pela lógica de mercado e com ênfase na atenção primária de regiões e populações mais pobres, nos estímulos às parcerias público-privadas e na efetiva política de municipalização da saúde. Foram dessa época a criação da CPMF, para compor o financiamento do setor, que perdera os recursos da previdência social, e a criação das agências reguladoras da saúde - a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e a ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

A fase ulterior corresponde às gestões de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010) e, inicialmente, se caracteriza pela manutenção das ações do governo anterior. Porém o esgotamento da capacidade municipal conduziu a sanção dos Pactos pela Saúde (Portaria GM/MS 399/2006), que tinham como finalidade a qualificação da gestão pública do sistema, visando maior efetividade, eficiência e qualidade. Em decorrência, foram estabelecidos Pactos pela Vida (com metas sanitárias mobilizadoras), Pactos em Defesa do SUS (compromissos dos gestores com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira) e Pactos de Gestão (com diretrizes para descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, regulação e controle do sistema).

Os pactos não acarretaram mudanças significativas na estrutura e na rede do SUS, porém causaram impactos em relação à responsabilização dos agentes e à gestão do recebimento dos recursos financeiros.



Também foi nesse período que a CPMF foi definitivamente sepultada. No segundo mandato de Lula, as políticas de saúde pública se concentraram na expansão da capacidade física e no incentivo ao desenvolvimento tecnológico, como pode se observar na implementação do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), que concentrou investimentos no complexo industrial

da saúde, com destaque para a produção pública e privada de medicamentos, vacinas e equipamentos hospitalares.<sup>99</sup>

Tendo que gerenciar um SUS já consolidado há duas décadas, ainda não é possível ter-se um balanço final das ações no âmbito da saúde realizadas pela presidência de Dilma Vana Rousseff, cujo mandato se iniciou em 2011. Muitos problemas oriundos de séculos de má gestão perduram, entre os quais a falta de médicos e de infraestrutura básica. Nesse sentido, uma das medidas implantadas foi o Programa Mais Médicos, que tem sido alvo de críticas, ao mesmo tempo em que descortina possibilidades de levar aos grotões do País uma medicina que nunca chegou lá. De acordo com o portal eletrônico do Ministério da Saúde, o programa integra um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais. A iniciativa convocará médicos para atuar na atenção básica de municípios com maior vulnerabilidade social e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), prevendo também a expansão do número de vagas de medicina e de residência médica, além do aprimoramento da formação médica no Brasil.<sup>100</sup>



Produção de medicamentos no Farmanguinhos. Foto: Peter Illiciev. Acervo: Fiocruz Multimagens

portal eletrônico do Ministério da Saúde, o programa integra um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais. A iniciativa convocará médicos para atuar na atenção básica de municípios com maior vulnerabilidade social e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), prevendo também a expansão do número de vagas de medicina e de residência médica, além do aprimoramento da formação médica no Brasil.<sup>100</sup>

99 MACHADO, Rosani Ramos. Políticas de saúde no Brasil: um pouco da história. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 95-104, dez. 2012.

100 Cf. <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>>. Acesso em 30 mar. 2014.

Por outro lado, já se pode dizer que o SUS consolidou a descentralização administrativa no âmbito da saúde e também a desoneração da estrutura federal. Isso porque coexiste com subsistemas estaduais e municipais, que repartem o ônus, responsabilizando assim as três esferas de governo.

A recente aprovação da lei complementar 141 estipula o que a emenda constitucional 29/00 (governo Fernando Henrique) não havia deixado claro ao definir que municípios têm que aplicar no mínimo 15% de suas receitas próprias em saúde e, os Estados, 12%. E a esfera federal deve aplicar o que aplicou no ano anterior, acrescido da inflação do período e da variação positiva do PIB, quando houver. Com essas duas emendas, a esfera federal reduziu o que investia em saúde, em particular comparado com o que aplicava na década de 80, que era até 30% do Fundo de Previdência e Assistência Social. Mas o governo federal agora resolveu que não iria comprometer mais recursos com saúde e apenas deixou que a nova lei clareasse o conceito de despesa em saúde, para que Estados e municípios deixassem de declarar despesas que não são da função saúde como se fossem – pagamento de aposentadoria de médicos (que são despesas com previdência), alimentação de presos (que são despesas com segurança pública), rede de águas e esgotos (que são despesas com saneamento), etc., portanto, tanto Fernando Henrique, como Lula e Dilma, ignoraram o desfinanciamento da saúde pública. Assim o SUS continua com graves problemas de financiamento e de gestão.<sup>101</sup>

---

101 Cf. Cronologias sobre a saúde pública no Brasil, disponíveis nos links: >  
 FUNASA. Cronologia histórica da saúde pública. Disponível em <<<http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/4/14>>. Acesso em 10 fev. 2014.  
[https://www.google.com.br/search?q=%3Chttp%3A%2F%2Fwww.ebah.com.br%2Fcontent%2FABAAAAE1cAE%2Fresumo-cronograma-saude-ao-longo-historia&oq=%3Chttp%3A%2F%2Fwww.ebah.com.br%2Fcontent%2FABAAAAE1cAE%2Fresumo-cronograma-saude-ao-longo-historia&aqs=chrome..69i57.2090j4&sourceid=chrome&es\\_sm=122&ie=UTF-8](https://www.google.com.br/search?q=%3Chttp%3A%2F%2Fwww.ebah.com.br%2Fcontent%2FABAAAAE1cAE%2Fresumo-cronograma-saude-ao-longo-historia&oq=%3Chttp%3A%2F%2Fwww.ebah.com.br%2Fcontent%2FABAAAAE1cAE%2Fresumo-cronograma-saude-ao-longo-historia&aqs=chrome..69i57.2090j4&sourceid=chrome&es_sm=122&ie=UTF-8)  
 <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/polsaude.html>>  
 <<http://www.proac.uff.br/visa/sites/default/files/historia.pdf>> [http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/livro\\_100-anos.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro_100-anos.pdf)>  
 <<http://pt.slideshare.net/camilafmesquita/politicas-de-saude-no-brasil-linha-do-tempo-parte-1>>  
 <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/historico-da-saude/>>  
 Cf. VECINA NETO, Gonzalo. A evolução da assistência à saúde no mundo e no Brasil até o SUS. In: Vecina Neto, Gonzalo, Ana Maria Malik. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

## O desenvolvimento cirúrgico e tecnológico no País

Até o último quartel do século XIX, a cirurgia era um procedimento de aplicação muito restrita em todo o mundo. Os perigos que envolviam o ato cirúrgico o tornavam muito inseguro e, por isso, episódico. Além de a operação causar dores insuportáveis, havia a grande probabilidade de infecção, visto que ainda se desconhecia a sua causa. Somente com o advento, em 1845, da anestesia - inicialmente com óxido nitroso e, mais tarde, com o clorofórmio e com as teorias microbiológicas do cientista francês Louis Pasteur, proferidas nas últimas décadas daquele século -, que o desenvolvimento cirúrgico ganhou fôlego.

O marco das inovações na área, entretanto, são devidas ao cirurgião inglês Joseph Lister, que criou a antissepsia em 1865, baseada nas pesquisas de Pasteur. O avanço seguinte ocorreu em 1943, quando Alexander Fleming descobriu a penicilina, a mais poderosa arma para combater as infecções. A cirurgia, que até então contava com duas bases seguras (a anatômica e a fisiológica) passou a utilizar antibióticos e bactericidas, o que efetivamente ampliou o campo de terapêutica cirúrgica.

Ainda no final do século XIX, o médico brasileiro Manoel Vitorino Pereira foi estudar na Europa, trazendo as técnicas antissépticas de Lister para a Faculdade de Medicina da Bahia, onde lecionava. Em 1898, o Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho (o fundador da Faculdade de Medicina de São Paulo) realizou uma ousada operação de gastrectomia total (corte de parte do estômago), sucedido pelo Dr. Benedito Montenegro, que também se dedicou à cirurgia gastrointestinal. A partir daí, o desenvolvimento cirúrgico no Brasil acompanhou a evolução global e, muitas vezes, demonstrou pioneirismo, como no caso dos transplantes de coração.



Desde a Idade Média, os cirurgiões se preocuparam com a substituição dos órgãos afetados por doenças incuráveis. Mas, foi apenas em 1959, quando o Dr. J. P. Merrill e sua equipe realizaram um transplante renal bem-sucedido entre dois irmãos gêmeos que a evolução desse tipo de cirurgia se acelerou, transplantando outros órgãos. Pouco tempo depois, uma equipe chefiada pelos doutores J. Geraldo Campos Freire e Gilberto Menezes Góis realizaram no Hospital das Clínicas, em São Paulo, o mesmo tipo de transplante e obtiveram êxito.

O Brasil hoje é mundialmente reconhecido, principalmente, por duas áreas da medicina: a cirurgia cardíaca e a cirurgia plástica.

## Cirurgia cardíaca

O transplante cardíaco, porém, representava o principal desafio, dada a sensibilidade do órgão e as probabilidades de rejeição. O primeiro procedimento do tipo foi realizado em 3 de dezembro de 1967, no Hospital Groot Shur, na África do Sul, pelo Dr. Christian Barnard, que retirou o órgão ainda vivo de um moribundo colocando-o dentro do organismo de um cardiopata. O Brasil não se fez esperar e, em 26 de maio de 1968, o Professor Dr. Euryclides de Jesus Zerbini executou a operação com a mesma técnica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo (HCFMUSP). Esse acontecimento teve enorme repercussão por ter sido o primeiro caso de transplante de coração na América Latina. Em ambos os casos os pacientes transplantados vieram a morrer alguns dias após por rejeição do órgão, uma vez que não se dispunha de medicamentos que a controlassem. No caso de rins entre gêmeos, a questão da rejeição era parcialmente resolvida.

O Brasil tornou-se referência mundial em cardiologia pelo trabalho pioneiro realizado no HCFMUSP, e o Prof. Dr. Zerbini foi o responsável pela formação da maior escola de cirurgia cardíaca do Brasil e o idealizador do Instituto do Coração (INCOR). O Hospital da Beneficência Portuguesa de São Paulo também se tornou um dos centros mais avançados nessa especialidade e o primeiro a efetuar um transplante em paciente com doença de Chagas do mundo – em Manoel Amorim da Silva, no dia 3 de junho de 1985. O surgimento do medicamento antirrejeição (ciclosporina) agilizou o processo de consagração brasileira nesse ramo da medicina.



Da esquerda para à direita:  
Professores Luiz Venere Décourt,  
Euryclides de Jesus Zerbini, Alipio  
Corrêa Netto, Jerônimo Geraldo  
de Campos Freire. Acervo: Museu  
Histórico da FMUSP

## Cirurgia plástica: muito além da estética

Ao contrário do que se imagina, a história da cirurgia plástica no mundo não é recente. Antigos egípcios e hindus, mais de 1.000 anos a.C. já registravam em suas escrituras métodos de cirurgia. Em 1896, Jacques Joseph realizou o primeiro procedimento de correções de orelhas de abano, considerado um dos grandes marcos da cirurgia plástica.

No Brasil, o médico Ivo Pitanguy criou o primeiro Serviço de Cirurgia de Mão da América do Sul, e atuou como chefe do Serviço de Cirurgia da Santa Casa, atendendo grande parte da população carente.

A década de 1950 será importante para o Brasil, também porque, além da expansão da especialidade nas várias regiões do Brasil, de Norte a Sul, técnicas brasileiras tornar-se-iam conhecidas mundialmente, como a mastoplastia de Georges Arié, de Pitanguy, a abdominoplastia, de Callia, entre outras. Entretanto, na época, a cirurgia ainda era vista com discriminação pela classe médica e pela população leiga, relegada como de pouca relevância. Porém, um trágico evento de 1961 mudaria o rumo da história. O incêndio do Gran Circo Niterói, o maior acidente em ambiente fechado do mundo até então, deixaria cerca de 2.500 pessoas queimadas, tendo mais de 500 mortos, em sua maioria crianças. Com o incêndio, Ivo Pitanguy deslocou sua equipe até Niterói, oferecendo tratamento aos pacientes queimados.

A partir dos anos 1960 e 1970, a cirurgia plástica brasileira já é vista como uma das melhores do mundo. Surgem cada vez mais hospitais e clínicas especializados na área, e pessoas de todas as partes vêm ao Brasil buscar a habilidade de cirurgiões brasileiros, ao mesmo tempo em que médicos procuram o Brasil para enriquecer sua formação. Hoje, no início do século XXI, a cirurgia plástica brasileira desmembrou-se em especialidades menores e sua complexidade tem exigido a formação de equipes multidisciplinares.<sup>102</sup>

---

<sup>102</sup> PITANGUY, Ivo. Entrevista. Folha de São Paulo, São Paulo, 24 abr. 2010. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2404201007.htm>>. Acesso em 21 mar. 2014. GAÚNA, Diana. *Ivo Pitanguy: cirurgião plástico é o psicólogo com bisturi na mão*. Disponível em: <<http://www.midiamax.com.br/noticias/804158-ivo+pitanguy+cirurgiao+plastico+psicologo+com+bisturi+mao.html#Uz1pv6hdWul>>. Acesso em 21 mar. 2014. CLÍNICA DR. ARQUERO. *História da cirurgia plástica*. Disponível em: <[http://www.clinicaarquero.com/pt/O3\\_historia.htm](http://www.clinicaarquero.com/pt/O3_historia.htm)>. Acesso em 21 mar. 2014. BOGGIO, Ricardo. *História da cirurgia plástica*. Disponível em: <<http://www.ricardoboggio.com.br/artigos/PDF/historia.pdf>>. Acesso em 21 mar. 2014.



