



INFECTOLOGIA

no RIO GRANDE DO SUL

a história através dos tempos

Éder da Silveira (org.)



Editora da
UFCSPA



INFECTOLOGIA

no RIO GRANDE DO SUL

a história através dos tempos

INFECTOLOGIA

no RIO GRANDE DO SUL

a história através dos tempos

Éder da Silveira (org.)



Sociedade Gaúcha de Infectologia

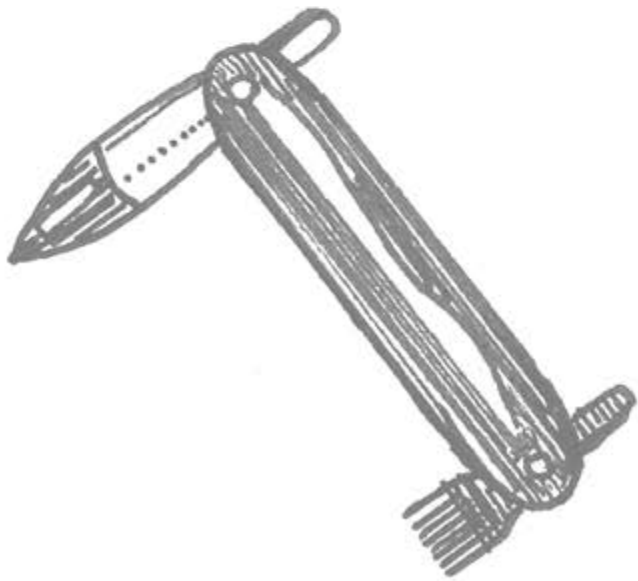
Porto Alegre

2024

CAPÍTULOS

- 7 Nota do Organizador
Éder da Silveira
- 11 Prefácio
André Kalil
- 17 A lepra no Rio Grande do Sul e o Hospital Colônia Itapuã (HCI)
Éverton Reis Quevedo
- 33 Varíola e vacina no Brasil: uma história de longa duração
Jaqueline Hassan Brizola
- 47 Assistir, educar e vigiar:
a história da tuberculose através dos acervos do MUHM
Angela Beatriz Pomatti
Gláucia G. Lixinski de Lima Kulzer
- 69 A gripe de 1918 no Rio Grande do Sul
Cristiano Enrique de Brum
- 89 O mal venéreo na Porto Alegre da passagem do século XIX ao XX:
olhares sobre medicina, enfermos e possibilidades de cura
Daniel Oliveira
- 111 A criação da Cátedra de Medicina Tropical na Faculdade de Medicina de
Porto Alegre (Década de 1920)
Ana Paula Korndörfer
- 125 Notas sobre a história da meningite: epidemias no Rio Grande do Sul
Paulo Renato Petersen Behar
Guilherme Silveira Procianoy
- 143 História da Micologia no Rio Grande do Sul
Valério Rodrigues Aquino
- 165 Infectologia pediátrica no Rio Grande do Sul
Fabrizio Motta
- 183 A história da AIDS no Rio Grande do Sul – Uma história contemporânea
compartilhada pelas gerações do final do século XX
Nêmora Tregnago Barcellos

- 209 A primeira pandemia do século XXI: o enfrentamento gaúcho à H1N1 em 2009
Daiane Rossi
- 223 Covid-19. Uma pandemia múltipla, desigual e sem fim
Jean Segata
Juliara Borges Segata
- 253 Covid-19: a história de uma pandemia
Alexandre Vargas Schwarzbald
- 277 Sob a Intrusão da Terra: o que é Antropoceno, Gaia e quais são as dimensões
filosóficas e políticas do fenômeno
Moisés Pinto Neto
- 299 A grande enchente e o protagonismo da infectologia
Lessandra Michelin Rodriguez Lins
Rodrigo Schrage Lins
- 331 A história da Sociedade Gaúcha de Infectologia
Éder da Silveira
- 348 Os autores



NOTA DO ORGANIZADOR

ÉDER DA SILVEIRA

A figura do médico dedicado ao estudo e ao combate das doenças infecto-contagiosas sempre foi muito presente na História do Brasil. Como esquecer a obra do sanitarista Oswaldo Cruz, de sua cruzada em prol da Vacina, que acabou levando à maior conflagração popular da história do Rio de Janeiro? Das gerações de médicos sanitaristas e especialistas em doenças tropicais que criaram a Fundação Oswaldo Cruz e colocaram a ciência produzida no Brasil em evidência? Exemplos não faltariam.

É inegável que a infectologia passou a se fazer a cada dia mais presente na vida de todos nós a partir da década de 1980, com a intensificação das campanhas de vacinação, com as pesquisas e combates ao HIV/AIDS e, mais recentemente, com a pandemia de Covid-19. A infectologia, neste contexto, levava a cada dia a voz da ciência para dentro da casa das pessoas comuns, empenhada na árdua tarefa de combater a mentira e de salvar vidas.

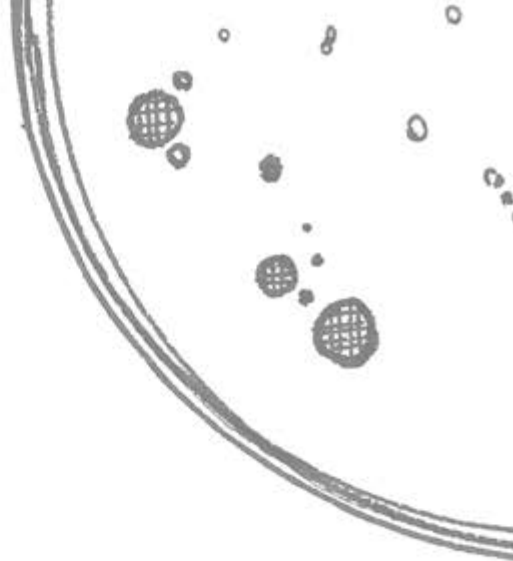
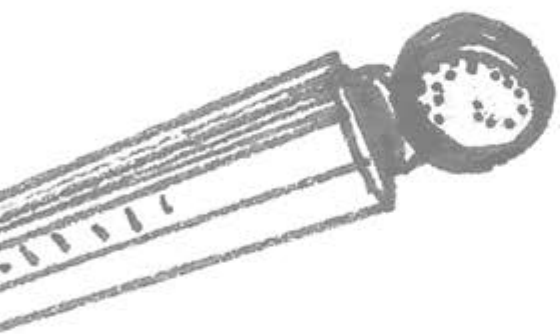
O livro que aqui apresentamos, *Infectologia no Rio Grande do Sul: histórias através dos tempos*, começou a ser pensado em 2022. A vacinação contra o Covid-19 avançava e a Sociedade Gaúcha de Infectologia (SGI) completava 40 anos de existência tomando a frente na batalha contra a desinformação, desenvolvendo pesquisa, testagem e promovendo a importância da vacinação.

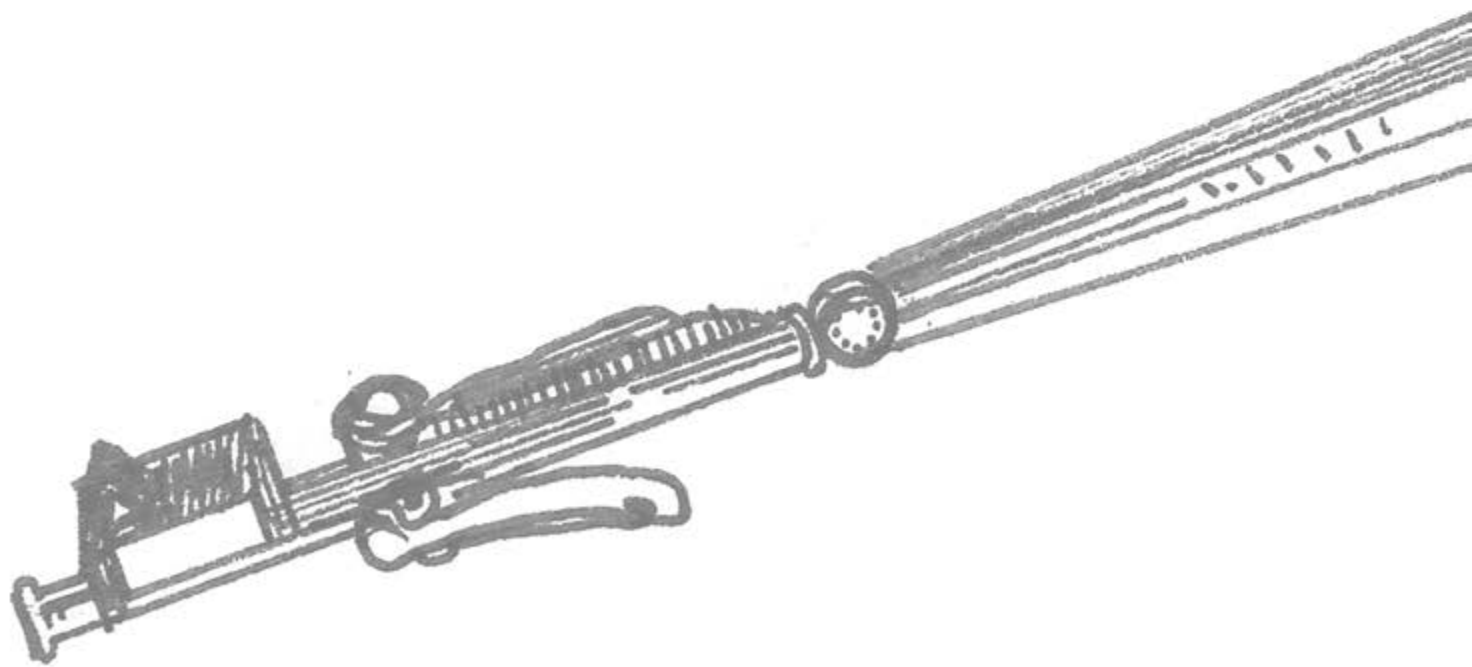
A melhor maneira de fazer essa grande homenagem ao trabalho da infectologia é entender a sua história, honrando aqueles que vieram antes de nós, mas sem nos descuidarmos do presente. A obra apresenta a luta contra doenças cujas origens se perdem na noite dos tempos, como a tuberculose e a varíola, passa pelas especialidades que se desenvolveram dentro da infectologia e é fechada com reflexões sobre a crise climática, que devastou o estado do Rio

Grande do Sul e exigiu uma rápida resposta da SGI para tentar conter o avanço de doenças como a leptospirose e o tétano.

Ainda que seja um lugar comum falar da solidão que é inerente ao trabalho do pesquisador, este livro provou que é possível combinar a quietude da reflexão com o alarido do trabalho coletivo e da troca de ideias. Preciso agradecer ao Dr. Alessandro Comarú Pasqualotto, entusiástico apoiador desse livro e aos membros da direção da SGI e demais infectologistas que se envolveram no projeto, Alexandre Vargas Schwarzbald, Cezar Vinicius Wurdig Riche, Cristiane Pimentel Hernandez, Diego Rodrigues Falci, Dimas Alexandre Kliemann, Fabrizio Motta, Paulo Ernesto Gewehr, Rafaela Mafaciolli, Vanessa Schultz, Viviane Raquel Buffon. Eles leram, debateram e sugeriram, contribuindo significativamente para que essa obra chegasse aos seus leitores.

Éder da Silveira, Porto Alegre, 07 de junho de 2024.





PREFÁCIO

André Kalil

Sim, sou um gaúcho de Bagé, e com muito orgulho de ter sido criado na Rainha da Fronteira!

Escrever o prefácio deste novo livro maravilhoso me trouxe virtualmente de volta ao querido Rio Grande do Sul, e me propiciou ensinamentos preciosos, que vão ser relevantes não só para o avanço da saúde no estado do Rio Grande do Sul, mas também para o avanço de cada um de nós como cidadãos gaúchos e profissionais na área da saúde. Vou fazer um pequeno comentário sobre cada capítulo – um “aperitivo”, mas sem spoiler – para estimular o leitor a se aprofundar no livro com muita motivação.

O professor Everton Reis Quevedo nos mostra a história da “praga da lepra” no estado. Muito importante lembrar que, apesar de hoje a lepra poder ser curada, considerando a idade da humanidade, esta cura é muito recente, portanto a humanidade viveu com a lepra incurável por milhares de anos. O professor Quevedo descreve que a lepra causava problemas de saúde graves como também a “morte social...fazendo com que desaparecessem da vista e da convivência de seus afetos: da parentela, da vizinhança, enfim, de seus conhecidos de modo geral”. No começo do século XX, Porto Alegre era a cidade que apresentava o maior número de casos. Depois de uma longa espera, o Rio Grande do Sul foi o último estado do país a construir o primeiro e único leprosário no ano de 1940, o Hospital Colônia Itapuã. Esta construção propiciou uma rede social de suporte às pessoas acometidas por esta doença terrível, e sinalizou o começo de políticas direcionadas à saúde pública do estado.

Na história da varíola, a professora Jaqueline Brizola descreve a lenta e tortuosa evolução da vacina para varíola, que acometeu todos os estados do Brasil desde a sua descoberta. Na frase “a história da varíola se perde na noite dos tempos” a Professora Brizola faz a representação perfeita do que aconteceu. Foram mais de duzentos anos após a descoberta da vacina até que houvesse uma aceitação maior dos grandes benefícios desta vacina. No Brasil, as epidemias frequentes de varíola com milhares de mortes continuaram até o século dezenove, quando houve um ímpeto federal maior na organização de campanhas de vacinação, sem distinção de classe social, cor, ou gênero. A primeira vacinação realizada em Porto Alegre foi em 1906, e setenta e quatro anos se passaram para chegar ao sucesso de erradicar a varíola no Rio Grande do Sul.

Peste branca, mal do século, doença do peito, tísica, são alguns dos nomes dados à tuberculose que chegou no Brasil com a colonização portuguesa, e apesar de muitos avanços médicos, continua um desafio de saúde pública no mundo inteiro no século XXI. As professoras Angela Beatriz Pomatti e Gláucia Lixinski de Lima Kulzer provêm uma descrição clara sobre ambos os desastres enormes causados pela tuberculose, como também a incrível história da descoberta da causa da doença até o tratamento curativo estabelecido na segunda metade do século 20. Os erros no entendimento da tuberculose, como, por exemplo, a crença de que o contágio se dava somente pelo contato com o escarro, perpetuou a disseminação da infecção devido à demora que houve para a descoberta do verdadeiro mecanismo de contágio que se dá por via de aerossóis. A construção do Hospital Sanatório Belém em 1940, e o Segundo congresso nacional de tuberculose realizado em Porto Alegre em 1941 ilustram a gravidade do problema e o reconhecimento de que o estado precisava tomar uma atitude mais efetiva para conter a mortalidade elevada da tuberculose. Apesar de haver cura com o tratamento gratuito, o Brasil continua na lista de países com a maior incidência de tuberculose nos dias de hoje.

Sífilis permanece uma das mais antigas e frequentes doenças venéreas no mundo. O estigma associado à sífilis contribuiu para uma multitude de falácias científicas, e ideias que “carregavam consigo um discurso de discriminação não só de ordem racial, mas que também incorporava diversos grupos sociais”, descreve o professor Daniel Oliveira. Um comparativo da prevalência de pacientes hospitalizados na Santa Casa de Misericórdia no final do século XIX mostra que 10-20% dos pacientes eram hospitalizados devido a uma doença venérea. Isso mostra um grande contraste com os dias de hoje porque a maioria destas doenças são tratadas a nível ambulatorial. A busca pela cura

incluiu “tratamentos” como drogas à base de mercúrio, arsênico, bismuto, e iodetos, com propaganda de que curariam sífilis. Estas drogas não tinham qualquer eficácia, e além disso eram muito tóxicas. Com a ideia de que febre poderia “eliminar” sífilis, banhos quentes de vapor e até mesmo a inoculação de plasmódio para causar malária e febre alta foram utilizados. A descoberta da penicilina, em 1942, mudou radicalmente a história natural desta infecção horrível, e a penicilina permanece o tratamento padrão em 2024.

O vírus da gripe – o Influenza, também tem uma história longa no Rio Grande do Sul. O professor Cristiano Enrique de Brum detalha a longa batalha contra esta infecção, começando com uma mensagem muito importante: “Vista como algo simples, corriqueiro ou de menor potencial ofensivo, no passado e no presente, foi subestimada, algumas vezes em sua trajetória. No início do século em 1918, cientistas e a população foram pegos inadvertidos...pegos de surpresa pela pandemia.” Este capítulo propicia uma bela história da descoberta deste vírus, e os danos que foram causados por várias epidemias tanto no Brasil como no mundo. Em particular, a gripe pandêmica de 1918 chegou no Rio Grande do Sul através de três navios, o Itajubá, o Itaquera, e o Mercedes, e depois os trens levaram a gripe para o interior do estado.

A professora Nêmora Barcellos narra a história trágica do surgimento da AIDS no mundo, até a sua chegada no Rio Grande do Sul. Pessoalmente, eu estava em treinamento na minha residência médica quando não existia qualquer tratamento anti-HIV. Portanto vivenciei em primeira mão os horrores e as mortes de tantos pacientes com a doença terminal causada pelo HIV. Em 1985, surgiu o programa nacional de AIDS, que no meio da década de 1990 começou a distribuir os medicamentos anti-HIV. No Rio Grande do Sul, o grupo de apoio à prevenção da AIDS foi a primeira organização de apoio às pessoas vivendo com HIV/AIDS.

O começo do ano de 2020 marcou o mundo com o início da pandemia da COVID-19. O professor Jean Segata e a professora Juliara Borges Segata mostram os desafios enormes que o mundo enfrentou naquela época, como os desafios médicos, sociais, e políticos que culminaram no sofrimento e mortalidade de milhares de pessoas. Os autores também mostram que, para as pessoas que continuam vivendo com a COVID longa, a pandemia ainda não terminou.

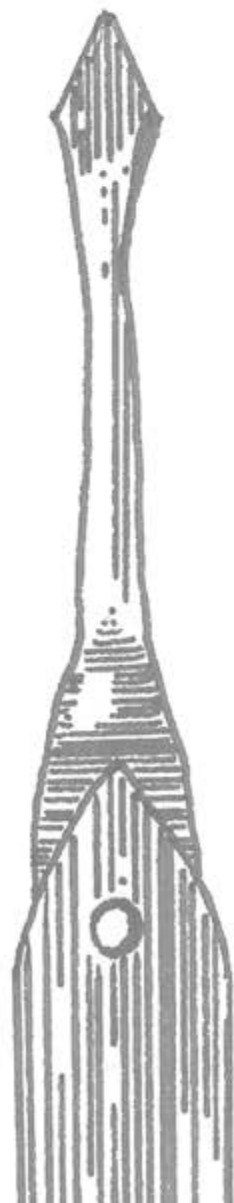
Com o título “Sob a Intrusão da Terra”, o professor Moyses Pinto Neto descreve as consequências das mudanças climáticas e a devastação causada pela inundação ocorrida no Rio Grande do Sul no mês de maio de 2024, que afetou mais de 2 milhões de pessoas, desalojou mais de meio milhão, e levou

à morte quase 300 pessoas. O autor pondera: “afinal, o clima é um fenômeno natural ou cultural?” O capítulo faz uma avaliação importante e informativa sobre esta pergunta.

A criação da cátedra de medicina tropical na faculdade de medicina de Porto Alegre foi o tema principal da professora Ana Paula Korndörfer. Esta faculdade foi a Terceira faculdade de medicina a ser criada no Brasil, depois das faculdades da Bahia e do Rio de Janeiro. A formação de profissionais capacitados para combater as doenças infecciosas permanece imprescindível para a melhoria da saúde de todos os cidadãos gaúchos.

Enfim, este livro traz excelente informação de maneira acurada e didática, com relevância direta ao momento em que vivemos hoje, portanto faço uma forte recomendação para que leiam este livro. Meus sinceros parabéns a todos os autores por esta bela obra literária.





Capítulo 1:

A LEPRA NO RIO GRANDE DO SUL E O HOSPITAL COLÔNIA ITAPUÃ (HCI)

Éverton Reis Quevedo

“A praga da lepra”

1

Conforme os lugares e o tempo a doença têm tido os nomes mais diversos.

Em português, entre os muitos nomes, destacam-se: gafa, elefancia, lazeira, leprose, morfeia, mal de São Lázaro, entre outros. Atualmente nenhum destes termos é utilizado para designar a doença, que se denomina Hanseníase. No Brasil o termo Hanseníase está oficialmente adotado desde 1976, e de acordo com a Lei Federal

9010 de 29 de março de 1995, a utilização do termo lepra e seus derivados fica proibida de ser empregada nos documentos oficiais da União e dos Estados.

Para este trabalho o termo “lepra” se presta por tratar-se de uma perspectiva histórica, ou seja, apresentamos políticas públicas para a doença até a metade do século XX. Ver: FONSECA, 1981; Diário Oficial. Distrito Federal, 30 de março de 1995.

Símbolo da máxima desgraça, a lepra¹ passou pelos séculos completamente fatal. Não no sentido literal, pois é uma doença que raramente leva à morte, porém do ponto de vista moral, já que seu portador era considerado impuro, pecador, e ainda capaz de transmitir seu mal a outras pessoas. Para Jeffrey Richards (1993), por exemplo, a hanseníase era vista como o ápice da desgraça humana. Tais condições o condenavam a uma “morte” social, a um desaparecimento de entre os saudáveis, fazendo com que desaparecessem da vista e da convivência de seus afetos: da parentela, da vizinhança, enfim, de seus conhecidos de modo geral.

Dentro dessa visão, a segregação dos doentes em Leprosários e, mais tarde, em Hospitais Colônias, contribuiu de forma excepcional para a perpetuação e consolidação desses preconceitos. Fazendo milhões de vítimas, não só clinicamente, mas principalmente do ponto de vista social, a lepra atravessou os anos e chegou ao século XXI completamente curável.

Observamos que tais preconceitos tiveram sua gênese nos períodos bíblico e medieval. O homem da Idade Média estava muito mal preparado para enfrentar as moléstias que o atingiam, pois as condições de higiene eram muito ruins e o conhecimento sobre as doenças era embasado por princípios religiosos. A explicação mais comum para as doenças era que se tratava de um castigo que Deus impunha aos homens pelos seus erros (Neto, 1989).



Figura 1: Detalhe: O Triunfo da Morte (1562), Pieter Bruegel
Fonte: Museu do Prado. Disponível em <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/wd/d3d82b0b-9bf2-4082-ab04-66ed53196ccc> Acesso em 26/01/2024.

Em relação aos leprosos, surgiu a opção de fazer com que fossem abandonados e/ou banidos, sendo que, em 1374, começa a ser posto em prática o sistema de quarentena. Segundo informa Jônatas Neto (1989), a lepra surgiu na Europa por volta de 400 a.C, vinda do oriente através de soldados dos conquistadores persas Darius e Xerxes. A doença espalhou-se e atingiu seu ápice nos séculos XI a XII, diminuindo a incidência a partir do século XV.

O isolamento dos doentes foi prática profilática corrente, política aprovada pelas instâncias populares e religiosas desde os tempos bíblicos, como testemunha o Livro Sagrado. O isolamento dos leprosos começou em cabanas ou em pequenas casas, tendo sido construídas milhares durante esse período em todo a Europa (Claro, 1995).

Para Ana Zoé Cunha (1997), a hanseníase “chegou” ao Brasil com os colonizadores portugueses. De acordo com Leila Gomide (1998), o projeto de colonização europeia representou, além da ocupação do território, a reprodução da cultura e dos males europeus.

Seguindo o pensamento de Madel Terezinha Luz (1984), a saúde pública é uma forma histórica, mais ou menos explícita, de como o Estado conduz o problema das condições de salubridade da população. Sendo assim, qualquer Estado tem uma política de saúde, por menor importância política que ela tenha, por mais insignificante que seja seu papel na estratégia de hegemonia. Desta forma, segundo Rodolfo Telarolli Junior (1996), no Brasil Colônia, até o final do século XVIII a ação estatal na área da saúde foi quase que exclusivamente voltada ao combate da varíola, lepra e febre amarela. As atitudes

da administração colonial só se verificavam quando ocorriam epidemias, não havendo continuidade fora desses períodos. No caso da lepra, havia vários lugares espalhados pelo território destinados à segregação dos infectados, porém, a constituição do primeiro leprosário oficial do Brasil data de 1766, no Rio de Janeiro (Maurano, 1944).

Não se buscava então a cura ou a prevenção, pois não havia um projeto de ação permanente, e, sim, a recuperação de um modo de vida positivo. O emprego de elementos provisórios, como a quarentena, era abandonado ao fim da epidemia, assim como outras medidas de natureza administrativa, baseadas “num conhecimento imemorial da população, próximo ao senso comum, e na teoria dos miasmas” (Maurano, 1944, p. 91).

A organização da saúde pública teve início depois da chegada da família real em 1808, pois o incremento do comércio internacional pedia mudanças. Além disso, haveria maior circulação de pessoas, principalmente no Rio de Janeiro (Costa, 1971). Ainda de acordo com Telarolli Junior (1996), em vez de ações localizadas e temporárias, a partir de então o meio urbano foi incorporado à reflexão e à prática médica, passando-se a combater as supostas causas das doenças, procurando-se modificar tudo o que favorecesse seu surgimento e desenvolvimento. Contudo, a imensa extensão territorial, as difíceis vias de comunicação, o atraso do ensino da medicina no Brasil e, em Portugal, os abusos e deficiências na execução das leis sanitárias, explicam, segundo Costa, “os fracassos dos resultados” (Costa, 1971, p. 97).

Esses problemas atravessaram o período Imperial e a Primeira República. Em 1930, as atividades ligadas à saúde passaram do âmbito do Ministério da Justiça e Negócios do Interior, para o Ministério da Educação e Saúde Pública (Luz, 1984, p. 159). Esse novo ministério determinou uma ampla remodelação dos serviços sanitários do país. Com isso, pretendia-se garantir à burocracia federal o controle desses serviços, numa estratégia decorrente do centralismo político-administrativo imposto por Getúlio Vargas (Filho, 1998, p. 30).

Depois do golpe que criou o Estado Novo em 1937, a política populista e autoritária de Vargas voltou-se mais para a população urbana, empregada nos setores industriais e comerciais. Havia a necessidade de obter apoio social e político e conferir alguma legitimidade ao Estado ditatorial, o que exigiu uma legislação social que garantisse maiores direitos aos trabalhadores urbanos. Organizaram-se então as “Caixas de Aposentadoria e Pensões” e os “Institutos de Previdência”, que garantiriam a assistência médica aos trabalhadores. No entanto, tais serviços eram irregulares, oferecendo pouca cobertura aos doentes mais graves. A partir de 1940, foram ampliadas e reformuladas as

organizações estaduais de saúde, principalmente com a criação, em 1942, do “Serviço Especial de Saúde Pública”, representando um avanço significativo dos recursos assistenciais no país (Luz, 1984).

Em 1934 é criada a “Diretoria dos Serviços Sanitários nos Estados”, tendo, entre outras atribuições, a do controle da lepra. Segundo Claro (1995), nesse período havia vinte e quatro locais destinados aos doentes, considerados em número e capacidade como insuficientes frente à expansão da doença. É nesse período que se acelera a mobilização civil para que fossem construído mais hospitais, principalmente através da “Federação de Sociedades de Assistência aos Lázaros e defesa contra a Lepra”, criada em 1933, que congregava as “Sociedades de Assistência” de todos os pontos do país, declarada de utilidade pública pelo decreto 1.473 de 08 de março de 1937². Tal associação, além de cobrar do Estado medidas em prol da construção de um maior número de instituições destinadas aos doentes, realizava eventos para arrecadar fundos, ajudando nas despesas. Porém, seus esforços foram dirigidos para a criação de preventórios, destinados ao abrigo dos filhos sadios dos infectados.

No controle da lepra, o isolamento era a única medida cabível, conforme concluiu a “Primeira Conferência Internacional de Lepra”, realizada em Berlim, em 1897. Este entendimento foi confirmado nas conferências de Bergen, em 1909; de Strasburgo, em 1923 e do Cairo, em 1938. Assim sendo, o Governo Federal Brasileiro acatou as orientações médico-sanitárias internacionais quando passou a criar diversos Hospitais Colônias (Agrícola, 1946).

Essas instituições foram planejadas seguindo as mais modernas orientações sobre a doença. A ideia da construção de colônias-agrícolas foi posta em prática, pois se pretendia que as instituições fossem autossuficientes e, dessa forma, não acarretassem ônus ao Estado, buscando também ocupar os internos em trabalhos produtivos que ajudariam no seu reestabelecimento. Como vimos, há séculos um dos problemas dos antigos leprosários era assegurar a ordem entre os doentes isolados; esse “novo” modelo previa uma organização interna semelhante ao mundo exterior, onde o doente receberia não só cuidados específicos, mas também orientações quanto ao trabalho, teria a possibilidade de estudar, de se envolver diretamente na administração, com a escolha de um “colega” para representá-lo junto às administrações centrais, seria protegido por um “corpo policial” que garantiria a ordem e que seria formado por internos. Além disso, teria à sua disposição jogos, quadras esportivas, cinema, associações, restaurantes, igrejas (católicas e luteranas), entre outras coisas.

Com tais preocupações sendo gerenciadas, embora a exclusão compulsória continuasse a figurar, acreditava-se que as novas perspectivas

científicas haviam finalmente se estabelecido. A partir da “Terceira Conferência Internacional de Lepra”, em 1923, pregava-se que o “isolamento deve ser humanitário e deixar o leproso nas proximidades de sua família” (Agrícola, 1946, p. 16). Seguindo esse princípio, os Hospitais Colônias gerais, que receberiam doentes de vários Estados e que chegaram a ser planejados, não encontrariam lugar, e de fato nenhum foi instalado. Um desses projetos abandonados, o Município de Leprosos sugerido por Belisário Pena, seria instalado na Ilha Grande, no Rio de Janeiro (Souza-Araújo, 1948, p. 678),

A Conferência do Cairo, em 1938, decretou:

Um século depois, nós estamos levando a influenza de forma mais séria? Tanto historiadores como virologistas concordam que cerca de 50 milhões de pessoas de todas as idades morreram na época da pandemia e, sem dúvida, os genes do vírus evidentemente chegaram hoje até nós (Oxford; Gill, 2018, p. e348).

Seguindo essas e outras discussões, o Estado brasileiro passa a interferir na saúde pública no que diz respeito à hanseníase. Hospitais Colônias são criados em todo o território, sempre preconizando as “novas” medidas sugeridas nos congressos. Em 1937 houve uma organização do “Ministério da Educação e Saúde Pública”, criando-se a “Divisão de Saúde Pública”, que passou a ser responsável pela “Campanha Contra a Lepra” e, em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Lepra (Claro, 1995). Os esforços “foram recompensados”, pois, em 1941, já haviam sido construídos 36 novos hospitais no país.

Segundo Agrícola (1946), havia a preocupação de proporcionar aos internos dos hospitais um ambiente favorável à sua adaptação e de retê-lo, “não cercando o ambiente de muros, literalmente, mas tornando sua vida menos angustiante” (Agrícola, 1946, p. 22). Porém, o que observamos é que a construção de muros foi uma prática corrente e que a vigilância dentro das instituições ocorria minuciosamente.

Considerações como esta de Agrícola, que era o diretor do “Serviço Nacional de Lepra”, em 1944, foram divulgadas através do “Serviço de Radiodifusão Educativa” do então Ministério da Educação e Saúde, em cadeia nacional. Tais observações tinham um objetivo: informar o público sobre os avanços do poder federal frente a este mal. Dessa forma, o sistema governamental estava sendo defendido e a noção de progresso era evidenciada, formando uma opinião pública favorável ao regime. Programas como esse buscavam reforçar as campanhas de educação popular, unindo modernas técnicas pedagógicas e de comunicação com os princípios da medicina sanitária. Além do rádio, folhetos ilustrados eram utilizados, podendo ser entendidos principalmente por quem não sabia ler.

A “PRAGA DA LEPROSA” NO RIO GRANDE DO SUL

Em relação à Saúde Pública, o Rio Grande do Sul apresentou, desde a época colonial até o início do século XX, algumas características que o diferenciaram do restante do Brasil: a primeira refere-se ao fato do Estado estar geograficamente distante do centro econômico da colônia, ficando sem acesso a informações sobre hanseníase ou outras questões ligadas à saúde. A segunda diz respeito à proclamação da República, à federalização e à autonomia dos Estados, quando as questões relacionadas à saúde passaram a fazer parte das atribuições estaduais (Ribeiro, 1993; Weber, 1999). Inseridas na política positivista, adotada a partir de 1889, tais questões encontraram um novo obstáculo, a teoria política.

A política positivista para a saúde pregava que o Estado não poderia intervir na consciência dos indivíduos. Algumas instituições, durante este período (1889-1928), pleitearam junto ao governo estadual ajuda para a construção de locais para o isolamento de doentes portadores de moléstias contagiosas. Porém, tais esforços não obtiveram sucesso, pois o Estado reservava-se o direito de só intervir nas questões relacionadas à saúde quando determinado mal assumisse caráter grave, epidêmico (Weber, 1999).

A terceira particularidade do Rio Grande do Sul diz respeito, em especial, à hanseníase, que sempre teve um número reduzido de doentes registrados no Estado, principalmente em comparação com o norte e centro do país, fato que pode estar associado à não interferência do governo estadual no seu combate, o que pode ter causado subnotificação (Cunha, 1997).

Segundo Cunha (1997), o número de casos de pessoas com hanseníase no Rio Grande do Sul sofreu um expressivo acréscimo com a chegada de imigrantes europeus no século XIX, reforçando a tendência historiográfica de relacionar a chegada da doença ao país com os europeus, independente do período ou da nacionalidade. A autora sublinha que, particularmente em relação ao Estado, “as condições higiênicas encontradas pelos imigrantes, como falta de locais adequados para a instalação de banheiros e o convívio próximo a animais, também contribuíram para a disseminação do mal a outros grupos” (Cunha, 1997, p. 66).

O médico Maya Faillace, em trabalho publicado em 1933, nos informa que campanhas em prol da construção de um leprosário no Estado tinham sido feitas ao longo dos anos, mobilizando vários setores da sociedade gaúcha, demonstrando a situação da moléstia neste período (Faillace, 1933). Em 1928, criou-se a Sociedade Pró-Leprosário Riograndense, com sede em Santa Cruz do Sul, que começou a trabalhar em prol da construção de um lazareto no

Estado. Segundo Maya Faillace (1931), a Sociedade fazia-se necessária, pois o Leprosário Riograndense não poderia esperar pela construção da projetada “Cidade Leprosário”, também denominada “Município de São Lázaro”, na Ilha Grande, no Rio de Janeiro, destinada ao recolhimento de todos os infectados do país. Até porque, na visão desse médico, apenas essa medida não seria suficiente para a erradicação da doença, sendo necessária “a manutenção de diversos hospitais regionais, uma vez que o isolamento coletivo dos doentes era o princípio da eliminação do mal” (Faillace, 1931, p. 108).

Em 1931, dos oitenta e seis municípios do Rio Grande do Sul, quarenta e cinco apresentavam registros da doença. Porto Alegre era a cidade que apresentava o maior número de casos. É importante lembrar que a capital provavelmente tinha esse número elevado porque, para ela, convergiam os doentes na perspectiva de diagnóstico, tratamento e cura ali oferecidos. A região serrana apresentava setenta e sete casos. Segundo Maya Faillace, o fator imigração poderia ser apontado como responsável, pois a “praga” aparecia “nos municípios para onde afluíram imigrantes italianos e alemães” (Faillace, 1931, p. 14).

Ao contrário das autoridades constituídas, a sociedade civil preocupava-se com o avanço da doença, engajando-se na campanha várias autoridades médicas, como, por exemplo, Maya Faillace, que publicou obras tratando da problemática da lepra no Estado (obras estas utilizadas por nós como referências), evidenciando sempre, inclusive nos títulos das mesmas, a que se destinavam, como “... Pró-leprosoário Riograndense” e “... Contribuição à Campanha Contra a Lepra no Rio Grande do Sul”. Faillace ainda foi delegado, no Estado, da “Confederação das sociedades de assistência aos lázaros e defesa contra a lepra”, cujo objetivo era alertar não só os governos, mas também a população, para a necessidade da construção de hospitais.

Em 1926, Borges de Medeiros anuncia a construção do esperado hospital, contudo o projeto foi abortado devido a dificuldades para se encontrar um local para a sua instalação. Aos poucos, essa questão foi deixada de lado, preocupando-se o Estado com o combate à epidemia de febre tifoide (Faillace, 1931), seguindo-se mais uma vez a rotina de priorizar somente os males mais urgentes, de caráter epidêmico.

O problema foi se arrastando, sem solução, pois não havia políticas específicas e estatísticas oficiais que atestassem a necessidade do leprosoário, tanto que em 1936, Raul de Primo decidiu fundar em Porto Alegre um hospital de emergência, “exclusivamente com recursos obtidos de particulares, composto de cinco edifícios de madeira... as principais colaborações daquele médico patriótico” (Souza-Araújo, 1948, p. 383).

Essa questão estava sendo discutida desde 1926, sendo retomada em 1928, quando algumas vistorias em possíveis locais para a instalação da instituição foram analisadas. O primeiro local vistoriado foi no município de São Francisco de Paula de Cima da Serra, mas o terreno foi descartado por ser muito acidentado e de difícil acesso. Ainda em 1928, mais dois terrenos foram analisados, um junto à povoação de Itapuã, próximo a Porto Alegre e, outro às margens da Lagoa dos Patos. Contudo, ambos foram reprovados. O primeiro, por se tratar de uma pequena faixa de terra apertada entre o Rio Guaíba e uma estrada, e o segundo, por ser considerado impróprio para o cultivo, que deveria ser feito para suprir o Hospital e para manter os doentes em constante atividade (Faillace, 1933).

Desconhecemos os motivos que levaram as autoridades a mudar de ideia e escolher Itapuã como sede do leprosário. Contudo, podemos elencar algumas hipóteses: talvez a população da Vila de Itapuã não tenha se expressado contra o empreendimento, ou o fez sem grande persistência; o fato de o lugar ser relativamente pequeno e estreito, porém apresentando, segundo Faillace (1933), possibilidades de cultivo, diferentemente dos outros lugares analisados, pode ter influenciado; outro aspecto que pode ter sido levado em consideração refere-se à localização estratégica, próxima à Capital, pois como centro de referência econômico, cultural e médico, atraía doentes de várias regiões do Estado. Ainda sobre a localização, podemos levar em conta a questão referente à barreira natural desempenhada pelo Rio Guaíba, impossibilitando qualquer tentativa de fuga.

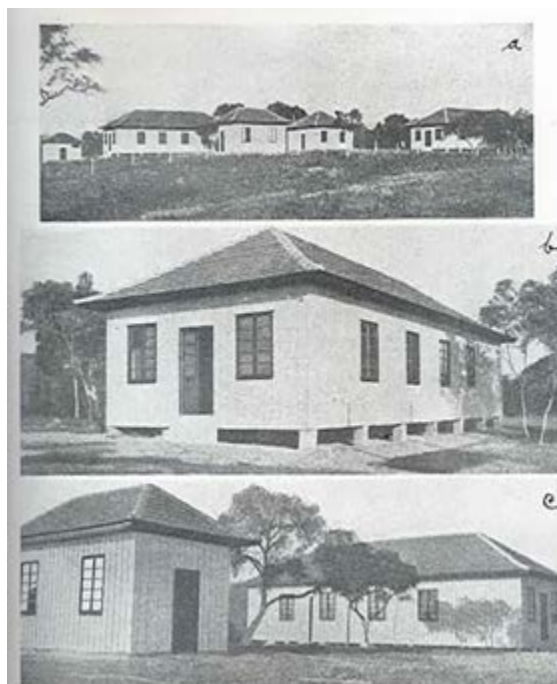


Figura 2: Hospital de Emergência
Fonte: Souza-Araújo, 1948, p. 383

3
Neste período, havia em média 35 estabelecimentos construídos e em funcionamento no país, todos os Estados contavam ao menos com um. Minas Gerais contava com seis, São Paulo com cinco e o Rio de Janeiro com três. Ver: Souza-Araújo, 1948.

4
Entrevistas realizadas com moradores/usuários do HCI em 2000; Arquivo fotográfico. CEDOPE/HCI.

Finalmente, a exemplo de outros Estados³, o Rio Grande do Sul teve seu primeiro e único leprosário inaugurado em 11 de maio de 1940: o “Hospital Colônia Itapuã”. No mesmo ano, foi fundado o “Amparo Santa Cruz”, instituição concebida como um dos principais suportes à campanha de luta contra a hanseníase, pois abrigaria os filhos, fruto de uniões entre os doentes. Mesmo em construção, segundo relatos de ex-portadores da doença, e fotografias do período⁴, o Hospital começa a receber os primeiros doentes ainda em 1939, com superlotação dos leitos no Hospital de Emergência, o que evidenciava a demora na solução dos primeiros casos, que terminaram por se multiplicar.

Sendo um dos últimos Hospitais Colônias fundado no país, o Hospital Colônia Itapuã manteve sua estrutura original, de acordo com a lei vigente até 1954, quando a internação compulsória deixou de vigorar, pois a cura havia sido descoberta e o tratamento ambulatorial era suficiente no tratamento⁵.



Figura 3: O Hospital Colônia de Itapuã na época de sua inauguração, em 1940
Fonte: Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul (MUHM).

5

Desde a década de 1950, o tratamento desta moléstia é feito em nível ambulatorial. O internamento compulsório dos doentes de hanseníase foi abolido por lei, em todo o Brasil, no ano de 1954. A partir da década de 1960 ocorre a modificação dos métodos profiláticos e nas políticas de controle da hanseníase, baseada na descentralização do atendimento e aumento da cobertura populacional, tratamento ambulatorial com sulfona, controle de comunicantes e educação sanitária. É também neste período que o nível federal transferiu a responsabilidade do Programa para os Estados. No ano de 1976, novas políticas para o controle da hanseníase determinam ações que visavam a educação em saúde, acompanhamento de comunicantes e aplicação de BCG, detecção de casos novos, tratamento dos doentes e prevenção e tratamento das incapacidades físicas que a doença pode causar.

No início da década de 1980, a Organização Mundial da Saúde passou a recomendar a poliquimioterapia (PQT), com esquema terapêutico apropriado a cada forma clínica da doença, para o controle e cura da hanseníase. Além dos medicamentos da PQT, medidas como diagnóstico precoce, vigilância dos comunicantes, prevenção e tratamento das incapacidades físicas e educação para a saúde fazem parte das políticas atuais. Este é o esquema vigente em todo o território nacional na atualidade, sendo que no Rio Grande do Sul, a PQT foi implementada a partir de julho de 1992. Ver: EIDT, 2004; VELLOSO; ANDRADE, 2002.

“NÓS NÃO CAMINHAMOS SÓS”: O HOSPITAL COLÔNIA ITAPUÃ

O Hospital Colônia Itapuã (HCI) foi fruto das políticas médico-sanitárias que buscaram isolar o doente da comunidade. Como resultado das articulações em torno da lepra, a instituição funcionou nos moldes propostos pelas diretrizes médicas, até então as mais modernas e progressistas sobre o tema, até meados de 1954, quando a cura foi anunciada (Lima, 1954).

O homem, como ser social, à medida que toma consciência de seu estado e de si, percebe e domina a natureza à sua volta, transformando-a e caracterizando-a em conformidade a seus interesses. A paisagem transformada ou humanizada reflete o grau de organização deste homem, enquanto a formação de um território dá às pessoas que nele habitam a consciência de sua participação nele (Andrade, 1998). Nesse sentido, a noção de território identifica-se com a de origem, isto é, de vinculação a determinado lugar. No caso específico dos internos do HCI, a vinculação com o novo território ocorreu de forma imposta. Não eram oriundos daquele local, mas as circunstâncias os faziam iguais, era necessário adaptar-se; observando-se nesse processo, houve a criação de um mundo com regras próprias, em que o território que lhes era dado foi transformado, moldado, seja para atender às exigências das autoridades médico-sanitárias ou as suas próprias.

De acordo com Andrade (1998), a produção social do espaço vincula-se à forma de organização e de identificação do indivíduo com sua nova localidade. Apostando nesta perspectiva, uma série de atividades foi desenvolvida no seio da comunidade doente. Sendo assim, a organização do HCI contava, além da direção geral, com um prefeito, eleito pelos internos, que fazia a mediação com a direção, realizando suas funções na Prefeitura dos Internados. Havia também um delegado e uma cadeia em um prédio construído especialmente para isso, com celas e um pátio para o “banho de sol”. Este delegado trabalhava de acordo com o código de posturas interno, desenvolvido especialmente para cada Hospital Colônia. Além disso, circulava uma moeda própria, não tendo valor comercial a moeda oficial do país.

Quando o paciente chegava ao HCI, as primeiras construções que avistava provavelmente eram o prédio da administração e o da casa das Irmãs Franciscanas, ambas obras imponentes, que já davam a ideia da grandiosidade do local. Estes dois prédios encontram-se na antes denominada zona intermediária, onde o doente somente tinha acesso quando chegava. Nessa zona, trabalhava a equipe administrativa e as Irmãs Franciscanas, ficando a região no meio do caminho entre a zona sadia, ou zona limpa, e a zona doente, ou zona suja.

A zona sadia, ou zona limpa, correspondia ao local onde os funcionários do Hospital residiam. Estes se aproximavam da zona doente apenas quando estavam trabalhando, não tendo contato direto com os doentes, salvo a direção. O contato com aquela área se dava através das Irmãs, e, ainda assim, de forma indireta. O contato era realmente nulo, tanto que uma igreja Católica foi erguida nesta parte do Hospital para atender aos moradores/ funcionários.

A zona doente, ou suja, destinava-se aos leprosos. Lá se encontrava o cerne das políticas de saúde, pois, divididos dos demais componentes do processo profilático, se acreditava que dessa forma o mal seria erradicado.

O pórtico que dava entrada à chamada zona suja fora erguido em 1950, mas, anterior a ele havia uma cerca. Este pórtico traz uma frase singular: “Nós não caminhamos sós”. Não há um consenso sobre o seu significado, existindo quem afirme tratar-se de uma simples frase, outros, como é o nosso caso, apontam para o fato de tratar-se de um meio pacificador, no sentido de mais uma vez evidenciar que os “depositados” ali não estavam à mercê do destino, estavam sim, amparados pelo Estado, pela Igreja ou pela caridade. Era uma forma de informar e confortar quem já estava lá, e quem chegava e, mais tarde também confortar os visitantes.



Figura 4: Aspectos dos Pavilhões “Carville”

Fonte: Acervo Histórico do Hospital Colônia Itapuã - CEDOPE/HCI. Apud PROENÇA, 2005, p.83.

Figura 5: Pórtico de Entrada do Hospital Colônia Itapuã

Fonte: Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul (MUHM).



Ao cruzar este pórtico, o interno entrava na Avenida Presidente Vargas, podendo ver, à sua direita, o hospital propriamente dito, o prédio chamado até hoje de Enfermaria. Nesse local ficavam os doentes mais graves, com maiores sequelas e que, sem condições de cuidar-se sozinhos, eram ali tratados; os demais somente procuravam o local para manter o controle clínico.

Os solteiros eram acomodados em pavilhões “Carville”⁶, divididos por sexo. Havia casas geminadas, destinadas aos casais de doentes que chegavam, ou aos casais que se formavam no Hospital. Nesta microcidade havia uma igreja Católica e uma Luterana e um refeitório onde eram servidas três refeições. Foi erguido também o Pavilhão de Diversões, uma estrutura que comportaria cinema, teatro, restaurante, salas de jogos e um espaço para a realização de festas e comemorações.

Figura 6: Pavilhão de Diversões
Fonte: Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul (MUHM).



Figura 7: Igreja Protestante
Fonte: Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul (MUHM).



Figura 8: Igreja Católica
Fonte: Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul (MUHM).

⁶ Os pavilhões foram construídos tendo como base os pavilhões do Leprosário americano Carville.



Figura 9: Igreja católica em dia de celebração com os internos – 1948
Fonte: Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul (MUHM).



Figura 10: Casamento
Fonte: Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul (MUHM).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde pública no Brasil nem sempre recebeu atenção dos poderes governamentais de forma concreta, ou seja, a atenção dispensada a ela por vezes esteve ligada a fatores políticos, servindo de plataforma de governo. Contudo, observamos que estas propostas só saíam do papel quando os problemas atingiam níveis altíssimos, colocando realmente em risco não só a população, mas a vida política de quem governava.

Assim, o combate à lepra foi ostensivo em um período em que a doença se apresentava altamente presente. A esse fator, somaram-se as políticas nacionalistas do período Vargas, que pretendiam sanear não somente a raça, mas também a imagem do “pai dos pobres”. Para estes saneamentos, investiu-se, entre outros males, contra a lepra. Para tanto, buscou-se, em pleno século XX,

a ideia sobre o leproso do período medieval para justificar as medidas tomadas e amparar o fator segregacionista na teoria do medo. Essa retomada gerou preconceitos, o que levou muitos antigos portadores do mal a esconderem sua passagem pelas instituições, preferindo viver no anonimato depois de curados.

A ideia bíblica do leproso, reforçada no período medieval, conforme vimos, e recriada no século XX, através da Campanha Nacional Contra a Lepra, é inaceitável na atualidade. Desta forma, ao encerrarmos este breve texto, esperamos ter contribuído também para a desmistificação dessa doença, reforçando que, apesar de ainda ameaçadora, a hanseníase é tratável, passível de cura, não sendo justificada nenhuma atitude negativa ou preconceituosa com relação aos acometidos por ela.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Manuel C. de. “Territorialidades, desterritorialidades, novas territorialidades: os limites do poder nacional e do poder local”. In: SANTOS et al. (orgs.). *Território, globalização e fragmentação*. São Paulo: HUCITE, 1998. p. 213-220.

AGRICOLA, Ernani. *Campanha nacional contra a lepra*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Departamento Nacional de Lepra, 1946, p. 25. (Palestras proferidas ao microfone da PRA-2 do Serviço de Radiodifusão Educativa do Ministério da Educação e Saúde).

BRUEGEL, Pieter. *O Triunfo da Morte* (1562). Museu do Prado. Disponível em <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/wd/d3d82b0b-9bf2-4082-ab04-66ed53196ccc> Acesso em 26/01/2024.

CUNHA, Ana Zoe S. da. *Hanseníase: a história de um problema de saúde pública*. Dissertação (Mestrado). Santa Cruz do Sul: UNISC, 1997.

CLARO, Lenita B. L. *Hanseníase: representações sobre a doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

COSTA, Veloso. *Alguns aspectos históricos e médicos do Recife*. Recife: UFPE, 1971. Diário Oficial. Distrito Federal, 30 de março de 1995.

EIDT, Letícia Maria. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade* v.13, n.2, p.76-88, maio-ago. 2004.

FAILACCE, Maya. *Do conceito atual da profilaxia da lepra: contribuição à campanha contra a lepra no Rio Grande do Sul*. Tese apresentada a Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Porto Alegre, 1933, p. 07. Biblioteca da Faculdade de Medicina de Porto Alegre – Archivos Riograndenses de Medicina.

_____. *Aspectos brasileiros do problema da lepra – Pró Leprosário Riograndense*. Porto Alegre: Tipografia Gundlach, 1931, p. 05. Biblioteca da Faculdade de Medicina de Porto Alegre – Archivos Riograndenses de Medicina.

_____. Sorologia da lepra – reação de “Gomes-Deycke”. Biblioteca da Faculdade de Medicina de Porto Alegre – *Archivos Riograndenses de Medicina*. Ano X, n. 4, Porto Alegre, 1931.

FILHO, Cláudio Bertolli. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 1998.

FONSECA, Aureliano da. *Doenças venéreas e Doença de Hansen*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

GOMIDE, Leila Regina Scalia. Estigma e segregação social: a questão da lepra no Brasil. In: *História e Perspectiva*. Uberlândia, 1 (1): jul./dez., 1988.

LIMA, Lauro de Souza. *Estado atual da terapêutica da lepra*. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Serviço Nacional de Lepra: São Paulo, 1954.

LUZ, Madel Therezinha. “Saúde e instituições médicas no Brasil”. In: *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. 5 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

MAURANO, Flávio. *Tratado de leprologia – história da lepra no Brasil e sua distribuição geográfica*. V. 1. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Serviço Nacional de Lepra, 1944.

NETO, Jônatas Batista. *História da baixa Idade Média: 1066 – 1453*. São Paulo: Ática, 1989.

PESSOA, Jadir de Moraes. *Cotidiano e história: para falar de camponeses ocupantes*. Coleção Quíron, Série Agros, n.2. Goiânia: UFG, 1997.

PROENÇA, Fernanda Barrionuevo. *Os escolhidos de São Francisco: aliança entre Estado e Igreja para a profilaxia da lepra na criação e no cotidiano do Hospital Colônia Itapuã – (1930-1940)*. Dissertação (Mestrado em História). PUCRS, Porto Alegre, 2005.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *História sem fim... inventário da saúde pública: São Paulo 1880 – 1930*. São Paulo: UNESP, 1993.

RICHARDS, Jeffrey. *Sexo, desvio e danação: as minorias na Idade Média*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

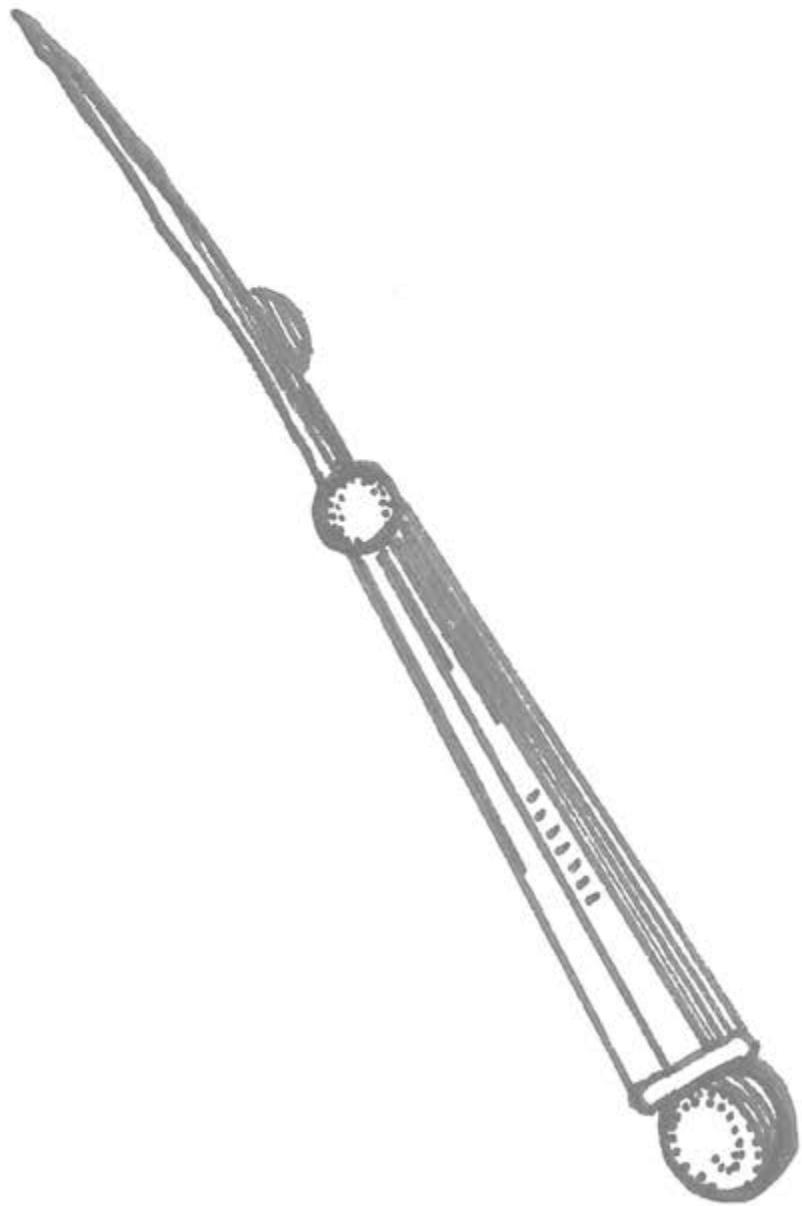
SOUZA-ARAÚJO, Heraclides César de. *História da lepra no Brasil*. V. 2. Período Republicano. Álbum das organizações antilepróticas. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1948.

TELAROLLI JUNIOR, Rodolfo. *As epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. Unesp: São Paulo, 1996.

VELLOSO, A. P.; ANDRADE, V. *Hanseníase: curar para eliminar*. Porto Alegre: Edição das autoras, 2002.

WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Riograndense. 1889 – 1929*. Santa Maria: UFSM; Bauru: Edusc, 1999.

_____. “Positivismo e Saúde: Comte e a medicina”. In: *Revisitando o positivismo*. Canoas: La Salle, 1998.



Capítulo 2:

VARÍOLA E VACINA NO BRASIL. UMA HISTÓRIA DE LONGA DURAÇÃO

Jaqueline Hassan Brizola

BREVE INTRODUÇÃO

O presente texto tem como objetivo abordar a história da varíola e dos combates elaborados contra essa enfermidade no Brasil, tendo como referência os acontecimentos relacionados à doença na cidade de Porto Alegre ao longo do século XIX. Adicionalmente, buscaremos problematizar a história da vacina, desde seus princípios até a erradicação da varíola no século XX. Enfocando os desdobramentos relacionados à implementação da vacina, veremos que o comportamento de não adesão à vacinação contribuiu para acelerar os contágios e óbitos no período imperial, quando as informações sobre o método estavam circunscritas a um grupo reduzido de pessoas. No alvorecer da República, a vacinação contra a varíola ajudou a constituir os modelos de políticas públicas voltadas à prevenção de doenças contagiosas no Brasil.

A história da varíola se perde na noite dos tempos. Sabe-se que a doença causou estragos entre os humanos desde a antiguidade. Marcas na face da múmia do faraó Ramsés V sugerem que a varíola esteve presente entre as populações que viveram no Egito antigo. No período histórico identificado como Idade Média, a doença representou um perigo constante para as populações da Europa ocidental. A presença da enfermidade enquanto entidade biológica é associada aos deslocamentos do homem na Terra, e o seu combate relaciona-se com a história das descobertas científicas nos últimos séculos.

A chegada da varíola ao continente americano é associada às navegações da época moderna. Diante da falta de imunidade dos povos originários, a varíola constituiu-se enquanto arma poderosa para sua disseminação, atuando de forma mais eficaz que a pólvora. Alguns estudos apontam para a influência da doença no genocídio de 80% da população americana na porção sul do continente apenas nos primeiros cem anos da conquista (Crosby, 2011).

Por ser a primeira enfermidade erradicada pela ação da medicina, a varíola tornou-se objeto de estudos em diferentes áreas do conhecimento, incluindo a história. Mas como podemos caracterizar essa doença? Qual era sua letalidade? E, ainda, quais sintomas causava? Entendida pela medicina como uma doença viral de transmissão pessoa-pessoa, a varíola é causada pelo vírus *Orthopoxvirus variolae*, da família *Poxviridae* e do gênero *Orthopoxvirus*.

A doença caracterizava-se por início súbito, com febre, calafrios, vômitos e prostração nos primeiros dias. Após esse período, surgiam as erupções cutâneas, que passavam pelas fases de mácula, pápula, vesícula e pústula; essas erupções eram conhecidas popularmente como bexigas (Gazeta, 2006). A varíola era uma doença bastante grave, que poderia alcançar uma taxa de óbito em torno de 30%. Além disso, deixava marcas nos sobreviventes, como cicatrizes pelo corpo. Em casos mais graves ocasionava a cegueira.

Por ser uma doença altamente letal, que frequentemente provocava epidemias, a busca por uma solução que colocasse fim à terrível enfermidade foi constante ao longo dos séculos XIX e XX. Ambientado em trocas culturais, a inoculação do pus variólico foi largamente utilizada, inclusive entre nobres europeus, até o final do século XVIII. A técnica, no entanto, era muito arriscada, pois consistia em retirar material orgânico das feridas de pessoas infectadas e inocular em sujeitos que ainda não haviam contraído a doença. Na África e nos países que receberam escravizados na época moderna esse procedimento era conhecido como variolização.



James Phipps, de oito anos, primeiro paciente de Jenner, sobreviveu à vacina experimental

Sabemos, no entanto, que a descoberta da vacina foi um divisor de águas na luta contra a doença que representava terror e morte por onde passava. Por ser um procedimento mais seguro, que, de fato, demonstrou eficácia já nos primeiros testes, a vacina ganhou a confiança de médicos e cientistas e foi recomendada pelos principais monarcas europeus, incluindo o Rei de Portugal.¹ Alguns anos após a descoberta do preventivo, o príncipe regente Dom João VI mandou criar a Junta Vacínica da Corte, o primeiro órgão voltado à implementação da vacina no Brasil.

UM ANTÍDOTO PARA A PESTE. VARÍOLA E VACINA AO SUL DO BRASIL

Ao longo dos últimos anos, diversos estudos demonstraram os estragos causados pela varíola em Porto Alegre (Miranda, 2000; Alberton, 2019; Brizola, 2022). Por ser a capital de uma Província fronteiriça, a cidade recebia contingentes militares ao longo do século XIX, além de escravizados e imigrantes. Essa circulação de pessoas oriundas de outras partes do Brasil e do mundo foi fator determinante para a eclosão de epidemias de varíola na Província, como a que levou ao óbito 1,0% da população de Porto Alegre em 1874 (Kühn; Brizola, 2019).

Para frear os contágios, as autoridades elaboraram métodos de cuidado que dialogam com os conhecimentos existentes à época. A medicina hipocrática e galênica ainda era a principal referência teórica para aqueles homens de ciência e os contágios eram vistos, em muitos casos, como resultado de miasmas e emanações pútridas de matéria orgânica pelos ares.² Além disso, médicos como o Dr. Luis da Silva Flores ou Manuel da Silva Ubatuba divergiam quanto às formas adequadas de combater aquele mal, e sabemos disso graças aos relatórios de Presidentes da Província existentes no Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul, além de outros documentos pertencentes ao Arquivo Público do Estado e ao Arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

A vacinação contra a varíola, entretanto, vinha despontando como um método seguro e capaz de garantir às pessoas uma proteção eficaz contra aquele terrível mal. Em 1846, o método passou a ser obrigatório por lei. A partir daquele ano, as autoridades imperiais mandaram vacinar todas as crianças recém-nascidas em qualquer parte do Brasil, sem distinção de cor, gênero ou classe social. Para operacionalizar a medida, foi criada a Comissão de Saúde Pública em 1850, que possuía, entre outras funções, a tarefa de organizar a vacina. A partir da segunda metade do século XIX, o médico responsável por

¹ O método criado pelo médico inglês Edward Jenner, que consistiu em retirar o pus de vacas infectadas com o *cowpox*, a varíola dos bovinos, e inocular em humanos saudáveis a fim de protegê-los contra o *smallpox*, a varíola dos humanos, era chamado à época de vacina animal (Fernandes, 2010).

² Estas teorias sugeriam que a absorção de ar corrupto degenerava os humores corporais. As reações do corpo eram, então, compreendidas como esforço para expelir os humores destrutivos (Czeresnia, 1997).

essa importante tarefa em Porto Alegre foi o renomado Dr. Flores, que também atuou como vereador da capital e, posteriormente, como deputado provincial.

Sabemos, no entanto, que o Dr. Flores e os comissários vacinadores enfrentaram inúmeras dificuldades nos primeiros tempos, a começar pela remessa de pus vacínico, que chegava do Rio de Janeiro armazenada em lâminas de vidro, causando sérias desconfianças entre a população. Outros entraves, como a necessidade de retirar o pus do braço de pessoas vacinadas após oito dias, também prejudicavam o sucesso da medida, já que a maioria dos vacinados não retornava após o período de tempo recomendado para dar seguimento ao processo. Como veremos a partir de agora, a história da vacina é também a história de elaborações e resistências.

A recepção do trabalho do descobridor das vacinas, o médico Edward Jenner, nas Américas, não alcançou a mesma notoriedade em todos os países. Como dito, a instituição da vacina no Brasil foi promovida pelo próprio D. João VI já em 1811, com a criação da Junta Vacínica da Corte e o primeiro ato de vacinação obrigatória se deu em 1832, por meio de posturas municipais com vistas a regularizar a prática no Rio de Janeiro: “Tal experiência, entretanto, demonstrou-se ineficiente, pois estava circunscrita a uma localidade” (Fernandes, 2010). A ampliação da medida em 1846 para todo o Império deveria alcançar a todos os habitantes – um projeto ambicioso, que não alcançou os resultados almejados por seus elaboradores.

A instituição do preventivo contra a varíola em Porto Alegre, de modo semelhante ao que ocorreu em outras localidades, deve ser entendida a partir de uma série de mudanças ocorridas no Brasil em relação à saúde no período referido. A formação de um campo político orientado a pensar a saúde pública de forma centralizada ocorreu paralelamente às tentativas de imunização.³ Embora nem mesmo os próprios médicos estivessem de acordo quanto ao potencial benefício do preventivo, observa-se, já em 1846, a tentativa de incorporação pela esfera “pública” de temas anteriormente regidos pela esfera privada, como foi o caso do combate à varíola.

Nesse sentido, como demonstrou Telarolli (1996), as práticas de saúde no Império estavam mais centradas em acabar com as grandes epidemias do que em organizar os hospitais ou os socorros públicos, mas diversas mudanças associadas à formação do Estado imperial, principalmente após o segundo reinado, coincidiram para a implantação no Brasil de uma prática médica como ação estatal. As decisões em termos de higienismo, urbanismo, educação e prevenção eram tomadas associadas cada vez mais à temática da saúde.

3
Ressalta-se que o conceito de imunidade, que explicaria o fenômeno da vacina, ainda não havia sido construído. As hipóteses de Jenner baseavam-se na reprodução dos fatos, observados anteriormente pela inoculação em indivíduos.

Não por acaso, o termo “saúde pública” passa a ser utilizado de forma recorrente pelas autoridades, tanto do Império quanto da Província. Mesmo que as noções do “público” naquela sociedade escravocrata diferissem muito do que hoje concebemos ao pensar no termo, é inegável que havia uma preocupação em centralizar as atividades, não no sentido de oportunizar melhores condições de vida e saúde para a população, mas sim com a intenção de combater males antigos, como era o caso das epidemias, diminuindo suas ocorrências fatais à luz das novas descobertas no campo da ciência e da medicina.

A vacina propriamente dita chegou ao Brasil no ano de 1803 (Camargo, 2007), mas já em 1798 se tinha conhecimento de sua existência em Portugal. Nesse mesmo ano, inclusive, teria sido feito comunicado às autoridades da colônia do uso de um novo procedimento preventivo contra as bexigas. Segundo Fernandes (2010), a instituição da vacina subordina-se inicialmente à Fisicatura Mor, cuja atribuição era, até então, a de fiscalizar a medicina, as concessões de licenças para médicos, entre outras. A Junta Vacínica da Corte em 1811 vinculou-se à Intendência Geral de Polícia, órgão que tinha entre seus funcionários um oficial de polícia, agente considerado fundamental para a efetivação das medidas propostas, já que as pessoas, frequentemente, se negavam a receber a vacina.

Apesar do projeto ambicioso de D. João no sentido da difusão plena da vacina antivariólica, a atuação da Junta foi inexpressiva diante da magnitude dos problemas decorrentes da doença, tanto no Rio de Janeiro como nas demais províncias.

Os modelos de saúde vivenciados naquela sociedade articulavam-se em torno de explicações miasmáticas e contagionistas.⁴ Não se tinha consenso a respeito das formas de prevenir as doenças, e as descobertas de Jenner nem de longe garantiam qualquer segurança à população; contudo, o avanço obtido com aquele preventivo na Europa era notável e as autoridades imperiais sabiam disso. Os números expressivos de baixas que ocorriam no continente antes da vacinação e sua queda brusca após a instituição dela certamente eram conhecidos por aqueles homens de “ciência” no Brasil. Inclusive esse teria sido o grande motivo que levou as autoridades brasileiras a incorporar a vacinação contra a varíola como uma medida de Estado no século XIX.

4

Segundo Costa (2004), a teoria miasmática em voga no século XIX, partia do pressuposto de que as doenças eram geradas por emanções nocivas localizadas no ar ou nas águas: “A atmosfera podia ser infectada por eflúvios resultantes da alteração e da decomposição de substâncias orgânicas, vegetais, animais ou humanas” (CHERNOVIZ, 1890, p. 421, apud COSTA, 2004, p. 60). Já os defensores do chamado contagionismo acreditavam que organismos invisíveis eram armazenados no corpo humano, transmitindo a doença de um indivíduo a outro através do ar, das vestimentas e de outros objetos. Para evitar o contágio, os médicos propuseram a realização de quarentenas, isolamento em lazaretos, vacinação, etc. A autora aponta ainda para a existência de outras teorias médicas, como a doutrina telúrica – que via no clima, nas condições naturais ou topográficas a razão para a origem das doenças.



Doente

Assim, no primeiro ato em relação às políticas centralizadoras de saúde no Império, criadas por D. João VI, privilegiou-se um movimento para a municipalização de todas as atividades sanitárias. As tarefas de regular, organizar e pensar as ações no campo da salubridade, até pelo menos 1828, estavam a cargo das outrora poderosas Câmaras Municipais. Eram elas as responsáveis pelo saneamento das cidades, devendo interessar-se pela remoção de lixo, pela fiscalização dos alimentos, pelos seus lugares de venda, pela poluição das águas e também pela regulamentação da vacinação contra a varíola. A Fiscatura Mor foi extinta com a carta de 1824, e os exíguos serviços de saúde, até então a ela vinculados, passaram a ser da competência das Câmaras.⁵

Mas deixar aquele serviço de tão estimada importância a cargo das Câmaras Municipais pareceu muito arriscado para os propósitos dos governos provincial e imperial. O problema era claro, não havia controle capaz de ser alcançado no que se referia à vacinação contra a varíola se tal empreendimento estivesse sob a responsabilidade apenas das câmaras municipais. Havia muitas divergências entre aqueles homens que coordenavam o poder local quanto à viabilidade de aplicar a vacina, e, além disso, os vereadores acostumados a decidir as questões referentes àquilo que chamavam de salubridade dos lugares, sem ter de consultar o Presidente da Província ou qualquer outro chefe específico do campo da saúde, se viam agora obrigados a dar encaminhamento a uma prática completamente nova que não trazia garantias exatas, mas era tida em maior zelo pelas autoridades imperiais. Imaginemos, então, que não deve ter sido uma tarefa fácil pensar a política de vacinação contando com um agente político que nem sempre estava de acordo com aquele preventivo.

Na Província de São Pedro do Rio Grande, desde pelo menos 1820, a vacinação jenneriana já era praticada. Sabe-se que essa foi uma das três Províncias escolhidas, em conjunto com Minas Gerais e São Paulo, para a realização dos primeiros testes. Ricardo de Lorenzo (2007) afirmou que os motivos que levaram o governo imperial a incluir a Província sulina neste primeiro momento da vacinação se articulavam em torno de sua posição fronteiriça, e Nikelen Witter (2007, p. 160) endossou essa opinião afirmando que a vacinação não teria obtido grande relevância na Província: “Os vacinados eram poucos e majoritariamente praças do exército”.

A primeira menção a vacinação realizada na capital sulina, no entanto, foi feita por Augusto Porto Alegre (1906) em seu clássico livro *A formação de Porto Alegre*. Sem citar o local de guarda dos documentos que afirma ter consultado, o autor informa que a vacinação teria sido iniciada no Rio Grande de São Pedro no ano de 1816, por meio de iniciativa do Dr. Júlio César Muzzi, médico carioca que viveu na Província até 1832, quando faleceu na capital.

5
Fernandes (2010) argumentou que essa alteração não trouxe mudança substancial aos serviços, pois atendia, na realidade, à proposta de descentralização do poder estatal em função da consolidação das relações locais regidas pela ascendente classe senhorial. Esse processo, associado às iniciativas particulares de vacinação jenneriana no âmbito das localidades, impulsionou a criação de instituições que se voltavam para a tentativa de controle da varíola em nível local.

A iniciativa do Dr. Muzzi, ao que parece, esteve vinculada ao interesse que ele próprio, além de outros doutores da época, manifestava em relação à descoberta de Jenner. Temos poucas informações acerca da vida desses homens, além do já citado trecho de Porto Alegre. Sobre o Dr. Muzzi, consta que foi físico-mor da Capitania a partir de 1815, tendo já por essa época iniciado uma espécie de campanha em prol da vacinação.

A diferença fundamental do período imperial para esse, anterior, em que atuava o Dr. Muzzi, é que a partir de 1846 a vacinação, que antes ocorria por iniciativa de particulares, agora será uma política de Estado. Um desafio para aqueles homens que viveram um período de transição entre as práticas vinculadas à esfera privada e a formação de um ainda frágil poder “público”.

Findo este primeiro momento da realização da vacina, quando práticos se encarregaram de difundir, mesmo que de forma limitada, os benefícios da invenção de Jenner, os próximos sujeitos que assumiram a tarefa eram justamente os indivíduos mais importantes do cenário político local: os vereadores da capital. Talvez vacinar aqueles homens que cruzavam a fronteira, entre eles, escravos e recrutas militares, fosse o objetivo principal do governo imperial inicialmente. Sabemos que os vereadores da capital estiveram empenhados na obtenção da vacina até a década de 1850, quando essa importante tarefa passou a ser executada pela comissão de higiene pública, um órgão criado para coordenar as medidas de saúde na Província (Witter, 2007).

Contudo, há que se considerar que a varíola era uma doença endêmica na capital situada mais ao sul do Brasil e que, por vezes, apresentava quadros epidêmicos graves. Temos notícias de epidemias de varíola nos anos de 1801, 1804, 1810 e 1827 (Alberton, 2019, p. 76), além da grande epidemia de 1874 (Brizola, 2022). Nota-se que, durante a quadra epidêmica de 1874, a população inicialmente buscou os préstimos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Nos primeiros meses daquele ano, dezenas de pessoas procuraram as enfermarias da Misericórdia portando varíola, seus dados constam no livro de Matrícula Geral de Enfermos da Instituição.

As explicações para a ocorrência de surtos epidêmicos devem ser encontradas na baixa adesão da população de Porto Alegre à vacinação. Como demonstra Brizola (2022), entre os anos de 1846 e 1874, enquanto a população crescia, a vacinação caminhava a passos lentos, diminuindo ano a ano, conforme os relatórios dos presidentes da Província estudados pela autora. É provável que as pessoas não procurassem a vacina nos momentos em que a doença estava controlada, o que gerava o risco iminente de novas epidemias.

Além disso, a técnica de Jenner, defendida por alguns médicos da cidade, como o Dr. Luis da Silva Flores não era bem-vista entre os escravizados e populares, que possuíam seus próprios meios de combater a varíola. Sabe-se que as técnicas de variolização ou inoculação foram largamente utilizadas pelos africanos e seus descendentes no Brasil ao longo de todo o século XIX (Chalhoub, 1996, p. 202). A técnica, que consistia em retirar o pus de pessoas infectadas e reintroduzi-lo em sujeitos que não haviam contraído a doença, era praticada em rituais religiosos. Nesse caso, os significados atribuídos à doença e suas curas poderiam variar de acordo com a cultura e os costumes existentes em cada comunidade.



Movimentos antivacina

Como se vê, o século XIX foi um período de adaptação às novas formas de combater aquela terrível doença, mas a vacina não alcançou a notoriedade esperada pelas autoridades responsáveis, a falta de conhecimento sobre o tema e a desconfiança da população em relação à eficácia da medida foram entraves difíceis de superar. O resultado foi a convivência com a doença em formato endêmico e epidêmico durante praticamente todo o século XIX. O caso de Porto Alegre é emblemático nesse sentido. Mesmo com os esforços das autoridades para aplicar a vacinação, as epidemias de varíola voltaram a ocorrer, causando rupturas no tecido social, impactos econômicos, além de terror e morte para os sujeitos que viveram naquele tempo.

VARÍOLA E VACINA NO SÉCULO XX, CONTROLE E ERRADICAÇÃO

Diante dos muitos surtos epidêmicos que ocorreram em função da varíola ao longo do período imperial, as autoridades da República se viram obrigadas a executar algumas medidas para controlar a doença. Em 1898 a vacina completou 100 anos de existência, mas a varíola continuava causando estragos incalculáveis em diferentes cidades do Brasil. Desde 1846, como vimos, a vacina era obrigatória, mas a lei, neste caso, não era cumprida e a população

permaneceu duvidando do potencial do imunizante e contraindo a varíola.

No alvorecer do século XX, já sob o impacto das teorias microbianas de Robert Kock e Louis Pasteur, foram formuladas propostas para o controle de doenças transmissíveis, além de leis que visavam mais uma vez a obrigatoriedade da vacina. A famosa revolta da vacina ocorreu no Rio de Janeiro em 1904, quando as autoridades municipais buscaram implementar as políticas de vacinação orientadas pelo cientista Oswaldo Cruz (Fernandes *et al.*, 2011). Após a revolta da população carioca, o governo cedeu à pressão e o resultado foi uma nova epidemia de varíola em 1908, que causou milhares de contágios e óbitos na cidade.

Além das tentativas de regularizar a prática de vacinação no Brasil, órgãos internacionais voltados ao controle e erradicação de doenças infecto-contagiosas foram criados na primeira metade do século, entre as quais podemos citar a Oficina Sanitária Pan-Americana (OSP), fundada em 1902 e que, posteriormente, passou a se chamar Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Fundação Rockefeller e o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA).

Esses organismos internacionais atuavam em conjunto para a elaboração de metas a serem seguidas pelos países. Mas, voltando ao Brasil, devemos destacar a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) na década de 1920, órgão que foi subordinado ao ministro da Justiça e Negócios Interiores e que visava expandir e centralizar as medidas de controle das doenças transmissíveis nos estados. Segundo Gazeta (2006), as ações pensadas pelo DNSP estavam voltadas à propaganda e educação sanitária, à higiene infantil e ao combate às doenças venéreas.

Sabe-se que o DNSP ampliou as atribuições do Instituto Oswaldo Cruz, que havia sido criado em 1900 com a denominação de Instituto Soroterápico Federal. Esse instituto havia incorporado a vacina antivariólica em sua produção. A essa época, a vacina já estava sendo produzida no Brasil sob a responsabilidade do Barão de Pedro Affonso, no Instituto Vacínico Municipal (IVM). Mais tarde, na década de 1920, a produção do imunoterápico ficou a cargo do Instituto Vacínico Federal, um órgão criado para coordenar as políticas de vacinação em todo o país.

Com a chegada de Getúlio Vargas ao poder, ocorre a criação de Ministérios voltados a temas específicos como a saúde, educação, trabalho entre outros. Nesse momento, campanhas voltadas à erradicação de doenças infecto-contagiosas como a varíola, febre amarela ou malária ganham corpo, sobretudo,

a partir da atuação de Gustavo Capanema, ministro da educação e saúde pública entre os anos de 1934 e 1945. A partir das ações do ministro, as propagandas sobre o benefício das vacinas chegam às escolas brasileiras e um conjunto de exigências passa a ser feito. Para obter matrícula em escolas ou alistar-se ao serviço militar era obrigatória a apresentação do comprovante de vacinação. Sabe-se que a partir da década de 1930, as epidemias de varíola foram reduzidas e, na maioria dos Estados da federação, a doença já apresentava poucos casos.

Nas décadas seguintes, a cobertura vacinal se expandiu, tornando-se política de Estado. Em 1980, a Organização Mundial da Saúde decretou a erradicação da varíola no planeta, fato proporcionado pelas inúmeras tentativas de levar a vacina às pessoas desde meados do século XIX. A partir da década de 1980, com a criação do Sistema Único de Saúde, o Brasil tornou-se uma referência mundial em vacinação. Neste momento, a varíola já não era mais um problema, mas outras doenças foram controladas graças aos esforços do passado e ao investimento massivo em campanhas de conscientização da população.



Aplicador utiliza injetor de pressão em vacinação contra a varíola em São Luís (MA), na década de 1960. — Foto: Acervo: Departamento de Arquivo e Documentação – Casa de Oswaldo Cruz /Fiocruz.

Como se vê, os conflitos gerados em torno da vacina foram entraves difíceis de serem superados, já que o medo e o descrédito em relação à medida foram a regra ao longo do período imperial. Por essa razão, cidades como Porto Alegre presenciaram inúmeras epidemias da doença, mesmo diante dos esforços das autoridades para regularizar e aplicar a vacina naquela localidade.

Ao recuperarmos a história de uma das doenças que mais óbitos causou entre os seres humanos ao longo dos séculos, observamos a relevância da ação humana para o combate de enfermidades. Nesse caso, a busca por uma solução que eliminasse a varíola foi determinante para a criação de serviços de saúde tanto no período imperial quanto no período republicano. Os modelos pensados ao longo dos oitocentos foram aprimorados no século seguinte e se tornaram referência para a elaboração de vacinas e políticas voltadas à erradicação de outras doenças. Em decorrência das experiências produzidas a partir da vacina antivariólica se consolidaram políticas efetivas contra a poliomielite, a febre amarela, a gripe, entre outras enfermidades infecto-contagiosas.

Finalmente, há que se destacar que a varíola foi erradicada da face da terra devido à ação humana, mas o caminho para o domínio do agente causal daquele terrível enfermidade foi bastante longo; após a descoberta da vacina, a doença permaneceu causando estragos e a resistência das pessoas em aderir à vacinação foi fator preponderante para a permanência do vírus na natureza por quase dois séculos. Em tempos de novas ameaças de contágios em massa, a história da varíola se torna um laboratório importante para pensarmos as consequências geradas pelo descrédito de alguns setores das sociedades contemporâneas quanto à importância da ciência e das vacinas.

REFERÊNCIAS

ALBERTON, M. *Das providências que se tem dado a respeito da saúde pública. Enfermidades e ações de combate à varíola na Porto Alegre do início do século XIX (1800-1835)*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em História. UNISINOS, 2019, 202 p.

BRIZOLA, J. H. *A terrível moléstia: varíola, vacina e epidemia ao sul do Império do Brasil*. São Leopoldo: Oikos, 2022.

CAMARGO, L. S. As “bexigas” e a introdução da vacina antivariólica em São Paulo. *Histórica. Revista Eletrônica do Arquivo Público do Estado de São Paulo*, n.28, 2007, pp.1-11.

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

COSTA, M. C. L. Teorias médicas e gestão urbana: a seca de 1877-79 em Fortaleza, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 11(1): 57-74, jan.-abr. 2004.

CROSBY, A. W. *Imperialismo ecológico: a expansão biológica da Europa, 900-1900*, tradução José Augusto Ribeiro, Carlos Afonso Malferrari. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

CZERESNIA, D.: 'Do contágio à transmissão: urna mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia'. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, vol. IV(1): 75-94, mar.jun. 1997.

FERNANDES, T. *Vacina antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens (1808-1920)*. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2010.

FERNANDES, T. CHAGAS, D.C; Souza, E.M. Variola e vacina no Brasil no século XX: institucionalização da educação sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(2):479-489, 2011.

GAZETA, A. *Uma contribuição à história do combate à varíola no Brasil: do controle à erradicação*. Tese (Doutorado). FIOCRUZ, 2006.

KÜHN, F; BRIZOLA, J.H. Entre vacinas, doenças e resistências: os impactos de uma epidemia de varíola em Porto Alegre no século XIX. *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos*; 26(2): 537-554, abr.jun. 2019.

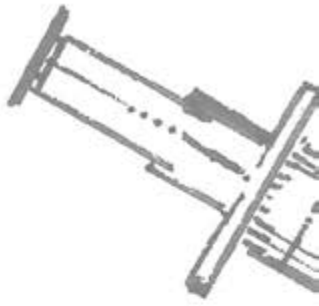
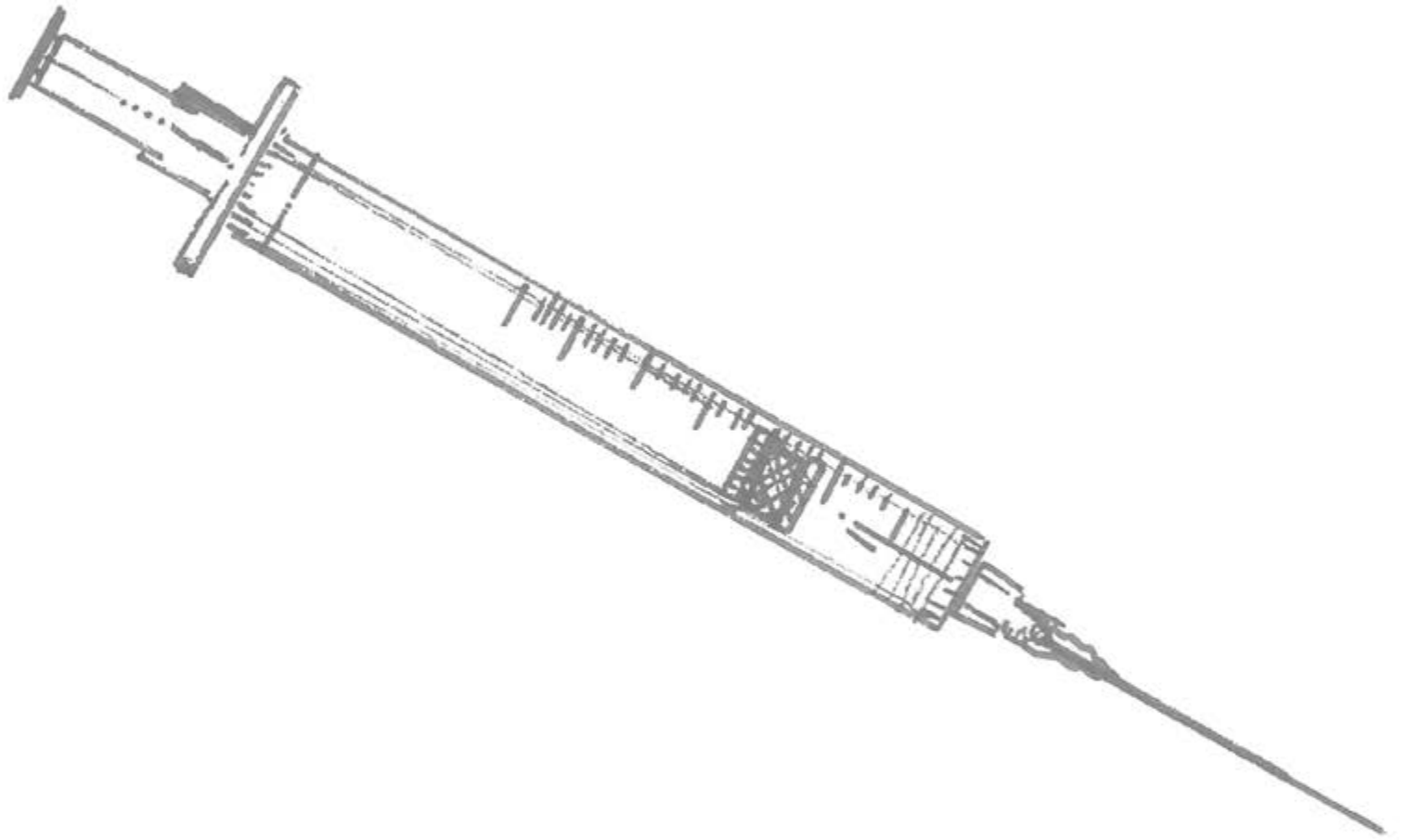
LORENZO, R. "E aqui enloqueço": a alienação mental na Porto Alegre escravista, c. 1843 - c. 1872. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, 2007. 263 f.

MIRANDA, M.E. *Continente de São Pedro: administração pública no período colonial*. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande, 2000.

PORTO ALEGRE, A. *A formação de Porto Alegre*. Porto Alegre: Globo, 1906.

TELAROLLI JR., R. *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Unesp, 1996.

WITTER, N. *Males e epidemias*. Sofredores, governantes e curadores no Sul do Brasil (Rio Grande do Sul - Século XIX). Tese (Doutorado). Niterói: Universidade Federal Fluminense - UFF, 2007. 267 f.





Capítulo 3:

ASSISTIR, EDUCAR E VIGIAR: A HISTÓRIA DA TUBERCULOSE ATRAVÉS DOS ACERVOS DO MUHM

**Angela Beatriz Pomatti
Gláucia G. Lixinski de Lima Kulzer**

Há registro da presença da tuberculose, ao longo da história, em todo o mundo. A enfermidade foi relacionada a diversos fatores e recebeu diferentes denominações: tísica, peste branca, doença do peito, mal do século, e, mesmo após a descoberta da cura, ainda hoje faz milhares de vítimas. Refletir sobre a enfermidade, contextualizando historicamente por meio do acervo do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul (MUHM)¹, contribui com a discussão sobre essa doença infectocontagiosa, que ainda hoje é um desafio para a saúde pública global.