PET-CT (Positron Emission Tomography, PET). Um PET-CT combina as informações funcionais de um PET scan com as informações anatômicas da tomografia computadorizada. Acervo: Beneficência Portuguesa de São Paulo. Crédito: Divulgação



Tomografia computadorizada. Acervo: Beneficência Portuguesa de São Paulo. Crédito: Divulgação

## A tecnologia a serviço da saúde

Até os anos 1950, os equipamentos de diagnósticos eram rudimentares. Muitos novos exames na área de imagens foram sendo introduzidos, a partir dos anos 70. O ultrassom, a tomografia computadorizada, a ressonância magnética nuclear, a tomografia computadorizada por emissão de pósitrons, etc. Mas, nas últimas décadas tem ocorrido uma verdadeira revolução tecnológica. Hoje alguns hospitais dispõem de avançados equipamentos que garantem diagnósticos detalhados e precisos. Os novos equipamentos permitem a aquisição rápida de imagens de alta qualidade, produzindo resolução próxima da realidade com reconstruções tridimensionais e estudos vasculares completos.

## Hospitalidade versus hotelaria hospitalar

O termo hospitalidade é antigo e deriva do latim. Tem por significado o ato de bem receber e hospedar e deu origem ao termo hospital, que tem por finalidade o recebimento de doentes para tratamentos e curas. O hospital foi perdendo aquela característica tradicional, embora os hospitais públicos ainda precisem de bastante investimento. Na visão do passado, o hospital era considerado um lugar para morrer, principalmente para os pobres, porque os nobres ou ricos podiam ser atendidos por médicos particulares.

Atualmente existe um novo conceito de hospitalidade que difere da hotelaria porque é mais humanizada. Lembrou Teresinha Covas Lisboa que a hotelaria engloba os serviços de apoio, que são: gastronomia, atendimento ao paciente, limpeza, organização e lavanderia que, hoje, é considerada como um item de qualidade de atendimento.

Houve também a preocupação de “quebrar” a supremacia da cor branca das Casas de Saúde e Santas Casas e outros hospitais, que passaram a adotar outras cores, como o verde ou azul, creme ou mesmo estampas coloridas, numa descaracterização daquela visão assistencial uniformizada para uma visão mais empresarial.

As mudanças ocorreram na arquitetura dos hospitais que implantaram projetos modernos, um visual diferente como o A.C. Camargo Cancer Center, que reformou a recepção e ofereceu aos pacientes e acompanhantes cores suaves, sofás, espaços bem-iluminados.



Na alimentação, o serviço técnico de nutrição e dietética do Hospital das Clínicas, por exemplo, com acompanhamento de nutricionistas, modificou a apresentação dos pratos servidos aos pacientes. Denominado de “o prato saudável”, o cardápio é elaborado visando melhorar a qualidade e apresentação da alimentação do hospital. Tornaram a comida mais atrativa, inclusive para as crianças. O resultado desse trabalho veio com os elogios dos próprios pacientes.

Ainda sobre a alimentação, diz-se que a preocupação com o visual e com o odor da comida acabou com os pedidos pessoais. À medida que a bandeja vem ao quarto do paciente melhor apresentada, com o suco, a comida mais colorida, tudo isso dá uma reanimada ao paciente, também.

Quanto ao paciente que tem uma permanência maior, ele passa a conhecer os horários do banho, da alimentação, e ele mesmo acaba fazendo sugestões nos instrumentos de avaliação e, assim, podem ser adotadas pelo serviço de hotelaria.

Esse conceito “hoteleiro” começou a ser implantado nos hospitais privados, como os hospitais da Unimed, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Samaritano, Hospital São Camilo, etc., em São Paulo. Com o intuito de conhecer as tendências de administração hospitalar de alguns países, o Instituto de Pesquisas Hospitalares, durante anos, oferecia a oportunidade de alunos do curso de administração hospitalar e funcionários de hospitais viajarem,

Novalis, equipamento usado na radioterapia, aumentou a esperança dos portadores de câncer no Brasil. Acervo: Beneficência Portuguesa de São Paulo. Crédito: Divulgação

Brinquedoteca e recepção do pronto-socorro infantil do Hospital e Maternidade São Cristóvão. Acervo: CEO do Grupo São Cristóvão



alternadamente, para a Europa e os Estados Unidos. Era um grupo composto de, aproximadamente, 40 pessoas entre médicos, administradores, nutricionistas, enfermeiros, professores e outra profissional de saúde, tendo ela mesma a oportunidade de visitar hospitais e clínicas do México, Califórnia, Europa, Canadá e sul dos Estados Unidos, a fim de conhecer os modelos implantados na hotelaria hospitalar.

Alguns modelos foram adaptados no Brasil como, por exemplo, o Hospital Infantil Nossa Senhora de Lourdes (São Paulo), que adaptou alguns conceitos em suas unidades. Cada membro da equipe visitava um setor, desde a lavanderia, a limpeza, a nutrição, o centro cirúrgico e a UTI. Depois das visitas, tinha uma exposição dos dirigentes dos hospitais e, em seguida, reuniam-se para a troca de ideias.

Destacam-se as sugestões para a área, recebidas do arquiteto Jarbas Karman, que projetou e reformulou o Hospital Israelita Albert Einstein e que chamava a atenção para detalhes voltados para a humanização nos principais detalhes de um projeto. Esse arquiteto foi o fundador do Instituto de Pesquisas Hospitalares, primeira faculdade de administração hospitalar do Brasil.

Salienta Teresinha Covas que essa mudança de conceito deveria ocorrer, também, em clínicas geriátricas, que precisam oferecer acolhimento mais humanizado aos idosos. E que quando visita esses ambientes,

nota que detalhes do criado-mudo, ao lado da cama, como uma toalhinha de renda, um objeto pessoal e fotos da família trazem a própria história desses pacientes. Mesmo que ele fique acamado, merece ter uma qualidade de vida e esses detalhes simbolizam um espaço pessoal, que precisam ser respeitados e valorizados no atendimento humanizado.

Essa preocupação chegou também à pediatria, que hoje é uma verdadeira festa de cores, com ilustrações e brinquedos. No “Centrinho de Bauru” (Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo), que atende paciente portadores de fissuras labiopalatais e malformações craniofaciais, os médicos, enfermeiros e demais profissionais, recebem todos com teatros, palhaços e outras atividades num trabalho integrado com pacientes e familiares.

Como forma de atrair a comunidade para conhecer os hospitais, no sentido de integração e comprometimento, as igrejas de bairro e os próprios hospitais promovem palestras sobre vários temas, como o HIV, tuberculose, prevenção, entre outros.

Hoje o conceito de hotelaria está mais forte e, com isso, trouxe uma melhoria de qualidade no atendimento e a atuação do serviço de enfermagem que, outrora, responsabilizava-se pelas áreas de limpeza, roupa, etc., hoje tem uma concentração mais focada na assistência ao paciente. Atualmente, o hospital tem características arquitetônicas que lembram hotéis e competem entre si, mas o grande mérito da hotelaria hospitalar está na humanização do ambiente hospitalar, que passa pelos pacientes e pelo profissional da saúde, salienta.

Cursos, palestras e congressos nacionais e internacionais buscam atualizar os profissionais de saúde nesse tema.<sup>103</sup>



Sala de observação do pronto socorro infantil do Hospital e Maternidade São Cristóvão. Acervo: CEO do Grupo São Cristóvão

<sup>103</sup> Depoimento de Teresinha Covas Lisboa, à autora, em 19 fev. 2014.

## Programas de destaque internacional



Campanha contra o preconceito ao soropositivo, Ministério da Saúde, 2009. Acervo: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/ Ministério da Saúde

### Tratamento da aids e Programa Nacional de Imunização

O Brasil tornou-se referência mundial no tratamento contra o vírus da aids e por seu Programa Nacional de Imunização de crianças, idosos e pacientes crônicos. Tendo inclusive erradicado a poliomielite no final da década de 1980.

Em 1981, quando foram detectados os primeiros cinco casos de aids, na Universidade da Califórnia, ninguém poderia imaginar que estava emergindo uma das epidemias mais devastadoras da história da humanidade. No Brasil, o primeiro diagnóstico foi feito no começo da década de 1980. Ao final da década, os indicadores epidemiológicos da doença no Brasil eram próximos aos de muitos países da África Austral. A situação era alarmante, e análises apontavam para o risco de a epidemia se generalizar na população brasileira e impactar a economia e a saúde. O temor de que a aids se alastrasse rapidamente era justificado pela velocidade do crescimento da doença no Brasil, um país marcado pela diversidade social, econômica e cultural, pelo surgimento de um expressivo número de novos casos entre mulheres e homens heterossexuais e pela manutenção de incidências altas em grupos sociais mais vulneráveis. Entretanto, passadas duas décadas, as taxas de mortalidade por aids caíram em média 50% e a sobrevivência das pessoas com a doença aumentou pelo menos cinco vezes.

A primeira resposta governamental à epidemia data de 1983, quando foi criado o Programa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Dois anos depois, quando outros nove Estados já tinham organizado programas relacionados à aids, o governo brasileiro criou o Programa Nacional de Aids, mediante a portaria nº 236, de 5/5/85, do Ministério da Saúde.

Quatro anos após essa primeira resposta, no Brasil, foi aprovado o AZT, medicamento utilizado em pacientes com câncer que passa a ser utilizado no tratamento da aids. Apesar dos sérios efeitos colaterais, ele reduzia a velocidade de reprodução do vírus, prolongando e melhorando consideravelmente a qualidade de vida de alguns pacientes. Antes dele, a aids era uma sentença de morte. No final da década de 1980 e início dos anos 90,

o então secretário municipal da saúde de Santos (e a partir de 93, prefeito), David Capistrano da Costa Filho aprovou uma medida inédita no País, distribuindo o novo medicamento gratuitamente aos pacientes. Posteriormente, o Estado de São Paulo passou a distribuir na rede pública esse primeiro antirretroviral.

As primeiras iniciativas de compras geraram mobilização civil e levaram o Ministério da Saúde a adquirir todos os medicamentos disponíveis, que agora tinham aumentado, graças ao surgimento de outras drogas da mesma classe e, também, ao início da terapia dupla, ainda que com benefícios efêmeros. Entretanto, havia irregularidade constante no fornecimento das drogas, o que prejudicava a rotina do tratamento, obrigando muitas ONGs a realizarem protestos, denunciando a falta de acesso aos medicamentos em muitos Estados e municípios.

O verdadeiro avanço chegou em 1996, tanto no aspecto relacionado à evolução do tratamento como no sentido da criação de uma das mais importantes leis relativas à aids no Brasil. Com o surgimento de uma nova classe de medicamentos, conhecida como inibidores de protease, e com um novo paradigma de tratamento (a associação de drogas), houve grande revolução no controle da doença. Mas, ao mesmo tempo, também foi colocado em questão o custo dos medicamentos, que se tornava cada vez mais alto.

Seguindo novamente o exemplo de São Paulo, que havia iniciado a distribuição gratuita em 1995, no mês de novembro de 1996 foi promulgada a Lei n. 9.313, que estabelecia aos portadores do vírus do HIV o direito de receberem gratuitamente, pelo SUS, todos os medicamentos necessários ao seu tratamento, uma grande mudança que ocorria no âmbito da assistência farmacêutica governamental.

Nos anos 2000, duas importantes iniciativas contribuíram para que a iniciativa de distribuição universal gratuita continuasse em andamento. Em 2001, o medicamento Nelfinavir, produzido pela empresa La Roche, um dos 12 que então compunham o coquetel antiaids na época, teve a sua patente quebrada devido ao preço elevado para o consumidor. Na época, cada comprimido custava aproximadamente US\$ 1,36, sendo o medicamento utilizado, por cerca, de 25% dos pacientes com aids do Brasil. A versão genérica passou então a ser produzida pelo laboratório público Farmanguinhos, da Fundação Oswaldo Cruz. Graças a essa quebra de patente, o medicamento reduziu o seu valor em 40%, representando uma economia de US\$ 88 milhões por ano para o País na época.



Símbolo mundial de combate a aids. Foto: Divulgação





Campanha de vacinação contra a Varíola (1967-1970), em Osasco. Acervo: Museu de Saúde Pública Emílio Ribas/ Instituto Butantã

Dois anos depois, veio o reconhecimento internacional do esforço do governo brasileiro. O Programa Brasileiro de DST/Aids recebeu prêmio de US\$ 1 milhão da Fundação Bill & Melinda Gates, em reconhecimento às ações de prevenção e assistência no País, que abriga, em 2014, 150 mil pacientes em tratamento.

Em 2007, outro importante medicamento teve a seu licenciamento compulsório. O antirretroviral Kaletra (lopinavir associado a ritonavir), fabricado pelo laboratório norte-americano Abbott, também passou a ser produzido no laboratório Farmanguinhos, para consumo exclusivo do SUS. Essa medida representou economia de R\$ 130 milhões.