O acervo do Museu possibilita desenvolver temas ligados a diversas práticas de saúde e é composto por cerca de 6200 objetos, sendo formado principalmente por equipamentos médicos e instrumentos cirúrgicos. O acervo arquivístico é composto por cerca de 270 coleções pessoais e institucionais e o acervo bibliográfico por cerca de 10000 obras, das quais em torno de 550 são consideradas raras.

Através deste acervo, que inclui equipamentos, teses e livros, podemos retratar aspectos da história da tuberculose no Rio Grande do Sul, desde o período em que esta moléstia era uma das principais causas de mortalidade até a introdução de métodos diagnósticos e a descoberta da cura.

Com base neste acervo foi organizada a exposição que aborda a história da tuberculose, chamada: “Assistir, Educar e Vigiar: A Tuberculose em Porto Alegre”, inaugurada em 2020. A organização expográfica está distribuída em

¹ O Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul iniciou suas atividades em 2004, através do projeto de entrevistas a profissionais médicos, desenvolvido pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (Simers), a fim de registrar a memória destes profissionais. A partir de 2005 iniciou a formação do acervo, através de doações de profissionais e familiares, e, em 2007, o MUHM instalou-se no prédio histórico do Hospital Beneficência Portuguesa de Porto Alegre, situado na Av. Independência, 270 (MUHM, 2014).

seis nichos e cada um trata de pontos relevantes da história dessa doença. Buscou-se levar a narrativa histórica da moléstia para o público, fornecendo uma experiência museal e educativa voltada para a prevenção desta doença infectocontagiosa.

Cabe salientar que a exposição física foi pensada em meio à pandemia da COVID19 (2020-2022)². Como o MUHM estava fechado ao público, buscou-se novas formas de comunicar as exposições e o acervo e, assim, a exposição física foi transformada em uma websérie, veiculada no canal *Youtube* do MUHM, apresentando os nichos expográficos e seu conteúdo. Cabe salientar que foi uma inovação para o MUHM, sendo a primeira exposição disponibilizada ao público no formato virtual. Embora já estivesse disponível fisicamente, a exposição foi vista primeiramente no formato virtual devido à pandemia. A retomada das visitas presenciais ocorreu em 2021, ainda com restrições e seguindo os protocolos e medidas de saúde recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Neste artigo selecionamos alguns objetos que compõem a exposição “Assistir, Educar e Vigiar: A Tuberculose em Porto Alegre”, com o intuito de abordar cronologicamente aspectos da história da doença e as suas transformações ao longo dos séculos.

A tuberculose foi considerada uma doença mortal até meados do século XX, antes da descoberta dos antibióticos eficazes para seu tratamento. Também foi rodeada por estigmas que envolviam os doentes, numa exclusão social com prognósticos sombrios. A falta de conhecimento sobre a doença e a forma como era transmitida contribuíam para a marginalização do paciente, associando a moléstia à pobreza, à promiscuidade e à falta de higiene.

Apresentar esse processo histórico e científico que possibilitou a descoberta da vacina do bacilo Calmette–Guérin (BCG), a introdução de métodos diagnósticos, a construção de estruturas de atendimento aos doentes, somando-se às campanhas educacionais e à descoberta da cura, foi garantia de que os acometidos desta moléstia recebessem cuidados adequados integrados na sociedade.

A TUBERCULOSE ATRAVÉS DOS TEMPOS

As doenças infecciosas como a tuberculose, HIV/AIDS e o COVID-19 tornaram-se uma séria ameaça para a humanidade. Muitas epidemias e pandemias surgiram e alteraram o curso da vida, da economia e influenciam

2
Ao longo do período que compreende os anos de 2020 e 2022, foram pensadas sete exposições virtuais. Para visitar as exposições virtuais acesse o site do MUHM – Disponível em <https://www.muhm.org.br/exposicoes>. Acesso em: 12 out. 2022.

decisões políticas. Assim, partindo do primeiro nicho intitulado “A tuberculose através dos tempos”, foi possível explorar alguns aspectos do contexto histórico da doença, através do uso de uma linha temporal, demonstrando caminhos trilhados por cientistas com a finalidade de desbravar o agente causador da tuberculose. Um dos personagens centrais da história da tuberculose foi Robert Koch (1843-1910), devido a sua trajetória médica e contribuição com a descoberta do bacilo que levou o seu nome.

Neste nicho, apresentamos: acervos bibliográficos, jornais, reprodução de cartazes de campanhas de prevenção à tuberculose, reprodução e transcrição de uma carta de alforria que faz referência à condição de saúde em que os escravizados ganhavam a liberdade por ter a moléstia e, também, objetos.



Figura 1: Fotografia do nicho 1
Fonte: Acervo MUHM

A tuberculose é uma das doenças mais antigas e mortais, caracterizada pela ampla expansão geográfica. Sua presença é descrita em antigos textos gregos, chineses e na Bíblia. A doença chegou ao Brasil no período da colonização portuguesa, com o estabelecimento dos jesuítas e outros colonos infectados. O contato destes últimos com os povos originários levou ao adoecimento e morte de um grande contingente indígena (Rosemberg, 1999). De acordo com Marina Maciel et al. (2012, p. 227):

Referências a quadros clínicos compatíveis com a doença foram encontradas nas cartas de Inácio Loyola (1555) e de José de Anchieta (1583) destinadas ao Reino de Portugal, nas quais se relata que “os índios, ao serem catequizados, adoecem, na maior parte, com escarro, tosse e febre, muitos cuspidos sangue, a maioria morrendo com deserção das aldeias”.

A tuberculose afeta principalmente os pulmões, mas pode atingir outros órgãos como destaca Platen (1903, p. 1235):

A tuberculose pulmonar [...] é a forma mais frequente, mas não única, da tuberculose. Esta se pode encontrar em qualquer órgão, em qualquer parte do corpo. Assim é que existe a tuberculose dos gânglios linfáticos, dos ossos, das articulações, do peritônio, do intestino, da laringe, da traquéia, etc. Uma forma muito séria é a tuberculose das meninges do cérebro ou da medula.

Sua representação foi sofrendo alterações ao longo do tempo, e, à medida que as pesquisas e os estudos anatômicos foram se aprimorando, foi possível compreender o seu contágio³ e o agente causador. Assim como o termo tuberculose que segundo Rosemberg (2009, p. 7) “[...] só foi criado em 1839, por Schoenlein, que aproveitou a raiz ‘tubérculo’, nome dado ao nódulo lesional por Sylvios Deleboe em 1680”. A invenção do microscópio, no século XVII, permitiu compreender parte dos seres invisíveis, mas sem identificá-los como causadores de doenças.

Durante o século XVIII, Giovanni Maria Lancisi designou “miasmas que seriam emanações resultantes de putrefação de matéria orgânica e seus odores, acreditando que causavam doenças (Brunieri, 2016). Acreditava-se que os miasmas seriam gerados pela sujeira encontrada nas cidades insalubres, e também por gases formados pela putrefação de cadáveres humanos e de animais, atacando o corpo humano (Chernoviz, 1886).

Somente no final do século XIX associou-se as doenças a seres microscópicos, criando-se a teoria Microbiana. Neste período também se acreditava que a tuberculose estava ligada a questões hereditárias, conforme podemos constatar no trecho escrito por M. Platen (1903, p. 907):

[...] assim como se transmittem de pais a filhos traços physionomicos, qualidades do character, aptidões do espirito, etc., assim tambem certas molestias buscam d’uma geração a outra as suas victimas. Tuberculose, molestias nervosas, molestias mentaes, chlorose, hypocondria, hysteria, epilepsia, cancro, syphilis que não raro apparecer sob a forma de escrofulas, molestias do estomago e outras são soffrimentos para os quaes o paciente já ao nascer traz a predisposição comsigo e que mais tarde se desenvolvem.

A tuberculose também foi conhecida como uma doença “da constituição”, ou seja, o indivíduo nascia predisposto, ideia fundamentada na teoria de Hipócrates, que considerava que um tísico nascia de outro igualmente doente, morrendo tísico. (Gonçalves, 2002). Nos anos de 1860, também foi associada às classe pobres como “[...] perigo de contágio [...] houve então o diagnóstico que o hábito de moradia dos pobres eram nocivos à sociedade [...] porque as

3 O termo contágio foi empregado pelo médico Girolamo Fracastoro (1478-1553), em 1546, na tese “De contagione et contagiosis morbis et curatione” sobre a transmissão de doenças (Ferreira, 2008, p. 18).

habitações coletivas seriam focos de irradiação de epidemias [...]” (Chalhoub, 1996, p. 29).

Já na década de 1870, a teoria microbiana iniciou sua trajetória com os trabalhos de Robert Koch, estabelecendo regras para a determinação dos microrganismos como agentes de doenças. Em 1882, Koch, anunciou o agente etiológico da tuberculose, a bactéria *Mycobacterium Tuberculosis* - também conhecida como Bacilo de Koch (Guerrand, 1985). De acordo com o médico Léo Tossin (1982, p. 5), a pesquisa de Robert Koch representou “[...] um passo importante para a ciência, consolidando as teorias sobre a etiologia das doenças infecciosas, colaborando assim com o período bacteriológico da medicina”.

Dentre os objetos que compõem esse primeiro nicho destacamos as escarradeiras, confeccionadas em materiais diversos, com a finalidade de aparar o excesso de saliva e catarro produzido pelo organismo. Esse objeto atesta a importância que as sociedades que os produziram e adotaram atribuíram ao ato de escarrar, de expelir, um costume tanto das pessoas mais abastadas quanto dos mais pobres.

Para que essa prática continuasse sendo exercida, transformaram-na em um ato não apenas socialmente aceito, mas elegante, criando para esta finalidade requintados recipientes. A beleza do recipiente passou a compor a decoração dos espaços sociais, sendo utilizadas em espaços sociais diversos e lares mais requintados.



Figura 2: Escarradeiras
Fonte: Acervo MUHM

Por muito tempo acreditou-se que o contágio da tuberculose se dava pelo contato com o escarro e a prática contribuiu fortemente para a disseminação do bacilo de Koch. Como destaca Pierre Darmon (1985, p. 249-250), o escarro era visto como transmissor:

[...] em 1882 (...) Robert Koch constatou que os escarros secos eram mais perigosos do que os úmidos, nos quais os germes permaneciam aglutinados. Mas, uma vez secos, a mesma vassoura, a mesma corrente de ar, dissemina no espaço ambiente qualquer coisa como sete milhões de bacilos expectorados por cada tuberculoso.

Já no século XX criam-se normas e princípios com a finalidade de orientar o costume de escarrar pelo viés da saúde e, assim, evitar a disseminação da tuberculose. Ao modificarem-se as políticas em saúde passou-se a dar uma maior importância a pesquisas científicas e a medicina deixou de lado a ideia da hereditariedade da doença, relacionando o bacilo à enfermidade. Esse fato modifica não só a etiologia, mas também as formas de perceber e lidar com a moléstia.

A MEDICINA E A INTENSIFICAÇÃO NA LUTA CONTRA A TUBERCULOSE

No Brasil, na década de 1920, a alta taxa de mortalidade da doença fez com que o Departamento Nacional de Saúde Pública criasse órgãos que buscavam contê-la, através da educação sanitária. Depois de inúmeras tentativas e pesquisas, houve alguns avanços no combate à doença, tais como, a descoberta da vacina BCG – Bacilo de Calmette e Guérin, na França (Pereira *et al.*, 2007).



Figura 3: Fotografia do nicho 2
Fonte: Acervo institucional MUHM

Destacamos o artigo do médico Jandyr Maya Faillace, publicado em 1932, e um estudo acerca dos resultados clínicos e experimentais sobre o BCG em crianças, realizado no Laboratório de Bacteriologia da Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul (Faillace, 1932).

Os testes em humanos com a vacina BCG iniciaram na França, em julho de 1921 e, em 1924, deu-se origem a uma dosagem padrão, que permitiu a fabricação e uso em larga escala. Conforme Bonah (2008 *apud* Cavalcanti, 2013, p. 203):

A partir de então, ela começou a ser distribuída para testes aos Institutos Pasteur das colônias francesas e a vários institutos de pesquisa, como por exemplo, o Instituto Soroterápico de Copenhague, Instituto Bacteriológico e Soroterápico da Bélgica, Holanda, Itália, Polônia, Romênia e Alemanha.

A partir de 1927 iniciou a distribuição internacional da BCG (Cavalcanti, 2013) e, no mesmo ano, a vacinação em recém-nascidos do Rio de Janeiro (Mac Dowell Filho, 1949). Posteriormente, organizou-se laboratórios para produção e distribuição da BCG no Rio Grande do Sul, sob a direção de Manoel José Pereira Filho e Jandyr Maya Faillace e, em São Paulo, por Clemente Ferreira e Vaz (Mac Dowell Filho, 1949). Posteriormente, o Laboratório Bacteriológico do Departamento de Higiene do Rio Grande do Sul iniciou a cultura do BCG e a imunização em recém-nascidos, enviando vacinas para o interior do estado.

Primeiramente, o método de vacinação BCG era via oral, produzido a partir de bacilos vivos atenuados de cepa *Micobacterium bovis* (Rodrigues, 2015, p. 53). Buscava-se provocar no organismo uma reação a fim de produzir anticorpos e maior resistência ao bacilo de Koch. Conforme destacou o Dr. Leonidas Soares Machado, em artigo escrito para o Boletim de Bioestatística do Departamento de Saúde do Rio Grande do Sul, em 1949: “a vacinação pelo B.C.G. é o meio de prevenção mais eficiente contra a tuberculose porque é inócua e confere proteção específica. [...] Difundir a vacinação pelo B.C.G. é lutar verdadeiramente contra a tuberculose” (Machado, 1949).

O Brasil foi uma das primeiras nações a introduzir a vacinação oral da BCG e este método foi utilizado até o final da década de 60. No entanto, o método de vacinação do BCG intradérmico demonstrou alta eficácia e respaldo de duas das maiores instituições de luta antituberculose: Organização Mundial de Saúde e União Internacional Contra a Tuberculose (Kwitko, 1973).

Atualmente, a BCG integra o calendário de vacinação do Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS) e é aplicada gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), recomendada ao nascer (Brasil, 2003). A vacina BCG, que completou 100 anos em 2021, é eficaz na prevenção de formas graves da doença, como a meningite tuberculosa e a tuberculose miliar.

O DIAGNÓSTICO COMO MÉTODO CIENTÍFICO

O terceiro nicho da exposição é composto por acervos que abordam aspectos sobre os meios de diagnóstico da tuberculose. Em especial, apresentamos os exames de abreugrafia, a seringa de prova de tuberculina e lâminas laboratoriais para o exame da baciloscopia.

Em 1890, temos a descoberta da tuberculina por Robert Koch (Gill, 2004) e, em 1895, o físico Wilhelm Konrad Röntgen, descobriu o Raio X (Lima *et al.*, 2009), trazendo inovação para o diagnóstico da tuberculose. De acordo com

Bertolli Filho (2001, p. 40), “o emprego do Raio X pela medicina inaugurou novos recursos para a averiguação clínica do corpo infectado, tornando-se corriqueiro seu uso pelos tisiologistas a partir da segunda década do século XX”.

Na década de 30, o médico Manoel de Abreu desenvolveu uma técnica de diagnóstico precoce aperfeiçoando a técnica da roentgenfotografia, de uso rápido e barato para a tuberculose, que consistia em pequenas chapas radiográficas dos pulmões, denominada “abreugrafia”. Trata-se de imagens de raios-x do tórax, com tamanho reduzido, de baixo custo. Em 1936, foi instalado o primeiro aparelho para a realização de abreugrafias no Hospital Alemão, no Rio de Janeiro (Abreu, 1938).

De acordo com o médico Manoel de Abreu (1938, p. 43):

[...] por meio do cadastro torácico total, que revelará a existência e topografia de todos os focos de infecção. Precisamos de leis que permitam o exame obrigatório. [...] Bastaria que para exercer qualquer profissão ou ingressar em qualquer instituição ou organização coletiva, fosse obrigatória a ficha torácica para cada indivíduo e membros da respectiva família. Quanto ao seu mecanismo prático, êle seria eficaz e economicamente realizado pela roentgen-fotografia. O documento roentgen-fotografico deve ser *gratuito* ou *quase gratuito*, livre de qualquer dificuldade. Há moléstias de tipo social, endemias de extenso raio de ação, que não podem ser combatidas senão pelo diagnóstico e tratamento ao alcance da maioria. Assim, a sífilis e a lepra. Assim, a tuberculose. Um dos grandes obstáculos ao diagnóstico precoce de todos os casos da tuberculose, tem sido o preço elevado do exame radiológico.

De acordo com Bertolli Filho (2001, p. 87), Abreu solicitou:

[...] ao presidente Vargas a aprovação de leis que obrigassem toda a população a se deixar examinar dos pulmões, compromisso que permitiria a organização de um cadastro social onde o Estado saberia quem e quantos eram os consuntivos residentes no país.



Figura 4: Exame de Abreugrafia, década de 50
Fonte: Acervo MUHM

No Brasil, a técnica de diagnóstico precoce “abreugrafia” foi incorporada pelos serviços públicos de saúde e “foi assumida como contribuição genuinamente nacional para o controle da Peste Branca, sendo objeto de louvor por toda a medicina brasileira” (Bertolli Filho, 2001, p. 87).

Ainda na década de 1970 este exame de abreugrafia em massa era obrigatório, no entanto, com a diminuição dos casos de tuberculose, a Organização Mundial da Saúde (OMS) se pronunciou contra o uso do método em massa, por expor desnecessariamente a população a doses de radiação (Silveira, 2022). Atualmente, o diagnóstico é realizado utilizando o histórico clínico e epidemiológico do paciente, exames por meio de confirmação bacteriológica laboratorial, exames de imagens, prova tuberculínica, entre outros.

TRATAR O INTRATÁVEL: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE



Figura 5: Aparelho de Pneumotórax
Fonte: Acervo MUHM

No início do século XX houve a introdução de novas políticas públicas para a saúde, melhores métodos de diagnósticos e tratamentos. Assim, o quarto nicho é composto por acervos bibliográficos, propagandas de medicamentos e objetos como aparelho de pneumotórax artificial.

Conforme Rosenberg (1999, p. 5) “o pneumotórax foi o primeiro tratamento racional”. Através deste objeto é possível contextualizar historicamente a forma terapêutica que era realizada para a tuberculose pulmonar, assim como

compreender a proposta da técnica desenvolvida pelo médico Carlo Forlanini, que em 1882 “[...] criou a colapsoterapia médica pelo pneumotórax artificial” (Rosemberg, 1999, p. 16). Apesar de ter anunciado a nova técnica, em 1882, Dr. Forlanini, “passou a utilizá-la somente seis anos depois”, conforme salienta Lorena Gill (2012, p. 276).

Conforme destaca Lorena Gill (2012, p. 282), esse procedimento consistia em “colocar na pleura 200 centímetros cúbicos de gás azoto que comprimia e espremia o pulmão, de modo a libertá-lo dos líquidos que infiltravam produzindo a febre por autointoxicação”. A redução das áreas afetadas, propiciava um alívio aos sintomas da tuberculose pulmonar. Este tratamento foi largamente utilizado nos dispensários e sanatórios como recurso para amenizar o sofrimento do paciente infectado.

No início do século XX o tratamento utilizando o aparelho de pneumotórax passou a ser, conforme destaca o médico José Fernando Carneiro (1961, p. 24-25),

[...] o recurso máximo do tisiologista, a pedra angular do tratamento da tuberculose. [...] Com a introdução do pneumotórax e o desenvolvimento paralelo dos outros métodos colapsoterápicos foi possível fazer muito mais pelos pacientes e a tisiologia surgiu como especialidade, nos centros urbanos.

Embora nem sempre com êxito, o pneumotórax artificial revelou-se uma alternativa para tratar o mortal bacilo de Koch até meados dos anos 50.



Figura 6: Fotografia do nicho 5 e 6
Fonte: Acervo MUHM

DOS AGENTES DA VIDA: O SOL E AR ATÉ A ATUALIDADE

Os dois últimos nichos da exposição são “Agentes da vida: o sol e ar” e “Tuberculose: atualidade e desafios”. Entre os acervos selecionados destacam-se: Boletins do Departamento Estadual de Saúde, Estatuto do Sanatório Belém, Recortes de Jornais e Selos de campanhas mundiais contra a tuberculose. Através deles foi possível retratar alguns aspectos importantes sobre os tratamentos, medidas higiênicas específicas: repouso, boa alimentação e exposição à luz solar, assim como a concepção de locais de tratamento e cura em Porto Alegre, no início do século XX, a fim de isolar o doente como alternativa num momento com escassos tratamentos.

Conforme salienta, Ana Korndörfer (2013, p.18), “a partir da proclamação da República no Brasil, em 1889, as questões relativas à saúde pública passaram a ser tratadas de forma descentralizada, obedecendo à Constituição de 1891, que estabelecia a autonomia dos estados”.

Já no Estado Novo (1937-1946), o Dr. José Bonifácio Paranhos, diretor do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, iniciou a transformação estrutural na fiscalização e nas ações práticas das áreas da higiene e saúde pública, inaugurando, em 1942, o Centro de Saúde Modelo, que possuía uma seção de Educação e Propaganda Sanitária para promover o conhecimento e a formação da consciência sanitária, através dos Centros de Saúde e Postos de Higiene no interior do Estado (Nascimento, 1943).

Na figura abaixo, temos dados estatísticos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, de 1908 a 1940, que demonstram os coeficientes de óbito por 100 mil habitantes do município de Porto Alegre. Verificamos que neste período os valores retratam um índice alto de mortalidade.

De acordo com o médico Dr. Leônidas Soares Machado (1940, p. 179), “[...] a mortalidade da tuberculose é considerada excessivamente forte acima de 300 para 100.000 habitantes, muito forte quando entre 200 e 300 para 100.000 habitantes, forte quando entre 100 e 200 e moderada se está abaixo de 100 [...]”. É importante considerar que os dados estatísticos apresentados, no quadro acima, referem-se ao período em que a tuberculose ainda não tinha cura, ou seja, um medicamento com que se pudesse eliminar a moléstia.

Verifica-se também que, à medida que foram sendo introduzidas as campanhas em prol ao combate da doença e a vacinação de BCG, a partir de meados da década de 20, em Porto Alegre, o coeficiente de mortalidade foi tendo um leve declínio.

QUADRO II
Óbitos por tuberculose (todas as fórmulas) na cidade de Porto Alegre
e coeficiente de mortalidade para 1.000 óbitos gerais
e para 100.000 habitantes.

Anos	População da cidade	Óbitos gerais	Óbitos por tuberculose	Coefficiente por mil óbitos gerais	Coefficiente por cem mil habitantes
1908	92.500	2.461	390	159	427
1909	101.700	2.685	472	176	464
1910	113.584	2.702	467	173	411
1911	125.900	3.458	595	163	454
1912	135.800	3.821	590	147	414
1913	143.500	3.689	584	158	407
1914	150.300	3.310	578	175	385
1915	154.700	3.311	634	191	410
1916	159.500	3.305	620	189	392
1917	162.000	3.845	583	153	393
1918	163.500	5.087	724	142	443
1919	165.000	3.061	641	207	388
1920	168.500	3.364	656	170	369
1921	172.000	3.515	643	183	374
1922	176.500	3.580	667	186	378
1923	180.750	4.124	694	168	384
1924	190.450	4.269	769	180	404
1925	200.100	4.080	797	188	383
1926	210.000	4.250	802	189	382
1927	247.900	4.501	827	184	384
1928	258.500	4.252	875	206	388
1929	270.000	4.843	920	190	341
1930	280.800	4.250	870	204	310
1931	290.570	4.586	901	196	319
1932	297.000	4.372	908	197	308
1933	302.700	4.174	874	209	288
1934	310.000	4.223	882	209	285
1935	313.500	4.757	929	195	296
1936	318.504	4.854	984	204	300
1937	324.027	5.236	1.004	192	310
1938	328.332	5.190	905	192	294
1939	330.000	5.413	1.004	185	287
1940	350.000	5.100	839	164	240

Figura 7: Quadro
 Fonte: Machado, 1941, p. 179.

Os dados estatísticos apresentados demonstram que em Porto Alegre, no período de 1908 a 1940, o número total óbitos foi de 24.644, da mesma forma que a mortalidade pela tuberculose é 54% sobre os homens e 46% sobre as mulheres, neste período (Machado, 1941). Historicamente a tuberculose acomete mais os homens. De acordo com os dados, no ano de 2022 houve o predomínio de casos novos de tuberculose em homens (55,1% dos casos) com idade entre 20 e 64 anos (RS, 2023).

ÓBITOS POR TUBERCULOSE NA CIDADE DE P. ALEGRE, DISTRIBUIDOS SEGUNDO A LOCALIZAÇÃO DA DOENÇA	
DE 1908 A 1940	
APARELHO RESPIRATÓRIO:	93%, 22875
MENINGES:	593
APARELHO DIGESTIVO:	755
MAL DE POTT:	94
TUB. GANGLIONAR e VASOS LINFÁTICOS:	22
TUBERCULOSE GENERALISADA:	120
OUTRAS TUBERCULOSES:	185
TOTAL:	24644

Figura 8: Quadro
 Fonte: Machado, 1941, p. 179.

Outro ponto importante apresentado pelos dados é que o principal órgão atingido é o pulmão, representando 93% dos casos da doença no período pesquisado. Atualmente a tuberculose pulmonar também é dominante entre os casos da moléstia na Brasil.

Na tentativa de enfrentar o problema da tuberculose, no início do século 20, devido ao apelo coletivo diante da moléstia, iniciaram-se campanhas no Brasil para a construção de locais de isolamento, os sanatórios, reconhecidos como “o lugar ideal onde se podia cevar o tuberculoso” (Carneiro, 1961, p. 20).

Lorena Gill (2012, p. 268) salienta que:

Durante anos, na maior parte do País foram publicadas matérias em jornais abordando a necessidade da criação de sanatórios nos moldes europeus; de dispensários, cuja função era profilática; ou do oferecimento de alas específicas e separadas em hospitais gerais para a atenção ao tuberculoso, além da criação de hospitais de isolamento [...].

O médico Clementino Fraga (1941, p. 80) destaca que era indicado, na década de 40: “o tratamento higieno-dietético [...] em todos os casos da tuberculose, exigindo em muitos doentes a terapêutica do repouso e do clima de altitude, propiciados na cura sanatorial”. Essas recomendações levaram centenas de pessoas a se exilar em sanatórios ou em cidades de “bom clima”, em busca de tratamento e cura.

Analisando historicamente as instituições destinadas para o tratamento e profilaxia da tuberculose no Rio Grande do Sul na primeira metade do século XX, eram 14 hospitais gerais que dispunham leitos para esse fim e um hospital que seria idealizado para esse fim, no caso o Hospital Sanatório Belém (Xavier, 1940).

Em Porto Alegre, na década de 30, começou-se a pensar na construção de um hospital sanatório para tuberculosos. Com o apoio do Governo do Estado, um grupo de médicos fisiologistas deu vida ao projeto. Foi escolhido um local afastado da cidade, construído em Belém Velho. De acordo com Nascimento (1943, p. 159), o terreno da construção destacava-se por ter “[...] uma situação topográfica esplêndida, assenta entre eminências de pequena elevação e vales que lhe permitem uma ventilação constante e profunda”.

A solenidade de lançamento da pedra fundamental contou com a presença de Getúlio Vargas, General Flores da Cunha, Arcebispo D. João Becker, Major Alberto Bins, além de representantes de entidades médicas, como o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul e a Sociedade de Medicina, entre outras autoridades (O LANÇAMENTO DA PEDRA [...], A FEDERAÇÃO, 1934, p. 8).

Figura 9: Hospital Sanatório Parque Belém, década de 1940
Fonte: Anais do 2º Congresso Nacional de Tuberculose, Out. 1941, V.1º, Porto Alegre (RS): Tipografia Santo Antônio - Pão dos Pobres. Acervo MUHM.
Fonte: Machado, 1941, p. 179.



As obras do Hospital Sanatório Belém iniciaram em maio de 1940, sendo inaugurada parte da instituição durante o 2ª Congresso Nacional de Tuberculose, realizado em Porto Alegre, em outubro de 1941 (Nascimento, 1943). Oficialmente, o Hospital Sanatório Belém foi inaugurado em outubro de 1943, contando novamente com a presença de Getúlio Vargas, no entanto, suas obras só foram finalizadas na década de 1950. O estilo americano de arquitetura do edifício corresponde a um sistema combinado das construções em pavilhão tipo monobloco, em semicírculo em que o corpo central se divide em seis alas, como ramos de uma figura geométrica estelar. Conforme o médico Edmundo Nascimento, esse modelo de construção de edifício beneficia a distribuição de ar e de luz solar (Nascimento, 1943).

Foi projetado para ter “[...] capacidade de 700 leitos, divididos em enfermarias pequenas com um máximo de 20 leitos e em quartos ou apartamentos” (Nascimento, 1943, p.159). Também contava com solários, cinema, capela, teatro, e ainda uma granja que garantia autonomia no fornecimento de suprimentos para a instituição.

Com a ideia de ampliar os locais de diagnóstico e tratamento, o Departamento Estadual de Saúde do RS inaugurou, em 1942, o Centro de Saúde Modelo de Porto Alegre e mais um dispensário de tuberculose equipado com o que havia de mais moderno para o diagnóstico da tuberculose para o período (Nascimento, 1943).

A partir de meados do século XX, a introdução da quimioterapia colaborou na luta contra a tuberculose. De acordo com o médico Edmundo Nascimento, “a Estreptomicina foi descoberta em setembro de 1943 pelo russo Selman

A. Waksman, microbiólogo da Estação Experimental de New-Jersey, e seus ajudantes, Albert Schatz e Bugie” (1949, p. 10). A tese de Nascimento dialoga com a trajetória histórica das pesquisas e sua contribuição para a descoberta de novos medicamentos e tratamentos, que foram ao longo do tempo sendo incorporados de forma positiva, visando a cura desta moléstia.

Nos anos 80 surge uma nova doença infectocontagiosa: HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). O primeiro caso no Brasil foi identificado pela “[...] dermatologista Dra. Valéria Petri, em fins de 1982 [...]” (Seffner, 1995, p. 49). E ainda na década de 80, mais precisamente em 1983, foi identificado o agente causador e, em 1986 o vírus da AIDS recebe a denominação internacional de HIV (Targa, 1992).

Há uma relação muito estreita entre o HIV e a tuberculose. De acordo com Dilene Nascimento (2005, p. 18), “[...] as duas doenças tematizam mecanismos de estigmatização e exclusão dos vitimados, tanto em nome de valores morais quanto da manutenção de sua forma de organização”. Quando o organismo está comprometido pela ação do HIV, surgem as doenças denominadas oportunistas, há um risco considerável de adoecimento por tuberculose. De acordo com os dados o Rio Grande do Sul “[...] apresentou as maiores taxas de coinfeção dentre as Unidades da Federação (UF), com percentual de coinfeção TB/HIV entre os casos novos de tuberculose TB de 15,1% em 2021 e de 15,3% em 2022 [...]” (Brasil, 2023).

Com a crise sanitária e social agravada pela pandemia de Covid-19 (2020-2021) houve uma redução no acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose (TB) no mundo. No Brasil não foi diferente, também ocorreu uma diminuição nas notificações e atendimentos ocasionando um aumento no número de óbitos (Brasil, 2023, p.17):

[...] o coeficiente de mortalidade por TB vinha se reduzindo, mesmo que lentamente, há aproximadamente duas décadas, até que, em 2021, essa tendência se reverteu, quando foram registrados 5.072 óbitos, perfazendo um coeficiente de 2,38 óbitos por TB por 100 mil hab.[...]. Em comparação com 2019, o aumento relativo foi de 10,7% no coeficiente de mortalidade e de 11,9% no total de óbitos por TB. A última vez que o país registrou número de óbitos por TB superior a 5 mil foi em 2002.

Atualmente a tuberculose tem cura, seu tratamento é gratuito, ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e tem duração em média de seis meses. No entanto, o Brasil está na lista da Organização Mundial da Saúde como um dos países com maior incidência de tuberculose. Em 2021, no Brasil foram registradas 5.072 mortes pela doença (Brasil, 2023). Uma das dificuldades é o abandono do

tratamento. Entre as capitais, Porto Alegre apresenta os maiores percentuais de interrupção do tratamento dos casos pulmonares com confirmação laboratorial no país com 31,1%, seguida de Porto Velho com 30,6% e Fortaleza com 24,2%, em 2021 (Brasil, 2023).

CONCLUSÃO

A concepção da mostra primou pela interdisciplinaridade do tema dialogando de forma acessível e reforçando junto com a comunidade a importância da prevenção da doença. A educação desempenha papel fundamental na sua prevenção e a conscientização sobre a doença ajuda a reduzir sua incidência e promover a busca por diagnóstico e tratamento.

As interrupções substanciais na detecção e notificação de pessoas com tuberculose, entre 2020 e 2021, devido à incidência da covid-19, afetaram a continuidade dos serviços de diagnóstico e tratamento da doença, além das semelhanças entre os sintomas relacionados à tuberculose e à covid-19.

A intenção com este trabalho não era esgotar a discussão sobre a doença, mas sim, através do acervo e da pesquisa, buscar reconstruir parte da trajetória da tuberculose, centrada principalmente na cidade de Porto Alegre e no Rio Grande do Sul, trazendo dados históricos e atuais sobre a doença.

Este trabalho possibilitou perceber mudanças na forma de entender e tratar a doença ao longo do tempo, relacionadas, principalmente, ao desenvolvimento e às descobertas científicas, mas também algumas persistências históricas, como, por exemplo, a tuberculose pulmonar, que segue sendo o órgão mais atingido, e também com relação ao sexo masculino ser o gênero mais acometido.

Através do acervo do Museu e das pesquisas foi possível dar visibilidade à história desta moléstia. Buscando uma ampla abrangência, também se utilizou da exposição física e da mostra virtual, que está disponível no site institucional e pode ser utilizada, inclusive, por escolas de outras cidades do estado como recurso pedagógico a fim de educar para a saúde, já que esta moléstia ainda se faz presente no mundo.

Além de apresentar esses aspectos históricos, o principal intuito da exposição é alertar os visitantes para a tuberculose, sua prevenção e tratamento, visto que a educação para a saúde é um dos principais objetivos institucionais. Através do acervo, o Museu busca desmistificar a doença como algo do passado, falando sobre sintomas e onde buscar auxílio para o diagnóstico e tratamento.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. *Recenseamento torácico*. Editora Globo, 1938.
- BERTOLLI FILHO, C. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Programa Nacional de Imunizações - 30 anos*. Brasília, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf. Acesso em: 24 abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Boletim Epidemiológico - Tuberculose 2023. Número especial*. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-mar.2023/view>. Acesso em 05 fev.2024
- BRUNIERY, C.M. Contágio, miasmas e microrganismos: Uma visão retrospectiva das principais concepções sobre a origem das doenças transmissíveis até o estabelecimento da teoria microbiana em meados do século XIX. *Revista Entreteses*, n. 6, p. 26-31, jun. 2016.
- CARNEIRO, José Fernando. Tratamento da Tuberculose no Passado. *Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre*, v. 21, n. 2, p. 20-27, 1961. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/anaisfamed/issue/view/3371>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- CAVALCANTI, J. M. *A trajetória científica de Rudolf Kraus (1894-1932) entre Europa e América do Sul: elaboração, produção e circulação de produtos biológicos*. 2013. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.
- CEZAR, M. C. et al. Prova tuberculínica cutânea. *Revista Pulmão*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, Jul-Ago-Set, 2003. Disponível em: http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2003/n_03/prova-tuberculínica-cutanea.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.
- CHALHOUB, S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CHERNOVIZ, L.N. *Formulário e Guia Médico*. Paris, 12ª Edição, 1886.
- DARMON, P. É proibido escarrar. In: LE GOFF, Jacques. *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1985, p.249-253.
- FAILLACE, M. J. O methodo de Calmette-Guérin. *Archivos Rio Grandenses de Medicina*, ano XI, n. 4, p. 2, agosto de 1932. Número especial sobre tuberculose.
- FERREIRA, L. A. P. *O conceito de contágio de Girolamo Fracastoro nas teses sobre sífilis e tuberculose*. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2008.
- FRAGA, Clementino. Fatalidade e contratemplos da infecção humana pela Tuberculose - Verdades e aforismos em Tisiologia. In: CONGRESSO NACIONAL DE TUBERCULOSE, 2, 1941. Anais [...]. Porto Alegre (RS): Tipografia Santo Antônio - Pão dos Pobres, 1941, v. 1, p. 73-84.

CONTRETA, W. F. GAPAS: uma resposta comunitária à epidemia da AIDS no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

GILL, L. A. *Um mal de século: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS) 1890-1930*. 2004. Tese (Doutorado em História) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Porto Alegre, 2004.

GILL, L. A. Uma doença que não perdoa: a tuberculose e sua terapêutica no sul do Brasil e na Itália, em fins do século XIX e inícios do XX. In: *Revista História (São Paulo)*, v. 31, n.1, p. 266-287, jan/jun 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/his/a/7mqCyBtwN84bNWXGhYJDLgh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2021.

GUERRAND, Roger-Henri. Guerra à tuberculose!. In: LE GOFF, Jacques. *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1985, p. 187-201.

GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. VII, n. 2, p. 303-25, jul.-out. 2000.

GONÇALVES, H. *Peste Branca: um estudo antropológico sobre a tuberculose*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2002.

KORNDÖRFER, Ana. “An international problem of serious proportions”: A cooperação entre a fundação Rockefeller e o governo do estado do Rio Grande do Sul no combate à ancilostomíase e seus desdobramentos (1919-1929). 2013. Tese (Doutorado em História) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Porto Alegre, 2013.

KWITKO, Marlow. Importância da vacinação com o BCG intradérmico. *Revista Pesquisa Médica*. Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 345-348, mar. 1973.

LIMA, R. S. et al. Raios-x: fascinação, medo e ciência. *Revista Química Nova*, v. 32, n. 1, p. 263-270, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/qn/a/xtjYm7RZvYjTyGf5zJJjgCQ/#>. Acesso em: 19 abr. 2021.

MAC DOWELL FILHO, A. O BCG: sua história e importância na profilaxia da tuberculose. *Revista Brasileira de Tuberculose*, ano XVII, n. 125, set.-out. 1949.

MACHADO, Leônidas Soares. Leitões Hospitalares para Tuberculosos no Rio Grande do Sul e Luta contra a Tuberculose pelo Incremento da Vacinação pelo B.C.G. *Separata do Boletim de Bioestatística do Departamento de Saúde do Rio Grande do Sul*, n. 8 e 9, ano XI, ago/set. 1949.

MACHADO, Leônidas Soares. Óbitos por tuberculose, todas as formas, na cidade de Porto Alegre, de 1908 a 1940. In: CONGRESSO NACIONAL DE TUBERCULOSE, 2, 1941. Anais [...]. Porto Alegre (RS): Tipografia Santo Antônio - Pão dos Pobres, 1941, v. 1, p. 178-231.

MACIEL, M, S. et al. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. *Revista Brasileira de Clínica Médica*. São Paulo, v. 10, n. 3, p. 226-230, mai-jun 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-621492>. Acesso em: 20 out. 2021.

MARSICO, Giovanni Antonio. Tratamento Cirúrgico da Tuberculose Pulmonar. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Rio de Janeiro, UERJ, ano 5,

Jul./Dez., p. 107-111, 2006. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistahupe/article/view/9217/7100>. Acesso em: 24 abr. 2020.

MUHM. Plano Museológico, 2014, 74 p. [Documento interno]

MUHM. Regimento Interno, 2012, 8 p. [Documento interno].

NASCIMENTO, Edmundo. A luta contra a tuberculose no D.E.S. In: FRANCO, Álvaro; RAMOS, Sinhorinha Maria. *Panteão Médico Riograndense: síntese cultural e histórica, progresso e evolução da medicina no Estado do Rio Grande do Sul*. São Paulo: Ramos, Franco - Editores, 1943, p. 156-166.

NASCIMENTO, Edmundo. *Contribuição ao emprego da Estreptomicina no tratamento da Tuberculose Pulmonar*. Tese para concurso de professor catedrático da Tisiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Porto Alegre, 1949.

NASCIMENTO, D. R. *As Pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

O lançamento da pedra fundamental do Sanatório Belém. A FEDERAÇÃO, Porto Alegre, ano LI, n. 101, p. 8, 1 mai. 1934.

PLATEN, M. *O Novo Methodo de Curar: Manual de Hygiene - Regras de vida, preservação da saúde e cura das moléstias sem auxílio de drogas*. Tomo II, Rio de Janeiro/ São Paulo: Laemmert & Cia Editores, 1903.

POMATTI, A. B. et al. Exposições virtuais do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul: Experiências em tempo de pandemia. In: *Revista Sillogés* - v.5. n.2. jul./dez. 2022. Disponível em <https://historiasocialecomparada.org/revistas/index.php/silloges/issue/view/12/showToc>. Acesso em: 12 dez. 2023.

PÔRTO, Â. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, Supl. 1, p. 43-49, 2007.

PÔRTO, Â. *Tuberculosos e seus itinerários*. Maguinhas, 1994.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Programa Estadual de Controle da Tuberculose - PECT-RS. Informe Epidemiológico. Estado do Rio Grande do Sul - Tuberculose 2023. Porto Alegre, 2023. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202206/17125927-informe-rs-tb-2022.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2024.

RODRIGUES, H. A. N. *Doenças negligenciadas no Estado de Roraima: uma análise a partir da geografia da saúde para o período de 2000 a 2013*. 2015. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Desenvolvimento) - Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Desenvolvimento, UNIVATES, Lajeado, 2015.

ROSEMBERG, J. Tuberculose. Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. *Boletim de Pneumologia Sanitária*. Rio de Janeiro, v.7 n.2, dezembro de 1999. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X1999000200002. Acesso em: 25 mai. 2020.

SILVEIRA, E. da. O brasileiro que criou a abreugrafia, exame que salvou milhares de vidas da tuberculose. *BBC News Brasil*, Vera Cruz (RS), 30 ago. 2022.

Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-62695479>. Acesso em: 20 jan. 2024.

SEFFNER, Fernando. *O jeito de levar a vida: trajetória de soropositivo enfrentando a morte anunciada*. 1995. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Sociologia, UFRGS, Porto Alegre, 1995

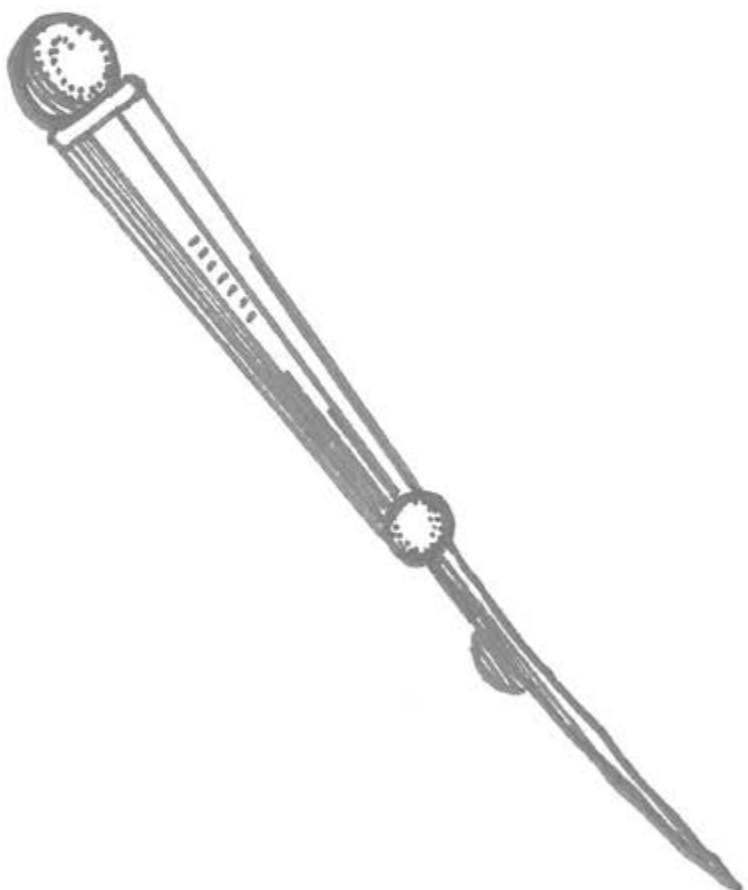
SOARES, F. C. *Vida material de Desterro no século XIX: as louças do Palácio do Governo de Santa Catarina, Brasil*. 2011. Tese (Doutorado em Quaternário, Materiais e Cultura) - Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro - Vila Real, Portugal, 2011.

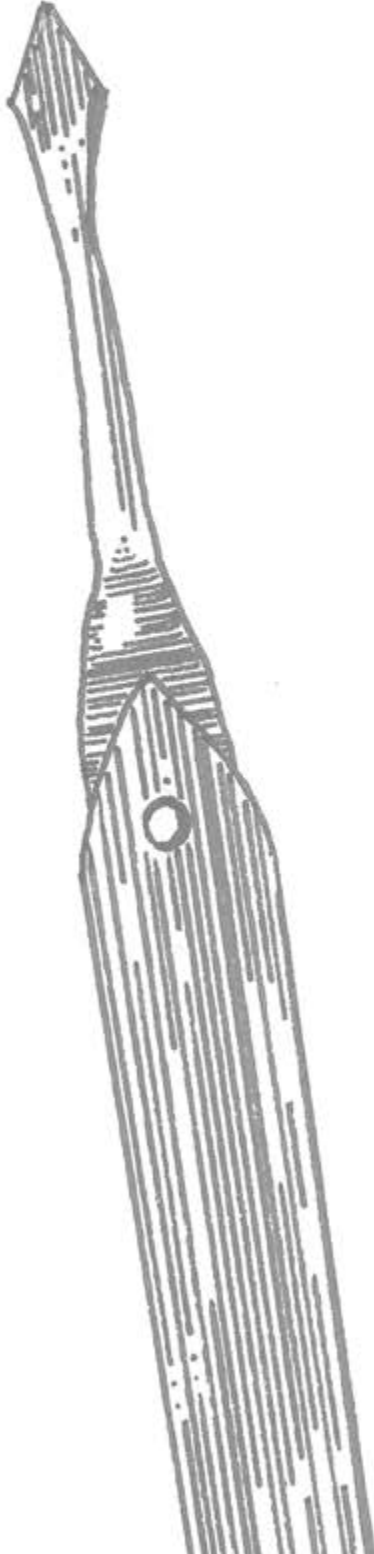
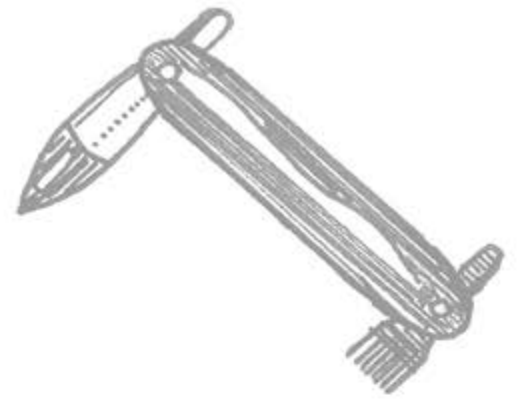
SOUZA, M. V. N. et al. Fármacos no combate à tuberculose: passado, presente e futuro. *Química Nova*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, Fundação Oswaldo Cruz, Far-Manguinhos, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/qn/a/6QZRwvrRDb4qLX3zjzQyJRB/#>. Acesso em: 17 mar. 2021.

TARGA, M. B. M. AIDS - Mitos e Verdades. *Revista Pesquisa Médica*, Porto Alegre, v. 26, n.1, 1992.

TOSSIN, Léo. A história da luta contra a tuberculose. *Jornal PIONEIRO*, Caxias do Sul, ano XXXIV, n. 102, p. 5, 30 mar. 1982.

XAVIER, Alvorino Mércio. A contribuição das irmãs de caridade nos estabelecimentos hospitalares do Rio Grande do Sul - Seu papel em relação à assistência social. In: CONGRESSO NACIONAL DE TUBERCULOSE, 2, 1941. Anais [...]. Porto Alegre (RS): Tipografia Santo Antônio - Pão dos Pobres, 1941, v. 1, p. 233-275.





Capítulo 4:

A GRIPE DE 1918 NO RIO GRANDE DO SUL

Cristiano Enrique de Brum

A gripe foi, em diversos momentos de nossa história, menosprezada. Vista como algo simples, corriqueiro ou de menor potencial ofensivo, no passado e no presente, foi subestimada, algumas vezes, em sua trajetória. No início do século, em 1918, cientistas e a população inadvertidos, por vezes, sobre o verdadeiro poder da gripe ou na impossibilidade de combatê-la diretamente, pegos de surpresa pela pandemia, acabaram criando estratégias para contornar o problema.

O historiador Jacques Le Goff frequentemente é lembrado por ter organizado o livro “Doenças têm história” na década de 1980, obra que demarcou uma defesa de um campo em crescimento que, por vezes, era visto como inferior pelos colegas das demais áreas da História. Na apresentação da obra, Le Goff reforça que estudar a história de uma doença não significa somente estudar o sofrimento, as vítimas ou os mortos, mas também exige tentar compreender os saberes, sua difusão e forma de organização. Seguindo apontamentos realizados por Jean-Charles Sournia, quando trata do homem e da doença na história, não temos por pretensão entender por completo o estado do conhecimento sobre a gripe. Também não queremos recriminar os profissionais de outrora por visões hoje consideradas ultrapassadas. Fazer isso seria anacronismo histórico e científico. Nosso anseio é explorar, mesmo que de forma breve, o que era (ou não) a gripe que visitou o Rio Grande do Sul em 1918 a partir de contribuições da história do conhecimento.

Atualmente existe uma razoável produção historiográfica sobre a gripe de 1918 no Brasil e no Rio Grande do Sul – embora, nos dois casos, nem todo o território tenha sido completamente investigado. Entretanto, na maior parte das vezes, a interpretação foi realizada a partir da perspectiva da história das doenças ou da história da saúde pública. Assim, proponho, aqui, um pequeno esboço da gripe de 1918 sendo vista no Rio Grande do Sul (em especial, Porto Alegre) a partir da história do conhecimento. A minha preocupação não reside exatamente em analisar a evolução dos casos ou o debate político da época, mas em entender, mesmo que de forma sucinta, o que sabiam os médicos gaúchos sobre a influenza (ou o que achavam ser verdade).

Na primeira parte do texto, procurando contextualizar a gripe pandêmica de 1918, explorarei o caminho da moléstia infecciosa até a sua chegada ao Rio Grande do Sul. Na parte seguinte, ancorado em bibliografia da época, procurarei compreender o que sabiam os médicos gaúchos sobre a gripe de 1918. Por fim, tratarei de algumas respostas coletivas e individuais realizadas naquele contexto.

A JORNADA DA GRIPE DE 1918 ATÉ O RIO GRANDE DO SUL

A pandemia de gripe espanhola de 1918 ocorreu durante o desenrolar da Primeira Guerra Mundial (1918-1914). Não seria exagero, inclusive, dizer que a Grande Guerra pariu a pandemia e que, logo depois, a criança devorou a mãe, tamanha a correlação existente entre o conflito e a própria epidemia, em uma situação de retroalimentação. Os números são assustadores, superando as baixas do próprio conflito. O virologista John S. Oxford e o historiador Douglas Gill, pensando na atualidade do vírus e fazendo um balanço do número de mortos, questionam:

Um século depois, nós estamos levando a influenza de forma mais séria? Tanto historiadores como virologistas concordam que cerca de 50 milhões de pessoas de todas as idades morreram na época da pandemia e, sem dúvida, os genes do vírus evidentemente chegaram hoje até nós (Oxford; Gill, 2018, p. e348).

As gripes que existem na atualidade são, de certa forma, herdeiras genéticas da gripe de 1918. Entretanto, a doença é muito mais antiga e seus nomes variaram ao longo dos séculos. A nomenclatura corrente, influenza, surge por volta de 1743, e indicava características ambientais e de clima associadas à moléstia: dizia-se que a doença surgia sob “influência do frio” (Jochmann; Hegler, 1935, p. 406). Popularmente a doença é mais conhecida por gripe – que

teria origem no francês antigo *gripper*, referente a algo que parou de funcionar, como uma máquina engripada (Schwarcz; Starling, 2020, p. 17). Depois vieram os adjetivos: gripe espanhola, gripe senegalesa, gripe bolchevique, gripe francesa, gripe inglesa, etc. Dar o nome a uma doença não é resultado de acaso, é, como tudo, uma construção histórica. Como lembra o historiador da medicina Jean-Charles Sournia, “a doença não tem existência em si, é uma entidade abstrata à qual o homem dá um nome” (Sournia, 1991, p. 359).

A epidemia que correu o mundo em 1918 e 1919, marcando o final da Guerra, ficou conhecida como “gripe espanhola”, embora essa não seja a sua origem: “talvez o nome tenha permanecido porque a Espanha, ainda neutra, não tivesse censurado as notícias a seu respeito, ao contrário de outros países europeus”. Conforme Kolata, “na Espanha não era segredo, diferentemente da gripe em outros lugares” (Kolata, 2002, p. 21). O local verdadeiro de origem da pandemia de 1918, entretanto, segue envolvido em mistério. As investigações apontam para uma origem oriental (China) ou que a enfermidade teria se disseminado a partir de uma instalação militar norte-americana (Fort Riley no Kansas), que teve o primeiro caso registrado. Novas pesquisas continuam a trazer novos elementos para análise. John S. Oxford e Douglas Gill, por exemplo, publicaram, em 2019, um artigo que aponta para a possibilidade de uma origem europeia para o vírus (Oxford; Gill, 2019, p. 2009-2012).

A gripe se desenvolveu em ondas, como normalmente costumam se desenvolver as pandemias, com seus altos e baixos. A guerra mobilizava muitos homens e recursos, assim a primeira onda da doença se espalhou muito devido a circulação de tropas em território europeu. O livro “La Défense de la Sante Publique pendant la Guerre”, de Léon Bernard, professor da Faculdade de Medicina de Paris, aponta que a “gripe apareceu na França entre 10 e 20 de abril de 1918”. Porém, a epidemia atingiria seu ápice “no exército terrestre assim como na população civil no mês de outubro”, porém, com o cessar das hostilidades em novembro, da mesma maneira a intensidade da epidemia decresceu (Bernard, 1929, p. 147). A doença se espalhou para outros continentes e a segunda onda da doença atingiu o Brasil. Na maior parte das vezes, a terceira onda é atribuída à fase final de decrescimento da doença, em 1919 e 1920, neste último ano já ingressando em uma fase endêmica.

O Brasil que havia entrado na Grande Guerra em 1917 decidiu enviar marinheiros e médicos para auxiliar seus aliados no conflito. O Brasil já sofria perdas humanas e econômicas com a guerra na época: submarinos alemães haviam naufragado diversos navios brasileiros, porém, com a gripe, as perdas humanas se agravariam muito mais no final de 1918. A Missão Médica Brasileira

e os marinheiros da Divisão Naval de Operações de Guerra, que haviam saído do Rio de Janeiro de 18 de agosto no Navio Plata, foram os primeiros a ser atingidos pela epidemia na costa africana, enquanto viajavam para a Europa em Guerra. Uma das vítimas da pandemia foi o médico gaúcho Scylla Teixeira, que iria com os demais brasileiros para a França auxiliar no atendimento a feridos de guerra.

Enquanto alguns brasileiros se dirigiam para a Europa em conflito, a doença viajava para o território nacional. Acredita-se que um dos primeiros focos de transmissão iniciou quando a embarcação inglesa *Demerara* atracou em três portos de nosso país no mês de setembro: Recife, Salvador e Rio de Janeiro. Então, em menos de 2 meses, todas as grandes capitais do Brasil estavam em luta contra a pandemia.

Inicialmente, chegou a pairar dúvida entre os brasileiros se a doença era a mesma que circulava Europa e na costa da África. Carlos Pinto Seidl, autoridade médica da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), baseado em depoimentos de comandantes médicos brasileiros em guerra, assim destacou:

A molestia que grassa entre nós é a mesma que grassa em Dakar e na Hespanha. Está no seu gyro mundial, como em 1889-1890, de sorte que não há nada a extranhar.

[...] Sempre me inclinei por acreditar não dever ser outro o diagnóstico, aguardando, entretanto a palavra do chefe de uma missão científica, composta de médicos de escol, alguns perfeitamente versados em epidemiologia. E, todavia, confesso que a ausencia de uma voz autorizada, vinda do local infeccionado, abalou a minha convicção de que a epidemia de Dakar não era diferente da chamada 'influenza hespanhola', que nada mais é que a influenza ou grippe pandemia que de deccennio em deccennio mais ou menos se faz lembrada e para qual não ha prophylaxia internacional nem prophylaxia especifica efficazes (Seidl, 1919, p. 54, 61).

A gripe foi tão devastadora que derrubou a gestão de Carlos Seidl como Diretor Geral do DGSP. Seidl foi responsável pelo órgão entre 15 de janeiro de 1912 à 17 de outubro de 1918 (Seidl, 1919, p. 77). Em uma obra de apresentação pública sobre sua atuação, Seidl apresenta "fatos e argumentos irrespondíveis", defendendo a sua atuação para combater a pandemia e em um dos pontos levantados expõe com certa resignação a impossibilidade de combate de uma pandemia de gripe naquela época:

[...] Tentar impedir a invasão pela grippe ou influenza de uma região ou de uma cidade é procurar resolver um problema actualmente insolúvel; é um sonho, uma utopia científica.

Em sua marcha caprichosa e vagabunda, a influenza ou grippe tem, até agora, em todos os países menosprezado todos os regulamentos, todas as medidas administrativas e todas as quarentenas (Seidl, 1919, p. 44).

Theóphilo de Almeida Torres foi designado para substituir Carlos Seidl e nomeou o cientista Carlos Chagas para combater a epidemia. Simone Kropf e Aline Lacerda, em livro dedicado a Chagas, apresentam alguns aspectos da atuação do médico no embate à espanhola:

Para enfrentar a influenza no Rio de Janeiro, Chagas assumiu, a convite do presidente da República Wenceslau Braz, a responsabilidade de comandar a assistência médica à população. Providenciou a imediata instalação de hospitais emergenciais e postos de consulta em diferentes pontos da cidade e, por meio da publicação de anúncios nos principais jornais, buscou a colaboração de seus colegas de profissão para o enfrentamento da epidemia (Kropf, 2009, p. 204).

A gripe foi cruel com a saúde pública brasileira, demonstrando suas fragilidades. Porém, no ano de 1920, a DGSP seria transformada em um novo órgão, agora de abrangência maior, denominado Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). A criação do novo órgão para a saúde nacional, precursor do nosso Ministério da Saúde, pode ser vista como uma resposta das autoridades à pandemia. Chagas, que havia atuado no combate à pandemia com destaque, foi o primeiro Diretor do DNSP.

Os governos estaduais e das principais cidades estabeleciam restrição à circulação, emitiam conselhos à população e recolhiam dezenas de mortos diariamente. Os números são inexatos, pois, em qualquer pandemia, os números são subnotificados pela falta de pessoal para lidar com o evento inesperado. Entretanto, acredita-se que foram cerca de 35 mil vítimas. Até o presidente eleito na época, Rodrigues Alves, acabou falecendo por ter contraído a gripe. Um bom balanço recente sobre a gripe espanhola pode ser encontrado na obra de Lilia Moritz Schwarcz e Heloisa Starling “A bailarina da morte: a gripe espanhola no Brasil” (Schwarcz; Starling, 2020).

No Rio Grande do Sul, com especial foco na capital, Porto Alegre, a gripe espanhola foi investigada por Janete Abraão (2009), Gabrielle Werenicz Alves (2007), Marco Antônio Baldasso (2021), Camila Rosangela da Silva Cunha em colaboração com Glauca Lixinski de Lima Kulzer (2018). Recentemente, Lilia Schwarcz (2023) aprofundou a investigação sobre “a bailarina da morte”, concentrando-se no caso de Porto Alegre. Além disso, uma exposição realizada pelos profissionais do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul (MUHM), também aprofundou os conhecimentos sobre o tema.¹ Outras cidades como Rio Grande (Olinto, 1995), Pelotas (Ferreira, 1997) e Alegrete (Corrêa; Paniagua, 2020) também foram estudadas por pesquisadores.

1
Cf. POMATTI; KULZER,
2020.

O QUE SABIAM OS MÉDICOS GAÚCHOS SOBRE A GRIPE DE 1918?

Da perspectiva da história do conhecimento essa é uma pergunta difícil de responder. Embora existam algumas bibliotecas médicas antigas razoavelmente preservadas no Rio Grande do Sul,² que nos permitem navegar entre seus títulos e o conhecimento neles acumulados, o fato é que nem sempre as práticas de leitura médica foram claras. Se os trechos sobre a gripe nos livros contemporâneos à pandemia de 1918 estivessem sublinhados, comentados, anotados ou mesmo apresentassem uma simples “orelha” de marcação no canto da página, a tarefa seria mais simples. Esses rabiscos marginais, quando existentes, “tornam-se preciosos indícios sobre o passado” (Burke, 2009, p. 228), como lembra o historiador Peter Burke. A ausência de comentários em obras consultadas para essa pesquisa, reforça os livros como objetos símbolos de ensino coletivo, peças de erudição que, inclusive, eram relativamente caras na época.

Antes de discutirmos o que liam os médicos gaúchos sobre a gripe, a partir de uma seleção de obras da Biblioteca da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, devemos discutir o panorama da microbiologia e a influência da produção europeia na ciência brasileira naquele contexto, para assim entendermos como víamos a pandemia que atacou a capital em 1918.

Na década de 1910, nos encontrávamos nos limites da *Belle Époque*: éramos influenciados fortemente pela França na maior parte dos campos médicos, embora os alemães também se destacassem em áreas como a microbiologia e a química. Com o advento da Primeira Guerra Mundial, o desenvolvimento do conhecimento científico deixaria de ser quase monopólio de um ou outro país e passaríamos a conviver com um “policentrismo” científico, com “a França, a Inglaterra e outros países dominando certos campos acadêmicos ou áreas geográficas” e, alguns anos depois, seria a vez dos Estados Unidos passarem a influenciar a ciência (Burke, 2009, p. 253).

O Brasil viveu, no final do século XIX e no início do século XX, um processo de modernização à europeia. Os autores Micael Herschmann e Carlos Messeder Pereira afirmam que, à época, pregava-se “reformular”, “regenerar”, “civilizar” a sociedade e o país. As elites brasileiras tomavam como referência as mudanças e inovações realizadas naquele continente (Herschmann; Pereira, 1994, p. 21). Era importante naquele contexto, “civilizar” para ingressar, o mais rápido possível, no conjunto das demais nação. Um dos efeitos desse processo foi a educação das elites científicas e dos profissionais técnicos em línguas europeias. Carlos da Silva Araújo aponta a notável influência francesa sobre a cultura brasileira

² Notadamente as bibliotecas de instituições médicas. Além disso, o Centro Histórico Cultural da Santa Casa de Porto Alegre e o Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul possuem acervo igualmente rico. Entretanto, a Biblioteca da Faculdade de Medicina da UFRGS nos dá uma visão mais completa como coleção fechada, cristalizando o conhecimento de uma época através de seus títulos.

em geral e destaca que, em 1880, J. Fort, anatomista e cirurgião francês, em visita à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro registrou que “todos os estudantes brasileiros falam ou compreendem o francês; estudam em livros franceses”.³ Como exemplo, Carlos Araújo destaca dezenas de autores entre os mais lidos: os tratados e livros de Broussais, Laennec, Bretonneau, Trousseau, Dieulafoy, Landouzy, Huchard, Vaquez, Chauffard, Charcot, Déjerine, Pierre Marie e outros. Exagerada ou não, essa hipótese é parcialmente comprovada ainda na década de 1910, no caso gaúcho, consultando os títulos pertencentes à Biblioteca da Faculdade de Medicina de Porto Alegre e as obras citadas pelos diversos professores: grande parte das obras estrangeiras era em francês. Com a criação da Faculdade de Medicina da capital, em 1898, percebe-se que a influência franca ainda se fazia presente. O livro de visitantes da Faculdade de Medicina revela a presença de médicos e autoridades francesas que, de tempos em tempos, visitavam a instituição para intercambiar conhecimentos.

Considerando que os principais centros de produção científica eram europeus, é fundamental destacar, a partir da perspectiva de Peter Burke, que “um aspecto importante da geografia do conhecimento é o contraste entre centros e periferias” (Burke, 2012, p. 243). Apesar do *gap* existente entre os locais centrais de produção de conhecimento e as periferias, é fundamental ressaltar que o empirismo praticado às margens do sistema também é relevante na criação de saber. Assim, completa Burke (2012, p. 250): “Ciúmes à parte, os estudiosos no centro nem sempre sabiam o que estava se passando em outros lugares”. A partir do domínio das línguas estrangeiras, passávamos a consultar os principais manuais e periódicos estrangeiros ou, pelo menos, aqueles que chegavam até as nossas mãos.

Um autor facilmente encontrado nas estantes das faculdades de medicina do Brasil foi o parisiense Roger. Georges-Henri Roger (n. 1860, Paris; f. 1946, Paris) publicou duas obras de grande circulação largamente conhecidas: o *Nouveau traité de médecine*, obra publicada com Fernand Vidal e Pierre Teissier, contendo 24 volumes; e o “*Introduction à l'étude de la médecine*”. Esse último ficou famoso não pela sua abrangência, mas por sua popularidade. No ano de 1918, estava em sua 6ª edição, da qual encontramos um exemplar na Biblioteca da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. A folha de rosto da obra apresenta o autor como Professor da Faculdade de Medicina de Paris, Membro da Academia de Medicina e Médico do Hôtel-Dieu, este último a instituição de saúde mais relevante da França.

Roger se refere à *influenza* como sinônimo de *grippe*, descrita como “doença infecciosa geralmente epidêmica, provocada pelo bacilo de Pfeiffer”

³
Tradução livre de: “Tous les étudiants brésiliens parlent ou comprennent le français ; étudient en livre français”. Cf. Araújo, 1973, p. 26.

(Roger, 1918, p. 744). Aqui surge uma questão relevante: a do agente causador da doença. Hoje temos conhecimento de que a gripe é uma infecção aguda do sistema respiratório, causada por um vírus e não por um bacilo. Em 1918, embora já se soubesse da existência de vírus, a gripe não era frequentemente associada a este microrganismo, existindo uma disputa sobre o seu microrganismo causal.⁴ A teoria dos germes e a revolução da microbiologia já estava entre nós desde o século passado.⁵ O bacilo era apresentado como um “termo genérico aplicável às bactérias que tenham uma forma alongada”, também chamado de *baquette* por seu formato (Roger, 1918, p. 715).⁶ O bacilo de Pfeiffer é tratado na obra por diversas vezes como “bacilo da gripe” (Roger, 1918, p. 716), e posteriormente seria referido na comunidade científica como *Haemophilus influenzae*. O nome era referência a Richard Pfeiffer, bacteriologista alemão, que o descreveu erroneamente como motivador da gripe (Pfeiffer, 1893, p. 357-386).

No diagnóstico da gripe, Roger ressalta a atenção para os sinais do corpo, em especial da língua, que apresenta “um aspecto porcelanado” (Roger, 1918, p. 564).⁷ Para Roger, a velocidade da gripe é um elemento importante: sua incubação mínima era de 1 dia e o tempo médio de incubação era de 3 a 4 dias (Roger, 1918, p. 470). O elemento humano é destacado na obra como fundamental no contágio: “Pensávamos também que a gripe era transmitida pelo ar; na realidade, a doença não se propaga mais rapidamente que o homem; ainda é o contato direto que a faz se transmitir” (Roger, 1918, p. 167).⁸ Assim, Roger se reporta ao contágio não como ação de um agente microscópico de vontade própria, mas como parte intrínseca do humano: “O contágio imediato é mais adequado, o transporte aéreo é mais hipotético. Tem sido evocado para explicar o progresso das epidemias [...] percebemos que as epidemias não vão mais rápido que os nossos meios de comunicação” (Roger, 1918, p. 182).⁹

No campo das descobertas do mundo microbiológico e das doenças infecciosas se lia, também na década de 1910, muitos dos germânicos que seguiram a tradição de Koch. Wilhelm Kolle e Heinrich Hetsch possuem um livro-texto que se consolidou como leitura fundamental por tratar em dois volumes de um tema em franca expansão. A obra, originalmente de 1911, recebeu sucessivas edições, sendo a terceira de 1917 traduzida para francês com o título “La bactériologie expérimentale appliquée à l’étude des maladies infectieuses”.

A gripe aparece nesta obra lado-a-lado com a coqueluche no capítulo “bactéries hémoglobinophiles”, ambas associadas ao já referido bacilo de Pfeiffer, que segundo os autores se localizava nas mucosas respiratórias (Kolle; Hetsch, 1918, p. 503). Os autores ainda afirmam que “o homem é o agente de propagação da influenza” e que o contágio se opera pelo contato direto (beijo, contato com

4 Liane Maria Bertucci faz uma detalhada discussão sobre essa polêmica. Iniciando no calor da pandemia em 1918 e avançando às discussões de brasileiros nas décadas de 1920 e 1930. Cf. BERTUCCI In: SOBRAL; LIMA; CASTRO; SOUZA, 2009, p. 197-208.

5 O francês Louis Pasteur, o alemão Robert Koch e o inglês Joseph Lister são frequentemente lembrados como figuras determinantes na compreensão deste mundo dos microrganismos.

6 Tradução livre de: «Terme générique s’appliquant aux bactéries ayant une forme allongée».

7 Tradução livre de: “un aspect porcelaine”.

8 Tradução livre de: “On avait soutenu aussi que la grippe se transmettait par l’air; en réalité, la maladie ne Voyage pas plus vite que l’homme; c’est encore le contact direct qu’il faut invoquer”.

9 Tradução livre de: “La contagion immédiate est évidente, le transport par l’air est plus hypothétique. Il a été invoqué pour expliquer la marche des épidémies [...] s’aperçoit que les épidémies ne vont pas plus vite que nos moyens de communication”.

mãos sujas, uso de utensílios de cozinha contaminados) (Kolle; Hetsch, 1918, p. 504). Kolle e Hetsch apontam para a dificuldade de uma profilaxia racional e que o mais esperado seria isolar o doente até que a sua secreção se tornasse inofensiva – uma vez que as vacinas e os soros da época não foram eficazes (Kolle; Hetsch, 1918, p. 504-505).

Georg Jochmann (n. 1874, Liegnitz; f. 1915, Berlim) foi um polonês que seguiu carreira de bacteriologista na Alemanha, especializando-se em doenças infecciosas. Faleceu na Grande Guerra em 1915, mas teve, rapidamente, seu livro revisado por C. Hegler, professor da Universidade de Hamburgo. O “Tratado de las enfermedades infecciosas para médicos y estudiantes” se tornou obra fundamental para o ensino médico por pelo menos vinte anos no Brasil. Em Porto Alegre, tivemos acesso justamente à segunda edição aumentada por Hegler. Nas primeiras edições da obra, anteriores à pandemia de 1918, os autores utilizam somente *influenza* para tratar da doença. As edições seguintes passaram a reforçar o uso de “gripe”.

10
Tradução livre de:
“Enfermedades
infecciosas en las que el
carácter del padecimiento
está determinado por
una enfermedad precisa
del órgano”.

Jochmann situa a gripe em sua obra na sessão dedicada às “enfermidades infecciosas em que a natureza da doença é determinada por uma doença específica do órgão”, separando-a, no exame clínico, daquelas que podem ser detectadas por um exame sanguíneo (Jochmann; Hegler, 1935, p. X).¹⁰ Embora exista um esforço racionalizado de classificar a gripe, parece que a descrição reduz o caráter sistêmico da doença, que atinge também o restante do corpo com sinais diversos e não apenas localizados. Por outro lado, demonstra-se a importância da anamnese e do exame localizado para seu diagnóstico, em um contexto em que o contato direto com o paciente era mais frequente. O “Tratado” situa a sua incubação em até 3 dias e assim a caracteriza: “a gripe epidêmica ‘influenza’ é uma doença infecciosa aguda e febril” (Jochmann; Hegler, 1935, p. 405).¹¹ Destaca ainda a sua contagiosidade e potencial de alcance elevado.

11
Tradução livre de:
“La gripe epidémica
'influenza' es una
enfermedad infecciosa
febril, aguda, que de vez
em cuando, por virulência
de su germen etiológico
y aumento de su
contagiosidad, determina
intensas epidemias em
naciones enteras”.

Sobre o agente causador da gripe, até as edições da década de 1930, o autor, em sua obra, continuou reforçando a importância do bacilo de Pfeiffer para compreender a doença. Porém, destaca que alguns autores passam a apontar um vírus como motivador. Jochmann não nega o papel dos demais microorganismos, apontando a gripe como “[...] infecção mista ou com germes acessórios. Assim, com o bacilo de Pfeiffer sendo o mais frequente entre os outros” (Jochmann; Hegler, 1935, p. 410).¹² Entretanto, reforça que “o verdadeiro germe etiológico da gripe todavia se desconhece” (Jochmann; Hegler, 1935, p. 409)¹³ e reitera, concluindo, que “o mais provável é que o vírus da gripe permaneça desconhecido” (Jochmann; Hegler, 1935, p. 410).¹⁴ Apesar da força dessas afirmações, sabe-se, com o conhecimento médico atual, que, durante

12
Tradução livre de: “[...]
infección mixta o como
gérmenes accesorios. A
todo esto, el bacilo de
Pfeiffer debe ser el primus
inter pares”.

13
Tradução livre de:
“El verdadero germe
etiológico de la gripe
todavía se desconoce”.

14
Tradução livre de: “Lo
má probable es que
vírus de la gripe todavía
permanezca desconocido
[...]”.

a gripe, o organismo enfraquecido passa a ser mais facilmente colonizado por streptococcus e staphylococcus, por exemplo, que, em organismos saudáveis, não apresentam grandes riscos de propagação. A respeito do tratamento, a obra aponta a importância da aspirina, derivada do ácido salicílico, e da quinina.¹⁵



Ainda sem consenso sobre a existência do vírus da gripe, muitos atribuíam a doença equivocadamente ao Bacilo de Pfeiffer. À esquerda, bacilos de Pfeiffer em amostras de escarro e, à direita, colônia de bacilos de Pfeiffer cultivadas em ágar sangue.

Fonte: Jochmann; Hegler, 1935, p. 408.

Nas décadas seguintes, o conhecimento sobre a gripe e seu verdadeiro motivador seria expandido. Mas, pelo menos até a década de 1930, ainda existia o impasse sobre a sua etiologia, ou seja, sua origem. Patrick Laidlaw e seus colaboradores conseguiram isolar, em 1933, o vírus de um humano (Smith et al., 1933, p. 66-68). Entretanto, alguns cientistas japoneses já haviam defendido precocemente a hipótese viral em 1919 (Yamanouchi; Sakakami; Iwashima, 1919, p. 971). Entretanto, tivemos que esperar cerca de quinze anos para ver essa controvérsia ser finalmente finalizada.

Garfield Augusto Perry de Almeida, médico carioca formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1903 e membro da Academia Nacional de Medicina, apresenta um capítulo, na sua obra “Molestias infecciosas” sobre a gripe. Ali faz uma análise completa sobre o histórico da doença, suas diferentes formas de manifestação e tratamento. Perry de Almeida persiste na dúvida sobre o verdadeiro causador: “não foi possível ainda, até hoje, identificar o germen causal da gripe”, mas descarta o bacilo de Pfeiffer que, segundo ele, ficou reduzido a simples germe associado à gripe, embora não seu causador (Almeida, 1934, p. 281). A primeira edição da obra de Almeida é de 1929, ou seja, quatro anos antes da descoberta de Laidlaw. Entretanto, nas edições seguintes, parece existir uma inclinação do autor brasileiro em associar a doença aos vírus, como comprovou o virologista inglês. Diferente de 1918, quando muitos julgavam a gripe como uma doença que poderia ser leve, Garfield Perry de Almeida destaca que, na identidade da doença, estava presente a difusibilidade (velocidade na difusão), contagiosidade (capacidade de contagiar), incubação rápida, sendo doença violenta, de mortalidade alta e morbidade altíssima (Almeida, 1934, p.

283-284). Para o dr. Garfield, essas características e seu feitio clínico “melhor a emparelham às doenças de viro do que às demais, precisamente microbianas” (Almeida, 1934, p. 283).

Poucos médicos gaúchos falaram explicitamente sobre a gripe em revistas científicas. Ulisses de Nonohay foi um deles. Ulisses Pereira de Nonohay (n. 1882, Porto Alegre; f. 1959, Rio de Janeiro) era professor da Faculdade de Medicina, especialista em clínica, dermatologia e doenças infecciosas e, também, foi Diretor da Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina.¹⁶ Nonohay escreveu um pequeno artigo sobre sua prática profissional denominado “Notas de clinica”, publicado na revista *Archivos Rio-Grandenses de Medicina* (Nonohay, 1920, p. 85-86). Entre outros temas, trata da etiologia da gripe e de suas complicações. Coloca incerteza sobre o patógeno e aponta a presença de abundante vida microscópica:

De todos os estudos bacteriológicos feitos, um facto ressalto em toda a evidencia e quiçá com toda unanimidade: ser o *streptococcus* ou os *streptococcus* responsáveis pelas graves complicações da grippe.

É portanto razoavel que contra elle se dirija preferentemente a atenção do medico.

Ainda, a proposito da bacteriologia da grippe, parece ter ficado provado que o seu agente, qualquer que seja, é o menos responsavel pela sua gravidade.

Talvez o seu maior crime seja o de sua facil expansibilidade, contra o qual é nulla, ou quase, a imunidade do organismo (Nonohay, 1920, p. 85).

O artigo referido foi publicado em março de 1920 e já podia o dr. Nonohay tratar a pandemia como algo do passado e fazer um balanço da sua ação. Apontava, também, a existência de casos de infecções generalizadas e sistêmicas, “verdadeiras septicemias”:

É preciso notar que na *Grippe pandemica*, se assistia a verdadeiras septicemias, em que ora parecia que era o coli-bacillo a magna pars, ora o streptococcus e o seu amigo intimo o pneumococcus, ora o próprio Koch, e assim por diante (Nonohay, 1920, p. 85).

Voltando à pergunta orientadora que nomeou esta passagem do texto, podemos sinalizar que, no entendimento dos médicos gaúchos do final da década de 1910, a gripe epidêmica era (a) uma doença de rápida propagação e difícil prevenção coletiva, em que o humano tem papel essencial no deslocamento da moléstia; (b) não existia clareza sobre um tratamento definitivo, apesar do relativo sucesso de algumas terapêuticas; e (c) que sua origem não era atribuída a um vírus.

¹⁶
MUSEU DE HISTÓRIA
DA MEDICINA DO RIO
GRANDE DO SUL.
NONOHAY, Ulisses
Pereira de [verbete]. In:
MUSEU DE HISTÓRIA
DA MEDICINA DO RIO
GRANDE DO SUL, s.d.

A RESPOSTA DE GAÚCHOS À GRIPE DE 1918 E O CASO DE PORTO ALEGRE

A situação da saúde pública gaúcha em 1918, quando chegou a gripe espanhola, não era das melhores. Janete Abrão nos detalha as questões sanitárias do Rio Grande do Sul e de Porto Alegre, demonstrando que muito deixava a desejar (Abrão, 2009, p. 52). Tanto a Diretoria de Higiene quanto o Serviço de Assistência não estavam devidamente preparados para a situação que enfrentamos. Outro aspecto relevante a ser destacado sobre a saúde pública riograndense é a sua influência positivista. Um princípio básico era a noção de que o Estado não deveria e nem poderia interferir em assuntos de foro pessoal ou privado. Essa mentalidade acabou refletida na irrisória parcela de participação da saúde na despesa ordinária anual – que girava em torno de uma centésima parte ou menos (Corsetti, 1998, p. 194, 262 e passim).

A doença chegou ao Rio Grande do Sul através de embarcações. Lilia Schwartz sinaliza o dia 9 de outubro como a data inicial da chegada da gripe pandêmica (Schwartz; Starling, 2020, p. 219). Esse primeiro navio a chegar foi o *Itajubá*, depois veio o *Itaquera* e o *Mercedes* (Schwartz; Starling, 2020, p. 219-220). Em pouco tempo surgiram as implicações em Rio Grande, Pelotas e Porto Alegre. Após, o trem também ajudou a interiorizar a doença. Um exemplo das complicações pode ser visto através do Relatório da Faculdade de Medicina, em que o Diretor, dr. Sarmiento Leite, aponta que os primeiros casos surgiram na segunda quinzena de outubro e no dia 30 daquele mês foi determinado o encerramento das aulas da Faculdade.¹⁷ O Diretor indica, também, que professores e alunos de medicina se deslocaram para diversas partes do estado e da capital para combater a doença.¹⁸

O professor da Faculdade de Medicina, Ulisses de Nonohay, sinaliza para a “série imensa de medicamentos” que surgiram para a gripe (Nonohay, 1920, p. 85). Os que mais se consagraram, segundo seu julgamento, foram a quinina, o arsênico e o guaiacol (Nonohay, 1920, p. 85-86). Porém, no calor da pandemia, em 19 de outubro de 1918, em artigo para o jornal *A Federação*, o Prof. Nonohay destaca que os preços de medicamentos como a quinina “já escapam de muitos bolsos” e propõe o uso de canela em pó como tratamento alternativo. A cachaça – “santo Deus!”, refere o médico – e o limão também são referidos, mas não incentivados (Nonohay, 1918, p. 7).

Médicos civis e militares incentivavam e propagavam novas fórmulas que surgiam durante a pandemia. O próprio Dr. Nonohay chegou a emprestar seu nome ao “Laboratório Eka”, produtor dos comprimidos “Formagem Eka”, pastilhas para desinfecção da boca.

17
FACULDADE DE MEDICINA
DE PORTO ALEGRE, 1919,
p. 25.

18
Ibid., p. 27.



Anúncio dos Comprimidos Formagem Eka, de poder “antisséptico” e “microbicida”.
 Fonte: Kodak, Porto Alegre, ano 4, n. 65, 30 nov. 1918, p. 38.



Anúncio dos Comprimidos Bayer de Aspirina e Phenacetina.
 Fonte: Kodak, Porto Alegre, ano 5, n. 98, 30 ago. 1919, p. 42.

Os anúncios das grandes indústrias eram mais elaborados, com maior apelo visual e estratégias para angariar a clientela. A *influenza* aparece na peça publicitária da Aspirina Bayer como fruto do acaso e do sobrenatural, utilizam seu nome para associá-la não a influência do frio como no passado, mas à influência dos astros.

Janete Abrão destaca que a procura por galinhas (para fazer caldo) foi disputada na capital e que ocorreu, inclusive, o tabelamento de preços para vários gêneros alimentícios (Abrão, 2009, p. 74, 114). Por mais que a ciência incentivasse o uso de novos medicamentos, o alcance da catástrofe parece ter feito até alguns médicos se curvarem ao “pó de canela”. Da perspectiva das medidas preventivas, procurando evitar o alastramento rápido da doença, a cidade de Porto Alegre foi dividida em vinte e cinco quarteirões sanitários. Em cada um dos quarteirões as autoridades sanitárias realizavam inspeções, investigações e coletavam dados demográficos (ABRÃO, 2009, p. 110-113). Esse cenário de controle social lembra muito o que o filósofo Michel Foucault fala ao tratar das vivências das pandemias: “Esta experiência só pode adquirir plena significação se for reforçada por uma intervenção constante e coercitiva.

Só poderia haver medicina das epidemias se acompanhada de um polícia [...]” (Foucault, 1977, p. 27). É preciso comparar os casos, observar o aumento ou decréscimos dos doentes, ou seja, criar um registro detalhado no tempo. Além disso, as medidas de controle social criaram um fenômeno interessante: a procura por ar livre, puro, longe das aglomerações – como vemos abaixo.



Anúncio de balneário em local puro e oxigenado, a Praia do Casino.
Fonte: Mascara, Porto Alegre, ano 1, n. 44, 14 dez. 1918, p. 37.

Apesar de todas as medidas, a gripe continuava a castigar a capital. Estima-se que faleceram 3971 pessoas em Porto Alegre.¹⁹ Não conseguindo vencer a doença com ciência, o governo estadual, se valendo do contexto do Estado de Sítio que estava proclamado devido à guerra com a Alemanha, tentou escondê-la com censura, como demonstra Janete Abrão (2009, p. 125). As arbitrariedades da censura sobre as notícias de vítimas da espanhola foram alvo de subversão de nossos chargistas. O artista Itag (Otto Wiedemann), apresentou uma charge que não estava lá, como vemos na página ao lado.²⁰

O conhecimento é algo construído no tempo e no espaço. Estudar a história do conhecimento é estudar a circulação de livros e pessoas, observar os desencontros de ideias, o encontro dos saberes eruditos e dos conhecimentos da cultura popular. Investigar a formação do conhecimento sobre uma doença e seu agente causador pode parecer algo sem propósito, pois sabemos que as posições contraditórias ou polêmicas serão ultrapassadas pelo tempo. Porém, se trata de um exercício estimulante, sobretudo após o fim da pandemia de Covid-19, em que alguns profissionais defendiam o uso de um vermífugo para combater um vírus.

19
O número não é confiável, entretanto, devido às subnotificações. Cf. ABRÃO, 2009, p. 13; SCHWARCZ; STARLING, 2020, p. 242.

20
KOEHLER, Ana Luiza G. Otto Wiedemann. In: KOEHLER, s.d.



Charge de Itag (Otto Wiedemann) sobre a censura no contexto da gripe.
Fonte: Mascara, Porto Alegre, ano 1, n. 41, 23 nov. 1918, p. 9.

ARQUIVOS E FONTES

Biblioteca da Faculdade de Medicina de Porto Alegre (UFRGS)

ALMEIDA, Garfield de. *Molestias infecciosas: obra completa*. 4.ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1934.

FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE. *Relatório apresentado á Congregação em sessão de 31 de dezembro de 1918 pelo Director Prof. Sarmiento Leite*. Porto Alegre: Livraria do Commercio, 1919.

JOCHMANN, George; HEGLER, C. *Tratado de las enfermedades infecciosas para médicos y estudiantes*. Barcelona: Labor, 1935.

KOLLE, Wilhelm Kolle; HETSCH, Heinrich. *La bactériologie expérimentale: appliquée à l'étude des maladies infectieuses*. 3ème ed. Paris: Octave Doin, Atar, 1918.

NONOHAY, Ulisses de. *Notas de clinica*. *Archivos Rio-Grandenses de Medicina*, Porto Alegre, v. 1 n. 2, p. 85-87, mar. 1920.

ROGER, Georges-Henri. *Introduction à l'étude de la médecine*. 6. ed. Paris: Masson, 1918.

Biblioteca Central da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

SEIDL, Carlos. *A proposito da pandemia de gripe em 1918: factos e argumentos irrespondíveis*. Rio de Janeiro: Besnard Freres, 1919.

Museu da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Fundo UFRGS. Assunto Comissão de História – Faculdade de Medicina.

FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE. *Visitantes* [Manuscrito]. Porto Alegre: s.i., 1906-1988.

Fundação Biblioteca Nacional. Biblioteca Nacional Digital Brasil.

A Federação, Porto Alegre, 1918.

Kodak, Porto Alegre, 1918-1919.

Mascara, Porto Alegre, 1918.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, Janete Silveira. *Banalização da morte na cidade calada: a hespanhola em Porto Alegre*, 1918. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

ALVES, Gabrielle Werenicz. Os braços da salvação: a mobilização de auxílio aos infectados pela Gripe Espanhola – Porto Alegre (1918). V *Mostra de Pesquisa do Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul: Produzindo História a partir de fontes primárias*. Porto Alegre: Corag, p. 227-245, 2007.

ARAÚJO, Carlos da Silva. *L'Influence française sur la culture brésilienne, sur la pharmacie et la médecine en particulier*. Rio de Janeiro: Gráfica Olímpica Editora, 1973.

BALDASSO, Marco Antônio. *Gripe Espanhola em Porto Alegre através das páginas do Jornal Correio do Povo* (1918). Monografia (Licenciatura em História), Curso de História, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2021.

BERNARD, Léon. *La Défense de la Sante Publique pendant la Guerre*. Paris; New Haven: Les Presses Universitaires de France; Yale University Press, 1929. p. 147.

BERTUCCI, Liane Maria. Bacilo versus vírus: olhares de médicos brasileiros sobre a gripe de 1918. In: SOBRAL, José Manuel; LIMA, Maria Luísa; CASTRO, Paula; SOUZA, Paulo Silveira e. *A Pandemia Esquecida: Olhares comparados sobre a Pneumónica* (1918-1919). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2009, p. 197-208.

BURKE, Peter. *O historiador como colunista: ensaios da Folha*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

BURKE, Peter. *Uma história social do conhecimento II*. Da Enciclopédia à Wikipédia. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

CORRÊA, Anderson Romário Pereira; PANIAGUA, Edson Romário Monteiro. *A Pandemia de 1918: a Gripe Espanhola em Alegrete*, 2020. Disponível em: <<https://cursos.unipampa.edu.br/cursos/cienciashumanas/files/2020/04/a-pandemia-de-1918-em-alegrete-anderson-correa-e-edson-paniagua.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

CORSETTI, Berenice. *Controle e Ufanismo: A Escola Pública no Rio Grande do Sul (1889-1930)*. Tese (Doutorado em Educação) - Curso de Doutorado em Educação, Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria (RS), 1998.

CUNHA, Camila Rosângela da Silva; KÜLZER, Gláucia G. Lixinski de Lima. *A Espanhola de Exemplo: relatos de uma pandemia em Porto Alegre através do periódico "O Exemplo"*. *Sillogés*, v. 1, n. 2, p. 73-88, 2018.

FERREIRA, Renata Brauner. *A gripe espanhola em Pelotas*. *História em Revista, Pelotas*, v. 3, 1997.

FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

HERSCHMANN, Micael M.; PEREIRA, Carlos Alberto Messeder. *O imaginário moderno no Brasil*. In: HERSCHMANN, Micael M.; PEREIRA, Carlos Alberto Messeder (orgs.). *A invenção do Brasil moderno: medicina, educação e engenharia nos anos 20-30*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994, p. 9-42.

KOEHLER, Ana Luiza G. *Otto Wiedemann*. In: KOEHLER, Ana Luiza G. *Beco do Rosário*, s.d. Disponível em: <<https://www.analuizakoehler.com/becodorosario/otto-wiedemann/>>. Acesso em: 10 dez. 2023.

KOLATA, Gina. *Gripe: a história da pandemia de 1918*. Rio de Janeiro: Record, 2002.

KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909-1962*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL. NONOHAY, Ulisses Pereira de [verbete]. In: MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL. *Biografias*, s.d. Disponível em: <<https://www.muhm.org.br/biografiasmedicas/biografia/1035>>. Acesso em: 10 dez. 2023.

OLINTO, Beatriz Anselmo. *Uma cidade em tempo de epidemia: Rio Grande e a gripe espanhola (RS-1918)*. 1995.

OXFORD, John S.; GILL, Douglas. *A possible European origin of the Spanish influenza and the first attempts to reduce mortality to combat superinfecting bacteria: an opinion from a virologist and a military historian*. *Human vaccines & immunotherapeutics*, v. 15, n. 9, p. 2009-2012, 2019.

OXFORD, John S.; GILL, Douglas. *Unanswered questions about the 1918 influenza pandemic: origin, pathology, and the virus itself*. *The Lancet Infectious Diseases*, v. 18, n. 11, p. e348-e354, 2018.

PFEIFFER, Richard. *Die aetiologie der influenza*. *Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten*, v. 13, n. 1, p. 357-386, 1893.

POMATTI, Angela Beatriz; KULZER, Gláucia G. Lixinski de Lima. Concepção e desenvolvimento da exposição “Gripe Espanhola: a Marcha da Epidemia” do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul. *História em Revista*, Pelotas, v. 26, n. 1, 2020.

SCHWARCZ, Lilia Moritz; STARLING, Heloisa M. *A bailarina da morte: a gripe espanhola no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

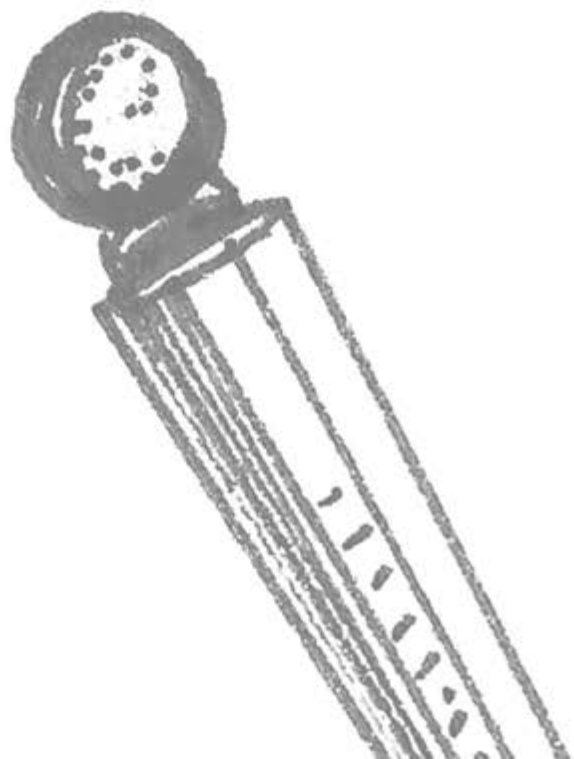
SCHWARCZ, Lilia Moritz. *No tempo da espanhola: a gripe de 1918 e o caso de Porto Alegre*. *Horizontes Antropológicos*, v. 29, n. 65, 2023.

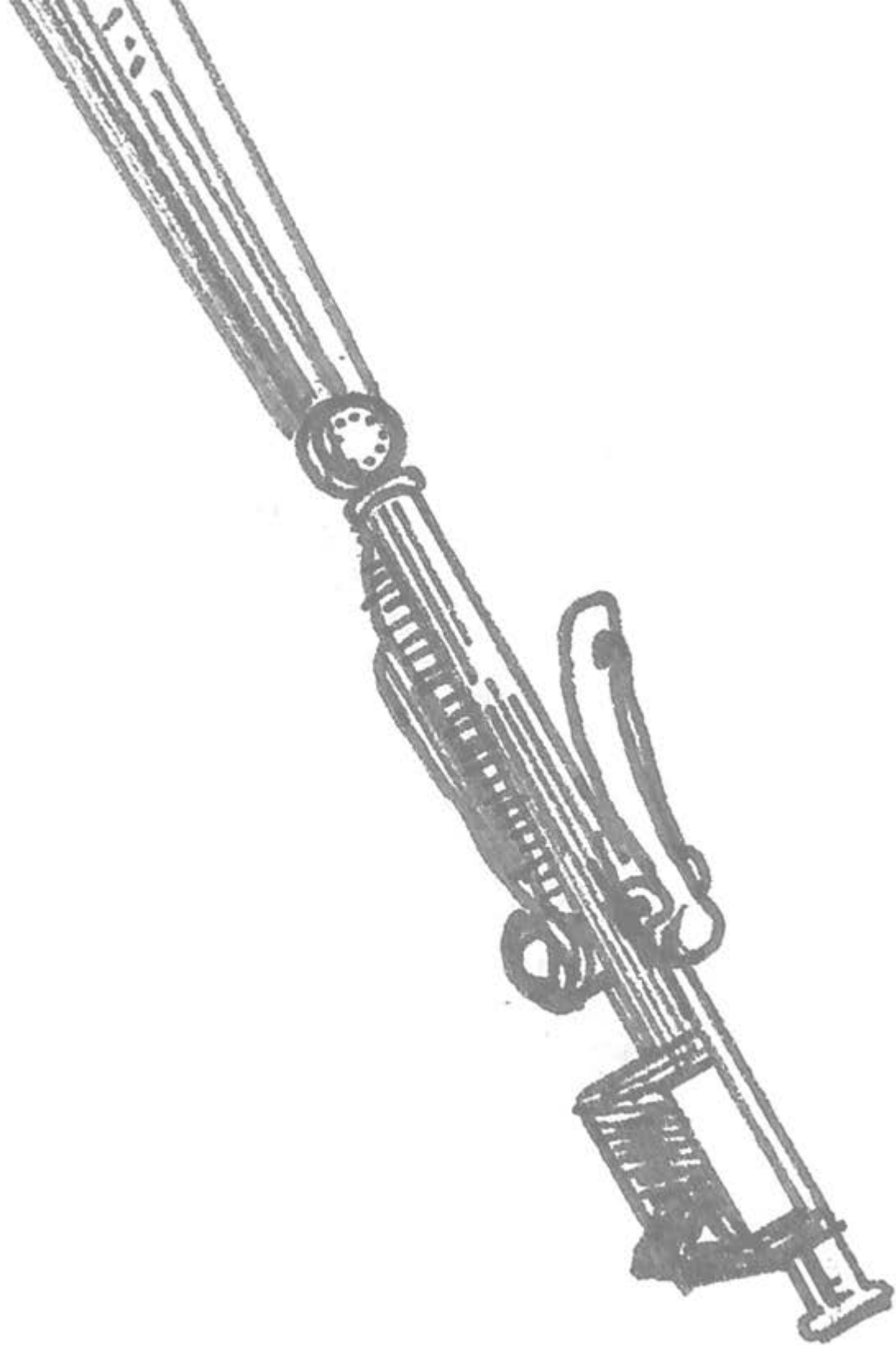
SMITH, Wilson; ANDREWES, Christopher H.; LAIDLAW, Patrick P. A virus obtained from influenza patients. *Lancet*, p. 66-68, 8 jul. 1933.

SOURNIA, Jean-Charles. O homem e a doença. In: LE GOFF, Jacques. *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1991, p. 359-361.

TORRES, Luiz Henrique. O vírus da gripe espanhola desembarca na cidade: a visão do Echo do Sul. *Biblos*, Rio Grande, v. 23, n. 1, p. 91-99, 2009.

YAMANOUCHI, T.; SAKAKAMI, K.; IWASHIMA, S. The infecting agent in influenza: an experimental research. *The Lancet*, v. 193, n. 4997, p. 971, 1919.





Capítulo 5:

O MAL VENÉREO NA PORTO ALEGRE DA PASSAGEM DO SÉCULO XIX AO XX: OLHARES SOBRE MEDICINA, ENFERMOS E POSSIBILIDADES DE CURA

Daniel Oliveira

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH ou HIV, em inglês) segue, desde a sua descoberta no início da década de 1980, como um dos maiores desafios para a medicina. Dificuldades que passam pelas tentativas de cura ou de fortalecimento do sistema de defesa do corpo, quando já infectado. Os portadores desta doença, infelizmente, não temem somente os seus sintomas e efeitos, mas também algo que pode ser ainda pior: a discriminação e o preconceito. Após quarenta anos de existência, o HIV foi e continua sendo um fator negativo de estigma social para seus portadores, como pode ser observado em uma das primeiras denominações utilizadas para identificá-lo (e antes mesmo de ser descoberto o agente etiológico): o *câncer gay*. Denominação esta que foi decidida por médicos, respaldados pelos meios de comunicação, que o consideravam então como uma decorrência das características encontradas nas pessoas portadoras: homossexuais masculinos, de faixa etária entre trinta e quarenta anos (Rudnicki, 2000, p. 115).

Sobre as explicações para seu surgimento, criou-se uma teoria baseada em hipóteses subjetivas, com pressupostos preconceituosos. Com a identificação de diversos casos de HIV diagnosticados na África, entendeu-se que teria ocorrido por meio de rituais tribais que envolviam macacos, mamíferos nos quais cientistas descobriram um vírus semelhante ao HIV. Ainda como parte da explicação, trabalhadores haitianos que tiveram passagem pelo

território africano teriam levado o vírus para os Estados Unidos, através de relacionamentos homossexuais (Rudnicki, 2000, p. 115). Percebe-se, então, que a carga de discriminação decorrente do HIV, além de atingir diferentes grupos sociais, se apresenta também de outra forma: geopolítica.

História semelhante se encontra nas teorias que explicam o surgimento da sífilis, que, assim como o HIV, é transmitida através de contágio, tendo como principal forma de transmissão a relação sexual. Diversas foram as discussões em torno do local de origem do *Treponema Pallidum*,¹ sendo mais aceita hoje a de que a sífilis seria originária das Grandes Antilhas e teria sido levada para a Europa por meio do retorno da expedição de Cristóvão Colombo. A hipótese ganhou adesão tendo em vista que, em fins do século XV, ocorreu uma grande epidemia de sífilis naquele continente (Carrara, 1997, p. 394).

Assim como a teoria referente à região de origem do HIV, a da sífilis se fez a partir de uma diversa gama de hipóteses, difíceis de se provar cientificamente. É interessante atentarmos para as características e interesses contidos nas tentativas europeias de atribuírem o surgimento da sífilis ao território americano, em que o cerne da argumentação se apoiava em um valor moral da doença, associando-a ao excesso sexual dos povos nativos americanos (Carrara, 1996, p. 100-107). No século XIX, como veremos, a sífilis passou também a ser intrinsecamente associada aos asiáticos, carregando assim uma forte dose de orientalismo,² dentro do contexto do imperialismo europeu. Já no século XX, os estigmas sobre a doença seguiriam acentuados.

Diante disso, a partir das discussões em torno da origem da sífilis, é possível avaliar que os estigmas discriminatórios oportunistas pela doença faziam com que os estados nacionais evitassem ser identificados como o seu local de origem, assim como classificados como de grande incidência do mal venéreo.³ Nota-se, ainda, que estas discussões ocorreram em um momento de formação ou fortalecimento de vários estados nacionais, em que muitas vezes se buscava a pureza da raça como elemento fundador e agregador. Desse modo, evitava-se a associação a uma doença que estava diretamente relacionada a comportamentos sexuais desregrados e imorais (estendendo-se esse entendimento para a prostituição, como ainda veremos), que fragilizava o corpo e que poderia ser identificada como uma punição divina ou à falta de civilidade. Consequentemente, após diversos embates entre os países envolvidos nesta discussão, optou-se por atribuir o surgimento da doença a um dos elos mais fracos da geopolítica mundial (Carrara, 1997, p. 391-396).

Compreende-se, assim, que a hipótese mais aceita sobre a origem do HIV, assim como a da sífilis, tenha sido a mais conveniente para os principais

1
Nome científico da bactéria, agente causador e transmissor da sífilis.

2
Linha de pensamento científico ocidental que, no contexto do imperialismo europeu do século XIX, através de uma série de visões pejorativas e preconceituosas, buscou analisar a cultura e comportamento dos povos orientais. Criou-se, assim, uma relação binária opostora entre europeus e asiáticos (incluindo também os africanos), sendo a parte negativa sempre sendo atribuída aos últimos: civilizado x bárbaro; normal x exótico etc. Ver: SAID, 2007, p. 41-83.

3
Ainda que persista uma ideia cultural no senso comum do final do século XIX e primeira metade do século XX, a de que o contágio de sífilis por homens seria um atributo de reforço da masculinidade.

atores envolvidos naqueles contextos geopolíticos globais. Neste sentido, aprofundando essa visão social, política e geográfica sobre as doenças (para além das venéreas), podemos compreender que:

A saúde, ou a falta de, assumiu, no curso da história, características preconceituosas, tornando-se poderosos fatores de discriminação. Tuberculose, câncer, sífilis, cólera e SIDA são ou foram utilizados ideologicamente como forma de repressão a grupos minoritários, instrumentos estigmatizadores em relação a outros povos (Rudnicki, 2000, p. 112).

Visto isso, tal perspectiva orienta o olhar aqui dedicado para a sífilis, seus enfermos e para a medicina, no contexto brasileiro entre os séculos XIX e XX, por vezes tomando como cenário específico a cidade de Porto Alegre, assim como olhando para o contexto mais amplo, estrangeiro. Busca-se, assim, compreender o contexto da sífilis sob uma perspectiva social que abrange: os entendimentos e concepções sobre a doença, as suas vítimas, os tratamentos empregados, os debates políticos e sociais gerados para o seu combate e procedimentos médicos utilizados.

Desta escolha de abordagem, é importante destacar que o recorte temporal investigado, um tanto alongado, é marcado pela interconexão de complexos processos sociais, culturais e econômicos: em nível global, o estabelecimento de diversos estados nacionais no ocidente europeu e o já comentado processo de imperialismo europeu sobre África e Ásia e o ideário que carregava; as grandes guerras, os avanços científicos do século XX; em nível nacional, a transição entre o Império e a República; o final da escravidão negra no Brasil, o último país das Américas a promover a abolição; o processo de imigração de povos europeus para o Brasil; o início e o desenvolvimento da industrialização nacional, promovendo o incremento populacional nas grandes cidades. Ressalta-se, ainda, que o aumento populacional nesses centros se dava não somente pela população imigrante estrangeira, mas também pela migração interna, promovida por negros libertos tantos outros atores sociais, que procuravam por melhores oportunidades e/ou formas de sobrevivência. Por exemplo, a população da cidade de Porto Alegre cresceu em mais de 50% entre os anos de 1880 e 1900.⁴

Aliado à maior aglomeração de pessoas nas principais cidades e os problemas sanitários, decorre o aumento da incidência de doenças e epidemias, o que despertava a atenção dos médicos e o surgimento dos primeiros sanitaristas brasileiros e de perspectivas eugênicas, que uniam preocupação com doenças a medidas profiláticas que ultrapassavam, e muito, o seu combate biológico, adentrando para concepções socioeconômicas e raciais.

4
Isto em um período onde a taxa de mortalidade era equivalente à taxa de nascimentos daquela população, como é possível observar na pesquisa que está sendo realizada. Fonte para os dados populacionais: FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA, 1981. Também foram considerados os dados do censo de 1872 organizados pela UFPEL <http://ich.ufpel.edu.br/economia/conteudo.php?pagina=15>. Para a taxa de mortalidade, foram utilizados os livros de óbitos de pessoas livres e escravos do cemitério da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

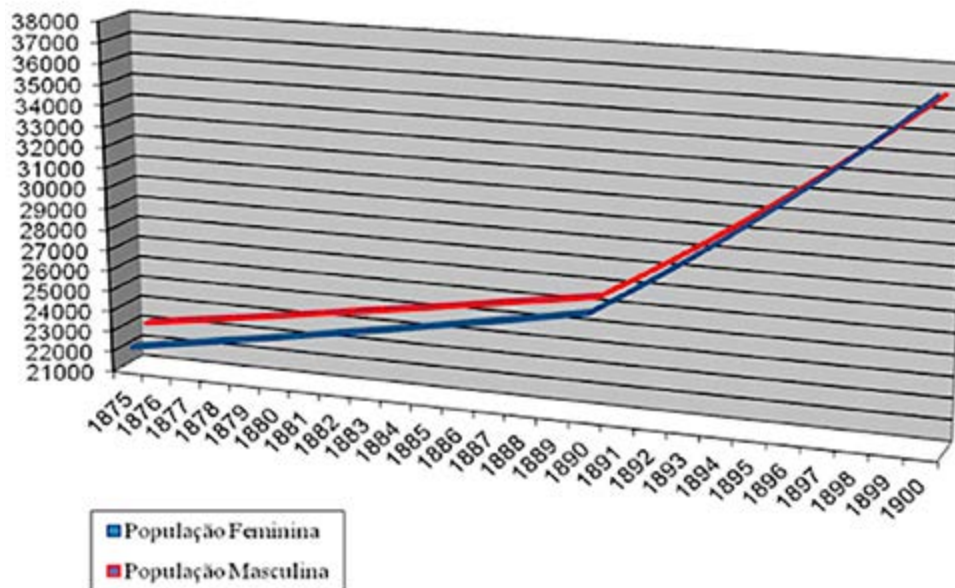


Gráfico 1: Crescimento populacional em Porto Alegre (1875 a 1900)⁵
 Fonte: Censos de 1872, 1890 e 1900, em: FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA, 1981. Para o ano de 1872, ver: Monastério (s.d.). Matrículas de escravos de 1872/73, conforme Araújo (2011).

Conforme Dain Borges (2005, p. 44-48), um aspecto importante a ser considerado para a compreensão daquele contexto e processos sociais se dá por meio da análise sobre o conceito de degeneração, que carrega consigo três significados: no primeiro, através de um ponto de vista retirado das ideias de biólogos do século XVIII, degeneração se refere à queda do homem, ou de outro tipo de vida, de um tipo original perfeito. Já no século XIX, foram feitos dois novos usos do termo. O segundo significado é encontrado no livro *Sobre a desigualdade inata das raças* (1853), de Arthur de Gobineau, onde “[...] a queda das civilizações é atribuída à degenerescência da raça, causada pela mistura de sangue. Seu autor acreditava ter incluído a história na categoria das ciências naturais, já que havia uma única razão, de origem biológica, a reger a ascensão e queda das sociedades” (Kummer, 2002, p. 59). O terceiro significado foi retirado da ciência médica e psiquiátrica por Benedict-Augustin Morel. Seu pensamento está baseado em dois pressupostos básicos: o primeiro, reconhecendo o ser humano como uma entidade simultaneamente física e moral; o segundo, acreditando na hereditariedade mórbida, o que implica em pensar que uma anomalia hereditária causaria no descendente uma anomalia ainda mais grave ou mesmo diferente. Articulando estes dois pressupostos, conclui-se que

5 O eixo vertical indica o número de habitantes, por sexo. Estimativa de crescimento populacional a partir da compilação de dados oriundos das fontes arroladas.

caracteres morais e físicos poderiam ser transmitidos de forma hereditária, incluindo-se aí perturbações como a loucura ou a tendência ao crime. Desta forma, o comportamento imoral de um indivíduo poderia comprometer a saúde de toda a sua estirpe (Carrara, 1996, p. 55).

Assim, as ideias de degeneração carregavam consigo um discurso de discriminação não só de ordem racial, mas que também incorporava diversos grupos sociais. Deste modo, baseados principalmente no pensamento de Benedict Morel, os cientistas/intelectuais brasileiros, bem como os seus colegas europeus e americanos, observavam a sociedade como um corpo doente, que precisava ser curado. Neste sentido, atentavam principalmente para as doenças contagiosas, hereditárias e, dentro disso, para as que estavam ligadas aos aspectos morais, como veremos mais detidamente a seguir. Como consequência, estabelecer-se-ia uma segunda ligação: a dos tipos sociais atingidos por essas doenças, muitas vezes observados como tipos perigosos e desviantes sociais, o que abarcaria não somente homens, mas também, e principalmente, as mulheres. A concepção discriminatória não estava somente relacionada aos modos de vida e às condições de higiene, mas também associada à cor de pele e à situação econômica.

As doenças venéreas e hereditárias⁶ transmitiriam não só o enfraquecimento físico, mas também o estigma desmoralizante. Conforme identificou Sérgio Carrara (1996, p. 62), nos finais do século XIX associou-se a problemática da sífilis às discussões relativas à degeneração. Ligado a isto, observamos também que no final do século XIX se deu a transformação do objeto principal da medicina, quando o papel do médico passa a ser redefinido a partir do novo contexto social, em que “o discurso médico irá propor o controle da periculosidade sanitária das cidades, saneamento dos espaços públicos e ordenação da vida familiar” (Vieira, 2002, p. 28).

Nessa atmosfera de pensamento médico/social, o corpo feminino, que do ponto de vista biológico está intimamente ligado com a reprodução, passa a estar profundamente articulado com a nova prática médica consolidada naquele período, agora focada na necessidade de controle da periculosidade sanitária e moral. O corpo feminino se torna *objeto* central para essa busca, principalmente na tentativa de melhorar suas populações (ou melhoria da raça) por meio da reprodução e da ordenação da vida familiar (Rohden, 2008, p. 44). Neste contexto, a mulher (e seu corpo) deveria ser exemplo de conduta moral: “Relações sexuais extraconjugais eram associadas a distúrbios, assim como a masturbação e a prostituição, que, sobretudo, significavam doenças” (Vieira, 2002, p. 26).

6 Destaca-se aqui que a sífilis congênita pode causar má-formação do feto, aborto ou morte do bebê, entre outras consequências para a saúde da criança.

Nota-se ainda que tais ideias, mesmo muito antes dos anos do século XIX, já não eram novidade para a realidade brasileira e pensamento médico. O Dr. Manoel Velloso Paranhos Pederneiras, natural da Província de São Pedro, cidade de Rio Pardo, atuou como médico em Porto Alegre, ao menos durante a década de 1850 e 1860.⁷ Em 1855 defendeu a sua tese de medicina. Devido ao estado precário de conservação atual da tese, não conseguimos identificar o seu título (Pederneiras, 1855).

O estudo se concentra sobre a Roda dos Expostos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e o seu papel naquela sociedade. Sob a ótica da medicina, identificou os seus problemas e, por fim, realizou proposições para as melhorias que se faziam necessárias, sob aquele olhar. O autor observava as rodas como um *mal necessário* para países pobres, porém, a existência das rodas no Brasil não se daria por essa característica, mas, sim, pela presença demasiada da prostituição e falta de instrução entre os pobres. Considerando que grande parte do contingente de amas de leite era formado por escravas ou libertas, surge outra associação que podemos inferir deste olhar médico: as escravas também seriam culpadas pela mortalidade das crianças, dada a qualidade do leite que forneciam. Entendido desse modo, é ilustrativo que, dentre as seis proposições realizadas por Pederneiras para diminuir a mortalidade nas rodas, constam:

4º Criar os lugares que forem necessários de regentes de amas, entregando-se porém estes lugares somente a pessoas cuja humanidade, instrução e moralidade sejam plenamente comprovadas. 5º Cuidado na admissão das amas, com as seguintes condições: 18 a 30 anos, decorrido o mais breve tempo após o parto, glândulas mamárias bem desenvolvidas, mamelões salientes, duros, leite sem cheiro, doce ligeiramente bem açucarado e bem consistente, isenta de moléstia transmissível (sífilis, escrófulas etc.), bons dentes, inteligente, dócil e meiga (Pederneiras, 1855, p. 28).

Notemos que as qualidades *humanidade, instrução e moralidade* seriam requisitos somente para as regentes de amas, não sendo mencionadas para as amas. Para essas últimas, além das características mais ligadas ao estado físico das mulheres, ressaltava a necessidade de ser “inteligente, dócil e meiga”, predicados que poderiam ser utilizados para definir um animal domesticado e ensinado. A boa moralidade, definitivamente, não seria qualidade que pudesse ser encontrada em uma mulher que venderia o seu leite para outro que não fosse o seu filho, e ainda, que também fosse escrava ou pertencente aos estratos mais pobres da sociedade porto-alegrense.⁸

A noção de ligação entre sífilis, escrófulas e amas de leite mencionada por Pederneiras em 1855 (e da forma como o autor a mencionou, não parecia

7 Em paralelo, foi professor de francês na mesma cidade, redator do jornal A Ordem e deputado provincial pelo partido conservador e, posteriormente, mudando-se de província, redator do Jornal do Comércio do Rio de Janeiro. Também teria participado da Guerra do Paraguai e exercido a medicina na capital do Império. Porto Alegre, 1926, p. 152.

8 Aliás, o aleitamento, mesmo que para o próprio filho, não era visto como atribuição das mulheres de alta posição social.

ser uma novidade) não se dava de forma isolada, sendo reiterada em 1890 pelo dicionário de medicina popular mais conhecido do século XIX.⁹ Dentre as causas, tendo em vista que a transmissibilidade foi destacada pelo autor, há menção específica para as *habitações insalubres*, que incluíam as senzalas, cortiços, ou, ainda, as casas de prostituição.

Na compreensão de Pederneiras, para prestar os seus serviços, a ama de leite deveria, para além de apresentar exames que atestassem o seu bom estado de saúde, ficar recolhida em local adequado, com alguém que a regesse moralmente. Não é sem propósito que Pederneiras também propunha, afora a necessidade da existência da figura da regente de ama, a mudança “do estabelecimento” (a parte da criação dos expostos da Roda) para um arrabalde da cidade com casa espaçosa e, ainda, o imperativo de um médico residir naquele estabelecimento. Talvez uma das ideias por trás dessa indicação fosse a de afastar as amas dos *ambientes imorais* do meio urbano, propiciando assim, em conjunto, uma espécie de educação moral.

Resgatando a ideia de Paranhos de que características das amas de leite estariam mais associadas ao mundo animal, não foi identificada qualquer preocupação de caráter humanístico em relação ao bem-estar das amas de leite e dos seus filhos. As amas são observadas, ao longo de toda a tese, como animais que fornecem determinado produto e por isso deveriam seguir os preceitos da medicina, que estavam relacionados aos modos corretos de vivência e local adequado de moradia. Mais que isso, seriam seres desprovidos de moralidade que, em seus modos de vida e moradia habitual, teriam ligações com doenças extremamente prejudiciais àquele mister e à (boa) sociedade.

Outro documento importante, que corrobora com o que foi até aqui apresentado, é a tese de Christiano Henrique Braune, natural de Nova Friburgo, Rio de Janeiro, defendida em 1885 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que tratou sobre a influência das raças humanas sobre a sífilis.¹⁰ Nota-se que as “raças humanas” são trazidas anteriormente à sífilis, demonstrando assim a importância dedicada ao tema raça para a medicina. Assim, por meio do estudo de Braune, é possível identificar a junção de aspectos sociais, culturais e morais pertinentes à raça, voltados para caracteres físicos e biológicos.

É preciso atentar que a escolha de tal tema e as teorias expressas no texto de Braune trazem consigo o contexto formativo daquela instituição: a tese de Braune demonstra aprofundamento teórico e muito da base de influências, internacional e nacional (principalmente dos professores da Faculdade do Rio de Janeiro), sobre como aquelas ideias eram absorvidas e processadas

⁹ Não sabemos se estas informações já se encontravam nas edições anteriores do Dicionário (a primeira foi lançada na década de 1850), porém, tendo em vista a menção realizada por Paranhos em sua tese, pensamos que sim. Devemos considerar que Chernoviz foi médico bem-conceituado no meio acadêmico e científico brasileiro daquele período, ao menos, conforme passagens e artigos encontrados na Revista Gazeta Médica da Bahia.

¹⁰ A página referente ao título foi retirada da tese. Cf. BRAUNE, 1885. Apesar de aparentemente fugirmos do contexto gaúcho, é importante indicar que naquele período existiam apenas duas Faculdades de Medicina do Brasil, a da Bahia e a do Rio de Janeiro. Disso, verificamos que a grande parte dos médicos que atuaram em Porto Alegre na segunda metade do século XIX realizou os estudos na Faculdade de Medicina de Rio de Janeiro.

pelo meio acadêmico e científico brasileiro da medicina. Neste sentido, outro elemento importante é o de que a tese foi aprovada com distinção, ou seja, está alinhada com as ideias dos seus professores. Além disso, Braune era filho de um médico (Dr. João Henrique Braune) e já Bacharel em Letras quando se formou em medicina.¹¹

A principal perspectiva teórica observada na tese, como esperado, é a ideia de ligação entre as raças humanas e as “entidades mórbidas” (Braune, 1885, p. 9):

A influência que as raças humanas exercem sobre as entidades mórbidas, é um dos mais importantes problemas de etnologia patológica. Sem prejudicar em nada da unidade ou pluralidade das raças humanas, podemos dizer como Quatrefages, que a natureza fundamental é a mesma para todas; existindo porém para cada raça uma segunda natureza, derivada das condições mesológicas em que se colocam. Este modo de ser peculiar a cada grupo da espécie humana, origina a diferença de resistência às entidades mórbidas.

Com este horizonte, Braune dialogou com diversos autores referências internacionais sobre o tema raça, entre eles Blumenbach, Cuvier, Quatrefages, Morton, Humboldt, Claude Bernard, Maurel, Paul Broca, Livingstone, para além de outros médicos e antropólogos que se detiveram sobre a sífilis (Hunter, Ricord, por exemplo), incluindo professores brasileiros: Manoel Gama Lobo, Miranda Pinto e João Pizarro Gabizo, esse último, professor responsável pela cadeira de Clínica de moléstias cutâneas e sifilíticas, na qual se inseria o tema da tese.¹²

Conforme trabalhado na tese, na ótica de Braune, elementos intrinsecamente ligados à cultura, hábitos e moralidade influenciavam na definição do que seria a essência de uma raça, e mais que isso, se vinculariam à fisiologia, aos caracteres hereditários e ao curso de uma doença no corpo. Nesta esteira, as raças amarela e negra estariam mais *acostumadas* à sífilis e sofreriam menos com a doença, o que não ocorreria com a raça branca, que teria uma “marcha” da doença muito própria e mais nociva em relação às primeiras. Conforme o médico fluminense, a raça negra poderia adquirir até mesmo a imunidade contra a sífilis. Esse aspecto endêmico da sífilis na Ásia e África estaria muito ligado aos modos de vida, ao desregramento sexual, à imoralidade e à prostituição, principalmente das mulheres. Aspectos climáticos também teriam a sua contribuição, como era de se esperar de acordo com os autores seguidos por Braune.

Já para o Brasil, país predominantemente tropical e miscigenado, Braune iria associar a sífilis à imoralidade, à raça negra e, principalmente, às escravas:

11
Com estas observações, poderíamos pensar que Braune, pelo gosto, conhecimento e profundidade demonstrada ao abordar o tema, tornar-se-ia grande expoente de ideias racialistas no campo da medicina, porém, as fontes encontradas não demonstram essa realidade: não foram identificadas outras publicações do médico fluminense, porém, verificamos que Braune ficaria estabelecido na cidade do Rio de Janeiro, exercendo a medicina em um consultório próprio.

12
A consulta sobre essa vasta gama de autores não resultava somente em aceitações, ainda que majoritárias. Por vezes havia certa discordância de ideias, mais especificamente, a determinados autores estrangeiros.

São as escravas de nossa casa, que convivem conosco quase que em comum, servindo-se de nossos utensílios e que são fonte de propagação de uma verdadeira sífilis *insontium* (Braune, 1885, p. 61).

A prostituição também teria a sua grande parcela para a transmissão da doença, aspecto que também será destacado quando tratarmos sobre a sífilis na primeira metade do século XX, no contexto das estratégias sanitárias adotada por médicos, cientistas e políticos brasileiros, para o combate à doença.

13

As doenças venéreas identificadas nos livros de entradas de enfermos dos hospitais Beneficência Portuguesa e Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, sem mencionar os seus desdobramentos ocasionados devido à fase de evolução da enfermidade no corpo humano, foram as seguintes: sífilis, blenorragia, bubão e cancro mole. Dentre os desdobramentos destas doenças, são encontrados vários tipos de manifestações das mesmas moléstias tais como: sífilis secundária, sífilis terciária, sífilis cerebral, cancro duro (cancro sífilítico), vários tipos de bubões e de blenorragia, entre outras.

PORTO ALEGRE: UM (BREVE) ESTUDO DE CASO SOBRE OS ENFERMOS VENÉREOS BRASILEIROS NO FINAL DO SÉCULO XIX

Problematizados os aspectos teóricos sobre as concepções da medicina em relação à sífilis no Brasil, agora voltamos o olhar para o perfil social dos enfermos internados por motivo de doenças venéreas, a partir de dados coletados nos hospitais da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e da Sociedade de Beneficência Portuguesa, da mesma cidade.¹³ Nota-se que, se por um lado a Santa Casa era direcionada aos pobres e desassistidos, a Sociedade era direcionada, na sua maior parte, aos portugueses e descendentes estabelecidos no Brasil, que precisavam ter uma renda mínima para poderem se tornar associados e utilizar o hospital (havia também a possibilidade de pagamento pelo atendimento).

Nos quadros 1 e 2 é demonstrada a relação percentual entre registros de internados por doenças venéreas e outras doenças, em cada um dos hospitais analisados.

14

Neste ponto, é importante afirmar que a denominação de cor, principalmente no Brasil, não se tratava de uma simples identificação da coloração da epiderme humana, e sim, de uma identidade atribuída aos indivíduos componentes daquela sociedade (MOREIRA, 2009, p. 41). A consulta sobre essa vasta gama de autores não resultava somente em aceitações, ainda que majoritárias. Por vezes havia certa discordância de ideias, mais especificamente, a determinados autores estrangeiros.

No que se refere à perspectiva racial, a indicação de alguma noção sobre o contexto racial dos enfermos somente pode ser constatada mais diretamente a partir dos registros da Santa Casa de Misericórdia, pois naqueles livros constava a “cor” dos internados.¹⁴ Já para o hospital da Beneficência Portuguesa essa informação não é trazida diretamente, no entanto, conforme já descrito sobre o público dessa instituição, a grande maioria poderia ser considerada branca, mesmo com a ausência de tal dado. Assim, para a Santa Casa temos os dados no Quadro 3 sobre a cor dos enfermos venéreos.

QUADRO 1: COMPARATIVO - DOENÇAS GERAIS X DOENÇAS VENÉREAS (HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA)

BENEFICÊNCIA PORTUGUESA COMPARATIVO: DOENÇAS GERAIS X DOENÇAS VENÉREAS				
ANO	DOENÇAS GERAIS	%	DOENÇAS VENÉREAS	%
1881	145	73,1	39	26,9
1882	163	87,73	20	12,27
1883	157	90,34	15	9,66
1884	160	83,13	27	16,87
1885	192	86,45	26	13,55
1886	216	88,42	25	11,58
1887	242	85,12	36	14,88
1888	218	85,77	31	14,23
1889	228	88,15	27	11,85
1890	297	90,57	28	9,43
1891	274	93,06	19	6,94
1892	300	92,66	22	7,34
TOTAL	2592	87,84	315	12,16

QUADRO 2: COMPARATIVO - DOENÇAS GERAIS X DOENÇAS VENÉREAS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA)

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA COMPARATIVO: DOENÇAS GERAIS X DOENÇAS VENÉREAS				
ANO	DOENÇAS GERAIS	%	DOENÇAS VENÉREAS	%
1883	1122	93,67	71	6,33
1884	1194	94,3	68	5,7
1885	1192	93,79	74	6,21
1886	1135	96,91	35	3,09
1887	943	95,44	43	4,56
1888	1105	93,57	71	6,43
1889	1207	92,37	92	7,63
1890	1650	90,96	149	9,04
1881	1965	94,65	105	5,35
1892	1894	89,7	195	10,3
TOTAL	274	93,26	903	6,74

QUADRO 3: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA - DENOMINAÇÃO DE CORES DOS ENFERMOS POR SEXO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DENOMINAÇÃO DA COR DOS ENFERMOS VENÉREOS: HOMENS / MULHERES			
COR	MULHERES	HOMENS	TOTAL
BRANCA	46	331	377
CABRA	1	-	1
CHINA	3	-	3
FULA	-	2	2
ÍNDIA	3	63	66
MORENA	3	26	29
PARDA	36	196	232
PRETA	36	146	182
SEM DADOS E “IGNORASSE”	-	11	11
TOTAL	128	775	903

Abaixo, simplificando a exposição das denominações das cores dos enfermos de forma dual, como brancos e não brancos, as informações poderão ser observadas da seguinte forma:



Gráfico 2: Santa Casa de Misericórdia - Denominação de cores dos enfermos (brancos x não-brancos)

Ressaltamos, novamente, as características diferenciadas dos enfermos da Santa Casa e da Sociedade. Compreendendo os 315 enfermos da Sociedade como brancos, verificaremos que, dentre os internados dos dois hospitais, a maioria é composta por brancos. Retomando as análises produzidas nas teses consultadas, conforme visto, esses seriam dados facilmente explicados pelas

teorias nelas contidas, corroborando também, com os que foram levantados por Braune na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (Braune, 1885, p. 68 e p. 102). Ou seja, a realidade foi moldada para uma teoria e não o contrário.

A BUSCA PELA CURA

É certo que os dados levantados dos enfermos nos hospitais pouco representam a realidade do número de acometidos pelas doenças venéreas, no entanto, para análise que aqui foi buscada, o uso de tais informações se justifica: por interligar pensamento científico da medicina, doenças venéreas e seus enfermos, isso tendo em vista que as análises realizadas pelos médicos, conforme visto, estavam baseadas principalmente nos dados hospitalares do período.¹⁵

De outra maneira, quando pensamos na efetividade dos tratamentos médicos oferecidos pelos hospitais, constata-se que o período de internação para a sífilis era longo, mais de 20 dias na maioria dos casos identificados, ou seja, não se tratava de um tratamento ou de uma *cura* rápida e fácil de ser conduzida. O tratamento dedicado era, na sua maior parte, alopático. Na Beneficência, que contava com um médico homeopata, a homeopatia era utilizada em alguns casos, que certamente requeriam prévia avaliação médica – como os registros não trazem detalhes sobre o diagnóstico, mas somente a identificação da doença, por vezes a mesma enfermidade poderia ter tratamento diferenciado. Sugerimos a interpretação de que tudo dependeria do estágio de avanço ou sintomas da doença.



Figura 1: Livro de entrada de enfermos do Hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa de Porto Alegre – outubro e novembro de 1889. Fotografia do acervo particular do autor

Mas as formas de cura se situavam para muito além dos hospitais: sem nos determos sobre as práticas caseiras e de curandeiras e curandeiros, trata-se de um período em que a medicina passava a desenvolver cada vez mais remédios e

15
É claro que também havia a compreensão mais particular de cada médico em relação aos atendimentos que realizavam diariamente, sejam pagos, sejam gratuitos. A consulta sobre essa vasta gama de autores não resultava somente em aceitações, ainda que majoritárias. Por vezes havia certa discordância de ideias, mais especificamente, a determinados autores estrangeiros.

tratamentos voltados para as doenças venéreas (ver Carrara, 1996), entre eles, os famigerados tratamentos à base de mercúrio.

Avelleira e Bottino (2006, p. 120) apontam que o tratamento da sífilis, antes do uso da penicilina (não especificam um delimitado recorte temporal do período em que era realizado tal tipo de tratamento) era realizado a partir da administração de drogas à base de mercúrio, arsênico, bismuto e iodetos. Também era receitado pelos médicos, com inspiração na pouca resistência do treponema ao calor, o aumento da temperatura corporal, realizado através de banhos quentes de vapor ou com inoculação de plasmódios na circulação (malarioterapia), tratamentos estes que demonstraram pouca eficácia, sendo comum a reincidência das doenças e, principalmente, da sífilis.

Em 1890, Barão do Lavradio utilizou o mercúrio como base no tratamento de crianças sífilíticas, incluindo também o iodeto de potássio, de ferro e preparados à base de arsênio (Rodrigues, 2004, p. 40). Constata-se que o uso do mercúrio, em fins do século XIX, era apontado pelos especialistas como o remédio mais eficaz no combate à sífilis, apesar dos efeitos colaterais no enfermo. Assim, de acordo com Barreto (2005, p. 221):

As doenças venéreas, em especial a sífilis, alimentaram um rentável negócio de medicamentos, pois nos jornais do século XIX, o anunciante sempre trazia um “poderoso e atestado” produto anti-sifilítico, validado pelos médicos locais renomados, a exemplo da *Água Anti-sifilítica*, para as diversas manifestações da sífilis [...] cuja garrafa custava 1\$000 ou uma *Poção Anti-Blenorrágica*, para as gonorréias – uma garrafa – 1\$000.

Renata Rodrigues (2004, p. 34-39), ao pesquisar jornais do final do século XIX no Rio de Janeiro, apresentou lista de remédios que prometiam a cura da sífilis, entre eles o poderoso *Licor Tibaina* (1884), que evitaria o aparecimento da sífilis hereditária, as *Salsa Parrilhas* (1886), que serviam para curar doenças venéreas. Estes remédios, entre vários outros que eram comercializados, tinham como base química o mercúrio e o iodeto.

Mas existiam outros, os remédios à base de vegetais: o *Elixir Gynorcardico Composto*; o *Ungüento de Gurjun Composto*; as *Pílulas de Tayuyá Composto* (1885). De igual modo eram encontrados os intermediários (com base de mercúrio e iodeto, e, também, vegetal), tais como o *Extrato Fluido de Sucupira Branca Iodurado* (1885) e o *Cajurubeba* (1886). Havia as *Pílulas Blancard* (1886) de Iodureto de Ferro, além de uma série de outros remédios sob forma de comprimidos ou líquidos. Todos estes remédios tinham em comum, nas suas propagandas, a promessa de curas milagrosas.

TINTURA
DE
Salsa, Caroba e Manacá
DO FARMACEUTICO
Eugenio Marques de Hollander

Elixir depurativo approved pela commission medica de hygiene e
tudo pharmaceutico e
Autorizado por decreto Imperial de 18 de Setembro de 1890
para tratamento radical das affecções syphiliticas e canceras, Miositidas,
rheumatismo, boubas, alceras e canceres.

Cura infallível
das empingoras, dartros, escrophulas, espinhas pustulosas, erisemas, murchas e
e finalmente, de todas as affecções do mesmo genero, que se manifestam na
infancia ate a idade decrepita.

Grande purificador do sangue e optimo restaurador da vida por
com os tres principaes agentes therapeuticos da

Flora Brasileira,
Não reclama dieta de natureza alguma.
Vende-se pelo preço de 500000 uma duzia, e um franco 1900, no 1.
Janeiro, rua Theophila Ottolui no. 85 e 87. Victoria Lima & Companhia.
Porto Alegre, na rua dos Andradas n. 250.

Drogaria e pharmacia Franco-Brasileira de A. J. de
Unico agente.

Figura 2: Gazeta de Porto Alegre (Porto Alegre) - 07.07.1881. Fotografia do acervo particular do autor.

SALSAPARRILHA
DE
BRISTOL
O Grande Purificador do Sangue

Garantida como o remedio infallível
contra a Escrofula em todas as suas
formas, Chagas perniciosas e invetera-
das, Siphilis, Tumores, Erupções Cu-
taneas, Rheumatismo Chronico, Debi-
lidade geral do systema e todas as mo-
lestias que tem a sua origem na Impu-
reza do Sangue e dos Humores.

Depositor: nas pharmacias dos Srs.
R. G. dos Reis e A. R. de Faria.

Figura 4: A Província (Jaguarão) - 02.12.1875. Fotografia do acervo particular do autor.

Gonorrhoeas.
No mais inyecciones!!!
DOIS DIAS ou tres bastão para curar
radicalmente las blenorragias, gonorrhoeas
uretritis, leucorrhoeas perdidas ou
FLORES BLANCAS
y catarro útero-vaginal, por medio de
las afamadas PILDORAS NEGRAS DEL
DOCTOR WANDICK, de Amsterdam,
con copahibato de hierro y de cubebina
garantidas, SIN MERCURIO!! Son muy
fáciles de tomar: no dan cólicos! ni
eructos! ni necesitan inyecciones! ni ti-
sanas! Como se comprende, es el mejor
remedio conocido hasta hoy para curar
dichas enfermedades. Hay instrucciones.
Se dará gratis el prospecto.

Figura 3: A Província (Jaguarão) - 02.12.1875. Fotografia do acervo particular do autor.

Em Porto Alegre e região o cenário é similar, conforme observado em alguns jornais do período:



Figura 5: A Gazetinha (Porto Alegre) - 04.01.1899. Fotografia do acervo particular do autor.



Figura 6: A Gazetinha (Porto Alegre) - 04.01.1899. Fotografia do acervo particular do autor.

16
Não sabemos se Rocco e Lanzara eram médicos diplomados formados por Faculdades de Medicina. No entanto, ainda na década de 1880, conforme fontes governamentais da Província, era grande o número de “charlatães” na cidade. Situação essa que certamente evoluiu com a Constituição Estadual do Rio Grande do Sul, de 1892, pois estabelecia a separação dos poderes temporal e espiritual, assegurando a liberdade religiosa, de profissão e a liberdade da indústria (WEBER, 1999, p. 583-601). Ver também os Relatórios da Província do Rio Grande do Sul e os Relatórios da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior.

E havia ainda médicos especialistas na cura de determinadas doenças venéreas, tal como a sífilis e a gonorreia:

Mas até que ponto estes remédios e ditos profissionais¹⁶ eram eficazes no tratamento e cura das doenças venéreas? Conforme Cavalcante (2003, p. 36), os enfermos preferiam:

[...] primeiramente, procurar farmacêuticos e remédios caseiros para amenizar o sofrimento causado pela doença e, quem sabe, na esperança de curar-se. Só mais tarde, depois de constatarem que não podiam vencer o *mal* que invadira seus corpos, buscaram ajuda de um médico. Casos como estes, reforçavam o discurso médico no sentido de que o espaço adequado para o tratamento da enfermidade era o hospital.

Os hospitais ainda se encontravam em um processo de transição entre local de acolhimento e caridade para se tornar espaço de cura ao final do século XIX, o que vale para Porto Alegre (Oliveira, 2018). E no que se refere ao tratamento das doenças venéreas e, principalmente, da sífilis, como sabemos, somente no século XX, mais especificamente em 1943, é que foi comprovada a eficácia da penicilina para o seu tratamento.

A SÍFILIS NO SÉCULO XX

A descoberta e o uso da penicilina não resolveram alguns dos principais problemas que cercavam a doença: o estigma, as ligações raciais estabelecidas no século anterior e, dentro delas, as distinções de olhares e tratamentos para quando a sífilis acometia as pessoas mais pobres ou marginalizadas da sociedade.

São bem conhecidos, ou melhor, tornaram-se públicos, experimentos conduzidos sobre o comportamento da sífilis que, hoje, são considerados antiéticos e racistas. Destaca-se o experimento conhecido como Estudo da Sífilis Não Tratada de Tuskegee, produzido pelo Serviço Público de Saúde dos Estados Unidos em Tuskegee (Alabama, EUA), entre as décadas de 1930 e 1970. O experimento:

[...] envolveu 600 homens negros, sendo 399 com sífilis e 201 sem a doença, da cidade de Macon, no estado do Alabama. O objetivo do Estudo Tuskegee, nome do centro de saúde onde foi realizado, era observar a evolução da doença, livre de tratamento. Vale lembrar que em 1929, já havia sido publicado um estudo, realizado na Noruega, a partir de dados históricos, relatando mais de 2000 casos de sífilis não tratado (Núcleo Interinstitucional de Bioética - HCPA/UFRGS).

A participação era voluntária e a contrapartida era o acompanhamento médico, refeição no dia dos exames e, caso preciso, o pagamento do funeral. Dinheiro também foi pago algumas vezes. Destaca-se que, mesmo que dependesse de voluntariado, sabidamente eram os mais pobres que participariam do projeto, sem falar da ligação racial, conforme expresso na citação acima. Os participantes infectados não sabiam ao certo qual era a sua doença, somente que era rotulada como *sangue ruim*: “a mesma utilizada pelos Eugénistas norte-americanos, no final da década de 1920, para justificar a esterilização de pessoas portadoras de deficiências” (Núcleo Interinstitucional de Bioética - HCPA/UFRGS). Ou seja, certamente assustava e auxiliava na captação dos voluntários. Em 1969, 28 pessoas participantes estavam mortas e, ao total, mais

de 100 pessoas tiveram a morte ocasionadas pela sífilis. O sistema de saúde também impedia que os participantes procurassem tratamento para a doença.

Também emblemática foi outra pesquisa conduzida por cientistas norte-americanos, porém, não nos EUA, mas na Guatemala, entre 1946 e 1948. Tinha como objetivo testar a eficácia da penicilina e envolveu 700 pacientes, presidiários, infectados propositalmente por prostitutas (Reverby, 2012). Desses casos, é importante considerar a anuência e patrocínio do Estado e da comunidade científica.

No Brasil, em que nas décadas de 1920 e 1940 se estima que cerca de um quinto da população tenha sido contaminada pela doença (Ribeiro, 2021, p. 117), desconhecendo-se na historiografia fontes sobre experimentos semelhantes aos citados acima, o enfoque principal dos médicos cientistas eugenistas foi a prostituição, ou mais especificamente, as prostitutas, sendo raramente culpados os homens que as procuravam. No entanto, conforme identificado por Sérgio Carrara, era corrente o uso das expressões “sífilis imerecida”, “sífilis inocente” e “sífilis merecida”. Através da primeira expressão os médicos tentavam amenizar o caráter vergonhoso da doença adquirida sexualmente. Ou seja, a “sífilis imerecida” se dava quando a esposa, dentro do relacionamento conjugal, era infectada pelo marido infiel (Carrara, 1996, p. 146).

A prostituição era observada pelos sifilógrafos como um mal necessário, de impossível extinção, cabendo ao estado reduzi-la ao mínimo inevitável. Discutia-se soluções como a criminalização do contágio, a regulamentação ou não da prostituição, prevendo-se, também, a centralização do meretrício, compreendido como foco privilegiado da doença (Carrara, 1996, p. 280). Note-se, em tempo que, conforme os debatedores contrários, a regulamentação seria carregada de imoralidade, pois admitiria a prostituição como uma profissão reconhecida e legítima (Carrara, 1996, p. 263).

Assim, os modelos de lutas antivenéreas adotados pelos médicos brasileiros giravam em torno, ou eram transpassados, por teorias de degeneração social e pensamento eugenista (bebendo na fonte de cientistas de outros países, principalmente americanos e europeus). E, por meio dessa última abordagem, tais modelos podem também ser entendidos como um tanto machistas, e por que não, misóginos.

CONCLUSÃO

Das últimas décadas do século XIX ao decorrer do século XX, a medicina científica se desenvolveu muito, sendo também o período em que as ideias sanitárias avançaram e ganharam espaço no Brasil e em muitos outros países do mundo. Os hospitais adquiriram um nova feição e função: de um local para acolhimento aos pobres e desassistidos, transforma-se no local da ciência e prática médica, da cura das doenças, um espaço símbolo para a atuação da medicina profissional, diplomada. A Farmácia também se desenvolveu com o aumento das tecnologias e conhecimentos, produzindo remédios mais eficazes e menos danosos ao corpo humano. A penicilina foi criada e implementada e, aos poucos, foi tomando o espaço do mercúrio e de tantos remédios anteriormente pouco eficazes ou ineficazes para o tratamento das doenças venéreas.

Infelizmente, conforme abordado, esse desenvolvimento veio acompanhado de pensamentos e práticas marginalizantes para determinados grupos sociais. Teve cunho eugênico, racial, ligado à condição socioeconômica, vestido de cientificidade. Tais características fizeram parte da história, da realidade da medicina mundial e brasileira nos séculos XIX e XX. E, mais grave, avançam pelo século XXI, talvez sob outras formas, mas que reproduzem sentidos do pensamento dos séculos passados, seja por meio da atuação na medicina, seja pelas falas e reações particulares de alguns/mas médicos e médicas. Importante salientar que tal afirmativa se refere, muito provavelmente, a exceções e não à regra, sendo preciso pontuar que não se trata de uma peculiaridade do campo profissional e científico da medicina, mas sim de um pensamento que permeia a sociedade em que vivemos, pois foi e ainda é uma sociedade alicerçada sob base racial, socioeconômica, preconceituosa, escravagista e machista.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Thiago Leitão de. “Novos dados sobre a escravidão na província de São Pedro”, V Encontro Escravidão e Liberdade no Brasil Meridional, *Anais*, Porto Alegre, 2011.

ARRUDA, L. P. O orientalismo como prática discursiva hegemônica no auge da expansão europeia. *FACES DA HISTÓRIA*, v. 6, p. 254-273, 2019.

AVELLEIRA, João C. R.; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais brasileiros de dermatologia*. 2006; 81(2):111-26.

BARRETO, Maria Renilda Nery. *A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808 - 1851)*. 2005. 257 f. Tese

(Doutorado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz. FIOCRUZ, [2005].

BORGES, Dain. “Inchado, Feio, Preguiçoso e Inerte”: A degeneração no pensamento social brasileiro, 1880-1940. *Teoria e Pesquisa*. N. 47, jul. - dez. 2005.

BRAUNE, Christiano Henrique. Sem título. Dissertação. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. 1885.

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

CHALHOUB, Sidney et al (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: UNICAMP, 2003.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. *De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul – Censos do RS 1803-1950*. Porto Alegre, 1981.

GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1875-1900. Disponível em [<http://www.gmbahia.ufba.br>]. Acesso em nov. de 2011.

G1: Médica é acusada de racismo contra paciente: ‘Disse que mulheres pretas têm mais probabilidade de ter cheiro forte nas partes íntimas’ | Fantástico | G1 (globo.com) 11/06/2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2023/06/11/medica-e-acusada-de-racismo-contra-paciente-disse-que-mulheres-pretas-tem-mais-probabilidade-de-ter-cheiro-forte-nas-partes-intimas.ghtml>. Acesso em out. de 2023.

KUMMER, Lizete Oliveira. *A medicina social e a liberdade profissional: os médicos gaúchos na primeira república*. 2002. 109 f. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [2002].

MONASTÉRIO, Leonardo. *Censo de 1872: realizado por meio dos registros paroquiais*. Departamento de Economia da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, s.d. Disponível em [<http://ich.ufpel.edu.br/economia>]. Acesso em jul. 2010.

MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. *Moléstias dos Pretos Corpos: Doença, saúde e Morte entre a População Escrava de Porto Alegre no Século XIX (1820/1858)*. In: SIMERS/MUHM. *História da Medicina, Instituições e Práticas de Saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: SIMERS/MUHM, 2009. p. 30-48.

NÚCLEO INTERINSTITUCIONAL DE BIOÉTICA - HCPA/UFRGS. O Caso Tuskegee: quando a ciência se torna eticamente inadequada. Disponível em: [<https://www.ufrgs.br/bioetica/tueke2.htm>]. Acesso em mar. 2024.

OLIVEIRA, Daniel. “Os facultativos são obrigados a declarar [...] cor, [...] moléstia”: mortalidade, atuação médica e pensamento racial em Porto Alegre, na segunda metade do século XIX. 2018. 369f. Tese (Doutorado em História) – IFCH, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [2018].

PEDERNEIRAS, Manoel Velloso Paranhos. [Sem título/Roda dos expostos]. Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1855.

PORTO ALEGRE, Achylles. *Homens Illustres do Rio Grande do Sul*. Livraria Selbach, Porto Alegre, 1926.

RELATÓRIOS DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1870-1888. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre out. e dez. de 2010.

REVERBY, Susan M. Sífilis por “exposição normal” e inoculação: um médico da equipe do estudo Tuskegee na Guatemala, 1946-1948. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 15(2), 323-349, junho 2012. Disponível em: [<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/pxdLfPdBXsCHQgnKLhXfMgj/abstract/?lang=pt#>], acesso em mar. 2024.

RIBEIRO, Bruna Vanessa Dantas, et al. *Um Século De Sífilis No Brasil: Deslocamentos E Aproximações Das Campanhas De Saúde De 1920 E 2018/2019*. 2021.

RODRIGUES, Renata Conceição Lopes. *Mãe de família: discurso profilático contra a sífilis*, Rio de Janeiro, 1878 – 1889. 2004. 98 f. Dissertação (sem dados) – Endemias, Ambiente e Sociedade, Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz – Ministério da Saúde, [2004].

ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, p. 133 – 152, jun. 2008.

SAID, Edward. *Orientalismo: O Oriente como invenção do Ocidente*, Companhia de Bolso. 2007.

SIE 3001 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1893-1894). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. Relatório da Inspetoria de Higiene do Rio Grande do Sul.

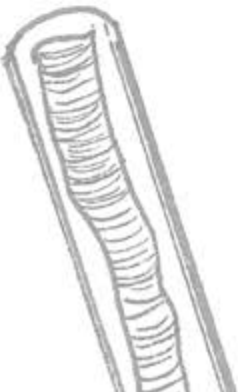
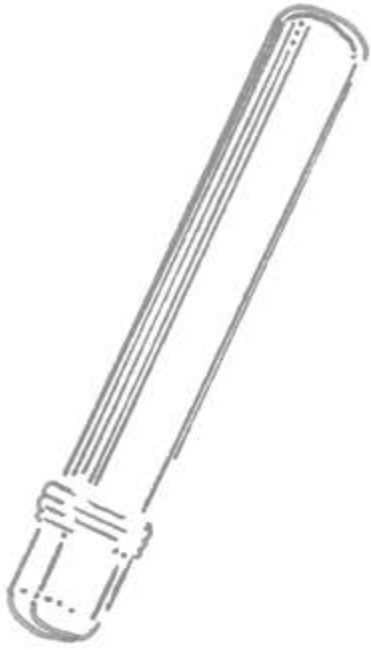
SIE 3002 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1894). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. Relatório da Inspetoria de Higiene do Rio Grande do Sul.

SIE 3003 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1895-1896). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. Relatório da Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul.

SOIHET, Rachel. História das mulheres. In. CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. *Domínios da história: ensaios de teologia e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p. 275-296.

VIEIRA, Elisabeth Meloni Vieira. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, religião magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Santa Maria: UFSM, 1999.





Capítulo 6:

A CRIAÇÃO DA CÁTEDRA DE MEDICINA TROPICAL NA FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE (DÉCADA DE 1920)

Ana Paula Korndörfer

Em 2020, a Assembleia Mundial da Saúde instituiu o dia 30 de janeiro como o Dia Mundial das Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs). No site da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), encontramos a seguinte informação com relação aos objetivos da ação: “Alcançar a equidade em saúde para acabar com as doenças tropicais negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza, conhecidas na Região das Américas como ‘doenças infecciosas negligenciadas’”.¹ Ainda segundo informações apresentadas no site, “as doenças infecciosas negligenciadas são um grupo diversificado de condições difundidas nas regiões mais pobres do mundo, onde a segurança da água, o saneamento e o acesso aos cuidados de saúde são precários”.² Entre as enfermidades mencionadas, estão doença de Chagas, dengue, leishmaniose, hanseníase, esquistossomose, helmintíases transmitidas pelo solo, tracoma e boubá.

Ainda buscando estabelecer o que sejam as doenças tropicais negligenciadas, nos valem de definição disponível em glossário no site do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, segundo a qual “as doenças tropicais negligenciadas são um conjunto heterogêneo de doenças e problemas de saúde, que ocorrem predominantemente em regiões tropicais,

1
Organização Pan-
Americana de Saúde –
OPAS, 2022.

2
Idem.

onde afetam principalmente comunidades desfavorecidas e são responsáveis por elevada morbidade”.³ Estas doenças têm impacto na saúde, consequências sociais e econômicas. Muitas destas enfermidades são transmitidas por vetores, têm hospedeiros intermediários, estabelecendo uma complexa relação entre seres humanos, animais e meio ambiente, o que dificulta o seu combate. Mais de um bilhão de pessoas em dezenas de países é afetado pelas DTNs.

Como pudemos verificar, as chamadas doenças tropicais negligenciadas são, hoje, objeto de atenção e de ações para o seu combate. Nosso objetivo, neste texto, é discutir a criação da cátedra de medicina tropical na Faculdade de Medicina de Porto Alegre na década de 1920, a partir da preocupação em formar pessoal habilitado para lidar com estas enfermidades. Antes, porém, de realizarmos esta discussão, é importante recuperar alguns aspectos da história da medicina tropical enquanto especialidade na América Latina e no Brasil a partir da criação das cátedras.

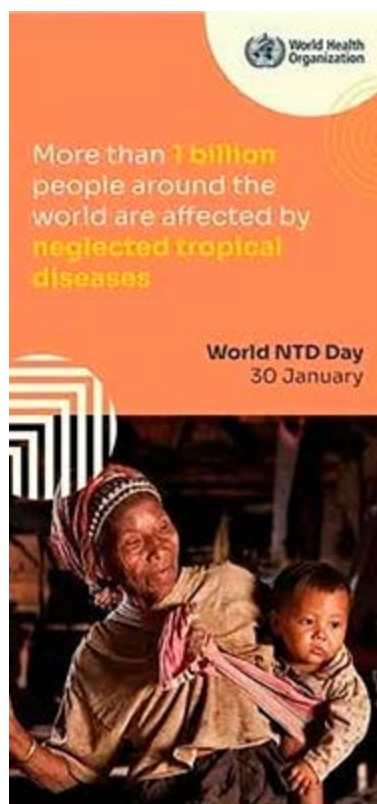


Figura 1: Dia Mundial das Doenças Tropicais Negligenciadas
Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde, 2022.
Disponível em: <https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-das-doencas-tropicais-negligenciadas-2022>.
Acesso em: 29 jan. 2024.

De acordo com Marta de Almeida (2011), em artigo no qual problematiza a criação da cátedra de medicina tropical no Peru e no Brasil nas primeiras décadas do século XX, desde o século XIX, temas relativos às doenças tipicamente desenvolvidas em zonas tropicais ou de climas quentes eram foco de preocupações médicas em diversos países. Ainda segundo Almeida, “a institucionalização da medicina tropical consolidou-se com o desenvolvimento de pesquisas em microbiologia, parasitologia e entomologia associadas à perspectiva de transmissão de doenças por vetores, bem como com os estudos sobre as interações dos organismos em seu ambiente natural” (Almeida, 2011, p. 356).

Os trabalhos do médico inglês Patrick Manson sobre a importância dos vermes na filariose (elefantíase) são considerados pela historiografia como centrais para a constituição da especialidade, que teria o médico como seu “pai fundador” oficial. Suas investigações teriam inspirado outros trabalhos, como os de Ronald Ross sobre o papel desempenhado pelo mosquito na transmissão da malária. No final do século XIX e início do século XX, foram fundadas instituições de pesquisa em medicina tropical e houve sua inserção no ensino médico na Europa e nos Estados Unidos (Almeida, 2011; Löwy, 2006; Kropf, 2015).⁴ Entre as principais instituições voltadas à medicina tropical no período, podemos mencionar a *London School of Tropical Medicine* (Londres, 1899), a *Liverpool School of Tropical Medicine* (Liverpool, 1899), o *Institut für Schiffs und Tropenkrankheiten* (Instituto de Doenças Marítimas e Tropicais, Hamburgo, 1900), o *Institute of Tropical Medicine* (Bruxelas, 1906), o *Institut de Médecine Coloniale* (Paris, 1901), *Harvard University* (cadeira de Patologia Geral e Doenças Tropicais, EUA, 1900) e *University of New Orleans* (cadeira de medicina tropical, EUA, 1902) (Worboys, 1993, p. 520 apud Almeida, 2011, p. 370, nota 1).

No que se refere aos médicos latino-americanos, segundo Almeida, eles acompanhavam as discussões sobre medicina tropical que ocorriam em âmbito internacional, “[...] numa perspectiva de enfrentamento das questões mais sérias sobre doenças características das regiões latino-americanas, visando ‘civilizar’ ou ‘modernizar’ seus países. Ao mesmo tempo, legitimavam o saber sobre as especificidades locais como capital científico” (Almeida, 2011, p. 356).

Em 1913, no 5º Congresso Médico Latino-americano, realizado no Peru conjuntamente com o 6º Congresso Médico Pan-americano, houve a criação de uma seção específica para a medicina tropical. Além disso, ocorreu, na Exposição Internacional de Higiene que era realizada junto ao Congresso, uma exposição relativa à medicina tropical. A partir deste evento, houve a proposição da medicina tropical como seção específica nos Congressos seguintes, proposição

4 Em 1897, Manson, médico do Colonial Office britânico, proferiu conferência aos estudantes do Saint George’s Hospital (Londres) defendendo o estabelecimento de formação especial em medicina tropical. Segundo ele, era indispensável que os médicos que atuavam nas colônias tivessem preparo específico para diagnosticar e enfrentar as doenças que prevaleciam naquelas regiões, o que, segundo Manson, não ocorria naquele momento (Kropf, 2015, p. 196-197). Manson havia admitido, segundo Simone Kropf, que “o conceito de doenças tropicais era mais conveniente do que acurado” (Kropf, 2015, p. 203). De acordo com Flávio Edler, para Manson, empenhado na institucionalização da medicina tropical, o “[...] termo tropical conotaria tanto uma realidade geográfica e cultural quanto a intenção de impor uma nova fronteira no território acadêmico” (Edler, 2010, p. 349). A pertinência acadêmica da nova especialidade estaria vinculada à formação clínica voltada prioritariamente para o diagnóstico, tratamento e profilaxia de enfermidades mais comuns naquela região [mas não exclusivamente] aliada a disciplinas emergentes como parasitologia helmíntica e protozoologia (Edler, 2010, p. 349).

que foi aprovada por unanimidade (Almeida, 2011, p. 358-361). Outra proposta, deliberada e igualmente aprovada no evento, foi a da criação da cátedra de medicina tropical em todas as universidades do continente:

A necessidade de conhecer a patologia das zonas tropicais e o crescente contato entre culturas diferentes – naquele momento ainda mais incentivado, com a proximidade da inauguração do Canal do Panamá – levaram Julián Arce [médico peruano] a argumentar que o estreitamento de relações comerciais, positivas do ponto de vista mercantil e econômico, trazia consigo a possibilidade de intercâmbio de agentes mórbidos exóticos, principalmente de outros continentes. Daí a importância da formação de profissionais habilitados a lidar com essas questões de maneira efetiva (Almeida, 2011, p. 361).

Como é possível observar, o médico peruano argumentava que era preciso formar profissionais habilitados para lidar com as patologias das zonas tropicais uma vez que, destacava, o aumento do intercâmbio comercial poderia significar também o aumento do intercâmbio de agentes mórbidos exóticos. Poucos anos após o 5º Congresso Médico Latino-americano, foi criada, em 1916, a cátedra de medicina tropical na Faculdade de Medicina de Lima e Julián Arce foi nomeado catedrático. No Brasil, a cátedra foi estabelecida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1925, após reforma do ensino superior (Decreto 16.782A),⁵ mas a aula inaugural ocorreu apenas no ano seguinte, em 1926. Carlos Ribeiro Justiniano Chagas (1878-1934), importante cientista brasileiro cuja trajetória está vinculada à descoberta da doença de Chagas, enfermidade causada pelo *Trypanosoma cruzi*, foi nomeado professor catedrático (Almeida, 2011).⁶ Médico e pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz (e seu diretor entre 1917 e 1934), Chagas foi nomeado titular da cátedra sem a realização de concurso, mas mediante critério do “notório saber” (Kropf, 2015, p. 196).

⁵ O Decreto n. 16.782A, de 13 de janeiro de 1925, estabelecia o concurso da União para a difusão do ensino primário, organizava o Departamento Nacional do Ensino, reformava o ensino secundário e o superior e dava outras providências. Esta legislação será retomada posteriormente.

⁶ Com relação à enfermidade, Simone Kropf afirma que “mais do que uma descoberta científica comemorada como exemplo da ativa contribuição dos brasileiros aos novos conhecimentos produzidos no campo da medicina tropical, a doença de Chagas tornou-se o emblema de um novo olhar sobre os problemas do Brasil e sobre como a medicina poderia solucioná-los” (Kropf, 2015, p. 194).

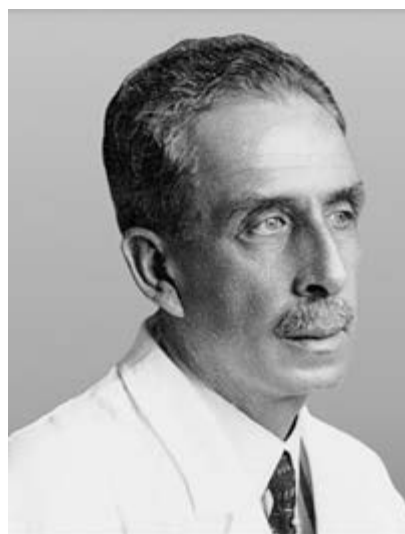


Figura 2: Carlos Ribeiro Justiniano Chagas
Fonte: Academia Mineira de Medicina. Disponível em:
<http://www.acadmedmg.org.br/ocupante/carlos-ribeiro-justiniano-das-chagas/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

De acordo com Simone Kropf, o estabelecimento de cátedras de medicina tropical nas faculdades de medicina brasileiras gerou debates e polêmicas. Segundo Kropf,

Alguns argumentavam que uma disciplina particularmente voltada ao estudo das doenças “dos climas quentes” não era necessária, já que, por ser o Brasil um país tropical, isso já vinha sendo feito de maneira rotineira em várias cadeiras do curso médico. Além disso, a própria noção de “doenças tropicais” era alvo de ácidas críticas. Para Afrânio Peixoto, catedrático de higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a ideia reforçava um determinismo climático inaceitável, que havia embasado antigos estereótipos e preconceitos europeus sobre os “trópicos” como espaços insalubres e refratários à “civilização” e que, em seu fatalismo, fazia-se incompatível com as perspectivas da moderna higiene. Para Peixoto (1938), não se devia falar de doenças tropicais simplesmente porque não existiam “doenças climáticas”, apenas “doenças evitáveis” (Kropf, 2015, p. 195-196).

Contudo, de acordo com a mesma autora, o peso político e científico de Chagas e a associação que defendeu entre medicina tropical, debate nacionalista e perspectivas de intervenção por parte da ciência médica foram aspectos decisivos para que, a despeito da oposição, a especialidade fosse instituída (Kropf, 2015, p. 196). Na aula inaugural, proferida em 14 de setembro de 1926,⁷ a ideia central sublinhada por Chagas com relação à missão da medicina tropical, a qual se dedicavam os pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz, era “[...] produzir conhecimentos que se somassem aos avanços da ciência médica internacional e que, ao mesmo tempo, pudessem servir para a compreensão e o enfrentamento de problemas concretos que afetavam a população brasileira” (Kropf, 2015, p. 195).⁸ No Brasil, as doenças tropicais teriam adquirido um sentido próprio, sendo “traduzidas” como as “doenças do sertão” a partir do debate relacionado ao movimento sanitário do início do século XX (Kropf, 2015, p. 204).⁹

7

O texto da aula inaugural de Carlos Chagas pode ser consultado em Kropf, 2015, p. 208-222

8

Nos países europeus, a medicina tropical se institucionalizou em associação com interesses colonialistas. No Brasil, por sua vez, a medicina tropical se institucionalizou “como espaço de convergência das relações entre ciência, saúde pública e projeto nacional” (Kropf, 2015, p. 201). De acordo com Simone Kropf, “assim como Manson, Chagas reconhecia serem poucos as doenças exclusivas dos trópicos. A malária, por exemplo, era endêmica na Itália e outros países europeus. Apesar disso, a existência de processos biológicos específicos que, no caso de algumas doenças parasitárias, dependeriam de condições climáticas típicas dos trópicos justificaria, segundo ele, a demarcação de uma especialidade dedicada às doenças tropicais como ‘ramo especial da medicina’ (Chagas, 1935[1926], p. 143)” (Kropf, 2015, p. 202).

9

Flávio Edler desenvolve discussão sobre a relação entre medicina tropical, o Instituto Oswaldo Cruz (instituição de vinculação de Carlos Chagas, dedicada ao ensino médico e à pesquisa científica) e a “afirmação de atores e práticas que impunham nova ‘cartografia acadêmica’ no campo médico brasileiro no início do século XX” em Edler, 2010.

A preocupação com a formação de profissionais capazes de lidar especificamente com estas enfermidades também teve seus desdobramentos no sul do Brasil quando, também em 1925, foi criada a disciplina de medicina tropical na Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Basil Sefton, formado em farmácia e medicina pela instituição gaúcha, realizou concurso para livre docente da disciplina em 1925 e, para catedrático, em 1927, assumindo esta posição no ano seguinte. Nas próximas páginas, vamos explorar este processo.

A Faculdade de Medicina de Porto Alegre¹⁰ foi a terceira faculdade de medicina a ser criada no Brasil, depois das Faculdades da Bahia (1808) e do Rio de Janeiro (1808). A instituição foi estabelecida em 25 de julho de 1898 sob a denominação de Faculdade Livre de Medicina e Farmácia de Porto Alegre e era composta pelos cursos de Medicina, Farmácia, Odontologia, Obstetrícia e Química Industrial. A Faculdade teve origem na fusão de duas outras escolas: a de Farmácia (1895) e o Curso de Partos (1897), ambos instalados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. O primeiro diretor da Faculdade foi Protásio Alves, que permaneceu na função até 1907. As aulas tiveram início em 1899 e, em 1900, a Faculdade foi equiparada às demais existentes no país (Weber, 2008).¹¹ Entre os formados das primeiras turmas da Faculdades estava Basil Sefton, personagem central na discussão aqui proposta.



Figura 3: Basil Sefton
Fonte: A Noite, Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 1944, capa.

Basil Sefton nasceu na Bahia em 19 de dezembro de 1884, filho de Kester Wilson Sefton e Adelina Heimburg Sefton. Em 1907, se formou em Farmácia pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre e, em 1909, em Medicina, com trabalho intitulado “Opsonotherapia (Contribuição)”. Em 1918, Sefton integrou a Missão

10
A Faculdade de Medicina de Porto Alegre teve diferentes denominações ao longo do tempo: Faculdade de Medicina e Farmácia de Porto Alegre (1898-1911); Faculdade de Medicina de Porto Alegre (1911-1936); Faculdade de Medicina da Universidade de Porto Alegre (1936-1965); Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1965-atual) (Weber, 2008).

11
Outras informações sobre a história da Faculdade de Medicina de Porto Alegre podem ser encontradas em Escola Livre de Farmácia e Química Industrial de Porto Alegre, s.d., e Weber, 1999.

Médica que o Brasil enviou à França, no contexto da participação do país na Primeira Guerra Mundial, servindo como 1º tenente – médico adjunto. Sefton não retornou ao Brasil em 1918, permanecendo na Europa para a realização de estudos até 1924. Neste período, o médico atuou como médico-chefe da divisão de moléstias contagiosas e tropicais do Hospital Geral de Montferrand (França) e graduou-se em medicina tropical pela *London School of Tropical Medicine*, uma das principais instituições voltadas à medicina tropical no período, como vimos. Desde 1919, o médico esteve vinculado à Sociedade de Medicina de Porto Alegre. Em 1931, assumiu, na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, a diretoria da Enfermaria de Doenças Tropicais. Nos anos 1930, integrou o Conselho Deliberativo do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul. Em 1938, participou da Fundação da Sociedade de Medicina Militar do RS. Politicamente, esteve vinculado ao Partido Libertador (PL).¹²

No que se refere ao ensino da medicina tropical na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, objeto de nossa atenção aqui, a cadeira foi criada, assim como ocorreu na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a partir da reforma do ensino instituída através do Decreto 16.782A, de 13 de janeiro de 1925. O teor do Decreto foi discutido e adotado pela congregação da instituição em reunião do dia 07 de maio de 1925.¹³

Ainda em maio de 1925, a Faculdade publicou edital, em conformidade com o artigo 151 do já mencionado Decreto, para inscrição de concurso para professores catedráticos das seguintes cadeiras: “Chimica, geral e mineral – Pharmacologia – Phatologia geral – Clinica neuriatrica – Clinica otorhino-laryngologica – e medicina tropical”. O ponto sorteado para a tese de medicina tropical foi “Entamebas pathogenicas e abcessos heptathicos”.¹⁴ O Decreto n. 16.782A, de 13 de janeiro de 1925, estabelecia o seguinte em seus artigos 150, 151 e 152:

Art. 150. Os professores cathedraticos serão escolhidos por concurso, nomeados por decreto e vitalicios desde a data da posse.

Art. 151. Poderão inscrever-se no concurso:

- a) os docentes-livres da cadeira vaga;
- b) os professores cathedraticos e substitutos de outras cadeiras;
- c) os docentes-livres, professores cathedraticos e substitutos de outras escolas officiaes ou equiparadas;
- d) o profissional diplomado que justifique com titulos ou trabalhos de valor, a sua inscripção no concurso, a juizo da Congregação.

Art. 152. As provas do concurso para professor cathedratico comprehenderão:

- a) apresentação de duas theses sobre a materia de que conste o concurso e sua defesa perante a Congregação;

12
Informações biográficas de Basil Sefton podem ser encontradas em Brum, 2021; Vieira, 2009, e no site do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul – MUHM.

13
A Federação, 1925a, p. 5

14
14A Federação, 1925b, p. 6. O texto do edital foi publicado novamente nas edições de 28 de maio e 07 de julho de 1925

- b) uma prova pratica, quando fôr o caso, sobre assumpto sorteado na occasião;
- c) uma prova oral de character didactico, durante 50 minutos, com pontos sorteados com 24 horas de antecedencia, dentre os de uma lista approvada pela Congregação.¹⁵

Alguns meses depois, em outubro de 1925, a Faculdade de Medicina de Porto Alegre abriu inscrições de concurso para docentes livres e, segundo Relatório da instituição, Basil Sefton se inscreveu para medicina tropical.¹⁶ Como podemos observar, a partir de reforma do ensino superior instituída em 1925, a Faculdade abriu inscrições para docente livre e catedrático para a recém-criada cadeira de medicina tropical e, num primeiro momento, Basil Sefton se inscreveu no concurso para docente livre. Em sessão do dia 07 de novembro, porém, foi lido um requerimento de Sefton, acompanhado de uma tese sobre “Entameba histolytica. Amebíase” e de vários títulos, em que o médico solicitava sua inscrição no concurso para catedrático de medicina tropical (e não mais para docente livre). Sefton fundamentava sua solicitação no artigo 151, letra d, do Decreto 16782^a, que estabelecia que poderia se inscrever para catedrático “o profissional diplomado que justifique com titulos ou trabalhos de valor, a sua inscrição no concurso, a juizo da Congregação”.¹⁷ A solicitação gerou discussões, conforme registro em ata. Foi eleita uma comissão para analisar a solicitação, composta por Pereira Filho, Octavio de Souza e Alberto de Souza, e que deveria se manifestar sobre o assunto no prazo de uma semana. Na argumentação apresentada por Basil Sefton para sustentar a solicitação, o médico destacava sua formação na *London School of Tropical Medicine*; as relações que mantinha, por exemplo, com colegas que atuavam em colônias



Figura 4: Tese apresentada para concurso (1925)
Fonte: Sefton, 1925.

15
Brasil, 1925.

16
Faculdade de Medicina
de Porto Alegre, 1926,
p. 36.

17
Brasil, 1925.

britânicas; cursos realizados; sua atuação na França através da participação na Missão Médica, bem como o material que possuía relacionado à medicina tropical (preparações, desenhos, etc.) e que poderia ser apresentado à Congregação.¹⁸

Alguns dias depois de apresentar a solicitação para concorrer à posição de catedrático, porém, Sefton acaba desistindo desta solicitação, conforme registro em ata da sessão de Congregação realizada em 11 de novembro de 1925.¹⁹ Assim, o médico manteve a apresentação da tese para o concurso de docente livre²⁰ da cadeira de medicina tropical na Faculdade, intitulada “Entameba Histolytica. Amebiase.” No início da tese, Sefton afirma o seguinte sobre o seu tema:

Embora não verse ella sobre assumpto original, nem por isso deixa – a meu ver – de ser o mesmo de importancia para o nosso meio, por se referir a uma doença exotica endemica entre nós, e que, annualmente, ceifa grande numero de vidas, além de costituir [sic] uma parte da pathologia tropical que foi completamente reformada nos ultimos annos por effeito das investigações de Walker, Dobell e outros (Sefton, 1925, p. 4).

O trabalho foi dividido em três partes: estudo suscito do parasita, entidade mórbida por ele causada e tratamento e profilaxia (Sefton, 1925, p. 4). Além da avaliação do trabalho apresentado, Sefton também realizou uma prova oral, em 01 de dezembro de 1925, tendo discorrido sobre a ancilostomíase por 50 minutos. O médico foi aprovado no concurso, sendo nomeado em 03 de dezembro de 1925.²¹

Em 25 de junho de 1927, a Faculdade de Medicina publicou edital para concurso de professores catedráticos das cadeiras de “Chimica geral e mineral – Phatologia geral – Clinica ophtalmologica – Clinica otorhino-laryngologica – Medicina tropical, em conformidade com o já mencionado Decreto 16.782A. O ponto sorteado para a tese de medicina tropical foi “Endemias do Brasil e suas prophylaxias”.²² A comissão que acompanhou o concurso para medicina tropical era composta pelos professores Pereira Filho, Octavio de Souza, Aurelio Py e Thomaz Mariante.²³

Atuando como docente livre da Faculdade, Basil Sefton defendeu, em 1927, duas teses no concurso para professor catedrático de medicina tropical, conforme estabelecido em edital: uma de sua livre escolha – “Lepra Nervosa (Estudo Diagnóstico)” – e uma sobre o ponto sorteado para o concurso – “Endemias do Brasil e suas prophylaxias”.²⁴

No prefácio de “Lepra Nervosa (Estudo Diagnóstico)”, o médico afirmou que o tema foi escolhido por “[...] crermos assumpto de relevada importancia e palpitante actualidade foi que resolvemos escolhel-o para objecto da nossa these de livre escolha na candidatura á cathedra de Medicina Tropical” (Sefton,

18

Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 1925a

19

Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 1925b.

20

No período em questão, o sistema de ensino superior adotava a seguinte hierarquia, segundo Cristiano Enrique de Brum (2021, p. 127-128): preparador (ou repetidor), professor substituto, professor titular, docente livre e catedrático. Ainda segundo o mesmo historiador, “A figura do livre docente, inspirada no Privatdozent, de origem alemã, também foi alcançada por diversos médicos. Se no caso alemão ela representava o primeiro degrau de uma carreira docente, no modelo brasileiro era um sinal de distinção, uma etapa antes de se atingir a posição de professor catedrático. A posição de catedrático, por sua vez, era resultado, na maioria dos casos, de grande acúmulo de experiência” (Brum, 2021, p. 128).

21

Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 1926, p. 42, 45.

22

A Federação, 1927a, p. 5.

23

A Federação, 1927b, p. 4.

24

A Federação, 1928, p. 4.

1927a, p. 04). O trabalho foi dividido em três partes: a) diagnóstico clínico, b) diagnóstico laboratorial e c) diagnóstico diferencial. A lepra em sua forma nervosa oferecia, segundo Sefton, grandes dificuldades diagnósticas aos clínicos e aos higienistas em virtude de sua semelhança a outros estados mórbidos, bem como pela sua “existencia insuspeita” e o combate à doença consistiria em “inestimavel serviço a seus irmãos e á Patria” (Sefton, 1927a, p. 04-05).

Ainda em 1927, como vimos, o médico apresentou “Endemias do Brasil e suas prophylaxias”, também como tese de concurso à cadeira de medicina tropical. No prefácio deste trabalho, por sua vez, o médico faz as seguintes observações:

É de grande extensão o thema imposto ao presente trabalho. “Endemias do Brasil e suas prophylaxias”, tal poderia ser o titulo de um verdadeiro tratado de phatologia, que não o de uma simples these de concurso, mas, sendo a de Medicina Tropical a cadeira que ora nos apresentamos a disputar, claro nos pareceu fosse pensamento da douta congregação desta Faculdade que principalmente, senão exclusivamente, as endemias tropicaes devessem constituir o objecto desta dissertação (Sefton, 1927b, p. 03).

Assim como os trabalhos anteriores de Sefton mencionados neste texto, este também estava dividido em três partes, que abrangiam 1) uma resenha histórica dos principais fatos relativos às endemias no país, 2) um estudo sobre as chamadas grandes endemias (malária, ancilostomíase e doença de Chagas) e 3) as pequenas endemias (como lepra, peste, febre amarela, disenteria, beribéri, entre outras) (Sefton, 1927b). É interessante observar que as doenças classificadas como as grandes endemias no texto de Sefton haviam sido apontadas por Carlos Chagas, em 1912, como os “três grandes problemas sanitários do interior do Brasil” (Chagas, 1912, p. 12 apud Kropf, 2015, p. 199). Sefton enviou uma cópia deste trabalho ao “eminente mestre”, Carlos Chagas.

Nos Archivos Rio Grandenses de Medicina de fevereiro de 1928, foi publicada uma nota informando que Basil Sefton havia concluído o concurso para a cátedra de patologia tropical que vinha realizando junto à Faculdade de Medicina, com a aprovação, em prova oral, sobre “Thyphus exanthematico”. Ainda segundo o periódico, sua posse ocorreu no dia da inauguração oficial dos cursos, perante a Congregação da Faculdade e grande público.²⁵

Em registro funcional do médico junto à Faculdade, é possível confirmar a informação de que Sefton foi nomeado, após concurso, professor catedrático de medicina tropical da instituição em 1928, mas não a regeu naquele momento, pois tal disciplina passou da quarta (4^a) para a quinta (5^a) série, regendo, neste período, as cadeiras de física (no impedimento do professor catedrático

25
Archivos Rio Grandenses de Medicina, v. 7, n. 2, fev. 1928, p. 22.

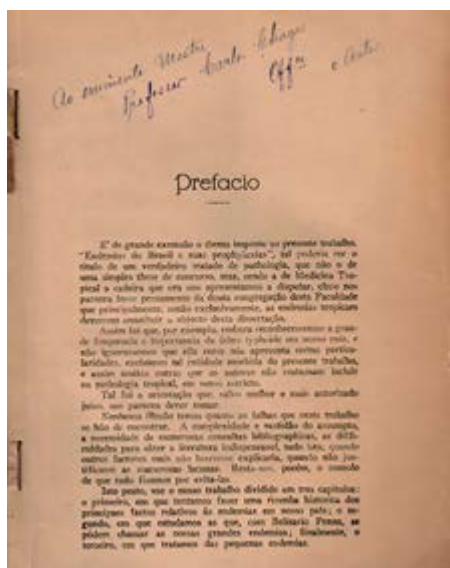


Figura 5: Dedicatória de Basil Sefton a Carlos Chagas
Fonte: Sefton, 1927b.

Ney Cabral) e de biologia geral/parasitologia (no impedimento do professor catedrático Sarmiento Barata). No ano seguinte, em 1929, Sefton regeu a cadeira de farmacognosia, regendo a cadeira de medicina tropical apenas em 1930. Em 1931, Sefton afastou-se alguns meses da docência para realizar estudos no exterior relativos à sua cátedra.

Como buscamos demonstrar ao longo do texto, a Faculdade de Medicina de Porto Alegre acompanhou as discussões sobre medicina tropical que ocorriam no Brasil no início do século XX. Com o objetivo de formar profissionais capacitados para combater as doenças tropicais, a instituição criou, a partir da reforma do ensino superior estabelecida pelo Decreto 16782A, de 13 de janeiro de 1925, a cadeira de medicina tropical, assim como ocorreu com a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. O primeiro professor da cadeira foi o médico Basil Sefton, professor da Faculdade com formação na *London School of Tropical Medicine*, aprovado em concurso para livre docente em 1925 e, em 1928, para catedrático. Sefton permaneceu na posição até a década de 1950, falecendo em 1964.