Naquele mesmo ano, recorrendo a uma das medidas previstas no Acordo de Propriedade Industrial (Trips), o governo brasileiro decretou oficialmente o licenciamento compulsório do medicamento Efavirenz, na ocasião, usado por, cerca de, 75 mil pacientes. O Brasil, com a medida, passou a ter o direito de importar genéricos do medicamento. Um ano após a quebra da patente, o mesmo laboratório de Farmanguinhos começou a produzir o remédio e, desde 2011, a produção supre toda a necessidade nacional do medicamento Efavirenz. Em 2012, o governo prorrogou o licenciamento compulsório por mais cinco anos.

O país passou a oferecer o chamado coquetel do dia seguinte, que deve ser tomado após a exposição ao vírus no caso de estupro ou acidente de trabalho. Hoje, a comunidade científica internacional e a OMS reconhecem o programa brasileiro de tratamento como o mais avançado do mundo, um modelo para os países.<sup>104</sup>

104 Cf. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro7.pdf](http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf)>. Acesso em 29 mar. 2014. BOCCHINI, Bruno. *Taxa de mortalidade por aids cai 71,1% em São Paulo*. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agencia-brasil/noticia/2013-10-31/taxa-de-mortalidade-por-aids-cai711-em-sao-paulo>>. Acesso em 21 mar. 2014. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST e Hepatites Virais. *História da aids*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em 29 mar. 2014. REIS, Bia. *Brasil decide quebrar patente de remédio anti-Aids. Veja On-Line*. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/arquivo/brasil-decide-quebrar-patente-remedio-anti-aids>>. Acesso em 21 mar. 2014. VARELA, Drauzio. *Epidemia de aids no Brasil*. Disponível em: <<http://www.drauziovarella.com.br/sexualidade/aids/aids>>. Acesso em 29 mar. 2014. VARELA, Drauzio. *Aids*. Disponível em: <<http://www.drauziovarella.com.br/sexualidade/aids/aids/>>. Acesso em 29 mar. 2014. VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. *A evolução da assistência à saúde no mundo e no Brasil até o SUS. Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. VIEIRA, Isabela. *Ministério da Saúde vai usar remédios para prevenir a aids e estima investir R\$ 1,3 bilhão no programa*. Disponível em, <<http://www.memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-12-01/ministerio-da-saude-vai-usar-remedios-para-prevenir-aids-e-estima-investir-r-13-bilhao-no-programa>>. Acesso em 21 mar. 2014.

## Exército: atendimento médico às populações indígena e ribeirinha

O Exército Brasileiro tem contribuído de forma pioneira, dando atendimento médico em áreas longínquas e vitais de segurança, tais como na Amazônia e demais fronteiras. Há situações em que as Forças Armadas são a única representação do Estado nessas regiões, proporcionando uma infraestrutura mínima e serviços assistenciais às populações indígena e ribeirinha.

Segundo o General-de-Brigada Médico Antonio André Cortes Marques, os hospitais de Tabatinga e de São Gabriel da Cachoeira, são dois importantes centros de atendimento, abertos à população civil mediante convênio com o Sistema Único de Saúde-SUS, atendendo à população indígena, ribeirinhos e estrangeiros das fronteiras locais. A atuação permanente e intensa desses dois hospitais militares representa o único recurso de saúde para a comunidade local. Em 2013, o Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira atendeu 82.802 civis, 67% do total de atendimentos, sendo 64.179 indígenas. Já o Hospital de Guarnição de Tabatinga atendeu 69.889 civis, 84,84% do total de atendimentos, sendo 5.755 indígenas e 2.208 estrangeiros (principalmente colombianos e peruanos).

Hoje, a instituição possui 28% das organizações militares de fronteira (Pelotões de Fronteira e Companhias Especiais de Fronteiro), onde vivem de 60 a 250 militares, além dos seus dependentes (esposas e filhos). Adjacente a algumas dessas organizações militares, formaram-se vilarejos, principalmente, pela segurança propiciada e pela facilidade de um apoio de saúde. A presença de um médico e de um dentista nos pelotões e companhias



Aplicação de Flúor em crianças indígenas de aldeias na Região Amazônica pelo pessoal do Serviço de Saúde do Exército. Acervo: CCOMSEx

faz com que os moradores locais, ribeirinhos ou indígenas, tenham acesso aos atendimentos. Somadas, as atividades de saúde na região amazônica geram mais de 30 mil atendimentos por mês.<sup>105</sup>



Navio de Assistência Hospitalar 'Oswaldo Cruz', recebendo população ribeirinha para atendimento. Acervo: Comando do 9º Distrito Naval/Marinha do Brasil

## Marinha e a saúde na Amazônia

A alimentação do ribeirinho, apesar de farta, especialmente em relação a peixes e farinha, é restrita em termos de variedade. Suas plantações, quando possíveis, sofrem influência direta da época do ano, chuvosa ou não, e a ausência de energia elétrica na maioria das comunidades impede a estocagem de alimentos. Suas pequenas embarcações são o único meio de transporte, o que os distancia, por vezes, dias de viagem até a sede municipal mais próxima. Esses fatores, somados à falta de noções de higiene pessoal e de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;

e a precariedade da estrutura sanitária, de tratamento de água e de controle do lixo tornam essa população necessitada de especial atenção básica à saúde.

A presença dos navios da Marinha do Brasil nos mais de 20 mil quilômetros de águas navegáveis na Amazônia, vivenciando diariamente as necessidades dos ribeirinhos, fez com que houvesse a tentativa de apoiar de alguma forma a população em suas maiores carências. Essa história teve início há mais de 40 anos, época em que as corvetas realizavam inspeção naval, quando a Marinha não media esforços para prestar assistência à saúde das famílias ribeirinhas, principalmente daqueles que necessitavam de atendimento de urgência. No início da década de 1970, com a chegada dos

<sup>105</sup> Depoimento do General-de-Brigada Médico Antonio André Cortes Marques, à autora, em 7 abr. 2014.

navios-patrolha fluviais, essa assistência passou a ser programada, com a entrega de alimentos às comunidades, além da assistência médica de urgência que fosse necessária.

Ao final da década de 1970, surgiu a ideia de prover uma assistência à saúde dos ribeirinhos mais completa, planejada e que abrangesse os princípios básicos de saúde, prevenção e higiene sanitária, bem como ter condições de atender a casos de urgência e emergência. Assim, no início da década seguinte, foi autorizada a construção no Arsenal de Marinha do Rio de Janeiro de dois navios de assistência hospitalar, cuja realização recebera apoio do Ministério da Saúde. Dotados de consultório médico, consultórios odontológicos, laboratório de análises bioquímicas, farmácia, sala de vacina e curativos, sala de Raio-X e sala cirúrgica, além de duas lanchas e um convés para pouso de helicópteros (convoo), os navios “Carlos Chagas” e “Oswaldo Cruz” completam no presente ano três décadas de atividade nos rios da Amazônia.

Mais recentemente, para ampliar a capacidade de atendimento, incorporaram ao Comando do 9º Distrito Naval os navios “Dr. Montenegro”, cuja estrutura detém, além do citado na classe “Oswaldo Cruz”, exceto o convoo, um mamógrafo; e “Soares de Meirelles”, dotado de farmácia, consultório médico e consultório odontológico, cujo planejamento prevê o aumento da capacidade de atendimento e a instalação de um convoo.

Dessa forma, hoje, a Marinha do Brasil, por meio de seus quatro navios de assistência hospitalar, realiza operações de assistência hospitalar planejadas para atender no decorrer do ano os 12 polos fluviais dos rios da Amazônia Ocidental. Promovem, além do atendimento médico-odontológico, a distribuição gratuita de kits de higiene bucal, medicamentos e preservativos, realização de palestras com diversos temas em saúde e higiene pessoal e orientações quanto à segurança da navegação.

Com o passar do tempo, a assistência e a atenção que a Marinha promove aos ribeirinhos, fizeram com que os navios passassem a ser chamados de “navios da esperança”, levando não apenas assistência à saúde das pessoas e sim assistência à vida dessas famílias, mesmo na mais longínqua comunidade.

## Os desafios da saúde pública no século XXI

De acordo com o censo demográfico de 2013, o crescimento da população brasileira alcançou a marca de 190.755.799 habitantes. Desde o primeiro recenseamento realizado no Brasil, em 1872, houve sucessivo aumento do contingente populacional. Até a década de 1940, predominaram altos níveis de fecundidade e mortalidade no País. Com a redução dessa última variável, durante a década de 1940, o crescimento populacional brasileiro evoluiu para quase 3,0% ao ano na década de 1950. Já na década seguinte, iniciou-se o declínio dos níveis de fecundidade, que foi gradativamente acentuado na década posterior.

Comparada ao censo de 2000, a população do Brasil cresceu 12,3%, implicando em um crescimento médio anual de 1,17%. A Região Sudeste foi responsável pela maior parcela do aumento populacional em termos absolutos, com 37,9% do crescimento total do País. O segundo lugar ficou com a Região Nordeste, com aumento populacional de 25,5%.<sup>106</sup>

Desde o início do século XX, e especialmente nos anos 1950, houve o crescimento da população urbana e a diminuição da rural, devido aos processos de industrialização e de urbanização dos grandes centros, sobretudo São Paulo. Esse Estado passa a atrair grande massa de população migrante de áreas de estagnação econômica do Nordeste.<sup>107</sup>

Diante dos contínuos aumento e concentração demográfica, uma das graves deficiências da saúde pública brasileira é hoje a carência de médicos, contabilizando-se a média de 1,8 profissional para cada mil habitantes.

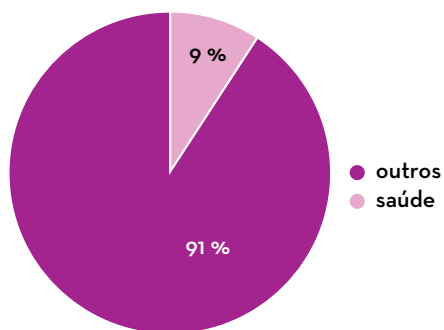
---

<sup>106</sup> INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Sinopse do censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro, IBGE, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>>. Acesso em 20 mar. 2014.

<sup>107</sup> CANO, Wilson. *Raízes da concentração industrial em São Paulo*. Rio de Janeiro: Difel, 1977. p. 307).

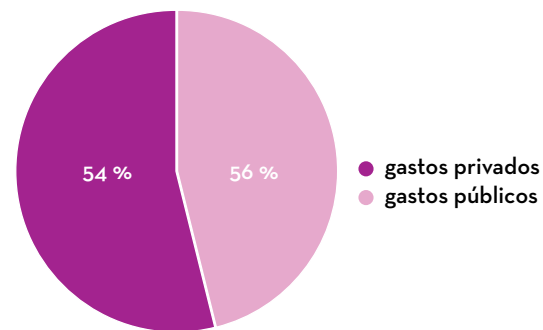
# Dados do Setor da Saúde - 2012

## Percentual de investimentos do Produto Interno Bruto (PIB)

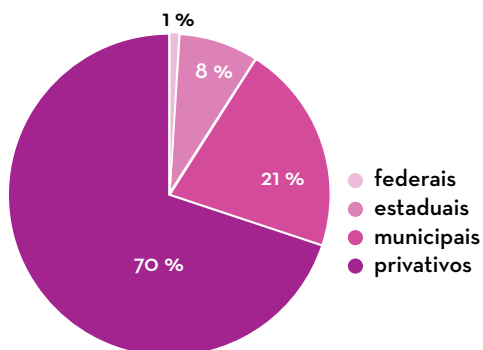


O Brasil movimenta cerca de 9% do produto Interno Bruto (PIB). Deste total, 54% (R\$ 213,4 bilhões) respondem pelos gastos privados. Gastos públicos são 46% (182,1 bilhões).

## Divisão dos investimentos na saúde Total de R\$ 395,5 bilhões



## Hospitais do Brasil - total de 6.753



Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) - agosto 2013

## Investimento per capita na saúde

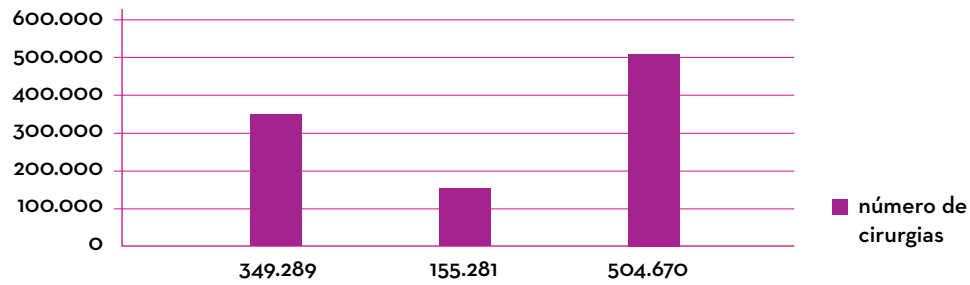


201 milhões de brasileiros são atendidos pelo Sistema Único de Saúde  
O investimento per capita no SUS é de US\$ 382 (R\$ 905)  
A média mundial de investimento per capita é de US\$ 716

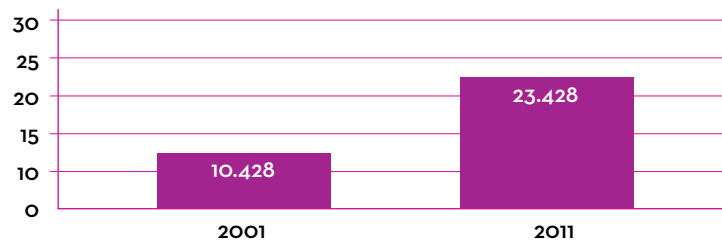
Na saúde suplementar, a receita das operadoras de planos em 2012, indicando crescimento de 12,2% em relação a 2011

## Leitos Hospitalares no Brasil

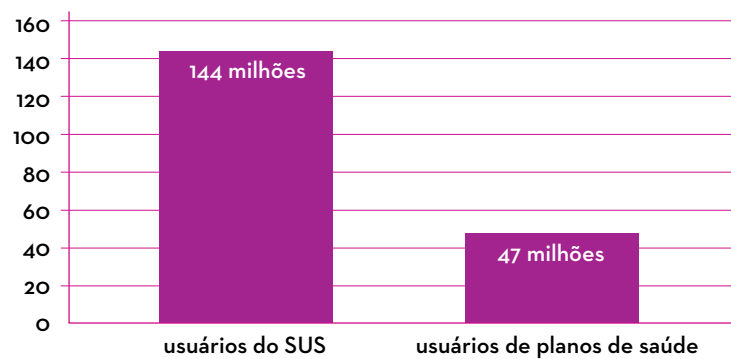
### Número de cirurgias



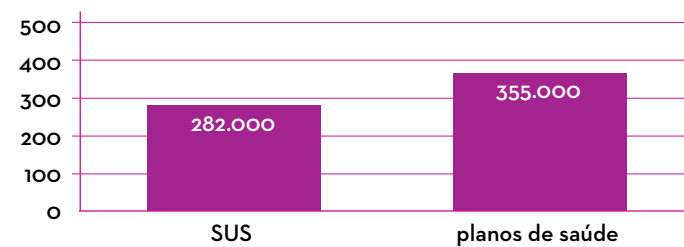
### Transplantes realizados pelo SUS



### Saúde Pública x Privada

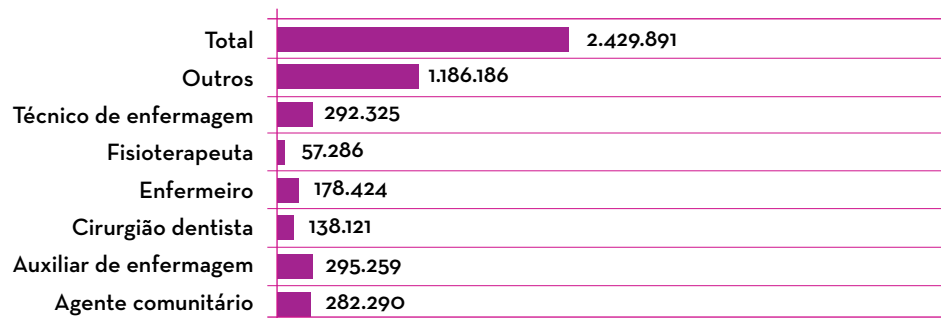


### Postos de trabalho



No setor privado há 3,9 vezes mais postos de trabalho por usuários do que no SUS

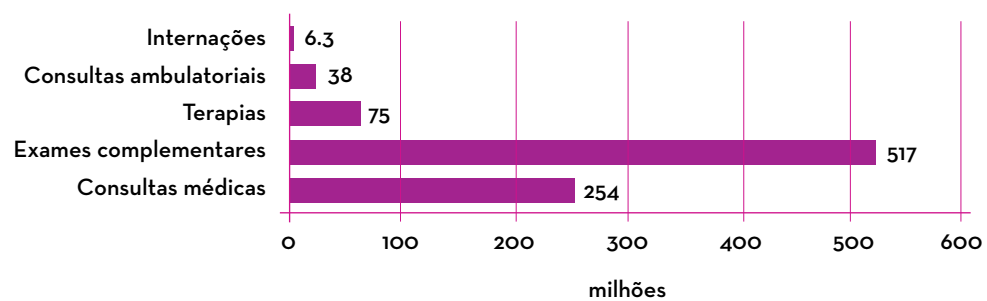
### Profissionais da área da saúde cadastrados no CNES



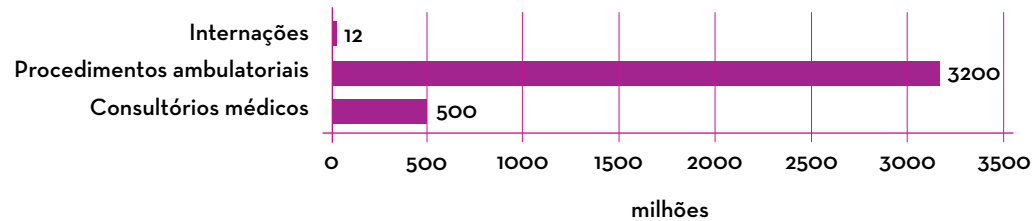
Médicos ativos no Brasil: 404.373

Fonte: CFM - agosto 2013

### Dados do Setor Privado em 2012



### Dados do SUS em 2012





## A crise e a gestão em saúde

Argumenta o Dr. Gonzalo Vecina que a crise da saúde é complexa e envolve um conjunto de problemas. Desse conjunto faz parte a questão do financiamento. Quando baixou os juros (a Selic), e sobrou dinheiro do pagamento dos juros, o governo federal optou por reduzir o valor da tarifa de energia elétrica e desonerar certos setores do pagamento de impostos, e usar esse dinheiro que estava sobrando para a saúde. A presidente Dilma Roussef fez uma opção. A opção dela foi por emprego. Será que ela estava errada ao optar por gerar e manter empregos e não pôr dinheiro na saúde? Por outro lado, na saúde, nós passamos por uma revolução demográfica que transformou a morbimortalidade brasileira, de uma morbimortalidade que precisa de serviços de saúde, de atenção vertical, porque era uma morbimortalidade provocada por doenças infectocontagiosas, por uma morbimortalidade que exige uma atenção horizontal, porque são doenças crônico-degenerativas, as cardiovasculares, os cânceres e a violência. E a violência é mais complicada ainda do que as doenças. 70% da mortalidade brasileira é devida a essas três causas. 35% as cardiovasculares, 20% os cânceres, 15% a violência urbana. Hoje, a causa mais importante de morte, na cidade de São Paulo, de homens de 15 a 45 anos, é o homicídio. É óbvio que essa é uma doença não infecciosa, mas não é uma doença crônico-degenerativa. Qual é a saída? Não é uma bala de prata. A saída está na educação, no transporte, no emprego, na habitação, em melhorar as condições de bem-estar social.

A saída para a saúde é reverter o modelo assistencial. Segundo o Dr. Vecina, nós temos que fazer com que o nosso modelo assistencial seja para atendimento de doenças crônico-degenerativas. Para montar

Fila para marcação de consultas e exames no Hospital Barão de Lucena, em Recife (PE). Novembro de 2010. Foto: Helia Scheppa/JC Imagem



esse modelo, temos que ter uma atenção primária resolutiva, ter um programa de saúde da família e ter mais médicos, porque com um médico para cada 660 habitantes não vamos conseguir. Temos que ter um médico para cada 300 habitantes e temos que conseguir fazer com que ele esteja presente dentro do local onde as pessoas adoecem, que é onde elas moram. Isso dá três médicos para cada mil habitantes. Então, essa mudança exige, também, uma outra mudança, a mais difícil de ser aceita. Conta que, quando em Barcelona, ele foi ver como funcionava o sistema de saúde, da Catalunha, e olhou a região sul de Barcelona. Primeiro, o sistema é gerido pela iniciativa privada sob a regulação pública. Aí tem toda uma imensa discussão de por que o Estado se tornou incompetente, se ele sempre foi competente. A gente tem que olhar as transformações que aconteceram no mundo da gestão nos últimos 30 anos. O inventor da web – em 93, 94 – é comparado a Gutemberg, que inventou a impressão. E a revolução que aconteceu com a criação da impressão é tão ou mais importante do que a invenção da web. Então, o mundo passou por uma revolução que transformou as formas de produção, e o Estado não acompanhou. Por isso, no mundo inteiro, o Estado está deixando de fazer aquilo que não é típico do Estado, como a segurança, a justiça e a tributação. Está deixando para a iniciativa privada, com regulação estatal.

O Dr. Vecina relata que outra questão que viu em Barcelona foi a mudança do modelo assistencial para dar conta do envelhecimento e das doenças crônicas. Além da reconstrução do modelo de cuidar, um médico, em Barcelona, para tempo integral ganha 5 mil euros. A enfermeira ganha 3.500 euros. E observa: eu aqui pago 20 mil reais para levar um médico para o Grajaú e 3 mil para uma enfermeira. Você acha que a enfermeira tem que ganhar 20 ou o médico tem que ganhar 5? Não tem dinheiro para todo mundo ganhar 20 mil. O salário médio do brasileiro, diferenciado, está em torno de 3 a 4 mil reais. Então você tem que aumentar a oferta de médicos para diminuir o salário. Porque, senão, não tem dinheiro no SUS que chegue para pagar os médicos. Só que isso é uma coisa difícil de falar e muito mais difícil de aceitar. Então, para que esse sistema de saúde que nós temos seja transformado no sistema de saúde mais razoável, temos que enfrentar esses demônios. E além do que, tem o demônio – numa sociedade que está no estágio de desenvolvimento da nossa – da questão da assistência privada. Primeiro, nós temos um problema tributário que é a questão das renúncias cruzadas e do financiamento público da saúde. Ele é perverso, porque é

montado em cima de impostos regressivos. Então, o próprio financiamento público da saúde responde hoje por 45% do total do gasto de saúde. O gasto com o financiamento público nos países de modelo universalista é em torno de 70%. Mas, além disso, o grosso dos impostos que financiam a saúde são impostos indiretos e regressivos. A outra questão é que o Ministério da Saúde, os municípios e os Estados colocaram na função saúde, em 2012, algo em torno de 186 bilhões de reais, para atender os 200 milhões de brasileiros. A iniciativa privada, para atender 50 milhões de brasileiros, pôs 90 bilhões. E nós, brasileiros consideramos que esses 90 bilhões para atender os 50 milhões, apesar de todas as renúncias cruzadas que existem, são superpostos. Então, quem gastou esses 90 bilhões tem o mesmo direito de usar o SUS, porque eles fazem parte dos 200. Então, se pega Santo André, 70% da sua população tem plano de saúde. O secretário municipal de saúde de Santo André tem que preparar o município para atender quantas pessoas? Os 600 mil habitantes ou os 180 mil que não têm plano de saúde? De acordo com a Constituição tem que se preparar para atender os 600 mil. Isso é um desperdício. Mas, para enfrentar esse desperdício, temos que encontrar a fórmula que não produza mais iniquidade, talvez a fórmula chilena.

Perguntado sobre qual seria o segredo do sucesso do Hospital Sírio-Libanês, o Dr. Gonzalo Vecina responde que é a macrogestão, que incorpora não só a gestão dos próprios recursos, mas um conjunto de ideias que dão nexos à existência dessa organização no futuro. É como eu trato o meu paciente, como eu trato os meus colaboradores, como eu trato o meio ambiente. É gestão no sentido macro da palavra. Essa macrovisão, além de se preocupar com a perenidade da organização, também se preocupa com o parceiro médico, que quando se fala em hospital é o ponto mais crítico do sucesso no curto prazo. Conclui: não tenho, de novo, uma bala de prata.

Temos no Brasil hoje um problema de gestão global, tanto a iniciativa privada quanto o setor público têm problemas importantes de gestão. Dos 6.200 hospitais que temos no Brasil, não mais do que 500 são informatizados. 40% deles, dos 6.200 hospitais, são estatais, 36% são privados filantrópicos e os restantes 24% são privados com finalidade lucrativa. Parte desses hospitais privados, com e sem finalidade lucrativa, atendem os pacientes do SUS e, portanto, são também públicos não estatais. A incapacidade gerencial atinge a todos os três setores. Então, o Brasil, hoje, tem um problema importante de eficiência. Cerca de 65%, do total dos hospitais, são pequenos hospitais com menos de 50 leitos e esses hospitais não têm

escala econômica para absorver a tecnologia exigida para atender os velhos com doenças crônicas.

Colocamos mais 40 milhões de brasileiros na mesa e não aumentamos a eficiência e nem o dinheiro disponível. Queremos mais dinheiro, porém mais dinheiro não virá. Fazer a economia crescer seria outra solução, mas tudo indica que ela vai crescer pouco. Vai crescer 2% ao ano, vai ser difícil, não existirá recurso para gerar emprego e manter ou melhorar a saúde. Então, o que nós vamos ter é um crescimento mais lento e isso está dito. Não vamos passar por uma crise, temos uma condição econômica muito boa. Este país tem reservas, este país não precisa importar energia, é um grande produtor de *commodities* e pode melhorar na área de ciência e tecnologia, então, não tem crise na frente do país. Você só não pode é perguntar para quem é dono de banco. Se você perguntar para quem é dono de banco, ele vai achar que tem crise, porque quanto mais dinheiro ele ganhar mais feliz eles ficarão. Então, todo o dinheiro do mundo é pouco para a felicidade dele.