FONTES

[Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul](#)

Archivos Rio Grandenses de Medicina, v. 7, n. 2, fev. 1928, p. 22.

BASIL, Sefton. *Entameba histolytica. Amebíase*. These para concurso de docente-livre da Cadeira de Medicina Tropical, Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1925.

BASIL, Sefton. *Lepra Nervosa (Estudo Diagnóstico)*. These de concurso á cadeira de Medicina Tropical, Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1927a.

FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE. Acta n. 215 da sessão extraordinária de Congregação, realizada a 7 de Novembro de 1925a.

FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE. Acta n. 216 da sessão extraordinária de Congregação, realizada a 11 de Novembro de 1925b.

FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE. Relatório apresentado em 31 de Dezembro de 1925 pelo Director Prof. Sarmento Leite. Porto Alegre: Oficinas graphicas da Livraria do Commercio, 1926.

Registro de alunos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, caixa 12 – Basil Sefton. Registro de professores da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, pasta B1 – Basil Sefton.

Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional

A Federação, Porto Alegre, 08 de maio de 1925a, p. 5.

A Federação, Porto Alegre, 21 de maio de 1925b, p. 6.

A Federação, Porto Alegre, 25 de junho de 1927a, p. 5.

A Federação, Porto Alegre, 27 de dezembro de 1927b, p. 4.

A Federação, Porto Alegre, 09 de março de 1928, p. 4.

A Noite, Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 1944, capa.

Seção de Obras Raras – Biblioteca de Manguinhos – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

SEFTON, Basil. *Endemias do Brasil e suas prophylaxias*. These de concurso à cadeira de Medicina Tropical – Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1927b.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA MINEIRA DE MEDICINA. Disponível em: <http://www.acadmedmg.org.br/ocupante/carlos-ribeiro-justiniano-das-chagas/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

ALMEIDA, Marta de. A criação da cátedra de medicina tropical no Peru e no Brasil. *História, ciências, saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 355-373, abr./jun. 2011.

BRASIL. Decreto n. 16.782A, de 13 de janeiro de 1925. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d16782a.htm. Acesso em: 09 fev. 2024.

BRUM, Cristiano Enrique de. *Médicos Brasileiros na Grande Guerra*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército, 2021.

EDLER, Flávio. Medicina tropical: uma ciência entre a Nação e o Império. In: HEIZER, Alda; VIDEIRA, Antonio Augusto Passos (Org.). *Ciência, civilização e república nos trópicos*. Rio de Janeiro: Mauad X: Faperj, 2010, p. 339-356.

ESCOLA LIVRE DE FARMÁCIA E QUÍMICA INDUSTRIAL DE PORTO ALEGRE. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1970). S. d. Disponível em: https://dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/wiki_dicionario/index.php/ESCOLA_LIVRE_DE_FARM%C3%81CIA_E_QU%C3%8DMICA_INDUSTRIAL_DE_PORTO_ALEGRE. Acesso em: 29 jan. 2024.

Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, 2023. Disponível em: <https://www.ihmt.unl.pt/glossary/doencas-tropicais-negligenciadas/>. Acesso em: 29 jan. 2024.

KROPF, Simone Petraglia. Carlos Chagas e as doenças do Brasil. In: HOCHMAN, Gilberto; LIMA, Nísia Trindade (Org.). *Médicos intérpretes do Brasil*. São Paulo: Hucitec Editora, 2015, p. 194-207.

LÖWY, Ilana. *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

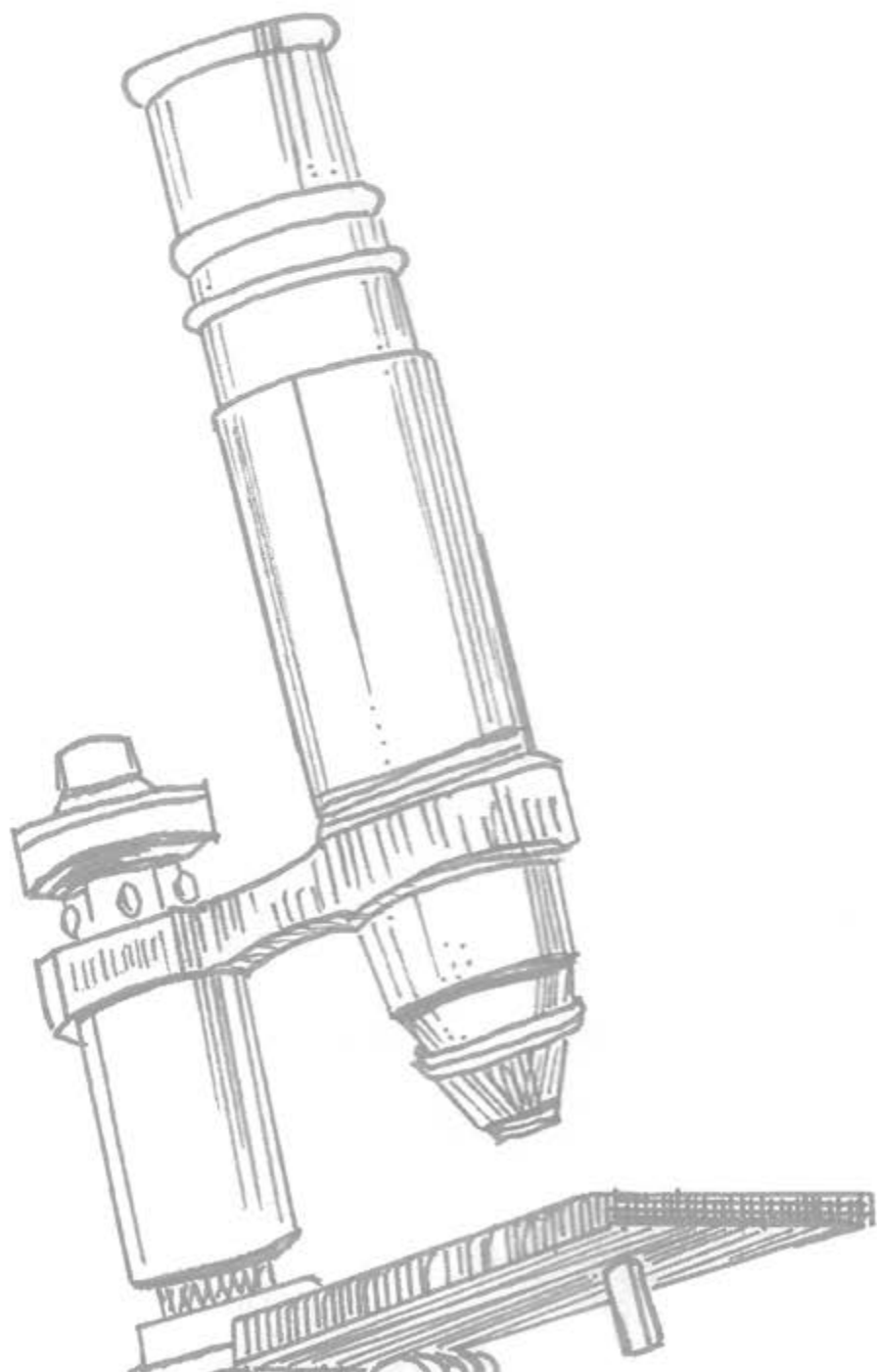
Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul – MUHM. Disponível em: <https://muhm.org.br/biografiasmedicas/biografia/1353>. Acesso em: 03 jan. 2024.

Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-das-doencas-tropicais-negligenciadas-2022>. Acesso em: 29 jan. 2024.

VIEIRA, Felipe Almeida. “Fazer a classe”: Identidade, representação e memória na luta do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul pela regulamentação profissional (1931-1943). Dissertação (Mestrado em História), Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, 2009.

WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Santa Maria: Ed. da UFSM: Bauru: EDUSC – Editora da Universidade do Sagrado Coração, 1999.

WEBER, Beatriz Teixeira. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. In: WEBER, Beatriz Teixeira; SERRES, Juliane C. Primon (Org.). *Instituições de saúde de Porto Alegre – inventário*. Porto Alegre: Ideograf, 2008, p. 43-46.



Capítulo 7:

NOTAS SOBRE A HISTÓRIA DA MENINGITE: EPIDEMIAS NO RIO GRANDE DO SUL

**Paulo Renato Petersen Behar
Guilherme Silveira Procianoy**

As meningites possuem uma longa trajetória na história da humanidade. No entanto, não é possível precisar desde quando elas existem, pois os métodos para diagnosticá-la são relativamente novos na cronologia histórica humana. E a imprecisão não é somente relativa à data de início da ocorrência desta doença, como também quanto às suas características e formas de apresentação. A primeira menção que poderia ser associada à meningite foi feita por Hipócrates (460-370 a.C.), que notou uma “inflamação do revestimento cerebral” (Meira apud Veronesi, 1996, p. 623-632). Uma outra referência antiga que pode indicar meningite foi feita por Thomas Willis (1621-1675), descrevendo pacientes com “inflamação das meninges e febre contínua” em 1661 (The history [...], 2020). Portanto, até o século XVIII, as informações sobre essa condição eram escassas e pouco precisas, sugerindo que o conhecimento sobre a meningite pode datar de mais de dois mil anos atrás.

No século XIX, as meningites e a doença meningocócica foram melhor compreendidas, com o termo “meningite” sendo cunhado por médicos franceses e ingleses. O primeiro surto documentado ocorreu em Genebra em 1805. Avanços significativos no diagnóstico da meningite incluem a identificação do meningococo por Anton Weichselbaum em 1887 e o uso da punção lombar por Heinrich Quincke em 1890, que ainda é essencial para confirmar diagnósticos de meningite. Sir William Osler também contribuiu com a descrição da síndrome clínica de meningite em seu livro de 1892:

Uma doença infecciosa específica, ocorrendo esporadicamente e em epidemias, caracterizada por inflamação das meninges cerebrospinais e um curso clínico de grande irregularidade. A afecção é conhecida pelos nomes de febre purpúrica maligna, febre petequial e febre manchada. ... Na exsudação meníngea, agora é encontrado em muitos casos um coco em forma de lança, semelhante em todos os aspectos ao pneumococo. Em outras instâncias, esse micróbio tem sido associado aos microrganismos comuns de pus. Cornil e Babes concluem que a meningite cerebrospinal pode ser causada por várias formas diferentes, muitas vezes associadas, de micro-organismos, dos quais o coco em forma de lança de Pasteur é o mais comum (Osler, 1892).

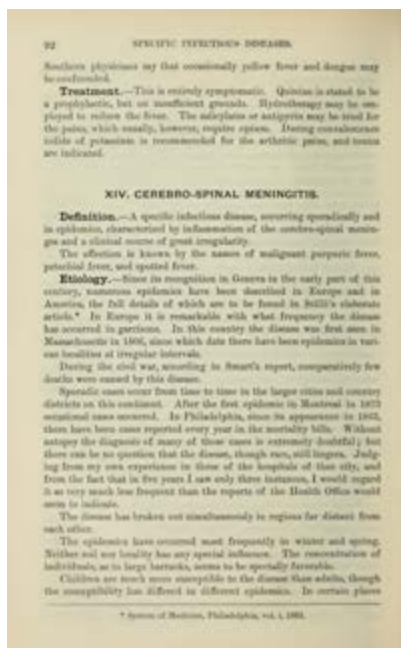


Figura 1: William Osler, Meningite cérebro-espinhal, 1892
Fonte: Osler, 1892, p. 92.

Até a década de 1930, o tratamento de meningite com antissépticos era comum, apesar de provavelmente não ser resolutivo, com base no conhecimento cumulativo que temos hoje disponível. Este tratamento ocorreu até que a cientista Sara Branham mostrou que sulfonamidas eram mais eficazes. Com a introdução de antibióticos e vacinas, o tratamento e prevenção das meningites avançaram significativamente. A era moderna dos antibióticos começou nos anos 1940, reduzindo a mortalidade por infecções bacterianas graves, como estreptococos e pneumococos. Apesar desses avanços, a meningite ainda possui alta taxa de mortalidade, variando conforme o contexto clínico e sociocultural.

A história mais recente das meningites é marcada por avanços no tratamento e prevenção, destacando-se a descoberta da penicilina em 1941 e o desenvolvimento de vacinas eficazes. Apesar da resistência aos antibióticos ser um desafio crescente, a resistência do meningococo ainda não era elevada

globalmente. Vacinas conjugadas, introduzidas desde 1987, tiveram impacto significativo na redução da incidência de meningites bacterianas, com reduções notáveis nos casos após a introdução de vacinas específicas em vários países. A vigilância epidemiológica e as campanhas de vacinação continuam essenciais para controlar a doença, que ainda é uma causa importante de morbidade e mortalidade mundialmente, especialmente em regiões com acesso limitado a recursos médicos.

A HISTÓRIA DAS MENINGITES NO BRASIL

O Brasil enfrentou sua maior epidemia de meningite na década de 70, com os primeiros casos surgindo entre 1970 e 1971 em Santo Amaro, São Paulo. A censura da ditadura militar atrasou as medidas de contenção, permitindo que a doença se espalhasse. A incidência em São Paulo subiu drasticamente de 1970 a 1974, atingindo 179,71 casos por 100 mil habitantes e resultando em cerca de 2500 mortes. A epidemia também afetou outros estados brasileiros (Dandara, 2022).

Com a mudança presidencial em 1974, medidas efetivas começaram a ser implementadas, incluindo a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e a Comissão Nacional de Controle de Meningite. As escolas de São Paulo foram usadas como hospitais de campanha e os Jogos Pan-Americanos foram transferidos para o México.

O Brasil negociou a compra de vacinas e transferência de tecnologia com o Instituto Pasteur Mérieux, resultando na produção local de vacinas por Bio-Manguinhos/Fiocruz a partir de 1977. Uma campanha de vacinação massiva foi iniciada em 1975 em São Paulo e se expandiu pelo país, levando à normalização dos casos em 1977. Cerca de 67 mil casos foram registrados de 1971 a 1976, destacando a importância da vacinação para prevenir futuros surtos.

A HISTÓRIA DAS MENINGITES NO RIO GRANDE DO SUL

A história das meningites no Rio Grande do Sul, assim como em outras regiões do Brasil, foi também marcada por períodos de surtos e de esforços contínuos de prevenção e de controle. O primeiro caso relatado no Estado data de 1916. Foram depois detectados mais casos que se mantiveram de forma endêmica de 1920 até 1950.



Figura 2: Longas filas de vacinação para a meningite na década de 1970
Fonte: Instituto Butantan, reprodução Youtube.



Figura 3: cartaz para estimular vacinação na década de 1970
Fonte: Museu Emílio Ribas.



Figura 4: Pistolas utilizadas para vacinação contra a meningite na década de 1970
Fonte: Museu Emílio Ribas.

No relato do Dr. Otávio de Souza de 1921 segundo Machado (1949, p. 20-39), aparece a seguinte descrição:

[...] na ocasião em que esta criança enfermou só se havia observado em Porto Alegre um caso (de doença meningocócica) authenticado pelo exame de laboratório, em um menino de oito meses de idade, que tivemos ocasião de ver...

A epidemia que atingiu o estado em 1973 fez emergir a necessidade de ações específicas para o controle da doença. Somente neste momento teve início o processo de notificação regular dos casos de meningite meningocócica no Rio Grande do Sul. Inicialmente começaram a ser notificados pacientes com meningite meningocócica e meningococemia, ampliando-se depois o sistema de vigilância para incluir meningites bacterianas, virais e tuberculosa.

Até 1973, os dados coletados sobre meningite meningocócica no Rio Grande do Sul não eram sistemáticos. A doença meningocócica não era considerada doença de notificação compulsória, passando a sê-lo somente depois da epidemia de 1973-74 (Meneghel, 1989).

A epidemia encontrou os serviços de saúde fragmentados e caóticos, sem condições de dar uma resposta imediata à população. Nesta conjuntura assumiu relevância quase dramática o problema da meningite meningocócica. Novas fontes de dados tiveram que ser incorporadas apressadamente ao precário sistema de vigilância epidemiológica então existente e que se apoiava basicamente na rede laboratorial de algumas instituições (Meneghel, 1989).

Quanto à letalidade, no Rio Grande do Sul e Região Metropolitana, os coeficientes variam significativamente (100% a 6,2%), indicando possível má qualidade dos dados. Em 1978, a região metropolitana teve 11 casos e 11 óbitos, sugerindo subnotificação. Em Porto Alegre, em 1977 e 1978, o baixo número de óbitos pode indicar supernotificação de casos de outras meningites. Essa informação não fidedigna está aqui registrada apenas para mostrar as dificuldades enfrentadas na época.

No Rio Grande do Sul, a epidemia de meningite teve início na região serrana do estado (5ª. DRS, MCH 4). A descrição do evento, segundo relatório elaborado na época, é a que segue:

Num primeiro momento, fomos chamados ao município de Nova Prata, situado a 130 km da capital, na zona da serra, pela notificação da ocorrência de 10 casos de uma doença de sintomatologia muito grave, algumas vezes fulminantes, acompanhados de petéquias e púrpura. Pelas características clínicas dos casos, com a terapêutica atualmente usada nas meningites e definitivamente com a ajuda do laboratório, concluiu-se pela responsabilidade da *N. meningitidis* como agente etiológico (...).

Foi observada a evolução do fenômeno epidêmico: serra, região metropolitana, outros municípios. A região de Caxias do Sul, juntamente com a região metropolitana de Porto Alegre, locais de elevada incidência da doença, constituíram no início da década passada pólo de atração de imigrantes, devido principalmente ao acentuado incremento na industrialização.

Em 1974, foram notificados 698 casos de doença meningocócica em Porto Alegre (coeficiente de incidência de 69,5/100000). Foi feita a caracterização destes pacientes segundo bairro de residência. Os bairros foram caracterizados como centrais, intermediários e periféricos. Em nenhum dos bairros centrais a incidência da meningite ultrapassou o coeficiente de 1/1000 ou 100/100000 habitantes e a média foi 40/100000. Na região intermediária (39 bairros), 8 deles (20,5%) ultrapassaram o coeficiente de 100/100000. Alguns destes eram bairros periféricos e pobreza da zona norte da cidade (Vila Jardim, Vila Bom Jesus, Chácara das Pedras) e apresentam grande quantidade de núcleos de subhabitação. A zona intermediária apresentou a maior incidência média: 70/100000 habitantes, embora a incidência na zona periférica seja muito semelhante: 63/100000. Nos 22 bairros periféricos, 4 ultrapassaram 100/100000: Agronomia, Ilhas, Lomba do Pinheiro e Sarandi, todos eles bairros-dormitório, excetuando as ilhas que não eram dormitório, mas aglutinavam população de pescadores paupérrimos.

Nos anos endêmicos, no Rio Grande do Sul, a letalidade (27,2%) foi duas vezes maior que na epidemia (11,2%). No período epidêmico a diminuição da letalidade foi atribuída à centralização do atendimento realizada na época:

Através de contatos com o INPS, FUNRURAL, AMRIGS e Associação Riograndense de Hospitais foi trabalhada a centralização dos casos em uns poucos hospitais por região do estado. Na Grande Porto Alegre, todos os pacientes eram encaminhados a seis hospitais de referência.

No município de Porto Alegre, onde aconteceram 1043 casos de doença meningocócica durante os anos da epidemia, as incidências nas três regiões concêntricas da cidade foram: 40/100.000 na região central, 70/100.000 na região intermediária e 63/100.000 habitantes na periférica. Os bairros centrais evidentemente eram os mais ricos; as regiões intermediária e periférica apresentavam muitos bairros operários e grande quantidade de núcleos irregulares de subhabitação (79 núcleos de favelas na região intermediária e 75 na região periférica).

Posteriormente, o Estado retornou a níveis endêmicos baixos ondulantes. A seguir serão apresentadas informações sobre esta grande epidemia de doença

meningocócica que inclui meningite meningocócica e meningococemia. Adiante serão apresentados relatos de Profissionais de Saúde que trabalharam neste período difícil da história da saúde pública. Pessoas motivadas e muita engajadas ou da Vigilância Epidemiológica do Estado do Rio Grande do Sul ou da sua capital, Porto Alegre.

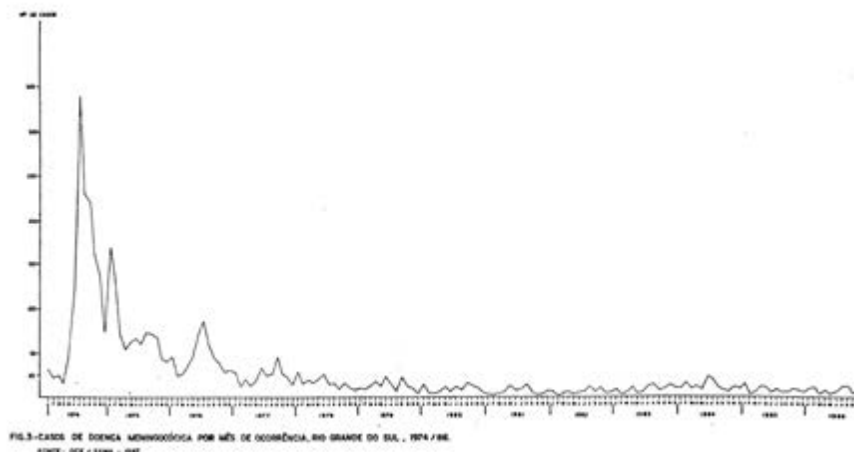
Como veremos depois, através dos relatos de vivências de profissionais durante o período da epidemia, determinar a causa e a dinâmica de uma epidemia é uma tarefa complexa, ainda mais quando se trata de um agente etiológico, o meningococo, que já circulava no país e no estado. Epidemia pode ser explicada como uma ruptura do equilíbrio entre fatores de risco e de proteção para um determinado processo patológico populacional. A piora das condições de vida e a migração em massa da população rural para os centros urbanos na década de 50 no Rio Grande do Sul podem ter contribuído com o processo de epidemias, incluindo a de meningite nos anos 1970.

Em 1973 foram registrados mais de 600 casos de meningite no estado, e em 1974, quando houve o pior momento da epidemia, o número de casos superou a marca de 2.800. Assim como em outras regiões do país, os maiores conglomerados urbanos apresentaram maior número de casos, sendo a Região Metropolitana de Porto Alegre responsável por dois terços dos casos do Rio Grande do Sul. Bairros com piores condições de saneamento, de moradia e de acesso à saúde representaram, em um primeiro momento, o epicentro da epidemia.

O combate da epidemia de meningite no estado ficou a cargo da Unidade de Vigilância Epidemiológica do Rio Grande do Sul a partir da metade de 1974. Medidas para identificar, tratar e monitorar adequadamente a doença foram estabelecidas, como a reciclagem de médicos de grandes hospitais de Porto Alegre, com assessoria de especialistas do Instituto de Infectologia Emílio Ribas (2017), de São Paulo, o controle da notificação de novos casos e a oferta de suprimentos de meio de cultura para diagnóstico de infecção por meningococo. O controle epidemiológico foi feito de forma adequada desde a metade de 1974. Claro, dados de anos anteriores usados para identificar locais de risco não se mostraram confiáveis. Isso, de fato, dificultou a adoção de medidas de unificadas para a prevenção e combate da doença.

Em 1975, a vacinação em forma de campanha foi adotada no estado do Rio Grande do Sul contra os sorogrupos A e C, justamente os responsáveis pela epidemia. Com isso, a epidemia foi de fato controlada, deixando como legado uma testagem em massa em nível populacional das vacinas anti-meningocócicas.

A figura abaixo representa a série histórica de doença meningocócica de 1974 a 1986, adaptada da tese de doutorado da Dra. Stela Nazareth Meneghel (1989):



Durante os anos subsequentes, até 2019, a incidência da doença meningocócica manteve-se estável na faixa endêmica, cumprindo a sazonalidade tradicional de pico ao fim do inverno e início da primavera.

Mais recentemente, houve uma redução significativa nos casos de meningite bacteriana durante os anos de 2020 até 2022, coincidindo com o período da pandemia de COVID-19. As medidas de restrição de circulação de pessoas, uso de máscaras e higiene intensificada podem ter contribuído para essa diminuição. No entanto, em 2023, o número de mortes por meningite no estado superou o do ano anterior, o que gerou preocupação entre os especialistas em saúde pública. A baixa cobertura vacinal foi apontada como uma das causas desse aumento, evidenciando a importância da vacinação para a prevenção da doença. Desde de 2016, o estado não atinge os valores preconizados de cobertura vacinal para a vacina do Meningococo C, de 95%.

A epidemia da década de 1970 propiciou muitos aprendizados sobre o controle de doenças. Um deles é a importância da informação para prevenir e identificar precocemente a emergência e reemergência das doenças. A relevância de serviços de vigilância epidemiológica é notável, sendo os responsáveis por identificar os grupos em risco e o real panorama da epidemia. Um ponto que se destaca é o impacto que a vacinação teve nesse processo, conseguindo controlar uma epidemia.

Considerando que a história não consiste apenas da apresentação de fatos numa linha do tempo, mas que é também o modo como estes fatos foram experimentados e contados pelas pessoas diretamente envolvidas nos

fatos históricos, relatos como da enfermeira Maristela Fiorini que trabalhou na Vigilância Epidemiológica numa das epidemias de Meningite Meningocócica e a do Marcello Rosito que foi paciente de Meningococemia grave aprofundam este capítulo até o nível pessoal tanto do lado de profissional da saúde quanto do paciente.

RELATO DA ENFERMEIRA MARISTELA FIORINI EM ABRIL DE 2024

O relato da enfermeira Maristela Fiorini, atualmente aposentada, muito enriquecedor para aumentar o conhecimento da história das meningites no RS e em Porto Alegre, sob o ângulo vivencial é a seguir descrito:

Eu comecei a trabalhar na Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, ainda antes da municipalização que foi em 1994. Eu trabalhava na vigilância da cólera, que tinha um posto de controle da doença para viajantes, visitantes, ali na rodoviária. Era um grupo contratado para fazer essa vigilância. Todas aquelas pessoas que chegavam com sintomas de diarreia e de febre eram triadas, colhidos os exames e encaminhadas para isolamento e para as demais medidas de controle. Aí, em 1994, quando houve a municipalização, em seguida houve um grande chamamento de trabalhadores na prefeitura e eu fui chamada para compor esse grupo que trabalharia na Vigilância Epidemiológica. Deste modo, trabalhei desde o início da formação da equipe de vigilância em saúde. Éramos eu e mais uma outra enfermeira e, inicialmente, a gente trabalhava no controle das meningites, das hepatites, de todos os demais agravos. Depois, com o tempo, foram agregando outras pessoas e então o agravo das meningites passou para uma outra colega, a Maria de Fátima de Benrigate. E eu continuei sempre auxiliando ela nos períodos das férias dela ou nos períodos de maior número de casos. Fazíamos trabalho de campo em escolas, com profissionais de saúde, etc. Posteriormente a médica Rosana Orix Capeleto passou a dar apoio, fazendo um trabalho importante conosco. Dentre os objetivos do trabalho, estava de modo sobremaneira importante o monitoramento e acompanhamento dos casos do ponto de vista epidemiológico, pois, na verdade, a meningite meningocócica se comporta como uma doença cíclica. A epidemia chegou ao Estado em 1993, a Vigilância do Município foi municipalizada em 1994 e, justamente em 95, houve um aumento bem significativo do número de casos. Do total de casos que a gente tinha lá em 1994 notificados, que eram 56, em 95 a gente passou para 83. Houve óbitos, em 94 foram 8 e em 95 foram 7 óbitos. Por causa do número de casos e por causa dos óbitos, eram necessárias medidas de prevenção, principalmente a vacinação da população. Aí havia um desafio. Muitos dos casos de meningite eram por meningococos do sorogrupo B, para o qual só tinha a vacina cubana. E não havia boa aceitação desta vacina, havia na verdade muito rechaço até mesmo entre os profissionais de saúde. Então, em 1995, realizamos a vacinação contra o meningococo que tínhamos disponível, e depois, em 1996, a vacinação foi com a vacina cubana. O problema foi que muitas pessoas não aderiram porque não havia dados suficientes da sua eficácia. Aumentamos então a atenção nos colocando ainda mais alertas às mudanças de comportamento da epidemia. Exatamente por

isso, mais ainda ficam necessárias as questões de notificação em todos os locais de saúde, não somente nos hospitais. Não infreqüentemente, o adulto ou a criança são levados ao Posto de Saúde, onde recebe atendimento, sendo que por vezes o diagnóstico não é feito. Podem ocorrer outras situações como o óbito rapidamente ou o paciente chega no hospital em estado muito grave, evolui para óbito e então vai para o Instituto Médico Legal (IML) onde havia muita dificuldade para fazer diagnósticos mais precisos. Assim, havia pacientes com todo o quadro clínico de meningite, mas não era obtido um exame de sorogrupo para confirmar que era uma meningite meningocócica ou uma meningococcemia. É de fundamental importância monitorar e detectar mudança de sorogrupo predominante no momento para que as medidas de prevenção apropriadas sejam tomadas. Como a municipalização do serviço foi seguida imediatamente de um aumento do número de casos, a interação entre as Vigilâncias do Estado e do Município foi fundamental para a vigilância e o controle da epidemia. Houve muita colaboração entre a Dra. Alethéa Sperb, que era responsável pelas meningites no Estado do RS e depois com a Dra. Claudete de modo que o trabalho conjunto entre estas duas esferas de Vigilância Estadual e Municipal pudesse obter o sucesso que foi alcançado. As Dras. Alethéa e Claudete deram apoio muito grande, e isso foi essencial. Como um caso de meningite gera uma comoção muito grande na comunidade, especialmente se for uma criança que estuda numa escola, se for um adulto que trabalha numa grande empresa. Todos esses ambientes acabam entrando numa situação de pânico. Assim, a parceria entre as duas instâncias e o apoio referido contribuíram para a informação da comunidade e o manejo eficaz destes outros aspectos psicológicos e sociais que a epidemia causou. Lembro de logo que iniciou nesse trabalho da Vigilância, houve um caso de evolução rápida para óbito de menina de um colégio particular por meningococcemia. Todas as pessoas do colégio foram tomadas de muito temor. A menina tinha um namorado que estudava em outro colégio particular na zona sul da cidade. Então, no colégio do menino também ocorreu outra comoção muito grande. No colégio da menina, foi realizada uma reunião com aproximadamente mais de mil pessoas. O número grande de pessoas foi porque estavam extremamente apavoradas. Pensavam que todos iriam se contaminar e queriam algum remédio para garantir que não adoecessem. Foi realizada a quimioprofilaxia com rifampicina, mas isso era indicado apenas para as pessoas que haviam tido contato intradomiciliar principalmente. Então, para o grupo mais próximo, a família e alguns colegas de turma, foi prescrito esse antibiótico. Entretanto, muitas das demais pessoas do colégio, não entendendo ou não aceitando as orientações da literatura médica, se revoltaram. Todo mundo queria tomar rifampicina. Deste modo, tinha todo esse trabalho de educação que mostrar os dados de após passarem dois ou três dias entre o óbito e o dia da reunião, e não houve casos associados. Isso diminuiu a ansiedade e o medo das pessoas. Foram necessárias mais de três idas ao colégio, tanto trabalhar a direção do colégio e os professores, quanto a própria comunidade. E a Secretaria Estadual auxiliou muito nisso. Essa parceria excelente foi diária e o tempo inteiro desde o momento da municipalização até o controle da epidemia. Qual eram as nossas perspectivas e planos em relação ao controle das meningites durante o tempo que a gente trabalhou? Bem, primeiro que não houvesse um grande número de casos. Segundo, que fosse possível saber em que momento o perfil de sorogrupo do meningococo estava mudando e que medidas tinham que ser tomadas segundo essas mudanças. E, terceiro, que se pudesse realizar o controle da epidemia. Também era muito

importante trabalhar inicialmente a notificação, base para o estabelecimento das medidas de contenção e controle. Foi necessário trabalhar muito com os profissionais da saúde sobre a questão da importância da notificação e da punção lombar com reserva de amostras de líquido e de sangue na suspeita de meningococemia. Esses espécimes clínicos eram levados para o Laboratório Central do Estado (LACEN) para identificação do microorganismo e determinação do sorogrupo. O LACEN fazia o sorogrupo aqui em Porto Alegre e enviava parte para a Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz) para testar ainda os sorotipos. Esse trabalho realizado junto aos hospitais, às Unidades de Saúde, aos pronto-atendimentos, esse era o nosso grande esforço para que se pudesse saber realmente o que está acontecendo, quanto ao diagnóstico da meningite e o seu sorogrupo para planejar as ações de prevenção apropriadamente. Quanto à minha vivência e sentimento no período, o que me marcou muito foi que trabalhamos num grupo extremamente unido, onde todos começaram ao mesmo tempo no mesmo trabalho e pudemos crescer juntos no conhecimento dessa doença, das suas manifestações epidêmicas e no seu controle. Pudemos contar com o apoio de todas as áreas da Secretaria da Saúde. Por se tratar de epidemia de doença tão transmissível, de tanta morbidade e de alto risco de sequelas e de óbitos, o grupo de trabalho queria fazer o melhor. Colocamos naquele período em primeiro lugar a vigilância epidemiológica, o trabalho de falar com os familiares, de interagir com a escola, independentemente de hora, turno ou local. Estivemos em locais até um pouco perigosos, mas a consciência da importância e da necessidade das ações de trabalho eram forte motivador. Fiquei marcada por óbitos de crianças, óbitos de adultos, e muitas histórias que aconteceram. Quando eu já estava próximo da aposentadoria e a minha colega que era responsável estava de férias, aconteceu o óbito de um menino de 18 anos. Ele trabalhava no estoque de uma grande empresa de material de construção. E ele, segundo informação da mãe, foi trabalhar muito cansadinho, com febre. Na empresa, perceberam que ele estava muito abatido e liberaram ele pra ir pra casa. Ele foi então para casa e a mãe deu antitérmico, viu que a febre não estava baixando, mas ela achou que isso iria passar, que era só mais uma virose, e não levou o menino para ser atendido. Sabe-se de toda a dificuldade de algumas emergências, de superlotação, de demora etc.. O que aconteceu? Ela ficou o tempo todo ao lado do menino de noite e em um determinado momento ela acabou dormindo. Quando ela acordou, esse menino já tinha ido a óbito. Ele teve meningococemia. Vimos depois que ele estava com muitas petéquias (manchas de sangramento na pele). Fez um quadro bem grave da doença e foi o óbito. Coletamos material e vimos que foi uma meningococemia por meningococo C. Aí eu tive que recomendar quimioprofilaxia para a mãe e para o pai e eles preferiram vir até a Vigilância para conversar. Então, eu sentei pra conversar e explicar toda a situação. Eu já tinha conversado com a empresa. A mãe ficou com um sentimento muito grande de culpa. Foi muito difícil fazer ela entender que não houve essa culpa! Essa doença é frequentemente fulminante! E aí a gente nessa hora se coloca um pouco no lugar, porque a gente também é mãe e fica imaginando e eu pensava: e se fosse comigo? Por causa do cenário de Saúde pública e também por casos dramáticos como esse, eu sempre valorizei muito esse trabalho da Vigilância Epidemiológica. Não basta saber o número de casos, onde estão, o que podemos fazer para fazer a prevenção. Importa sobremaneira saber o que podemos também fazer pra ajudar essas pessoas num momento tão difícil como o óbito. Houve situações onde tivemos que aproveitamos momentos incomuns como até durante um enterro, porque a

profilaxia só é eficaz se feita nas primeiras 24 horas a contar do diagnóstico da pessoa que foi contato. A meningite é uma doença que mexe muito com as pessoas. Os anos de 1974 e de 1975 contiveram momentos de estigma! A Vigilância, por sua vez, foi sempre alerta, fez as vacinas quando indicadas, fez campanhas, e atualmente vivemos um momento hoje muito melhor graças à manutenção do trabalho da Vigilância, dos Profissionais de Saúde, dos Meios de Comunicação e das Políticas de Saúde da época. Como foi pedido que eu destacasse profissionais que contribuíram para o controle da epidemia de meningite, chamo a atenção para os que trabalharam na vigilância das hepatites, especialmente, eu destacaria com muita importância a Maria Regina Varnieri Brito, que é médica epidemiologista, que sempre foi a nossa mentora, a pessoa muito estudiosa e que sempre estava à frente de todos os acontecimentos, porque ela era a chefe de equipe. Ela também ajudava nas meningites. Quem trabalhou também muito nas meningites foram a Maria de Fátima de Benrigate, a Rosana Orix Capeleto e a Terezinha Albina Marasquim. Todas essas, exceto a Rosana e a Maria Regina, são enfermeiras. E esse grupo se manteve muito junto. A maioria entrou em 1995/1996 e fomos todos para a aposentadoria juntos entre 2016 e 2017, 2020. A Sonia Thissen foi uma pessoa também que ajudou muito, embora os agravos que ela trabalhava fossem outros como leptospirose, dengue, mais relacionados a zoonoses. Em termos gerais, seria esse o meu relato. A gente fez um trabalho muito de controle, com bastante profissionalismo, procurou se aproximar das fontes notificadoras, fez um trabalho muito grande com os hospitais, com os pronto-atendimentos, com as unidades de saúde, no sentido de que a notificação dos casos de qualquer doença é o início para que se possa pensar em qualquer tipo de medida de prevenção e de controle de alguma doença. Eu ressaltaria especialmente o Hospital Conceição. O Hospital Conceição sempre foi muito parceiro, depois, quando se criou os núcleos de vigilância epidemiológica, o núcleo de vigilância do Conceição trabalhava com uma busca ativa muito importante e acredito que até hoje é um dos maiores notificadores das doenças de notificação compulsória de Porto Alegre. Obrigada (Fiorini, 2024).

As profissionais atualmente responsáveis pela vigilância das meningites em Porto Alegre são a enfermeira Kátia Comerlato e a médica Rosa Maria Teixeira Gomes. Estas profissionais informaram que mais dados sobre as meningites do Município de Porto Alegre podem ser verificados nos Boletins Epidemiológicos da Vigilância Epidemiológica disponíveis na página da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (2024). Da mesma forma, para acessar os dados do RS, basta consultar a página da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

RELATO DE PACIENTE

Na sequência é apresentado o relato singelo e de certo modo ainda inocente do Marcello Rosito, que vivenciou uma meningococcemia grave aos 16 anos de idade:

Meu nome é Marcello Rosito, tenho 45 anos, sou casado com a Fabiana e tenho dois filhos, o João Fernando com 8 e o Luca Giuseppe com 5. No longínquo ano de 1995, há 30 anos atrás, eu fui diagnosticado com meningite meningocócica do tipo B. É uma doença muito agressiva, mas comigo ela foi bem. Eu fiquei praticamente 10 ou 11 dias na UTI e mais 12 dias no hospital para me recuperar para poder sair. Vou contar para vocês um pouco do que aconteceu. Eu lembro que foi uma noite de domingo para segunda, no mês de agosto em Porto Alegre. Foi uma noite muito quente, não tinha havido inverno naquele ano, mas eu acordei com muito frio, muito frio. Eu tenho três irmãos, e eles estavam todos destapados e eu com frio e enjoado. Eu lembro que de madrugada eu vomitei e voltei para a minha cama com muito frio.

De manhã meus pais acordaram e a minha mãe mediu a minha temperatura e eu estava com 39,5 oC. E ela não foi trabalhar naquele dia. Ela falou: “Vou ficar em casa, com o Marcelo com essa febre.” E eu tomava antitérmico e a febre baixava para 38 oC, 38,5 oC. E depois a febre voltava. E assim foi o dia inteiro. E começaram a surgir umas manchas vermelhas pequenas no meu corpo. De tarde, a minha mãe chamou a minha tia, que é médica, ela pediu pro esposo, Carlos, também médico, vir me ver e ele veio de tardezinha. E ele disse: “Isso é uma infecção. Eu vou chamar um amigo meu infectologista.” E o infectologista veio e me examinou. Nesse momento eu já estava me sentindo um pouco fraco, as manchas estavam aumentando e começou uma diarreia. E aí o doutor falou: “Vamos ter que ir para o hospital para fazer o exame de sangue e tal”. E ele já tinha dito para o meu tio que ele tinha verificado que era meningite meningocócica e tinha que ir para o hospital.

Bom, fomos para a Santa Casa e eu lembro que isso aí devia ser umas 7 horas da noite. Quando eu descii da casa dos meus pais para a garagem, o médico infectologista já tinha ido para o hospital me esperar. Eu saí de casa com uma certa dificuldade, entrei no carro, e fomos para o hospital. Chegamos lá, fizemos a baixa e eu já não conseguia caminhar. Fui levado de cadeiras de rodas desde o estacionamento. Aí fizeram a minha baixa e tal, e fui para o quarto. Eu seguia com febre e as manchas no corpo e ficando fraco, fraco, fraco.

No quarto, o infectologista já começou com penicilina e falou que ele ia ficar lá no hospital até o resultado final sair. E nesse meio tempo eu comecei a ficar enjoado, comecei a vomitar, vomitar, vomitar. Entrou uma enfermeira, mediu minha pressão. Ela chamou outra enfermeira para medir novamente a pressão. E aí entra o doutor infectologista e fala assim para mim, com toda a calma dele: “Nós estamos com um probleminha, nós vamos para um lugar onde tu vai ser melhor tratado agora, tua pressão está um pouco baixa, 4 por 2. Então nós vamos para a UTI que lá tu vai ser muito bem tratado. Tem uma equipe muito boa te esperando.” Eu com 16 anos, falei: “Cara, beleza, vamos para a UTI!”

No meio do caminho, o infectologista e as enfermeiras me levando, minha mãe junto, enfim, eu perguntei para ele: “Doutor, eu corro o risco de vida? E o doutor olha para mim e diz: “É Marcello, tem um certo risco, mas tu está indo para o lugar onde tu vai ser muito bem atendido e tudo vai ser resolvido! Temos o doutor Eduardo já te esperando e tenho certeza que vai dar tudo certo!” E continuamos naquele trajeto, que eu não sei se foi longo, mas lembro direitinho do que contei acima. E eu lembro

de fazer um sinal da cruz e ficar tranquilo. E aí começou a minha amizade com o doutor. Cheguei na UTI e aí eu só piorei. Passei 24 horas piorando, então, sei lá, meu coração inchou, meu rim parou, meu fígado inflamou, tudo que podia dar de ruim eu acho que deu. E, claro, conversando depois com os meus pais eles me disseram que o doutor falou que eu precisava de 24 horas para o remédio fazer efeito. Inicialmente ele vai decair, mas nessas primeiras 24 horas e depois vai dar tudo certo. Então, fui hospitalizado numa segunda-feira de noite, e eu acho que na terça de noite ou quarta de manhã eu parei de piorar, mas ainda estava mal. Lembro que eu estava inchado. Cara, eu fiquei muito inchado, muito inchado! Meu rim parou! Eu estava com sonda. Lembro que eu não segurava as necessidades.

Durante todo o tempo eu fui sempre muito bem tratado. Eu lembro que na noite que eu cheguei na UTI, chamaram o meu pai, porque o meu pai tinha ficado com meus irmãos em casa. A minha mãe foi comigo para o hospital. Quando o meu pai chegou para me ver na UTI, ele me deu um belisquinho, assim porque eu estava meio sonolento. Então acordei, vi meu pai, minha mãe e um monte de médicos em volta de mim. Eu estava cheio de fios, querendo tirar eles e tal. Mas volto a dizer um ponto bem bacana: sempre fui muito bem tratado! O doutor Infectologista tem uma relação maravilhosa até hoje comigo e doutor Eduardo da UTI é meu Clínico Geral até hoje. Ele foi o meu intensivista na época. E o doutor infectologista também é meu médico até hoje e qualquer coisa que eu preciso, ligo para ele. Nesses dias, numa consulta com o doutor Eduardo, ele disse que um dia eu perguntei também para ele naquela época, se eu iria morrer, e ele olhou para mim e falou: “Não, Marcello, vai dar tudo certo!” Ele me contou isso há poucos dias e eu fiquei emocionado! E voltando no tempo, lembro que passei muito mal na segunda e na terça-feira, mas quarta-feira eu já tinha parado de piorar.

E, como eu estava começando a mostrar sinais de boas reações, e justamente este dia era a final do Campeonato da Libertadores da América e eu disse para o doutor eu queria ver o jogo do Grêmio, porque eu sou gremista. E eles deixaram eu ver na UTI! Eu lembro direitinho, agosto de 1995, eu numa UTI, na Santa Casa, com uma televisãozinha vendo a final do jogo do Grêmio! Como eu disse, eu fui muito bem tratado, acho que o pessoal tinha um cuidado especial comigo, porque eu era o paciente mais novo. Outro cuidado que percebi foi que quando algum paciente da UTI vinha a falecer e tal, e eles sempre cuidavam para que eu não me assustasse com a situação. Lembro que um dia eu recém tinha tomado banho, porque eu não tinha força nem para me virar na cama, mas mesmo assim o pessoal voltou e me disse: “Olha Marcello, vamos tomar banho e eu falei, não gente, eu já tomei. Mas disseram: Vamos tomar banho de novo. Me viraram e eu falei, gente, eu já tomei banho. Então, posteriormente, em outro momento, me falaram: “Tu já havia tomado banho realmente, mas tinha um paciente que não estava passando bem e não queríamos que tu visse. Depois eu soube que alguém morreu e não queriam que eu visse o corpo passar.

Ah, uma outra lembrança boa do período da UTI foi quando eu voltei a comer, quando a dieta foi liberada. Então eu só pedia batata frita, bife, carne! Só comida boa e o pessoal sempre trazendo o que me apetecia para ver se eu voltava a me alimentar normalmente. Então eu acho que a força que o hospital fez, o cuidado que eles tiveram em todos os detalhes foi muito bacana!

Outra coisa legal foi que os meus colegas de colégio foram me visitar, assim também como meus irmãos, meus tios. E recebi várias cartas dos meus amigos de colégio. Quando eu voltei para a escola foi uma festa! Enfim, foi isso que aconteceu, foi o que que eu passei!

Lembro também que num dia, pouco antes de eu sair da UTI, peguei uma infecção hospitalar porque eu usei cateter e isso me dava o risco de eu pegar a infecção e eu peguei mesmo. Tive, então que ficar mais uns 5, 6 dias na UTI. Já me sentindo muito melhor, mas por causa da febre eu fiquei mais uns dias na UTI, totalizando uns 10 dias. Depois fui para o quarto. E o doutor infectologista e o doutor Eduardo sempre visitando. Ali no quarto eu tive que começar toda uma recuperação, porque eu não tinha força. Eu não conseguia levantar a perna. Eu contraia o músculo da perna, mas ela ficava frouxa. Eu tive que aprender a caminhar de novo.

Então, resumindo, foi uma doença muito forte, foram 10 dias de UTI. E ao final de 20 dias saí do hospital. Falei para o doutor infectologista: “Doutor, eu não aguento mais ficar no hospital! E ele falou para o meu pai: “Olha Marcello, — Marcello é o nome do meu pai também — o Marcello pode ficar no hospital e terminar o tratamento pois faltam 5 dias de antibiótico, ou ele pode ir para casa e tomar o restante do tratamento em casa”. E o meu pai disse, “então vamos para casa!” Fomos. E toda semana o doutor infectologista ia lá me ver. Eu fiquei com muitos machucados. E porque inchei muito no hospital, depois mais tarde, eu troquei toda a pele das mãos. E a pele dos pés, caiu. Eu tive um machucado na canela que que literalmente gangrenou e a gente ia fazendo curativos.

Eu tinha 16 anos e perdi um bimestre de aula no colégio. Mas depois recuperei bem. Hoje estou bem e muito feliz! Lembro que estudantes da faculdade de Medicina iam me ver, porque era uma doença que eles não tinham visto e que era muito agressiva.

O que ficou para mim de tudo isso, além dessas lembranças de ter ido algo muito forte é que foi algo também rápido. E eu, sempre com uma tranquilidade. Foi a tranquilidade que os médicos sempre me passaram. Em nenhum momento eu tive medo, em nenhum momento eu senti que o pior iria acontecer, não sei se pela idade, enfim, mas eu sempre tive tranquilidade. Eu fiquei todo aquele período acordado; nunca fui sedado, estava consciente o tempo inteiro e sempre muito tranquilo e muito confiante que ia dar certo. Hoje vejo que em parte eu não sabia da gravidade da doença, mas eu tinha certeza que seria momentânea.

A relação que eu criei com os médicos é fantástica! A gente às vezes ficava 2, 3 anos sem se falar, e sempre que a gente se via a alegria era a mesma, parecia que a gente estava se vendo ontem. Sim foi passei por um período de uma doença forte, agressiva, mas muito bem tratada, de modo que eu agradeço aos médicos e enfermeiras por terem cuidado de mim, por terem me dado toda a atenção! E hoje faço parte dessa história que está sendo contada para vocês. A doença agressiva passou, eu estou bem, fui bem tratado e o relacionamento médico-paciente estabelecido foi sincero, com carinho, atenção e amizade que perduram. Valeu! (Rosito, 2024).

COMENTÁRIOS FINAIS

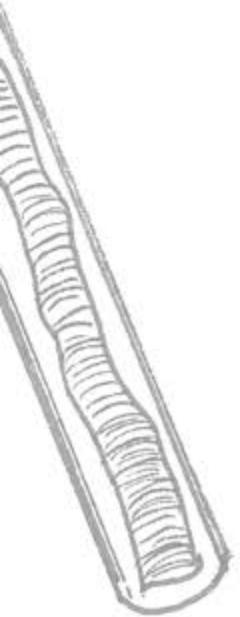
Este capítulo descreve o que foi possível resgatar sobre a história das meningites no Rio Grande do Sul, partindo de uma descrição global, passando ao Brasil, estado do Rio Grande do Sul e sua capital Porto Alegre. Mais ainda da história das meningites no RS pode ser resgatado se fossem contatados profissionais e documentos de várias outras cidades do Estado. O objetivo foi também incluir os relatos da enfermeira Maristela Fiorini e o relato do Marcello para melhor poder passar ao leitor o que realmente aconteceu. Ou seja, uma história descrita e relatada não somente pelos observadores distantes ou pesquisadores dos arquivos, mas também pelos que experimentaram a doença trabalhando para conter, controlar e prevenir epidemias.

REFERÊNCIAS

- DANDARA, Luana. Maior surto de meningite do país, na década de 1970, foi marcado pela desinformação. *Portal Fiocruz*, 16 nov. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/maior-surto-de-meningite-do-pais-na-decada-de-1970-foi-marcado-pela-desinformacao>. Acesso em: 08 maio 2024.
- FIORINI, Maristela. Entrevista I [Maio,2024]. Entrevistador: Paulo Renato Petersen Behar. Porto Alegre, 2024. Tipo de arquivo: .opus (13 min 16 seg).
- Instituto de Infectologia Emílio Ribas*, 2017. Disponível em: <https://www.emilioribas.org>. Acesso em: 25 maio 2024.
- MACHADO, L. A meningite meningocócica no Rio Grande do Sul. *Boletim de Bioestatística*. DES. Porto Alegre, ano XI, n. 10 e 11, p. 20-39, out/nov 1949.
- MEIRA, Domingos Alves de. Doença Meningocócica. In: VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto (eds.). *Tratado de Infectologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 1996, p. 623-632.
- MENEGHEL, Stela Nazareth. *Doença meningocócica no Rio Grande do Sul, 1974 a 1983*. 1989. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1989.
- OSLER, William. *The principles and practice of medicine: designed for the use of practitioners and students of medicine pt.1*. New York: D. Appleton and Company, 1892.
- ROSITO, Marcello. Entrevista I [Maio,2024]. Entrevistador: Paulo Renato Petersen Behar. Porto Alegre, 2024. Tipo de arquivo: .opus (33 min 95 seg).

Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. *Boletins epidemiológicos*, 2024. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/sms/vigilancia-em-saude/boletins>. Acesso em: 25 maio 2024.

The history of meningitis. October 2020. Disponível em: https://www.meningitis.org/blogs/the-history-of-meningitis?locale=pt_BR. Acesso em: 08 maio 2024.



Capítulo 8:

A HISTÓRIA DA MICOLOGIA NO RIO GRANDE DO SUL

Valério Aquino

INTRODUÇÃO

No Brasil existem duas grandes escolas da Micologia. Uma delas, a do Prof. Dr. Carlos da Silva Lacaz (1915-2002), da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), centrada no estudo dos fungos, sua complexa taxonomia e seu espectro de doenças possíveis. A outra, do Prof. Dr. Alberto Thomaz Londero (1921-2003), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), mais focada nas síndromes clínicas, taxonomia e diagnóstico. Essas duas escolas ramificaram-se consideravelmente e se expandiram para o restante do Brasil. Tornaram-se escolas complementares que todo micologista deve conhecer, explorar as nuances e abordagens trazidas através de suas personalidades bastante distintas.



Figura 1 e 2: Precursores dos dois grandes modelos da escola da micologia clínica no Brasil
Fonte: Arquivo de aula. Prof. Luiz Carlos Severo.

O INÍCIO DA MICOLOGIA NO RS

O padre austríaco Johannes Rick, nascido em 1869, é tido como o primeiro micologista a documentar de maneira sistemática a biodiversidade dos fungos (especialmente basidiomicetos ou macrofungos), no Colégio dos Jesuítas em São Leopoldo, onde possuía um herbário. Muitos o consideram o “Pai da Micologia Brasileira”. Ele faleceu aos 77 anos, em 1946 (Pasqualotto, 2019).

A dermatologia também contribuiu com alguns nomes relacionados à Micologia Médica do RS, especialmente no campo das micoses subcutâneas. Entre eles, o Prof. Clóvis Bopp, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com estudos clínicos de cromoblastomicose, e o Prof. Enio Candiota Campos, com estudos em paracoccidioidomicose (na época chamada de blastomicose sul-americana) (Pasqualotto, 2019; Lacaz, 1983).

Outro dos pioneiros da micologia médica do Rio Grande do Sul que é fundamental citamos é o Prof. Manoel José Pereira-Filho (1888-1954), natural de Porto Alegre e antigo professor de microbiologia da Faculdade de Medicina de Porto Alegre (Rio Grande do Sul). Ele foi graduado em Farmácia em 1907 e Medicina em 1910 pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Em 1913, fez curso de especialização em Microbiologia e Zoologia Médica no Instituto Osvaldo Cruz (Pasqualotto, 2019; Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul, 2021).

Ele foi o fundador do Instituto Pereira Filho, em 1916, onde foram realizadas diversas atividades acadêmicas na formação de doutores e pesquisadores que exercem importante contribuição para a ciência. Atuou como chefe do laboratório de microbiologia Borges de Medeiros em 1918 e como bacteriologista da Diretoria de Higiene em 1920. Em 1925, realizou importantes estudos bacteriológicos, avaliando possíveis pontos de captação de água do lago Guaíba, Rio Jacuí e Caí para o abastecimento público da cidade de Porto Alegre. Pereira Filho assumiu um cargo na direção do Hospital de Beneficência Portuguesa em 1926 e em 1930 a administração da Santa Casa alterou o nome da 24a enfermaria (pele e sífilis) para Enfermaria Comendador Manuel José Pereira, nomeando-o seu diretor efetivo.

Em 1932, foi nomeado professor Catedrático de Microbiologia da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Em 1934, participou efetivamente da fundação do Sanatório Belém, onde foram diagnosticados e tratados milhares de pacientes com tuberculose e transformou-se em uma escola de tisiologistas. Em 1951, participou do governo de Getúlio Vargas, exercendo a direção do Serviço

Nacional de Tuberculose no Rio de Janeiro, fornecendo novas diretrizes para o diagnóstico e tratamento da tuberculose. Nesse período, com apoio do Prof. Pereira-Filho foi criado um pavilhão anexo à Santa Casa de Porto Alegre que atualmente é denominado “Pavilhão Pereira Filho”, importante centro condutor de estudos sobre a imunização antituberculosática. O hospital Pavilhão Pereira Filho tornou-se uma referência latino-americana no tratamento das doenças pulmonares e cirurgia torácica, com ampla produção científica na área e formação de recursos humanos (Pasqualotto, 2019; Lacaz, 1983; Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul, 2021).

O Dr. Pereira Filho honrou o Brasil e, sobretudo, a ciência rio-grandense. Contribui muito, como já demonstrado, para o diagnóstico de várias doenças bacterianas, especialmente tuberculose, mas também doenças fúngicas, conforme comunicados feitos na Sociedade de Medicina de Porto Alegre e/ou publicados em artigos em revistas científicas. Ao longo de sua vida, obteve diversos títulos de membro de sociedades médicas, incluindo o título de Benfeitor da Cruz Vermelha, Professor Honoris Causa, Professor catedrático, membro honorário de sociedades de fisiologia, Paraninfo de turmas de Farmácia e Medicina e Patrono da cadeira 45 da Academia Sul-Rio-Grandense de Medicina (Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul, 2021).

DR. LONDERO E A ESCOLA GAÚCHA DE MICOLOGIA

Um personagem que merece um destaque central na história da micologia do RS (e do Brasil) é o Prof. Alberto Thomaz Londero. Nascido em Santa Maria em 1921, o Dr. Londero realizou parte de seus estudos de formação em Bagé e cursou a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde se formou em 1945, tendo retornado a Santa Maria como pediatra.

Em 1946, iniciou a carreira de docente na Faculdade de Farmácia e em 1956 foi empossado como Professor Catedrático de Parasitologia e Micologia, por ocasião da criação da Universidade Federal de Santa Maria, em 1960. Dr Londero voltou seu olhar para os fungos e suas doenças. Sua formação em Micologia está muito relacionada ao convívio com o Prof. Dr. Manoel José Pereira Filho (Pneumologista), em Porto Alegre, durante a década de 60, e com o Dr. Nelson Porto (renomado radiologista e chefe do Pavilhão Pereira Filho), a quem apresentou o Dr. Luiz Carlos Severo (Pasqualotto, 2019; Lacaz, 1983).

Conforme informações do Professor Sydney Alves, que viveu parte da história da micologia em Santa Maria, com a criação da Universidade Federal

de Santa Maria (UFSM) e ampliação do quadro de docentes, o Dr. Londero ingressou neste núcleo, juntamente com a farmacêutica Cecy Ramos Rodrigues (Londero, Ramos, 1990). Em 1970, Olga Fischman transfere-se para a Escola Paulista de Medicina (hoje UNIFESP); a Profa. Cecy assume as aulas práticas e Dr. Londero as aulas teóricas. Nesta época o grupo passa a contar com um pequeno laboratório para diagnóstico, no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), objetivando-se agilizar os diagnósticos do hospital, num modelo de extensão universitária: atendimento gratuito, sem marcação de hora, para Santa Maria e região. A professora Cecy atendia 20 horas semanais neste laboratório; as aulas eram à tarde. Por estes anos, o Dr. Londero viajava muito, ministrando cursos fora de Santa Maria, de modo que precisava ter mais liberdade. O grupo foi, então, acrescido de dois docentes: Jeny Palmira Benevenga (médica), para atender as aulas do curso de medicina; Jorge Oswaldo Sanchotene Lopes (farmacêutico), para atender as aulas teóricas e práticas do curso de farmácia. Na década de 1980, o docente, médico-veterinário Janio Morais Santurio, especializou-se em micologia veterinária na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e esta disciplina, até aquela data ministrada pelo grupo, foi transferida para o curso de medicina veterinária. Este modelo esteve vigente até 1990, quando a professora Cecy aposentou-se e o laboratório do Hospital Universitário passou a ser atendido pelo professor Jorge Oswaldo Sanchotene Lopes, que fundou o Laboratório de Pesquisas Micológicas (LAPEMI), congregando docentes e orientandos. Em 1999, o Prof. Jorge se afasta por motivos de doença e veio a falecer no ano de 2000.

A partir de 2000, a micologia assume nova configuração em Santa Maria, quando os docentes Sydney Hartz Alves e Janio Morais Santurio assumem o LAPEMI e as disciplinas, ficando, novamente, toda micologia centralizada no Departamento de Microbiologia e Parasitologia da UFSM.

Em termos de pesquisa, pode-se constatar que, até o ano de 2000, as publicações tinham por base os relatos de casos, de séries, descrição de aspectos epidemiológicos, histopatológicos, diagnóstico por imagens, aspectos laboratoriais do diagnóstico, como também se abordava a terapêutica e a clínica das doenças micológicas (Londero, 1990). O início dos anos 2000 foi marcado por forte incremento à educação superior, sobretudo, a pós-graduação na UFSM. Naturalmente, as pesquisas passaram a ocupar um espaço maior, sendo totalmente desenvolvidas nos laboratórios e biotério do LAPEMI. Somando-se as orientações dos docentes, chegamos a contar com 21 orientandos realizando estudos, simultaneamente. As publicações frutificaram, pois, no intervalo entre 2000 e 2023, o grupo publicou 338 artigos, numa média de 7,34 artigos por docente/ano. No período, o grupo cadastrado no CNPq como “Micologia

Médica e Veterinária” orientou 49 mestrados e 26 doutorados. Duas patentes foram registradas e hoje o LAPEMI ainda produz, com licença do Ministério da Agricultura e Abastecimento, o imunoterápico PITIUM-VAC para tratamento da pitiose equina. O professor Janio M. Santurio aposentou-se em dezembro de 2023. Atualmente o LAPEMI conta com 2 docentes, Sydney Hartz Alves e Sonia de Ávila Botton (doutora em Medicina Veterinária) e a gerente de produção, a farmacêutica Marcela Zart Arend.

Na palestra “Personalidades Latinoamericanas de La Micología com los que tuve relación” (Personalidades Latinoamericanas da Micologia com que tive relação), proferida pelo Dr. Negroni no Infocus Tripla Frontera, em 2023, o Prof. Negroni relatou algumas características da amizade com o Dr. Londero: era uma pessoa “muy callada y muy serio” (muito quieto e muito sério). Também comentou de um encontro em 1967, que ocorreu em Montevideu, a reunião do Instituto Municipal de Higiene, organizada pelo Prof. Juan MacKinnom (Uruguai), que teve importante contribuição ao desmistificar, através de estudo experimental em camundongos, a anedótica crença de que seria possível adquirir paracoccidiodomicose através da mastigação de gramíneas (hábito comum em pessoas que trabalham diretamente no campo). Neste evento, ocorreu um importante encontro entre os Profs. Londero e Ricardo Negroni (Universidade de Buenos Aires), que na época estava implantando o Laboratório de Micoses Pulmonares do Hospital Francisco Javier Muñiz na capital Argentina, onde foi uma referência na Micologia daquele país. Este encontro foi muito relevante para impulsionar a micologia latino-americana. Em relação ao Dr. Londero, também comentou algumas de suas características: pensava antes de falar, muito atencioso, mostrando casos interessantes, levava seu mate por onde andava e fumava muito.

O Dr. Londero publicou um grande número de artigos científicos, especialmente nas áreas de dermatofitoses, micoses subcutâneas e micoses endêmicas (artigos de referência em paracoccidiodomicose), frequentes no Sul (Pasqualotto, 2019). Conforme citado anteriormente, desde o início de sua atividade docente, contou com o auxílio da docente Profa. Olga Fishman Gompertz (UFMS - UNIFESP) (Sidrim, Rocha, 2003), e em 1957 já publicaram um caso de esporotricose por eles diagnosticado. Esta parceria foi um modelo de Micologia Médica, visto que, enquanto o Dr. Londero era responsável pela parte clínica, a Dra. Olga cuidava da parte laboratorial.

Este modelo, infelizmente, foi perdido e, com o tempo, criou-se um abismo entre o laboratório e os clínicos, entre o conhecimento básico de micologia e aquele praticado por infectologistas ou micologistas clínicos. Mas

alguns micologistas gaúchos vieram, mais tarde, tentar resgatar esta lacuna, em especial o Dr. Luiz Carlos Severo (Pasqualotto, 2019; Sidrim, Rocha, 2003), que manteve sua trajetória no Sul, sendo o principal responsável pela disseminação da Micologia no RS, por meio de suas publicações, alunos, discípulos e seguidores. Em 1991, o Dr. Londero encerra sua carreira acadêmica.

LUIZ CARLOS SEVERO

O Prof. Dr. Luiz Carlos Severo nasceu em Cachoeira do Sul (RS). Sempre foi um apaixonado pela leitura. Realizou a Faculdade de Medicina na Universidade Federal de Santa Maria e durante a graduação foi reprovado em uma disciplina de Parasitologia (ministrada pelo Prof. Dr. Londero). Terminou a graduação em 1976. Logo após deu seguimento na sua formação, fazendo mestrado em Pneumologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 1979, depois doutorado (1987) e Pós-doutorado na Inglaterra (Mycological Reference Laboratory, Public Health Laboratory Service, London, England, UK) em Aspergilose, em 1989. Possui livre-docência em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre em 1993, foi pesquisador 1B do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e professor associado (nível 4) da UFRGS. Sempre interessado na área humanística, fez mestrado em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul em 2003. Admirava os filósofos (especialmente Nietzsche) e era avesso aos pensamentos teológicos. Por estudar muito, tinha experiência nas áreas de pneumologia, micologia clínica, radiologia, diagnóstico laboratorial das micoses. Dr. Severo era um micologista completo (Lacaz, 1983; Oliveira, Pasqualotto, 2022).

Conforme citado acima, sua relação com o Dr. Londero nem sempre foi harmoniosa. Foi aluno de parasitologia no segundo ano do curso de medicina e foi reprovado. Posteriormente repetiu a cadeira estudando com muita disciplina e seriedade, o que chamou a atenção do Professor Londero, iniciando desta maneira uma admiração mútua, extremamente produtiva e intercalada por longos períodos de afastamento.

Em Porto Alegre, trabalhou inicialmente com o Prof. Dr. Nelson Porto (radiologista) na Santa Casa de Misericórdia e como pneumologista no Sanatório Partenon, onde começou a fazer vários diagnósticos de micoses pulmonares. Percebeu que vários casos de micoses eram erroneamente diagnosticados como tuberculose. Para melhor estudar esses casos, Severo costumava pegar

o trem até Santa Maria para discutir casos e confirmar diagnósticos com seu mestre (Lacaz, 1983).

Na gestão do secretário de saúde e do meio ambiente do Governo Antônio Britto, Dr. Germano Bonow, o Dr. Severo criou o primeiro laboratório de micologia médica de Porto Alegre, no Hospital Santa Rita, da Santa Casa de Misericórdia, onde realizava consultas de casos complicados de infecção respiratória e o seu tratamento (Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul, 2021).

Nesse local formou vários discípulos ou alunos de mestrado, doutorado, com inúmeras publicações que seguiram dando continuidade ao trabalho em diferentes regiões do estado. Embora o Prof. Severo tenha produzido muitos artigos em micologia, seu índice de citações era relativamente modesto, o que possivelmente se justifica devido ao conteúdo de sua produção, focada essencialmente em descrever casuísticas próprias, com muitos relatos de caso. Enfatizava em produções locais para alertar e incluir na suspeita clínica de diagnóstico as doenças fúngicas, sempre negligenciadas.



Figura 3 e 4: Prof. Luiz Carlos Severo na beira do Sena, quando foi fazer o curso no Instituto Pasteur e na defesa do seu mestrado, sob olhar do Dr. Londero
Fonte: Museu Emílio Ribas.
Fonte: Acervo pessoal da Dra. Cecília Bittencourt Severo.

Nas oportunidades de participar como palestrante em congressos ele sempre me aconselhava: “Tens que mostrar o que acontece no teu hospital, com enfoque no diagnóstico que é a tua área de atuação. Isso que vai ser o teu diferencial e que pode chamar a atenção das pessoas. Os artigos de revisão todos já foram lidos”. Evidentemente, pela admiração que tinha por ele, segui à risca o conselho do mestre.

Severo era um homem muito organizado. Ele mantinha em seu laboratório ficheiros de essencialmente todos os diagnósticos micológicos relevantes por eles realizados, sob importante organização de seu fiel escudeiro, o Dr. Flavio de Mattos Oliveira. Seu maior destaque, no entanto, foi no campo do ensino. Ninguém, como ele, foi tão eficiente em multiplicar a importância da micologia médica, não apenas nas faculdades em que ministrava aulas, mas também em conferências e mesas de bar. Ele fez escola, e a lista de profissionais por ele formada é muito grande, de modo que podemos citar Cecília Bittencourt Severo (sua filha), Inajara Silveira dos Santos, Flavio de Mattos Oliveira, Luciana Guazzelli, Bruno Hochhegger, Alexandra Flávia Gazzoni, Melissa Orzechowski Xavier, Gisela Unis, Aline Dall Bello, Antonella Souza Mattei, Sydney Hartz Alves, Valério Aquino, Maria Cristina Bassanesi e Alessandro Comarú Pasqualotto. Neste laboratório, permaneceu até o final de sua carreira, prestando importantes serviços à Micologia médica. Sua escola influenciou importantes seguidores que deram continuidade ao seu legado.



Figura 5 : Prof. Dr. Luiz Carlos Severo – humor ácido, às vezes de difícil convívio, mas sempre acompanhado de amigos fiéis
Fonte: Revista da Sociedade Brasileira de Micologia.

No Pavilhão Pereira Filho, o Dr. Severo possuía muitos colegas e amigos que, pelo tempo de convívio, passaram a entender o seu comportamento e aprenderam a admirá-lo pelas suas qualidades. Entre eles, o Prof. Dr. José da Silva Moreira (um amigo muito próximo), Prof. Dr. Paulo José Zimmermann Teixeira, Prof. Dr. José Carlos Felicetti, Prof. Dr. Adalberto Sperb Rubin, Prof. Luiz Carlos Correa da Silva, Prof. Dr. Jorge Lima Hetzel, Dr. José de Jesus Peixoto Camargo e Dr. Sadi Schio (ex-aluno, um médico cujas orientações ele seguia e amigo pessoal).

Severo foi professor de doenças infecciosas, ligado ao Departamento de Medicina interna da UFRGS, onde formou muitas pessoas em micologia, incluindo 40 mestres e doutores. Foi autor de 80 capítulos de livros, apresentou mais de 300 resumos em conferências científicas e publicou mais de 250 artigos científicos.

Novamente recorro à palestra do Dr. Negroni no Infocus Tripla Frontera de 2023, na qual comenta que Dr. Severo era “muy estudioso, incansable trabajador y dueño de una inteligencia vivaz. No seguía las normas de la sociedad en la que vivía, porque no le gustaban. Siempre alegre Y chistoso” (“Muito estudioso, trabalhador incansável e dono de uma inteligência vivaz. Não seguia as normas da sociedade em que vivia, porque não concordava com elas. Sempre alegre e engraçado”). Conforme o Prof. Alessandro Pasqualotto, Severo era um homem adiante de seu tempo. Um espírito de livre pensamento, e de difícil compreensão pelos demais. “Estava sempre contando piadas - um cientista de humor ácido, às vezes, difícil de conviver, mas sempre acompanhado de amigos fiéis” (Oliveira, Pasqualotto, 2022). Com a sua partida, o mundo não perdeu apenas um grande cientista, um homem de pensamento livre que não teve medo de expor as suas contradições à sociedade. Perde também um grande educador, filósofo e amante da micologia. Severo deixará saudades para familiares, amigos e alunos, e esperamos que seus seguidores possam ampliar a beleza de seu trabalho.

ALESSANDRO PASQUALOTTO

O Prof. Alessandro Comarú Pasqualotto, nascido em Passo Fundo (RS), graduou-se em medicina também pela UFSM, em 1998. Na faculdade, teve a experiência de ter tido uma aula com Dr. Londero, momento em que recebeu elogios de seu mestre ao apresentar seminário sobre coccidioidomicose, na disciplina de pneumologia proferida pelo então temido Dr. José Wellington Alves dos Santos. Pasqualotto não fazia ideia do quanto este elogio o faria

sentir-se orgulhoso posteriormente. Seu primeiro estágio fora de Santa Maria foi justamente no Serviço de Pneumologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, hospital onde posteriormente veio a fazer carreira. Mas foi por intermédio de sua chefe de residência em Infectologia, Dra. Marineide Melo, que resolveu fazer pós-graduação em micologia com o Prof. Severo. Pasqualotto ingressou como mestrando do Programa de Pós-Graduação em Pneumologia da UFRGS, tendo logo progredido para o doutorado com uma tese sobre a casuística de casos de candidemia. A convivência com o mestre foi intensa, e nem sempre pacífica, durante o período. Os encontros em geral aconteciam em mesas de bar, seja no Bar Chopp Tuim, da General Câmara, ou no Restaurante Naval, do Mercado Público, sempre na companhia do fiel escudeiro do Prof. Severo, Dr. Flávio De Mattos Oliveira (Pasqualotto, 2019).

Pasqualotto terminou seu doutorado com Prof. Severo e foi para Manchester/UK estudar Aspergilose com o Prof. David Denning, com quem trabalhou por 30 meses. E foi justamente o Prof. Severo que facilitou este caminho - Denning havia se encantado com o material apresentado por Severo durante uma edição do Infocus no Brasil, e pediu que Severo fornecesse a ele material digitalizado para inserção no *Aspergillus* website, o maior portal de informação mundial sobre aspergilose. Pasqualotto levou o material digitalizado em mãos a Denning em um congresso em Praga, e ali conseguiu a oportunidade que mudaria sua vida profissional. Em Manchester, Pasqualotto expandiu consideravelmente os laços da micologia gaúcha, tendo lançado um livro de 59 capítulos e 1084 páginas dedicado à aspergilose, pela editora Springer (Holanda) (Pasqualotto, 2010; Pasqualotto, 2019).



Figura 6: Prof. Alessandro Pasqualotto apresentando tema livre na prestigiada sessão de Late breaker abstracts do Congresso Americano de Infectologia em 2022
Fonte: Arquivo pessoal do Dr. Alessandro Pasqualotto.

No retorno ao Brasil, Pasqualotto montou o Laboratório de Biologia Molecular da Santa Casa, o que causou certa ruptura com o mestre, que esperava que o laboratório viesse a ser criado nas instalações do então (fisicamente restrito) laboratório de micologia da instituição. Assim, sem acesso a amostras de micologia, o Laboratório de Biologia Molecular acabou expandindo suas ações para o campo da virologia humana, tendo tido seu apogeu durante a pandemia da COVID-19.

Pasqualotto expandiu as duas atividades para além da docência. Logo passou a captar muitos recursos para pesquisa, tornando-se o infectologista mais citado do Estado do Rio Grande do Sul, com ampla inserção e visibilidade internacional. Tornou-se membro muito ativo da *International Society for Human and Animal Mycology* (ISHAM), da *European Confederation of Medical Mycology* (ECMM), do *Mycoses Study Group* (MSG) e da Sociedade Brasileira de Infectologia, tendo estabelecido amplas colaborações com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de Atlanta, a *Pan American Health Organization* (PAHO) e o setor produtivo. No momento, Prof. Pasqualotto é bolsista produtividade do CNPq, Professor Associado na UFCSPA e coordenador do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT) de Inovação em Diagnóstico Molecular. Chefia ambos o Laboratório de Biologia Molecular e o Serviço de Infectologia da Santa Casa de Porto Alegre. Pasqualotto organizou e lidera o principal grupo mundial de pesquisa em histoplasmose, tendo colocado em definitivo o Brasil no mapa desta doença.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MICOLOGIA X INFOCUS

Para aprofundarmos nosso olhar sobre a história da Micologia, retomaremos a formação da Sociedade Brasileira de Micologia, idealizada pela iniciativa do Prof. Dr. Flávio de Queiroz Telles Filho (Universidade Federal do Paraná), em Curitiba, durante um jantar regado a excelentes produtos resultantes da fermentação de uvas Cabernet Sauvignon, Malbec e derivados da *Saccharomyces cerevisiae*. O encontro se deu em sua residência, no ano de 1987, enquanto transcorria o Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical onde, entre os convidados, estavam presentes o Dr. Charles de Vroey (Bélgica), Prof. Dr. Carlos da Silva Lacaz, Prof. Dr. Alberto Thomaz Londero, Prof. Dr. Bodo Wanke, Profa. Dra. Márcia dos Santos Lazera e Prof. Dr. Rinaldo Poncio Mendes. A demanda era por um espaço maior destinado à micologia onde se concentrassem os principais estudiosos do tema (Lacaz 1983; Pasqualotto, 2019).

Após os trâmites burocráticos, a Sociedade Brasileira de Micologia (SBMy) foi efetivamente criada em 1990, na cidade de Natal. A primeira diretoria executiva da Sociedade era composta por: Dr. Bodo Wanke (Presidente), Dr. Alberto Thomaz Londero (Vice-presidente), Dr. Rinaldo Poncio Mendes (Primeiro secretário), Dr. Marcello Fabiano de Franco (Segundo-secretário), Dr. Flávio de Queiroz Telles Filho (Primeiro tesoureiro) e Dra. Márcia dos Santos Lazéra (Segunda Tesoureira). O Prof. Dr. Carlos da Silva Lacaz foi nomeado como Presidente de Honra. A SBMy agregava a micologia em várias áreas do conhecimento, tais como: Micologia Básica; Micologia Humana; Micologia Animal; Micotoxicologia; Micologia Vegetal; Micologia de Invertebrados; Micologia Industrial e Micologia de Alimentos.

O I Congresso Brasileiro de Micologia aconteceu em Porto Alegre, no Hotel Plaza São Rafael, entre 29 de junho e 2 de agosto de 1995, concomitante ao III Congresso Pavilhão Pereira Filho e II Simpósio de Micologia do Cone Sul. Foi presidente o saudoso Prof. Severo e, membros da comissão organizadora, Prof. Londero, Prof. Bodo Wanke, Prof. Lacaz, Prof. Flávio Telles, Prof. Dr. Marcello Fabiano de Franco, Profa. Márcia dos Santos Lazéra e Prof. Rinaldo Mendes.

O II Congresso Brasileiro de Micologia foi realizado no Sheraton Hotel, no Rio de Janeiro, entre 17 e 21 de abril de 1998. Teve como presidente o Prof. Wanke (Fiocruz, RJ), que contou com o apoio de uma grande equipe de diferentes áreas (Micologia, Infectologia, Imunologia, Patologia, Epidemiologia, Ginecologia e Dermatologia), de centros de ensino e pesquisa das diferentes regiões do país, com foco tanto na área médica e veterinária quanto agrônoma e industrial. Os patronos foram o Prof. Londero (UFSM, RS) e o Prof. Antar Padilha Gonçalves (UniRio, RJ) e como Presidente de Honra o Prof. Lacaz (USP, SP). Este congresso mostrou grande diversidade de temas, focando aspectos clínicos e diagnósticos; terapêuticos; taxonômicos; ecológicos; epidemiológicos; de ensino; micotoxicológicos; de produção de enzimas por fungos; biotecnologia e indústria. Desse modo, transparecia a ideia inicial idealizada pela Sociedade Brasileira de Micologia, atrair diferentes áreas da micologia para “o grande mundo dos fungos”, conforme o título do livro do Prof. Lacaz (Lacaz 1983).

A ideia inicial não prosseguiu e ocorreu uma divisão entre as áreas de conhecimento, perdendo-se assim o propósito inicial. Atualmente, esse tema vem ganhando força através da abordagem *One health* (Saúde única), onde é necessário integrar a análise da saúde humana com a saúde animal e a relação destas com o meio ambiente. Olhar que exige uma abordagem multiprofissional, o que, na prática, não acontece fora dos documentos formais.

Na página da SBMy encontram-se cadastrados vários pesquisadores com artigos relacionados a micologia, muitos desses nomes continuam atuando na área da micologia médica e outros foram abandonando a carreira pela falta de estímulo, oportunidades ou mudança de rumo na carreira.

Para finalizar o tópico relacionado aos eventos em micologia médica, no início do anos 2000 surgiu o *Forum of Fungal Infection in the Clinical Practice* (Infocus), tornando-se o principal ambiente para discussão da micologia clínica na América Latina. Havia uma percepção da falta de espaço para a Micologia no Congresso de Infectologia e Congresso Brasileiro de Medicina Tropical e a deficiência da SBMy ao abordar o tema no Brasil. Segundo o coordenador do evento, Prof. Arnaldo Lopes Colombo (UNIFESP), “as gerações anteriores se preocupavam em formar conceitos, pessoas e estabelecer rotinas de diagnóstico, sem a agressividade das novas gerações preocupadas em dar visibilidade e consistência à produção científica”. E assim, o Infocus passa a ser o principal evento de micologia da América Latina (Pasqualotto, 2019).

DOCÊNCIA NA MICOLOGIA

O ensino da micologia nasceu junto com a sua formação clínica e diagnóstico laboratorial. Ele se disseminou em cursos, congressos e nas universidades do RS. A docência tem se mostrado bastante aberta, em sua grande maioria, especialmente naquelas que têm um suporte de infectologistas em seu quadro funcional. Estas universidades exercem um papel fundamental no segmento do ensino da micologia, da assistência e da pesquisa por meio do incentivo à publicação, formação de profissionais com experiência técnica para a bancada e na formação do micologista clínico. Diversos profissionais no RS trabalham no ensino da micologia e são oriundos de diferentes formações, incluindo médicos, farmacêuticos, biomédicos, químicos, biólogos e veterinários

Marília dos Santos Severo (Pneumologista): atuou como professora do curso de micologia do Prof. Lacaz na ocasião da Fundação do Instituto de Medicina Tropical. Dra. Maria Cristina Bassanesi atuou no Serviço de Micologia do Instituto de Pesquisas biológicas, Secretaria da saúde e do meio ambiente do RS). Uma profissional exemplar que me ensinou muito sobre as técnicas de investigação em micologia. Trabalhou com o Dr. Severo mas, infelizmente, houve um rompimento da parceria clínico-laboratório idealizada por todo micologista.

Na Universidade Federal do Rio Grande do Sul vários professores médicos merecem destaque pelo apoio à micologia. Cito dois que tive o prazer do contato mais direto: Prof. Dr. Luciano Zubaran Goldani é um importante líder, professor de infectologia e a micologia sempre esteve presente na sua carreira, especialmente no período do Doutorado e pós-doutorado na Universidade de São Paulo e Boston University, entre 1993 e 1995. Prof. Dr. Lucio Bakos foi chefe do Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e solicitou a formação de um braço do laboratório de micologia dentro do serviço de Dermatologia, para que os residentes e cursistas acompanhassem as etapas dos exames, aulas durante o ano para obter uma formação mínima em micologia útil para a vida profissional e necessária para obtenção do título de especialista pela Sociedade Brasileira de Micologia. Há aproximadamente 10 anos atrás, o espaço foi novamente solicitado para procedimentos específicos do Serviço de Dermatologia, o que ocasionou, de certo modo, uma “fratura no braço” idealizado pelo Prof. Bakos.

Também na UFRGS podemos citar a Profa. Maria Lucia Scroferneker, bióloga e professora. Tem experiência em fungos melanizados, antígenos e resistência aos antifúngicos, e o Prof. Alexandre Fuentefria, farmacêutico com doutorado em Biologia Celular e Molecular. Atualmente coordena o Laboratório de Pesquisa em Micologia Aplicada, que se consolidou na Faculdade de Farmácia da UFRGS, com ênfase no desenvolvimento de produtos funcionalizados com antifúngicos ou de interesse biotecnológico. Com ênfase na prospecção de novas estratégias de combate a fungos de difícil tratamento, sua consolidada linha de pesquisa tem originado depósitos de patentes e registros de produtos atualmente comercializados no Brasil.

Na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) temos a Profa. Cecília Bittencourt Severo, Farmacêutica-bioquímica pela PUC-RS em 2004, Doutora em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 2010, sob orientação do Dr. Severo (seu pai). Atua como professora na Universidade e responde pelo diagnóstico micológico do laboratório de micologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA). Tenho tido a grata satisfação de partilhar da amizade com a Cecília em diversas oportunidades que a micologia nos proporcionou, seja através dos cursos que ministrávamos com o Prof. Severo, nas angústias do declínio da micologia em diversos aspectos e na parceria entre os laboratórios da Santa Casa e do HCPA. É uma profissional que, do seu modo e no ritmo que a instituição permite, segue a linda carreira do seu pai no diagnóstico laboratorial das micoses e no ensino da micologia na Universidade. Também da UFCSPA atua a Profa. Helena

Schirmer: Biomédica, graduada pela Universidade Feevale em 2003, Doutora em Biologia Celular e Molecular pela PUCRS em 2011. Atua principalmente na área de diagnóstico micológico e teste de sensibilidade. Atualmente coordena o “Projeto ECHO Micologia”, que tem o objetivo de aprofundar conhecimentos em Micologia e aprimorar o diagnóstico laboratorial das micoses, discutindo casos reais, com foco em infecções negligenciadas e invasivas.

Em Porto Alegre também se destaca o Prof. Diego Falci, infectologista com doutorado na UFCSPA, sob orientação do Prof. Pasqualotto. Atualmente é professor adjunto de Infectologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) e Coordenador Médico do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital São Lucas da PUCRS (HSL-PUCRS), além de Chefe do Serviço de Infectologia do HSL-PUCRS. É também Professor do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Médico Infectologista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Membro efetivo do Comitê de Micologia Clínica e da diretoria da Sociedade Brasileira de Infectologia. Possui intensa produção científica em diversos periódicos nacionais e internacionais de alto impacto. Dr. Falci tem sido um importante parceiro de Pasqualotto ao longo da carreira, especialmente na área de histoplasmose, onde o grupo tem concentrado sua produção mais recente. Tornou-se, recentemente, também membro do ECMM e do MSG. O Prof. Diego talvez seja um exemplo clássico do micologista clínico atual, mais distante do laboratório, mas com grande visão da importância da visibilidade da produção científica qualificada, que lhe abriu portas importantes na micologia brasileira. Profissional extremamente trabalhador e multitarefas em ensino, assistência e pesquisa.



Figura 7: Prof. Dr. Diego Falci (primeiro à esquerda) na ocasião de posse da Diretoria da Sociedade Brasileira de Infectologia - SBI 2024/2025
Fonte: Divulgação SBI.

Na área da Veterinária tem destaque em Porto Alegre o Prof. Laerte Ferreiro, Professor Titular da Faculdade de Veterinária (UFRGS), com uma formação em micologia que inclui passagens pelo Instituto de Micologia da UFPE (Recife), Universidade da Califórnia (Davis), CDC (Atlanta) e Instituto Pasteur (França). É responsável pela organização do setor de Micologia Veterinária que iniciou atividades em 1980. Atua principalmente no ensino da Micologia Veterinária e na pesquisa sobre as principais micoses dos animais domésticos e silvestres no Brasil.

Em Santa Maria merece destaque a liderança do Prof. Alexandre Vargas Schwarzbald, infectologista com graduação pela UFRGS, Fellow em oncologia/hematologia na Universidade de Bruxelas e doutorado pela UFRGS. Atua no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar como Chefe do Centro de Pesquisa Clínica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Na área do ensino e formação de recursos humanos em diagnóstico laboratorial, mantendo a tradição da micologia no centro do estado, temos a figura do Prof. Dr. Sydney Hartz Alves, farmacêutico com doutorado na USP, que sempre foi um exemplo de profissional sério e com uma metodologia formadora de recursos humanos em diversas áreas da micologia, especialmente no diagnóstico laboratorial das micoses e teste de sensibilidade aos antifúngicos, onde é uma referência no RS há mais de 20 anos e *pythium insidiosum*. Ultimamente o Prof. Sydney, além do ensino, concluiu um mestrado em Filosofia, seguindo uma trajetória que parece comum entre os micologistas (o gosto pelas ciências humanas). Com sua generosidade aparou algumas arestas deste capítulo (grato, professor!).

Em Rio Grande temos a Profa. Melissa O. Xavier, veterinária, fez seu mestrado na UFPel, sob orientação do Prof. Mario Carlos Araujo Meireles (UFPel) e doutorado em Ciências Pneumológicas (UFRGS), sob orientação do Dr. Severo e coorientação do Dr. Pasqualotto. É Professora associada e líder do Grupo de Pesquisa em Micologia Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande (FAMED-FURG). A Prof. Melissa, com sua generosidade e empatia, conseguiu montar um grupo bastante coeso e verdadeiramente multidisciplinar em Rio Grande, com importantes publicações em Histoplasmoze, Aspergilose e, especialmente, em esporotricose (talvez a micose com maior aumento de frequência no RS e no Brasil), que concentra grande número de casos na cidade de Rio Grande.

Em Caxias do Sul cito a Profa. Barbara Zoppas, farmacêutica de formação, que auxiliou o Dr. José Carlos Berlotto (secretário de saúde de Caxias do Sul em 1972), identificando centenas de casos de Paracoccidioomicose, uma micose comum na serra gaúcha, pelo manejo da agricultura. Possui doutorado em

fungos atmosféricos em Biologia ambiental pela Universidade de Léon (Espanha), em 2005. Foi professora titular do Departamento de Ciências Biomédicas, disciplinas de Micologia, Parasitologia e Análises de Fluidos Orgânicos da Universidade de Caxias do Sul. A Prof. Barbara deu segmento no trabalho da Profa. Rita Maria Callegari que, em 1974, fez um estágio com o Dr. Londero na UFSM e trouxe para Caxias várias culturas e slides de fungos patogênicos para serem utilizados nas aulas práticas de Micologia na UCS. Existe na UCS um laboratório de Micologia que realiza identificação de fungos em geral há mais de 30 anos. A Bárbara proporcionou várias idas de micologistas de Porto Alegre e outras regiões até Caxias do Sul para apresentar os temas de micologia e desfrutar de sua companhia, boa gastronomia e bons vinhos da Serra Gaúcha.