Não tem crise. O Brasil tem um pequeno risco chamado China. A economia americana está em recuperação, a economia europeia está em recuperação. Se a China tiver um problema grave, o Brasil talvez tenha, porque, hoje, o maior parceiro comercial do Brasil é a China. Fora a China e, mesmo assim, o Brasil hoje tem reserva de 350 bilhões de dólares, tem a segunda maior produção de soja do mundo, maior rebanho bovino do mundo. Não existe como se criar uma crise no futuro no Brasil. É óbvio que nós estaríamos melhor se tivéssemos mais infraestrutura, se estivéssemos sem preocupações com a questão da energia. Mas nós não temos possibilidade de ficar sem energia, temos petróleo suficiente para fazer gerar as termelétricas que vão poluir não sei o quê. Mas não falta. O Brasil só não pode dar dinheiro, mais dinheiro, para os financistas.



Dengue é uma doença tropical infecciosa causada pelo vírus da dengue, e é transmitida por várias espécies de mosquito do gênero *Aedes*, principalmente o *Aedes aegypti*.  
Foto: Divulgação



De dois em dois anos, o SINDHOSP entrega a Comenda Grã-Cruz de Ouro da Saúde a personalidades que se destacaram no setor. A última homenagem, em 2013, foi entregue postumamente pelos diretores do Sindicato à família do ex-presidente, Dante Montagnana. Acervo: SINDHOSP

Acho que esse é o grande desafio da humanidade e da Europa. Não trocar o Welfare State pelo enriquecimento de quem já é rico. Então, eu não tenho dúvida nisso. O copo está meio cheio, não está meio vazio. Agora, como fazer para melhorar as condições de assistência à saúde sem mais dinheiro? Só melhorando a gestão, nós temos que aumentar a eficiência. Eu acho que o grande problema do Brasil hoje é aumentar a eficiência. Para poder gerar inclusão social.

As organizações sociais de saúde são mais eficientes sim. Não

tem porque discutir isso. As instituições privadas são mais ágeis para mobilizar recursos. Agora, o Estado tem que ter capacidade de dar transparência na relação dele com elas.

A busca da eficiência da saúde no Estado passa pelo desenvolvimento de relações de cooperação com a iniciativa privada no mundo contemporâneo inteiro. Modelos de cooperação público/privado estão acontecendo na Espanha, na Inglaterra, no Canadá ou mesmo aqui no Chile, do Lagos e da Bachelet, antes do Piñera, eles já tinham parcerias com o setor privado. Então, o que nós estamos falando é de criar formas em que a iniciativa privada participa do processo produtivo dentro da área social, com transparência. Ponto.

Cooperação público-privada é um bicho mundial para a substituição do ogro filantrópico, como o Octavio Paz chamava o Estado. Substituição não significa também ter menos Estado. Sem Estado, não existe sociedade. Só que se a gente olha para essas coisas de uma forma dogmática, principescas, aí não tem jeito.<sup>108</sup>

---

108 Depoimento do Dr. Gonzalo Vecina Neto, Superintendente Corporativo do Hospital Sírio-Libanês, à autora, em 24 mar. 2004.

## Entidades representativas do setor da saúde

O governo brasileiro prometeu investir R\$ 15 bilhões até 2014 para melhorar a infraestrutura de saúde, sendo R\$ 5,5 bilhões para construir 6 mil postos e reformar outros 11,8 mil. Entretanto, a crise do setor só poderá ser atenuada com a participação de gestores, instituições filantrópicas e entidades de classe, que têm a sua história de décadas marcada pela dedicação à saúde brasileira.

### SINDHOSP, saúde levada a sério

O Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Demais Estabelecimentos do Estado de São Paulo Patronal (*SINDHOSP*) é a maior entidade patronal representativa da saúde na América Latina, com 76 anos de trabalho dedicado ao setor.

Fundado em 12 de fevereiro de 1938, durante o governo de Getúlio Vargas, sob o nome de “Sindicato Patronal dos Estabelecimentos Hospitalares de São Paulo”, o SINDHOSP foi fruto da junção de sete sindicatos. O crescimento da atividade hospitalar e a necessidade de esses estabelecimentos terem uma representação efetiva motivaram sua fundação.

Com o advento do decreto-lei 1.402, de 5 de julho de 1939, incluindo o novo regime sindical brasileiro, como o primeiro passo para a organização corporativa da economia nacional, o Sindicato adaptou-se às exigências das novas legislações, adotando a denominação de Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo. Desde o início da década de 1960, quando surgiu a primeira empresa de medicina privada, houve um crescimento do número de empresas no setor da saúde, e junto com ele, a necessidade de se reunir um organismo que os representasse aos seus interesses.

Em 1979, sob a gestão de Francisco Ubiratan Dellape, ex-presidente da Confederação Nacional de Saúde (CNS) e da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS), houve a compra da sede própria do SINDHOSP, na Rua 24 de Maio, 208, 13º andar, na capital paulista.

A atuação política do SINDHOSP tem sido fundamental ao longo das últimas décadas. E graças à sua atuação política – e de outras entidades representativas – a Constituição de 1988 contemplou a iniciativa privada na saúde.



Logo depois, representantes do Sindicato se reuniram com o governo local na busca de soluções para a falta de leitos em São Paulo. Na década seguinte, uma crise generalizada atingiu os estabelecimentos que prestavam atendimento ao SUS. O SINDHOSP se empenhou na questão e participou do movimento por reajuste e desenvolveu campanha nacional de luto pela saúde. Nesse ínterim, cresceu o número de planos de saúde e de usuários. O governo federal, a fim de regulamentar o setor, publicou a Lei nº 9.656, em 3 de junho de 1998, que mudou o cenário da saúde suplementar. A ANS foi criada com objetivo de regulamentar o mercado. Mesmo assim, a crise do setor suplementar continua.

Em fins de 1994, o Sindicato partiu para a ampliação dos serviços oferecidos à categoria com a criação de novos escritórios regionais. Com esses espaços, a categoria, localizada em centros distantes da Capital, passou a contar com os mesmos serviços oferecidos na sede. O escritório em Brasília, coração do País, também foi estrategicamente pensado para aproximar o SINDHOSP das decisões políticas nacionais.

Hoje, o SINDHOSP conta com mais de 12 mil contribuintes, e representa – entre hospitais, clínicas, laboratórios e empresas de odontologia – mais de 35 mil estabelecimentos.<sup>109</sup>

Abertura do 12º  
Audhosp. Acervo:  
FEHOSP. Crédito:  
Eder Mosna

<sup>109</sup> Depoimento de Yussif Ali Mere Jr., presidente do SINDHOSP/FEHOESP, à autora, em 25 mar. 2014.

## Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo - FEHOSP

Fundada em 1959, a Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo (Fehosp) vem atuando pela melhoria, profissionalização e modernização da rede hospitalar beneficente no Estado. De 1959 a 1964, assumiu Celso Maria de Mello Puppo, como primeiro presidente.

Com mais de 50 anos de experiência na área, a Fehosp busca constantemente a excelência no atendimento à saúde da comunidade. Ao longo desse tempo, tornou-se uma referência nacional no setor e adquiriu grande força política junto aos governos estadual e federal, atuando sempre em defesa dos interesses da classe hospitalar.

A Fehosp promove um grande fluxo de informação e integração entre seus associados e os setores público e privado, como forma de alcançar a excelência do setor hospitalar beneficente no Brasil. Para atender a todo o Estado de São Paulo, com eficiência, a Federação está dividida em sete principais coordenadorias regionais: Ourinhos, Piracicaba, Ribeirão Preto, Vale do Paraíba, Sorocaba, Votuporanga e Grande São Paulo. Cada região conta com um coordenador que representa cerca de 80 Santas Casas.

Em 1963, a Fehosp foi fundamental para a criação da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), que reúne atualmente todas as demais federações do País.

Ao longo dos anos, entre as suas conquistas destacam-se: a manutenção da imunidade tributária para as instituições beneficentes; a preferência dessas entidades na participação complementar do Sistema Único de Saúde (SUS); a facilitação do acesso das entidades beneficentes ao título de “Utilidade Pública Federal”; a regulamentação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (Cebas); e o direito de desenvolver operadora de planos de saúde, com a mesma razão social das entidades beneficentes que são suas mantenedoras.

Nos anos 90, a Fehosp acompanhou de perto a revisão da Constituição Federal, que culminou na municipalização da saúde. Na ocasião, as entidades eram dispensadas da comprovação de prestação de serviços gratuitos - 20% de sua receita bruta - desde que demonstrassem ter realizado 60% de seus atendimentos a pacientes ligados ao SUS.





Auditório do I Fórum de Gestão Ambiental em Saúde Da América Latina na cidade de Belém (PA).  
Acervo: INDSH

A gestão de Cândido Galvão de Barros França Netto investiu na 'Caravana da Saúde', que percorreu todo o Estado de São Paulo e também passou pelo Rio de Janeiro. A iniciativa conseguiu elevar o número de filiados, promover a integração entre as Santas Casas e conquistar maior reconhecimento dos Governos Estadual e Federal.

Em 1997, o governador Mário Covas sancionou o Projeto de Lei 616/96, de autoria de Cândido Galvão, que declarava de utilidade pública estadual as Santas Casas e hospitais filantrópicos, filiados à Federação das Misericórdias. Com isso, as irmandades poderiam receber doações do Governo do Estado por meio do Conselho Estadual de Auxílio e Subvenções (Ceas).

A Federação se mantém com contribuição de seus associados. Mas também tem estabelecido convênios com a Secretaria Estadual de Saúde para desenvolver o EDUCASUS, que é um sistema de teleconferência para as Santas Casas. Realiza cursos, palestras, treinamentos para os hospitais. Ainda em parceria com o órgão, promove um curso de pós-graduação em administração hospitalar com 200 alunos por turno, reconhecido pelo MEC.

Atualmente a Fehosp tem em torno de 308 filiações, incluindo Santas Casas (70%) e hospitais beneficentes (30%). As Santas Casas prestam um serviço fundamental. O Estado de São Paulo é constituído de 563 municípios, desses, 420 contam com uma Santa Casa, sendo o único hospital em boa parcela deles. Mais de 50% do atendimento SUS é feito pelos filantrópicos e esse número cresce a cada dia. Do custo total, o governo paga 60% e, os outros 40, a Santa Casa tem que se virar de diversas maneiras, fazendo bingo, rifa, rodeio, leilão, pizza e churrasco para poder cobrir o déficit. É preciso melhorar a tabela de procedimentos do SUS que não cobre os custos. A Santa Casa não quer lucro, o que ela precisa é que o governo pelo menos pague aquilo que custa o procedimento.

As Santas Casas fazem milagre porque não recebem aquilo que merecem, não cobrem seus custos, e elas mantêm as portas abertas, nunca falam não para ninguém. A alta complexidade é mantida pelos filantrópicos, cerca de 70% dela, que são os exames mais caros. Para dar um equilíbrio financeiro, o Governo do Estado está dando uma ajuda financeira às Santas Casas, através do programa SUSTENTÁVEIS.

A Federação, por sua vez, está realizando um treinamento aos hospitais porque, hoje, é preciso trabalhar com custo e gestão. O hospital que não fizer relatório, não trabalhar em cima de um sistema de informática, com dados atualizados, não vai para a frente. A questão administrativa é fundamental, pois o hospital precisa trabalhar com indicador, com gestão e com financiamento. O SUS é um excelente sistema criado em 1988, mas ainda não criaram seu financiamento. O custo da saúde é caro e, hoje, é o município que está arcando com o maior custo da saúde.<sup>110</sup>

## Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano-INDSH

Constituído em 1959, com o objetivo de se tornar referência nacional em gestão hospitalar, o INDSH administra diversas instituições de saúde públicas e privadas em todo território nacional.

Organização social, sem fins lucrativos, o INDSH está qualificado nos Estados do Espírito Santo, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Norte e nos municípios de Arujá (SP) e Itapema (SC), para prestar serviços de prevenção, proteção e promoção nas áreas de assistência social e saúde, por meio de gestão de hospitais, clínicas, unidades de referência e de pronto-atendimento, promovendo o aprimoramento da gestão hospitalar e o bem-estar dos pacientes, com excelência no atendimento do usuário.

Criado como Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Pedro Leopoldo, MG, no ano de 1950, até a constituição do Instituto, administrava apenas o Hospital e Maternidade Dr. Eugênio Gomes de Carvalho, em Pedro Leopoldo. Com o passar dos anos, diante da perspectiva de expandir suas atividades para outros Estados, passou a denominar-se Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano.

---

110 Depoimento de Edson Rogatti, presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo-FEHOSP, à autora, em 6 mar. 2014.

O INDSH tem como missão promover a gestão médico-hospitalar de excelência com equipes multidisciplinares comprometidas com a qualidade, com a ética e com a valorização profissional e humana na prestação de assistência à saúde, de forma humanizada, visando à restauração do bem-estar físico, psíquico e social, em benefício da comunidade. Segundo o administrador José Carlos Rizoli, o INDSH tem administrado hospitais públicos e privados dentro do território nacional, como organização social de saúde, cumprindo a sua vocação de gestão hospitalar.