RELAÇÃO MICOLOGIA CLÍNICA X LABORATÓRIO DE MICOLOGIA

Ficou no passado o período em que a micologia ocupava um lugar de destaque e atuava em estreita relação com a dermatologia, pneumologia e a medicina tropical. Atualmente, existe uma demanda grande, especialmente dos infectologistas, em relação ao serviço prestado pelos laboratórios e uma lacuna em conceitos básicos da micologia em ambas as partes. Acompanhamos uma ruptura entre profissionais que não soma. O micologista clínico atual geralmente não tem experiência de diagnóstico laboratorial, o que quebrou a ponte que unia o laboratório com o clínico. Esta herança das escolas do Dr. Londero e Prof. Lacaz não foi preservada.

Neste espaço haveria ainda vários nomes que mereceriam destaque, mas se optou por não realizar tal destaque como forma de demonstrar a não visibilidade ou negligência para com estes profissionais, muitos dos quais dedicaram suas vidas para ter uma formação em micologia médica no intuito de conquistar seu espaço e auxiliar o micologista clínico (ou médico) no diagnóstico.

Transcrevo alguns fragmentos do depoimento de uma colega do Hospital de Clínicas de Passo Fundo (Dra. Ana Paulo Diogo Franz), que representa bastante a realidade dos profissionais de bancada (bioquímicos, biólogos e biomédicos) atualmente:

Passsei a estudar micologia muito por conta própria, fiz diversos cursos de capacitação, especialização, participação em congressos. Iniciamos com uma rotina pequena que demorou cerca de dois anos para ser consolidada no hospital. Durante esse período eu iniciei o mestrado e atualmente estou no doutorado, porém em outras áreas.

Fazendo uma leitura do depoimento, o profissional muitas vezes precisa investir na sua autoformação sem nenhuma garantia de que será recompensado, o que dificulta muito a motivação de novos profissionais com o conhecimento requerido de micologista. Como consequência, observamos muito a formação de micologistas de congresso (com relatos de caso ou pequenas séries em que a frase final invariavelmente é: novos estudos precisam ser realizados), mas sem nenhum interesse na formação básica de diagnóstico, como reconhecimento de estruturas da taxonomia, coleta de materiais com qualidade e identificação fenotípica das espécies.

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre, trabalho com a micologia há aproximadamente 30 anos, sempre no contexto de ser um setor do laboratório de microbiologia, oferecendo os principais exames para diagnósticos nas doenças fúngicas (Identificação de leveduras e fungos filamentosos, biomarcadores para aspergilose invasiva e criptococose e teste de suscetibilidade aos antifúngicos), sempre tentando fazer uma interface clínico x laboratório através de discussão de casos ou aulas nos diferentes serviços médicos da Instituição. Alguns outros colegas têm um envolvimento com a micologia, tais como: Dras. Caroline Constante, Daniela Martins e Eliane Wurdig Roesch. Atualmente, como a maioria dos laboratórios, o setor de micologia (quando existe) sofre uma crise de identidade jamais observada, com aumento de demandas por novas metodologias de diagnóstico e a mesma estrutura de gestão, sem autonomia.

No Hospital Universitário, em Santa Maria (que, conforme citado, foi um modelo de escola de micologia), atualmente a responsável pelo laboratório de Micologia é a Dra. Edileusa Rosa dos Santos, que realizou seu mestrado com candidemia sob orientação do Prof. Sydney.

Alguns laboratórios privados trabalham em modelos semelhante aos apresentados, outros têm o foco direcionado basicamente para as micoses cutâneas (dermatofitoses) e outros laboratórios realizam apenas o exame micológico direto, optando por terceirizar as culturas. Antigamente os laboratórios de micologia eram criados para ensinar a fazer diagnóstico das doenças fúngicas. Todo micologista, além de buscar uma formação na parte clínica das micoses, se dedicava à criação e manutenção de uma micoteca, onde as amostras eram preservadas para os alunos e profissionais em treinamento aprenderem a taxonomia e identificação dos fungos. Desse modo, o aluno ou profissional expandia os horizontes de diagnóstico através da visualização dos fungos e amostras poderiam ser incluídas em estudos. Não adianta equipar os laboratórios com as últimas tecnologias e testes diagnósticos, se não houver investimento na formação de profissionais. Esta micologia acabou. Conforme

conversa (reflexão) com o Prof. Sydney (UFSM), a exigência das Universidades Brasileiras em relação aos docentes mudou. O novo modelo de produção científica não é mais realizado como um “estado da arte” onde os micologistas antigos (mestres) relatavam o que encontravam. Atualmente é uma obrigação ser produtivo, ou seja, orientar e publicar. Esta demanda é extremamente pesada e exige um laboratório com uma estrutura diferente e, além disso, escrever os artigos. Este modelo afastou o docente do hospital universitário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, especialmente após a pandemia de COVID-19, houve um aumento significativo das doenças fúngicas invasivas em diversos locais do planeta, acarretado por vários fatores, entre eles: aumento de pacientes com condições de risco de infecção pela baixa de imunidade, uso de imunomoduladores, doenças hematológicas, transplante de órgãos sólidos, aquecimento global, aumento de viagens, comércio internacional (Denning, 2024).

Muitos dos estudiosos da micologia ficaram restritos ao tempo em que as micoses endêmicas eram essencialmente a paracoccidioidomicose, em um contexto em que o diagnóstico sorológico era o suficiente, a população de imunodeprimidos era pequena e a pesquisa em micologia se resumia a competir por casuística. A micologia no Rio Grande do Sul, no entanto, avançou, modernizou-se, passou a incorporar novas ferramentas diagnósticas e a espelhar, em tempo mais real, o que se produzia em grandes centros mundiais. Muito deste progresso foi obtido pela aproximação de pesquisadores do RS com outros de grandes polos nacionais, especialmente dos organizadores do Infocus (Profs. Arnaldo Colombo, Flávio Telles e Marcio Nucci) e das conexões internacionais estabelecidas por aqueles que fizeram formação no exterior.

Sem dúvida, a carga global de doenças fúngicas em 2024 é maior do que a estimada em 2017 em estudo realizado pelo mesmo grupo coordenado pelo Pro. David Denning, em que a mortalidade geral relacionada a doenças fúngicas invasivas é 3,75 milhões e não 1,5 milhão, conforme estimado anteriormente. A chave para diminuir essa mortalidade são o diagnóstico precoce e início da terapia antifúngica (Bongomin, 2017; Denning, 2024).

Em 2022 a Organização Mundial da Saúde publicou um alerta global com 19 patógenos fúngicos prioritários, baseado no seu impacto na saúde

pública e risco de resistência aos antifúngicos, parcialmente impulsionado pelo uso inadequado de antifúngicos em todo espectro *One health* (saúde única) exacerbando o conceito das infecções fúngicas como doenças negligenciadas e trazendo a elas um status de ameaça global (World Health Organization, 2022).

O modelo atual da micologia é dividido em três áreas distintas:

- a. Docência onde o foco do Professor Universitário é a formação de pessoas (orientação de mestrado, doutorado e Pós-doutorado e produção científica).
- b. Os micologistas clínicos ficam mais restritos à assistência e cobram dos laboratórios o modelo usado em microbiologia onde a perfil de sensibilidade é mais importante que a identificação do agente. Na micologia, esta lógica é inversa, ou seja, o mais importante é a identificação do agente, onde usualmente sua sensibilidade é conhecida e os padrões de tratamento já estão estabelecidos, sem necessidade de testes adicionais.
- c. A micologia do laboratório do hospital universitário ficou negligenciada (sem a parceria clínico-laboratório, sem o apoio docente e sem força política). Usualmente com uma estrutura precária, novas demandas, poucos profissionais com formação em micologia e com a mesma estrutura de gestão (ligada à microbiologia, onde o foco está mais relacionado à sensibilidade dos agentes).

Para finalizar, relato a satisfação em escrever (tive ajuda de amigos, especialmente do Prof. Sydney Alves) e sem a pretensão de ser um capítulo definitivo da História da Micologia no RS (muitas coisas podem não ter sido registradas ou lembradas). A intenção foi pontuar alguns marcos importantes nessa dura jornada de investimento no conhecimento das infecções fúngicas, tão importantes e ao mesmo tempo tão negligenciadas nos dias de hoje. Em sua grande maioria, a micologia permanece (quando existe) em um cantinho do laboratório de microbiologia (geralmente a última sala).

Deixo uma reflexão com base em um questionamento da utilidade e necessidade de uma micoteca no laboratório (que preservo há mais de 30 anos). Não tive a melhor resposta, que dias depois foi dada por um aluno meu, residente da dermatologia que comentou: “Por que tu não disseste que a micoteca é uma biblioteca de fungos e pode ser utilizada pelas pessoas que querem aprender micologia?”. Seria uma bela resposta.

REFERÊNCIAS

BONGOMIN, F.; DENNING, D. W. Global and Multi-National Prevalence of Fungal Diseases - Estimate Precision *J. Fungi*, v. 3, n. 4, p. 57, 2017.

DENNING, D. W. Global incidence and mortality of severe fungal disease. *Lancet Infect. Dis.*, 12 jan. 2024. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(23\)00692-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00692-8). Acesso em: 27 maio 2024.

LACAZ, C. S. História da Micologia Médica no Brasil. *Anais Bras. de Dermat.*, v. 58, n. 6, 1983.

LONDERO, A. T.; RAMOS, Cecy D. Paracoccidioidomicose. Estudo Clínico de 260 casos observados no estado do Rio Grande do Sul. *J. Pneumol.*, v. 16, n. 3, p. 129-132, 1990.

Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul. Sindicato Médico do Rio Grande do Sul. *Biografias médicas*. Disponível em: <https://www.muham.org.br/biografiasmedicas>. Acesso em: 4 maio 2024.

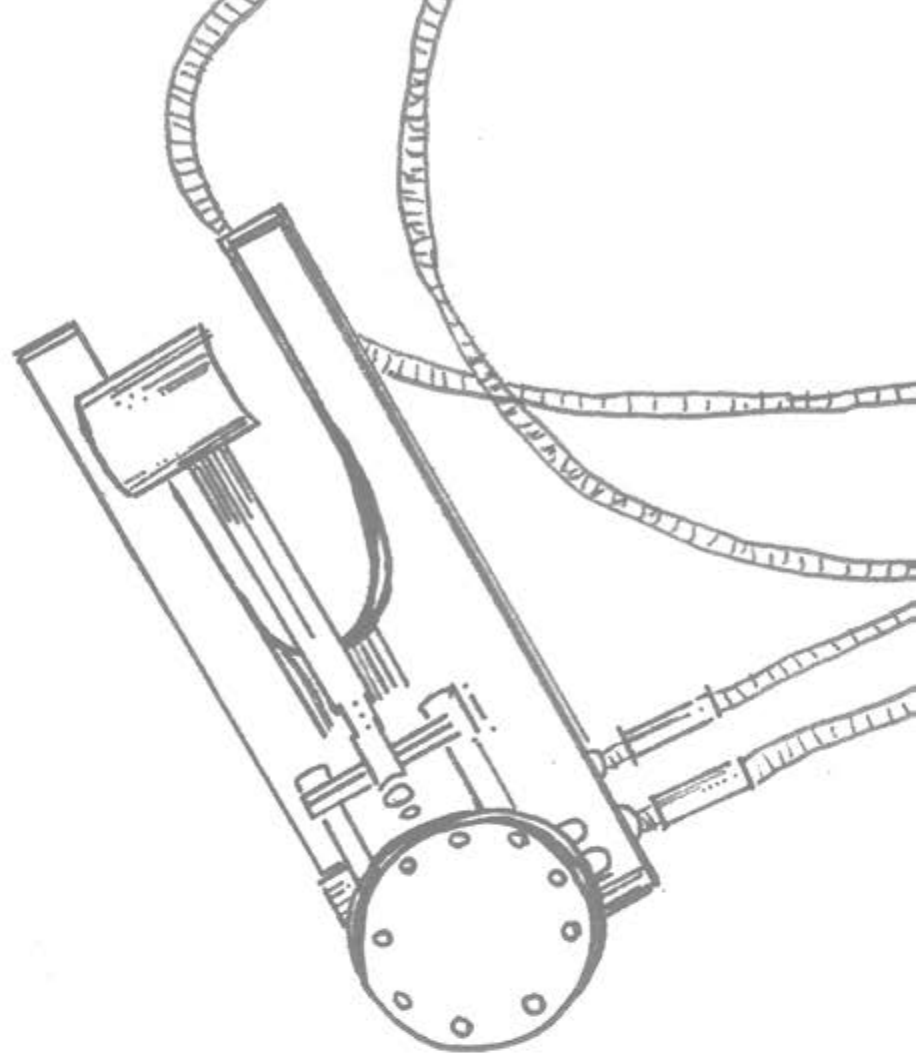
OLIVEIRA, F. M.; PASQUALOTTO, A. C. Obituary - Luiz Carlos Severo (1948-2022). *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 26, n. 4, 2022.

PASQUALOTTO A. C. *Aspergillosis: From Diagnosis to Prevention*. Springer; 2010.

PASQUALOTTO, A. C. *The human face of Brazilian mycology (A face humana da micologia brasileira)*. 2019. Documentário. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=mZzxIX84pW8&t=2785s>. Acesso em: 4 maio 2024.

SIDRIM, J. J. C.; ROCHA, M. F. G. *Micologia médica à luz de autores contemporâneos*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2003.

World Health Organization fungal priority pathogens list to guide research, development and public health action - OMS, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240060241>. Acesso em: 27 maio 2024.



Capítulo 9:

INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA NO RIO GRANDE DO SUL

Fabrizio Motta

ORIGENS DA INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA NO MUNDO E BRASIL

Hipócrates realizou as primeiras descrições de doenças infecciosas afetando crianças, e depois dele diversos outros médicos relataram seus achados. Celso no século I, Oribásio no século IV, Aécio sobre febres no século VI, as obras de Rhazes (860 a 930) e no século 11 obras de Avicena (Ibn Sina). O que é surpreendente é que nos próximos 500 anos praticamente não tivemos publicações focando infecções em crianças. Em 1472 tivemos a publicação pediátrica dos trabalhos do Italiano Paolo Bagellardo, incluindo capítulos sobre diversas infecções comuns, também na mesma época outros autores trouxeram suas publicações pediátricas, a de Metlinger (alemão) em 1473 e de Roelans (belga) em 1483.

A partir de então foram surgindo diversas publicações em pediatria que traziam sempre capítulos sobre doenças infecciosas, mas, mesmo assim, a evolução dessas publicações sobre doenças infecciosas em crianças seguia um ritmo lento ao longo dos séculos 15, 16 e 17. Nos Estados Unidos da América os relatos sobre doenças infecciosas em pediatria vêm da era Colonial, com diversas epidemias ou surtos, como a de varíola no século 17, sarampo e difteria no mesmo século. Muitas dessas doenças infecciosas iniciavam na Inglaterra para chegar até a colônia Americana, como o surto de disenteria do final do século 17.

Na Europa do século 18 a varíola dizimou crianças, em alguns países a mortalidade dos pequenos pacientes chegava a 10%. Na Inglaterra os dados sobre mortalidade infantil eram assustadores, com 2/3 das crianças morrendo. Ainda nesta época varicela e varíola foram identificadas como doenças diferentes. Um dado importantíssimo foi que em 1798 Edward Jenner publicou seu estudo sobre observação e experimentação com a vacina contra varíola.

No final do século 18 o estudo da pediatria só aumentava, e um número maior de doenças infecciosas em crianças era descrito e ensinado aos alunos de medicina. Neste momento, o foco era aprender e reduzir a morbimortalidade associada a doenças como difteria, escarlatina, influenza, sarampo, coqueluche, tuberculose, disenteria, tétano neonatal, que afetavam principalmente as crianças.

No século 19 na Europa e EUA foi o surgimento de várias publicações em pediatria. Por um período de cerca de 40 anos, de 1813 a 1852, Eli Ives, o primeiro docente da faculdade de medicina dos EUA nomeado em pediatria, dava palestras para estudantes de medicina de Yale onde incluía tópicos sobre doenças infecciosas em crianças. Na primeira metade do século XIX surgiram textos pediátricos sempre contendo doenças infecciosas em seus capítulos, como nas publicações de William Potts Dewees (1825), George Logan (1825) e John Eberle (1833). Na Europa as publicações sobre doenças infecciosas pediátricas aumentavam satisfatoriamente. Foi neste século que o britânico Charles West (1816-1898), que foi considerado o maior “pediatra” inglês da segunda metade do século XIX, publicou seu livro em 1848 que chegou a sete edições e diversas traduções, ele também fundou em 1852 o Hospital Infantil em Londres.

Ao final do século 19 começa a estruturação da pediatria como uma especialidade, quando o chamado pai da pediatria norte-americana, Abraham Jacobi (1830-1919), foi escolhido em 1880 presidente da Seção de Doenças de Crianças da Associação Médica Americana (AMA). Por restrições a uma seção exclusiva pediátrica impostas pela AMA, foi fundada em reunião de setembro de 1888 a *American Pediatric Society* (APS), com a dedicação de Job Lewis Smith (1827-1897) e William Booker (1844-1921), de Baltimore, o primeiro professor clínico de doenças infantis na Johns Hopkins. Jacobi foi eleito, como era esperado, o primeiro presidente. Ao longo do século XIX havia um crescente número de publicações e eventos sobre doenças infecciosas em crianças, confirmando sua importância nesta época como causa de morbimortalidade infantil.

O início do século XX foi marcado por uma explosão de novas doenças infectocontagiosas, impulsionada pelos avanços na microbiologia conferidos

por Louis Pasteur e Robert Koch. Nos eventos conduzidos pela APS temas como sífilis, tuberculose, coqueluche, sarampo, febre reumática, infecções estreptocócicas, poliomielite e meningite seguiam frequentes. Seguiu-se a isso o advento da vacina contra difteria e uso de possíveis drogas com ação anti-infecciosa. Entre 1930 e 1933, três novas organizações pediátricas surgiram: a *American Academy of Pediatrics* em 1930, a *Society for Pediatric Research* em 1931, e a *American Board of Pediatrics* em 1933.

Em 1936 o *Committee on immunization Procedures* foi criado. Três anos depois o nome foi alterado para *Committee on Immunizations and Therapeutic Procedures for Acute Infectious Diseases*, e em 1953 para *Committee on Control of Infectious Diseases*, e finalmente, em 1969, para *Committee on Control of Infectious Diseases*, seu nome atual, embora agora seja mais comumente conhecido como *Red Book Committee*, que publica o *Red Book: Report of The Committee on Infectious Diseases*, já na sua 33ª edição (2024-2027). Este livro é fundamental no dia a dia para os infectologistas pediátricos e todos os profissionais que prestam assistência a crianças com doenças infecciosas. Com o pós-guerra tivemos avanços enormes na área, com muitos anti-infecciosos sendo descobertos, bem como as primeiras descrições de resistência.

Na década de 50 iniciaram os primeiros programas de formação, e ao final da década os programas em Doenças Infecciosas Pediátricas na Universidade de Minnesota, Universidade de Nova York, Universidade do Colorado, Hospital de Nova York e Dallas. A partir do final dos anos 60 em diante, nasceram as organizações de subespecialidades dentro da pediatria, incluindo o *Pediatric Infectious Diseases Club*. As doenças infecciosas surgiram gradativamente como subespecialidade definida e diferenciada do resto da Pediatria durante as décadas de 1960 e 1970. Em 1977-1978 Plotkin, da Filadélfia, liderou a criação do *Pediatric Infectious Diseases Club*, que em 1984 se tornou o tão conhecido *Pediatric Infectious Diseases Society* (PIDS).

Na era moderna, desde 1986 até hoje, tivemos melhorias para o entendimento e descoberta de novas doenças infecciosas como HIV, SARS, SARSCOV2, sempre impactando na saúde da população pediátrica. Com a disseminação global do HIV com infecção em gestantes, avançar na prevenção da transmissão mãe-filho era uma urgência, e ficamos eufóricos quando em 1994 foi publicado o estudo PACT 076 no *The New England Journal of Medicine*. Estudo este que foi interrompido assim que os dados parciais foram analisados, pois o impacto da intervenção era tão importante que não se poderia dar continuidade, ambos os grupos passaram a receber a intervenção (zidovudina na época), com redução de 25,5 para 8,3% na transmissão vertical naquele momento.

No Brasil, a Infectologia Pediátrica está amplamente representada nos grandes centros. Alguns inclusive já nos brindaram com textos sobre a sua origem. Em 2019, o grupo de Pernambuco coordenado por João de Melo Regis Filho elaborou material sobre a história da infectologia pediátrica naquele estado. A publicação traz a ligação íntima da infectologia pediátrica com o Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco. Em 1966 surgiu o início da infectologia pediátrica em Pernambuco com o professor Fernando Soares de Azevedo iniciando suas atividades no isolamento para doenças infecciosas. A partir de grande enchente de 66 foi edificado o Pavilhão Isolamento Infantil, para onde se transferiu o Serviço de Infectologia Pediátrica.

No mesmo ano Edward Tonelli, grande nome da infectologia pediátrica brasileira, publicou a história no estado de Minas Gerais (MG). Como na maioria dos serviços, a infectologia pediátrica surgiu a partir de médicos clínicos e/ou pediatras que se dedicavam às disciplinas, às pesquisas e ao cuidado de crianças com afecções infectocontagiosas. Tonelli mostra a importância do 1º Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica na cidade do Rio de Janeiro em outubro de 1978.

Dr. Tonelli em seu relato da história da Infectologia pediátrica no estado de MG dividiu a história da infectologia no país em 4 ciclos: o *primeiro ciclo* da incipiente infectologia/medicina brasileira desde 1683 a vinda da família real em 1808 com as primeiras escolas de medicina. O *segundo ciclo* (1808 a 1930) com ativa participação das escolas de medicina e os institutos de pesquisa como o Butantã. A partir de 1930 inicia o *terceiro ciclo* que eleva a Medicina Tropical no país. Em 1965 temos a fundação da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. E finalmente com o *quarto ciclo* vem o despertar da infectologia pediátrica, a partir do 1º Congresso na área em 1978, como comentado previamente.

A partir de então surgiram expoentes da infectologia pediátrica em todo Brasil, assim como edições de livros na área, primeiramente em 1987 com o próprio Tonelli publicando Doença Infecciosas na Infância e depois em 1994 com Infectologia Pediátrica de Calil Kairalla Farhat e colaboradores, que chegou à terceira edição. O Dr. Calil, paulista de Fernando Prestes, é considerado o “pai da infectologia pediátrica” no Brasil, como dizia o professor Álvaro Aguiar, um dos maiores líderes da pediatria brasileira nas décadas de 40-60. O Dr. Álvaro foi o responsável pela criação do Comitê de Infecciosas da Sociedade Brasileira de Pediatria.

O Dr. Calil apresentou, no primeiro Congresso Brasileiro de Pediatria em julho de 1967, estudo descritivo sobre varíola que impactou na mudança

do calendário vacinal da época, antecipando a dose da vacina do 12o para o 6o mês. Sempre à frente, foi figura importante na criação da Sociedade Latino-americana de Pediatria (SLIPE), e da *World Society of Pediatric Infectious Diseases* (WSPID).

No Brasil, em 1980 é fundada a Sociedade Brasileira de Infectologia. Na publicação mineira do Dr. Tonelli já notamos o nome de Gentil Queiroz Bonetti como referência inicial no estado do Rio Grande do Sul (RS), e tantos outros colegas que enaltecera a Infectopediatria no país desde quando ainda engatinhava.

A infectologia pediátrica no RS teve como início, assim como em outros estados, pediatras que tinham na sua área de atuação maior, principalmente no âmbito hospitalar, as doenças infectocontagiosas, semelhante a outras tantas subespecialidades antes das denominações e definições atuais. Assim, já existia a prática da infectologia pediátrica antes mesmo de ser reconhecida como área de atuação da pediatria brasileira.

No Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) foi lançada a semente da infectologia pediátrica no estado do Rio Grande do Sul (RS), o hospital faz parte do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre, e era o único situado longe do complexo àquela época. O antigo hospital, que era situado na Av. Ceará, 1549 em Porto Alegre-RS, foi fundado em 1953 pelo pediatra Décio Martins Costa, inicialmente era um centro médico ambulatorial para tratamento de infecções, vejam só que agradável coincidência. Ao passar dos anos tornou-se o maior Hospital Pediátrico do estado do Rio Grande do Sul, e um dos maiores do país na especialidade. E em 2002 com um grande projeto de uma nova edificação foi incorporado ao complexo hospitalar no centro da cidade, situado até os dias de hoje na Avenida Independência, 155.

Os números deste hospital se tornaram impressionantes ao longo dos anos, atingindo quase 200 leitos, sendo 40 de Unidade Intensiva. Em 2022 realizou mais de 100 mil atendimentos ambulatoriais, cerca de 7000 procedimentos cirúrgicos, 2500 quimioterapias, dezenas de transplantes. Hospital de alta complexidade com transplantes (medula, renal, hepático, pulmonar e cardíaco); cirurgias de grande porte; e praticamente serviços de todas as áreas de atuação da pediatria. São nítidos, pela sua complexidade, os riscos de doenças infecciosas a que seus pacientes estão expostos, assim hoje é um dos poucos hospitais no país a contar com infectologistas pediátricos no Serviço de Controle de Infecção e Infectologia Pediátrica.



Figura 1: Hospital da Criança Santo Antônio
Fonte: Xarã, 2019.



Figura 2: Hospital da Criança Santo Antônio
Fonte: Xarã, 2019.



Figura 3: Localização atual do Hospital da Criança Santo Antônio
Fonte: Arquivo GZH, 2022.

Nos conta o Dr. Luis Carlos Ribeiro que:

Ainda na sede no 4o Distrito de Porto Alegre na Avenida Ceará os primeiros passos das Infectologia pediátrica do Rio Grande do Sul foram dados pelos Doutores Gentil Queiroz Bonetti e Benito Soviero, que eram pediatras eminentemente clínicos que no conhecimento, cuidado com pacientes, familiares e colegas eram ímpares, numa época em que se manter atualizado com artigos, revistas e livros, das solicitações à chegada dos pedidos, havia um hiato de meses.



Figura 4: Dr. Gentil Queiroz Bonetti
Fonte: Acervo SPRS.



Figura 5: Dr. Benito Soviero
Fonte: Acervo da família Soviero.

O Dr. Bonetti formou-se em medicina pela UFRGS e atuou como professor da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA, atualmente UFCSPA), foi Diretor do HCSA, por duas vezes vice-presidente da Sociedade de Pediatria do RS (SPRS) e chegou a assumir a presidência na gestão de 1984, vindo a falecer em 15 de junho de 2017. Dr. Bonetti chegou a organizar o III Fórum sobre Infecções em Pediatria durante sua gestão na SPRS, evento que trouxe a Porto Alegre o Dr. Calil Farhat.

O Dr. Ribeiro afirma que:

A infectologia pediátrica no Rio Grande do Sul teve início numa unidade denominada Isolamento no andar térreo do antigo HCSA, onde internavam as crianças com doenças infectocontagiosas como Tuberculose, Sarampo, Difteria, entre outras infecções bacterianas ou virais prevalentes na época.

O Dr. Ribeiro também lembra que: “Dr Soviero atuava ativamente no Isolamento e Dr. Gentil na unidade criada por ele mesmo, a unidade de cuidados intensivos - UCI, pois não havia UTI pediátrica na época.”

Grande impacto tivemos na saúde da população gaúcha na década de 70 com uma das maiores epidemias no país de Doença Meningocócica que iniciou em 1970/1971 em Santo Amaro, São Paulo. À época, muita desinformação e censura pelo governo militar fez com que a epidemia se alastrasse sem controle. Inicialmente pelo sorotipo C do Meningococo, e posteriormente em 1974 com sorotipo A. O HCSA era referência para os encaminhamentos dos casos suspeitos ou confirmados, e Dr. Gentil e Dr. Soviero foram fundamentais para qualificar o manejo dos pacientes neste período. Em 1974, segundo a pesquisadora Stela Nazareth Meneghel, o RS teve cerca de 2892 casos de meningite meningocócica,

o pior ano da epidemia e de maior mortalidade. A taxa de ataque era maior em crianças que adultos, principalmente nos menores de 1 ano. Em 1974 foram 217 casos para 100 mil em menores de 1 ano, contra 7,6 casos para 100 mil em maiores de 20 anos. Além da letalidade ter sido maior em menores de 6 meses. Vejam por estes dados como foi importante haver profissionais dedicados ao atendimento das crianças na época da epidemia.

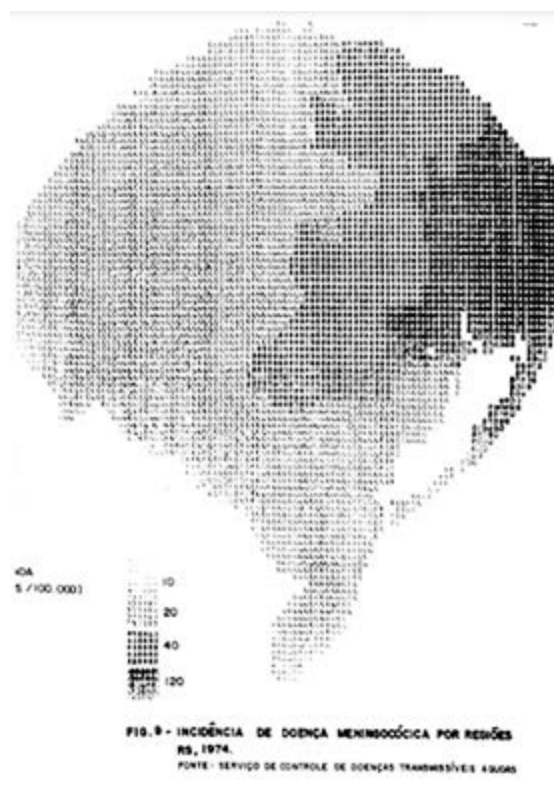


Figura 6: Incidência de Doença Meningocócica por Regiões RS, 1974
Fonte: Meneghel, 1989.

Com a necessidade após a epidemia de manter o atendimento das doenças infecciosas no HCSA, em 1982 o Dr. Luis Carlos Ribeiro passou a integrar o grupo na Unidade de Isolamento, formando de fato a primeira Equipe de Infectologia Pediátrica em Hospitais de Porto Alegre, junto com o Dr. Soviero. O próprio Dr. Ribeiro foi Diretor Médico do HCSA no período de 31 de janeiro de 1989 a 21 de agosto de 1990.

No início da década de 1990 inaugurou-se a unidade de Infectologia Pediátrica do HCSA, em nova área física, terminando com o antigo isolamento. E em 1996 ocorreu o falecimento do Dr. Benito Soviero, na época o Dr. Gentil Queiroz Bonetti já não mais trabalhava no HCSA, vindo a falecer em 2017. Em dezembro de 1996 o Dr. Ribeiro foi nomeado Chefe da Unidade de Infectologia Pediátrica do HCSA.

O Dr. Ribeiro também relata sobre mais uma epidemia que passou a fazer parte da vida dos pediatras:

No final da década de 80 e início da de 90 começamos a conviver com uma nova patologia, que conhecíamos pouco, com poucos exames auxiliares e quase nenhuma medicação efetiva, o HIV, que na época apresentou para a infectologia adulta e pediátrica um grande desafio”. O mesmo conta: “Em diversas situações tivemos que inovar para melhorar a qualidade de vida dessas crianças, pois existiam poucos medicamentos antirretrovirais, e quase nenhum em solução oral. Fui um dos primeiros a utilizar saquinavir manipulado à época para crianças.

Nesse mesmo momento, além do Dr. Ribeiro, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o Dr. Nilo Galvão iniciou a organização do atendimento das crianças vivendo com HIV, em conjunto com a Dra. Carmem Lúcia Oliveira da Silva, pediatra de formação, que em pouco tempo passou a ser referência no atendimento destas crianças no RS e no Brasil. Por décadas ela fez parte do grupo do Ministério da Saúde que produz o manual de tratamento de HIV em crianças no Brasil, o famoso PCDT (Protocolo Clínico e Diretriz terapêutica de tratamento de HIV/AIDS em crianças do Ministério da Saúde). A Dra. Carmem, e também o Dr. Ribeiro, capacitaram diversos pediatras para atendimento destes pacientes, numa época em que não existiam infectologistas pediátricos no estado.

O 1o Treinamento em HIV/AIDS para pediatras do Rio Grande do Sul foi realizado de 20 a 24 de novembro de 2000. Este curso contou com a presença de diversos palestrantes, como a Dra. Carmem Lúcia de Oliveira da Silva, Dr. Luis Carlos Ribeiro, Dr. Edmundo Cardoso, Dr. Vulpius Horta, entre tantos profissionais da saúde que atuavam nos serviços de atendimento a crianças e gestantes vivendo com HIV.

Outra cidade que teve importância na infectologia pediátrica foi Santa Maria, como nos conta com suas palavras a Dra. Maria Clara da Silva Valadão, formada pela UFSM, com residência em Pediatria pelo HMIPV e Oncologia Pediátrica pela UFSM:

Ao final da década de 1980 deparamo-nos com o primeiro paciente adulto, em Santa Maria, diagnosticado com HIV. Muitas incertezas ainda cercavam a doença; não se sabia exatamente como ocorria a transmissão. Nosso paciente foi tratado como um ser extraterrestre, colocado em isolamento por vários dias até ser encaminhado a Porto Alegre, onde já havia um centro que atendia estes doentes.

Aos poucos, com a liderança da Dra. Jane Costa, o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) foi estruturando um serviço de atendimento aos pacientes com AIDS, que logo se transformou em uma referência do interior do estado do RS.



Figura 7: Dra. Maria Clara: Atendimento no ambulatório de Doenças Infecciosas Pediátricas HUSM, 11 de Outubro de 2005. Dra. Maria Clara Valadão, Enf. Cristiane de Paula, Enf. Maria Elijara, Pediatra Glauce Mendes, Farmacêutica Cláudia Sala, Infectologista Fábio Lopes Pedro (residente da pediatria na época), Pediatra Tatiane Campos, e a residente de pediatria Julia
Fonte: Acervo pessoal da Dra. Maria Clara Valadão.



Figura 8: Atendimento no ambulatório de Doenças Infecciosas HUSM, Festa de Natal 2007
Fonte: Acervo pessoal da Dra. Maria Clara Valadão.



Figura 9: Dr. Luis Carlos Ribeiro e equipe, Unidade de Infectologia no Hospital da Criança Santo Antônio, ainda na sede da Av. Ceará
Fonte: Acervo pessoal.

Figura 10: Turma de Fellowship em Infectologia Pediátrica 2019-2021, Santa Casa de Porto Alegre. Da esquerda para a direita: Dr. Luis Carlos Ribeiro, Dra. Barbara Marina Simionatto (*fellow* 2019/2020), Dr. Fabrizio Motta, Dr. Derrick Alexandre Fassbind (*fellow* 2019/2020) e Dr. João Paulo de Lucena Capelari (*fellow* 2020/2021)
Fonte: Acervo pessoal do Dr. Fabrizio Motta.

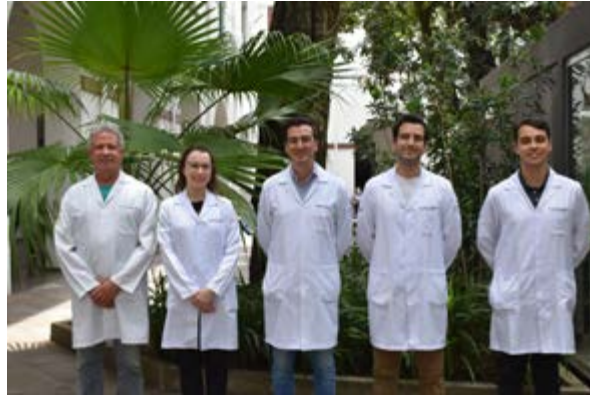


Figura 11: Dr. Marcelo Comerlato Scotta (à esquerda). Hospital Central de Maputo, Moçambique. Ensino e pesquisa em Infectologia Pediátrica entre 3 instituições (PUCRS - UCLA – Hospital Central de Maputo)
Fonte: Acervo pessoal do Dr. Marcelo Comerlato Scotta.



A Dra. Maria Clara ainda traz no seu precioso relato o que segue:

O fenômeno da feminização da epidemia levou a doença às mulheres jovens, que davam à luz a bebês, por vezes doentes e com poucas possibilidades de terapia na época. As crianças, infectadas ou não, eram atendidas no serviço chamado à época de Doenças Infecciosas junto com seus pais. Em uma conversa de corredor com a Dra. Jane, decidimos que as crianças seriam atendidas por mim no serviço de pediatria do HUSM, onde eu já atuava, mas contando ainda com a sua supervisão. E assim foi. Iniciamos em 1998 com 12 crianças expostas ou doentes. O serviço cresceu nos anos seguintes, e chegamos a atender simultaneamente cerca de 100 crianças infectadas pelo HIV.

No atendimento infantil sempre foram muitas as dificuldades. Não existiam formulações pediátricas para a maioria dos antirretrovirais, a profilaxia nas gestantes ainda era pouco conhecida, assim como o acesso aos exames de carga viral do HIV. É de conhecimento de todos que muitos serviços tiveram óbitos em crianças por doenças oportunistas nos primeiros anos da doença, ou até mesmo pelo próprio vírus sem tratamento potente à época.

Ainda na década de 1980 foi ativado o Comitê de Infectologia Pediátrica da Sociedade de Pediatria do RS (SPRS). E o Rio Grande do Sul sediou 2 Congressos Brasileiros de Infectologia Pediátrica, o primeiro em 1994 (IX Congresso de Infectologia Pediátrica) que teve a presidência do Dr. Ernani Miura e o XVIII, de 15 a 18 de outubro de 2014, na cidade de Gramado, sob a minha presidência (Fabrizio Motta).

Muito se fez para combater as infecções em crianças no estado do RS, como a nomeação publicada no diário oficial de 04 de julho de 1997 do Comitê Técnico Assessor em Doenças Transmissíveis Agudas e Imunizações, que tinha caráter consultivo em relação à Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis Agudas e o Programa Estadual de Imunizações. Foram nomeados nesta data os profissionais: Dr. Egomar Edelweiss, Dr. Airton Fischmann, Dr. Vulpus Horta, Dr. Boaventura Antonio dos Santos, Dr. Pedro Celiny Garcia, Dra. Newra Tellechea Rotta, Dr. Jaderson Costa da Costa, Dr. Cleber Alvares da Silva, Dra. Eliana Trotta, Dra. Marília Severo, Dr. Ernani Miura e Dr. Luis Carlos Ribeiro.

Diversos programas de formação em Infectologista Pediátrico foram criados, tornando mais oportuna a escolha pela área pelos profissionais que realizavam programas de residência médica em pediatria no estado do RS ou até mesmo vindo de outras regiões do país.

Em Santa Maria, a Dra. Maria Clara da Silva Valadão ainda nos conta sobre os passos da infectologia pediátrica na cidade: “Em 2003, tive a oportunidade de aprender ainda mais, com a Dra. Carmem Lúcia Oliveira da Silva, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que oferecia um curso sobre AIDS pediátrica”.

Ela ainda traz relatos como os seguintes:

Fato marcante na nossa história foi a orfandade de 3 crianças irmãs que eram rejeitadas por sua família por desconhecimento e desconfiança, por se tratar de AIDS. As crianças foram abrigadas em uma instituição que também não se sentia confortável com a presença delas, apesar de um trabalho árduo de palestras e oficinas ministradas por profissionais, como a professora Stella Padoim e a farmacêutica Cláudia Sala e seus parceiros. Este fato, junto com muitos companheiros da sociedade civil, nos motivou para a criação de uma casa de apoio que atendesse os órfãos da epidemia de HIV. A casa, chamada Lar Acalanto, ajudou dezenas de crianças e funcionou por mais de 10 anos.

O serviço no HUSM foi se tornando maior, eu segui frequentando eventos relacionados ao assunto e cada vez mais me identificando com a causa da luta contra a AIDS. Formamos um grande time, com um olhar para a criança e sua família e não apenas para a doença que os atingia. Contávamos, na época, com um serviço onde atuavam psicólogos, enfermeiros, nutricionistas e assistentes sociais, sempre envolvendo o residente do serviço de Pediatria. Assim multiplicamos

nossa experiência no tratamento do HIV e das doenças oportunistas das nossas crianças.

O relato histórico da Dra. Maria Clara mostra uma dedicação gigante na estruturação do atendimento às doenças infectocontagiosas na cidade de Santa Maria e região. Nos conta que passaram a atender as crianças com infecções congênicas, tuberculose, e uma ampla gama de doenças infecciosas. De fato, tudo que envolvia infectologia pediátrica na cidade e região. Percebe-se na sua frase a seguir a robustez do atendimento, inclusive hospitalar:

Também passei a assessorar no atendimento hospitalar das crianças com doenças infecciosas e, concomitantemente, participando de decisões sobre a terapêutica antimicrobiana, trabalho feito em conjunto com a nossa atuante e competente Comissão de Infecção Hospitalar.

A importância da cidade de Santa Maria na formação de infectologistas pediátricos é percebida na fala da Dra. Maria Clara, com a estruturação do primeiro programa de Residência Médica na área no estado do RS, como ela mesma nos conta:

Enfim, em 2010, o Ministério da Educação oportunizou a criação de áreas de atuação dentro da Pediatria, fato que motivou o departamento de pediatria da Universidade Federal de Santa Maria a me convidar para supervisionar o programa de Infectologia Pediátrica, voltado para médicos que já possuíssem a formação em pediatria.

Atualmente, o serviço de Infectologia Pediátrica faz o atendimento ambulatorial de doenças infecciosas, acompanha crianças vítimas de violência sexual, além de participar de ações de vigilância epidemiológica. Além disso, o serviço tem ampla atuação na área hospitalar, em conjunto com as equipes de UTI neonatal e pediátrica, unidade de internação e emergência pediátrica.

O programa de Infectologia Pediátrica do HUSM existe desde 2011, atualmente tem duração de 2 anos e já formou 5 novos profissionais. Nossos alunos egressos atuam em Santa Maria, Santa Rosa, Guaporé e Uruguaiana e se tornaram parceiros de especialidade e amigos para toda a vida. A Dra. Marceli Zamboni Bertoncello foi a primeira residente formada pelo programa.

Atualmente a Dra. Maria Clara da Silva Valadão concilia sua atuação em infectologia pediátrica com a docência de medicina na UFSM e na Universidade Franciscana, que se tornou possível após ter realizado doutorado em Pediatria e Saúde da criança na PUCRS.

Voltando um pouco ao período de 1996 a 2001, temos a criação do primeiro curso de especialização em Infectologia Pediátrica no HCSA, pelo Dr. Luis Carlos Ribeiro. Na época foram formados cerca de 4 profissionais, como a Dra. Cristine Cobalchini. A Dra. Cristine trabalhou em conjunto com o Dr.

Ribeiro no HCSA até meados de 2007/2008.

Através do Ensino da Santa Casa de Porto Alegre e em conjunto com a UFCSPA, o curso de especialização/*fellowship* foi reaberto em janeiro de 2019, sob minha coordenação, e amparado pela experiência do Dr. Ribeiro. Formamos 3 excelentes profissionais, o Dr. Derrick Alexandre Fassbind, a Dra. Barbara Marina Simionatto e o Dr. João Paulo de Lucena Capelari. Este último segue atuando no Controle de Infecção e Infectologia Pediátrica da Santa Casa de Porto Alegre até hoje.

O início, com os doutores Soviero e Gentil, e os exemplos que perpetuaram, como o da Dra. Maria Clara, Dr. Ribeiro e Dra. Carmen Silva, fizeram a Infectologia Pediátrica no Estado do RS crescer. Também tiveram sua participação nesse caminho no RS o Dr. Luiz Telmo Romor Vargas e a Dra. Eleonor Gastal Lago (Hospital São Lucas da PUCRS), Dr. Edmundo Machado Cardoso (GHC) e Dr. Vulpius Ferrari Horta (Hospital de Clínica de Porto Alegre). Existem ainda diversos pediatras e infectologistas que dedicaram seu tempo e estudos para o melhor manejo das infecções em pediatria, a todos eles o nosso obrigado e perdão caso tenhamos omitido algum nome. Infectologistas também foram importantes em muitos locais onde não havia pediatra ou infectologistas pediátricos em nosso estado, sempre atuaram e seguem atuando para auxiliar e colaborar no manejo das crianças.

Atualmente, novos programas de Residência Médica foram surgindo. O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), a partir dos anos 2010, começou a incluir infectologistas pediátricos no seu grupo para atuar no Hospital da Criança Conceição, e em março de 2019 o GHC abriu seu programa de residência, formando a primeira infectologista pediátrica, a Dra. Mariana Menegotto. Também na Santa Casa de Porto Alegre, em parceria com a UFCSPA, finalmente foi aberto o tão solicitado programa de residência médica em março de 2022, sendo a primeira a cursar o programa de infectologia pediátrica a Dra. Martina Schulz Bernardi.

Nessa era moderna da Infectologia Pediátrica do RS, um outro nome que segue propagando nossa área e aumentando o conhecimento é o Dr. Marcelo Comerlato Scotta, que fez formação na USP de Ribeirão Preto, com Doutorado pela PUCRS. Dr. Marcelo é referência em pesquisas em infectologia pediátrica, com dezenas de publicações, algumas através do PROADI-SUS do Hospital Moinhos de Vento (HMV). Fez parte, por alguns anos, do Serviço de Infectologia Pediátrica da Santa Casa de Porto Alegre, e atualmente é professor de pediatria pela PUCRS e atua como infectologista pediátrico no HMV.

Apresença do Infectologista pediátrico em controle de Infecção Hospitalar, algo que ainda é raro nos hospitais, deve ser destacada. Na Santa Casa de Porto Alegre (Hospital da Criança Santo Antônio), a Dra. Teresa Sukiennik sempre esteve à frente de seu tempo, colocando em seu serviço de controle de infecção um infectopediatra. A Dra. Soraya Malafaia Colares, por décadas, desde 97/98, foi a referência no controle de infecção do HCSA , e desde 2010 a Dra. Teresa me deu a oportunidade de assumir esta tarefa.

Acredito que hoje o Controle de Infecção e Infectologia Pediátrica da Santa Casa de Porto Alegre, o qual coordeno desde 2019, consegue mostrar a importância de um infectologista pediátrico à frente dos cuidados, protocolos, medidas de prevenção na população pediátrica. Além de formar profissionais para assumir essa função em outras instituições.

Atualmente, no CREMERS, diversos profissionais com área de atuação em infectologia pediátrica estão registrados, ainda somos um grupo reduzido e tímido, visto que a maioria esmagadora destes profissionais tem ano de formatura a partir dos anos 2000.

Mas a infectologia pediátrica cresceu, de poucos profissionais no final da década de 70, chega nos anos 2020 com diversos estudiosos das doenças infecciosas em crianças. Hoje somos coordenadores de serviços, contratados, preceptores de residência, pesquisadores ou médicos do corpo clínico de grandes hospitais de Porto Alegre como HCSA da Santa Casa de Porto Alegre, no Hospital da Criança Conceição do GHC, Hospital Moinhos de Ventos, além do Hospital Universitário da UFSM.

Desde o seu início até o presente momento, a Infectopediatria no RS, no começo sem denominação específica e, após, com identificação da área de atuação da pediatria, deve obrigatoriamente agradecer estes mestres, Dr. Gentil Queiroz Bonetti e Dr. Benito Soviero, sem esquecermos do Dr. Luis Carlos Ribeiro e da Dra. Maria Clara Valadão, e todos os demais citados neste humilde relato que, com sua paixão pela pediatria e doenças infecciosas, seu conhecimento, conduta médico-paciente, e postura com colegas transmitiram e mantêm viva a paixão pela especialidade.

Agradeço o Dr. Luis Carlos Ribeiro e a Dra. Maria Clara da Silva Valadão pelos depoimentos e por compartilharem suas experiências, que levaram ao nascimento da Infectologia Pediátrica no RS.

REFERÊNCIAS

Álvaro Aguiar (1909-1991). *Academia Brasileira de Pediatria 1997-2024*. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/academia-brasileira-de-pediatria/patronos-e-titulares/alvaro-aguiar/> Acesso em: 2 jun. 2024.

Calil Kairalla Farhat (Titular). *Academia Brasileira de Pediatria 1997-2024*. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/academia-brasileira-de-pediatria/patronos-e-titulares/calil-kairalla-farhat/> Acesso em: 2 jun. 2024.

DANDARA, Luana. Maior surto de meningite do país, na década de 1970, foi marcado pela desinformação. *Portal Fiocruz*, 16 nov. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/maior-surto-de-meningite-do-pais-na-decada-de-1970-foi-marcado-pela-desinformacao>. Acesso em: 08 maio 2024.

Diário Oficial de 04 de julho de 1997.

Gentil Bonetti: Pediatria gaúcha perde um de seus ícones. *Notícias SPRS*, 2017. Disponível em: <https://www.sprs.com.br/sprs2013/noticias/detalhe.php?id=23&detalhe=702>. Acesso em: 2 jun. 2024.

MENEGHEL, Stela Nazareth. *Doença meningocócica no Rio Grande do Sul, 1974 a 1983*. 1989. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1989.

Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *N. Engl. J. Med.*, v. 331, n. 18, p. 1173-80, 3 nov. 1994.

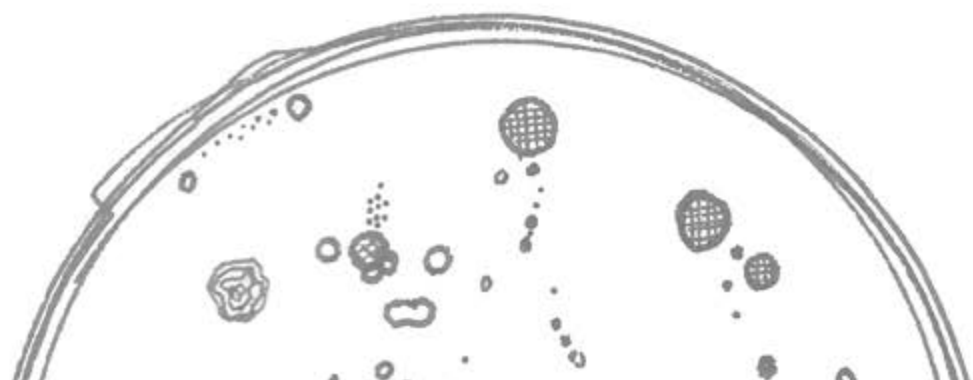
REGIS FILHO, João de Melo. *História da Infectologia Pediátrica em Pernambuco no seu Jubileu de Ouro e mais...* Recife: UPE, 2019.

Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul: 80 anos ao lado da Criança e do Pediatra. *Jornal SPRS*, nov. 2016.

The History of Pediatric Infectious Diseases. *Pediatric research*, v. 55, n. 1, 2004.

TONELLI, Edward. *História da infectologia pediátrica em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Centro de Comunicação da Faculdade de Medicina da UFMG; Imprensa Universitária da UFMG, 2019.

XARÃO. CASACOR RS 2019: Ocupar para transformar. *Casa Cor*, 26 ago. 2019. Disponível em: <https://casacor.abril.com.br/noticias/casacor-rs-2019-ocupar-para-transformar/>. Acesso em: 2 junho 2024.





Capítulo 10:

A HISTÓRIA DA AIDS NO RIO GRANDE DO SUL – UMA HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA COMPARTILHADA PELAS GERAÇÕES DO FINAL DO SÉCULO XX

Nêmora Tregnago Barcellos

OS PRIMEIROS CASOS, A IDENTIFICAÇÃO DE UMA NOVA SÍNDROME

Como sugere Camus, a Aids, como outras pestes, pegou o mundo de surpresa. Isso quando as sociedades industrializadas no final do século XX alardeavam ser capazes de controlar todas as doenças infecciosas por meio de imunização ou tratamento (apud Greco, 2008).

Desde 1978 o médico Joel Weisman, de Los Angeles, percebeu entre pacientes homens que faziam sexo com homens (HSH), casos de uma síndrome semelhante a mononucleose com crises de febre, emagrecimento, linfadenopatia, diarreia e candidíase oral e anal, remetendo à possível origem de doença citomegálica (Grmek, 1989, p. 25-26). O primeiro caso de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) foi diagnosticado, a partir de um quadro de Sarcoma de Kaposi, em 1980. Ken Horne era um trabalhador do sexo de São Francisco, Califórnia (Ayala; Spieldenner, 2021). A partir de junho de 1981, o Centro de Controle de Doenças (CDC) passa a publicar casos e série de casos atípicos de pneumonia por *Pneumocystis carinii*, linfadenopatia generalizada, linfoma não-Hodgkin e Sarcoma de Kaposi, entre outras patologias em HSH (Gottlieb et al., 1981; Diffuse [...], 1982; Persistent [...], 1982), poli transfundidos, depois homens e mulheres heterossexuais e seus recém-nascidos. Os pacientes

apresentavam evidências de falha do sistema imunológico com diminuição dos linfócitos às custas do quase total desaparecimento de linfócitos T auxiliares (Grmek, 1989, p. 25-26).

Retrospectivamente foi possível estimar a transmissão silente do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (VIH/HIV), já existente entre os símios, para a população da África Central, a partir do final do século XIX. O HIV se disseminou através de décadas no continente africano e posteriormente para o resto do mundo, possivelmente na metade da década de 1970 (CDC, 2024).

Em janeiro de 1982, a partir dos primeiros casos diagnosticados tornaram-se mais claras a possibilidade de causalidade viral e as formas de transmissão da doença, ou seja, através do sangue (incluindo transmissão vertical) e relações sexuais (desprotegidas).

Assim, o que já foi KS/OI (*Kaposi Sarcoma/Opportunistic Infection*), *gay compromise syndrome*, GRID (*gay-related immune deficiency*), AID (*acquired immunodeficiency disease*), *gay cancer* e *community-acquired immune dysfunction* se consolidou em 1982 como AIDS (*Acquired ImmunoDeficiency Syndrome*) na maior parte dos países, ou SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida) em alguns países latinos, em uma “sucessão de nomes de valor histórico e não uma especificidade da AIDS. Como em outras doenças revela ao mesmo tempo as incertezas médicas e os julgamentos morais” (Laurindo-Teodorescu, Teixeira, 2015a; Camargo Jr., 1994).

O AGENTE CAUSADOR

Grmek aponta, em seu livro de 1989, que foi no período entre 1976 e 1980 que técnicas laboratoriais mais avançadas para a cultura de células, isolamento e clonagem de sequências de DNA por meio da engenharia genética inauguram uma nova era laboratorial para a produção de conhecimento (Camargo Jr., 1994).

Graças a esses avanços, entre 1978 e 1979, Robert Gallo isolou o primeiro retrovírus, o HTLV (*Human T-cell Lymphoma Virus*), seguido do HTLV 2 em 1982. O vírus causador da Aids foi isolado a partir de amostra de material ganglionar de um paciente, no Instituto Pasteur de Paris, em 27 de janeiro de 1983, por François Barré-Sinoussi, da equipe de Jean Luc Montaigner. Enquanto a enzima transcriptase reversa do HTLV estimulava a produção de linfócitos, aquela do novo vírus, denominado LAV (*Lymphoadenopathy Associated Virus*) pela equipe francesa, destruía linfócitos.

Com amostras enviadas pelo Instituto Pasteur para que Gallo estudasse o que os dois vírus HTLV e LAV tinham em comum, Gallo anunciou o isolamento do que denominou HTLV 3, com o L de *lymphoma* sendo posteriormente reinterpretado como *lymphotropic*. Os dois artigos relatando o isolamento foram publicados em maio de 1983, o de Gallo antecedendo o de Barré-Sinoussi, iniciando uma batalha jurídica entre as duas equipes que resultou em acordo em 1986 e a adoção da sigla HIV (*Human Immunodeficiency virus* ou *Vírus da Imunodeficiência Humana*) (Coffin *et al.*, 1986; Shampo; Kyle, 2002).

Embora a descrição inicial da nova síndrome tenha ocorrido em 1981, nos Estados Unidos (EUA), dados clínicos e epidemiológicos apontam a emergência do patógeno, na África Central, e a possível evolução adaptativa a partir de um vírus isolado em símios em 1983, provenientes da África Oriental (Letvin *et al.*, 1983; Daniel *et al.*, 1985). Em 1986 a equipe de Luc Montaigner isolou, entre pacientes provenientes de Guiné Bissau, na costa ocidental da África, um novo retrovírus humano, denominado então HIV2.

Segundo Grmek, esse vírus estaria persistindo, espalhado, há vários séculos, manifestando-se discretamente por casos esporádicos e pequenas epidemias que escaparam totalmente à observação médica (Grmek, 1995).

Os estudos sobre a genealogia dos retrovírus esclarecem as condições biológicas sem as quais a pandemia atual não poderia ter ocorrido, mas não respondem à questão fundamental: por que agora? Para resolver o problema da pandemia atual é preciso que se leve em conta um complexo de fatores no qual o biológico, o epidemiológico e o social encontram-se, inextricavelmente, entremeados.

A face sociológica inclui o aumento da população mundial, a facilidade da movimentação, as migrações, o desemprego e a falta de moradia, a liberalização dos costumes e menor repressão de comportamentos sexuais, o uso maciço das drogas intravenosas, aumento das doenças pela maior exposição de grupos específicos como internos do sistema prisional e asilos, população de rua, migrantes e refugiados a doenças socialmente determinadas.

Quanto à situação particular da África, contribuem as perturbações sociais e as guerras que se seguiram à descolonização, a urbanização desenfreada e os efeitos de procedimentos médicos ocidentais, não adaptados para esse meio (mau uso das seringas, o risco da contaminação de vacinas, etc.). A face a biológica dá suporte ao conjunto explicativo e diz respeito às propriedades biológicas do HIV como sua variabilidade genética, a capacidade de adaptação, a forte seleção natural, a velocidade de replicação associada à concentração de

uma subunidade enzimática codificada no genoma e um circuito de retroação eficiente que se sobrepõe ao ciclo de replicação. Por fim, contribui para o entendimento da pandemia de Aids, a aplicação do conceito geral de patocenose ao caso particular da Aids (Grmek 1995a; Grmek 1995b).

TESTES DE DETECÇÃO E MONITORAMENTO DA EVOLUÇÃO DA DOENÇA

No esforço para limitar a propagação da Aids foi desenvolvido, por Weiss e colaboradores, o primeiro teste para detectar anticorpos contra o vírus da imunodeficiência humana (HIV, HIV-1 ou vírus da AIDS) no sangue (Weiss *et al.*, 1985). O uso de ensaio imunoenzimático (ELISA) ou imunoensaio enzimático (EIA) e o teste mais específico de anticorpos, Western Blot, permitiram a identificação de portadores do HIV e o conhecimento de todo o espectro da síndrome, possibilitando avanços importantes na sua prevenção e manejo nos anos subsequentes. A capacidade de detectar anticorpos séricos com técnicas reprodutíveis, sensíveis, específicas, de baixo custo e não invasivas proporciona numerosos benefícios ao clínico e ao epidemiologista, mas, sobretudo, permitiu uma redução drástica das transmissões por transfusão de sangue e derivados (Pear, 1985).

A tomada de decisão informada, relativamente ao teste de anticorpos contra a Aids, exigiu a compreensão das características do vírus, a sensibilidade e especificidade de cada teste, da linha do tempo de resposta imunológica do organismo e o significado de um resultado de teste positivo para as pessoas testadas (Status [...], 1985; Gauthier, Turner, 1989). Foram desenvolvidos, em nível internacional e nacional, diretrizes, protocolos para a testagem, além de algoritmos diagnósticos. A partir de então foram alavancadas pesquisas para a ampliação dos mecanismos de doença na busca por soluções que interrompessem o processo de imunossupressão que, ao fim e ao cabo, era responsável pela finitude de seus portadores, grandemente determinada por infecções (oportunistas) como a pneumocistose, a meningite por *Criptococcus*, a toxoplasmose cerebral, a citomegalovirose, as infecções por micobactérias atípicas e as formas atípicas da tuberculose, entre outras.

A equipe de Fauci, em 1988, a partir do conhecimento vigente descreveu as características moleculares virais e sua patogênese do HIV (Fauci, 1988). O conhecimento agregado no período permitiu clarear o curso e a linha do tempo da infecção, iniciando com a síndrome retroviral aguda, a latência clínica e a doença clínica aparente; o mecanismo de imunopatogênese; a indução da

expressão do HIV e o papel dos órgãos linfoides na infecção (Fauci *et al.*, 1991; Pantaleo *et al.*, 1993; Lui *et al.*, 1988).

Em função da imprevisibilidade da evolução clínica da Aids após a soro conversão, em cada indivíduo, o desenvolvimento e uso de marcadores de doenças não-clínicas, capazes de (i) permitir a identificação de pacientes com maior risco de progressão da doença, (ii) auxiliar no estadiamento da doença, (iii) ajudar na estimativa de prognóstico, (iv) prever o desenvolvimento de doenças indicadoras (infecções oportunistas de AIDS), e (v) acompanhar, a eficácia terapêutica de tratamentos antivirais com confiabilidade e acessibilidade, passaram a adquirir importância significativa para o manejo de pacientes (Tsoukas, Bernard, 1994).

A disfunção imunológica na doença avançada foi claramente relacionada com a depleção de células T auxiliares (T CD4+), bem como a um aumento na antigenemia do HIV. Assim, a contagem de linfócitos T CD4+, passou a ser o marcador mais utilizado, correlacionando-se bem com a doença em estágio avançado (Lee *et al.*, 1991), sem caracterizar o melhor marcador para prever a resposta clínica à terapia antirretroviral (Katzenstein *et al.*, 1992; Lange *et al.*, 1989), representado pela mensuração da antigenemia viral (Revets *et al.*, 1996).

Paralelamente ao avanço do conhecimento e ao crescimento geométrico de diagnósticos no mundo, as publicações e os periódicos dedicados ao assunto se multiplicaram, assim como as associações acadêmicas. As organizações da sociedade civil se consolidam a partir da gravidade dos casos e do sofrimento e agonia daqueles que chegam aos quadros de “Aids plenamente desenvolvida” (Camargo Jr., 1994).

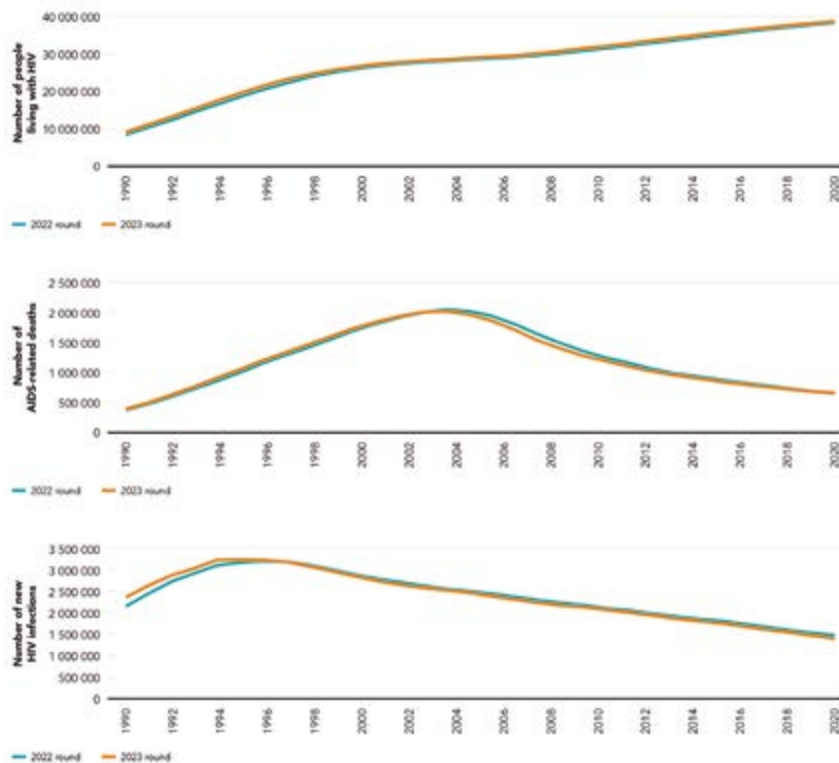
Nos diferentes países, de forma associada à disponibilidade de tecnologias e ao acesso aos serviços de saúde, pautados pelo nível de desenvolvimento, tipo de financiamento do sistema e pelos determinantes sociais da saúde, em cada local, são desenhadas respostas distintas e muitas vezes extremamente precárias às distintas epidemias.

Epidemiologicamente, no mundo, no final de 1995, as estimativas da UNAIDS (*Joint United Nations Programme on HIV/Aids*) apontavam mais de 20 milhões (M) de casos de HIV/Aids, com 12,9 M na África Sub-Saariana, 4,17 M no Sul e Sudoeste da Ásia, 1,47 M na América Latina e Caribe, 788.000 na América do Norte, 474.000 na Europa Ocidental, 210.000 na África do Norte e Centro Leste do continente africano, 32.000 no Leste da Ásia e Pacífico, 28.000 na Europa Oriental e Ásia Central e 13.000 na “Australásia”.

Naquele ano, a relação entre homens e mulheres infectados era de 3:2, apontando o crescimento de casos entre mulheres, especialmente na África,

onde a forma de transmissão entre parceiros heterossexuais predomina até o presente. O crescimento do número de casos entre mulheres era, na ocasião, acompanhado do crescimento no número de crianças nascidas com HIV (Mertens, Low-Ber, 1996; Weekly [...], 1995).

A Figura 1 mostra a evolução do número de casos de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), o número de mortes e novas infecções ao longo do período entre 1990 e 2020, segundo estimativas da UNAIDS em 2022 e 2023:



Dados da OMS de julho de 2023 (World Health Organization, 2023) salientam que a Aids continua sendo um problema global de saúde pública, somando 40,4 (32,9 – 51,3) M de mortes com transmissão contínua em todos os países do mundo, alguns com tendência crescente. No final de 2022 eram estimados 39,0 (33,1–45,7) M de PVHA, 2/3 das quais na região africana da OMS (25,6 M). Em 2022 foram 630.000 (480 000–880 000) mortes e 1,3 (1,0–1,7) novas infecções no mundo.

AS INICIATIVAS GLOBAIS

A Organização Mundial da Saúde (OMS), lançou, em 1987, o Programa Global sobre a AIDS para incentivar políticas de saúde com base em evidências científicas e desmistificar a enfermidade. Jonathan Mann (1947-1998) foi o primeiro diretor e pioneiro na divulgação do potencial impacto da epidemia de Aids sobre a vida e a saúde das populações. Uma decisão da Assembleia Mundial de Saúde, em outubro de 1987, com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU), transformou o dia 1º de dezembro em Dia Mundial de Luta Contra a Aids. A data serve até o presente para reforçar a solidariedade, a tolerância, a compaixão e a compreensão com as pessoas infectadas pelo HIV/Aids.

Desde 1996, o Programa Global da OMS sobre a AIDS/OMS (UNAIDS, já referido), que atua em estreita colaboração com os governos, organizações da sociedade civil (OSC), instituições acadêmicas entre outras instituições, foi constituído para reforçar as Nações Unidas (ONU) na resposta à Aids.

Com o objetivo de dar suporte a uma resposta a essa resposta, movidos pelo número crescente de casos e de mortes acumuladas, em especial nos países de menor diferenciação econômica e social, foram criados programas em numerosas organizações, agências e instituições para captação de recursos, desenvolvimento e financiamento de projetos de controle da epidemia. Entre essas múltiplas instituições, encontramos o Banco Mundial, a USAID (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional), o PEPFAR (*The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief*) e o GFATM (*The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malária*). Cada uma dessas organizações, apesar de seus diferentes pressupostos e objetivos, se envolve, até hoje, com projetos de pesquisa, educação em saúde, prevenção de novos casos, diagnóstico, tratamento e cuidado de PVHA, todos dentro dos princípios da redução do preconceito e da discriminação e da garantia dos direitos humanos.

Em setembro de 2000, também na Assembleia Geral da ONU, foi adotada por unanimidade (191 países) a resolução no 55/2, a Declaração do Milênio. Essa declaração definia os Objetivos do Milênio (ODS). O 6º objetivo acordado foi o Combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças, sendo que todos os demais representavam avanços significativos e determinantes indiretos da vulnerabilidade à Aids.

Em 25 de setembro de 2015, chefes de Estado e altos representantes dos 193 países-membros integrantes da Assembleia Geral da ONU adotaram o documento intitulado “Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o

Desenvolvimento Sustentável”. Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e 169 metas se constroem sobre o legado dos ODM buscam concretizar os direitos humanos de todos e alcançar a igualdade de gênero. São integrados e indivisíveis, e equilibram as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental.

Assim como iniciativas internacionais de respostas coletivas foram desenvolvidas; profissionais da área da saúde e pesquisadores iniciaram o processo que se mantém até hoje de buscar estratégias farmacológicas ou não, que possam reduzir o impacto da infecção pelo HIV na vida dos indivíduos, suas famílias, amigos e comunidades.

O primeiro sinal de progresso do ponto de vista farmacológico foi registrado em 1986, a partir de resultados de testes clínicos, que mostraram o efeito da azidotimidina/zidovudina (AZT), um análogo nucleosídeo, inibidor da transcriptase reversa, medicamento sintetizado em 1964 como droga antineoplásica, na redução da viremia. O ensaio foi interrompido aos 6 meses, em função da menor incidência do desfecho óbito observado no grupo que usou a droga em relação ao grupo controle (1:16) e desaceleração da replicação do HIV (Fischl *et al.*, 1987). Em março de 1987, o medicamento foi aprovado pelo *Food and Drug Administration* (FDA) para adultos e em 1989 (solução oral, para crianças).

Ainda assim, apesar da importância da introdução do AZT como primeira droga antirretroviral, o início do uso do Cotrimoxazol, na profilaxia da pneumonia por *Pneumocystis carinii* (hoje *jiroveci*), altamente prevalente nos casos avançados de Aids, foi a conduta médica de maior impacto na redução da mortalidade nessa população (Chaisson *et al.*, 1992).

Entre 1988 e 1995, quatro outros análogos nucleosídeos foram introduzidos no mercado, a dideoxinosina/didanosina (ddl), a dideoxycitidina/zalcitabina (ddC), a lamivudina (3TC) e a estavudina (d4T). EM 1999 foi introduzido o abacavir (ABC), seguido da etravirina (FTC) e do tenofovir (TDF), esse inibidor nucleotídeo da transcriptase reversa (TR).

Uma vez identificada a capacidade do HIV de desenvolver mutações de resistência a drogas antirretrovirais, em 1992 já havia notícias do uso combinado de diferentes medicamentos, na tentativa de se opor ao desenvolvimento de resistência viral aos medicamentos (Connolly, Hammer, 1992).

Outros movimentos importantes na década de 1990 incluem os resultados do Aids Clinical Trial Group (ACTG) 076, publicados em 1994 (Connor *et al.*, 1994), mostrando a importância do uso do AZT durante a gestação e no parto,

pela gestante e pelo bebê após o parto e a demonstração da importância da CV materna (Sperling *et al.*, 1996) no parto, para a redução da transmissão vertical (TV) do HIV. Em 1996, a Conferência Internacional de Aids, realizada em Vancouver, no Canadá, trouxe publicidade aos estudos sobre os inibidores de protease, seu efeito supressor da carga viral e seu poder de interferir no prognóstico da doença através do bloqueio da replicação viral (Ho, 1996; Cooper, Merigan, 1996).

I can't think of the year 1996 without welling up. It's a clear line that marks before and after. For more than a decade, a plague ravaged through communities with little reprieve. But for those able to endure, 1996 presented what seemed to be magic. Protease inhibitors became more widely available, and in turn, people reemerged from their deathbeds. Hospices, once overrun and consumed with mortality, needed to quickly shift into transitional living facilities. For the first time in a long time, there was a glimmer of hope.

Yes, HIV continued to devastate. Antiretrovirals maintained toxic side effects. People of color and impoverished communities continued to bear a disproportionate burden. But for a moment, a brief moment, there was a possibility to exhale.

Michael McFadden, Luckiest Guy, 2019



Figura 2: Michael McFadden, Luckiest Guy, 2019
Fonte: <https://www.on-cu-rating.org/issue-42-reader/luckiest-guy.html>

Nos últimos 30 anos, diferentes classes de medicamentos foram desenvolvidas (inibidores não Nucleosídeos da TR, inibidores da Protease, antagonistas do CCR5 e os inibidores da fusão). Medicamentos entraram e saíram dos protocolos, na maioria das vezes em função dos eventos adversos a curto, médio e longo prazo, pela dificuldade de uso (número grande de comprimidos, horários e relação com as refeições, etc.) e pelo impacto de todos esses fatores sobre a adesão ao tratamento, fundamental no controle da doença. Via de regra, o custo dos medicamentos apresentou uma tendência de queda, quer pelo aumento progressivo da demanda ou por negociações em larga escala realizadas por governos e instituições internacionais, quer pelo desenvolvimento de medicamentos genéricos ao redor do mundo.

AIDS NO BRASIL

Os primeiros casos de Aids no Brasil foram identificados em São Paulo, em 1982, a partir do diagnóstico de Sarcoma de Kaposi em homens que fazem sexo com homens (HSH) que haviam viajado para os Estados Unidos. A esses seguiram inúmeros casos, a maioria autóctones, em diversos outros estados do Brasil (Laurindo-Teodorescu, Teixeira, 2015a).

A produção dos primeiros documentos relativos à patologia e a estruturação do Programa Nacional de Aids (PNA) ocorreram, em 1985, apesar do desconhecimento sobre o que estaria por vir e de uma certa refratariedade do Ministério da Saúde (MS), a partir da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS) e do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. O PNA foi criado pela Portaria Ministerial 236/1985, dentro da DNDS, a exemplo do que já ocorrera em São Paulo e no Rio Grande do Sul (RS) (Laurindo-Teodorescu, Teixeira, 2015a).

Foi assim criada a primeira ficha de investigação epidemiológica e a primeira campanha sobre Aids para a televisão (campanha do Sócrates), muito tímida e limitada. Foram desenvolvidas normas relativas à vigilância epidemiológica, manejo clínico e biossegurança, processo que segue ocorrendo até o presente.

A partir de 1986, a DNDS foi dividida em duas áreas, a de Hanseníase e a de Aids, essa tendo como diretora Lair Guerra de Macedo Rodrigues, pela sua visão e capacidade de mobilização de recursos a grande arquiteta da expansão e do fortalecimento do PNA. Nesse momento foi organizado o Sistema de Informação Nacional de Aids, a definição da obrigatoriedade da notificação de

casos, o componente laboratorial das DST e os primeiros treinamentos em nível nacional além de campanhas de informação, educação e prevenção, muitas delas enfrentando barreiras de costumes e de dogmas religiosos, característicos da época.

A intensa necessidade de informações e a capacidade de organização de pacientes, amigos e familiares vivendo com HIV desencadeou um movimento ímpar da sociedade civil a partir de Organizações Não Governamentais (ONG) e introduziu nas relações entre o sistema de saúde, os profissionais e a sociedade questões fundamentais como preferências sexuais, o segredo médico e mais tardiamente o uso de drogas e os direitos humanos em resposta ao crescimento da rejeição, a exclusão, o preconceito e a discriminação.

A epidemia que iniciara entre HSH socioeconomicamente diferenciados se expandiu rapidamente para mulheres, receptores de transfusões de sangue e seus derivados (em especial poli transfundidos como os hemofílicos), usuários de drogas e crianças expostas ao HIV durante a gestação, trazendo consigo o impacto da determinação social da doença e do acesso aos serviços de saúde compartilhados por outros agravos à saúde de manejo complexo.

Nos estados, o Programa Estadual de Aids de São Paulo (agosto de 1983), pioneiro, antecedeu mesmo a criação do Programa Nacional e foi o exemplo para o Rio Grande do Sul (fevereiro de 1984) e para o Rio de Janeiro (maio de 1985), esse, uma iniciativa da Fundação Osvaldo Cruz e não das secretarias municipal ou estadual. Minas Gerais seguiu o modelo do Rio de Janeiro e criou um braço dentro do Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A esses se seguiram programas em outros estados do Brasil, em uma ordem que se associava ao surgimento de casos e à evolução local da epidemia, todos eles com avanços e retrocessos vinculados às flutuações das políticas locais, ao conservadorismo em relação a costumes e a uma sexualidade mais aberta (Laurindo-Teodorescu, Teixeira, 2015a). Pacientes e profissionais eram discriminados pelas famílias e pela sociedade em geral. Os médicos envolvidos e comprometidos com o cuidado lutavam contra a impossibilidade da cura, a inexorabilidade do desfecho e contra a resistência dos colegas que temiam a infecção e a contaminação dos instrumentos.

Os programas criados se dedicavam a informar (Disque-Aids), a educar, prevenir, assistir aos doentes e à pesquisa dirigida à nova patologia e apresentavam avanços ou reveses decorrentes de situações políticas governamentais e/ou institucionais locais.

Em nível nacional, em meio a mudanças políticas generalizadas e diferenças de conceitos entre coordenadores estaduais e a coordenação nacional, foi instituída, em 1986, a Comissão Nacional de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais (CNAIDS), objetivando assessorar o Ministério da Saúde na definição de mecanismos técnico-operacionais para o controle da aids, coordenar a produção de documentos técnicos e científicos e auxiliar o MS na avaliação de desempenho dos diversos componentes do controle da patologia no país.

À época, os casos de Aids, identificados apenas em estágios avançados da doença pelo menos até a popularização dos testes de triagem, eram assistidos dentro dos hospitais públicos, uma vez que eram recusados por hospitais privados, em especial aqueles conveniados. Nos hospitais públicos foram criados leitos ou mesmo alas específicas para portadores de Aids.

De uma forma muito tímida e envolta em controvérsias, o PNA iniciou a distribuição do AZT em 1988. Os avanços nesse sentido foram impulsionados pela CNAIDS, onde tanto gestores e profissionais quanto a sociedade civil estavam representados. Dra. Lair Guerra, substituída durante o governo Collor de Mello, voltou ao PNA em 1992, quando as ações foram descentralizadas, as ONGs fortalecidas e assinado o primeiro acordo com o Banco Mundial.

Dra. Lair permaneceu no programa até 1996, quando seu trabalho foi interrompido após acidente de trânsito grave em Recife que a deixou em coma por dois meses e comprometeu a continuidade de sua atuação.

Foi nesse período que, diante da complexidade dos casos hospitalizados, da resistência dos hospitais em receberem pacientes e o custo implícito das internações, foi criada uma rubrica diferenciada para o pagamento de casos de Aids no sistema público de saúde, já conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS) (Portaria de n. 291 do Diário Oficial da União (DOU) de 17/06/92) (Brasil, 1998). A mudança do paradigma do isolamento de pacientes, das alas dedicadas e a descentralização do cuidado foram mais recentes e relacionadas com o processo de descentralização geral do cuidado no SUS.

O país avançou nas questões do respeito e valorização das ONGs, adotou os inicialmente controversos Programas de Redução de Drogas, no âmbito da vigilância da Aids (adultos, menores de 12 anos, gestantes e crianças expostas) e, posteriormente, do HIV, incorporada dentro do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAM). Exames laboratoriais de monitoramento da infecção com as redes de CD4 e CV, criadas em 1997, juntamente com os sistemas de controle de exames e de distribuição de medicamentos, foram monitorados

respectivamente pelo Sistema Logístico de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e pelo Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). A esses se agregaram posteriormente o controle dos exames de genotipagem (implantado em 2001) e de distribuição de testes rápidos (TR) para diagnóstico.

Além do arcabouço tecnológico, progressivamente, e após grandes disputas com a participação de profissionais e da sociedade, que reivindicavam a qualidade de vida das PVHA, uma série de direitos e/ou benefícios foram sendo garantidos a essa população através de leis de âmbito nacional, estadual ou municipal, que estabeleciam obrigatoriedade da distribuição de insumos, como medicamentos e preservativos, do controle dos bancos de sangue, da reserva de leitos (segundo as políticas vigentes em cada período de tempo), proibindo testagem compulsória (quando não amparada por legislação específica), liberação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e seus rendimentos, isenção de imposto de renda, transporte gratuito e em casos avançados de doença, o benefício social de pessoas não amparadas pela Previdência Social. A Lei Federal 9.313/1996, como exemplo, foi um marco importante para o tratamento PVHA, pois reforçou o direito ao acesso aos antirretrovirais, além de desencadear o processo de pactuações para o atendimento dessa população entre instâncias federal, estaduais e municipais (Rio Grande do Sul, 2008).

Movimentos mais recentes nas políticas públicas de controle da AIDS no Brasil incluem iniciativas de teste universal, abandonando a ideia da testagem de populações mais vulneráveis à infecção, além de estratégias de testar e tratar (o tratamento como prevenção – TcP), diante das evidências acumuladas na literatura, com o objetivo de reduzir a transmissão do HIV, principalmente por relações sexuais desprotegidas (Cambiano *et al.*, 2011; Attia *et al.*, 2009; World Health Organization, 2023b; World Health Organization, 2021).

A ideia de eliminar mundialmente a Aids até o ano 2030 pelo cumprimento da meta intitulada “90-90-90” foi lançada pela UNAIDS em 2015, que significa testar 90% da população com HIV, tratar 90% dos casos positivos e manter 90% das pessoas em tratamento com carga viral indetectável. O Brasil, signatário da proposta, havia adotado o conceito do TcP em dezembro de 2013 a partir da aprovação do *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção por HIV em adulto*; este recomenda o início precoce da TARV entre adultos com HIV, independentemente do estágio clínico da infecção ou da contagem do CD4, respeitando o consentimento do usuário (Monteiro *et al.*, 2019).

A prevenção da infecção pelo HIV pós exposição (PEP) para HIV está disponível no Brasil desde 1999; atualmente, é uma tecnologia inserida no

conjunto de estratégias da Prevenção Combinada, cujo principal objetivo é ampliar as formas de intervenção para evitar novas infecções pelo HIV. Mais recentemente, no início de 2018, o Brasil iniciou a disponibilização da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP – do inglês *Pre-Exposure Prophylaxis*) que consiste no uso de antirretrovirais (ARV) orais para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV. Essa estratégia se mostrou eficaz e segura em pessoas com risco aumentado de adquirir a infecção.

AIDS NO RIO GRANDE DO SUL

Os primeiros casos de Aids no RS foram notificados concomitantemente em dezembro de 1983, um deles identificado no Hospital Vila Nova, e o segundo retrospectivamente, a partir dessa notificação, de um caminhoneiro diagnosticado com tuberculose miliar em julho daquele ano, no Hospital Sanatório Partenon, e que desenvolveu quadro de pneumonia por *Pneumocystis carinii* em setembro do mesmo ano e faleceu em janeiro de 1984. Na ocasião, foi discutido como seria encaminhada a notificação desses e de novos eventuais casos. A partir da decisão de responsabilizar a Divisão de Dermatologia Sanitária pela notificação de casos, foi estruturado, a exemplo do que havia ocorrido em São Paulo, o Programa de Aids dentro dessa mesma divisão, que se destacava pelo controle da Hanseníase e pelo programa de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis desde a década de 1930 (Laurindo-Teodorescu, Teixeira, 2015a).

Em 1984 foram notificados no RS três casos de Aids, em 1985, mais dez, menos do que em São Paulo, embora preocupante, sendo um desses casos o primeiro entre usuários de drogas injetáveis. Casos suspeitos eram encaminhados ao Hospital Sanatório Partenon, onde se organizou o primeiro ambulatório específico para o cuidado de doentes de AIDS. O preconceito generalizado, mesmo entre profissionais de saúde, a discriminação e a impotência diante de casos tão graves caracterizaram esse período. Trabalhar com doentes de Aids se relacionava, então, segundo a Dra. Cândida Neves, com paixão, capacidade de empatia, compaixão e grande investimento emocional e humano (Laurindo-Teodorescu, Teixeira, 2015a).

O controle de qualidade dos bancos de sangue, iniciado em 1977, foi mobilizado em 1985 a partir de um sistema de informações de pessoas impedidas de doar. Em 1987, com a disponibilização de testes diagnósticos da infecção pelo HIV, o Estado estabeleceu a obrigatoriedade da testagem de todos os doadores de sangue, juntamente com outros exames de triagem já realizados.

Em 1985 o Hospital de Clínicas de Porto Alegre criou uma ala específica para o tratamento de pessoas com Aids, o sexto-sul, em 1986 foi a vez do Hospital Conceição, na zona norte de Porto Alegre, que atendia uma população caracteristicamente menos favorecida. Ainda em Porto Alegre, o Hospital Vila Nova começou o atendimento, idealmente como uma retaguarda para pacientes diagnosticados em hospitais de maior diferenciação tecnológica. Ainda na década de 1980, Rio Grande e Santa Maria inauguraram serviços em seus hospitais universitários. Em 1988, eram 20 hospitais credenciados no RS.

Em dezembro de 1988, com base em serviços existentes nos Estados Unidos, foi inaugurado o primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), desde 1997 chamado Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), nas dependências do Ambulatório de Dermatologia Sanitária, em local de grande procura e localização privilegiada.

No âmbito do primeiro projeto financiado pelo Banco Mundial para controle da epidemia de Aids no Brasil, foram criados outros CTAs, com o suporte e participação ativa das equipes multiprofissionais de Porto Alegre. No final da década de 1990 foi implantado o SI-CTA, para a organização do trabalho, produção de indicadores no planejamento de recursos públicos, conhecer o perfil da demanda atendida e compor o sistema de nacional de vigilância epidemiológica (Rio Grande do Sul, 2008).

Em relação aos ambulatórios de assistência a portadores do HIV, foi instituída a implantação de Serviços de Assistência Especializada (SAE), alguns junto a hospitais públicos, outros em prédios independentes, e os demais associados a CTAs. Em junho de 1998 eram 76 SAEs no Brasil e três no RS, tendo esse número se expandido progressivamente até atingir todas as macrorregionais e regionais do estado, cada um com formato adequado a realidade de sua rede de saúde. Atualmente são 76 SAEs no RS, que atuam na retaguarda da atenção primária para casos mais complexos, co-infecções e no matriciamento quando necessário.

Ainda a partir do projeto AIDS I, do Banco Mundial, foram implantados Hospitais Dia (HD), para o manejo de casos e exames, mas especialmente para o uso prolongado de medicamentos no tratamento ou na profilaxia de infecções oportunistas. Em 1998 existiam 49 HDs no Brasil, sendo sete no RS. Ao contrário dos serviços de assistência, com a evolução do tratamento da infecção pelo HIV, a distribuição universal de antirretrovirais e a redução de doses, número de comprimidos e eventos adversos, a tendência ao longo dos últimos anos foi de redução do número de HDs dedicados e eventualmente sua incorporação a outros HDs já existentes para o tratamento de outras patologias. Um único

serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica existiu por curto período em Porto Alegre, com trabalho relevante e resolutivo, principalmente para parte da população mais vulnerável. Durante seu funcionamento chegou a atender 90 pacientes (Nogueira, 2000). Os recursos demandados, a carência de profissionais e as alternâncias políticas levaram a sua extinção.

Ao longo dos últimos anos, novas tecnologias e estratégias reconfiguraram esse sistema de diagnóstico e assistência, com a introdução de testes rápidos e de um processo de descentralização da assistência, seguindo os princípios do processo iniciado no SUS como um todo. Para isso foram desenvolvidos novos protocolos e linhas de cuidado (Linha de cuidado [...], 2018) para orientar o acolhimento, o atendimento e, se necessário, o encaminhamento de pacientes que têm hoje como porta de entrada no sistema os CTAs, a atenção primária em saúde (APS) e as emergências dos hospitais (casos graves). Atualmente o RS conta com antirretrovirais, fórmulas lácteas para crianças expostas, PEP e PrPEP, exames de monitoramento da infecção, genotipagem, medicamentos para profilaxia e tratamento de infecções oportunistas, medicamentos para o controle de eventos adversos dos medicamentos, tratamento para lipodistrofia e lipoatrofia, preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante para a população, todos distribuídos gratuitamente.

Foram capacitados gestores, profissionais da saúde, educadores, membros da sociedade em geral nas áreas da gestão de programas, planejamento, avaliação; sobre o acolhimento e cuidado de PVHA, sobre as formas de prevenção da infecção e das tecnologias e tratamentos disponíveis viabilizadas por políticas públicas para a população, para o controle da epidemia.