A missão das organizações sociais de saúde é contribuir para que os hospitais públicos e privados possam ter um atendimento melhor, com uma gestão mais modernizada, mais tecnologia, com avanços humanitários e com dedicação na qualidade da saúde. Onde existe uma organização social de saúde, administrando um hospital público ou privado, é flagrante a melhoria no atendimento à população.

O conceito das organizações sociais de saúde nasce da necessidade de melhorar a gestão em saúde, na educação e no sistema social. Há organizações sociais que se dedicam somente à saúde, como o caso do INDSH. Existem outras que trabalham na educação e outras, em assistência social. No ramo hospitalar, há uma deficiência grande no atendimento e essas organizações surgem para suprir essa falha, mudar esse quadro.

Esse modelo de gestão nasceu em São Paulo, durante o mandato do governador Mário Covas. Ele percebeu que o atendimento à saúde, feito por gestores públicos, não era o ideal. Por isso incentivou a formação de organizações sociais de saúde. Depois ampliou para a educação e a cultura. Como organização social, tem a missão melhorar o atendimento, mas também a possibilidade de trazer tecnologias, mais qualidade e humanismo ao atendimento médico-hospitalar.

Sobre o sucesso de uma organização social de saúde, argumenta que, quando faz um contrato com uma entidade pública, nesse contrato são especificadas as metas a serem cumpridas. Em geral, são metas bastante ousadas, sob a pena de sofrerem penalizações pelo não cumprimento das mesmas. A gestão de uma organização social de saúde envolve a contratação de funcionários, médicos, enfermeiros, e pessoal administrativo. Os funcionários são regidos pela CLT. São metas de qualidade, e o cumprimento dessas metas que evidenciam que o trabalho está sendo bem feito. O funcionário não tem estabilidade porque, se não cumpre as suas atividades, é substituído. Existe essa flexibilidade. Ressalta ainda que com relação às compras,

no hospital público tem que se fazer uma licitação que é um processo moroso para as necessidades cotidianas do hospital. A compra de um medicamento tem que ser urgente. Então, constantemente, a imprensa noticia que, em determinado hospital público, faltam medicamentos, falta material cirúrgico. Pela organização social de saúde, a compra é imediata. A grande vantagem das organizações sociais de saúde é não deixar faltar remédio e equipamento no hospital, porque elas têm flexibilidade de compra, ao passo que uma entidade pública não tem essa flexibilidade, pela regência da lei.

Em termos de custo uma organização social de saúde representa menos para o Estado. Existe, por exemplo, uma questão de ordem gerencial, no que diz respeito ao quadro de funcionários. Uma organização social de saúde é uma instituição privada. Ela tem a liberdade para colocar o número de funcionários que julgar necessário. Segundo o Dr. José Carlos Rizoli, sabe-se, claramente, que o hospital público, em geral, tem muito mais funcionários do que quando uma organização social de saúde ali se instala. Realiza uma administração mais racional com um menor número de funcionários. Então, aí já existe uma economia. A outra economia a que se refere é exatamente sobre as compras. “O hospital público é obrigado a comprar através de uma licitação. Nós não temos essa necessidade, pois podemos comprar de quem nos vende mais barato e com melhores condições. Portanto, é muito mais fácil se obter valores menores das compras que são realizadas pelas organizações sociais de saúde. Ou seja, nós damos um salto de qualidade na gestão de hospitais através da organização social de saúde”. Um dos hospitais que o INDHS administra ganhou o Prêmio Hospital Best em 2013.<sup>111</sup>

Divulgou o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na Pesquisa de Informações Básicas Estaduais - Perfil dos Estados Brasileiros (Estadic) que, em 2013, 17 unidades da Federação recorreram às organizações sociais de saúde em contratos de gestão na área de saúde.

As organizações sociais de saúde são entidades privadas e sem fins lucrativos com as quais os Estados podem fazer contratos de gestão, para que prestem serviços não exclusivos do poder público. O modelo foi adotado por unidades da Federação de todas as regiões do país: Santa Catarina, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Bahia, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí, Maranhão, Goiás, Distrito Federal, Mato Grosso, Pará, Amazonas e Roraima.

---

111 Depoimento do Dr. José Carlos Rizoli, presidente do Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano-INDSH, à autora, em 12 mar. 2014.





## Autora



**Sônia Maria de Freitas**

Doutora em História Social pela USP e especialista em História Oral pela Universidade Essex, Grã Bretanha. Atuou como pesquisadora e curadora no Museu da Imagem e do Som e no Museu da Imigração, em São Paulo. É membro do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo. Além de participar de obras coletivas, possui artigos publicados em revistas científicas no Brasil e no exterior. Entre outros títulos: publicou *História Oral: Possibilidades e Procedimentos* (São Paulo, 2002), *Café e Imigração* (São Paulo, 2003), *Presença Portuguesa em São Paulo* (São Paulo, 2006) e *Beneficência Portuguesa de São Paulo: Um Século e Meio Provendo Saúde* (São Paulo, 2009). Entre diversos prêmios e homenagens recebeu o Diploma de Gratidão recebido em 2010, pela Câmara Municipal de São Paulo e Conselho da Comunidade Luso-Brasileira do Estado de São Paulo, referente aos relevantes serviços prestados à Comunidade e o 30º Prêmio Clio de História 2007, da Academia Paulistana de História pela obra *Presença Portuguesa em São Paulo* (Imprensa Oficial, 2006).

# Entrevistados

## Dr. Tharcillo Toledo Filho



Formado pela Faculdade de Medicina da USP em 1954. Começou a trabalhar na Beneficência Portuguesa de São Paulo em 1955 como médico plantonista do pronto socorro, depois foi chefe de plantão e também chefe do pronto socorro. Como era médico cirurgião, assumiu a diretoria cirúrgica da Beneficência Portuguesa. Nessa instituição tem atuado como médico no atendimento aos associados da Beneficência. Seu pai era farmacognosia, tornou-se professor da Faculdade de Farmácia, na cadeira de Farmacologia, dedicando sua vida à pesquisa de medicamentos.

## Dr. Ronaldo Perlatto



Formado em medicina, pela Universidade Federal de Juiz de Fora, em 1981. Como médico antroposófico, atua nas áreas de clínica e ginecologia e também como aconselhador biográfico, sendo fundador e gestor da Escola Livre de Estudos Biográficos - São Paulo, atuando como coordenador e docente. É ex-presidente da Associação Brasileira de Medicina Antroposófica. Integra a equipe médica da Clínica Tobias.

## Dr. Bernardo Kaliks



Da equipe médica da Clínica Tobias, formado em medicina pela Universidade do Chile, em 1967, com residência em medicina antroposófica na Clínica Ita Wegman, na Suíça, na Filder Klinik e na Friedrich-Husemann-Klinik, na Alemanha. Detentor de um sólido currículo, o Dr. Bernardo Kaliks, é cofundador e ex-presidente da Associação Brasileira de Medicina Antroposófica. Ex-diretor clínico da Clínica Tobias, atualmente concentra a sua atividade em cursos para formação em medicina antroposófica.



### Dr. Antonio André Cortes Marques



General de brigada e médico. Durante a sua carreira exerceu as funções de Instrutor da Escola de Educação Física do Exército e do Centro de Capacitação Física do Exército; chefe da UTI e da cardiologia do Hospital Geral de Fortaleza; chefe da Seção de Saúde Regional da 10ª Região Militar; diretor do Hospital de Guarnição de João Pessoa; diretor do Hospital Geral de Fortaleza; diretor do Hospital Geral de Brasília/ Hospital Militar de Área de Brasília; subdiretor técnico da Diretoria de Saúde; e inspetor de saúde do Comando Militar do Sul e diretor do Hospital Militar de Área de Porto Alegre. Atualmente, exerce, novamente, a função de subdiretor técnico da Diretoria de Saúde do Exército Brasileiro.

### Dr. José Carlos Rizoli



Formado em administração, especializou-se em administração hospitalar, ingressando no universo da saúde atuando como consultor em hospitais. Foi presidente de Entidades filantrópicas, atualmente é presidente do INDSH - Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano e membro do Conselho Nacional de Gestão em Saúde da FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares.

### Dr. Gonzalo Vecina Neto



Médico pela Faculdade de Medicina de Jundiaí em 1977. Mestre pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas em 1986. Professor assistente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e superintendente corporativo do Hospital Sírio-Libanês.

### Yussif Ali Mere

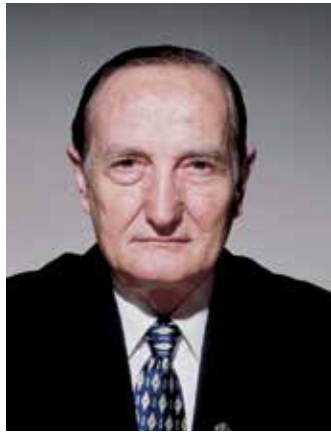


É mestre em clínica médica pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP; tem MBA em economia e gestão em saúde pelo Centro Paulista de Economia da Saúde (Cepes), ligado à Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); é diretor executivo do Grupo Lund de Nefrologia; e vice-presidente da Confederação Nacional de Saúde (CNSO médico nefrologista e presidente do Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios de Ribeirão Preto e Região - SINDHOSP). Ingressou no SINDHOSP a convite de seu antecessor Dante Montagnana, ocupando a diretoria por 16 anos e a vice-presidência desde junho de 2012. É o atual presidente do SINDHOSP.

### Teresinha Covas Lisboa



É administradora, com mestrado em administração hospitalar e doutorado em administração (RH) pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Docente do Programa de Mestrado em Administração (Unifacel e Unisa). Coordenadora do Grupo de Excelência em Administração em Saúde do CRA/SP. Sócia-diretora da TCL Consultoria e Assessoria S/C Ltda. Sócia-diretora da Fapesa/Inesp.

**Padre Niversindo Antônio Cherubin**

Camiliano, é uma das mais expressivas figuras da história hospitalar brasileira. Fundador da Federação Brasileira de Hospitais, das escolas de Administração Hospitalar e da Federação dos Administradores Hospitalares, sua obra no Ministério da Saúde estabeleceu as bases para a criação da ANVISA e da ANS. Com atuação internacional, foi fundador da Pró-Saúde. Além de criador, é o atual superintendente do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer - IBCC, muito conhecido por sua popular campanha “O Câncer de Mama no Alvo da Moda”, uma iniciativa que vendeu em 2011 um milhão de camisetas no Brasil.

**Edson Rogatti**

Presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), diretor-presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo (FEHOSP), é também presidente da Santa Casa de Misericórdia de Palmital, pós-graduado em Administração Hospitalar, ex-secretário e vereador da Câmara Municipal de Palmital e ex-chefe de gabinete da Prefeitura Municipal de Palmital.

# Colaboradores especiais

## Dra. Waleska Santos



Médica, fundadora e presidente da HOSPITALAR FEIRA + FÓRUM, braço do setor de saúde do Grupo COUROMODA, Waleska Santos dirigiu todas as edições da feira, comandando pessoalmente o processo que fez o evento crescer e diversificar-se, com um papel importante no desenvolvimento do complexo da saúde do Brasil, que movimenta atualmente US\$ 325 bilhões/ano em um mercado que representa 10,2% do PIB, 6.829 hospitais, 245.413 estabelecimentos de saúde e 50 milhões de beneficiários.

Por sua liderança, a HOSPITALAR é hoje referência dentro e fora do País, consolidada como maior evento setorial da América Latina e um dos maiores do mundo.

## Celso Skrabe



Presidente da ABMS – Associação Brasileira de Marketing em Saúde; diretor da Exímia Comunicação Ltda.; diretor do portal de buscas G3 Hospitalar; editor da revista SaúdeBest; editor do Anuário de Design Hospitalar; criador da WikiHosp – Aenciclopédia Hospitalar Brasileira on line; criador dos Prêmios Hospital Best e Top Hospitalar; realizador do HospDesign – Concurso Brasileiro de Design na área hospitalar; editor do Caderno Especial Hospital Best (encarte no Jornal O Estado de S. Paulo); consultor em Marketing na área da saúde; autor do livro “Como Tornar-se um Campeão de Vendas” (Ibrasa).