Cabe salientar a importância de alguns projetos desenvolvidos no estado desde o início da epidemia. Já em 1991, a partir da identificação de situações altamente vulnerabilizantes em relação à infecção pelo HIV e populações socialmente marginalizadas foram desenvolvidos projetos dentro dos presídios do estado e em especial no então Presídio Central (hoje Cadeia Pública) de Porto Alegre, alguns levados por ONGs e outros em parcerias entre instituições públicas e sociedade civil. O primeiro, em uma iniciativa do GAPA-RS deu origem gibis e vídeos. O nome do projeto, Lampadinha, remete à personagem principal. As histórias se passavam dentro da cadeia, sempre enfatizando a autonomia e o autocuidado do interno. O material do Lampadinha ganhou reproduções e projeção nacional. Gestores do sistema prisional, profissionais de saúde, da justiça e agentes penitenciários foram capacitados na prevenção da doença, no diagnóstico (com aconselhamento pré e pós-teste), além do acompanhamento de PVHA na perspectiva de que, viver com Aids dentro de um presídio, é diferente e condicionado à limitação da liberdade e às regras do presídio.

PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS

O ano de 1996 foi paradigmático na redução iniciada no número de infecções entre usuários de drogas que representavam, à época, mais de 36% dos casos de Aids no RS. Um programa de redução de danos (PRD), baseado em ações já realizadas em Santos e no reconhecimento da estratégia pelo Ministério da Saúde, foi implementado em Porto Alegre, a partir de uma base de convencimento de instituições como o Ministério Público e os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, não sem enfrentar controvérsias que seguem ocorrendo até a atualidade. Hoje em dia, entretanto, poucos são usuários de drogas injetáveis e as drogas mais utilizadas vulnerabilizam as pessoas à infecção pelo HIV mais indiretamente, da mesma forma que o faz o álcool, pelo aumento da violência, de condições precárias de vida e pela redução do autocuidado e do cuidado nos relacionamentos interpessoais.

CONFERÊNCIAS MUNICIPAL E ESTADUAL DE AIDS

Em 1998 o município de Porto Alegre realizou a sua 1ª Conferência Municipal de Aids e no ano 2001 foi realizada a 1ª Conferência Estadual de DST e Aids do Rio Grande do Sul. Em preparação da Conferência Estadual foram feitas três pré-conferências regionais, em Porto Alegre, Santa Maria e Passo Fundo. A Conferência ocorreu nas dependências da PUC/RS e contou com a participação de mais de 2000 delegados (Rio Grande do Sul, 2008).

O SÉCULO 21 E OS PROJETOS DE PREVENÇÃO

Os avanços científicos relacionados à prevenção biomédica da infecção pelo HIV (PEP, PrEP e o testar e tratar), a evolução tecnológica e a acomodação da sociedade à menor visibilidade da epidemia no cotidiano levaram ao desenvolvimento de grandes projetos para estimular atitudes positivas, de autocuidado e prevenção da infecção entre jovens em uma aposta de criar multiplicadores naturais de informação e uma juventude mais consciente.

Nesse processo, foi iniciado o projeto Galera Curtição, em 2012, em Porto Alegre, dentro do Programa Saúde na Escola (PES). O projeto consistia em um jogo entre escolas municipais e estaduais do município com temáticas

relacionadas à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis IST/HIV/AIDS, uso abusivo de álcool e outras drogas, gênero, diversidade sexual, sexualidade, bullying e preconceitos relacionados a raças, cor e etnias.

O município de Viamão desenvolveu, entre 2017 e 2018, o projeto Tô Dentro, com uma exposição interativa direcionada ao público jovem, contando com experiências sensoriais relacionadas ao uso do preservativo como estratégia de prevenção, guiada e mediada por atores e profissionais de saúde, promovendo um aprendizado significativo e atitudes preventivas em relação às doenças transmitidas nas relações sexuais. O mesmo município replicou a experiência do Galera Curtição de Porto Alegre em 2018 e 2019.

Em 2022 o RS lançou o projeto Geração Consciente, já na sua terceira edição, também envolvendo jovens e escolas. O programa é uma iniciativa do Governo do RS, envolve a Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS), em parceria com Secretaria Estadual da Educação (SEDUC/RS), Programa RS Seguro, UNESCO e UNAIDS. O projeto propõe um jogo cultural e educativo entre escolas da rede pública, objetivando promover atividades relacionadas à aprendizagem socioemocional, à violência e bullying e os direitos sexuais e reprodutivos. O “Geração” aposta no diálogo e na reflexão crítica para gerar consciência sobre alguns dos principais desafios que os(as) adolescentes vivenciam.

OS MOVIMENTOS SOCIAIS

A sociedade civil organizada inaugurou, a partir do sofrimento de amigos, famílias e das próprias vítimas, um novo movimento de congregação para o suporte, e garantia da atenção de gestores e acesso a mecanismos de prevenção. Nesse sentido, não é possível separar a luta contra a Aids, as lutas sociais, lutas por direitos humanos, as lutas contra o racismo, em favor da igualdade de gênero e proteção à população LGBTQIA+.

A Aids reativou o debate no seio da comunidade homossexual e muitos se tornaram vigilantes do discurso médico, na maioria das vezes moralista, que se construía em relação à doença. Incomodava à sociedade mais conservadora a visibilidade das práticas sexuais (em especial homossexuais) trazida pela Aids.

No Brasil, a exemplo do que ocorreu em todo o mundo, desde 1984 eram realizadas reuniões de ativistas gays para estabelecer atuação permanente em relação a prevenção e aos cuidados, incluindo apoio jurídico, aos doentes de Aids. A essas reuniões se agregaram as associações de hemofílicos e talassêmicos e a

elas pode ser atribuída a criação do Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA SP), a partir de novembro daquele ano e concretizada em cartório em 27 de abril de 1985 (Laurindo-Teodorescu, Teixeira, 2015b).

Seguindo o exemplo de São Paulo, em 1987 foram registrados o GAPA-RJ, GAPA-MG, GAPA-PA, GAPA-SC e o GAPA-Taubaté; em 1988 o GAPA- Ribeirão Preto, GAPA-Baixada Santista e o GAPA-BA, em 1989 o GAPA-RS, GAPA-CE, GAPA-Itabuna e GAPA-São José dos Campos; em 1991 o GAPADF e o GAPA-SE (Brasil, 2000).

Foram criadas campanhas de vanguarda que mobilizaram discussões em todos os meios. Alguns grupos criaram visibilidade na luta contra a normatização da homossexualidade, mas não resistiram às dificuldades e às disputas internas e externas dos movimentos e das pessoas mais envolvidas com a causa da Aids. Outros grupos foram criados e ganharam destaque pelas pessoas que deles faziam e fazem parte (alguns estão ativos até a atualidade). Entre eles encontram-se o Pela Vidda e o Grupo de Incentivo à Vida (GIV), a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), o Vihver, o Solidariedade e muitos outros que, com diferentes características, muito contribuíram no apoio às PVHA.

No Rio Grande do Sul, o GAPA foi a primeira organização de apoio às PVHA estruturada, desde sua fundação, como resistência à epidemia em todos os seus aspectos, como controle social das políticas públicas, e representatividade civil como uma “usina de produção de grupos” (Rio Grande do Sul, 2008), em particular de indivíduos excluídos da possibilidade de pertencimento, atuação e construção de identidade. O GAPA-RS ocupou durante 28 anos o tradicional endereço na Rua Luis Afonso, 234, uma sede cedida pela SES-RS e perdida em 2017 após luta intensa para preservar o espaço. Depois de aguardar durante anos um local a ser compartilhado com outras ONGs, conforme articulação com o município de Porto Alegre, ocupa hoje um espaço no centro de Porto Alegre que depende de agendamento para ser procurado. Ao longo dos anos, perto de 50 ONGs, vinculadas aos diversos temas de interesse às PVHA, foram registradas no RS com foco, amplitude geográfica, tempo de fundação e localização distintos. Entre elas o Mais Criança, a Federação de Bandeirantes do Brasil, o Igualdade (RS, Tramandaí, Guaíba), o Coletivo Feminino Plural, o SOMOS (Comunicação, Saúde e Sexualidade), as Cidadãs Positivas, o Núcleo de Estudos da Prostituição (NEP) e a Casa Fonte Colombo, todas reunidas atualmente no Fórum de ONGs Aids com o objetivo de agregar a força das diversas ONGs e otimizar os resultados. Durante todos os anos de epidemia, o RS não conseguiu implantar, como ocorreu em São Paulo, Casas de Apoio para

a população desabrigada e portadora do HIV. Entretanto, algumas iniciativas foram adotadas para acolher de forma diferenciada como a Casa Mãos Unidas e a Clínica Esperança de Amparo à Criança (CEACRI), em Porto Alegre, o Grupo Vale a Vida e o GESTO (Grupo pela Educação, Saúde e Cidadania), de Pelotas, além da Unidade de Assistência Social Feminino de São Sepé (Rio Grande do Sul, s.d.).

NOTA DA AUTORA

Muito poderia ser acrescentado como testemunho de um tempo vivido intensamente por grande parte dos autores deste livro a esse texto. O que foi escrito nesse capítulo parece pessoal, entretanto, tanto no Brasil quanto no RS, muitos se envolveram profundamente nessa luta. Não foram citados nomes no campo de profissionais, com poucas exceções, nem no campo da sociedade civil, pelo espaço que isso tomaria, pela tristeza de lembrar de quem já se foi e pelo medo de não citar a todos que mereceriam, já que a memória não é mais a mesma. Entretanto, duas fontes de informação citadas entre as referências (Laurindo-Teodorescu, Teixeira, 2015a; Rio Grande do Sul, 2008), nomeiam todas as pessoas que dedicaram seu tempo, seu trabalho e suas vidas ao controle individual ou coletivo da infecção pelo HIV, foram pessoas vinculadas às políticas públicas e inúmeros membros da sociedade civil, organizadamente ou não.

Quando essa história é revista, é impossível não reconhecer as conquistas de profissionais e da sociedade civil e os avanços da ciência que permitiu o olhar menos definidor da brevidade da vida a cada diagnóstico, a facilitação do tratamento e a redução da transmissão da infecção. Entretanto, muitas barreiras não foram vencidas. Persistem as desigualdades, os preconceitos, a discriminação, a marginalização dos mais vulneráveis, a intolerância, os serviços públicos precarizados, o financiamento limitado, a falta de recursos humanos, o pouco preparo de alguns profissionais, o baixo comprometimento de outros e a inequidade de acesso à rede.

Os primeiros casos, lá de 1981, 1982 e 1983, transformaram-se em milhões. São estimados no mundo, pela UNAIDS, que em 2022, eram 39 (33,1-45,7) milhões de PVHA sendo 1,5 (1,2-2,1) milhões de crianças entre 0 e 14 anos, com 1,9 (1,0-1,7) milhões de casos novos e 630.000 (480.000-880.000) naquele ano. Desde o início da epidemia, estimam-se 85,6 (64,8-113,0) milhões de infectados, 53% deles do sexo feminino; somam-se também 40,4 (32,9-51,3) milhões de óbitos

pela doença (UNAIDS, 2023). Até julho de 2023, foram notificados (somatório dos três principais sistemas – SINAN, SISCEL e Sistema de Informação de Mortalidade – SIM) 1.124.063 casos acumulados no Brasil e 108.145 no RS (Brasil, 2023). Cabe salientar que o RS e Porto Alegre, embora a estruturação precoce de uma resposta à Aids, têm se destacado, ao longo dos 31 anos de enfrentamento da epidemia, pela posição no ranking de número de casos, embora nos últimos anos estados do Norte tenham apresentado aumentos significativos e o RS tenha apresentado certa redução na taxa de detecção de diagnósticos/100.000 habitantes (de 43,5 em 2012 para 23,9 em 2022). Em 2022, o ranking das UF referente às taxas de detecção de aids (casos por 100 mil habitantes) mostrou que os estados de Roraima (34,5), Amazonas (32,3), Pará (26,3), Santa Catarina (25,3), Amapá (25,0), Rio Grande do Sul (23,9), Rio de Janeiro (23,3), Mato Grosso do Sul (21,5), Rondônia (20,6) e Mato Grosso (20,5) sendo a média nacional de 17,1 casos/100.000 hab. (Brasil, 2023).

Tendo tudo isso acontecido, incluindo a possibilidade de acompanhar ao vivo a identificação e a evolução epidemiológica de uma nova doença, em um mundo globalizado e profundamente desigual, por que ainda valorizamos tão pouco nossa história? A tecnologia nos dá todos os instrumentos, mas a história ainda depende dos registros feitos enquanto tudo acontece, do interesse de alguns em deixar seu testemunho ou das lembranças de outros. Embora incompleto e imperfeito, talvez esse texto possa contribuir com uma síntese do que aconteceu.

REFERÊNCIAS

ATTIA, S.; EGGER, M.; MÜLLER, M; ZWAHLEN, M; LOW, N. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: Systematic review and meta-analysis. *AIDS*, v. 23, n. 11, 2009.

AYALA, G.; SPIELDENNER, A. HIV Is a Story First Written on the Bodies of Gay and Bisexual Men. *American Journal of Public Health*, v. 111, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de HIV e Aids 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023, p. 1-84. Disponível em: [www https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view.gov.br](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view.gov.br). Acesso em: 25 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. GAPAS: uma resposta comunitária à epidemia da AIDS no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/179_2Gapas.pdf. Acesso em: 25 maio 2024.

Brasil; Ministério da Saúde. Relatório de Atividades - AIDS I. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/08aids_relatorio_atividades.pdf. Acesso em: 25 maio 2024.

CAMARGO JR., K. R. de. Aids e a Aids das ciências. *Hist. Cienc. Saúde Manguinhos*, v. 1, n. 1, 1994.

CAMBIANO, V.; RODGER, A. J.; PHILLIPS, A. N. Test-and-treat: The end of the HIV epidemic? *Curr. Opin. Infect. Dis.*, v. 24, n.1, 2011.

CDC. About HIV, 2024. Disponível em: https://www.cdc.gov/hiv/about/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html. Acesso em: 25 maio 2024.

CHAISSON, R. E. et al. Pneumocystis prophylaxis and survival in patients with advanced human immunodeficiency virus infection treated with zidovudine. The Zidovudine Epidemiology Group. *Arch. Intern. Med.*, v. 152, n. 10, 1992.

COFFIN, J.; HAASE, A.; LEVY, J. A.; MONTAGNIER, L.; OROSZLAN, S., et al. What to call the AIDS virus? *Nature*, v. 321, n. 6065, 1986.

CONNOLLY, K. J.; HAMMER, S. M. Antiretroviral therapy: Strategies beyond single-agent reverse transcriptase inhibition. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, v. 36, 1992.

CONNOR, E. M.; SPERLING, R. S., GELBER, R.; KISELEV, P.; SCOTT, G.; O'SULLIVAN, M. J., et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *N. Engl. J. Med.*, v. 331, n.18, 1994.

COOPER, D. A; MERIGAN, T. C. Clinical treatment. *AIDS*, v.10, Suplemento A, 1996.

DANIEL, M. D.; LETVIN, N. L.; KING, N. W.; KANNAGI, M.; SEHGAL, P. K.; HUNT, R. D., et al. Isolation of T-cell tropic HTLV-III-like retrovirus from macaques. *Science*, v. 228, n. 4704, 1985.

Diffuse, Undifferentiated Non-Hodgkins Lymphoma among Homosexual Males - United States. Atlant: CDC, 1982. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001096.htm>. Acesso em: 25 maio 2024.

FAUCI, A. S.; SCHNITTMAN S. M.; POLI, G.; KOENIG, S.; PANTALEO, G. Immunopathogenic mechanisms in human immunodeficiency virus (HIV) infection. In: *Annals of Internal Medicine*, v. 114, n. 8, 1991.

FAUCI, A. S. The human immunodeficiency virus: Infectivity and mechanisms of pathogenesis. *Science*, v. 239, 1988.

FISCHL, M. A.; RICHMAN, D. D.; GRIECO, M. H.; GOTTLIEB, M.S.; VOLBERDING, P. A., LASKIN, O.L., et al. The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double-blind, placebo-controlled trial. *New England Journal of Medicine*, v. 317, n. 4, 1987.

GAUTHIER, D. K.; TURNER, J. G. Anti-HIV antibody testing: Procedures and precautions. *Am. J. Infect. Control*, v. 17, n. 4, 1989.

GOTTLIEB, M.; SCHANKER, H.; FAN, P.; SAXON, A.; WEISMAN, J. Epidemiologic Notes and Reports: Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, v. 30, n. 21, 1981.

GRECO, D. B. A epidemia da aids: Impacto social, científico econômico e perspectivas. *Estudos Avançados*, v. 22, n. 64, 2008.

GRMEK, M. O enigma do aparecimento da Aids. *Estudos Avançados*, v. 9, n. 24, 1995.

GRMEK, M. D. Déclin et émergence des maladies. *Hist. Cienc. Saúde Manguinhos*, v. 2, n. 2, 1995.

GRMEK, Mirko D. *Histoire du SIDA*. Paris: Payot, 1989.

HO, D. D. Therapy of HIV infections: Problems and prospects. *Bulletin of the New York Academy of Medicine: Journal of Urban Health*, v. 73, n. 1, 1996.

KATZENSTEIN, D. A.; HOLODNIY, M.; ISRAELSKI, D. M.; SENGUPTA, S.; MOLE, L. A.; BUBP, J. L., et al. Plasma viremia in human immunodeficiency virus infection: Relationship to stage of disease and antiviral treatment. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, v. 5, n. 2, 1992.

LUI, K.-J.; DARROW, W. W.; RUTHERFORD, G. W. A model-based estimate of the mean incubation period for AIDS in homosexual men. *Science*, v. 240, n. 4857, 1988.

LANGE J. M.; WOLF, F. de; GOUDSMIT, J. Markers for progression in HIV infection. *AIDS*, v. 3, 1989.

LAURINDO-TEODORESCU, L.; TEIXEIRA, P. R. Histórias da aids no Brasil – v. I. Saúde, Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST A e HV. Brasília: UNESCO, 2015a.

LAURINDO-TEODORESCU, L.; TEIXEIRA, P. R. Histórias da aids no Brasil – v. II. Saúde, Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST A e HV. Brasília: UNESCO, 2015b.

LEE, C. A.; KERNOFF, P. B. A.; PHILLIPS, A. N.; ELFORD, J.; JANOSSY, G.; TIMMS, A., et al. Serial CD4 lymphocyte counts and development of AIDS. *The Lancet*, v. 337, n. 8738, 1991.

LETVIN, N. L.; EATON, K. A.; ALDRIC, W. R.; SEHGAL, P.K.; BLAKE, B. J.; SCHLOSSMAN, S. F., et al. Acquired immunodeficiency syndrome in a colony of macaque monkeys. *Proc. Natl. Acad. Sci. U S A*, v. 80, n. 9, 1983.

Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2018. Disponível em: <http://observatorioaids.saude.rs.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/Linha-de-Cuidado-E-book.pdf>. Acesso em: 25 maio 2024.

McFadden, M. Luckiest Guy. *On Curating*, n. 42, p. 31-33, 2019.

MERTENS, T. E.; LOW-BEER, D. HIV and AIDS: Where is the epidemic going? *Bull World Health Organ.*, v. 74, n. 2, 1996.

MONTEIRO, S.S.; BRIGEIRO, M.; VILELLA, W. V.; MORA, C.; PARKER, R. Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. *Ciência & saúde coletiva*, v. 24, 2019.

NOGUEIRA, J. A. *Fisioterapia no Contexto da Assistência Domiciliar Terapêutica: Estudo de Pacientes com AIDS*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

PANTALEO, G.; GRAZIOSI, C.; FAUCI, A. S. New concepts in the immunopathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *N. Engl. J. Med.*, v. 328, n. 5, 1993.

PEAR, R. Aids blood tests to be available in 2 to 6 weeks. *New York Times*, Nova York, p. 23, 3 mar. 1985.

Persistent, generalized lymphadenopathy among homosexual males. Atlanta, 1982. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001104.htm>. Acesso em: 25 maio 2024.

REVETS, H.; MARISSSENS, D.; DE WIT, S.; LACOR, P.; CLUMECK, N.; LAUWERS, S., et al. Comparative evaluation of NASBA HIV-1 RNA QT, AMPLICOR-HIV monitor, and QUANTIPLEX HIV RNA assay, three methods for quantification of human immunodeficiency virus type 1 RNA in plasma. *J. Clin. Microbiol.*, v. 34, n. 5, 1996.

Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual da Saúde. Organizações Não Governamentais (ONGs). Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/organizacoes-nao-governamentais-ongs>. Acesso em: 25 maio 2024.

Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual da Saúde. *A maioria da epidemia - Vivências na trajetória dos 21 anos da Aids no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, 2008.

SHAMPO, M. A.; KYLE, R. A. Luc Montagnier – discoverer of the AIDS virus. *Mayo Clinic proceedings*, v. 77, n. 6, 2002.

SPERLING, R. S.; SHAPIRO, D. E.; COOMBS, R. W.; TODD, J. A.; HERMAN, S. A.; MCSHERRY, G. D., et al. Maternal Viral Load, Zidovudine Treatment, and the Risk of Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 from Mother to Infant. *New England Journal of Medicine*, v. 335, n. 22, 1996.

Status Report on the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *JAMA*, v. 254, n. 10, 1985.

TSOUKAS, C. M.; BERNARD, N. F. Markers predicting progression of human immunodeficiency virus-related disease. *Clin. Microbiol. Rev.*, v. 7, n. 1, 1994.

UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics – Fact sheet 2023, 2023. Disponível em: https://reliefweb.int/report/world/global-hiv-aids-statistics-fact-sheet-2023?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwTqmwBhBVEiwAL-WAYdEsHCYXyWA6d2sdQjljo3hubn_-UDXYMjn_7w1kp6YZSHsm25m5JRocW0IQAvD_BwE. Acesso em: 25 maio 2024.

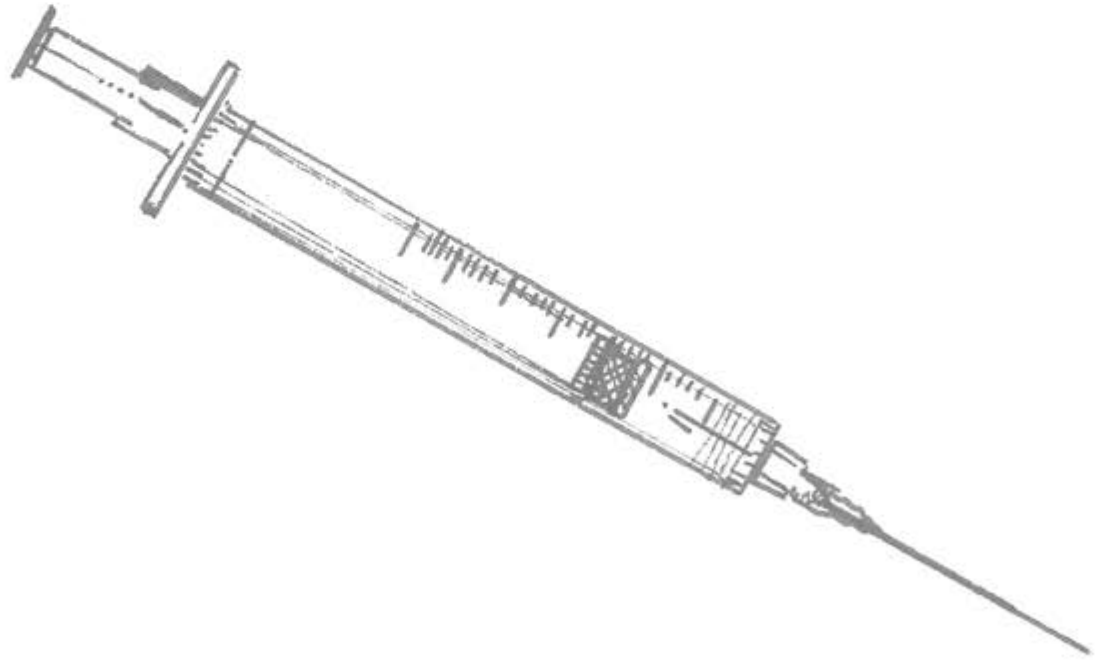
Weekly Epidemiological Record, v. 70, n. 50, p. 353-7.

WEISS, S. H.; GOEDERT, J. J.; SARNGADHARAN, M. G.; BODNER, A. J.; GALLO, R. C.; BLATTNER, W. A. Screening Test for HTLV-III (AIDS Agent) Antibodies: Specificity, Sensitivity, and Applications. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, v. 253, n. 2, 1985.

World Health Organization. HIV and AIDS, 2023a. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids?gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMizPeCp_HihAMVn1VIAB1C_ASCEAAYASAAEgIICPD_BwE. Acesso em: 25 maio 2024.

World Health Organization policy brief. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>. Acesso em: 25 maio 2024.

World Health Organization policy brief. The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission: policy brief. Geneva: World Health Organization, 2023b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055179>. Acesso em: 25 maio 2024.



Capítulo 11:

A PRIMEIRA PANDEMIA DO SÉCULO XXI: O ENFRENTAMENTO GAÚCHO À H1N1 EM 2009

Daiane Silveira Rossi

Desde o final do século XX, na América Latina e especialmente no Brasil, os temas da saúde, doença, medicina e ciências biomédicas têm chamado cada vez mais atenção da história, estabelecendo novos roteiros de pesquisa e novas interpretações. Sobretudo em nosso contexto recente, durante a pandemia da Covid-19, tanto médicos quanto historiadores foram convocados a dar explicações históricas sobre que outros momentos poderiam ser comparados àquela emergência global e que medidas tomadas em outras situações poderiam ser eficazes para o coronavírus. A aproximação entre história e medicina levou, por exemplo, ao reconhecimento da integração das dinâmicas entre saúde e sociedade, pensadas a partir de circuitos locais e nacionais nas análises sobre saúde e doenças.

Nesse sentido, o objetivo desse texto consiste em apresentar um estudo de caso do enfrentamento de uma epidemia em perspectiva histórica, a saber, a epidemia de H1N1 no Rio Grande do Sul, em 2009.

O SÉCULO XX A PARTIR DAS EPIDEMIAS DE INFLUENZA

Poderíamos demarcar o século XX através de duas pandemias de influenza: 1918 e 2009. A conhecida “gripe espanhola” ou ainda nomeada de “la dansarina”

ou gripe pneumônica, causada pelo vírus influenza H1N1, atravessou a *Belle Époque* em três ondas, entre abril de 1918 e março de 1919, infectando cerca de um terço da população mundial e matando aproximadamente 20 milhões de pessoas, sendo que alguns autores afirmam ter sido 50 milhões (Rossi, 2020).

Identificado pela primeira vez em 1933, o vírus influenza foi um dos primeiros a ser isolado. Segundo dados do Instituto Butantan, o vírus influenza foi identificado por 4 tipos: A, B, C e D. Os tipos A e B possuem duas proteínas: hemaglutinina (HA) e neuraminidase (NA). A partir do tipo A, atualmente há 18 diferentes hemaglutininas (de H1 até H18) e 11 neuraminidasas (de N1 até N11).¹ É a combinação dessas proteínas que nomeiam os vírus. A diversidade de subtipos pode resultar em mais de 30 mil variantes de vírus, mas somente três deles estão adaptados para infectar humanos até agora: H2N2, H1N1 e H3N2. Atualmente, apenas os dois últimos estão em circulação global. A maioria dos outros arranjos afeta principalmente aves aquáticas e selvagens, que são consideradas os hospedeiros naturais do vírus. Eles também têm a capacidade de infectar e provocar doenças em aves domésticas, mamíferos aquáticos, porcos, morcegos e outros mamíferos.

Ao longo do século XX, houve outras epidemias de gripe em nível mundial, como a “asiática”, causada pelo vírus influenza A/Cingapura/1/57(H2N2), entre 1957 e 1958, iniciada na China, levando a óbito 4 milhões de pessoas. Costa e Merchan-Hamann (2016, p.16) afirmam que ela chegou a contaminar de 40 a 50% do mundo. No Brasil, os primeiros casos foram registrados em julho e, na segunda quinzena de agosto de 1957, um surto foi identificado em Uruguaiana, no Rio Grande do Sul. Um estudo sobre Porto Alegre apontou que aproximadamente 34% dos habitantes da cidade adoeceram com gripe asiática.



Figura 1: JK - Presidente Juscelino Kubitschek participa de reunião ministerial sobre vacina contra a gripe asiática, no Palácio do Catete, Rio de Janeiro, em 12 de agosto de 1957. Fonte: Acervo pessoal do Dr. Marcelo Comerlato Scotta. Fonte: Arquivo Nacional. Fundo Agência Nacional.

No final dos anos 1960, a “Gripe de Hong Kong” matou cerca de 1 milhão de pessoas, infectadas com o vírus influenza A (H3N2). No contexto da Guerra do Vietnã e chegada do homem à lua, pouco se falou dessa doença, porém foi uma catástrofe global. De acordo com a BBC, Nova York decretou estado de emergência e Berlim foi obrigada a guardar cadáveres nos túneis de metrô. Pacientes inundaram hospitais de Londres, onde pelo menos 20% das enfermeiras foram infectadas, segundo o jornal *The Telegraph*. Em algumas regiões da França, o vírus deixou metade da força de trabalho de cama, e ao menos 30 mil mortos ao longo de dois anos. Algo semelhante ocorreu no Reino Unido e na Alemanha, que registrou mais de 60 mil mortes (Orgaz, 2020).

Na década de 1970 foi a vez da “Gripe Russa”. A origem da doença, provocada pelo vírus influenza tipo A (H1N1), de origem suína, remonta a outubro de 1977 na Rússia e, em fevereiro de 1978, já havia se espalhado globalmente. Adentrando o século XXI, em 2003 tivemos a “Gripe Aviária”, cuja origem se deu em 1997, quando pela primeira vez se registrou a transmissão do influenza A (H5N1) de aves para humanos. Desde 2003 são registrados surtos de Aviária, sobretudo em países asiáticos e africanos, mas não somente. Em abril de 2024, recentemente, foi registrado um surto de gripe aviária em vacas nos Estados Unidos, provocando um alerta da OMS para cuidado com o consumo de leite fresco e possível transmissão para humanos.

Mas, em termos globais, foi em abril de 2009 que a Organização Mundial da Saúde declarou pandêmica a Gripe A H1N1, conhecida como “gripe suína”. “Foi a primeira emergência de saúde pública de importância mundial declarada pela OMS. Foi um momento em que nós colocamos em prática o novo regulamento sanitário internacional, instrumento que ajuda a comunidade internacional a prevenir a graves riscos de saúde pública”, lembrou o secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), Wanderson Kleber, que na época coordenou na SVS a resposta nacional a pandemia de influenza e atuou como ponto focal para o regulamento sanitário internacional (Ascom SE/UNA-SUS, 2019).

O aumento de casos pandêmicos ficou evidente no final da temporada de gripe anual no hemisfério norte em 2009, sendo os primeiros casos identificados no México em março daquele ano. Logo após o anúncio da OMS, já é possível identificar em jornais de grande circulação do Brasil como O Globo, Folha de São Paulo e Correio Brasiliense os alertas para a população, principalmente informando quanto a prevenção. No país, a doença chegou em maio quando foram registrados 20 casos da enfermidade nos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins.



Figura 2: CAPA Zero Hora, 27 abril de 2009 – Surto de gripe suína põe mundo em alerta.
 Fonte: Surto [...], 2009, p. 1

Apenas um mês após o início da pandemia, no final de junho, o vírus já havia infectado 627 pessoas em todo o país, sendo o primeiro óbito registrado no Rio Grande do Sul. Segundo dados da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), essa pandemia levou à morte entre 151 e 575 mil pessoas em todo o mundo. Seu fim foi decretado pela OMS em 10 de agosto de 2010, entrando em uma fase pós-pandêmica, o que significa que o vírus continua circulando, mas em intensidade diferente e mais baixa em diferentes países.

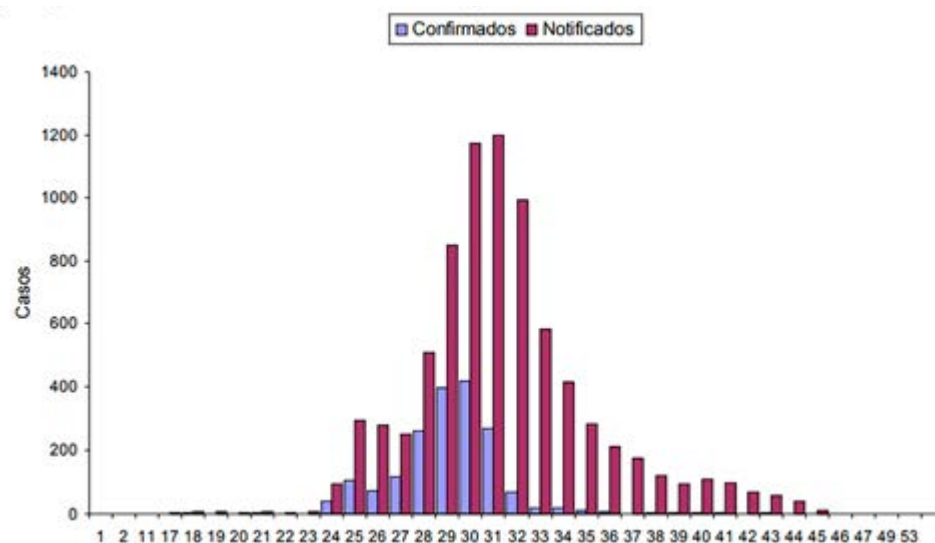
INFLUENZA H1N1 DE 2009 NO RIO GRANDE DO SUL

De acordo com o Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul, durante a pandemia o estado registrou 3.572 casos confirmados da doença, dos quais 298 evoluíram para óbito (Rio Grande do Sul, 2009a). A primeira confirmação se deu em Santo ngelo, município do noroeste do estado. Houve um aumento significativo na notificação de casos suspeitos da nova gripe após o feriado de Corpus Christi, entre 11 e 14 de junho, devido à intensa circulação

de gaúchos para países vizinhos como Argentina e Uruguai. Nas semanas seguintes, ainda em junho, foi constatada a transmissão comunitária do vírus.

Em 08 de julho, uma nova estratégia foi implementada, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, com o intuito de identificar de forma oportuna casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), monitorar as complicações da doença e diminuir o número de mortes. O ápice da epidemia ocorreu na semana epidemiológica 31, entre 02 e 08 de agosto, com a notificação de 1198 casos, depois disso, houve uma diminuição gradual, conforme podemos observar no gráfico abaixo publicado no Boletim Influenza A (H1N1) de 25 de novembro de 2009.

Gráfico 1: Casos notificados e confirmados de influenza A (H1N1) por semana epidemiológica no RS
Fonte: Sinan-Influenza/RS (Rio Grande do Sul, 2009c).



REPERCUSSÃO NOS JORNAIS GAÚCHOS

Em 25 de abril de 2009 a OMS declarou pandêmica a influenza A H1N1, alguns dias depois, em 01 de maio, a capa do jornal Zero Hora, em Porto Alegre, na capital gaúcha, já trazia o anúncio: “RS cria gabinete da gripe suína”, demonstrando a rápida ação do estado em relação a doença.



Figura 3: CAPA Zero Hora, 01 de maio de 2009 – RS cria gabinete da gripe suína
Fonte: RS [...], 2009, p. 1

Durante o mês de maio era comum identificar nos jornais gaúchos informativos sobre as causas da doença, modos de transmissão, cuidados preventivos e alertas sobre casos suspeitos. Havia, inclusive, como notificou a “Gazeta de Caxias”, no semanal de 02 a 08 de maio, muitas dúvidas em relação ao termo “gripe suína”, gerando confusão sobre se ao consumir carne suína seria possível contrair o vírus. Outra questão frequente dizia respeito ao tratamento e prevenção, esse mesmo jornal afirmou que as drogas zanamivir e oseltamivir, cujo nome comercial é Tamiflu, eram eficazes para a prevenção da doença. Informações equivocadas como essa levaram dezenas, centenas de pessoas a recorrerem às farmácias em busca do medicamento ao longo de vários meses. Em 19 de agosto de 2009, Zero Hora noticiava “Normas mais rígidas para farmácias tentam conter automedicação. Anvisa determina que até remédios simples como os analgésicos fiquem atrás do balcão, fora do alcance do cliente, e restringe venda por telefone e internet”. Naquele momento, ainda alertava a reportagem, a automedicação era responsável por 30% pelos casos de intoxicação registradas no país.

Um marco daquela pandemia foi o feriado de Corpus Christis, entre 15 e 16 de junho, devido à grande circulação e gaúchos. Os jornais explodiram com notícias informando o aumento expressivo do número suspeito de casos, como já podemos também observar no gráfico 1.

Quis o destino que o Rio Grande do Sul ficasse marcado na história da gripe A H1N1. Foi nele o registro da primeira morte pela doença no país: Vanderlei Vial, de 29 anos, que estava internado no Hospital São Vicente de Paulo, em Passo Fundo. O jovem, que era caminhoneiro, esteve na Argentina a trabalho por sete dias e ainda lá começou a sentir os primeiros sintomas, como febre, tosse e dor muscular. Chegando ao Brasil, foi internado em Erechim, no norte do estado, no dia 19 de junho e no dia seguinte foi confirmado o diagnóstico.

Transferido para Passo Fundo devido ao agravamento do quadro, o caso evoluiu para uma pneumonia viral e para óbito no dia 29 daquele mês. Jornais de todo país registraram o acontecido,² o ministro da saúde na época, José Gomes Temporão, se manifestou em apoio a família e reafirmou os esforços para evitar novas mortes.

No contexto daquele primeiro óbito, o Rio Grande do Sul era o quinto estado em número de casos, com 40, atrás apenas de São Paulo (308), Minas Gerais (69), Rio de Janeiro (66) e Santa Catarina (45). Já a Argentina, país vizinho e de onde foi importada a doença de Vanderlei Vial, registrava naquele momento mais de 1500 casos e 26 mortes. Poucas semanas antes, em 12 de junho, a capa da Zero Hora tentava acalmar a população afirmando em um título de meia página “Brasil garante gripe A sob controle apesar de alerta mundial”.

Com o início do inverno, entre fins do mês de junho e início do mês de julho a situação se agravou devido a frequência das baixas temperaturas. Em 30 de junho foi comprovado o primeiro caso de transmissão local, ou seja, o paciente não havia tido contato com ninguém no exterior, evidenciando que o vírus já circulava livremente pelo país. No mês de julho, os diagnósticos aumentaram drasticamente, a recomendação dos governos, a exemplo de outros países, foi pela suspensão das aulas ou adiamento das férias, como ocorreu no Rio Grande do Sul. Em Porto Alegre, uma das primeiras escolas a decretar a antecipação das férias foi o Colégio Militar, um grupo de quatro alunos estava em uma delegação que participou dos Jogos da Amizade em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. No retorno a capital, apresentaram sintomas de gripe e a escola decidiu suspender as aulas, em 15 de julho.

Logo o quadro se espalhou para todo estado e a Secretaria Estadual de Educação (SEC) recomendou que todas as aulas fossem suspensas. O retorno das férias, que estaria programado para 03 de agosto, foi postergado por mais 14 dias, significando o afastamento de 1,2 milhões de alunos de 2,6 mil escolas, segundo dados da SEC (Rio Grande do Sul, 2009b). A medida se deu justamente quando a pandemia chegou ao pico, com 2.283 casos, entre as semanas dos dias 02 e 08 de agosto, sendo 1198 somente no Rio Grande do Sul, significando mais de 50% dos registros no país.

Outra medida adotada no estado foi o decreto de situação de emergência em alguns municípios da fronteira oeste, por exemplo, Uruguaiana, Barra do Quaraí, São Borja e Itaqui. A ação foi pensada para facilitar a contratação de médicos e a compra de equipamentos e remédios, de acordo com o jornal “Correio Riograndense”, de Caxias do Sul, de 19 de julho de 2009.

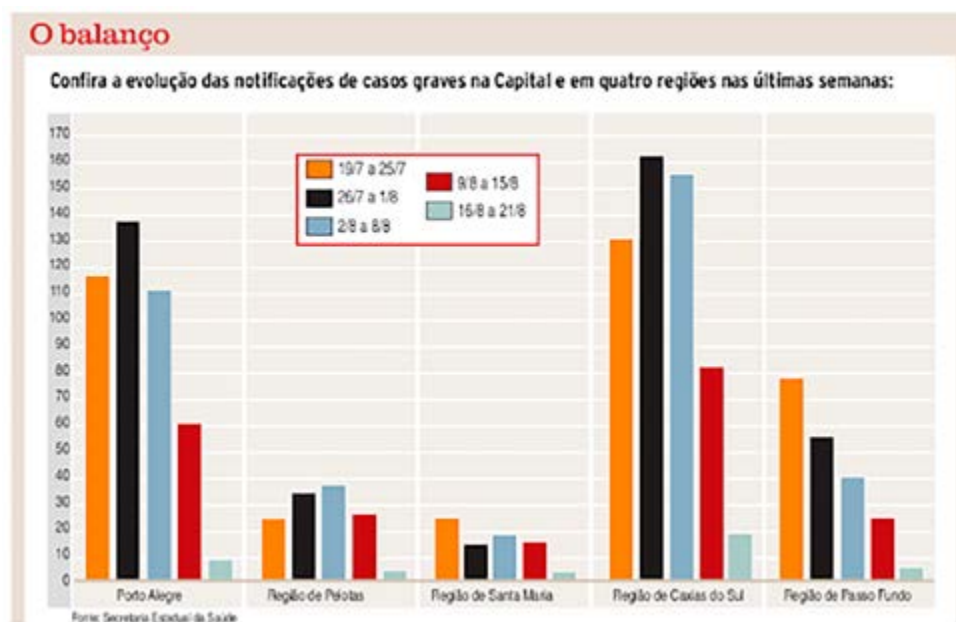
2

Entre os jornais que registraram a primeira morte no país, estava a Folha de São Paulo, em reportagem de Eduardo Cucolo (2009).

De acordo com o Centro Estadual de Vigilância e Saúde do RS, com o aumento de casos, foi necessário ampliar a oferta de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e disponibilizar Autorizações para Internação Hospitalar (AIHs) extras. Em determinado momento da pandemia, cirurgias eletivas tiveram de ser suspensas, permitindo a utilização das salas de recuperação como UTI e para isto foram distribuídos equipamentos (100 respiradores locados para 32 hospitais e 25 respiradores comprados para 11 hospitais). Também houve ampliação do Programa Inverno Gaúcho por meio de repasse financeiro estadual para 500 unidades básicas de saúde e ampliação do apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/SALVAR) com o objetivo de remover, com segurança, pacientes suspeitos de Influenza (Bercini *et al.*, 2011, p. 1).

A situação epidemiológica só começou a melhorar a partir do final de agosto, mas principalmente entre setembro e outubro. Em 22 de agosto de 2009, Zero Hora noticiava que os dados da Secretaria de Saúde estadual demonstravam uma desaceleração do vírus em todas as regiões. O estado, que entre 02 e 08 de agosto registrou mais de mil casos, naquela semana (22/08) possuía menos de 100 casos, significando menos de 10% em relação ao pico.

Gráfico 2: Evolução dos casos graves de H1N1 no Rio Grande do Sul
 Fonte: O balanço, 2009, p. 40.



A diminuição dos casos a partir de fins de agosto abrandou as medidas sanitárias adotadas pela população, o uso de máscaras descartáveis e álcool gel, por exemplo, já não eram mais tão comuns como se via meses antes. Outra mudança dizia respeito aos hospitais de campanha, Caxias do Sul e Porto Alegre, por exemplo, instalaram hospitais provisórios. Durante julho eles acumulavam filas, já em meados de setembro Zero Hora noticiava o esvaziamento daqueles espaços, embora alertasse que os cuidados ainda deveriam ser mantidos porque uma nova onda não estava descartada.

Segundo o epidemiologista Ricardo Kuchenbecker, do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, em entrevista a Zero Hora de 27 de novembro, cerca de 2 milhões de gaúchos entraram em contato com o H1N1, seja apresentando sintomas ou não. Isso significava que, aproximadamente, 9 milhões de pessoas ainda estariam sujeitas a uma provável infecção.

Enquanto no Brasil e especificamente no sul do país os casos diminuían, na Europa, com a aproximação do inverno, o alerta estava ligado. Desde meados de outubro até início de fins de novembro o número de mortes dobrou a cada duas semanas, chegando em quase 800 mortes entre abril e novembro.

Figura 4: Zero Hora, 16 de setembro de 2009 – *Alerta médico: Cuidados com gripe A devem ser mantidos*
 Fonte: Alerta [...], 2009, p. 4

Reportagem Especial

ALERTA MÉDICO

Cuidados com gripe A devem ser mantidos

Segunda-feira

Quando nos preparamos para enfrentar o inverno, muitas vezes esquecemos que os cuidados com a gripe A devem ser mantidos. Segundo especialistas, a doença pode voltar a causar danos graves, especialmente para os idosos e pessoas com doenças crônicas.

Segundo o epidemiologista Ricardo Kuchenbecker, do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, em entrevista a Zero Hora de 27 de novembro, cerca de 2 milhões de gaúchos entraram em contato com o H1N1, seja apresentando sintomas ou não. Isso significava que, aproximadamente, 9 milhões de pessoas ainda estariam sujeitas a uma provável infecção.

Enquanto no Brasil e especificamente no sul do país os casos diminuían, na Europa, com a aproximação do inverno, o alerta estava ligado. Desde meados de outubro até início de fins de novembro o número de mortes dobrou a cada duas semanas, chegando em quase 800 mortes entre abril e novembro.

A doença nos estados

Estado	Óbitos	Óbitos
Alagoas	10	10
Bahia	10	10
Distrito Federal	10	10
Paraná	10	10
Sergipe	10	10
São Paulo	10	10
Rio de Janeiro	10	10

EUA aprovam vacina

A Administração de Alimentos e Drogas dos Estados Unidos aprovou a primeira vacina contra a gripe A H1N1. A vacina foi desenvolvida pela Universidade de Michigan e é a primeira do mundo. Ela é feita a partir de células humanas e é considerada segura e eficaz. A vacina será distribuída gratuitamente para os idosos e pessoas com doenças crônicas. A vacina também será distribuída para os profissionais de saúde e para os viajantes internacionais.

A alternativa mais viável para conter o avanço do vírus e evitar as mortes era investir na elaboração da vacina contra o H1N1. De acordo com o Centro de Estudos Estratégicos (CEE) da Fiocruz, ainda no segundo semestre de 2009 as vacinas já começaram a ser desenvolvidas. O governo federal na época liberou 2,1 bilhões de reais para aquisição de vacinas, insumos, material de diagnóstico, equipamentos de hospitalização e ampliação dos leitos de UTI. Para garantir o imunizante, o Ministério da Saúde fechou parcerias com três laboratórios – Glaxo Smith Kline, SANOFI Pasteur e Novartis. Em colaboração com o governo paulista, o governo federal fez um acordo de licenciamento e transferência de tecnologia da vacina SANOFI Pasteur, que passaria a ser produzida pelo Instituto Butantan, com subvenção do Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde. Ao todo, o governo federal adquiriu 83 milhões de doses da vacina contra H1N1 (CEE-Fiocruz, 2021).

A campanha de vacinação iniciou no país em março de 2010. Ainda de acordo com o CEE/Fiocruz, em apenas três meses, utilizando as vacinas adquiridas e os novos lotes fabricados pelo Instituto Butantan, o Brasil conseguiu vacinar 92 milhões de pessoas, ultrapassando com ampla margem a meta em relação ao público-alvo. A estimativa era vacinar 80% dos grupos prioritários, mas conseguimos chegar a 88%.

O Brasil foi o país que mais vacinou em relação ao percentual da população total: 42% da população brasileira foi imunizada, índice superior ao registrado, por exemplo, nos Estados Unidos (26%), México (24%), Suíça (17%), Argentina (13%), França (8%) e Alemanha (6%). Até a pandemia da Covid-19, a campanha brasileira contra o H1N1 em 2010 foi a maior campanha de vacinação em massa do século XXI.

Diante desses números e da importância da vacinação para conter a pandemia, os jornais não ficaram de fora de uma ampla divulgação. A capa da Zero Hora de 08 de março de 2010 anunciava em destaque “Brasil começa hoje combate à gripe A”, seguida pelo resumo “Maior campanha de vacinação da história do país abre imunizando, numa primeira fase, índios e trabalhadores da saúde”. A reportagem ainda trazia o calendário completo da vacinação; somente na primeira etapa, que se estenderia até 19 de março, a estimativa era vacinar 157 mil gaúchos.

Os jornais também tiravam dúvidas sobre a vacina: quanto tempo para começar a fazer efeito; tempo que a dose protege; se pode vacinar crianças menores de 6 meses; ou ainda questões sobre contrair a doença mesmo vacinado ou sobre quem poderia vacinar.

Entre março e maio de 2010, período principal da campanha, mais de dez capas da Zero Hora noticiavam a respeito da vacinação. Segundo Bercini et al. (2011, p. 3), “O Rio Grande do Sul, em 2010, vacinou 4.898.723 pessoas, o que corresponde a 44,9% da população total. A vacinação obteve sucesso na maioria dos grupos elegíveis, havendo menor adesão dos adultos de 20 a 39 anos e gestantes”.

LIÇÕES DA PANDEMIA DE 2009

Desde 2009, a OMS, em colaboração com os países do Sistema Global de Vigilância e Resposta à Influenza, tem implementado uma série de medidas para aprimorar as estratégias de enfrentamento a potenciais pandemias. Há um esforço global na organização de grupos de trabalho, realização de reuniões científicas e no apoio aos países. O vírus da influenza é abordado em vários tratados internacionais devido ao seu potencial prejudicial em uma pandemia iminente, tanto em termos de saúde quanto de impactos econômicos e sociais.

Nos últimos anos, é constante a vigilância, elaboração de treinamentos e cursos para identificação e acompanhamentos de vírus respiratórios. São intensos os investimentos do Ministério da Saúde na melhoria do controle da influenza no Brasil, incluindo o aumento do número de unidades sentinelas que monitoram casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e Síndrome Gripal (SG). A rede de unidades sentinelas, juntamente com os laboratórios de referência, incluindo o Laboratório de Vírus Respiratório e do Sarampo do Instituto Oswaldo Cruz, uma referência na área, permite o acompanhamento da circulação do vírus influenza no país.

Durante a Covid-19, por exemplo, as unidades que monitoram casos de SRAG foram essenciais para mapear a evolução da doença no país, projetar ações e ditar medidas de controle direcionadas para regiões mais afetadas. Era comum vermos nos meios de comunicação mapas indicando a incidência de SRAG, que se relacionavam diretamente com o avanço do coronavírus.

O início desse texto mencionava que poderíamos pensar o século XX a partir de duas pandemias, a Gripe Espanhola e a H1N1, embora esta última já possa ser considerada um marco do início do século XXI. Nos últimos anos fomos atravessados pela devastação mundial da covid-19, no entanto, o legado da Gripe A H1N1 nos deu condições para enfrentar de forma mais eficaz a doença. Medidas de prevenção como máscara e álcool gel, por exemplo, já eram

velhas conhecidas dos gaúchos que lembram de 2009. Além da ampliação dos centros de mapeamento da SRAG, como mencionado, uma herança daqueles tempos.

Diante desses cenários, percebemos a união de forças entre médicos, governos estaduais, municipais e federal, além da iniciativa privada e dos meios de comunicação para tratar, prevenir e informar sobre a doença. Identificamos também a pandemia da H1N1 como um marco na história da epidemiologia gaúcha, sendo um legado de sucesso no que diz respeito às rápidas medidas de controle adotadas, e, posteriormente, na campanha de vacinação.

REFERÊNCIAS

Alerta médico: Cuidados com gripe A devem ser mantidos. *Zero Hora*, Porto Alegre, 16 set. 2009, p. 4.

ASCOM SE/UNA-SUS. *10 anos do surto global de H1N1*, 12 abril 2019. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/10-anos-do-surto-global-de-h1n1#:~:text=Em%20abril%20de%202009%2C%20a,m%C3%AAs%20de%20mar%C3%A7o%20de%202009>. Acesso em: 20 de março de 2024.

BERCINI, Marilina, et al. Medidas de Enfrentamento, Prevenção e Controle da Influenza no Estado do Rio Grande do Sul. Centro Estadual de Vigilância e Saúde do RS. *Boletim Epidemiológico*, v. 13, n. 3, setembro 2011.

CEE-Fiocruz. Combate à epidemia de H1N1: um histórico de sucesso, 26 jan. 2021. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1314#:~:text=A%20doen%C3%A7a%20chegou%20ao%20Brasil,no%20segundo%20semestre%20de%202009>. Acesso em: 30 abril 2024.

COSTA, Ligia Maria Cantarino da; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2016, v. 7, n.1, p.11-25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232016000100002>. Acesso em 26 maio 2024.

CUCOLO, Eduardo. Primeira morte por gripe suína é confirmada no país. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 29 jun. 2009. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2906200903.htm>. Acesso em: 10 abril 2024.

INSTITUTO BUTANTAN. *Quatro tipos de vírus, diversos subtipos possíveis, proteínas ligadas umas às outras*: conheça um pouco mais sobre o vírus influenza, 2022. Disponível em: <https://butantan.gov.br/bubutantan/quatro-tipos-de-virus-diversos-subtipos-possiveis-proteinas-ligadas-umas-as-outras-conheca-um-pouco-mais-sobre-o-virus-influenza>. Acesso em: 20 março 2024.

O balanço. *Zero Hora*, Porto Alegre, 22 agosto 2009, p. 40.

ORGAZ, Cristina J. Antes do coronavírus: a esquecida gripe de Hong Kong, epidemia que matou mais de 1 milhão há 5 décadas. *BBC News Mundo*, 18 maio 2020.

Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52706385>. Acesso em: 10 abril 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. *Situação epidemiológica: Dados*, 2009a. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/situacao-epidemiologica-dados-588b34630bcca>. Acesso em: 20 março 2024.

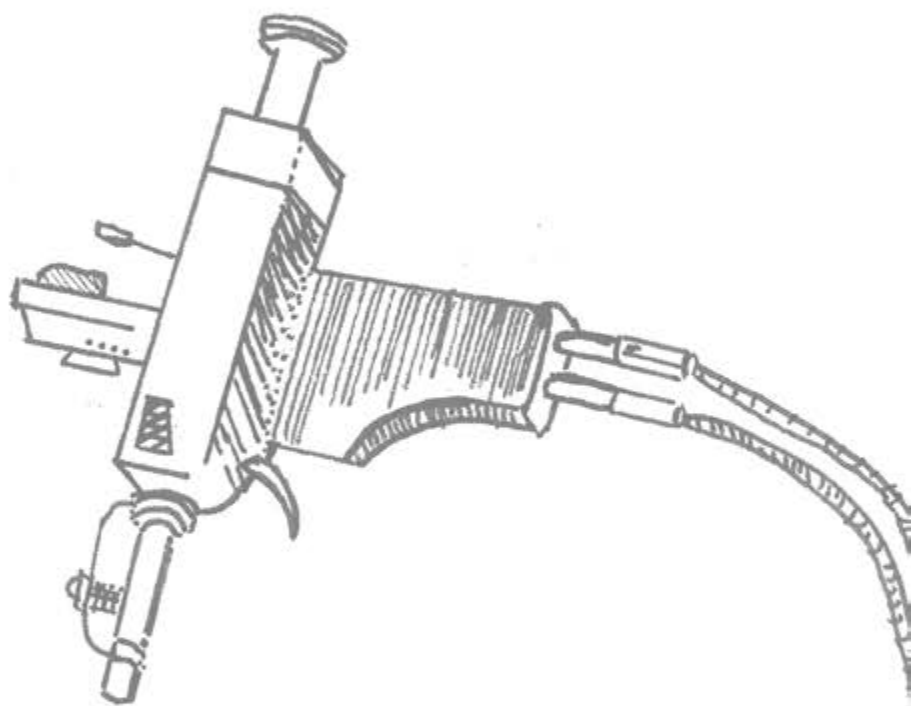
RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Educação. *Documentos orientam rede estadual sobre prevenção da Gripe A e prorrogação do recesso*, 30 julho 2009. Disponível em: <https://educacao.rs.gov.br/documentos-orientam-rede-estadual-sobre-prevencao-da-gripe-a-e-prorrogacao-do-recesso>. Acesso em: 10 abril 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Boletim Influenza A (H1N1) de 25 de novembro de 2009, 2009c. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1275051726093BOLETIM%2025.11.09.pd>. Acesso em: 20 março 2024.

ROSSI, Daiane Silveira. Elos entre o passado e o presente: a gripe espanhola no sul do Brasil e a pandemia de Covid-19. In: SÁ, Dominichi Miranda de. *Diário da pandemia: o olhar dos historiadores*. São Paulo: Hucitec, 2020.

RS cria gabinete da gripe suína. *Zero Hora*, Porto Alegre, 01 maio 2009, p. 1.

Surto de gripe suína põe mundo em alerta. *Zero Hora*, Porto Alegre, 27 abril 2009, p. 1.



Capítulo 12:

COVID-19: UMA PANDEMIA MÚLTIPLA, DESIGUAL E SEM FIM

Jean Segata
Juliara Borges Segata

1
O nome covid-19 resulta da combinação das iniciais em inglês de “doença do coronavírus”, *(co)rona(vi)rus (d)isease*, seguido do número 19, em referência a 2019, ano em que os primeiros casos da infecção foram reportados. Veja mais em World Health Organization, 2024a.

2
Para mais informações sobre a SARS, consulte World Health Organization, 2024b. Sobre a MERS, consulte World Health Organization, 2022.

3
Em inglês Public Health Emergency of International Concern (PHEIC). As recomendações completas do comitê de emergência da OMS estão disponíveis em: World Health Organization, 2020. A declaração de pandemia, feita pelo diretor da OMS, Tedros Adhanom, pode ser lida na íntegra em Adhanom, 2020.

O ano de 2019 não se encerraria somente com as tradicionais “boas festas” e votos de prosperidade. Sinais de uma tragédia iminente se avolumavam com uma espécie de pneumonia misteriosa que começava a se espalhar a partir da cidade de Wuhan, na China. Ela alarmava autoridades de saúde, deixando o mundo em estado de alerta naquele fim de dezembro. Em poucas semanas, um novo coronavírus, o Sars-CoV-2, foi identificado como o causador dessa infecção respiratória aguda, que recebeu o nome de covid-19.¹

O vírus que provoca a covid-19 é um parente próximo daquele que causou a SARS (Síndrome Respiratória Aguda Grave) em 2002 e da MERS (Síndrome Respiratória do Oriente Médio) identificada em 2012.² Ambos os vírus provocaram epidemias que intensificaram as preocupações das políticas de saúde internacionais, com altas taxas de mortalidade e apreensões globais sobre sua disseminação. O Sars-CoV-2 mostrou-se ainda mais contagioso e perigoso, evocando memórias desses surtos anteriores e ampliando o medo e a incerteza. Em seis semanas, o vírus já grassava em mais de 20 países, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020, a reclassificar o surto inicial como uma Emergência de Saúde Pública de âmbito Internacional (PHEIC) e, em 11 de março do mesmo ano, como uma pandemia, quando a infecção já provocava casos e mortes em 114 países.³

Em meio às notícias de novos casos se multiplicando por toda parte, a situação da Itália, em meados de fevereiro de 2020, tornou-se especialmente alarmante. O país rapidamente se tornou o epicentro da pandemia na Europa. Hospitais estavam sobrecarregados, e imagens de pacientes em corredores e de médicos exaustos correram o mundo, destacando a gravidade da situação. No final de março de 2020, Nova York também foi duramente atingida, com o sistema de saúde em colapso. A cidade teve de recorrer a câmaras frigoríficas para armazenar os corpos das vítimas, devido ao alto número de mortes em um curto período de tempo.

No Brasil, o vírus também chegou em fevereiro de 2020, com o primeiro caso confirmado em São Paulo. A primeira morte ocorreu em março, também em São Paulo, de uma empregada doméstica que trabalhava para uma família que havia viajado para a Itália. O país mergulhou em um cenário de caos: atividades foram suspensas, medidas de isolamento social foram implementadas, e o cotidiano das pessoas foi radicalmente alterado. Muitos passaram a limpar sacolas de supermercado com álcool e a adotar precauções extremas, enquanto outros negavam a existência do vírus ou minimizavam sua gravidade. O contraste entre o medo e a negação, amplificado pelo governo do ex-presidente Jair Bolsonaro (2019-2022), que frequentemente minimizava a gravidade da doença e desacreditava medidas de proteção, contribuiu para um ambiente de tensão e incerteza.

Em pouco tempo, os expressivos números de casos confirmados e de mortes pela doença evidenciariam que a covid-19 representaria uma das maiores tragédias do último século. Segundo o “Painel da OMS para covid-19”, passados quatro anos e meio desde o início do surto, foram registrados mais de 775 milhões de casos confirmados de infecção pelo vírus, resultando em mais de 7 milhões de óbitos. Os Estados Unidos lideram essa trágica estatística, com mais de 1,2 milhão de mortes, seguidos pelo Brasil, com mais de 712 mil. O Rio Grande do Sul, em particular, com mais de 3,1 milhões de confirmações, foi o terceiro estado brasileiro com mais casos e o quinto em número de mortes, com mais de 42 mil.⁴

A corrida pela produção de vacinas contra a covid-19 foi um marco histórico na ciência, caracterizado por uma colaboração internacional sem precedentes. Em tempo recorde, várias vacinas foram desenvolvidas, com destaque para as produzidas pela Pfizer-BioNTech, Moderna, AstraZeneca, Johnson & Johnson e a chinesa Sinovac. Em 14 de dezembro de 2020, o início da vacinação trouxe esperança para o controle da pandemia, mas também desencadeou uma disputa global pela compra dos imunizantes e pela “verdade”

4 O “WHO COVID-19 dashboard” está disponível em: World Health Organization, 2023. Para detalhamento epidemiológico da covid-19 no Brasil, veja “Coronavírus Brasil”, painel produzido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2024).

em meio ao negacionismo, às fake news, ao medo e à desconfiança que influíram sobre a hesitação e a aceitação das vacinas (Dubé, Ward, Verger *et al.*, 2021). No Brasil, a resposta inicial foi marcada por atrasos e controvérsias. O governo do presidente Jair Bolsonaro demorou a assegurar contratos de compra de vacinas, especialmente a Coronavac, desenvolvida pela Sinovac em parceria com o Instituto Butantan, que foi publicamente desacreditada por Bolsonaro devido à sua origem chinesa (Castro, 2021). Apesar das dificuldades iniciais, a campanha de vacinação foi gradualmente ampliada, e a imunização em massa ajudou a reduzir significativamente a transmissão do vírus, as hospitalizações e as mortes, permitindo um controle mais efetivo da infecção. Em 5 de maio de 2023, a OMS decretou o fim da PHEIC, embora continuasse a se referir à covid-19 como uma pandemia. Atualmente, a contaminação já se mostra controlada por meio da vacinação e outras medidas de proteção, mas os impactos sociais da pandemia persistem de forma desigualmente distribuída.

Embora o Sars-CoV-2 tenha provocado um evento em escala global, ele não foi universalmente homogêneo. Suas intensidades e expressões ainda são vividas de forma singular entre indivíduos e populações, especialmente em países como o Brasil, onde pretos, pardos, indígenas e pobres já enfrentam diversas vulnerabilidades socioambientais e sanitárias. Essas comunidades já vivem expostas a situações e eventos potencialmente doentios, agravados pela combinação perversa das persistentes arboviroses e outras doenças tropicais, pelos efeitos nocivos das frequentes flexibilizações trabalhistas e pelo racismo ambiental, que as tornam vítimas preferenciais de eventos climáticos extremos, como secas prolongadas e enchentes cada vez mais frequentes, mesmo em regiões onde eram incomuns. Por essa razão, a história da pandemia de covid-19 não pode ser apenas a história de um patógeno ou de uma doença em si. São emaranhados situados e contingentes, com materialidades, discursos e práticas e cargas desiguais de risco e vulnerabilidade que tensionam constantemente a homogeneidade das tendências epidemiológicas e das capacidades de resposta.

Este capítulo aponta para uma história antropológica da covid-19. Ele começa tensionando o caráter vírus-centrado da infecção, mostrando como, no Brasil, a pandemia se converteu em um evento crítico devido às condições sociais e políticas, ilustradas pela conduta nociva do governo do ex-presidente Jair Bolsonaro (2019-2022) em termos nacionais e pelo caso particular dos trabalhadores da indústria da carne no Rio Grande do Sul. Na sequência, são apresentadas experiências de mobilização, cuidado coletivo e luta pelos direitos à saúde, justiça, reparação e reconstrução da vida no contexto da pandemia, destacando a atuação da Associação de Vítimas e Familiares de

Vítimas da Covid-19 (AVICO), fundada em Porto Alegre em 2021. Por fim, o trabalho aborda a complexidade e as incertezas atuais sobre a covid longa, uma entidade nosológica emergente pós-covid-19, com contornos imprecisos e caracterizada por sintomas imprevisíveis e persistentes. Assim, afirmar que a pandemia é múltipla, desigual e sem fim não significa contestar a epidemiologia e a infectologia, mas destacar as histórias que se desenrolam para além das suas tendências. Trata-se de colocar em relevo desigualdades e violências estruturais pré-existentes e aquelas agravadas pela má gestão da pandemia, transformações na vida cotidiana, dores, sofrimentos e novas rotinas de quem ainda enfrenta sequelas e sintomas persistentes da doença.⁵

1. UM GOVERNO MAIS LETAL DO QUE O VÍRUS

A pandemia de covid-19 evidenciou e amplificou desigualdades preexistentes, tanto sociais quanto políticas, incluindo aquelas de gênero e raça. Condições inadequadas de moradia, acesso à saúde, educação, emprego e renda constituem os chamados determinantes sociais da saúde. Eles influenciam diretamente a vulnerabilidade das populações ao vírus e a capacidade de resposta à crise sanitária. Na antropologia médica de Merryl Singer e Barbara Rylko-Bauer (2021), essa condição é descrita como sindemia, ou seja, “a interação adversa sinérgica de duas ou mais doenças ou outras condições de saúde, promovidas ou facilitadas por condições sociais e ambientais” (Singer, Rylko-Bauer, 2021, p. 9). Essa situação é agravada pela violência estrutural, que Singer e Rylko-Bauer definem como “as maneiras frequentemente ocultas pelas quais estruturas de desigualdade, como pobreza, racismo e discriminação, impactam negativamente a vida e o bem-estar das populações afetadas” (Singer, Rylko-Bauer, 2021, p. 9).

No Brasil, esses determinantes sociais balizaram a pandemia desde os seus primeiros sinais. Populações vivendo em habitações superlotadas ou com infraestrutura inadequada enfrentaram maiores dificuldades em manter o distanciamento social e as práticas de cuidado necessárias para evitar a propagação do vírus. Comunidades com acesso limitado a serviços de saúde de qualidade enfrentaram desafios significativos na testagem e no diagnóstico precoce, aumentando a mortalidade e a morbidade entre esses grupos. A interrupção das atividades escolares e a transição para o ensino remoto exacerbaram desigualdades educacionais e digitais, especialmente para estudantes sem acesso à tecnologia ou internet de qualidade. Trabalhadores

⁵ Muitas das histórias da pandemia apresentadas neste capítulo já apareceram de forma mais detalhada em publicações anteriores. O tópico “Passando a boiada” recupera com poucas modificações análises publicadas na *eTropic - Eletronic Journal of Studies in the Tropics* (Segata, Beck, Muccillo, 2021), na *Vibrant - Brazilian Anthropological Journal* (Sordi, Segata, Lewgoy, 2022) e na *Peripherie: politik, ökonomie, kultur* (Segata, Sordi, Segata, Lewgoy, 2022). O tópico “as injustiças de uma doença persistente” sintetiza a análise desenvolvida na *Horizontes Antropológicos* (Segata, Löwy, 2024).

informais, aqueles em empregos precários ou considerados “essenciais”, foram os mais afetados pelas medidas de *lockdown*, sem a segurança de um emprego formal, benefícios sociais e meios de proteção contra o vírus em um contexto neoliberal de uma “economia que não pode parar”.

Há três décadas, o historiador da ciência médica Charles Rosenberg advertiu sobre a dificuldade de compreender catástrofes como a pandemia a partir dessas sensibilidades locais. Para ele, a natureza episódica e excepcional das catástrofes em saúde impõe respostas imediatas. O problema é que essas respostas ecoam modelos globais que, neste caso, tomam o vírus em si como uma infraestrutura que permite saltar de um contexto a outro, levando consigo conhecimentos e técnicas padronizadas. Esse modo de operação estandardizado evita interpretações culturalistas sobre saúde e doença e invisibiliza condições sociais e políticas (Rosenberg, 1992). O ponto é que o encapsulamento patógeno-cêntrico das infecções frequentemente conduz as políticas da Saúde Global e seus indicadores internacionais a ignorarem sensibilidades e explicações locais, dificultando a compreensão de seu caráter múltiplo e desigual (Matta, Moreno, 2014; Segata, 2020; Segata, Schuch, Damo *et al.*, 2021; Gamlin, Segata, Berrio *et al.*, 2021). Essa desigualdade não é uma propriedade especial de qualquer patógeno. Ela resulta da maneira mais ou menos contingente e situada de como é manejado seu controle, da atenção dada às diferentes populações e dos contextos específicos de cada região:

Distinções socioeconômicas, culturais, políticas, ambientais, coletivas ou mesmo individuais tensionam a homogeneidade do risco, da vulnerabilidade, da doença e do cuidado “vírus centrado” (...). De um ponto de vista antropológico, um vírus sozinho não faz pandemia tampouco explica a doença que pode resultar do contato com ele. Há sempre um emaranhado mais ou menos contingente que estabelece condições favoráveis para que eventos como este ganhem forma, extensão e intensidade (...). Então, a falta d’água em inúmeras comunidades faz pandemia. Economia e trabalho precário que impedem que toda a população se isole e viva o tempo do cuidado com a necessária segurança fazem pandemia. Os muitos negacionismos, as fake news, os números distorcidos e os protocolos continuamente flexibilizados fazem pandemia. O racismo estrutural e ambiental, as desigualdades de gênero, as injustiças e exclusões sociais e a falta de acesso aos direitos fundamentais fazem pandemia. Ônibus lotado, linhas de produção a todo vapor, festas clandestinas e comércio aberto também fazem pandemia. A lista de problemas recalcitrantes é grande e o vírus é só um dos itens dela (Segata, Schuch, Damo, Víctora, 2021, p. 9-10).

Se por um lado a violência estrutural e a condição sindêmica já impunham um desenvolvimento distinto da covid-19 no Brasil de forma geral, o ex-presidente Jair Bolsonaro (2019-2022) protagonizou uma série de ações nocivas que firmemente caracterizam os determinantes políticos dessa

catástrofe. De fato, uma das falhas mais notórias que se observou no Brasil foi a abordagem do governo em relação às medidas de prevenção e controle da disseminação do vírus, marcada por um desdém evidente pelas estratégias de saúde pública recomendadas por especialistas. A postura do então presidente, que frequentemente minimizava a gravidade da covid-19, referindo-se a ela pejorativamente como uma “gripezinha” e questionando a necessidade de uso de máscaras e a prática de distanciamento social, semeou dúvidas e desinformação, prejudicando a adesão da população às medidas preventivas essenciais:

Raros são os casos fatais de pessoas sãs com menos de quarenta anos de idade. Noventa por cento de nós não teremos qualquer manifestação, caso se contamine. (...) No meu caso particular, pelo meu histórico de atleta, caso fosse contaminado pelo vírus, não precisaria me preocupar, nada sentiria, ou seria, quando muito, acometido de uma gripezinha ou resfriadinho (Pronunciamento do Senhor Presidente da República, Jair Bolsonaro, em cadeia de rádio e televisão em 24 de março de 2020, citado por Ventura, Aith, Reis, 2021, p. 41).

A resistência do governo federal às medidas de *lockdown*, argumentando que os prejuízos econômicos seriam superiores aos benefícios para a saúde pública, exacerbou os conflitos com autoridades estaduais e municipais. Essa tensão minou a capacidade de uma resposta coordenada e eficaz à pandemia, criando um cenário de fragmentação e ineficiência (Ventura, Aith, Reis, 2021). A promoção e o incentivo a eventos públicos e aglomerações, ignorando as diretrizes de saúde pública, foram reflexos da negligência com que o governo tratava a pandemia, incentivando comportamentos de risco que contribuíram para a propagação do vírus (Figura 1).

Figura 1: *O culto à cloroquina*. Prancha montada por Juliara Borges Segata com imagens de veículos de comunicação sobre o “culto à cloroquina”, uma das marcas do negacionismo bolsonarista na pandemia.

Fonte: Google imagens e portais de notícias.



A comunicação governamental sobre a pandemia também foi marcada por inconsistências e contradições, com informações desencontradas entre diferentes ministérios e o presidente, complicando ainda mais a compreensão e implementação de medidas preventivas pela população. A falta de coordenação e até conflitos entre o governo federal e as administrações estaduais e municipais, especialmente em relação à distribuição de testes e equipamentos de proteção individual, a compra de vacinas e o aterrorizante episódio da falta de oxigênio na rede hospitalar de Manaus, no fim de 2020, evidenciaram uma desorganização que comprometeu a resposta nacional à crise.

Até março de 2021, o Brasil não possuía sequer formalmente uma coordenação nacional efetiva de resposta à pandemia, tampouco uma campanha nacional de prevenção que destacasse a gravidade da doença e disseminasse medidas de prevenção de eficácia comprovada, como o uso de máscaras e o distanciamento físico (Ventura, Aith, Reis, 2021, p. 27).

Essa abordagem desarticulada foi amplificada pela problemática gestão da informação, com o governo sendo acusado de disseminar desinformação sobre a pandemia, como muito bem documentou a *Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia*, instituída pelos requerimentos nos 1.371 e 1.372, de 2021 (Senado Federal, 2021, p. 619). Isso incluiu desde a promoção de tratamentos sem eficácia comprovada até questionamentos sobre a segurança e eficácia das vacinas. A desinformação propagada comprometeu não apenas a adesão às medidas de saúde pública mas também contribuiu para a hesitação vacinal, atrasando o processo de imunização e estendendo os efeitos da pandemia (Senado Federal, 2021, p. 195). A lentidão na negociação e aquisição de vacinas agravou ainda mais a situação, com relatos de oportunidades perdidas para adquirir doses em momentos críticos. A hesitação em firmar acordos com fabricantes de vacinas deixou o Brasil atrás de outros países na imunização de sua população, prolongando a vulnerabilidade do país ao vírus e abrindo espaço para que corporações da saúde oferecessem soluções milagrosas (Figura 2). Foi o caso do estímulo ao uso de fármacos sem eficácia comprovada e o “tratamento precoce”, criminosamente adotado por alguns profissionais de saúde e instituições, como a Prevent Senior (Senado Federal, 2021, p. 211, 833). Além disso, a aparente aposta em uma estratégia de imunidade de rebanho por meio da contaminação natural, em detrimento de uma campanha de vacinação eficiente, refletiu um grave mal-entendido sobre estratégias de saúde pública e os riscos associados à covid-19 (Senado Federal, 2021, p. 46).



Figura 2: *Promovendo a hesitação vacinal*. Prancha montada por Juliara Borges Segata com imagens de veículos de comunicação mostrando apoiadores de Bolsonaro ecoando a desinformação sobre a vacina.

Fonte: Google imagens .

Se é fato que o vírus é o mesmo que chegou em mais de duzentos países e territórios, o que fez diferença negativa na intensidade da tragédia no Brasil foi a inação e a condução negacionista da pandemia, uma característica tragicamente compartilhada com os Estados Unidos, sob a liderança do governo republicano de Donald Trump (2017-2021). Por isso, não é exagero afirmar que o marco do início da tragédia no Brasil talvez seja menos a chegada do vírus em si do que o pronunciamento de Bolsonaro naquele 24 de março de 2020. O pouco que se havia conseguido erguer em termos de ações governamentais em nível federal sob a liderança do então Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, foi atirado à lama. O próprio ministro demitido da pasta quinze dias depois (Mazui, 2020). O caos se iniciou no país e assim seguiu ao longo da pandemia.

2. PASSANDO A BOIADA

Em maio de 2020, a revelação da gravação de um encontro que reuniu a cúpula do governo federal expôs alguns dos meandros deste arranjo político-destrutivo da pandemia no Brasil. Em uma das cenas mais escandalosas, o então ministro do Meio Ambiente, Ricardo Salles, exaltou estarem eles diante da oportunidade de “passar as reformas infralegais de desregulamentação e de simplificação”, que “o mundo inteiro cobra”, enquanto a imprensa voltava a sua atenção para a pandemia. Nas palavras do ex-ministro:

precisa ter um esforço nosso aqui enquanto estamos nesse momento de tranquilidade no aspecto de cobertura de imprensa, porque só se fala de COVID

e ir passando a boiada e mudando todo o regramento e simplificando normas. De IPHAN, de ministério da Agricultura, de ministério de Meio Ambiente, de ministério disso, de ministério daquilo. Agora é hora de unir esforços pra dar de baciada a simplificação (Salles, 2020, p. 19-29, grifos nossos).

Na indústria de processamento de carne no sul do Brasil, de fato, a boiada passou durante a pandemia. Acidentes ocupacionais, lesões por esforço repetitivo, transtornos psiquiátricos, contaminação por substâncias químicas e biológicas, e adoecimentos resultantes da vulnerabilização imunológica devido às condições de trabalho estruturalmente insalubres são constantes na indústria frigorífica, afetando trabalhadores que frequentemente já lidam com outras cargas de vulnerabilidade, como migrantes e indígenas (Marra, Sousa, Canuto, 2013; Silva, 2013; Perrota 2016; Stefanuto, 2017; Jimenez Lopez, 2019; Granada, Grisotti, Detoni et al., 2021). Mas foi o alto índice de covid-19 entre os seus trabalhadores que evidenciou o quanto as flexibilização trabalhista combinada com a conversação do setor em “serviço essencial” na pandemia favoreceu a circulação, a exposição e a contaminação com o vírus (Sordi, Segata, Lewgoy, 2022).

No primeiro ano da pandemia, entre março de 2020 e março de 2021, o Estado do Rio Grande do Sul contabilizou 7693 casos confirmados de Covid-19 entre trabalhadoras e trabalhadores da indústria da carne. Em junho de 2020, esse número representou assustadores 32% do contingente de casos do Estado, ou seja, 1/3 da contaminação total. Um dado que evidencia a irresponsabilidade de medidas que privilegiam mais a saúde da economia do que aquela da população (Segata, Beck, Muccillo, 2021; Segata, Sordi, Segata, Lewgoy, 2022). Um cenário que preocupa ainda mais quando combinado com as frequentes flexibilizações ambientais no Estado (Figuras 3 e 4).

Em 2021, o governador Eduardo Leite (2019-2022 e 2023-atual) chegou a receber de entidades ambientalistas uma “condecoração” apelidada “Pulverizador de Ouro”, em referência às impressionantes liberações de agrotóxicos no Estado, por meio da Lei 15.671/21, combinada com a Lei 15.434/20, que produziu mais de 500 alterações no Código Estadual de Meio Ambiente (Weissheimer, 2021). Uma política nociva que ajudou a consolidar ainda mais o já assustador colonialismo químico brasileiro, que leva o país a consumir enormes quantidades de agrotóxicos proibidos em diversos países do mundo, incluindo até mesmo aqueles que os produzem (Bombardi, 2023). O que está em jogo, assim, é um circuito maior de destruição que favorece múltiplas situações adversas em saúde, como a violência lenta do adoecimento por exposição tóxica, mas também a própria emergência de novos patógenos,

considerando os efeitos nefastos do agronegócio sobre as ecologias locais e os ecossistemas globais, especialmente por meio da redução da biodiversidade e o aumento de vetores de doenças e a emissão de mais de 7 gigatoneladas de dióxido de carbono por ano na atmosfera (Wallace, 2020a, 2020b). Não menos importante, essas flexibilizações favorecem o desmatamento para expandir monoculturas e pastagens que avançam sobre biomas ameaçados, como o Pampa. Ademais, elas promovem e intensificam os efeitos devastadores dos eventos climáticos extremos, como secas prolongadas e enchentes, como a histórica vivida em 2024, cujos efeitos catastróficos se somam àqueles malcurados da pandemia no Estado (Velleda, 2024).



Figura 3: A covid-19 nos frigoríficos do Rio Grande do Sul. Prancha montada por JeanSegata com imagens de veículos de comunicação sobre as alarmantes números de casos de covid-19 em frigoríficos do Rio Grande do Sul.
Fonte: Google imagens .



Figura 4: O Pulverizador de Ouro. Em 03 de dezembro de 2021, Dia Internacional de Luta Contra os Agrotóxicos , em ato de protesto em frente ao Palácio Piratini, sede do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, entidades entregam simbolicamente a estatueta “O Pulverizador de Ouro” - Prêmio Amigo do Agrotóxico, ao governador Eduardo Leite.
Fonte: Foto de Juliara Borges Segata, acervo pessoal.

O relato de Nelson, um trabalhador da indústria da carne do Rio Grande do Sul, entrevistado via WhatsApp em uma pesquisa sobre os impactos sociais da pandemia, confirma esta situação, mas também revela os custos dessa decisão:

Trabalhei três dias com febre acima de 38 graus. Era Covid. Eu não podia parar. Ninguém parou. Se o responsável descobrisse que alguém estava doente, mandava para casa, porque existem protocolos. Mas quando você está em casa, o dinheiro não entra; a empresa desconta tudo. Então, tivemos que trabalhar mesmo sabendo do perigo de ficar doente e morrer. Eu não era o único daquele jeito. Todo mundo disfarçava. O pessoal tomava remédio para baixar a febre e enganar os verificadores de temperatura. Era assim, a gente tinha que continuar tocando. Foi um ano puxado, todo mundo acabou pegando Covid (Nelson, 46 anos, agosto de 2021).

Nelson trabalhava na linha de desossa de uma unidade frigorífica localizada em uma pequena cidade do interior do Rio Grande do Sul, onde se realizam operações de uma multinacional com sede nos Estados Unidos. Nas várias mensagens que trocamos em 2021, ele frequentemente lamentava os sintomas persistentes da covid-19 em seu corpo e ressaltava como o ritmo de trabalho havia se intensificado no frigorífico desde o início da pandemia, agravando o quadro de precariedade já conhecido no setor. Mas o cenário descrito por Nelson não é surpreendente, considerando que o Brasil atingiu um dos marcos mais expressivos da história da carne durante a pandemia. Em 2020, o país registrou um aumento de cerca de 10% na exportação de aves, suínos e bovinos, alcançando a segunda posição no ranking mundial de produção. Esta expansão, que se estendeu até pelo menos 2022, elevou o Brasil à liderança no setor e foi impulsionada por metas de trabalho mais aceleradas, horas extras e redução das pausas para descanso. Até mesmo restrições no uso de banheiros foram impostas, levando Nelson e seus colegas a limitar a ingestão de água.

Entretanto, os recordes de produção de carne durante a pandemia também revelam uma ambivalência assustadora. Após estar fora do mapa da fome por mais de duas décadas, o Brasil se viu novamente confrontado com o fantasma da insegurança alimentar (Galindo, Teixeira, Araújo et al., 2021). Um cenário desolador que ganhou atenção mundial por meio de imagens perturbadoras de pessoas disputando ossos para ter o que comer. O que acontece é que, inversamente ao aumento nos índices de produção e exportação exaltados pelo agronegócio, pesquisas econômicas revelaram um aumento vertiginoso no preço da cesta básica de alimentos, principalmente da carne bovina. Esse cenário afastou a comida da mesa do brasileiro durante a pandemia (DIEESE, 2021). Uma contradição evidencia que a vocação do agronegócio não é produzir alimento em escala democrática, mas lucro e adoecimento de forma intensiva (Segata, Sordi, Segata, Lewgoy, 2021). Nelson e milhares de outros trabalhadores

do setor estavam sujeitos a morrer de vírus ou de fome, enquanto produziam comida que alimentava a bolsa de valores e a fortuna dos senhores do capitalismo agroindustrial.

A alarmante situação socioambiental e sanitária do Rio Grande do Sul, evidenciada pelo cuidado com a economia em detrimento da saúde durante a pandemia de covid-19 na indústria frigorífica, ecoa problemas históricos da região. Em uma das contribuições mais originais sobre a construção da velha república gaúcha, a historiadora Sandra Jatahy Pesavento afirmou que “o setor agropecuário tendeu a se apresentar como uma das formas pelas quais o capitalismo pode se realizar no Sul” (Pesavento, 1980, p. 18). Ela colocou a carne - desde a criação do gado, passando pelo apogeu e decadência da charqueada, até a emergência da indústria do frio - no centro da compreensão das transformações político-econômicas do Rio Grande do Sul na primeira metade do século XX. Segundo ela, o Estado se ergueu sobre o solo precário de um capitalismo tardio, marcado pela dependência estrangeira, pela subordinação à economia central do Brasil e pela herança colonial.

A historiadora acertou não apenas em relação ao passado, mas também ao presente e, ao que tudo indica, ao infortunado futuro que se desenha atualmente com os traços fortes do agronegócio - um complexo emergente que combina interesses políticos e corporativos e que transformou a agricultura em uma indústria de bens agroenergéticos e *commodities* do sistema alimentar global. Neste cenário gaúcho, a cadeia de processamento da carne atua na produção intensiva de ecologias precárias e de rápida transformação, explorando e adoecendo simultaneamente humanos, animais e meio ambiente desde o século 19, quando o Rio Grande do Sul tornou-se um pólo internacional significativo na indústria do charque, que dependia largamente da mão de obra escrava.

Pesquisas em arquivos históricos pintam um quadro da notória crueldade da escravidão na região. Os escravos, frequentemente sujeitos a punições severas, eram obrigados a trabalhar com suas feridas abertas expostas ao sal, o que resultava em tortura contínua (Gutierrez, 2002). Além disso, os prontuários médicos da época mostram que o manuseio das pesadas peças de carne salgada agravava as já difíceis condições de trabalho, causando graves problemas de coluna (Loner, Gill, Scheer, 2012). Nas palavras dos cronistas da época, “uma boa charqueada deveria ser como uma prisão” (Dreys, 1839, p. 58), uma frase que reflete a severidade e opressão daquele período histórico.

Além da exploração humana e animal, a indústria do charque do século 19 no Sul do Brasil também causou significativa degradação ambiental. Os resíduos não tratados dessa indústria poluíam os rios e o ar criando “rios de

sangue e vísceras” e “nuvens de podridão”, conforme descrito nas fontes da época (Marques, 1987; Gutierrez, 2002). Essa poluição ambiental contribuía para a proliferação de doenças. Escravos trabalhando com os pés na água contaminada eram frequentemente infectados pela cólera. Nos dormitórios úmidos e coletivos, a tuberculose se alastrava. Além disso, havia o risco de contaminação pela peste bubônica, transmitida por ratos contaminados que infestavam os trens usados para transportar gado, charque e couro curtido entre o Brasil, o Uruguai e a Argentina (Schwartzmann, 2010).

Enfim, o agronegócio, setor em plena expansão no Estado, é uma versão neoliberal e tecnológica da *plantation*, uma das mais duradouras e nefastas heranças coloniais que continua a projetar sua sombra, impactando desproporcionalmente corpos segregados em ecologias precárias (Ferdinand, 2022). Migrantes, pretos, pardos e indígenas são conduzidos a níveis alarmantes de exposição a substâncias e situações contaminantes. Tanto no passado quanto no presente, essa exploração racializada e especista, o trabalho precário e a produção de ecologias doentias formam uma complexa memória que entrelaça e inscreve “na carne” o capitalismo e as infecções no Rio Grande do Sul.

3. DO LUTO À LUTA

Em meio à desesperança, ao medo, à incerteza e à revolta que ganhavam proeminência entre parte da população diante da trágica realidade da pandemia de covid-19 no Brasil, formas de resistência e luta também começaram a emergir. Uma mistura de emoções individuais e coletivas passou a se mobilizar com o objetivo de combater a desinformação e a inação promovidas pelo governo do ex-presidente Jair Bolsonaro e seus apoiadores e promover formas de apoio e cuidado, além de buscar melhores práticas de governança e saúde pública durante o período.

Especialmente a partir de março de 2021, movimentos sociais convocaram atos, e, apesar da situação pandêmica que exigia distanciamento físico, houve um retorno gradual das pessoas às ruas em protesto. Nesse período, organizações civis foram criadas para promover apoio, solidariedade, luta conjunta e esforços de recuperação. Um exemplo notável na história da pandemia a partir do Rio Grande do Sul é a AVICO – Associação de Vítimas e Familiares de Vítimas da Covid-19. Estabelecida em Porto Alegre em abril de 2021, a associação passou a oferecer suporte jurídico e psicossocial a indivíduos que se identificam como vítimas e familiares de vítimas da covid-19, refletindo o espírito de resistência e solidariedade emergente durante a pandemia (Figura 5).



Figura 5: A constituição da AVICO. Prancha montada por Jean Segata e Juliara Borges Segata com imagens de veículos de comunicação do Rio Grande do Sul com manchetes sobre a constituição da AVICO, em abril de 2021. Fonte: *Jornal Sul 21* e GZH.