## Bibliografia consultada

- AGE, Mônica de Paula. As artes de curar: saberes e poderes. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA CULTURAL: Escritas da História: Ver – Sentir – Narrar, 6., 2012, Teresina. Anais... Teresina: Universidade Federal do Piauí – UFPI, 2012. Disponível em: <<http://gthistoriacultural.com.br/VIsimposio/anais/Monica%20de%20Paula%20Age.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2014.
- AMARAL, Jorge Luís do. Duzentos anos de ensino médico no Brasil. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.
- A AMÉRICA portuguesa nas coleções da Biblioteca Nacional de Portugal e da Biblioteca da Ajuda. Lisboa: Biblioteca Nacional de Portugal, 2008.
- ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Balanço 2013: *Falta de recursos para as Santas Casas motiva ação de Frente Parlamentar*. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/noticia/?id=354886>>. Acesso em: 1 mar. 2014.
- ASSOCIAÇÃO HOMEOPÁTICA BRASILEIRA. Disponível em: <<http://www.amhb.org.br/conteudo/206/157/institucional.html>>. Acesso em: 27 jan. 2014.
- ASSUNÇÃO, Paulo de. A terra dos bras: a natureza da América portuguesa vista pelos primeiros jesuítas (1549-1596). São Paulo: Annablume, 2000. cap. 11, p. 215-226.
- AZEVEDO, Thales de. Povoamento da cidade do Salvador. 2. ed. rev. São Paulo: Editora Nacional, 1955. (Biblioteca pedagógica brasileira. Série 5: Brasília, v. 281).
- BARBOSA, P. R. Estudo da ação psicofarmacológica de extratos de *Passiflora alata dryander* e *Passiflora edulis sims*. Criciúma, SC: Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2006.
- BERTALOT-BAY, Marco. 30 Anos da Estância Demétria. Agricultura Biodinâmica – ABD, n. 90, 2004.
- BOCCHINI, Bruno. Taxa de mortalidade por aids cai 71,1% em São Paulo. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-10-31/taxa-de-mortalidade-por-aids-cai-71-em-sao-paulo>>. Acesso em: 21 mar. 2014.
- BOGGIO, Ricardo. História da cirurgia plástica. Disponível em: <<http://www.ricardoboggio.com.br/artigos/PDF/historia.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2014.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro7.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro7.pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST e Hepatites Virais. História da aids. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 29 mar. 2014.
- CABRAL, Dilma. Hospital Real Militar da Corte do Rio de Janeiro. In: Memória da Administração Pública Brasileira (MAPA). Rio de Janeiro: Arquivo Nacional. Disponível em: <<http://linux.an.gov.br/mapa/?p=2722>>. Acesso em: 15 fev. 2014.
- CALDEIRA, Marina P. R. História da criação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.usp.br/fm/sobre/historico.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2014.

CAMPOS, Ernesto de Souza. Instituições culturais e de educação superior no Brasil. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1941.

CAMPOS, Marco Antonio Lopes; FERREIRA, Cristiani Terezia Martins. Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil. Disponível em: <<http://www.amog.org.br/amogarquivos/TCCPOS/artigo-Cristiani.doc>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

CANO, Wilson. Raízes da concentração industrial em São Paulo. Rio de Janeiro: Difel, 1977.

CAPORRINO, Amanda W.; UNGARETTI, Adda A. P.; SILVA, Mário A. M. da. Parecer Técnico nº GEI-218-2013 do Estudo de Tombamento do Asilo Aimorés, em Bauru - Processo Condephaat nº 28728/1991.

CARNEIRO, Edson. Antologia do negro brasileiro. Rio de Janeiro: Globo, 1950.

CARTA do Ir. José de Anchieta ao P. Diego Laynes, Piratininga, março de 1562. In: ASSUNÇÃO, Paulo de. A terra dos brasis: a natureza da América portuguesa vista pelos primeiros jesuítas (1549-1596). São Paulo: Annablume, 2000.

CARVALHO, José Murilo de. Abaixo a vacina. Revista Nossa História, Rio de Janeiro, v. 2, n. 13, p. 74-79, nov. 2004.

CASTELO-BRANCO, Fernando. A expansão portuguesa e a culinária. Lisboa: Portugal, 1989.

CAVALCANTE E SILVA, Anamaria. Políticas de saúde no Brasil em uma linha do tempo. Fortaleza: Centro Universitário Christus, [201-]. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/camilafmesquita/polticas-de-sade-no-brasil-linha-do-tempo-parte-1>>. Acesso em 12 fev. 2014.

180 ANOS de imigração alemã em São Paulo. São Paulo: Instituto Martius-Staden, 2009.

CENTRO DE ESTUDOS DE HISTÓRIA RELIGIOSA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (Ed. lit.); PAIVA, José Pedro Paiva (Coord. cient.). Portugaliae Monumenta Misericordiarum. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas, 2002.

CENTRO DE ESTUDOS DA MEDICINA TRADICIONAL E CULTURA CHINESA. Disponível em: <[www.cemetrac.com.br/](http://www.cemetrac.com.br/)>. Acesso em: 27 jan. 2014

CHALHOUB, Sidney (Org.). Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos da história social. Campinas: Ed. da Unicamp, 2003.

CHERUBIN, Niversindo A.; BARCHI-FONTAINE, Christian de Paul de. Instituições camilianas brasileiras: uma história de 90 anos a serviço no mundo da saúde. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Província Camiliana Brasileira, 2012.

A CIÊNCIA a caminho da roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Casa de Oswaldo Cruz, 1991.

CLÍNICA DR. ARQUERO. História da cirurgia plástica. Disponível em: <[http://www.clinicaarquero.com/pt/O3\\_historia.htm](http://www.clinicaarquero.com/pt/O3_historia.htm)>. Acesso em: 21 mar. 2014.

CLÍNICA HONG JIN PAI E ASSOCIADOS. Disponível em: <<http://www.hong.com.br/>>. Acesso em: 27 jan. 2014.

CLÍNICA TOBIAS. Disponível em: <<http://www.clinicatobias.com.br/>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

CODECEIRA, Zília de Aguiar; LIMA, João Plutarco Rodrigues. Correia Piccanço, o fundador do ensino médico no Brasil. Revista da Associação Paulista de Medicina, São Paulo, n. 224, maio. Suplemento Caderno Cultural, p. 1. Disponível em: <[http://www.apm.org.br/imagens/Pdfs/Suplemento\\_Maio2011.pdf](http://www.apm.org.br/imagens/Pdfs/Suplemento_Maio2011.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2014.

COELHO, Ricardo Ribeiro. O universo social das artes de curar no Brasil Colonial. In: ANAIS DO XXVI SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA - ANPUH, 26., 2011, São Paulo. Anais... São Paulo: ANPUH, 2011. Disponível em: <[http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1308178723\\_ARQUIVO\\_Anpuh\\_RicardoCoelho\\_OUniversoSocialdasArtesdeCurarnoperiodocolonial\\_atualizado.pdf](http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1308178723_ARQUIVO_Anpuh_RicardoCoelho_OUniversoSocialdasArtesdeCurarnoperiodocolonial_atualizado.pdf)>. Acesso em: 13 jan. 2014.

CONFERÊNCIA de Emilio Ribas para os alunos da Faculdade de Medicina de São Paulo. O Estado de S. Paulo, São Paulo, p. 2, 18 nov. 1922.

CORREA NETO, Alípio. Evolução da cirurgia nos últimos 100 anos. O Estado de S. Paulo, São Paulo, n. 19, 10 maio 1975. Suplemento Centenário de São Paulo.

COSTA, Emília Viotti da. Da senzala à colônia. São Paulo: Ed. da UNESP, 1997.

COUTO, Jorge. A América portuguesa nas coleções da Biblioteca de Portugal e da Biblioteca da Ajuda. Lisboa: Biblioteca Nacional de Portugal, 2008. (Coleção catálogos).

DAROLT, Moacir Ribeiro. As principais correntes do movimento orgânico e suas particularidades. Londrina: IAPAR, 2002.

- EDLER, Flavio Coelho. Doença e lugar no imaginário médico brasileiro. Anuário IEHS, Buenos Aires, v. 2006, p. 381-98, 2006.
- \_\_\_\_\_. Medicina no Brasil Imperial: clima, parasitas e patologia tropical. Rio de Janeiro: Fiocruz Editora, 2011.
- \_\_\_\_\_. Medicina tropical: uma ciência entre a nação e o império. Revista Diálogos, Brasília, v. 14, n. 2, p. 305-325, 2010.
- \_\_\_\_\_. Pesquisas em parasitologia médica e circulação do conhecimento no contexto da medicina colonial. In: BASTOS, Cristiana; BARRETO, Renilda (Orgs.). A circulação do conhecimento: medicina, redes e impérios. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais, 2011.
- \_\_\_\_\_. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil Imperial. In: PONTE, Carlos Fidelis.; FALEIROS, Ialê (Orgs.). Na corda bamba da sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, Fiocruz/EPJV, 2010. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/wongun62/nacordabambadesombrinha>>. Acesso em: 11 mar. 2014.
- EDLER, Flavio Coelho (Org.). Boticas e farmácias: uma história ilustrada da farmácia no Brasil. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006.
- \_\_\_\_\_; GONÇALVES, Monique de Siqueira. Os caminhos da loucura na Corte Imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II, de 1850 a 1889. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 393-410, 2009.
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA. História da saúde pública. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/historico-da-saude/>>. Acesso em: 12 fev. 2014.
- FARINA, Duílio Chrispim. Esculápios, boticas e misericórdia em Piratininga d'outora. São Paulo: K. M. K. Artes Gráficas e Editora, 1992.
- FONSECA, Cristina Maria O. Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- FONSECA, Flavio. Instituto Butantã: origem, desenvolvimento e contribuição. In: São Paulo em quatro séculos. São Paulo: Comissão do IV Centenário, 1954. v. 2.
- FOUQUET, Birgit. A contribuição dos alemães. São Paulo: Instituto Martius-Staden, 2008.
- FRADA, João José Cúcio. História, medicina e descobrimentos portugueses. Revista ICALP, Lisboa, v. 18, p. 63-73, dez. 1989.
- FREITAS, Divaldo Gaspar de. As Beneficências Portuguesas no Brasil. Seara Médica: Revista de Ciências Médicas e Humanismo, São Paulo, v. 4, p. 129-166, 1959-1960.
- FREITAS, Sônia Maria de. Beneficência Portuguesa de São Paulo: um século e meio provendo saúde. São Paulo: BPSp, 2009.
- \_\_\_\_\_. O café e a imigração. São Paulo: Saraiva, 2003.
- \_\_\_\_\_. A prática da medicina tradicional chinesa e terapias alternativas no Brasil. China em Estudo, São Paulo, v. 6, p. 103-115, 2004.
- \_\_\_\_\_. Presença portuguesa em São Paulo. São Paulo: Imprensa Oficial, 2006.
- FREITAG, Léa Vinocur. Médicos judeus em São Paulo: o início de uma pesquisa. Boletim do Arquivo Histórico Judaico Brasileiro, São Paulo, n. 47, p. 21-23, out. 2012.
- \_\_\_\_\_. Médicos judeus em São Paulo: pioneirismo e talento. Boletim do Arquivo Histórico Judaico Brasileiro, São Paulo, n. 48, p. 14-17, ago. 2013.
- FUNASA. 100 anos de saúde pública: visão da Funasa. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/livro\\_100-anos.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro_100-anos.pdf)>. Acesso em 12 fev. 2014.
- FUNASA. Cronologia histórica da saúde pública. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/4/14>>. Acesso em: 10 fev. 2014.
- GAÚNA, Diana. Ivo Pitanguy: cirurgião plástico é o psicólogo com bisturi na mão. Disponível em: <<http://www.midiamax.com.br/noticias/804158-ivo-pitanguy-cirurgiao-plastico-psicologo-com-bisturi-mao.html#.Uz1pv6hdWul>>. Acesso em: 21 mar. 2014.
- GOMES, Ordival Cassiano. Fundação do ensino médico no Brasil. José Correia Picanço. Revista de História da USP, São Paulo, v. 3, n. 7, p. 165, 1951.
- GRUTZMANN, Imgart; DREHER, Norberto; FELDENS, Jorge Augusto. A imigração alemã no Rio Grande do Sul: recortes. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2008.
- GURGEL, Cristina Brandt Friederich Martin. Índios, jesuítas e bandeirantes: medicinas e doenças no Brasil dos séculos XVI e XVII. 2009. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas.

HISTÓRIA da aids. Disponível em: <<http://aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

HISTÓRIA da colonização portuguesa no Brasil. Porto: Litografia Nacional, 1923.

HOSPITAL SANTA CRUZ. Disponível em: <<http://www.hospitalsantacruz.com.br/hospital/>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

HOSPITAL SANTA MARCELINA. Disponível em: <<http://www.marcelinas.org.br/index.html>>. Acesso em 2 mar. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sinopse do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, IBGE, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

INSTITUTO BUTANTÃ. Disponível em: <<http://www.butantan.gov.br/home/>>. Acesso em: 17 mar. 2014.

KORACH, Mary. A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850). São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

LACAZ, Carlos da Silva. Médicos italianos em São Paulo: trajetória em busca de uma nova pátria. São Paulo: Aquarela Editora, 1989.

\_\_\_\_\_. Médicos sírios e libaneses do passado: trajetória em busca de uma nova pátria. São Paulo: ALMED, 1982.

LANZ, Rudolf. Noções básicas de antroposofia. São Paulo: Ed. Antroposófica, 1990.

LEVY, M. S. O papel da migração internacional na evolução da população brasileira: 1872-1972. Revista de Saúde Pública, São Paulo, n. 8, p. 49-90, jun. 1974.

LISBOA, Cristóvão. História dos animais e árvores do Maranhão. In: CASTELO-BRANCO, Fernando. A expansão portuguesa e a culinária. Lisboa, 1989.

LOPES, Marília dos Santos. Coisas maravilhosas e até agora nunca vistas: para uma iconografia dos descobrimentos. Lisboa: Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses-CNCDDP, 1998.

LORENZI, Therezinha F.; JAMRA, Michel. História da hematologia brasileira. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2002.