“Viemos para botar o pé na porta”, declararam Paola Falceta e Gustavo Bernardes, fundadores da AVICO em uma entrevista publicada em 10 de abril de 2021 pelo Sul 21. Nela, anunciavam a criação da associação e sintetizando a sua disposição para enfrentar desafios, quebrar barreiras e iniciar mudanças no cenário de tragédia da pandemia no Brasil (Gomes, 2021). Paola Falceta e Gustavo Bernardes se identificam como vítimas da pandemia. Paola perdeu sua mãe, Dona Italira, que após buscar atendimento médico por outro problema de saúde, foi infectada com a covid-19 dentro do hospital. Gustavo, por sua vez, chegou a ser entubado após ficar internado por quase um mês, infectado pelo vírus. Ambos já se conheciam de outros movimentos sociais – ela atuava na área dos Direitos Humanos e ele no ativismo LGBT no contexto do HIV/AIDS. Diante das tragédias que viveram em suas próprias vidas e diante do cenário crescente de destruição em curso, surgiu a ideia de criar a associação:

As pessoas, por exemplo, estão sofrendo com o luto, não têm acolhimento e não têm a quem recorrer. São muitas pessoas passando pelas mesmas situações, pelos mesmos sintomas. Acreditamos que é preciso contribuir com essa discussão, com essa agenda na sociedade. Acredito que não pode ser reduzido a um debate médico-científico e às autoridades. A população que está sofrendo na pele, no dia a dia, as consequências, também precisa opinar (Gustavo Bernardes, co-fundador da AVICO, em entrevista ao *Jornal Sul*, Gomes, 2021, sp.).

É inconcebível que esteja morrendo tanta gente e ninguém esteja fazendo nada. Eu disse a ele: ‘me ajuda, me diz o que podemos fazer, porque eu não sei a quem recorrer’. Se não fizermos nada agora, se não pudermos pressionar o Estado, os órgãos de controle, seja o MP [Ministério Público], a Defensoria ou o Tribunal de Haia, continuarão morrendo milhares de pessoas por dia (Paola Falceta, co-fundadora da AVICO, em entrevista ao Jornal Sul21, Gomes, 2021, sp.).

No início, aproximadamente cem pessoas expressaram interesse em se mobilizar ao lado de Paola e Gustavo para fundar uma associação. Com a divulgação da ideia nas redes sociais, a AVICO rapidamente tomou forma. Em apenas dois meses, o número de interessados em participar da associação cresceu exponencialmente, alcançando cerca de mil pessoas. Esse grupo era composto tanto por vítimas da covid-19 e seus familiares, desejosos de encontrar suporte e comunidade, quanto por voluntários motivados a contribuir com os esforços de acompanhamento e apoio. Esse rápido crescimento demonstrava a extensão da necessidade e do desejo por uma rede de solidariedade e ação coletiva em resposta aos impactos da pandemia, consolidando a AVICO como um espaço vital de encontro e mobilização para aqueles diretamente afetados pela crise social e sanitária.⁶

A criação da AVICO foi impulsionada pela poderosa ideia “do luto à luta”, uma frase frequentemente invocada por seus membros. Essa expressão capta a essência de como os movimentos sociais desempenharam um papel crucial na mobilização e no fomento ao cuidado coletivo ao longo da pandemia, com as emoções compartilhadas servindo como catalisadores dessa mobilização. Diante da pandemia, sentimentos intensos como medo, tristeza, raiva e frustração emergiram, unindo as pessoas em sua busca por justiça e ação governamental, além de estimular a solidariedade mútua (Figura 6). “A luta” estava alicerçada em emoções vividas e compartilhadas coletivamente, como o luto e os sentimentos correlatos. Lutar é afirmar um valor, reafirmar identidade e construir uma comunidade e neste contexto, as emoções se transformam em impulso para ações políticas solidárias (Zenobi, 2020; Comerford, 1999).

⁶ Um ano depois, em meados de 2022, cerca de mil e quinhentas pessoas já completaram o formulário que está disponível no site da Associação, onde é possível fazer a solicitação para se associar. Para mais informações, visite o site da AVICO (2022). Você também pode acessar o formulário de associação da AVICO aqui: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScRRcuZjbiEKd B8Zt1LOu-5RV8aDG8 StttuKnFU uwKEJ9OcEYw/viewform>. Acesso em: 19 maio 2024. O tópico “as injustiças de uma doença persistente” sintetiza a análise desenvolvida na Horizontes Antropológicos (Segata, Löwy, 2024).

Figura 6: Logotipo da AVICO
Fonte: Website da AVICO (2022)



Como uma associação de abrangência nacional que experimentou uma rápida expansão, a AVICO iniciou um processo de organização em núcleos, estabelecendo representantes em praticamente todos os estados do Brasil. Durante suas reuniões semanais, a associação não só congrega seus membros, mas também acolhe representantes de outros coletivos impactados pela pandemia. Logo nos primeiros meses, a AVICO estimulou a constituição de núcleos estaduais, que começaram a se multiplicar em todas as regiões do Brasil, fazendo frente tanto ao cenário nacional quanto a situações críticas em nível local, organizando manifestações presenciais ou por meio de redes sociais. Além disso, foram estabelecidos contatos significativos com outras organizações que poderiam unir esforços à AVICO.

Uma das primeiras iniciativas da AVICO foi a formação de grupos de apoio psicossocial, destacadamente, aqueles dedicados a acolher pessoas enlutadas e oferecer apoio jurídico às vítimas da pandemia, cujos voluntários, altamente qualificados em saúde mental e no campo do direito, foram selecionados em conjunto com a então Diretora de Saúde da associação, marcando o início de uma série de ações focadas no cuidado e suporte coletivo. Esses grupos se reuniam semanalmente em sessões online através de aplicativos de videoconferência em reuniões que ofereciam um espaço para os participantes expressarem suas experiências sobre o luto e a perda repentina de entes queridos, muitas vezes exacerbada pela impossibilidade de uma despedida ritual adequada devido às restrições da pandemia. Além do apoio mútuo, eram discutidas estratégias para a reconstrução das rotinas diárias, a reorganização da vida profissional e escolar, e o enfrentamento de desafios econômicos e burocráticos. Isso incluía a navegação por obstáculos na administração de inventários, o gerenciamento de dívidas e a gestão de bens dos que partiram, bem como as lutas pelo devido registro de mortes decorrentes da covid-19. Essas dificuldades, já notáveis na época, escancaravam as muitas estratégias de algumas instituições para minimizar a dimensão da tragédia.

Desde o início, a AVICO também se empenhou em atividades nas redes sociais, realizando lives e outras iniciativas para conscientizar a população sobre a importância das políticas de cuidado individual e coletivo. Ela enfatizava a necessidade de atenção às fake news e denunciava as falhas e negligências das autoridades políticas e corporativas, amplamente noticiadas. Ao final de 2021, a associação já se destacava em manifestações públicas, reivindicando direitos à saúde e à proteção da população, além de apoiar o impeachment do ex-presidente Jair Bolsonaro (Figura 7).



Figura 7: *Manifestações da AVICO*. Prancha montada por Juliara Borges Segata. À esquerda, participação da AVICO na manifestação de 3 de julho de 2021 contra Bolsonaro. À direita, ato inter-religioso em homenagem às 500 mil vítimas de Covid-19 em Porto Alegre. Manifestação organizada por entidades religiosas (Fórum Inter-Religioso e Ecumênico do Rio Grande do Sul, Conselho Nacional de Igrejas Cristãs - CONIC, Conselho Estadual do Povo de Terreiro, Fundação Luterana de Diaconia - FLD, Cáritas Porto Alegre), bem como a CUT-RS e movimentos sociais.
Fonte: À esquerda, arquivo pessoal. À direita, AVICO.

As circunstâncias políticas do período, marcadas por uma gestão governamental que frequentemente minimizava a gravidade da pandemia e negligenciava medidas de prevenção e controle, impeliram a AVICO a um engajamento mais direto e posicionado contra as políticas do governo. A associação se viu na linha de frente, denunciando a inação e as políticas que contribuíram para a piora da situação sanitária no país, e cobrando responsabilização pelos erros e omissões que exacerbaram a crise. Foi nesse contexto que emergiu também a luta pela reparação, manifestações que culminaram em uma Ação Civil Pública acolhida pelo Ministério Público Federal (MPF), solicitando compensações por danos morais e materiais como forma de reparação às famílias dos falecidos, vítimas da covid-19, bem como àqueles que necessitam de alguma forma de assistência nos casos descritos como covid longa. Na época, a Ação Civil Pública requereu que os familiares dos falecidos por covid-19 fossem compensados em pelo menos R\$ 100 mil, e as famílias dos sobreviventes com sequelas graves/persistentes no âmbito da covid longa, em R\$ 50 mil. Além dessa compensação, a ação pedia 1 bilhão de reais a serem destinados ao Fundo Federal de Direitos Difusos, como forma de reparar o dano moral coletivo, a ser aplicado obrigatoriamente em ações, programas ou projetos de desenvolvimento científico. O valor total da ação foi estimado então em R\$ 62,5 bilhões. Além disso, no documento assinado por cinco procuradores federais, o MPF solicita um pedido de desculpas expresso do governo brasileiro às famílias das vítimas, além da responsabilização da União pelos atos praticados, dolosa e culposamente, por diversos agentes públicos federais, na condução da pandemia do coronavírus.⁷

7 Para obter mais informações sobre a Ação Civil Pública, visite: MPF pede que União [...], 2021. Em agosto de 2022, a Procuradoria-Geral da República (PGR) defendeu o arquivamento da denúncia apresentada pela AVICO, negando a inação do governo. Essa situação gerou uma nova onda de indignação na associação, especialmente considerando que o Procurador-Geral da República, Augusto Aras, é frequentemente descrito como “advogado de Bolsonaro” em vez de ser um defensor dos interesses da república. Para mais informações, consulte: PGR pede arquivamento [...], 2022.

Foi também em 2021 que a AVICO passou a protagonizar um conjunto de atividades que abordavam a covid longa, uma condição que começava a ganhar atenção global. Integrantes da associação compartilhavam ativamente nas redes sociais e grupos de WhatsApp informações e descobertas sobre a doença, muitas delas encontradas na internet. Eles discutiam as últimas pesquisas e artigos científicos, bem como reportagens de jornais, e muitos se identificavam com os sintomas e sequelas relatados. Devido ao contexto de negacionismo no Brasil, grande parte desses estudos e informações vinha do exterior, já que eram escassos os incentivos para pesquisa sobre a covid longa no país, assim como a produção de protocolos ou guias de manejo específicos para a doença.

4. AS INJUSTIÇAS DE UMA DOENÇA PERSISTENTE

Em meados de 2023, uma pesquisa descritiva conduzida a partir do Rio Grande do Sul recebeu respostas válidas para um questionário sobre covid longa.⁸ Os participantes incluíram associados da AVICO e trabalhadores da saúde de todo o Brasil, e os dados obtidos corresponderam a grande parte da literatura sobre o assunto. Entre os que responderam, 92% relataram sofrer de covid longa. Dentro deste grupo, 87% indicaram que estavam vivendo com fadiga crônica, e 82% relataram confusão mental, além de episódios de ansiedade e depressão. Problemas respiratórios (25%), problemas cardiovasculares (20%), ganho de peso (28%), alterações no olfato (8%), queda de cabelo (8%) e mais de 50 outros sintomas também foram relatados e registrados no questionário usado para explorar dados descritivos preliminares.

A menção de problemas com a saúde mental em indivíduos com sequelas de covid-19 já na primavera de 2020 é notável porque a questão das ligações entre covid longa e problemas neurológicos/psicológicos/psiquiátricos mais tarde se tornou um dos principais tópicos de controvérsia em relação a essa condição. Pacientes com covid longa insistem que suas dificuldades de saúde mental são uma consequência pouco surpreendente de viver com uma condição crônica, debilitante e imprevisível, enquanto alguns especialistas argumentam que problemas de saúde mental pré-existentes podem ser uma das principais causas para o desenvolvimento de covid longa. Essa sugestão de que a covid-19 também poderia agravar problemas de saúde mental pré-existentes, além de problemas cardíacos ou respiratórios, encontra resistência entre os pacientes de covid longa. Eles frequentemente temem que serão descartados como “loucos” por alguns profissionais de saúde, especialmente diante do ceticismo

⁸ O questionário, realizado através do Google Forms, foi distribuído por grupos de WhatsApp. Seu objetivo era produzir uma amostragem não probabilística para um estudo qualitativo mais amplo, incluindo análises documentais, entrevistas e coletas de narrativas de vida. Os participantes tinham a opção de apenas responder ao questionário ou de serem contatados para entrevistas e coletas de narrativas. Dentre os que responderam, 23% aceitaram ser contatados. As entrevistas têm ocorrido desde meados de 2023, via aplicativo Zoom, e a análise das narrativas colhidas a partir delas constitui o objeto de dois projetos em andamento, financiados pelo CNPq, intitulados, *Covid longa: construção, reconhecimento e impactos sociais de uma síndrome pós-viral* (Chamada CNPq/MCTI 10/2023 Universal, Processo 401752/2023-2) e *A covid longa no Brasil: um estudo etnográfico sobre o reconhecimento e as políticas de cuidado de uma síndrome pós-viral* (Chamada MCTI/Ministério da Saúde 21/23, Processo 444326/2023-5), ambos desenvolvidos pela Rede Covid-19 Humanidades MCTI (PPGAS-UFRGS), sob a coordenação de Jean Segata.

de alguns médicos quanto à legitimidade de seus sintomas como “meramente psicológicos” (Löwy, 2021).

Em outubro de 2021, a Organização Mundial da Saúde (OMS), seguindo um procedimento de consenso (o protocolo Delphi), propôs a definição para a “condição pós-Covid”:

a condição pós-covid-19 ocorre em indivíduos com histórico de infecção provável ou confirmada pelo SARS-CoV-2, geralmente três meses após o início da covid-19, com sintomas que duram pelo menos dois meses e que não podem ser explicados por um diagnóstico alternativo. Os sintomas comuns incluem fadiga, falta de ar e disfunção cognitiva, mas também outros [...] que geralmente impactam o funcionamento diário. Os sintomas podem ser de início recente, após a recuperação inicial de um episódio agudo de covid-19, ou podem persistir desde a doença inicial. Os sintomas também podem variar ou recidivar ao longo do tempo. Uma definição separada pode ser aplicável a crianças. (World Health Organization, 2021, p. 1, *tradução nossa*).

A definição da OMS pode parecer clara, mas está longe disso. Um problema é definir uma condição apenas por exclusão (Al-Aly, 2021). Outro desafio é diferenciar entre problemas médicos causados pela covid-19, como problemas identificáveis nos pulmões, coração ou rins, e sintomas incapacitantes em pacientes com resultados de exames normais. O primeiro tipo de seqüela, condições crônicas identificáveis, geralmente ocorre em pessoas hospitalizadas por covid-19 grave, vistas como consequências diretas da infecção. O segundo tipo, envolvendo sintomas “medicamente inexplicáveis” e desconcertantes, aparece em muitas mais pessoas, predominantemente aquelas com covid-19 leve ou moderada (Callard, 2020).

O termo-chave é medicamente inexplicado. Pessoas que desenvolvem problemas médicos que podem ser visualizados através de exames diagnósticos padrão após um episódio de covid-19 são classificadas como tendo uma “doença real” e, quando possível, têm acesso a recursos médicos e sociais apropriados. Elas são percebidas como sofrendo de doença cardíaca, doença respiratória ou algum outro tipo de patologia bem definida. Em contraste, a indivíduos com sintomas medicamente inexplicáveis, muitas vezes esse acesso é negado. Além disso, se continuarem a procurar ajuda médica com novos sintomas igualmente inexplicáveis, às vezes são rotulados como “problemáticos” (Figura 7).

Além disso, mesmo mais de três anos após os relatos iniciais dos efeitos duradouros da covid-19, persiste uma terminologia alternativa tanto no discurso oficial quanto no popular, como “COVID de longa duração”, “condição pós-COVID”, “síndrome pós-COVID”, “síndrome crônica de COVID” (CCS) e “sequelas pós-agudas da COVID-19” (PASC). Todos os nomes incluem o termo

‘covid’ - mas alguns usam o termo ‘síndrome’, outros ‘condição’ ou ‘sequelas’ - e nenhum usa o termo ‘doença’. Pacientes, particularmente aqueles em movimentos sociais, estão enfatizando que a covid longa deve ser reconhecida como uma doença única, distinta de ser apenas uma sequela da covid-19

A razão para isso é que, enquanto todos os sintomas relatados são debilitantes, a fadiga crônica e episódios de confusão mental, ansiedade e depressão são particularmente perversos e alarmantes. A maioria das pessoas afetadas pela covid longa, que são mulheres, relatou a indiferença dos médicos em relação a esses sintomas. A gravidade deles era frequentemente minimizada por expressões como “todos nós estamos passando por muitas dificuldades, é apenas estresse, mantenha a calma”. Esse tipo de resposta médica reforça os estigmas em relação à saúde mental e indica desconsideração e negligência em relação à covid longa. De acordo com essas mulheres, apenas queixas relacionadas a alterações cardíacas e respiratórias eram “levadas a sério” (Segata, Löwy, 2024). No entanto, mesmo nesses casos, o encaminhamento médico era frequentemente para especialistas que as tratavam como pacientes cardíacos ou respiratórios, no máximo relegando a covid-19 a um diagnóstico diferencial secundário em seus históricos médicos. A covid longa, por sua vez, era completamente ignorada em conversas e registros médicos. Além das considerações médicas serem reduzidas a sintomas físicos, o principal cuidado pós-covid disponível na rede pública de saúde é focado na reabilitação pós-hospitalar. Para essas mulheres, isso representa mais uma maneira pela qual a covid longa é tornada invisível (Segata, Löwy, 2024).

É essencial diferenciar a necessidade de fisioterapia pós-hospitalização, que está mais diretamente relacionada a procedimentos médicos como longas hospitalizações e intubação em casos graves, do tratamento das sequelas da covid-19, ou seja, determinar se os sintomas são devidos ao tratamento ou à própria doença. Na ausência de ‘sequelas óbvias’, relatos de fadiga e ansiedade dessas mulheres eram frequentemente subestimados em comparação com aqueles que requeriam reabilitação pós-hospitalar, ecoando uma história longa de estigmas de gênero, que vem desde a neurastenia e a histeria, por exemplo. Essa desconsideração gerava um sofrimento adicional, permeado por sentimentos de revolta, raiva e frustração (Figura 8). Quanto menor o acesso a tratamentos médicos adequados, maior era o sofrimento diante da negligência, destacando como experiências e condições de vida, incluindo questões de gênero, classe e raça, impactam a saúde e o bem-estar, sobretudo no contexto de queixas sobre fadiga crônica (Ware, 1993).



Figura 8: *A pandemia que não terminou*. À esquerda, foto de máscara pendurada em um galho de arbusto, em frente ao Hospital Moinhos de Vento, em Porto Alegre (Dez. 2021). À direita, foto do memorial Memorial Nacional da Covid da Inglaterra, em frente ao lado do Hospital St. Thomas e em frente ao Parlamento (Jul. 2022). Fonte: Arquivo pessoal de Jean Segata.

Na ausência de sinais objetivos da covid longa, as descrições auto-relatadas de seus sintomas pelos pacientes continuam sendo uma fonte crítica de informação sobre essa nova condição. Em seu texto seminal, “The tyranny of diagnosis”, Rosenberg (2002) explicou como a “revolução diagnóstica” no campo da medicina do século XIX mudou radicalmente as trajetórias e experiências dos pacientes, a organização dos cuidados de saúde e também teve amplas consequências sociais em áreas como leis trabalhistas, segurança social, seguros ou saúde pública. Parafraseando Rosenberg, é possível argumentar que as pessoas com covid longa estão confrontadas com as consequências materiais e sociais da “tirania da ausência de diagnóstico”. Elas podem enfrentar dificuldades para obter acesso a recursos médicos e apoio social, dificuldades que, não surpreendentemente, são maiores para pacientes de classes sociais mais baixas.

A situação dos pacientes pode ser agravada pela “injustiça epistêmica” decorrente da descrença em seus relatos. Essa injustiça assume duas formas: a “injustiça testemunhal” – uma estereotipação negativa dos pacientes que mina sistematicamente a sua credibilidade – e a “injustiça hermenêutica” – uma consequência da falta de estrutura explicativa para os sintomas e sofrimento do paciente (Blease, Carrel, Geraghty, 2017; Carrel, 2016; Fricker, 2007). A última forma de injustiça epistêmica é frequentemente ampliada pela frustração dos médicos de não conseguir ajudar esses pacientes e pela consequente rotulação dos pacientes com sintomas inexplicáveis como “difíceis” (Sarradon-Eck, Dias, Pouchain, 2020). A injustiça epistêmica é ampliada pelas relações de poder desiguais entre médicos e pacientes. No Brasil, por exemplo, elas podem ser amplificadas ainda mais pela persistência do paternalismo médico, inclusive entre médicos que atuam no setor privado. A questão não é contestar o privilégio epistêmico dos profissionais, fundamentado em seu conhecimento especializado superior, mas sim uma negação sistemática da existência de um tipo diferente de privilégio epistêmico – o conhecimento experimental

do paciente, que merece ser reconhecido e respeitado, inclusive ao lidar com pacientes de camadas sociais vulneráveis. Para essa categoria de pacientes, a falta de reconhecimento de seu sofrimento é uma fonte adicional de frustração e angústia (Segata, 2022).

Como notou o antropólogo Didier Fassin na sua pesquisa sobre Aids na África do Sul, o corpo é um espaço onde as estruturas sociais e as experiências pessoais interagem (Fassin, 2007). A história que a pandemia inscreve nos corpos de quem ainda vive com os sintomas persistentes da covid-19 inclui, sim, os efeitos de um vírus, mas vai além. São corporificadas camadas de desigualdade, desrespeito aos direitos à saúde e as limitações e arrogâncias da biomedicina, especialmente em relação ao diagnóstico e tratamento de doenças funcionais. Por essa razão, a covid longa vai mais além do que uma síndrome pós-viral passageira, como ainda é frequentemente descrita. A falta de estruturas explicativas mais precisas para os sintomas dos pacientes, somada à incredulidade médica sobre seus testemunhos e as relações de poder desiguais entre ambos, ampliam e em muitos casos, perpetuam, as situações de frustração e sofrimento, que opera um processo complexo de transformação existencial.

Novos roteiros são mobilizados diariamente para lidar com sensações corporais, experiências e identidades que são reposicionadas à medida que os sintomas se tornam parte da vida cotidiana dessas pessoas. Torna-se difícil distinguir entre 'tudo bem' e 'sofrimento', especialmente em contextos crônicos, porque a covid longa já está corporificada. O que pacientes com covid longa experimentam ao longo do tempo não é propriamente a recuperação, mas um processo de transformação de si e do seu mundo (Segata, Löwy, 2024). Trata-se da emergência de uma nova pessoa, cuja história se torna inseparável da biografia da doença no seu corpo e na sua vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que muito expressivos, os números da pandemia pouco permitem compreender toda a complexidade desse tipo de evento, já que os impactos sociais implicados na tragédia sanitária excedem as repercussões epidemiológicas e se materializam em importantes transformações na maneira como cotidianamente é vivida a economia, o trabalho, a educação e a reconstrução das perdas entre diferentes populações (Segata, Segata, 2021). Para muitas pessoas, essas experiências que foram transformadas de forma tão

abrupta ainda constituem uma tragédia múltipla e em andamento, embora a pandemia já pareça ter sido esquecida pelas autoridades políticas e pelo Estado.

É fundamental reconhecer que a pandemia de covid-19 constitui uma tragédia sanitária de proporções complexas, cujos desafios transcendem fronteiras e requerem respostas coordenadas em escala global. No entanto, a ênfase na atuação do governo do ex-presidente Jair Bolsonaro durante esse período crítico decorre da evidente negligência com que lidou com a crise, falhando em adotar medidas eficazes para mitigar e combater os efeitos devastadores da pandemia. Como mostrado na primeira seção do texto, a ausência de uma estratégia abrangente, a promoção de desinformação e a resistência em seguir orientações científicas não apenas agravaram o impacto da covid-19, mas também evidenciaram uma despreocupação com a saúde e o bem-estar da população. Essa postura do governo não só exacerbou as consequências da pandemia, mas também ampliou o sofrimento e as perdas enfrentadas pelo povo brasileiro, destacando a necessidade crítica de responsabilidade e ação imediata frente a crises sanitárias.

O caso dos trabalhadores da indústria da carne no Rio Grande do Sul também ajudou a ilustrar na segunda seção do texto o modo como governos neoliberais trabalham para o bem-estar das corporações internacionais, mas não dos seus trabalhadores, nem dos ambientes que têm suas garantias cada vez mais flexibilizadas pelas bancadas do agronegócio. Vírus são, de fato, uma ameaça, mas não se pode fechar os olhos para os políticos que querem passar a boiada. Eles são os verdadeiros agentes do risco, porque facilitam o trabalho dos patógenos.

Mas, na pandemia de covid-19 no Brasil o Rio Grande do Sul também protagonizou histórias de resistência e luta pelos direitos à saúde. Como apresentado na terceira parte do capítulo, por meio da atuação da AVICO. Certo é que ela transcende a mera confrontação do governo Bolsonaro, abarcando um espectro de atividades essenciais para o apoio à população afetada pela pandemia. Dedicada à prestação de apoio psicossocial às famílias enlutadas e à produção e disseminação de informações confiáveis sobre a covid-19, a AVICO firmou-se como um agente nacional crucial de inserção no debate público a partir do Rio Grande do Sul, promovendo a conscientização e a educação sanitária. Este trabalho visava não apenas mitigar os efeitos psicológicos e emocionais devastadores da pandemia, mas também combater a desinformação que circulava amplamente, oferecendo um contraponto baseado em evidências e recomendações de saúde pública.

Finalmente, a última parte do artigo destacou como a pandemia ainda persiste na vida de muitas pessoas por meio da covid longa. Conformada como uma nova entidade nosológica com contornos ainda vagos, essa condição ganha terreno em meio às disparidades e injustiças sociais implicadas nesta atual zona nebulosa, complexa e incerta que é frequentemente descrita como o “fim da pandemia”. Pandemias, de fato, excedem as narrativas lineares de começo, pico e término. Elas são vividas em ciclos de intensidade e temporalidade cujo fim não se limita à diminuição da circulação do agente patógeno ou à redução das taxas de contaminação e morte. Portanto, em contraste com a esperança idealista da “erradicação biológica”, o fim de uma pandemia depende muito mais de uma contínua negociação política, ética e social de “níveis aceitáveis”, que permitem, quase sempre de forma bastante desigual, a “administração de uma vida social normal” (Charters, Heitman, 2021). Este é o cerne da questão: para quem vive com a covid longa, assim como para quem ainda lida com as perdas e a reconstrução de suas vidas, a pandemia ainda não terminou. Assumir a perspectiva de que a covid-19 é um evento social inacabado permite destacar as diversas perdas e transformações que continuam a provocar alterações significativas na vida das pessoas, mesmo após o término epidemiológico da pandemia. Isso inclui o luto, a recuperação do trabalho, o reequilíbrio financeiro e a qualidade de vida, que nem sempre são fáceis de resolver. É na experiência concreta inscrita nos corpos e nas vidas das pessoas afetadas que se constrói uma história antropológica da covid-19.

REFERÊNCIAS

ADHANON, Tedros. WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19. WHO, 11 mar. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 26 maio 2024.

AL-ALY, Ziyad. The WHO is letting down long COVID patients. *The Guardian, London*, 21 Oct. 2021. Disponível em: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2021/oct/17/who-long-covid-patients>. Acesso em: 30 out. 2023.

AVICO. Associação de Vítimas e Familiares de Vítimas da Covid-19, 2022. Disponível em: <http://avicobrasil.com.br>. Acesso em: 29 maio 2024.

BLEASE, Charlotte; CARREL, Havi; GERAGHTY, Keith. Epistemic injustice in healthcare encounters: evidence from chronic fatigue syndrome. *Journal of Medical Ethics*, [s. l.], v. 43, p. 549-557, 2017.

BOMBARDI, Larissa. *Agrotóxicos e colonialismo químico*. São Paulo: Editora Elefante, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Coronavírus Brasil*, 2024. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 maio 2024.

CALLARD, Felicity. Very, very mild: COVID-19 symptoms and illness classification. *Somatosphere*, [s. l.], 8 May 2020. Disponível em: <http://somatosphere.net/2020/mild-covid.html/>. Acesso em: 30 out. 2023.

CARREL, Havi. *Phenomenology of health care*. Oxford: Oxford University Press, 2016.

CASTRO, Rosana. Vacinas contra a Covid-19: o fim da pandemia? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e310100, 2021.

CHARTERS, Erica; HEITMAN, Kristin. How epidemics end. *Centaurus*, [s. l.], v. 63, n. 1, p. 210-224, 2021.

COMERFORD, John Cunha. *Fazendo a luta: sociabilidade, falas e rituais na construção de organizações camponesas*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

DUBÉ, Ève; WARD, Jeremy; VERGER, Pierre. Vaccine hesitancy, acceptance, and anti-vaccination: trends and future prospects for Public Health. *Annual Review of Public Health*, v. 42, p.175-191, 2021.

DIEESE. *Pesquisa Nacional da Cesta Básica de Alimentos - tomada especial de preços de dezembro de 2020 e do ano de 2020* [Nota à imprensa]. DIEESE, São Paulo, 11 jan. 2021. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/analise/cestabasica/2020/202012cestabasica.pdf>. Acesso em: 23 maio 2024.

DREYS, Nicolau. *Notícia Descritiva da Província do Rio Grande de São Pedro do Sul*. Rio de Janeiro: J. Villeneuve, 1839.

FASSIN, Didier. *When bodies remember: experiences and politics of AIDS in South Africa*. Oakland, United States of America: University of California Press, 2007.

FERDINAND, Malcom. *Uma ecologia decolonial: pensar a partir do mundo caribenho*. São Paulo: Ubu Editora, 2022.

FRICKER, Miranda. *Epistemic injustice: power & ethics of knowing*. Oxford: Oxford University Press, 2007.

GALINDO, Eryka; TEIXEIRA, Marco Antonio, ARAÚJO, Melissa et al. *Efeitos da pandemia na alimentação e na situação da segurança alimentar no Brasil*. Berlin: Food for Justice, 2021. (Food for Justice Working Paper Series, v. 4).

GOMES, Luís Eduardo. Associação de vítimas da covid-19 é criada para cobrar poder público: 'Viemos para botar o pé na porta'. *Sul 21*, 10 de abril de 2021. Disponível em: <https://sul21.com.br/geral-1/2021/04/associacao-de-vitimas-da-covid-19-e-criada-para-cobrar-poder-publico-viemos-para-botar-o-pe-na-porta/>. Acesso em: jul. 2023.

GUTIERREZ, Esther. *Negros, charqueadas e olarias: um estudo sobre o espaço pelotense*. Pelotas, Editora Universitária/UFPEL, 2002.

LONER, B. Ana; GILL, Lorena Almeida; SCHEER, Micaele I. Enfermidade e morte: os escravos na cidade de Pelotas, 1870-1880. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.19, p.133-152, 2012.

LÖWY, Ilana. Long COVID, chronic fatigue syndrome and women: the shadow of hysteria. *Somatosphere*, [s. l.], 25 maio 2021. Disponível em: <http://somatosphere.net/2021/long-covid.html/>. Acesso em: 30 out. 2023.

MARQUES, Alvarino da Fontoura. *Episódios do ciclo do charque*. Porto Alegre: Edigal, 1987.

MARRA, Gabriela; SOUSA, Luciana H.; CARDOSO, Telma A. Biossegurança no trabalho em frigoríficos: da margem de lucro à margem de segurança. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3259-3271, 2013.

MATTA, Gustavo. C.; MORENO, Arlinda. B. Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Atenção*, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 9-22, 2014.

MAZUI, Guilherme. Mandetta anuncia em rede social que foi demitido por Bolsonaro do Ministério da Saúde. G1, 16 abril 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/16/mandetta-anuncia-em-rede-social-que-foi-demitido-do-ministerio-da-saude.ghtml>. Acesso em: ago. 2023.

MPF pede que união indenize vítimas e famílias da covid 19. AVICO, 2021. Disponível em: <https://avicobrasil.com.br/mpf-pede-que-uniao-indenize-vitimas-e-familias-da-covid-19/>. Acesso em: 28 maio 2024.

PERROTA, Ana. P. Abate bovino e rede industrial: um estudo sobre a introdução e gestão racional e econômica das emoções dos animais. *Política & Sociedade: revista de sociologia política*, v. 15, n. 33, p. 68-95, 2016.

PESAVENTO, Sandra J. *República velha gaúcha: charqueadas, frigoríficos, criadores*. Porto Alegre: Movimento/IEL, 1980.

PGR pede arquivamento de ação de familiares de vítimas da covid contra Bolsonaro. *Jornal Correio Brasiliense*, 30 ago. 2022. Disponível em: <https://www.correiobrasiliense.com.br/politica/2022/08/5033581-pgr-pede-arquivamento-de-acao-de-familiares-de-vitimas-da-covid-contra-bolsonaro.html>. Acesso em: fev. 2023.

ROSENBERG, Charles. *Explaining epidemics*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

ROSENBERG, Charles. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *Milbank Quarterly*, [s. l.], v. 90, n. 2, p. 237-260, 2002.

SALLES, Ricardo. “Arquivo 0002.MTS - 00:00.133 (1)”; “Arquivo 0002.MTS - 01:00.343 (1805)”. In: Laudo n. 1242/2020. INC-DITEC Instituto Nacional de Criminalística. São Paulo, 2020.

SARRADON-ECK, Aline; DIAS, Maïté; POUCHAIN, Renaud. Ces patients “particuliers”. Comment les jeunes medecins (de)médicalisent les symptômes médicalement inexplicées. *Sciences Sociales et Médecine*, [s. l.], v. 38, n. 1, p. 5-30, 2020.

SCHWARTSMANN, Leonor. “Aspectos da Peste Bubônica em Porto Alegre no início do século XX”. In: GUILHERMANO, Luis, et al. (ed.). *Páginas da História da Medicina*. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2010, p. 101-109.

SENADO FEDERAL. *Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (Instituída pelos Requerimentos nos 1.371 e 1.372, de 2021)*. Relatório Final. Brasília: Senado Federal, 2021.

SEGATA, Jean. Covid-19, biossegurança e antropologia. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 26, v. 57, p. 275-313, 2020.

SEGATA, Jean. Chikungunya in Brazil, an endless epidemic. *Centaurus*, [s. l.], v. 64, n. 1, p. 133-144, 2022.

SEGATA, Jean; SEGATA, Juliara Borges Segata. “Prefácio: muito além do vírus”. In: PIMENTA, Denise N.; ALMEIDA, Juniele, R.; LIMA, Lívia M. G. (Ed.). *(Im) permanências: história oral, mulheres e envelhecimento na pandemia*. Rio de Janeiro: Letra & Voz, 2021, p. 13-17.

SEGATA, Jean; BECK, Luiza, MUCCILLO, Luísa Beyond exotic wet markets: Covid- 19 ecologies in the global meat-processing industry in Brazil. *eTropic – Eletronic Journal of Studies in the Tropics*, v. 20, n. 1, p. 94-115, 2021.

SEGATA, Jean; SCHUCH, Patrice; DAMO, Arlei; VÍCTORA, Ceres. A Covid-19 e suas múltiplas pandemias. *Horizontes Antropológicos*, 27(59): 7-25, 2021.

SEGATA, Jean, SORDI, Caetano; SEGATA, Juliara; LEWGOY, Bernardo. Ungesunde ökologien, prekäre arbeit und pandemie in der globalisierten fleischindustrie im Süden Brasiliens. *Peripherie: politik, Ökonomie, kultur*, 4, 2022, p. 386-404.

SEGATA, Jean; LÖWY, Ilana. Covid longa, a pandemia que não terminou. *Horizontes Antropológicos*, v. 30, n. 70, e700601, 2024.

SILVA, Allan R. de Campos. *Imigrantes afro-islâmicos na indústria avícola halal brasileira*. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) - Universidade São Paulo, São Paulo, 2013.

SINGER, Merry; RYLKO-BAUER, Barbara. The syndemics and structural violence of the COVID pandemic: anthropological insights on a crisis. *Open Anthropological Research*, v. 1, p. 07-32, 2021.

SORDI, Caetano; SEGATA, Jean; LEWGOY, Bernardo. Covid-19 and disaster capitalism: “passando a boiada ” in the Brazilian meat processing chain. *Vibrant - Virtual Brazilian Anthropology*, v.19, p. 1-17, 2022.

STEFANUTO, Míriam. R. *Trabalho calado: os Kaingang do Toldo Chimbanguê e as indústrias da carne*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

VELLEDA, Luciano. Tragédia histórica expõe o quanto governo Leite ignora alertas e atropela política ambiental. *Jornal Sul 21*, 06 maio 2024. Disponível em: <https://sul21.com.br/noticias/meio-ambiente/2024/05/tragedia-historica-expoe-o-quanto-governo-leite-ignora-alertas-e-atropela-politica-ambiental/>. Acesso em: 27 maio 2024.

VENTURA, Deise; AITH, Fernando. Mussa; REIS, Rossana. “Estratégia federal de disseminação da Covid-19: um ataque sem precedentes aos direitos humanos”. In: BREDA, Tadeu (ed.). *Bolsonaro genocida*. São Paulo: Editora Elefante, 2021, p. 21-29.

WALLACE, Rob. *Pandemia e agronegócio: doenças infecciosas, capitalismo e ciência*. São Paulo: Editora Elefante, 2020a;

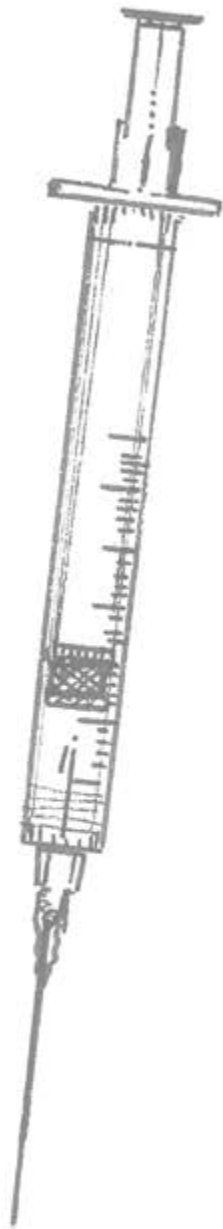
WALLACE, Rob. *Dead epidemiologists: on the origins of COVID-19*. New York: Monthly Review Press, 2020b.

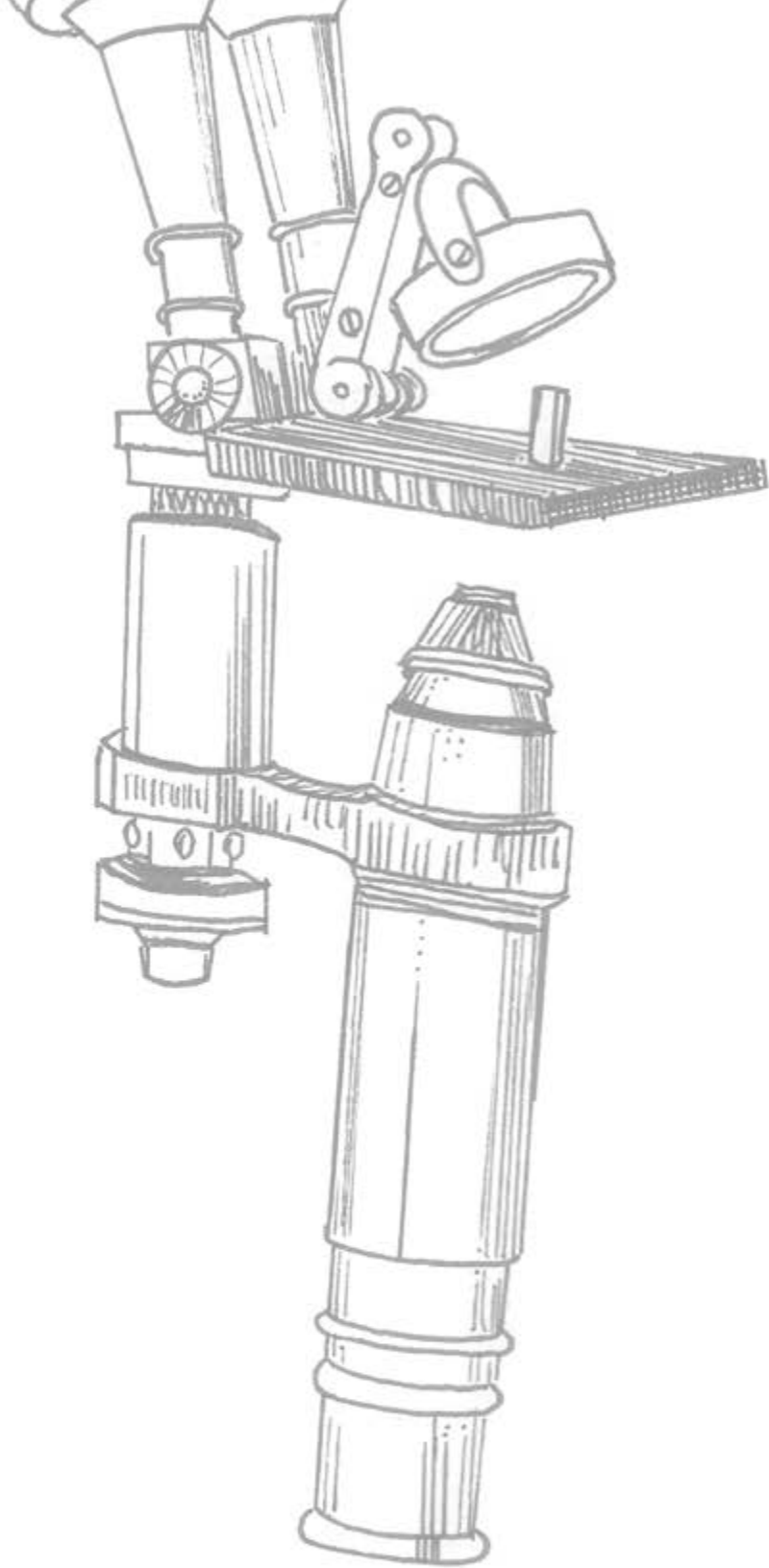
WARE, Norma. “Society, mind, and body in chronic fatigue syndrome: an anthropological view”. In: BOCK, G.; WHELAN, J. (ed.). *Chronic fatigue syndrome*. New York: John Wiley & Sons, 1993, p. 62-90.

WEISSHEIMER, Marco. Entidades entregam ‘prêmio’ Amigo dos Agrotóxicos a Eduardo Leite. *Jornal Sul 21*, dez. 2021. Disponível em: <https://sul21.com.br/noticias/meio-ambiente/2021/12/entidades-entregam-premio-amigo-dos-agrotoxicos-a-eduardo-leite/>. Acesso em: 28 maio 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus. [S. l.]: WHO, 6 out. 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1. Acesso em: 30 out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. COVID-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Global research and innovation forum. WHO, 12 fev. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum). Acesso em: 20 maio 2024.





Capítulo 13:

COVID-19: A HISTÓRIA DE UMA EPIDEMIA

Alexandre Vargas Schwarzbold

*As epidemias, tal como as catástrofes,
comportam a possibilidade de revelarem
as verdades ocultas das sociedades sobre as quais
se manifestam os seus impactos.
Anne Applebaum*



Figura 1: Robert Warren
Harrison. Dance Macabre,
1918.
Fonte: <https://www.behance.net/gallery/7741231/Danse-Macabre-1918>

PELO MUNDO

Era final do mês de dezembro de 2019 quando as primeiras notícias de um novo e potencialmente letal vírus rodavam o mundo. Várias unidades de saúde locais na China relataram grupos de pacientes com uma pneumonia de

causa desconhecida e que estavam epidemiologicamente ligados a um mercado atacadista de frutos do mar e animais silvestres em Wuhan, província de Hubei.

Em 31 de dezembro de 2019, o Centro Chinês de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) lança o alerta a Organização Mundial da Saúde (OMS) e envia uma equipe de resposta rápida para acompanhar as autoridades de saúde daquela província e da cidade de Wuhan e para conduzir uma investigação epidemiológica e etiológica.

Em 12 de janeiro daquele ano a China compartilhava o sequenciamento genético do novo coronavírus para que os demais países pudessem ter acesso e desenvolver ferramentas específicas para o diagnóstico.

Os casos foram associados a uma nova cepa de coronavírus, denominada coronavírus 2019-nCoV, depois SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19.

Cerca de 20 dias após o alerta as autoridades chinesas isolavam a cidade de Wuhan, deixando quase 11 milhões de habitantes em quarentena para evitar a propagação do recém-descoberto vírus. Uma cidade fechada. Segundo as autoridades, o surto já causara 26 mortes e milhares de casos de contaminação, tendo sido detectado em ao menos outros 16 países.



Figura 2: O que se sabe sobre o coronavírus chinês
Fonte: Linde, Santirso, 2020.

Foi em 30 de janeiro de 2020 que a OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Naquele momento levou-se em conta vários aspectos epidemiológicos, incluindo o potencial de transmissão, a população suscetível, a severidade da doença e a capacidade de impactar viagens internacionais, entre outros fatores específicos.

Esse status a OMS só iria retirar em 05 de maio de 2023, três anos mais tarde, quando considerou vários aspectos de um novo cenário da epidemia: a tendência de queda nas mortes por COVID-19, o declínio nas hospitalizações e internações em unidades de terapia intensiva (UTI) relacionadas à doença e os altos níveis de imunidade da população ao SARS-CoV-2.

Rapidamente, após janeiro de 2020, a epidemia se elevou a um evento histórico de proporções mundiais, e como pandemia, impactou profundamente todos os aspectos da vida humana. A disseminação desenfreada do SARS-CoV-2 provocou impactos devastadores na saúde pública, na economia mundial, nas relações sociais e na política internacional.

Até maio de 2024, foram confirmados mais de 770 milhões de casos de SARS-CoV-2 em 231 países e territórios ao redor do mundo, resultando em mais de 7 milhões de mortes reportadas (Johns Hopkins University & Medicine, 2024). A maior epidemia desde a gripe espanhola de 1918.

NO BRASIL

Foi no mesmo mês de janeiro de 2020 que o Ministério da Saúde (MS) subiu o nível de alerta do país para “perigo iminente” e, poucos dias depois, reconhecera o estado de Emergência de Saúde Importância Nacional (ESPIN). Embora um estudo liderado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) indicasse que o vírus começou a se espalhar por volta da primeira semana daquele mês, o primeiro caso do novo coronavírus no país foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020 (Delatorre, 2020).

Era um homem de 61 anos que havia dado entrada no Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, com histórico de viagem para Itália, região da Lombardia. Essa região foi o epicentro da epidemia naquele país e revelou cenários que o nosso país iria reproduzir de algum modo mais tarde: caminhões que transportavam centenas de idosos que não resistiram ao novo vírus que emergira.



Figura 3: Figura 3: Brasil confirma primeiro caso do novo coronavírus
Fonte: Brasil confirma [...], 2020.

Na época o ministro da saúde da ocasião, Luiz Henrique Mandetta, reforçava que já era esperada a circulação do vírus. E previa: “É mais um tipo de gripe que a humanidade vai ter que atravessar. Das gripes históricas com letalidade maior, o coronavírus se comporta à menor e tem transmissibilidade similar a determinada gripes que a humanidade já superou”, afirmou.

Em 11 de março de 2020, quando a OMS declarou oficialmente a pandemia de COVID-19, o Brasil já registrava mais de cem casos confirmados e menos de um mês depois do primeiro caso, o Ministério da Saúde (MS) declarou o estado de transmissão comunitária em todo o território nacional.

Apesar do erro de previsão esse autor reconhece que no início da pandemia, o então ministro da saúde posicionou-se de acordo com as orientações da OMS e a ciência ao adotar o distanciamento social com o objetivo de “achatar a curva” de contágio e assim evitar o colapso do sistema de saúde. Essa atitude sensata lhe custou o cargo de ministro, dado o confronto nítido com a posição negacionista do governo federal, conforme bem detalham os autores Jean Segata e Juliara Borges Segata no capítulo “Covid-19: uma pandemia múltipla, desigual e sem fim”.

ONDAS EPIDÊMICAS

Embora o conceito de *onda* não tenha uma definição estabelecida na epidemiologia, ele passou a ser aplicado para entender o comportamento das diferentes fases da pandemia quando havia um aumento importante no número de casos. Algo muito semelhante ao que no campo da infectologia hospitalar se aplica aos surtos (picos) ou curva epidêmica. Para alguns epidemiologistas o crescimento do número de casos e mortes já é um indicativo de uma nova fase.

O problema durante uma pandemia é a definição de início e término de cada onda e a territorialidade/região a que ela se aplica. Para ambas ela se mostra variável de acordo com a região afetada. O movimento natural que se espera de uma onda é que o aumento dos casos atinja um pico, permaneça em estabilização por um tempo – o platô – e então comece a descer. Nesse caso teríamos níveis significativamente baixos de casos, indicando o final da onda, isso foi visto em alguns países como Reino Unido, França e Austrália que tiveram uma caracterização mais precisa das ondas, o que parece que nunca houve no Brasil.

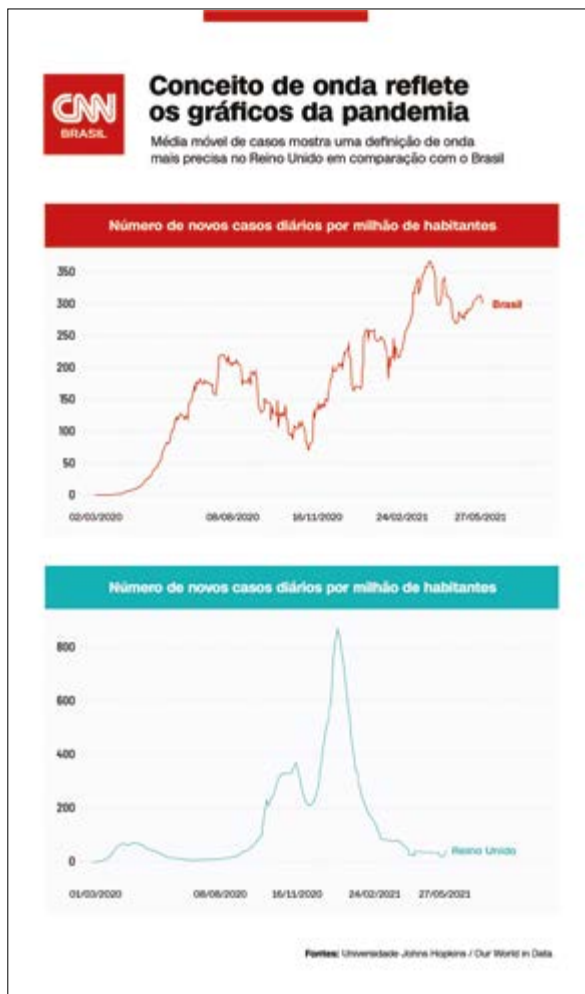


Figura 4: Conceito de onda reflete os gráficos da pandemia
Fonte: Arte/CNN Brasil

Outro aspecto legado da pandemia, e que corrobora com o descrito em outras epidemias, é a velocidade de mudança dessa onda, e ela varia em função de diferentes variáveis: cumprimento/adesão as medidas de distanciamento social, emergência e adaptação de novas variantes virais e imunidade de rebanho (natural ou vacinal).

Quando observamos a pandemia no Brasil, vemos claramente que houve uma primeira onda entre abril e maio de 2020. Em junho, o número de casos e mortes caiu, fazendo o formato de onda. Depois, houve uma segunda, muito maior, relacionada à variante P.1 (Gama), que surgiu no início de novembro na cidade de Manaus (AM), e rapidamente se espalhou para outros estados brasileiros.

De modo geral, a evolução da pandemia de covid-19 no Brasil caracterizou-se por três picos de casos e óbitos: na 30ª semana epidemiológica (SE) de 2020, na 14ª de 2021 e na sexta de 2022; três ondas de casos, iniciando-se nas regiões Norte e Nordeste, com maiores taxas na terceira onda, principalmente na região Sul.

A vacinação teve início na terceira semana epidemiológica de 2021, atingindo rapidamente a maior parte da população, coincidindo com redução da taxa de mortalidade, mas não de morbidade na terceira onda. A partir da última SE de 2021, quando a cobertura vacinal já se aproximava de 70%, a variante Ômicron causou uma avalanche de casos, porém com menos óbitos.

Como atestam alguns autores, no Brasil foi nítida a presença de três ondas de covid-19, bem como, fenômeno visto no resto do mundo, o efeito da imunização na redução da mortalidade na segunda e na terceira ondas, atribuídas às variantes Delta e Ômicron, respectivamente (Moura, 2022).

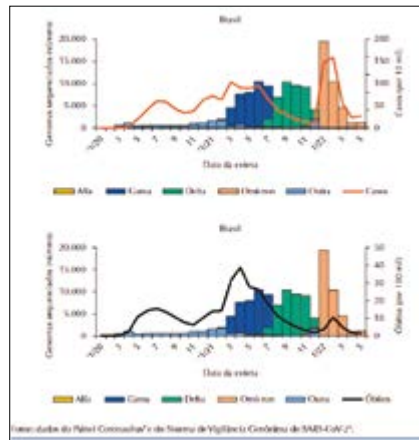


Figura 5: Distribuição (número) dos genomas sequenciados, segundo mês de coleta e tipo de variante, taxas de morbidade (casos por 10 mil habitantes) e de mortalidade (por 100 mil habitantes) por covid-19, Brasil, 2020–2022
 Fonte: Dados do Painel coronavírus e do sistema de vigilância genômica do SARS-CoV-2 in Moura *et al.*, 2022.

Portanto, o que vimos também no Brasil foi exemplar na análise da epidemia: a duração das ondas variou com a observância das medidas de distanciamento social. A “saída” das primeiras ondas, em especial a segunda, foi mais lenta em função do descumprimento das medidas e na seguinte mais rápida em função da imunidade produzida pelo efeito da vacina e exposição.

RIO GRANDE DO SUL E A EPIDEMIA

Em tempos de globalização e viagens internacionais facilitadas, num estado com fortes ligações culturais e familiares com a Europa, em especial a Itália, o Rio Grande do Sul logo veio a descobrir seu primeiro caso acometido pelo novo coronavírus. Era 10 de março de 2020 quando o primeiro caso foi confirmado, na cidade de Campo Bom, de um paciente homem de 60 anos com histórico de viagem à Itália, os dias 16 e 23 de fevereiro daquele ano. Uma semana depois o governador do estado, Eduardo Leite, decretou o estado de calamidade em todo o estado para conter a pandemia.

Ainda naquele mês, no dia 28 de março, o Rio Grande do Sul registrou a primeira morte pela covid-19, em Porto Alegre. Se tratava de uma mulher jovem, de 22 anos, que estava em Porto Alegre para tratamento de um câncer quando contraiu o novo coronavírus. Ela não tinha histórico de viagem, o que evidenciava a transmissão comunitária do vírus que então circulava no estado.

Apenas dois meses após a confirmação do primeiro caso, o governo do Rio Grande do Sul anuncia o decreto do chamado modelo de “distanciamento social controlado (MDC)” como estratégia e combate ao novo coronavírus e para gerenciar a epidemia.

O Decreto 55.240, de 10 de maio 2020, reiterava a declaração de estado de calamidade pública em todo o território estadual, trazia protocolos obrigatórios, como o uso de máscaras em locais fechados, e o regramento da abertura do comércio e demais atividades conforme a situação das diferentes regiões.

Com esse decreto, de “distanciamento controlado”, vinte regiões foram classificadas por cores de bandeiras de acordo com evolução de contágio do vírus e o percentual de ocupação de leitos hospitalares. Cada região era assim identificada por uma cor de bandeira que determinava as medidas de prevenção ao contágio do coronavírus.

“Vamos ter um modelo perene que será adaptável a todas as regiões. Onde tiver mais risco, teremos uma bandeira vermelha ou preta. Onde tiver menos risco, bandeira amarela ou laranja”, explicava o governador Eduardo Leite na época.

Basicamente, as cores das “bandeiras” eram uma média ponderada de 11 indicadores de propagação do coronavírus (como a velocidade do avanço, estágio da evolução e incidência de novos casos) e da capacidade do sistema de saúde para atender os pacientes.



Figura 6: Classificação final das bandeiras
Fonte: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 2020.

Segundo o governador “a medida visa equilibrar a prioridade à vida com a retomada econômica”. O projeto foi elaborado com a participação de prefeitos e representantes de entidades empresariais.

Em abril de 2021, após quatro meses em que não evitou um colapso sanitário com cerca de 16 mil gaúchos mortos, o governo estadual põe fim ao MDC, método que atraiu críticas de todos os lados, sofreu diversas flexibilizações e revisões de critérios, e ainda virou alvo de disputa judicial entre governo estadual e prefeitos.

A própria Sociedade Rio-grandense de Infectologia – SRGI (atual Sociedade Gaúcha de Infectologia – SGI) à época, quando da presidência desse autor, lançou nota alertando que “a redução do isolamento não deve ser adotada na fase de aceleração da epidemia e antes do seu pico”, bem como se manifestou a respeito do modelo de MDC em diversos momentos (ver nota e manifestações no tópico abaixo – Sociedade Rio-grandense de Infectologia e a epidemia).

Além da SRGI, diversos epidemiologistas e pesquisadores gaúchos se debruçaram sobre a eficiência do modelo de MDC. Quase todos se alinham a ideia de que o modelo adotado por um ano não foi capaz de quantificar a real dimensão da epidemia no estado, e se mostrou insuficiente para deter seu avanço.

A principal crítica ao modelo foi, primeiro, não ter adequadamente o medido o número efetivo de reprodução do coronavírus, métrica para avaliar o avanço de uma epidemia e adotado em muitos países, e, segundo ter dado um peso desproporcional à capacidade de atendimento do sistema de saúde no cálculo de indicadores.¹

Um dos membros do Comitê *ad hoc* criado pela gestão da SRGI durante a epidemia, o infectologista e professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Alexandre Zavascki, lembrava que “quando se olha somente os leitos, não estamos prevendo nada, só reduzindo danos”. Era, de fato, um modelo tardio.²

Na Sociedade Rio-grandense de Infectologia-SRGI classificávamos o MDC como falho em monitorar a situação da pandemia no Estado e evitar o colapso nos hospitais. Foi marcante que, em determinado momento, o estado inteiro passou de bandeira preta para vermelha, e de um dia a outro. Exatamente por não levar em conta uma adequada medida do número efetivo de reprodução do coronavírus, o aumento da taxa de transmissão viral não alterava as cores das bandeiras usadas para indicar agravamento da epidemia.

1
O número de reprodução efetivo, R_e , às vezes também chamado de R_t , é o número de pessoas em uma população que pode ser infectado por um indivíduo em qualquer momento específico. Ele muda conforme a população se torna cada vez mais imunizada, seja pela imunidade individual após a infecção ou pela vacinação, e também conforme as pessoas morrem. O R_e é influenciado pelo número de pessoas com a infecção e pelo número de pessoas suscetíveis com as quais as pessoas infectadas estão em contato. O comportamento das pessoas (por exemplo, distanciamento social) também pode afetar o R_e (veja mais em Aronson, Brassey, Mahtani, 2020).

2
Cf. Velleda, 2021.

Muitos de nós estimávamos que o número de mortes era a métrica mais segura para estimar os eventos ocorridos nas semanas anteriores, dado que outros indicadores pandêmicos como o número de casos, escondiam a real gravidade da situação, pois como ocorria em todo o país, a subnotificação, a demora no registro e a baixa testagem eram uma regra.

De novo, atribuir peso igual aos dois indicadores diferentes, propagação do vírus e capacidade de atendimento, mostrou-se um grande erro. Os prefeitos pressionados pelos agentes econômicos notaram que ampliar a oferta de leitos mudava o cálculo e tornava as medidas de distanciamento controlado mais brandas. A verdade é que a adoção de bandeiras e a estratificação de risco baseado na ocupação de UTI gerou uma falsa sensação de controle epidêmico.

Outro pesquisador e membro do Comitê *ad hoc* da SRGI, o professor e matemático da UFRGS, Álvaro Krüger Ramos, já alertava para o viés em análise publicada no jornal *Matinal*: “ao medir apenas hospitalizações e não o número de casos registrados, estamos vendo o passado, pois existe uma grande distância entre a contaminação e a hospitalização, sem contar que esta ocorre na menor parte dos pacientes infectados”.³

Embora o modelo falhasse na estimativa e na velocidade de detecção do momento epidêmico do RS, esse autor, assim como outros pesquisadores, acredita que muito mais a não observância das diretrizes de distanciamento e precauções é que foram determinantes da menor eficiência de controle da epidemia.

Esse é o pensamento compartilhado por diferentes membros que como eu e o Prof. Zavascki, compunham o Comitê Científico, com caráter consultivo a Secretaria de Inovação, Ciência e Tecnologia do estado do RS e que chegou a agregar 50 cientistas do estado. Entre eles estavam a Profa. Lucia Pellanda, médica, epidemiologista e reitora da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA e a Profa. Suzi Comey, professora do Departamento de Estatística e da pós-graduação em Epidemiologia da UFRGS. Todos acreditamos que com tantas flexibilizações o modelo perdeu sentido e não impediu o colapso do sistema de saúde local no começo de 2021.

Depois de um ano de enfrentamento à pandemia seguindo o modelo do Distanciamento Controlado, em 01 de maio de 2021, o governo do estado adotou um novo sistema de gestão de risco da epidemia, batizado de Sistema 3As de monitoramento.

Em vez de diferentes níveis de risco, representados por cores de bandeiras (da amarela à preta) e regras mais restritivas conforme a gravidade da

situação de cada região, a nova ferramenta mantinha critérios sanitários, mas buscava simplificar o monitoramento e os protocolos. O governo acompanhava os indicadores diariamente e, a qualquer momento, poderia orientar uma das três medidas do sistema: Aviso, Alerta e Ação.

Mesmo ao final de 2020, quando as atividades econômicas estavam, diferentemente do pico anterior, praticamente todas em funcionamento, o Estado estava no topo do ranking nacional de novos casos e óbitos. Era na ocasião o quinto estado brasileiro com maior número de novos casos registrados da doença, e chegou a ser o quarto estado brasileiro com maiores números de mortes/dia.

Outro dado marcante no estado foi a pandemia se apresentar de modos diferenciados de região para região durante toda a epidemia. Se no final de dezembro de 2021 o Rio Grande do Sul estava em 22º entre todos os estados do país em ranking da taxa de mortalidade, mas Porto Alegre apresentava uma taxa de mortalidade de 110 óbitos/100 mil pessoas. Essa taxa colocava a capital gaúcha em 7º lugar no ranking nacional. Ficava acima, inclusive, do estado de São Paulo, o mais afetado do País na ocasião, com taxa de mortalidade de 94,3 mortes por 100 mil habitantes.

Fato curioso um ano após o início da epidemia, o Rio Grande do Sul registrou em março de 2021, mais mortes por todas as causas do que nascimentos, um fenômeno jamais observado desde 2003, período de início de dados disponíveis para análise. Foi o único Estado do país a verificar encolhimento da população naquele mês.⁴

Foram 15.844 mortos por todas as causas, incluindo coronavírus, e 12.006 nascimentos no Rio Grande do Sul em março, o que resultou na redução de mais de 3,8 mil pessoas na população gaúcha. A mortalidade foi tão alta que o número de óbitos foi 137% maior do que em março do ano anterior.⁴



Figura 7: RS registra mais mortes do que nascimentos pela primeira vez
Fonte: Hartmann, Rollsing, 2021.

Apesar da magnitude de casos e óbitos que ocorreram no estado, é de se notar, entretanto, que no acumulado da pandemia, de 15 de março de 2020 a 13 de novembro de 2021, apenas o estado do Piauí (PI) apresentou menor excesso proporcional de óbitos que o Rio Grande do Sul na epidemia.

Ressalva necessária aqui, a notória dificuldade metodológica de avaliar o excesso de óbitos – o diferencial do número de óbitos por causas naturais durante a pandemia em comparação com os óbitos esperados para o mesmo período – e o desafio de verificar os efeitos de causas diretas e indiretas da Covid-19 na mortalidade.

Muitos médicos que como eu atuaram na linha de frente, ou no acompanhamento de casos hospitalizados, lembram do viés de identificação e notificação de muitos casos, com óbitos não atribuídos à covid-19. E nesse sentido a documentação do aumento de casos de Doença Respiratória Aguda Grave - DRAG como um marcador importante de agravamento da epidemia. E num segundo momento o aumento de óbitos de doentes por diversas outras patologias crônicas desencadeadas pela infecção pelo SARS CoV-2, e que como tal não se registrava o óbito como tendo a covid-19 como causa.

Podemos concluir que no período mais crítico da epidemia, o conflito de informações entre estado e municípios e o relaxamento das medidas de isolamento social pela fragilidade do modelo proposto contribuíram para o aumento de casos e mortes por COVID-19 no estado.

Hoje, após 4 anos de epidemia, o RS confirma mais de 3 milhões de casos com cerca de 43 mil mortos, elevando a taxa de mortalidade para 380 casos/100mil hab. (Secretaria Estadual da Saúde, 2024).

LUTANDO POR RESPOSTAS TERAPÊUTICAS

Nas primeiras ondas, com taxas de mortalidade consideravelmente altas para pacientes hospitalizados com Covid-19 pressionando médicos desesperados por opções de tratamento, a busca científica em tempo recorde se revelou um enorme desafio. Idealmente, os medicamentos, mesmo aqueles aprovados para tratar outras doenças (*off label*), deveriam ser testados através de ensaios clínicos randomizados (ECR).

Considerados o padrão em pesquisas clínicas, esses testes evitam erros no julgamento de resultados. Mas não havia tempo para isso. Os hospitais se esgotavam e os necrotérios ficaram lotados de novos corpos. A epidemia foi

devastadora para o sistema de saúde com um vírus desconhecido e mortal. Médicos buscaram informações em plataformas de mídia social e grupos de WhatsApp para obter alguma informação sobre o tratamento. Nada foi revisado por pares porque esse vírus era muito novo.

O compromisso com esforços de longo prazo para resgatar pacientes era mais forte do que o compromisso com a ciência, atrasando assim a realização dos ECRs.

Muita discussão e conflitos ocorreram em relação ao uso agressivo de anticoagulantes, bem como de corticosteroides, com o dilema por exemplo de não fornecer quantidade suficiente desta classe de medicamentos a alguns dos pacientes para evitar suas mortes. A posição dos médicos à beira do leito enquanto lutavam contra o rápido aparecimento das condições que esta doença gerava, tornou-se de “vida ou morte”. Era o comportamento humano em modo de sobrevivência, uma reação clássica à “ameaça.”

Esse dilema ético foi um legado da epidemia. Talvez o adequado equilíbrio entre o cuidado baseado na experiência clínica prévia com síndromes semelhantes (com um racional fisiopatológico e acompanhamento laboratorial) enquanto a ciência provê um novo tratamento com o emprego de metodologias de ensaios clínicos de resposta mais rápida, como os estudos multicêntricos adaptativos.

As gerações futuras e talvez nós mesmos sentiremos falta dessa resposta.

SOCIEDADE RIO-GRANDENSE DE INFECTOLOGIA (SRGI) E A ATUAÇÃO NA EPIDEMIA

Como uma seção regional da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) e em sintonia com a defesa que aquela fazia da observância da ciência e cientes do papel que deve exercer na correta e ética orientação a todos os profissionais de saúde, em especial aos médicos infectologistas do RS, a SRGI não se omitiu em nenhum momento de se posicionar na resposta técnica e ética aos diferentes pontos críticos que surgiram durante a epidemia do novo coronavírus.

Para isso, diante do desafio de manter os colegas especialistas informados e conectados, em meio ao enorme envolvimento de todos em suas próprias instituições e locais de atuação, e a necessidade de responder aos chamados de gestores, profissionais de saúde, meios de comunicação e poder judiciário, a direção da SRGI durante a epidemia, entre outras ações, trabalhou intensamente

com assessoria de comunicação e mídia e constituiu um Comitê *ad hoc* técnico com membros de diferentes áreas e infectologistas, embora não membros da diretoria da época, com intensa participação na especialidade e representação institucional ou experiência em um campo específico da epidemiologia e modelagem.

Eram membros desse Comitê *ad hoc*: Dr. Alexandre Prehn Zavascki (infectologista-HCPA/UFRGS/HMV), Prof. Álvaro Krüger Ramos (matemático/UFRGS), Dr. Diego Rodrigues Falci (infectologista-HCPA/PUC), Dr. Ronaldo Campos Hallal (infectologista-Santa Casa/MS), Dra. Monica Jacques de Moraes (infectologista- UNICAMP/MS), Prof. Eliseu Alves Waldman (epidemiologista-FSP/USP) e o Prof. Carlos Magno Fortaleza (UNESP/SPI).

Tal comitê produziu ou deu respaldo a todas as Notas de Esclarecimentos e Cartas lançadas pela SRGI e que foram veiculadas pelas diferentes mídias e rede social. Com o competente trabalho de assessoria de comunicação exercida pela jornalista Paula Sá de Oliveira e o designer gráfico Rogério Fraga da Agência Pense, nossas Notas tiveram intensa repercussão, chegando por diferentes mídias a vários pontos do estado e do país.

Contribuíram com entrevistas e orientações à população gaúcha, em diferentes meios, uma diversidade de colegas infectologistas representando a Sociedade de Infectologia do RS: Dr. Fabiano Ramos (PUC) Dr. Diego Rodrigues Falci (HCPA), Dr. Eduardo Sprinz (HCPA), Dr. Alessandro Pasqualotto (Santa Casa), Dr. Alexandre Zavascki (HCPA/HMV), Dra. Tereza Sukiennik (Santa Casa), Dr. Claudio Stadnik (in memorian), Dr. Ronaldo Hallal e muitos outros.



Figura 8: Sociedade de Infectologia do RS é contrária ao afrouxamento de isolamento
Fonte: Hubler, 2020.



Figura 9: Não temos as condições epidemiológicas para voltar às aulas presenciais, diz infectologista e professor
Fonte: Schwarzbold, 2020.



Figura 10: Para SRGI, Distanciamento Controlado aumenta propagação da covid-19 no RS
Fonte: Brasil de Fato, 2020.



Figura 11: Sociedade Riograndense de Infectologia emite alerta sobre a gravidade da pandemia no RS
Fonte: G1 RS, 2020.

No ano de 2022, já com um cenário mais controlado da epidemia, com boa parte da população de risco vacinada, retornava a discussão sobre a necessidade e o impacto real de determinadas medidas de saúde pública. Nesse contexto, Sociedade Rio-grandense de Infectologia (SRGI), agora como Sociedade Gaúcha de Infectologia (SGI), volta a se posicionar e defende a flexibilização do uso das máscaras na população gaúcha. Tal posicionamento se deu baseado nos números da epidemia, mesmo assim enfrentou reações contrárias de alguns setores da sociedade.

A NECESSÁRIA BUSCA POR TESTES DIAGNÓSTICOS

A emergência da COVID-19 fez com que a população passasse a buscar acesso a testes diagnósticos que permitissem rapidamente definir quem havia ou não sido infectado pelo novo coronavírus. Inicialmente, os testes moleculares (PCR) eram restritos ao Laboratório Central do Estado do RS (LACEN/RS), mas os resultados tardavam a retornar aos clínicos. Ainda havia grande escassez de insumos. Com o passar do tempo, o diagnóstico passou a ser descentralizado, e muitos laboratórios, incluindo universidades e hospitais privados, passaram a ofertar o teste.



Notas para a Sociedade Gaúcha

Em verdade, quase todos os grandes hospitais passaram a depender da testagem por PCR: o teste era utilizado para determinar políticas de isolamento, rastreamento de contactantes de pacientes sintomáticos, para garantir cirurgias mais seguras, para voos em companhias aéreas e até mesmo para definição de protocolo em velórios.

Como exemplo, instituições como a Santa Casa de Porto Alegre que em seu Laboratório de Biologia Molecular, antes da pandemia, realizava cerca de 20-30 testes/dia, para uma diversidade de doenças infecciosas e genética, durante a pandemia, realizou mais de 160.000 testes, quase todos com extração manual de ácidos nucleicos.

Na Santa Casa, em poucas semanas, a equipe de trabalho quintuplicou, e com a mudança as áreas técnicas e de estoque de insumos de PCR exigiram a ocupação de diversas áreas físicas do hospital. E essa foi a realidade em outras instituições hospitalares e universitárias do estado. Termocicladores e outros equipamentos foram doados por universidades e empresas para esta finalidade. Testar o maior número de pessoas passou a ser uma prioridade estratégica (fotos abaixo).



TESTE DE PCR

A Santa Casa informa que está realizando os testes de PCR* para detecção da COVID-19 – prioritariamente para os profissionais de saúde da instituição e pacientes sintomáticos em atendimento pelo SUS, de forma gratuita. As testagens estão sendo conduzidas pelo Laboratório de Biologia Molecular, cuja operação conta com o apoio da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA.

Esses exames também estão disponíveis para pacientes externos privados, inclusive com coleta domiciliar, com agendamento pelos fones: (51) 3214-8678 ou 3214-8648.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
HOSPITAL

* O teste PCR é considerado o melhor teste para diagnóstico. A UFCSPA, por meio da parceria com o Laboratório de Biologia Molecular, oferece o teste de detecção da COVID-19 por meio do teste de PCR. A realização dos testes é realizada na Santa Casa, tendo em vista a necessidade de manter a maior segurança e a qualidade dos resultados. A realização dos testes é realizada em laboratório de biologia molecular da UFCSPA em Porto Alegre.

RELATÓRIO COVID-19
— 2020 —

 **UFSM**



PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS CONDUZIDAS NA EPIDEMIA

Muitos foram os infectologistas que atuaram em diversas frentes na resposta à epidemia do novo coronavírus no Rio Grande do Sul. Atuaram na linha de frente de atendimento de casos, em pronto-atendimentos e/ou hospitais, em enfermarias e/ou centro de terapia intensiva ou mesmo orientando em teleconsultas.

Mas muitos infectologistas como pesquisadores também geraram dados da sua realidade para subsidiar tomadores de decisão no nível local nacional e internacional. Organizaram e executaram estudos multicêntricos e participaram da geração de vacinas para imunizar a população. Portanto trabalhos na área de diagnóstico, de epidemiologia e terapêutica.

Uma das grandes dúvidas durante a epidemia era saber o real *status* sorológico da população durante a evolução da epidemia, estimar o número de suscetíveis e já infectados, em especial entre populações que, por força do trabalho, deveriam estar expostas. Os dados eram limitados sobre a frequência da COVID-19 em populações altamente expostas ao SARS-CoV-2.

Cabe destaque aqui o EPICOVID-19, coordenado pelo Prof. Pedro Hallal da UFPel, destinado a investigar o número de infectados pelo novo coronavírus e a evolução da epidemia no país. Embora este tenha sido o maior estudo feito em nosso país, com financiamento do Ministério da Saúde, a pesquisa empregou o uso de testes rápidos (imunocromatográficos) para a detecção de anticorpos na população, testes estes conhecidos por sua baixa sensibilidade, especialmente para as pessoas que tiveram COVID-19 leve ou de forma assintomática. Na mesma linha, Prof. Alessandro Pasqualotto, professor de doenças infecciosas da UFCSPA e chefe do Laboratório de Biologia Molecular da Santa Casa, desenhou um estudo transversal para avaliar a soroprevalência de COVID-19 nas forças policiais militares do Rio Grande do Sul, uma população teoricamente muito mais exposta ao vírus do que a população em geral, uma vez que estes profissionais seguiram trabalhando durante toda a pandemia.

O estudo, financiado pelo Instituto Cultural Floresta (ICF), instituição sem fins lucrativos de Porto Alegre, foi feito na mesma época e nas mesmas cidades que o estudo EPICOVID-19, mas utilizou coleta de sangue para a detecção de anticorpos por testes de ELISA, método mais sensível na detecção dos anticorpos. A soroprevalência encontrada entre os militares foi pelo 3,4 maior que a encontrada em outros estudos realizados na população geral, nas mesmas cidades e datas (Pasqualotto, 2021).

Pasqualotto conduziu também estudo semelhante em profissionais de saúde atuando em serviços de emergência na cidade de Porto Alegre (Dubiel, 2022). Juntos, estes estudos mostraram com clareza que, em um momento em que o Estado do Rio Grande do Sul decretava fechamento de muitas cidades para evitar o potencial colapso do sistema de saúde (pico da primeira onda epidemiológica), a COVID-19 afetava apenas uma pequena parte de nossa população mais exposta ao vírus.

A BUSCA POR UMA VACINA

Talvez o maior desafio para controle da epidemia no nível mundial e em nosso país fosse o surgimento de uma vacina que pudesse acelerar a produção da imunidade de rebanho e “achatar a curva” epidêmica, de tal modo a reduzir a mortalidade pelo coronavírus. E foi, de fato, o que todos viram a partir do início da vacinação até atingirmos metas expressivas de vacinação na população (Watson, 2022).

Logo se iniciou uma mobilização mundial para elaborar vacinas que buscavam frear a disseminação e os danos causados pelo vírus.

Nesse contexto três infectologistas e pesquisadores gaúchos tiveram importante papel na execução e geração de duas vacinas aplicadas no início da campanha de vacinação para COVID-19 no Brasil.

Na corrida contra a doença, a parceria entre o Instituto Butantan e a empresa Sinovac Biotech desenvolveu a CoronaVac, que passou a ser produzida e distribuída no Brasil ainda em 2021. A CoronaVac foi a primeira vacina disponível durante o momento mais letal da pandemia no Brasil, com uma conclusão do esquema primário de duas doses em 28 dias.

Esse período, embora curto, foi necessário em uma situação na qual era preciso criar uma barreira imunológica contra o vírus o mais rápido possível. Apesar dos atrasos críticos na entrega da vacina e das evidências limitadas nas estimativas dos ensaios de eficácia, a CoronaVac contribuiu para prevenir mortes e morbidade grave devido à Covid-19 em adultos idosos (Monteiro, 2023).

Dr. Fabiano Ramos, infectologista e professor da PUC/RS, foi um dos pesquisadores clínicos da vacina e demonstrou uma capacidade de liderança não somente na execução do estudo, mas em todos os aspectos de suporte clínico e educativo durante a epidemia.

Outra importante investigação que respondeu a problemática de acesso a vacinas em tempo curto e com eficácia comprovada foi a vacina de Oxford/AZ. Essa foi a primeira vacina publicada do mundo (“yes, we have a vaccine!”), e a mais utilizada em todo mundo. Ela foi objeto de acordo de transferência de tecnologia para a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o que permitiu em menor tempo ampliar a cobertura vacinal do país.



Figura 14: Eleven A.M. Edward Hopper, 1926
Fonte: Hirshhorn Museum and Sculpture Garden,
Washington, DC, US.

Para essa vacina, esse autor, enquanto chefe do Centro de Pesquisa da UFSM e pesquisador clínico contribui junto com outro colega infectologista e pesquisador, o Prof. Dr. Eduardo Sprinz do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e como pesquisadores fomos essenciais para que se viabilizasse a meta de mais de 10 mil voluntários que permitiram gerar uma nova vacina para o mundo.

Esses pesquisadores gaúchos foram importantes para desenvolvimento de vacinas seguras, eficazes e acessíveis contra a COVID-19, o que foi fundamental para resolver a crise pandêmica e o restabelecimento da normalidade.

OUTRAS PESQUISAS

Na linha terapêutica outro importante trabalho contou com a participação de pesquisador gaúcho e médico infectologista. Dr. Diego Falci participou de um estudo clínico avaliando a eficácia do Sotrovimab, esse um anticorpo monoclonal que foi desenvolvido para prevenir a progressão da Covid-19 em pacientes de alto risco no início do curso da doença. A medicação demonstrou redução de risco relativo de 85% em hospitalização e morte (Gupta, 2021).

Além desses, outros infectologistas gaúchos participaram ativamente na execução de estudos importantes na área terapêutica e laboratorial. De ensaios demonstrando ineficácia de medicações, bem como estudos de vigilância

genômica de novas variantes virais, em diferentes linhas, infectologistas e pesquisadores gaúchos contribuíram para diagnóstico e soluções durante toda a epidemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não é bom médico, nem bom governante, desconhecendo o âmago da natureza humana, ou sendo-se indiferente às consequências do sofrimento e da deficiência.

José M. D. Poças.

Esse pequeno histórico da maior epidemia desde a gripe espanhola no território gaúcho procurou contribuir de modo pontual na memória de alguns fatos que envolveram nossa especialidade e a Sociedade Gaúcha de Infectologia (SGI). Não pretende de modo algum esgotar os inúmeros temas e abordagens que a epidemia gerou, nem havia espaço suficiente para esmiuçar ações, ideias debatidas e eventuais erros e contradições que a resposta à epidemia gerou.

Diante de um evento de tal magnitude, sem precedentes na história da medicina moderna, na era farmacológica, com tal impacto na vida de bilhões de pessoas, e sem que as respostas tenham sido completamente encontradas até hoje, não há como negar que houve erros e acertos.

Toda ação proposta e ideia sugerida pela ciência foi na comparação com o experimentado pelos homens em diferentes geografias e pelo que vivemos no passado, até que a ciência tivesse tempo de responder ou apresentar soluções que impactavam na mudança de cenário e no restabelecimento da vida normal.

Não era propósito desse capítulo refletir sobre o fenômeno do negacionismo que assola o meio médico e parte da população mundial. Muita análise disso tem sido feita e muito dado consistente demonstra que a hesitação vacinal, por exemplo, foi um dos elementos mais deletérios no controle da epidemia. Não bastam dados de estudo revelando que não vacinados representaram 75% das mortes por Covid-19 no Brasil. A análise exige outro olhar.

Por outro lado, não há como negar o gigantesco impacto que teve a pandemia na educação básica brasileira. Se buscávamos proteger nossas crianças com o isolamento social baseado na ausência de dados do mundo, talvez o rápido retorno e preparo para nossas crianças estarem na escola, em plena fase de alfabetização, tenha sido negligenciado e a ciência e a academia se equivocaram.

Muitos aspectos não abordamos, a educação, as medidas de saúde pública, efeitos do distanciamento social, o mito da imunidade de rebanho natural, a transmissão aerossólica do vírus, infodemia e a desinformação e o perfil das hospitalizações e mortes no Brasil e no RS.

A informação é essencial para o combate e o controle de pandemias, porém o excesso de informações, as informações erradas, com ampla disseminação via rede social, trazem desinformação prejudicial para a organização de políticas públicas e estratégias, como também trazem um risco para a saúde da população.

Cito a frase do colega português José Poças para não esquecermos. É certo que o maior legado gerado pela epidemia é a necessidade de uma resposta organizada e coordenada pelos diferentes entes públicos em uma rede de atenção e vigilância estruturada e efetiva. Mas é imperativo que tenhamos uma Medicina que não se omita em cuidar dos doentes ao tempo que busque as soluções embasadas na ciência, pela segurança dos pacientes e pelo futuro de nossos filhos.

REFERÊNCIAS

ARONSON, Jeffrey K.; BRASSEY, Jon; MAHTANI, Kamal R. “When will it be over?”: An introduction to viral reproduction numbers, R0 and Re. *The Centre for Evidence-Based Medicine*, 14 abril 2020. Disponível em: <https://www.cebm.net/covid-19/when-will-it-be-over-an-introduction-to-viral-reproduction-numbers-r0-and-re/> Acesso em: 30 maio 2024.

Brasil confirma primeiro caso do novo coronavírus, 26 fev. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus>. Acesso em: 01 maio 2024.

BRASIL DE FATO. *Para SRGI, Distanciamento Controlado aumenta propagação da covid-19 no RS*, 01 jun. 2020. Disponível em: <https://www.brasildefatores.com.br/2020/06/02/para-srgi-distanciamento-controlado-aumenta-propagacao-da-covid-19-no-rs>. Acesso em: 01 maio 2024.

DELATORRE, Edson; MIR, Daiana; GRÄF, Tiago; BELLO, Gonzalo. Tracking the onset date of the community spread of SARS-CoV-2 in western countries. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 115, 2020.

DUBIELA, A. L. F.; DALLA LANA, D. F.; AERTS, A. P. K.; DE MARQUES, C. G.; CASSOL, R.; DALAROSA, M. G. et al. Prevalence of coronavirus disease 2019 (COVID-19) among healthcare professionals working in hospital emergencies during the first-wave peak in 2020 in Porto Alegre, Brazil. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.*, v. 43, n. 7, p. 956-957, 2022.

GUPTA, A.; GONZALEZ-ROJAS, Y.; JUAREZ, E.; CRESPO CASAL, M.; MOYA, J.; FALCI, D. R. et al. Early Treatment for Covid-19 with SARS-CoV-2 Neutralizing Antibody Sotrovimab. *N. Engl. J. Med.*, v. 385, n. 21, p. 1941-50, 2021.

HARTMANN, Marcel; ROLLSING, Carlos. Pela primeira vez na história recente, RS registra mais mortes do que nascimentos em um mês. *GZH Saúde*, 18 abril 2021. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2021/04/pela-primeira-vez-na-historia-recente-rs-registra-mais-mortes-do-que-nascimentos-em-um-mes-cknmeekql0004016u4kdonhp5.html>. Acesso em: 01 maio 2024.

HUBLER, Jéssica. Sociedade de Infectologia do RS é contrária ao afrouxamento de isolamento. *Correio do Povo*, 12 abril 2020. Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/geral/sociedade-de-infectologia-do-rs-%C3%A9-contr%C3%A1ria-ao-afrouxamento-de-isolamento-1.412216>. Acesso em: 01 maio 2024.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE. COVID-19 *Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)*. Baltimore, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 01 maio 2024.

LINDE, Pablo; SANTIRSO, Jaime. O que se sabe sobre o coronavírus chinês. *El País*, 21 jan. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-01-21/novo-virus-chines-tem-contaminacao-entre-humanos.html>. Acesso em: 01 maio 2024.

LISBOA, Silvia; ORTIZ, Juan. Pesquisa da UFRGS aponta as falhas no Distanciamento Controlado do governo Leite. *Matinal*, 09 jun. 2021. Disponível em: <https://www.matinaljornalismo.com.br/matinal/reportagem-matinal/pesquisa-ufrgs-falhas-distanciamento-controlado-leite/>. Acesso em: 01 maio 2024.

MINISTÉRIO DA SAUDE. *Brasil confirma primeiro caso do novo coronavírus*, 26 fev. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus>. Acesso em: 01 maio 2024.

MONTEIRO, H. S.; NETO, A. S. L.; KAHN, R.; SOUSA, G. S.; CARMONA, H. A.; ANDRADE JR, J. S.; CASTRO, M. C. Impact of CoronaVac on Covid-19 outcomes of elderly adults in a large and socially unequal Brazilian city: A target trial emulation study. *Vaccine* 2023, v. 41, n. 39, p. 5742-5751.

MOURA, E. C.; CORTEZ-ESCALANTE, J.; CAVALCANTE, F. V.; BARRETO, I. C. H. C.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. Covid-19: evolução temporal e imunização nas três ondas epidemiológicas, Brasil, 2020-2022. *Rev. Saúde Pública*, v. 56, 105, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004907>>. Acesso em: 01 maio 2024.

PALACIOS, R.; BATISTA, A. P.; ALBUQUERQUE, C. S. N. et al. *Efficacy and safety of a COVID-19 inactivated vaccine in healthcare professionals in Brazil: the PROFISCOV Study*. 2021. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=3822780>. Acesso em: 01 maio 2024.

PASQUALOTTO, A. C.; PEREIRA, P. C.; LANA, D. F. D.; SCHWARZBOLD, A. V.; RIBEIRO, M. S.; RICHE, C. V. W. et al. COVID-19 seroprevalence in military police force, Southern Brazil. *PLoS One*, v. 16, n. 4, e0249672, 2021.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. *Entenda o modelo de distanciamento controlado do RS que entra em vigor a partir de segunda-feira*, 9 maio 2020. Disponível em: <https://www.estado.rs.gov.br/entenda-o-modelo-de-distanciamento-controlado-do-rs>. Acesso em: 01 maio 2024.

SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Painel Coronavírus RS. Disponível em: <https://ti.saude.rs.gov.br/covid19>. Acesso em: 02 junho 2024.