MACHADO, Rosani Ramos. Políticas de saúde no Brasil: um pouco da história. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, Florianópolis, p. 95-104, v. 5, n. 3, dez. 2012.

MAIS médicos para o Brasil, mais saúde para você. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>>. Acesso em: 30 mar. 2014.

MARIANO, Janaina; MARQUES, Karina. Resumo do cronograma da saúde ao longo da história. 2008. (Trabalho de Pesquisa) - Disciplina Vigilância e Saúde, Curso de Bacharel em Enfermagem, Faculdade Dom Pedro II, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAE1cAE/resumo-cronograma-saude-ao-longo-historia>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

MARQUES, A. H. de Oliveira. A sociedade medieval portuguesa: aspectos da vida cotidiana. 5. ed. Lisboa: Livraria Sá da Costa Editora, 1987.

MARQUES, Vera R. B. Natureza em boiões: medicina e boticários no Brasil setecentista. Campinas: Ed. Unicamp, 1999.

MARTIRE JÚNIOR, Lybio. Breve história da medicina brasileira. In: ALLAMEL-RAFFIN, Catherine; LEPLÈGE, Alain; MARTIRE JUNIOR, Lybio. História da medicina. São Paulo: Editora Ideias & Letras, 2011.

MARTIUS, Karl F. P. von. Natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros (1844). Tradução, prefácio e notas de Pirajá da Silva. 2. ed. São Paulo: Ed. Nacional; Brasília: INL, 1979.

MELLO e SOUZA, Laura de. O diabo e a Terra de Santa Cruz: feitiçaria e religiosidade popular no Brasil colonial. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

\_\_\_\_\_; NOVAIS, Fernando. História da vida privada no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. v. 1, Cotidiano e vida na América portuguesa.

MESGRAVIS, Laima. Irmandades, festas e assistencialismo. In: CAMARGO, Ana Maria de Almeida. São Paulo: das tribos urbanas às tribos indígenas. São Paulo; CIEE, 2013.

MICELLI, Paulo. O ponto onde estamos: viagens e viajantes na história da expansão e da conquista (Portugal, séculos XV e XVI). Campinas: Ed. da Unicamp, 1998.

MONTEIRO, Yara. Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseñiase em São Paulo. 1995. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MORAES, Ismar Araújo. A história da saúde pública/vigilância sanitária no Brasil. Disponível em: <<http://www.proac.uff.br/visa/sites/default/files/historia.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2014.



- NAVARRO, Eduardo de Almeida. Vida e obra de José de Anchieta. Disponível em: <<http://tupi.fflch.usp.br/sites/tupi.fflch.usp.br/files/Vida%20e%20obra%20de%20Jos%C3%A9%20de%20Anchieta.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2014.
- NISKIER, Arnaldo (Coord.). A contribuição dos judeus ao desenvolvimento brasileiro. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Letras, 1999.
- PARALELOS: 95 anos de Unibes contados através da história de São Paulo: São Paulo, Ed. Narrativa Um, 2011.
- PERES, Laerte A. Breve história das políticas de saúde deste século no Brasil. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/polsaude.html>>. Acesso em: 11 fev. 2014.
- PITANGUY, Ivo. Entrevista. Folha de São Paulo, São Paulo, 24 abr. 2010. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2404201007.htm>>. Acesso em: 21 mar. 2014.
- A POBREZA e a assistência na Península Ibérica: actas. Lisboa. Instituto de Alta Cultura, 1973. Tomo 1. p. 238-240.
- REIS, Bia. Brasil decide quebrar patente de remédio anti-aids. Veja On-Line. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/arquivo/brasil-decide-quebrar-patente-remedio-anti-aids>>. Acesso em: 21 mar. 2014.
- REVISTA OCEANOS. O achamento do Brasil. Lisboa, Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses, n. 39, jul./set. 1999.
- RIBEIRO, Luiz Salgado. Saúde pública: da febre amarela à meningite. O Estado de S. Paulo, n. 63, 6 mar. 1976. Suplemento.
- RIBEIRO, Márcia Moisés. A ciência dos trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
- RIBEIRO, Mario Antônio Cabril. História da homeopatia no Brasil. Disponível em: <[www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/.../o-que-e-a-homeopatia.html](http://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/.../o-que-e-a-homeopatia.html)>. Acesso em: 28 jan. 2014.
- RODRIGUES, H. Lopes. Anchieta e a medicina. Belo Horizonte: Edições Apollo, 1934.
- ROSENBERG, Jocelyne Levy; PATRÍCIO, Francly Reis da Silva. A história da Associação Brasileira de Mulheres Médicas. São Paulo: Scortecchi, 2005.
- SÁ, Isabel dos Guimarães. O rico se faz pobre: Misericórdias, caridade e poder no império português (1500-1800). Lisboa: Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses, 1977.
- SÁ, Isabel dos Guimarães; LOPES, Maria Antónia. História breve das Misericórdias portuguesas: 1498-2000. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.
- SÁ, Isabel dos Guimarães; SOUSA, Ivo Carneiro de. O compromisso primitivo das Misericórdias Portuguesas: 1498-1500. Revista da Faculdade de Letras, Porto, n. 13, p. 259-306, 1996.
- SALLES, Maria do Rosário Rolfsen. Médicos italianos em São Paulo (1890-1930). São Paulo: Editora Sumaré, FAPESP, 1997. (Série imigração, v. 7).
- AS SANTAS CASAS nasceram junto com o Brasil. Panorama Hospitalar. Disponível em: <<http://www.cmb.org.br/index.php/component/content/article/25institucional/historia/179-as-santas-casas-nasceram-junto-com-o-brasil>>. Acesso em: 12 fev. 2014.
- SANTOS, Joel Rufino dos. Quatro dias de rebelião. Rio de Janeiro: José Olympio, 1991.
- SANTOS, Marco Cabral dos. Revolta da Vacina: Oswaldo Cruz e Pereira Passos tentam sanear o Rio. Disponível em: <<http://educacao.uol.com.br/disciplinas/historia-brasil/revolta-da-vacina-oswaldo-cruz-e-pereira-passos-tentam-sanear-rio.htm>>. Acesso em: 26 mar. 2014.
- SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. História geral da medicina brasileira. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Editora da Universidade de São Paulo, 1991. (Estudos brasileiros, 24). v. 2.
- SCHMIDT, Pedro. Como surgiu a agricultura biodinâmica no Brasil. Agricultura Biodinâmica, Botucatu, n. 90, 2004.
- SCHWARTZ, Stuart B. Segredos internos: engenhos e escravos na sociedade colonial (1550-1835). São Paulo: Companhia das Letras, 1988.
- SCLIAR, Moacyr. Oswaldo Cruz & Carlos Chagas: o nascimento de ciência no Brasil. São Paulo: Odysseus, 2002.
- SCLIAR, Moacyr. Entrevista à jornalista Sheila Sacks. Coojornal, n. 54, set. 2007. Disponível em: <<http://www.riotal.com.br/coojornal/sheilasacks012.htm>>. Acesso em: 26 jan. /2014.

SCLIAR, Moacyr. *Sonhos tropicais*. São Paulo: Cia. das Letras, 1992.

SEVCENKO, Nicolau. *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

SILVA, Heliana Marinho da. *A política pública de saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS*. 1996. Tese (Mestrado) – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro. Disponível em <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/8657>>. Acesso em 11 fev. 2014.

SOCIEDADE ANTROPOSÓFICA DO BRASIL. Disponível em: <<http://www.sab.org.br/antrop/antrop.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2014.

SOCIEDADE BENEFICENTE DE SENHORAS. Site Hospital Sírio Libanês. Disponível em: <http://www.hospital-siriolibanes.org.br>. Acesso em: 27 fev. 2014.

SOUSA, Ivo Carneiro de. O compromisso primitivo das Misericórdias portuguesas: 1498-1500. *Revista da Faculdade de Letras, Porto*, n. 13, p. 259-306, 1996.

SOUZA, Telma de Souza. Prefeitura de resultados. *Teoria e Debate*, n. 16, out./nov. 1991. Entrevista concedida a Ricardo Azevedo. Disponível em: <<http://csbh.fpabramo.org.br/o-que-fazemos/editora/teoria-e-debate/edicoes-antteriores/entrevista-telma-de-souza-prefeitura-de-re>>. Acesso em: 18 mar. 2014.

STAROBINSK, Jean. *História da medicina*. São Paulo: Moraes Editora, 1963.

THIELEN, Eduardo Vilela. *A ciência a caminho da roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1991.

TRUZZI, Oswaldo Mário Serra. *Patrícios: sírios e libaneses em São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1997.

UNIBES 85 anos: uma história do trabalho social da comunidade judaica em São Paulo: 1915-2000. São Paulo, 2000.

VANDERLEI, Carlos Eduardo Danzi. *A homeopatia numa perspectiva sistêmica: contribuições da saúde para o desenvolvimento local sustentável*. 2010. Tese (Mestrado em Gestão do Desenvolvimento Local Sustentável) – Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências da Administração de Pernambuco, Recife.

VARELA, Drauzio. *Aids*. Disponível em: <<http://www.drauziovarella.com.br/sexualidade/aids/aids/>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. *Epidemia de aids no Brasil*. Disponível em: <<http://www.drauziovarella.com.br/sexualidade/aids/aids>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

VARGAS, Jeferson Dutra de. *História das políticas públicas de saúde no Brasil: revisão da literatura*. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Escola de Saúde do Exército, Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares, Rio de Janeiro. Disponível em: <[http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC\\_2008\\_CFO\\_PDF/CD52%201%BA%20Ten%20Al%20JEFERSON%20DUTRA%20DE%20VARGAS.pdf](http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC_2008_CFO_PDF/CD52%201%BA%20Ten%20Al%20JEFERSON%20DUTRA%20DE%20VARGAS.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2014.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. *A evolução da assistência à saúde no mundo e no Brasil até o SUS. Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

VIEIRA, Isabela. Ministério da Saúde vai usar remédios para prevenir a aids e estima investir R\$ 1,3 bilhão no programa. Disponível em, <<http://www.memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-12-01/ministerio-da-saude-vai-usar-remedios-para-prevenir-aids-e-estima-investir-r-13-bilhao-no-programa>>. Acesso em: 21 mar. 2014.

VIEIRA, José. *O bota abaixo: crônica de 1904*. Rio de Janeiro: Selma Editora, [190-].

WOLFF, Egon; WOLFF, Frieda. *Participação e contribuição de judeus ao desenvolvimento do Brasil*. Rio de Janeiro, 1985.

## Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH

### PRESIDENTE

José Carlos Rizoli

### DIRETORIA EXECUTIVA

José Cleber do Nascimento Costa

Valdemir Rodrigues dos Santos

Adriano Flávio de Lima

## Agradecimentos:

Casa de Portugal de São Paulo

Instituto Martius-Staden

Museu de São Leopoldo

Beneficência Portuguesa de São Paulo

Sociedade Antroposófica Brasileira

Associação Biodinâmica

Instituto Elos

Clínica Tobias

Diretoria de Saúde do Exército do Brasil

Centro de Comunicação do Exército - CCOMSEx

Marinha do Brasil

## FEHOSP, SINDHOSP

A todas as pessoas e profissionais em Saúde, entidades/instituições/institutos que contribuíram para o enriquecimento da obra, cedendo imagens e informações valiosas, os nossos agradecimentos.

## Equipe técnica

### EDIÇÃO E TEXTO

Profa. Dra. Sônia Maria de Freitas - Historiadora

### PESQUISADORES

Tayna Rios - Historiadora e Técnica em Museus

Berit Westerstahl Oliveira - Técnica em Museus

Amanda Walter Caporrino - Mestranda em História pela USP

### PRODUÇÃO

Tayna Rios - Historiadora e Técnica em Museus

### TRANSCRIÇÃO DOS DEPOIMENTOS E NORMALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Ondina Rodrigues

### ICONOGRAFIA

Berit Westerstahl Oliveira, Maria Alice Bragança

### DIREÇÃO DE ARTE E PROJETO GRÁFICO

Fonte Design

### DESIGN GRÁFICO DA IDENTIDADE VISUAL MUSA - MUSEU DA SAÚDE

Formo Arquitetura e Design

### REVISÃO DE TEXTOS

Vicente dos Anjos

### REPRODUÇÃO FOTOGRÁFICA

Lila Souza

### COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA

Marcia Mariani

### CONSULTORIA TÉCNICA

Profa. Dra. Teresinha Covas

### CONSULTORIA DE COMUNICAÇÃO

Delamar da Cruz e José Carlos Camacho

### COORDENAÇÃO GERAL

Cecília Machado - Historiadora e Museóloga

### IMPRESSÃO

Pancrom Indústria Gráfica

PUBLICAÇÃO



REALIZAÇÃO





Este livro foi composto em Neutra Face  
sobre papel couchê fosco, 150 g/m<sup>2</sup>,  
e impresso em quatro cores pelo sistema offset,  
na Pancrom Indústria Gráfica, em maio de 2014.  
Tiragem de 1.100 exemplares.



PUBLICAÇÃO

REALIZAÇÃO

  
**MUSA**  
MUSeu da Saúde

  
**INDSH**  
Instituto Nacional  
de Desenvolvimento  
Social e Humano