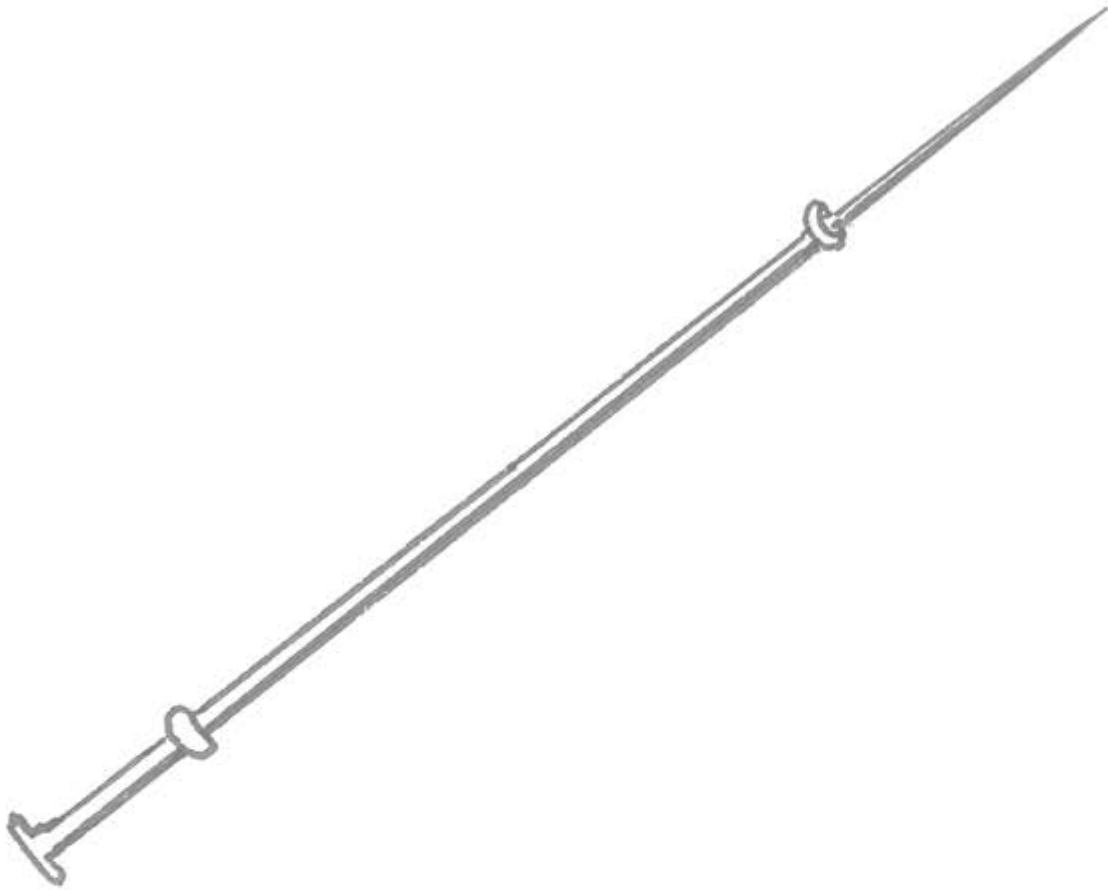
SCHWARZBOLD, Alexandre Vargas. Não temos as condições epidemiológicas para voltar às aulas presenciais, diz infectologista e professor. *GZH Educação*, 10 jul. 2020. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/educacao/noticia/2020/07/nao-temos-as-condicoes-epidemiologicas-para-voltar-as-aulas-presenciais-diz-infectologista-e-professor-ckcgj7rje000l013g7jlncyy6.html>. Acesso em: 01 jun. 2024.

VELLEDA, Luciano. Especialistas analisam decisão de Leite. *Sul21*, 27 abril 2021. Disponível em: <https://sul21.com.br/geral-1/2021/04/especialistas-analisam-decisao-de-leite-se-a-opcao-e-a-escola-entao-outras-coisas-tem-que-fechar>. Acesso em: 01 maio 2024.

VOYSEY, M.; CLEMENS, S. A. C.; MADHI, S. A.; WECKX, L. Y.; FOLEGATTI, P. M.; ALEY, P. K. et al. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. *Lancet*, v. 397, n. 10269, p. 99-111, 2021.

WATSON, O. J.; BARNSLEY, G.; TOOR, J.; HOGAN, A. B.; WINSKILL, P.; GHANI, A. C. Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: a mathematical modelling study. *Lancet Infect. Dis.*, v. 22, n. 9, p. 1293-302, 2022.

WU, Z.; HU, Y.; XU, M. et al. Safety, tolerability, and immunogenicity of an inactivated SARS-CoV-2 vaccine (CoronaVac) in healthy adults aged 60 years and older: a randomised, double-blind, placebocontrolled, phase 1/2 clinical trial. *Lancet Infect. Dis.*, v. 21, n. 6, p. 803-12, 2021.



Capítulo 14:

SOB A INTRUSÃO DA TERRA: O QUE É ANTROPOCENO, GAIA E QUAIS SÃO AS DIMENSÕES FILOSÓFICAS E POLÍTICAS DO FENÔMENO

Moysés Pinto Neto

*Quem já ouvia a voz das montanhas, dos rios e das florestas
não precisa de uma teoria sobre isso: toda teoria é um esforço de
explicar para cabeças-duras a realidade que eles não enxergam.
(Krenak, 2020)*

1. INTRODUÇÃO

Enquanto escrevo este texto, estamos no ano de 2024, em maio, e o Estado do Rio Grande do Sul foi devastado por uma inundação que superou em dimensões a marcante enchente de 1941. Cidades inteiras – como Roca Salles e Eldorado do Sul – foram inundadas, tendo cem por cento do seu território coberto pela água. Máquinas, móveis, recordações, estoques e construções foram tragados, sendo inviável sua reutilização ou reconstrução. Animais de todos os tipos ficaram ilhados ou tiveram que ser abandonados para preservar as vidas humanas. Mas também humanos foram vítimas. Até agora, 28 de maio, foram identificados 169 mortos, 806 feridos e 53 desaparecidos [Veja os números [...], 2024). Estima-se em 2.336.136 as pessoas afetadas, 581.638 desalojados e 48.789 pessoas em abrigos (Biernath *et al.*, 2024). 83% dos municípios estão em situação de calamidade. Em magnitude, trata-se de evento inigualável na história do Estado, causando uma dizimação nunca antes vista.



Figura 1: Sobrevoos das áreas afetadas pelas enchentes em Canoas
Fonte: <https://www.flickr.com/photos/radiscomunicacaoesaude/42860930495/in/photostream/>

No mundo inteiro, catástrofes de grande magnitude vêm se tornando cada vez mais frequentes. Segundo indicativos científicos, há uma tendência linear no crescimento das chuvas que aumenta desde os anos 50 do século passado, oscilando entre extremos de seca e volumes altos de precipitações. Um estudo desenvolvido pelo Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais (Cemaden) em colaboração com o Met Office (serviço nacional de meteorologia do Reino Unido) aponta que o volume pluviométrico extremo tem aumentado linearmente desde 1950 (Alisson, 2024). A Bahia e Minas Gerais também haviam passado por enchentes em 2021 e 2022, com elevação do nível dos rios e deslizamentos de terras. Segundo estimativas (G1 BA, 2022), mais de 850 mil pessoas foram afetadas, com 26 mortos, 520 feridos e 2 desaparecidos. Sem falar dos desastres recentes de grandes proporções como o rompimento da barragem de Brumadinho (Souza, Fellet, 2019), considerado o segundo maior desastre industrial do século e maior “acidente de trabalho” (isto é, crime ambiental) da história do Brasil, causando a morte de 270 pessoas. Também os incêndios florestais têm sido cada vez mais constantes e de maior escala, estimando-se (MacCarthy *et al.*, 2023) que ocupam o dobro do território arbóreo em relação a 20 anos atrás, cerca do equivalente à Bélgica. Também em 2024, o Chile (Jornal Nacional, 2024) teve sua pior tragédia em 15 anos, com o fogo se espalhando por 290km² e morrendo mais de 130 pessoas. A previsão é que se siga às chuvas do RS uma seca “muito terrível”, segundo a Secretária Nacional de Mudança do Clima, Ana Toni, na Amazônia (Abdala, 2024).

Essas notícias são exemplificativas, mas não “meramente” exemplificativas, uma vez que, como participantes da catástrofe que assolou o RS, parece ofensivo colocar nesse patamar o desastre que deve interferir no destino do Estado pelas próximas décadas no seu esforço de reconstrução. Elas traduzem a sensação de desamparo que, usando a expressão do antropólogo Bruno Latour

(2014), “nos tira o chão” a cada instante no período histórico em que vivemos. Uma pesquisa *Quaest* (AFP, 2024) divulgada em 9 de maio mostrou que 99% dos gaúchos acreditam que as mudanças climáticas estejam relacionadas com as inundações. A existência do chamado “negacionismo” não tem impedido a progressiva consciência geral de que mudanças climáticas estão em curso e o mundo não será mais como foi nos últimos séculos.

No ano 2000, dois cientistas, Paul Krutzen e Eugene Stoermer, propuseram a hipótese de que a Terra estaria vivendo a transição da época geológica do Holoceno, perdurado ao longo dos últimos 15 mil anos, em função do impacto das atividades humanas sobre o planeta (Costa, 2019). No texto, os cientistas propõem nomear *Antropoceno* esta nova época, fortemente marcada pelas atividades provocadas ao longo da “Grande Aceleração” da segunda metade do século XX. Desde então, os geólogos vinham discutindo a validade da tese, tendo decidido recentemente manter a época do Holoceno. De qualquer modo, a noção mobilizou grandes esforços entre as humanidades para dar conta da entrada da questão ecológica. É esse itinerário que proponho, de modo conciso, percorrer nos itens seguintes.

2. A GRANDE ACELERAÇÃO E OS PRIMEIROS AVISOS

Costuma-se chamar de “Anos Dourados” o período que durou entre os anos 50 e 70 do século XX. O período foi marcado por forte prosperidade material, com o incremento da classe média, o pleno emprego e o crescimento econômico, atingindo um padrão de Bem-Estar até hoje comemorado no Norte global. O pacto entre indústria, que à época era a linha de frente do mercado, e sindicatos havia estabilizado os conflitos com mediações e negociações, permitindo, além disso, que o Estado atuasse em diversos serviços públicos gratuitos que passaram a ser tomados como direitos sociais, tal como a educação, a saúde e a previdência social. Nos Estados Unidos, embora com modelo mais enxuto que o europeu, chegou-se a falar de “Grande Sociedade” (*Great Society*). Na Europa, “Estado providência”. O período é marcado também pelo forte incremento do consumo, tendo o carro e a televisão como seus emblemas principais.

Segundo Bonneuil e Fressoz, nos anos 70, o então Presidente dos Estados Unidos Jimmy Carter afirmara que “a identidade humana não é mais definida pelo que alguém faz, mas pelo que se tem” e procurara retomar, diante do choque do petróleo, o “espírito americano” que renasceria em relação ao individualismo

consumista. Diante disso, a derrota eleitoral de Carter para Ronald Reagan em 1970 ilustra a importância que o consumo adquire na esfera pública. O consumismo, investigado por inúmeros trabalhos de peso – de Herbert Marcuse a Christopher Lasch – transforma-se no eixo central das sociedades ocidentais a partir dos anos 50 e o próprio indicador da felicidade nos países centrais. A transformação da natureza em mercadoria teria tornado mais fácil sua circulação no capitalismo global e, com isso, formas alternativas de distribuição – como a troca e a negociação – acabam sendo substituídas pela oferta de crédito e criação do circuito consumista. Os historiadores demonstram como a publicidade muda para produzir o sentimento de insatisfação no consumidor, sempre em falta em relação aos seus desejos e incapaz de considerar suficiente seu modo de vida, produzindo o que nomeiam de “hedonismo disciplinar” (Bonneuil, Fressoz, 2016).

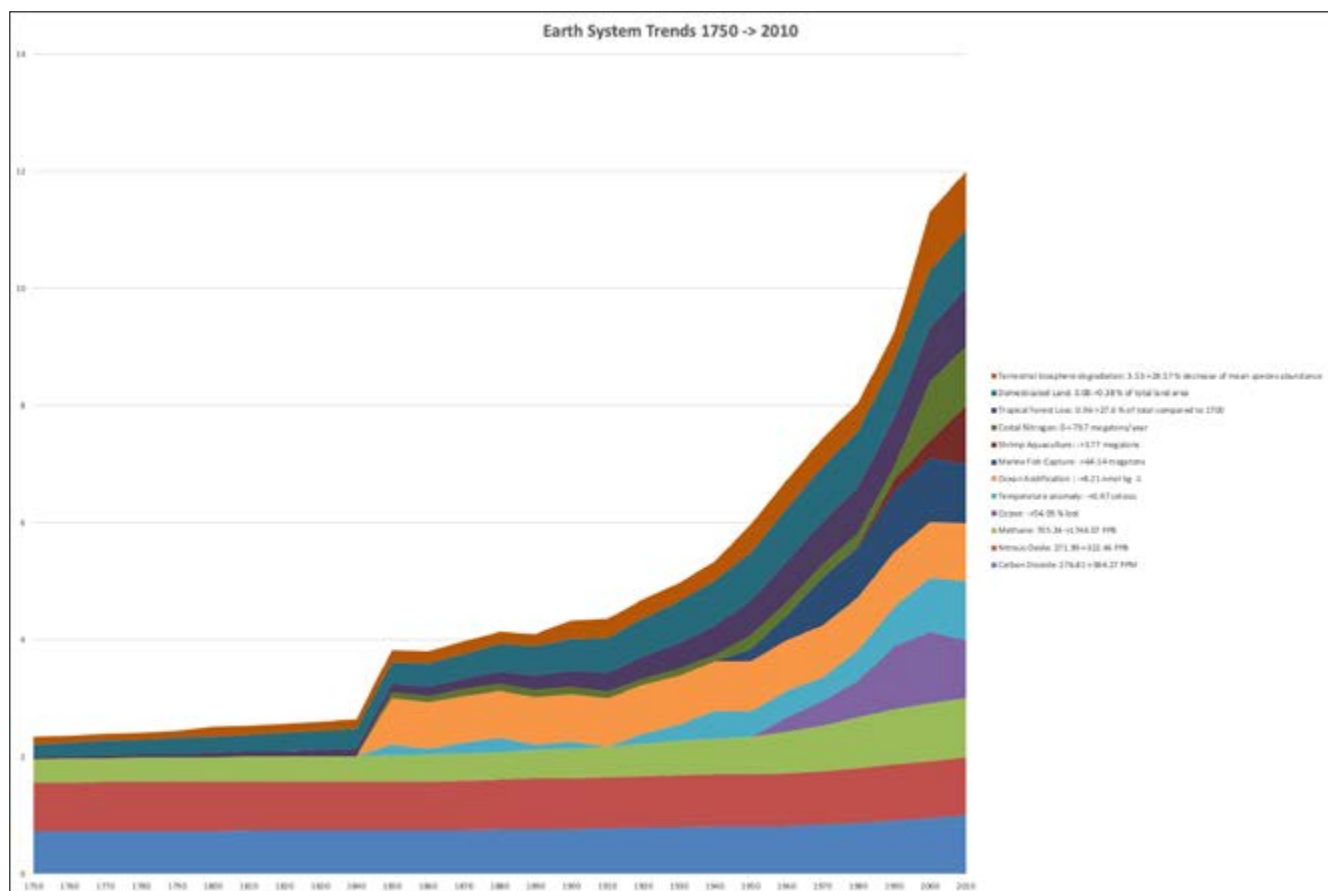


Figura 2: A “Grande Aceleração”

Fonte: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Anthropocene-GreatAccelerationEarthSystemTrends-1750-2010.png>

Bonneuil e Fressoz também notam que a história das emissões de CO₂ esconde uma longa investigação sobre a ineficiência da queima de combustíveis fósseis para os fins buscados e a naturalização da forma buscada de energia em detrimento de alternativas. O recurso ao petróleo e ao gás não seriam decisões inevitáveis, mas escolhas militares e ideológicas que os historiadores deveriam analisar. Retomar o contexto da decisão significa também abrir campo para que potencialidades que foram desperdiçadas à época, em nome do rumo tomado, possam ser reavaliadas. O investimento em energia solar, por exemplo, foi derrotado em 1950 nos Estados Unidos com o desenvolvimento de subúrbios, promoção de casas pré-fabricadas de baixo custo e um marketing agressivo das companhias de energia elétrica. Não havia, portanto, necessidade direta do rumo adotado: ele foi reflexo de escolhas, como as campanhas publicitárias e governamentais por carros individuais, que desprezaram opções em detrimento de outras, em especial em relação à queima de CO₂. Chama atenção, nesse sentido, o papel dos países anglo – Estados Unidos e Grã-Bretanha – na constituição dessa forma de vida, a ponto de os autores ironizarem que “o Antropoceno é um Angloceno” (Bonneuil e Fressoz, 2016; Bonneuil e Jouvancout, 2014, p. 71-73).

Já na década de 1970, entretanto, as más notícias começam a chegar. Um relatório produzido pelo chamado Clube de Roma indicava os *limites do crescimento*. O modelo do desenvolvimento industrial encontraria obstáculos nos seus limites ambientais, exigindo uma infraestrutura biofísica que está além do sistema terrestre. O economista brasileiro Celso Furtado, a partir disso, radicaliza sua tese da autonomia do subdesenvolvimento quando do relatório do Clube de Roma sobre os limites do crescimento, sustentando que é impossível a generalização dos padrões de vida dos países do Norte para o resto do mundo, esbarrando nos limites energéticos que o próprio planeta Terra oferece e obliterando, com isso, a própria inventividade que os países subdesenvolvidos poderiam desenvolver nos seus próprios critérios de desenvolvimento (Furtado, 2002, p. 88-89). Algumas vezes aproximada das contraculturas, por vezes como Ivan Illich e Félix Guattari, e outras vindo das ciências da Terra, a crítica ecológica ao modelo de consumo é cada vez mais presente e acentuada, tendo na Eco-92, realizada no Brasil, por exemplo, um dos seus momentos cruciais.

A preocupação ambiental passa as décadas seguintes se encorpando e disseminando movimentos ecológicos pelo mundo inteiro. A consciência dos limites do crescimento faz colidir com a lógica quantitativa infinita do PIB com as possibilidades suportadas pelo planeta como infraestrutura. Surgem os limites planetários, dos quais poderíamos citar a integridade da biosfera, a mudança de clima, as novas entidades, a depleção do ozônio estratosférico,

a mudança no uso da terra, o uso de água doce, os ciclos biogeoquímicos, os aerossóis atmosféricos e a acidificação oceânica (Costa, 2022). Corroborando com isso a descrição de Alyne Costa (2019),

E isso não é tudo: apesar de sua gravidade, a mudança climática não é a única preocupação que vem tirando o sono dos cientistas. Há quase dez anos, um grupo de 29 pesquisadores afirmou haver identificado nove processos biofísicos que propuseram chamar de “limites planetários”, os quais, segundo eles recomendavam, não deveriam ser ultrapassados, sob pena de propiciarem mudanças abruptas e não lineares nos sistemas ambientais em escala planetária. O estudo demonstrava, já àquela época, que, no que se refere à manutenção de um “espaço seguro para operar”, a humanidade se encontra em maus lençóis: dos nove processos fundamentais, três já podiam ter sido ultrapassados – perda da biodiversidade, ciclo de nitrogênio (a taxa com que este gás é removido da atmosfera e convertido em nitrogênio reativo para uso humano) e as mudanças climáticas –, e que estaríamos próximos de ultrapassar outros três: uso de água doce, mudança no uso do solo e acidificação dos oceanos (Rockström *et al.*, 2009, p. 1). Em um artigo publicado em 2015, essas fronteiras foram revisadas e atualizadas: além dos três processos anteriores – dois dos quais passaram a ser chamados de “mudanças na integridade da biosfera” e “fluxos biogeoquímicos” –, ultrapassamos também o limite seguro para mudanças no agora chamado sistema do solo (*land-system change*), e estamos em vias de transgredir o máximo proposto para a acidificação dos oceanos. Embora ainda dentro dos limites estabelecidos, a depleção de ozônio estratosférico e o uso de água doce não devem ser negligenciados (Steffen, 2015).

Entre os vários problemas que tensionam esses limites citados por Alexandre Costa (2022), menciono por exemplo o uso de terra e água doce, fortemente exasperado pela expansão da fronteira agropecuária, em particular para a produção de alimentos de origem animal e agricultura intensiva baseada em monoculturas. A poluição não é apenas composta por poluentes orgânicos persistentes, plástico, metais pesados, elementos radioativos, gases e aerossóis, mas também pela combinação entre eles, que produz o “efeito coquetel”. O superaquecimento da Terra, seguindo o autor, “equivale àquela [energia acumulada] liberada pela explosão de setenta milhões de bombas de Hiroshima *anualmente*” (grifo no original).



Figura 3: Acidificação e excesso de plásticos nos oceanos
Fonte: imagem produzida por IA.

Como já dito, o conceito de Antropoceno deriva do trabalho do químico Paul Krutzen – em proposição conjunta com o biólogo Eugene Stoermer – que, analisando os efeitos da sociedade industrial sobre o ecossistema, passa a considerar que saímos da era geológica do Holoceno para habitar um mundo em que o impacto da atividade humana equivale a uma força da natureza (Crutzen, 2005; Costa, 2023a). Segundo Bruno Latour (2014, p. 29-31), o 34º Congresso Internacional de Geologia chegou a examinar a questão e oficialmente declarar – ou não – se a Terra entrou em uma nova época. Apesar disso, na época, para frustração do nosso ansioso antropólogo da ciência, os geólogos resolveram adiar a decisão a fim de consolidar mais estudos. A temporalidade dos estudos geológicos, não por acaso, seria outra em relação às humanidades. No entanto, ainda seguindo Latour, segundo a Comissão de Estratigrafia incumbida da investigação já seria possível afirmar que o *anthropos* é responsável pela modificação das bacias hidrográficas, na produção e circulação do ciclo do nitrogênio, pelo desmatamento e erosão acelerada, pelo impacto significativo no ciclo de carbono e cumplicidade da desaparecimento das espécies, ao ponto de ser o causador da “sexta extinção global” (ver também Costa, 2019). Os mesmos atributos que colocavam o *Anthropos* como suposto “senhor da natureza” são os que produziram os atuais problemas ecológicos. “O mestre como escravo” ou “o homem como natureza” torna-se uma nova e estranha força geológica, ou melhor: “geohistórica”. Recentemente, os geólogos decidiram rejeitar o termo “Antropoceno” como marcador para designar nosso período geológico na Terra, preferindo manter-nos no Holoceno (LEHG, 2024). Por isso mesmo, talvez convenha acompanhar a trilha do conceito em seus desvios, passando pela intrusão de Gaia e suas variantes: capitaloceno, Chtuluceno e plantationceno, percebendo como a questão vai além de validações empíricas estritas.

3. CULTURA, NATUREZA, HUMANO, TECNOLOGIA: TRANSFORMAÇÕES

Meu cavalo crioulo é cria de laboratório.
(Ferreira, 2024)

Em geral, as periodizações na história das ideias costumam marcar o começo da Modernidade com alguns eventos como a Reforma Protestante, a invasão das Américas, o Renascimento europeu e a revolução da física. Particularmente a última interessa para marcar uma grande transformação metodológica em relação à produção do conhecimento no âmbito da Europa medieval, marcada pelo dogmatismo escolástico que muitas vezes obrigava a

manutenção de uma base aristotélica combinada aos princípios cristãos. Como é sabido, físicos como Galileu, Newton, Copérnico, Kepler, Bacon e Giordano Bruno marcaram uma virada que derrubou o geocentrismo (e a terra plana...), abrindo o universo ao infinito e produzindo a abordagem quantitativa tendo como ferramenta principal a matemática e a experimentação empírica (Gleiser, 2006).

Na filosofia, foi Descartes que marcou o momento com a colocação em dúvida de todo conhecimento anterior, demandando, com seu novo método, uma filosofia que tivesse o grau de certeza equivalente ao das ciências. Descartes punha em questão toda filosofia anterior por meio do que chamamos de *dúvida hiperbólica*, isto é, uma espécie de grande “limpeza” do terreno das verdades (a existência de Deus, dos anjos, a moral cristã, a causa final, etc.) para aceitar apenas aquilo que pudesse ser demonstrado com provas racionais. Assim, da dúvida nasce a ideia de que ao menos uma coisa é verdadeira: eu penso e, se penso, existo. Portanto, o Eu é a pedra fundadora, nomeado na filosofia como “sujeito”. Enquanto a física buscava entender o “Livro da Natureza escrito em linguagem matemática”, a filosofia estabelecia o sujeito como sua primeira certeza, dividindo os existentes entre dois tipos: a *res cogitans* (coisa pensante) e a *res extensae* (coisa material). Esse “Eu”, por isso, era um Eu imaterial, que não correspondia ao corpo e às emoções, mas ao puro intelecto, que Descartes – nisso lembrando Platão e a Escolástica – associava à alma: “noto que não pertence necessariamente nenhuma coisa à minha natureza ou à minha essência, a não ser que sou uma coisa que pensa” (Descartes 1973 [1641], p. 142).

A operação de Descartes estabeleceu um postulado que serviu de base para toda teoria que chamamos *epistemologia* moderna, entendida como aquela área da filosofia que investiga as condições de possibilidade do conhecimento. A fim de definirmos se há é verdadeiro ou falso, ou válido ou inválido, precisamos ter *critérios* que nos permitam justificar as decisões. É nesse campo que a epistemologia está. Mas não foi apenas isso. Descartes também definiu as bases *ontológicas* nos quais as ciências modernas navegam. O que seria isso? Basicamente, noções fundamentais como “mundo”, “realidade”, “Eu”, “mente”, “natureza”, “ideia”, “matéria”, entre outras, não são simplesmente dadas de modo que possam ser verificadas empiricamente. Eles pressupõem um quadro filosófico no qual se movimentam. E Descartes, ao dividir entre *coisa pensante* e *coisa material*, estabeleceu uma fronteira entre o sujeito e a natureza. Aquele seria imaterial e qualitativo. Esta, material e quantitativa.

Não por acaso nossa divisão de trabalho acadêmica é baseada em duas grandes áreas: as “humanas” e as “exatas”. De um lado, a literatura, a filosofia,

a antropologia, o direito; de outro, a física, a química, a biologia. Latour (1994) chega a criar a imagem da “Constituição Moderna” para, usando uma metáfora jurídica, caracterizar o plano de trabalho que orienta a Modernidade. Claro, o mesmo Latour mostrou que nunca foi tão simples: se pensarmos, por exemplo, em áreas como as ciências da saúde ou a educação, a divisão fica bem mais esfumada. Na psicologia, por exemplo, temos correntes diferentes, como a psicanálise e o comportamentalismo, cujas bases metodológicas são completamente distintas. Enquanto a psicanálise parece mais próxima das humanidades, orientando-se por um método mais próximo da linguagem e da filosofia, o comportamentalismo parece buscar outro mais próximo das exatas (ou “naturais”), tentando eliminar o componente de subjetividade e partindo para verificações e testagens de caráter empírico que visam a se assemelhar àqueles desenvolvidos em áreas como a genética ou a etologia. Latour (1994) afirma que “jamais fomos modernos” porque, ao mesmo tempo em que buscamos “purificar” a divisão entre natureza e cultura (entendida como campo do humano, do espírito, do sujeito, da sociedade), não deixamos o tempo todo de produzir híbridos em que as questões se tornam bem mais confusas. Os filhos da ovelha Dolly, um coração transplantado ou as plantas oriundas de sementes transgênicas são naturais ou culturais?

O Antropoceno é outra prova de que a divisão criada pelos modernos cada vez menos se sustenta (Costa, 2023a). Durante as décadas de 90 e 00, houve uma estridente polêmica, apelidada de *Science wars*, em que se debatia sobre o “pós-modernismo” e sua entrada no universo acadêmico. Segundo alguns dos seus detratores, como Alan Sokal e Jean Bricmont (1999), filósofos e filósofas pós-modernos como Deleuze, Kristeva, Irigaray, Baudrillard, Kuhn e o próprio Latour, entre outros, estariam cada vez mais utilizando inadequadamente imagens científicas nos seus sistemas, contribuindo para uma confusão sobre teorias como o caos ou fractais com a finalidade de apoiar o relativismo epistemológico. A questão então era colocada mais ou menos assim: há o lado “realista”, que considera ser possível perceber a realidade-como-ela-é mediante provas, argumentos e evidências científicas; e o lado “pós-moderno”, em que as relações de poder e convenções sociais seriam determinantes para a formação de determinados discursos sobre os fenômenos do mundo. Ou seja, a “natureza” contra a “convenção social”.

Hoje, apesar de certas ressonâncias em algumas questões culturais polêmicas, podemos dizer que o Antropoceno perturbou e talvez tenha soterrado essa discussão. Em outro texto, escrevi:

Ou seja, se o conceito de Antropoceno é válido, também pelo outro lado que o Grande Divisor naufraga. Não é a natureza (dos naturalistas) que ameaça a cultura, supostamente reduzindo o ser humano a um mero autômato determinado pelas suas conexões neurais ou pelo código genético. No Antropoceno, é a cultura (antrópica) que invade a natureza, desnaturalizando o que antes fazia estava para lá da borda externa da constituição moderna. Note-se, contudo, que estamos tomando apenas momentânea e retoricamente a divisão como verdadeira para, a partir da sua própria inconsistência interna, percebê-la como variação de um hibridismo irreduzível, já que a separação constitucional nubla a percepção do que significa o Antropoceno. Ao mesmo tempo em que o divisor cai pela óbvia interferência antrópica no que se denominava “natureza”, zona separada do antigo “construtivismo social”, a invasão das inundações, da erosão e da bioquímica no universo humanista reconfigura o que significa o *anthropos*, colocando sua atividade em ação em regiões que ultrapassam as formas antigas do naturalismo (Pinto Neto, 2020).

Afinal, o *clima* é um fenômeno natural ou cultural? É possível pensar na tragédia *natural* de Porto Alegre sem levar em consideração as decisões *políticas* que produziram as condições para os danos? Se o componente antrópico é determinante para a composição de atmosfera, ainda podemos continuar considerando que a Natureza é algo “externo”, “lá fora”, que o Céu é regido apenas pelas suas leis eternas e inelutáveis? Se é assim, a Modernidade povoada pelos híbridos que Latour havia identificado agora tem sua própria paisagem modificada (Latour, 2022, p. 33-42). O que antes era jogado para o lado da Natureza passa a compor um agente no campo da Cultura. E o que antes era jogado no campo da Cultura, como a política e a ética, passam a compor o campo da Natureza. Como a pandemia de COVID-19 demonstrou, não há mais como pensar a política sem a “natureza”. Naquele evento, todos os componentes se embaralharam: políticas de saúde, notícias falsas, algoritmos, pós-verdade, espaços físicos, gestão das cidades, logística mundial, migrações, etc. É possível ainda fazer História sem levar em consideração a geo-História? É possível fazer Geologia sem levar em consideração a história humana recente? Ou seja, o Antropoceno nos joga em novos quadrantes, exigindo um esforço transdisciplinar e quiçá uma reorganização integral das nossas categorias modernas (Pinto Neto, 2020).

4. AS FABULAÇÕES ESPECULATIVAS

Quando falamos de crise ecológica, estamos sempre de alguma maneira falando sobre o *futuro*. Embora os danos já estejam presentes agora, e a consequências virão em função disso, também estão sob disputa imagens

distintas de futuros. Essas imagens conectam-se a diferentes matrizes de pensamento que, além de corresponderem a diferentes leituras de mundo, também invocam saídas políticas distintas (Rache, 2023; Costa, 2023b). De modo muito conciso, tentarei apresentar *algumas* delas abaixo:

4.1 Aceleracionismo/Tecnosolucionismo: Segundo essa perspectiva, não teríamos ido longe o suficiente no incremento tecnológico. A característica central da nossa sociedade contemporânea é a aceleração. Como diz Alexandre Costa (2022, p. 109), ao mesmo tempo em que automóvel e telefone celular hoje são particularmente representativos do “processo de crescimento exponencial da demanda por matéria-prima”, eles próprios são “instrumentos de ‘aceleração do tempo’, o primeiro no que diz respeito ao deslocamento físico, e o segundo, à transmissão de informação”. De fato, existe uma quantidade substancial de investigações que narram como nos tornamos uma sociedade hiperconectada, cujos ritmos de tempo já são autônomos em relação aos ciclos biológicos e funcionam sob uma lógica maquínica, muitas vezes sintonizada com os mercados financeiros (Crary, 2014).

Os aceleracionistas negam que seja necessário deter o progresso tecnológico e o crescimento econômico. Segundo sua perspectiva, a saída para a crise ecológica vai ocorrer com a próprio progresso técnico, utilizando meios como a geoengenharia e o aperfeiçoamento humano (Latour, 2022, p. 29-30). A perspectiva invoca, então, espécie de “Bom Antropoceno”, no qual a espécie humana tomaria as rédeas do processo e de fato faria jus à sua condição de dona do clima no planeta Terra (Danowski, Viveiros de Castro, 2014). Um dos bilionários que apoiam o projeto de geoengenharia é Bill Gates (Suzuki, 2022), que despeja milhões de dólares na pesquisa para a injeção de aerossóis na estratosfera a fim de conter o aquecimento global mediante a reflexão dos raios solares de volta ao espaço, evitando que atinjam a superfície terrestre. A maioria dos cientistas, obviamente, considera isso extremamente arriscado e tendencialmente capaz de produzir um cenário catastrófico (Hamilton, 2022).

Outra faceta do aceleracionismo são os projetos, aparentemente megalômanos, de exploração de outros planetas e transformação biológica da espécie. Segundo essa perspectiva, que parece exótica, mas cujos defensores, como Elon Musk e Ray Kurzweil, ocupam ou ocuparam altos cargos nas Big Techs do Vale do Silício, uma vez dado o colapso da Terra, se trataria de buscar caminhos alternativos. Um deles seria a colonização de outros planetas, recuperando a aventura espacial que percorreu a segunda metade do século XX. O lançamento de foguetes da Space X (Ismerim, 2024) vai nessa direção, apontando um rumo para os bilionários que estariam aptos a arcar com os

custos rebarbativos dessas manobras (ver também Roque, 2021, p. 278-288). A outra via, mais próxima de Kurzweil, envolveria a genética e a nanotecnologia, possibilitando que a espécie humana fosse capaz de se dissociar do seu corpo biológico por meio de próteses, cirurgias nanorobóticas restauradoras e, na sua hipótese mais radical, pelo próprio abandono do corpo em prol de um upload da mente. O misto de sci-fi com pesquisa em tecnologia é ilustrado em filmes e séries – como *Transcendence*, *Black Mirror*, *Her* – que povoam o imaginário dos próprios geeks que estão no comando das empresas, indicando o rumo das pesquisas. O próprio caso anedótico de que a atriz Scarlett Johansson ingressou com ação na justiça americana contra a utilização da sua voz por Inteligência Artificial (Gil, 2023) ilustra bem o parentesco entre realidade e ficção. Nas suas versões hiperbólicas, o aceleracionismo do Vale do Silício chega a postular o “fim da morte” ou a sucessão de espécies, com a entrada das inteligências artificiais e dos “singularitanos” em relação aos humanos (Ludueña Romandini, 2010; Pinto Neto, 2019).¹



Figura 4: Ray Kurzweil, um dos “evangelistas” do Vale do Silício
Fonte: <https://www.flickr.com/photos/liquidator/5620462289/>

4.2 Capitaloceno/Comunismo de Luxo: A noção de “Capitaloceno” foi construída como contraponto ao “Antropoceno” a partir de dois argumentos centrais: (a) não é toda espécie humana a responsável pelo colapso climático, mas especificamente algumas sociedades – como a norte-americana, em especial, dados os seus padrões de consumo e produção de lixo –; e (b) mais que no *Anthropos*, a responsabilidade pela crise ambiental é do sistema capitalista, que funciona mediante exploração desenfreada da natureza, reduzida a “recursos”, e não respeita os limites biofísicos do planeta devido ao seu caráter meramente quantitativo. Atividades como a mineração, o extrativismo, a obsolescência

¹ Cientistas famosos como o físico Stephen Hawking, que propôs recentemente viagens interplanetárias com o intuito de colonizar outros planetas para a sobrevivência humana depois da destruição da Terra, e o neurocientista brasileiro Miguel Nicolelis, cujo “sonho” último, segundo *Muito além do nosso eu*, é transportar o cérebro para um suporte que permita vencer a mortalidade, parecem compartilhar esse imaginário em que a vida e a Terra sucumbem diante da ascensão vertiginosa do espírito humano (Nicolelis, 2011, p. 26).

programada e a queima de combustíveis fósseis seriam motores do sistema capitalista, sendo por isso diretamente atribuíveis a ele (Mitchell, 2011; Malm, 2016; Frase, 2016; Moore, 2015).

Um dos principais teóricos do Capitaloceno é Jason Moore (2015). Moore é crítico a perspectivas que partem do dualismo entre sociedade e natureza, entendendo essa construção conceitual como um obstáculo cartesiano para o equacionamento da questão. Para dar conta do problema, é necessário eliminar o aspecto aditivo com que os fatores costumam vir juntos: natureza *mais* sociedade, economia *mais* ambiente. O próprio imaginário de uma crise convergente seria ilusório, pois se trata da mesma crise desde uma perspectiva capaz de ultrapassar o dualismo. A ideia de que o capitalismo agride o meio ambiente, por exemplo, pressupõe um fundo natural imutável. A natureza, ao contrário, está em permanente transformação e por isso não podemos simplesmente colocá-la como externalidade, tal como tanto a economia política neoclássica quanto o marxismo fariam. O capitalismo, assim, “é um caminho de organização da natureza” (Moore, 2015, p. 2).

A estrutura proposta por Moore em contraponto ao dualismo é de uma “dupla internalidade”. O capitalismo é, ele próprio, uma variação histórica do arranjo entre humanos e não-humanos. Seus efeitos não se contrapõem a um fundo eterno e invariável. O dualismo erraria por *substantivar* os dois termos, sociedade e natureza. Moore, em contraponto, procura estabelecer uma economia *relacional* entre eles. Só existem, a rigor, modalidades dessas relações. Com isso, a ultrapassagem ocorre por meio da ideia do *oikeios*. Segundo Moore, “*oikeios* é uma maneira de nomear a criativa, dialética e histórica relação entre e por dentro de naturezas humanas e extrahumanas” (Moore, 2015, p. 35). A natureza não é um fator adicional colocada ao lado da cultura ou da sociedade. Ela “torna-se a matriz na qual a atividade humana se desdobra, e o campo no qual a agência histórica opera (...). Da perspectiva do *oikeios*, civilizações não ‘interagem’ com a natureza como recurso (ou como lata de lixo); elas desenvolvem-se por meio da natureza-como-matriz” (Moore, 2015, p. 36). Sua perspectiva, com isso, coloca a exploração capitalista como baseada em “quatro baratos” (*four cheaps*): comida, força de trabalho, energia e materiais brutos. Em todos os casos, o capitalismo dependeria de uma sobre-exploração, um “mais valor ecológico”, que reduziria o custo das operações jogando-as na condição de “externalidades”.²

2

Para uma crítica à tese do Capitaloceno, conferir, por exemplo, o seminal texto de Chakrabarty, um dos primeiros a ser traduzido para o português sobre a temática, publicado no *Sopro* (2013). Ver também Haraway (2016).

A imagem de futuro que é colocada em contraponto ao Capitaloceno, quase como inversão das utopias “transhumanistas” do Vale do Silício, é o “comunismo de luxo com automação total”. Seguindo a mesma matriz aceleracionista dos

seus adversários, defendem, contudo, que o incremento tecnológico vem sendo obstaculizado por instituições centrais do liberalismo, como a propriedade intelectual. Com o livre fluxo das informações, as sociedades conseguirão produzir um cenário de abundância generalizada, utilizando tecnologias como a impressão 3D (Frase, 2016), a engenharia genética, a mineração estelar, robótica (Bastani, 2019), além de defender um programa de transição fundado na renda básica universal, automação geral e abandono da ética do trabalho (Srnicek, Williams, 2015).

4.3 Cthuluceno/Intrusão de Gaia: O Antropoceno, ao produzir a dissolução do Grande Divisor Natureza/Cultura da Constituição moderna, acaba por permitir uma notável reviravolta. Agora fungos, vírus, minerais, plantas, animais, robôs, algoritmos, rios, entre outros seres, passam a compor a paisagem não-humana da política. Depois da virada humanista do início da Modernidade, em contraponto à dominância teológica medieval, o cosmos recalçado retorna para assombrar aqueles que haviam o esquecido, jogado no campo da externalidade. E com isso somos surpreendidos por outra reviravolta: se as “coisas” não podem mais ser ignoradas na sua agência, não é o humanismo antropocêntrico que desaba? Aparentemente, para além da lógica do capital, existiria outra lógica mais subterrânea e pervasiva que atinge a Terra: a *excepcionalidade humana* e, com ela, o poder de colocar todos os demais sob o jugo do único ser racional. E, diante dessa segunda reviravolta, resta a surpresa: quem nunca diferenciou humanos e não-humanos de modo hierárquico, quem nunca postulou a superioridade racional e o domínio sobre a natureza, foram justamente os povos ditos “primitivos” (Latour, 2022; Danowski & Viveiros de Castro, 2014).

Aqui existe então um cruzamento entre as lógicas descoloniais e ecológicas: nos mundos indígenas e quilombolas, jamais houve uma separação absoluta entre natureza e cultura (Costa, 2023b). Na verdade, a floresta aparece aqui como um campo de disputas políticas, disputas de política *cósmica*. Precisamente por isso, o indigenismo não é um projeto de passado, mas de futuro (Guarani, 2022). Ou: do passado ainda por vir (Danowski, Viveiros de Castro, 2023). Justamente por já terem presenciado o “fim do mundo” com a entrada das caravelas do colonizador europeu, os indígenas seriam mestres na sobrevivência nas ruínas, algo que será comum à humanidade futura diante da intrusão de Gaia.

Gaia, nome inspirado na mitologia grega dado por James Lovelock, depois com Lynn Margulis, à ideia de que a Terra não é simplesmente um “planeta” ou um “globo” (Latour, 2014), mas uma combinação termodinâmica

de elementos que, combinada, assemelha-se a um sistema vivo. “A Terra”, diz Latour (2022, p. 132), “parece capaz de manter ativamente uma diferença entre o interior e o exterior de si mesma. Ela tem uma pele, um envoltório. Mais estranhamente ainda, o planeta azul aparece repentinamente como uma longa série de *acontecimentos* históricos, aleatórios, específicos e contingentes, como se fosse o resultado provisório e frágil de uma geohistória”. Assim, por meio de retroalimentação entre os componentes da atmosfera e os seres vivos que iam emergindo, a começar pelas bactérias, foi se formando um equilíbrio frágil (“zona crítica”) capaz de suportar a vida como experiência singular na Terra (Costa, 2023a, 2023b). Bruno Latour (2020, 2022) e Isabelle Stengers (2015, 2023) cunham, assim, a expressão “intrusão de Gaia” para caracterizar essa irrupção súbita, esse acontecimento que abalroou as sociedades e a sua própria capacidade de pensar, sentir e reagir a ele.

Mas não esperemos, como muitas vezes fazem autores românticos de boas intenções (Acosta, 2016), uma simples “harmonia” com a natureza vinda como sabedoria dos povos que jamais a jogaram para a externalidade. Na realidade, a relação é muito mais tensa que isso. Se o “cuidado” ocidental sempre foi associado à jardinagem ou ao pastoreio, mantendo uma estrutura de guia que controla seu rebanho, o “cuidado” indígena é muito mais associado à ideia – ecologicamente confirmada nos princípios jurídicos – de *precaução*.³ A floresta não é um ambiente pacífico, um jardim do Éden que os materialistas ocidentais são capazes de contemplar, mas um ambiente perigoso em que a vida se realiza com toda sua ambivalência.

Remetendo ao caráter ctônico das transformações que passamos, com suas ancestralidades das górgonas como Medusa ou Potnia Theron, das culturas greco-micênicas, vindas do barro, da lama e do musgo, terranas, Haraway (2016, p. 55) as contrasta com as aventuras estelares do *Anthropos*. Em contraponto ao Antropoceno e Capitaloceno, ela nomeia Chthuluceno esse lugar nem sagrado nem profano, onde as “histórias vivas multiespécies e práticas de devir-com continuam em disputa, em tempos precários, em que o mundo não é finalizado e o céu não desabou – ainda”.

3
“Gaia, a que faz intrusão,
não nos pede nada,
sequer uma resposta
para a questão que
impõe. Ofendida, Gaia
é indiferente à pergunta
“quem é o responsável?”
e não age como
justiceira – parece que
as primeiras regiões da
Terra a serem atingidas
serão as mais pobres
do planeta, sem falar
de todos esses viventes
que não têm nada a ver
com a questão. O que
não justifica, de modo
algum, uma indiferença
qualquer em relação
às ameaças que pesam
sobre os viventes que
habitam conosco essa
Terra. Simplesmente,
não é da conta de Gaia”
(Stengers, 2015, p. 40-41).



Figura 5: Cavallo “Caramelo” – um refugiado ambiental multiespécies
Fonte: Polo, 2024.

4.4 Plantationceno/Exterminismo: A última imagem de futuro não é nada otimista, embora muito comum nas distopias de ficção científica e, infelizmente, mais próxima do que desejaríamos. Filmes e séries como *Elysium*, *Jogos Vorazes*, *3%*, *Gattaca*, *Zardoz*, *Mad Max*, entre muitos outros, preveem a possibilidade de um futuro distópico em que apenas uma pequena elite teria acesso à totalidade do luxo e da tecnologia, enquanto o restante da população ficaria sob o jugo de poderes policiais ou militares cuja única função seria mantê-las sob controle. A estrutura da *plantation*, aqui no Brasil identificada com o latifúndio, é a imagem utilizada por Anna Tsing e Donna Haraway (2016) para caracterizar um cenário dominado pela concentração econômica, as monoculturas e a extração desenfreada do trabalho e do meio ambiente. Teríamos, então, o *plantationceno*. O cenário é então descrito com suas associações supremacistas nas dimensões raciais, coloniais e naturais.

Um dos primeiros focos do *plantationceno* é o chamado “negacionismo climático”. Afora as teorias da conspiração, a principal estratégia dos negacionistas é de “semear a dúvida”, utilizando a mesma tática que fora utilizada por muito tempo pela indústria do cigarro para negar as evidências científicas (Roque, 2021, p. 273; Latour, 2020, p. 28-29). Hoje, há um raríssimo consenso científico de 99% em torno da dimensão antrópica das mudanças climáticas. Como, entretanto, as máquinas de produção de desinformação são muito poderosas, elas continuam produzindo seus efeitos a despeito da fragilidade argumentativa.

Outro foco, explicitado em Latour, é a hipótese que as elites já teriam se dado conta de que a questão ambiental será decisiva nas próximas décadas, adotando estratégias de sobrevivência e manutenção dos privilégios na mesma medida em que desviam a pauta do foco do grande público. O “escapismo” seria ilustrado, por exemplo, pelos projetos de saída da Terra em incursões a outros planetas ou formação de ilhas inacessíveis a quem não for seu proprietário (Latour, 2017; Roque, 2021, p. 278-288).

Peter Frase (2016) nomeia esse cenário de futuro como “exterminismo”, entendendo-o como a combinação entre escassez e hierarquia, na qual apenas a camada dos poderosos sobrevive ao colapso climático, mantendo o restante da população sob controle mediante o uso da violência e seu descarte como se fosse irrelevante.

Figura 6: Ailton Krenak, uma das principais lideranças indígenas do Brasil que discute o Antropoceno
Fonte: <https://www.flickr.com/photos/radiscomunicacaoesaude/42860930495/in/photostream/>



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos cinquenta anos, fomos acostumados a conviver com expressões como “não há alternativa” ou “chegamos ao fim da história”. Hoje, é impossível acreditar nisso. Fomos abalroados pela intrusão de Gaia. Aliás, como chama atenção Costa (2019), as imagens que povoam esse acontecimento são sempre disruptivas e, acrescentaria, traumáticas. Para quem está no Rio Grande do Sul, ainda poderíamos adicionar: fomos inundados por Gaia.

A entrada no período geológico do Antropoceno, ou, deixando a nomenclatura mais mitológica e menos científica, na Idade da Terra – como já fazia Glauber Rocha (Danowski, 2022), nos convoca a agir de modo diferenciado em relação aos nossos hábitos mentais e políticos, exigindo um reenquadramento das nossas categorias ontológicas e epistemológicas, uma

reorganização política e um compromisso com o futuro das próximas gerações. Estamos “na barriga do monstro” (Haraway, 2022) e, por isso, só nos resta pensar a partir dessa interpelação.

REFERÊNCIAS

ABDALA, Vitor. Após chuva no RS, país se prepara para seca na Amazônia. *Agência Brasil*, 22 maio 2024. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2024-05/apos-chuva-no-rs-pais-se-prepara-para-seca-na-amazonia>. Acesso em 28 maio 2024.

ACOSTA, Alberto. *O Bem Viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos*. Trad. Tadeu Breda. São Paulo: Autonomia Literária/Elefante, 2016.

AFP. Teorias conspiratórias que negam mudanças climáticas crescem durante tragédia no RS. *Carta Capital*, 11 maio 2024. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sustentabilidade/teorias-conspiratorias-que-negam-mudancas-climaticas-crescem-durante-tragedia-no-rs/>. Acesso em: 28 maio 2024.

ALISSON, Elton. Chuvas extremas no sul do Brasil tem aumentado desde 1950, aponta estudo. *Agência FAPESP*, 23 maio 2024. Disponível em: <https://agencia.fapesp.br/chuvas-extremas-no-sul-do-brasil-tem-aumentado-desde-1950-aponta-estudo/51742>. Acesso em 28 maio 2024.

BASTANI, Aaron. *Fully Automated Luxury Communism: a manifesto*. London: Verso, 2019.

BIERNATH, André et al. Inundações no Rio Grande do Sul: os gráficos e imagens que mostram a dimensão da tragédia. *BBC News Brasil*, 6 maio 2024. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/c72p96eqkvxo>. Acesso em: 28 maio 2024.

BONNEUIL, Christophe; FRESSOZ, Jean-Baptiste. *The Shock of the Anthropocene*. Trad. David Fernbach. London/New York: Verso Books, 2016 (edição Kindle).

BONNEUIL, Christoph; JOUVANCOURT, Pierre de. En finir avec l'Épopée. Récit, géopouvoir et sujets de l'Anthropocene. In: HACHE, Émilie (org.). *De L'Univers Clos au Monde Infini*. Paris: Éditions Dehors, 2014.

CHAKRABARTY, Dipesh. O clima da história: quatro teses. Trad. Denise Bottman et al. *Sopro*, n. 91, 2013. Disponível em <http://www.culturaebarbarie.org/sopro/n91s.pdf>. Acesso em 27 fev. 2018.

COSTA, Alyne. *Cosmopolíticas da Terra: Modos de existência e resistência no Antropoceno*. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: UFRJ, 2019.

COSTA, Alyne. “Antropoceno é o nosso tempo”. In: MOULIN, Gabriela et al. (orgs.). *Habitar o Antropoceno*. Belo Horizonte: BDMG Cultural/Cosmópolis, 2023a.

- COSTA, Alyne. Posfácio: Gaia (perpetua) redux. In: DANOWSKI, Deborah *et al.* (orgs.). *Os Mil Nomes de Gaia*, v. 2. Rio de Janeiro: Machado, 2023b.
- COSTA, Alexandre. Antropoceno: desmandamentos gravados em rocha. In: DANOWSKI, Deborah *et al.* (orgs.). *Os Mil Nomes de Gaia*, v. 1. Rio de Janeiro: Machado, 2022.
- CRARY, Jonathan. *24/7: capitalismo tardio e os fins do sono*. Trad. Joaquim Toledo Jr. São Paulo: Cosac Naify, 2014.
- CRUTZEN, Paul. The 'Anthropocene'. In: EHLERS; KRAFFT (ed.). *Earth System Science in the Anthropocene*. New York: Library of Congress, 2005.
- DANOWSKI, Déborah. Transformações perceptivas e afetivas na Idade da Terra. In: *Os Mil Nomes de Gaia*, v. 1. Rio de Janeiro: Machado, 2022.
- DANOWSKI, Deborah; VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. *Há mundo por vir? Ensaio sobre os medos e os fins*. Desterro: ISA/Cultura e Barbárie, 2014.
- DESCARTES, René. *Meditações*. In: *Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1973 [1641].
- FERREIRA, Clarissa. Cavalo. In: *LaVaca*. Intérprete: Clarissa Ferreira. Porto Alegre: Estúdio Mochila, 2024 (3min 47s).
- FRASE, Peter. *Four futures: life after capitalism*. London/New York: Verso, 2016.
- FURTADO, Celso. *O mito do desenvolvimento econômico* [excerto]. São Paulo: Paz e Terra, 2002 [1972].
- G1 BA. Bahia tem mais de 26 mil desabrigados, 61,5 mil desalojados e duas pessoas estão desaparecidas por causa da chuva, 8 jan. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2022/01/08/bahia-tem-mais-de-26-mil-desabrigados-615-mil-desalojados-e-duas-pessoas-estao-desaparecidas-por-cao-da-chuva.ghtml>. Acesso em: 28 maio 2024.
- GIL, Marisa Adán. Scarlett Johansson processa aplicativo de IA por criar anúncio falso. *Época Negócios*, 3 nov. 2023. Disponível em: <https://epocanegocios.globo.com/tecnologia/noticia/2023/11/scarlett-johansson-processa-aplicativo-de-ia-por-criar-anuncio-falso.ghtml>. Acesso em: 28 maio 2024.
- GLEISER, Marcelo. *A Dança do Universo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.
- GUARANI, Jerá. Para nós, o futuro é indígena. In: MOULIN, Gabriela *et al.* (orgs.). *Habitar o Antropoceno*. Belo Horizonte: BDMG Cultural/Cosmópolis, 2023.
- HACHE, Émilie. Introduction: Retour sur Terre. In: HACHE, Émilie (org.). *De L'Univers Clos au Monde Infini*. Paris: Éditions Dehors, 2014.
- HACHE, Émilie. The Futures Men Don't See. In: DANOWSKI, Deborah *et al.* (orgs.). *Os Mil Nomes de Gaia*, v. 2. Rio de Janeiro: Machado, 2023.
- HAMILTON, Clive. Não existe solução mágica. In: DANOWSKI, Deborah *et al.* (orgs.). *Os Mil Nomes de Gaia*, v. 1. Rio de Janeiro: Machado, 2022.
- HARAWAY, Donna. *Staying with the trouble: making kin in the Chthulucene*. Durham/London: Duke University Press, 2016.

HARAWAY, Donna. Habitar a barriga do monstro. In: DANOWSKI, Deborah *et al.* (orgs.). *Os Mil Nomes de Gaia*, v. 1. Rio de Janeiro: Machado, 2022.

ISMERIM, Flávio. SpaceX faz lançamento mais bem-sucedido do foguete Starship. *CNN Brasil*, 14 março 2024. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/tecnologia/spacex-faz-lancamento-mais-bem-sucedido-do-foguete-starship/> Acesso em: 28 maio 2024.

JORNAL NACIONAL. Passa de 130 o número de mortos nos incêndios florestais do Chile; é a pior tragédia em 15 anos no país, 6 fev. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2024/02/06/passa-de-130-o-numero-de-mortos-nos-incendios-florestais-do-chile-e-a-pior-tragedia-em-15-anos-no-pais.ghtml>. Acesso em: 28 maio 2024.

KRENAK, Ailton. *A vida não é útil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

LATOUR, Bruno. *Jamais fomos modernos*. Trad. Carlos Irineu da Costa. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

LATOUR, Bruno. L'Anthropocène et la destruction de l'image du Globe. In: HACHE, Émilie (org.). *De L'Univers Clos au Monde Infini*. Paris: Éditions Dehors, 2014.

LATOUR, Bruno. *Où atterrir*. Paris: La Decouvert, 2017 [edição kindle].

LATOUR, Bruno. *Diante de Gaia: oito conferências sobre a natureza do Antropoceno*. Trad. Marylua Meyer. São Paulo: Ubu, 2020.

LATOUR, Bruno. Como ter certeza que Gaia não é uma deusa ? Com atenção especial ao livro de Toby Tyrrell sobre Gaia. In: DANOWSKI, Deborah *et al.* (orgs.). *Os Mil Nomes de Gaia*, v. 1. Rio de Janeiro: Machado, 2022.

LEGH. Em votação, cientistas negam que estejamos no Antropoceno, a época geológica dos humanos, 7 mar. 2024. Disponível em: <https://www.ige.unicamp.br/lehg/em-votacao-cientistas-negam-que-estejamos-no-antropoceno-a-epoca-geologica-dos-humanos/> Acesso em: 28 maio 2024.

LUDUEÑA ROMANDINI, Fabian. *La comunidad de los espectros*, 1. Antropotecnia. Buenos Aires: Mino Dávila, 2010.

MacCARTHY, James *et al.* Os dados mais recentes confirmam: os incêndios florestais estão piorando. *Wri Brasil*, 18 out. 2023. Disponível em: <https://www.wribrasil.org.br/noticias/os-dados-mais-recentes-confirmam-os-incendios-florestais-estao-piorando>. Acesso em: 28 maio 2024.

MALM, Andreas. *Fossil Capital: the rise of steam power and roots of global warming*. London/New York: Verso, 2016.

MITCHELL, Timothy. *Carbon Democracy: political power in the age of oil*. London/New York: Verso, 2011.

MOORE, Jason. *Capitalism in the web of life: ecology and the accumulation of capital*. London: Verso, 2015.

NICOLELIS, Miguel. *Muito além do nosso eu: a nova neurociência que une cérebro e máquina - e como ela pode mudar nossas vidas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

PINTO NETO, Moysés. A Animalidade contra o Estado. *Revista landa*, v. 8, n. 1, 2019.

PINTO NETO, Moysés. O choque do Antropoceno sobre as humanidades: investigando história e ecologia a partir de Bonneuil e Moore. *Revista Desenvolvimento e Meio Ambiente*, v. 54, jul./dez., 2020.

POLO, Rafaela. Como é feito o resgate de cavalos como Caramelo no Rio Grande do Sul, 2024. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2024/05/09/como-e-feito-o-resgate-de-cavalos-nas-enchentes-de-rs.htm>. Acesso em: 31 maio 2024.

ROQUE, Tatiana. *O dia em que voltamos de Marte: uma história da ciência e do poder com pistas para um novo presente*. São Paulo: Planeta, 2021.

SOKAL, Alan; BRICMONT, Jean. *Imposturas intelectuais: o abuso da Ciência pelos filósofos pós-modernos*. Trad. Max Altman. Rio de Janeiro: Record, 1999.

SOUZA, Felipe; FELLETT, João. Brumadinho pode ser 2º maior desastre industrial do século e maior acidente de trabalho do Brasil. *Época Negócios*, 28 jan. 2019. Disponível em: <https://epocanegocios.globo.com/Brasil/noticia/2019/01/brumadinho-pode-ser-2-maior-desastre-industrial-do-seculo-e-maior-acidente-de-trabalho-do-brasil.html>. Acesso em: 28 maio 2024.

SRNICEK, Nick; WILLIAMS, Alex. *Inventing the future*. London/NY: Verso, 2015.

STENGERS, Isabelle. Penser à partir du ravage écologique. In: HACHE, Émilie (org.). *De L'Univers Clos au Monde Infini*. Paris: Éditions Dehors, 2014.

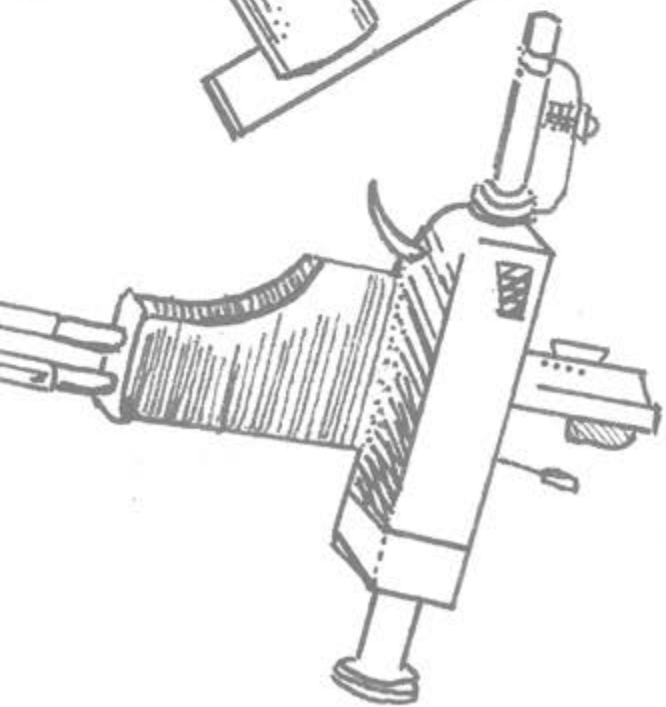
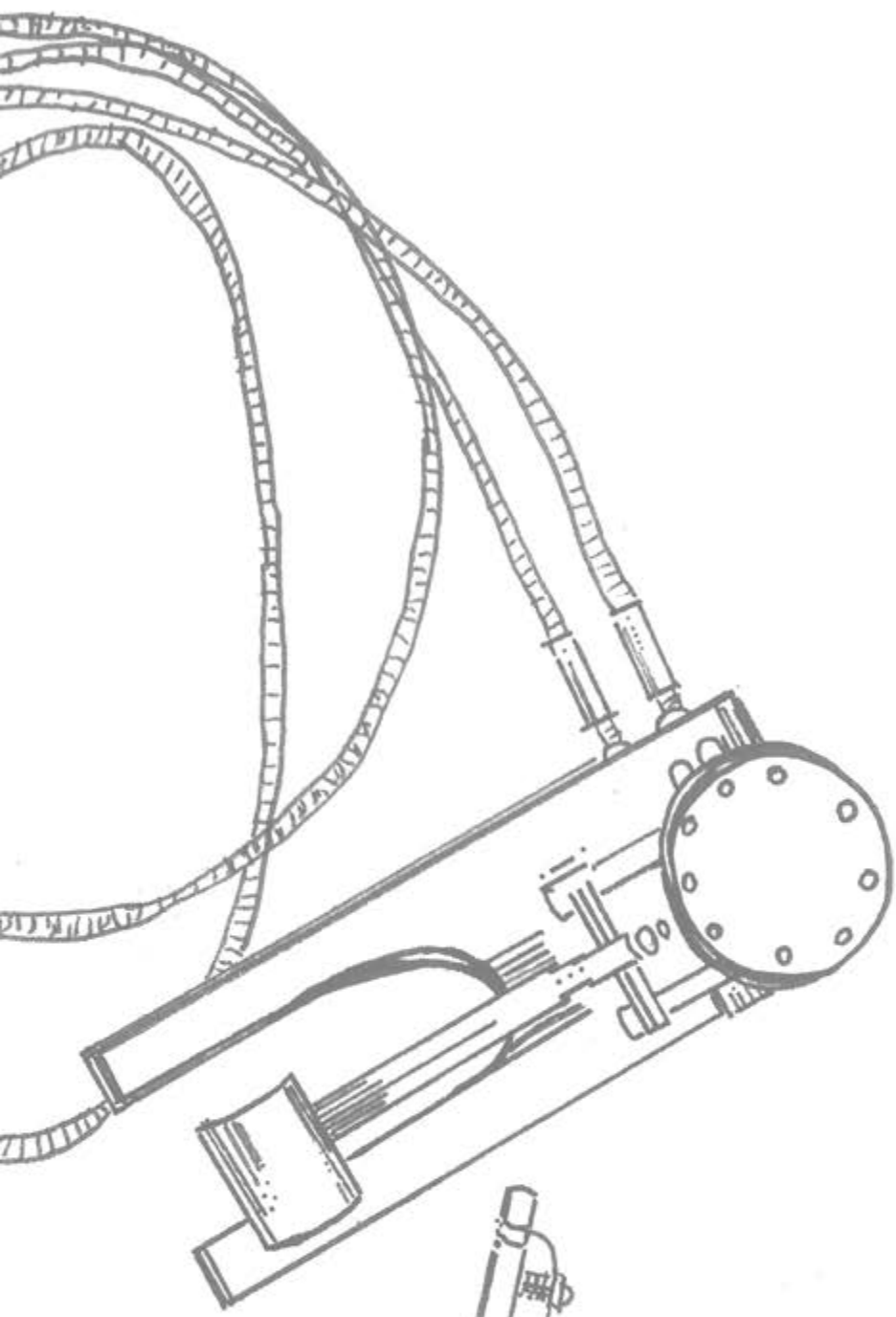
STENGERS, Isabelle. *No tempo das catástrofes*. Trad. Eloísa Ribeiro. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

STENGERS, Isabelle. Gaia, a urgência de pensar (e sentir). In: DANOWSKI, Deborah et al. (orgs.). *Os Mil Nomes de Gaia*, v. 2. Rio de Janeiro: Machado, 2023.

SUZUKI, Shin. Geoengenharia solar: por que cientistas se mobilizam contra ideia apoiada por Bill Gates para conter aquecimento global. *G1*, 8 abril 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/meio-ambiente/aquecimento-global/noticia/2022/04/11/geoengenharia-solar-por-que-cientistas-se-mobilizam-contr-ideia-apoiada-por-bill-gates-para-conter-aquecimento-global.ghtml>. Acesso em: 28 maio 2024.

TSING, Anna et al. *Arts of Living on a Damaged Planet*. Minneapolis/London: University of Minnesota Press, 2017.

Veja os números mais recentes das enchentes no RS nesta terça-feira. *Zero Hora*, 28 maio 2024. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2024/05/veja-os-numeros-mais-recentes-das-enchentes-no-rs-nesta-terca-feira-clwqd1dk9000b0146ip4t4rnf.html>. Acesso em: 28 maio 2024.



Capítulo 15:

A GRANDE ENCHENTE E O PROTAGONISMO DA INFECTOLOGIA

**Lessandra Michelin Rodriguez Lins
Rodrigo Schrage Lins**

*Mostremos valor, constância
Nesta ímpia e injusta guerra
Sirvam nossas façanhas
De modelo a toda Terra.
(trecho do Hino do Rio Grande do Sul)*

Maio de 2024 já se tornou um mês historicamente trágico para o Rio Grande do Sul e para o Brasil. Um mês em que a força das águas modificou a vida de um povo forte e guerreiro, que enfrenta dificuldades com a cabeça erguida e com um coração generoso. Essa é uma história de impotência frente à força da natureza, de muitas perdas materiais e pessoais, de muitos ganhos em união e solidariedade, e o receio de que as doenças infecciosas possam afetar uma população ainda tão machucada com uma enchente. Também é a história da união de médicos infectologistas brasileiros em uma força tarefa incrível para auxiliar a proteção dessa população, e reflexões sobre o que podemos aprender para o futuro.

PARTE 1 – A ENCHENTE **REVIVENDO A HISTÓRIA APÓS 80 ANOS**

Há 83 anos, em 30 de abril de 1941, as águas invadiram o cais do porto de Porto Alegre, e rumaram para o centro em marcha contínua. Foram 22 dias de

chuvas intensas que resultaram em uma das piores catástrofes da história da região. O ápice da altura foi no dia 8 de maio, quando as águas do lago Guaíba subiram a 4,76 metros. Cerca de 70 mil pessoas (de uma população de 272 mil habitantes) tiveram de abandonar suas casas e a recuperação levou anos (Monitchele, 2024). O episódio é descrito com mais detalhes em um artigo de 2012 (Torres, 2012). Fotos históricas e outros artigos são facilmente acessíveis na internet.

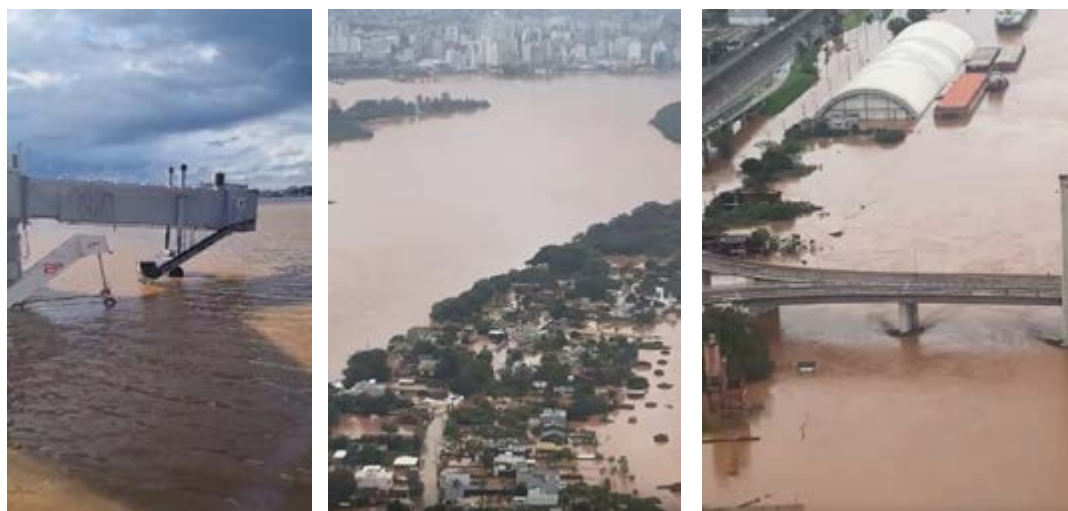


Imagem do aeroporto de Porto Alegre e imagens aéreas da enchente no Rio Grande do Sul.

1.2 O ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL EM ALERTA

Três episódios importantes de desastres por grande volume de chuva ocorreram no Rio Grande do Sul em junho, setembro e novembro de 2023, deixando um total de 75 mortos (16, 54 e 5 óbitos respectivamente). Houve destruição de estradas, deslizamentos, perda de plantações, animais, maquinários, e outras perdas materiais (Guimarães, 2024).

Já em 2024, no dia 22 de abril, a Defesa Civil do Rio Grande do Sul emitiu um alerta meteorológico de que tempestades isoladas e chuvas localmente intensas poderiam causar inundações e cortes de energia (G1 RS, 2024b).

No dia 27 de abril foram registrados os primeiros alagamentos em Novo Hamburgo, Canoas e Porto Alegre. Chuvas e ventos fortes começaram a atingir a parte norte do estado em 28 de abril e, no dia seguinte, já havia se espalhado por quase todo o estado. As tempestades ocorridas entre 28 de abril

e 01 de maio foram causadas por uma frente fria associada a uma área de baixa pressão sobre o mar, sendo também influenciadas por um fluxo de humidade proveniente do norte do país. No dia 29 de abril foi feito alerta vermelho para volumes substancialmente elevados de chuva (G1 RS, 2024b; Associated Press SP, 2024).

As chuvas atingiram mais de 150 milímetros em algumas partes do Rio Grande do Sul (RS) nas 24 horas do dia 30 de abril, e a precipitação média na região de Porto Alegre nos primeiros doze dias de maio tinha previsão de chegar a 333,1 milímetros, o que seria o triplo do valor médio mensal registrado entre 1991 e 2020 (113 milímetros) (Associated Press SP, 2024; Sias, 2024b). No mesmo dia, 30 de abril, foram abertos os primeiros abrigos, registradas as primeiras mortes e montado o Gabinete de Crise do Estado do Rio Grande do Sul.

1.3 MAIO DE 2024 – A FORÇA DAS ÁGUAS DO CÉU E DOS RIOS

O que se seguiu a essa alteração climática foi uma enchente sem precedentes no RS. Imediatamente ao aumento do volume das águas nos rios e chuvas intensas, mais de 500.000 pessoas ficaram sem energia e água potável em todo o estado, sendo que os danos causados ocorreram em 431 dos 497 municípios. As águas cobriram cidades inteiras, muitas estradas e pontes foram destruídas, locais e pessoas foram soterrados pelos deslizamentos de terra. A comunicação foi afetada, com serviços de internet e telefonia não funcionando em mais de 85 municípios. Cidades inteiras no vale do rio Taquari, como Lajeado, Estrela, Muçum, Cruzeiro do Sul e Arroio do Meio ficaram temporariamente inacessíveis. O mesmo aconteceu com a serra gaúcha, sendo que Caxias do Sul, Bento Gonçalves, Garibaldi e outras cidades próximas apresentaram muitos deslizamentos, bloqueios e inundações devido a rompimento de barreiras. As margens do rio local em Gravataí também ficaram à beira do colapso, pois quatro estações de tratamento da cidade tiveram que ser fechadas momentaneamente (G1 RS, 2024a).

Em Porto Alegre, o lago Guaíba subiu até 4,3 metros no dia 3 de maio e chegou até 5,33 metros no dia 5 de maio, batendo assim o recorde anterior de 4,76 metros estabelecido durante as enchentes de 1941. Devido às chuvas incessantes, houve o alagamento de mais de 60 ruas, afetando principalmente o centro histórico da cidade. Eldorado do Sul e Canoas, cidades da região da Grande Porto Alegre, também foram atingidas pela enchente, sendo completamente engolidas por ela (G1 RS, 2024a; Sias, 2024a).



Mercado público de Porto Alegre durante a enchente; destruição de rodovias pelas águas; orientações sobre leptospirose em um abrigo em Porto Alegre.



1.4 A CRONOLOGIA DA GUERRA

O RS começou a sentir o efeito das chuvas em diversas regiões a partir do dia 01 de maio. Nesse dia, foi decretado estado de calamidade pública pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul, já com 114 municípios afetados (G1 RS, 2024b). O anúncio de estradas estaduais bloqueadas ou com desvio de rota, a

remoção de pessoas de áreas de deslizamentos, o cancelamento de atividades, o retorno das aulas síncronas a fim de diminuir o risco de exposição à acidentes – todos sinais de um desastre de grandes proporções, que infelizmente ainda estava apenas no início.

Em Caxias do Sul, o mês iniciou com muitos pedidos de ajuda. Amigos, familiares, alunos relatando que perderam tudo na região da serra gaúcha. Pessoas presas em bairros sem comunicação, aguardando resgate.

Ainda no dia 01 de maio, já se viam pelos grupos de WhatsApp postagens sobre recolhimento de mantimentos para populações atingidas: água, alimentos não perecíveis, materiais de higiene, roupas e agasalhos, colchões e lonas já estavam sendo arrecadados em vários locais do estado. Surtos de diarreia e vírus respiratórios já estavam sendo relatados em grupos médicos, e as pessoas começaram a buscar auxílio nos hospitais e consultórios devido a quadros clínicos agudos debilitantes. As mobilizações locais iniciaram e os grupos de socorro estavam trabalhando em resgates de pessoas e auxílio para remoção das áreas de risco. Infelizmente, nesse momento inicial, apenas pessoas eram aceitas nos resgates, e animais acabaram sendo deixados nos locais pela falta de estrutura de abrigos.

O dia de 02 de maio iniciou com o alerta da possibilidade de rompimento da represa São Miguel em Caxias do Sul. Reportagens em rádio, televisão e mídias sociais alertavam sobre as chuvas intensas e possibilidade de alagamento se a barragem rompesse. Havia relatos de deslizamentos e casas soterradas na BR-116, linhas telefônicas fora de operação em toda a serra gaúcha, o abastecimento de água interrompido em diversos locais, pois as represas estavam com transbordamento e alagando as áreas de estação de tratamento da água. Nessa data, ocorreu o rompimento da barragem de Veranópolis e alagamento daquela região. Muitas pessoas foram desalojadas e transferidas para abrigos ou casas de familiares. Iniciaram também o resgate de animais, com a criação de abrigos para esses animais de pequeno e grande porte resgatados (Rio Grande do Sul, 2024).

No dia 03 de maio, foi fechado temporariamente o aeroporto de Porto Alegre, que se tornaria fechado em definitivo por tempo indeterminado no dia 06 de maio. Ainda no dia 03 de maio, já se recebiam mensagens sobre profissionais de saúde voluntários para atendimento em áreas atingidas pelos eventos climáticos. A serra gaúcha, além de prejudicada, estava isolada em alguns locais críticos, e o acesso a diversos pontos se dava apenas com helicópteros ou aviões. Exemplos de situações nunca pensadas que vivemos foi às 23h desse

dia receber o anúncio de que três aeronaves com kits de sobrevivência estavam chegando à serra gaúcha e precisávamos fazer mais de 3 mil sanduíches para serem levados com helicópteros aos abrigos em áreas sem acesso por terra. Muitos se mobilizando, muitos doando o que tinham: conhecimento em atendimento, expertise em resgate, transporte, arrecadação e até mesmo em organizar as arrecadações que já chegavam em bom volume.

O que se seguiu no dia 04 de maio foi o aumento gradativo da magnitude do desastre, com a destruição de barragens e pontes, estradas e deslizamentos. No dia 05 de maio, foi restabelecido o PIX SOS Rio Grande do Sul, canal de doações do Governo do Estado. No dia 06 de maio foi interrompido o fornecimento de água em Porto Alegre. No dia 07 de maio já eram 160.000 desabrigados. No dia 08 de maio, enquanto as inundações chegavam ao Sul do estado, era anunciada a continuação das chuvas e a chegada de uma nova frente fria. No dia 15 de maio o nível do Rio Taquari baixou para 18,75 metros (chegou a 33 metros), mostrando o resultado das inundações. Animais mortos, esgoto exposto, muitas casas destruídas e algumas com suas estruturas condenadas. A segunda metade do mês ainda evidenciou outros problemas, como crimes patrimoniais, furtos e saques. No dia 20 de maio a primeira morte por leptospirose na cidade de Travesseiro ganhou destaque em reportagem de imprensa, chamando a atenção de que esse tipo de evento tem etapas com riscos diferentes, e que a baixa das águas não significaria a diminuição dos problemas (Guimarães, 2024; G1 RS, 2024b).

No dia 29 de maio os governos municipais, estadual e federal lançam programas de benefícios para a população atingida. O poder público chegou a falar na viabilização de “cidades provisórias”. Representantes do Alto Comissariado das Nações Unidas para Direitos Humanos (ACNUDH) dizem que o episódio do Estado do Rio Grande do Sul será usado como exemplo da necessidade de ações relacionadas a eventos climáticos (Lopes, 2024).

PARTE 2 **FORÇA TAREFA**

Essa é uma história de um trabalho e de uma sequência de acontecimentos que foram muito importantes sob o nosso olhar. Um olhar de longe, do Rio de Janeiro, mas que não ficou um segundo com o coração e o pensamento fora do Rio Grande do Sul. O olhar de uma gaúcha e de um carioca apaixonados por esse Estado de tantas belezas e riquezas.

2.1 A UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

Em 03 de maio de 2024, na Universidade de Caxias do Sul (UCS), a professora Dra. Ana Agostini, coordenadora do Curso de Medicina, levantou a ideia de, junto com um grupo de alunos, organizarmos orientações para a sociedade sobre cuidados com a saúde durante esse período de enchentes. Seria um material muito objetivo com foco em mídias sociais. O grupo do Telessaúde-RS já estava com material de apoio para orientação de voluntários, e nossa ideia, motivada pelo professor Dr. Fabricio Kleber, era fazer um material prático para acesso de WhatsApp e Instagram. O Ministério da Saúde disponibilizou diversos materiais, mas alguns não continham todos os assuntos necessários para consulta (Brasil, 2022; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2024; Centers for Disease Control and Prevention, 2022). Como a serra gaúcha estaria isolada devido ao bloqueio de estradas, era imperativo que a ação fosse imediata a fim de auxiliar uma região que compreende mais de um milhão de habitantes.

Com apoio da professora Dra. Carin Gallon e do professor Dr. Asdrubal Falavigna, iniciamos o grupo na universidade: um grupo multidisciplinar com médicos, biólogos, enfermeiros, farmacêuticos, odontólogos, nutricionistas e médicos veterinários unidos em produzir, em no máximo 48h, orientações básicas à população. Não imaginávamos que esse seria um grupo inspirador para tantas outras ações!

Os temas definidos para divisão entre os professores foram: 1. Doenças de transmissão hídrica (leptospirose, diarreias agudas, ascaridíase, toxoplasmose, hepatite A); 2. Doenças de transmissão respiratória (infecções respiratórias virais, difteria, coqueluche, tuberculose, meningites); 3. Outras doenças infecciosas - transmitidas por animais ou acidentes (hantavirose, raiva, tétano, leishmaniose); 4. Cuidados com água e alimentos; 5. Cuidados com ambiente, casa e comunidade; 6. Manejo de animais de pequeno e grande porte; 7. Saúde Bucal e 8. Saúde Mental. Em 05 de maio, foi criada uma página no Instagram chamada UCS Força Tarefa Área da Vida, que imediatamente contou com a parceria da Sociedade Gaúcha de Infectologia (SGI), e apoio da Sociedade de Infectologia do Estado do Rio de Janeiro (SIERJ) e Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) para revisão e divulgação do material produzido para orientação da população atingida pela enchente (Universidade de Caxias do Sul, 2024b; Paterson et al., 2018).

O Guia de Cuidados com a Saúde UCS em parceria com SGI e apoio SIERJ e SBI foi organizado e escrito em 10 dias, e lançado no dia 14 de maio de 2024,

com protocolos de cuidados em enchentes destinado a orientação da população em geral acometida pelas inundações, reunidos em um ebook produzido pela EDUCS. Com o apoio do Reitor Prof. Dr. Gelson Leonardo Rech, o livro teve como autores os docentes da UCS: Ana Paula Agostini, Ana Paula Martinez Jacobs, Rodrigo Letti, André Felipe Streck, Antonella Souza Mattei, Bruna Kochhann Menezes, Fabio Antunes Rizzo, Fabrício Diniz Kleber, Fernanda de Oliveira Chiaradia, Fernanda Marçolla Weber, Gabriel Guerreiro Fiamenghi, Guilherme Brambatti Guzzo, Janaina Brollo, Júlio César Bebbber, Karen Melo de Matos Margutti, Karina Affeldt Guterres, Leandro do Monte Ribas, Lessandra Michelin Rodriguez Lins, Luciana Benfica Abrão, Luciana Laitano Dias de Castro, Maximiliano Cassilha Kneubil, Milena Rodrigues Agostinho Rech, Pâmela Antoniazzi dos Santos, Rafaela de Moura Sartori, Vanessa Piccoli, Viviane Raquel Buffon, Wilson Sampaio de Azevedo Filho. Também contou com a participação dos alunos: Adriéli Gonçalves, Amanda Molon, Ana Luísa Pelin Gomes, Andrielle Horbach, Anna Gabriela Mangold, Arthur Boscato Tams, Bárbara Elisa Somacal, Bárbara Vienciski, Beatriz Becker Pires, Brenda Indicatti, Bruna Marcon Paniz, Catarina Galafassi, Clara Salles Biavaschi, Eduarda Sonda de Godoy, Eduarda Theodoro, Enrico Torresini Ribeiro, Fabricio Ribeiro, Franciéli Vieceli, Francine Fonseca, Gabriela Canali Locatelli Bellini, Gabriela Hammes Feraboli, Gabriela Paim, Gabrielly Haremi Shiraishi, Giovana Gobbato, Giulia Andrezza, Gustavo D'Ambrós, Helena Casagrande, Helena Marca, Isa Otoberli, Isabela Voltolini, Georgea Betiollo, João Miguel Grossi, Júlia Perozzo, Júlia Toigo, Júlia Tonett, Juliana De Lazzer Bordin, Juliete Bebbber, Karine Somacal, Larissa Ceconello do Amaral, Larrisa Silocchi, Laura Finn, Laura Sartor, Leo Pizzolo, Luana Zampieri, Lucas Gabriel Orlando da Silva, Luís Felipe Antolini, Luís Guilherme Machado, Luiza Maria de Lima Marschall, Luiza Simionato, Luísa Stradioto Sartor, Manuela Sais Bittencourt, Maria Eduarda Vacaria, Maria Fontanive, Marieli Milani, Marina Buzzetto, Marina Ferreira dos Santos, Márcio Luis Medeiros, Martín Rech Ramos, Maqueila Vieira de Souza, Nathália Rech, Nicolas Gabriel Mattana Piccoli, Nicole Pressi Paula Reis de Almeida, Rafaela Fabro, Rodrigo Giovanardi Pandolfo, Taíza Fontana Capeletti, Thais Cristina Justen, Valéria Pretti Schumann, Valentina Schumacher, Victoria Sozo e Vitória Chiela. O livro foi realizado como uma obra multidisciplinar envolvendo as áreas da medicina, biologia, enfermagem, farmácia, nutrição, odontologia e medicina veterinária, e foi composto dos seguintes assuntos: Entendendo a crise humanitária; Apoio emocional; Doação de Alimentos; Riscos ambientais durante enchentes: alertas; Cuidados em casa e com a comunidade; Cuidados com os alimentos; Cuidados com a água para consumo; Cuidados com a saúde bucal; Cuidados com pequenos animais em desastres; Orientações para manejo de animais de grande porte em desastres

naturais (equinos, bovinos, ovinos e outros); Orientações sobre acidentes com animais peçonhentos; Leptospirose; Hantavirose; Toxoplasmose; Raiva; Leishmaniose visceral canina e o trânsito de animais; Doença diarreica aguda; Hepatite A; Ascaridíase; Difteria; Coqueluche; Doenças virais de transmissão respiratória; Meningites e Tuberculose (Universidade de Caxias do Sul, 2024a).

Guia de cuidados com a saúde da Universidade de Caxias do Sul, publicado pela EDUCS, com parceria Sociedade Gaúcha de Infectologia, e apoio da Sociedade Brasileira de Infectologia e Sociedade de Infectologia do Estado do Rio de Janeiro.



2.2 FORÇA TAREFA SBI/SGI PARA O ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Dia 04 de maio foi o primeiro contato com a Secretaria de Saúde do Estado (SES-RS), com o objetivo de fornecer auxílio técnico em infectologia para as demandas do RS. Conversando com a Diretora do CEVS-RS, Tani Maria Schiling Ranieri Muratore, definimos as orientações de suporte em doenças infecciosas que seriam mais importantes nesse início. Além disso, foi solicitado o apoio científico para construção de uma nota técnica para avaliar a possibilidade de uso de quimioprofilaxia com doxiciclina para leptospirose.

Para o início dos trabalhos, foi organizada a Força Tarefa SBI/SGI construída em três pilares: 1. Apoio de sociedades científicas para construir o grupo “core”; 2. Definição de temas para protocolos que seriam importantes no atendimento imediato das populações; 3. Seleção do grupo de voluntários para trabalho de escrita de protocolos com prazos rápidos.

Em momentos de grandes desastres, a organização de informações práticas e confiáveis é mandatória, especialmente se o plano de resposta não está claro para a população. Como as orientações básicas para cuidados com a saúde da população estavam sendo organizadas pelo grupo de docentes e discentes da UCS, orientações de apoio para diagnóstico, manejo e prevenção de doenças infecciosas também se faziam necessárias. Assim, a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) e Sociedade Gaúcha de Infectologia (SGI) foram contatadas para iniciarmos a organização de um grupo de trabalho. Pela SGI, o Dr. Alessandro Comarú Pasqualotto ofereceu total apoio à iniciativa. Pela SBI, inicialmente o Dr. Sérgio Cimerman foi contatado como vice-presidente, já que o presidente em exercício, Dr. Alberto Chebabo, estava em viagem. O apoio foi imediato, sinalizando que poderíamos criar um grupo para organizarmos esses materiais técnicos.

Assim, iniciamos o recrutamento de voluntários na SBI, sendo criada o que chamamos de Força Tarefa SBI-SGI. Esse grupo foi coordenado por mim, Lessandra Michelin Rodriguez Lins (RS) e contou com a participação de Alberto Chebabo (Presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia), Alessandro Comarú Pasqualotto (Presidente da Sociedade Gaúcha de Infectologia) e os colegas infectologistas e membros da SBI: Alberto dos Santos de Lemos (RJ), Alexandre Naime Barbosa (SP), Alexandre Vargas Schwarzbald (RS), Bruna Kochann Menezes (RS), Décio Diament (SP), Diego Rodrigues Falci (RS), Fabrizio Motta (RS), Fernanda Marçolla Weber (RS), Helena Andrade Zeferino Brigido (PA), Isabella Ballalai (RJ), Juarez Cunha (RS), Karen Mirna Loro Morejón (SP), Leonardo Weissmann (SP), Paulo Ernesto Gewehr Filho (RS), Rafaela Mafaciolli Grando (RS), Raquel Silveira Bello Stucchi (SP), Renato Kfour (SP), Rodrigo Schrage Lins (RJ), Sérgio Cimerman (SP), Tânia do Socorro Souza Chaves (PA), Tânia Regina Constant Vergara (RJ), Valeria Cavalcanti Rolla (RJ) e Viviane Raquel Buffon (RS). Esse foi o grupo inicial, e outros colegas foram adicionados ao longo do período e pelas demandas técnicas específicas.

Definido o grupo de trabalho, seguimos com a seleção dos temas a serem abordados em protocolos. Por experiências prévias de relatos de grandes desastres climáticos, as enchentes deveriam acometer a população exposta em três principais ondas (Basaria et al., 2023; Lynch, Shaman, 2023; Suk et al., 2020):

- PRIMEIRA SEMANA DE EXPOSIÇÃO:

- DOENÇAS COM PERÍODO DE INCUBAÇÃO CURTO E/OU TRANSMISSÃO IMEDIATA

a. Doenças imediatas por exposição hídrica: doenças cujo contágio ocorre com água contaminada e pouco tempo de exposição/incubação. Compreendem as doenças diarreicas agudas por vírus, bactérias, parasitas. Necessitaria de monitoramento em abrigos principalmente doenças virais de transmissão rápida como enterovírus, norovírus e rotavírus. Devido a baixas coberturas vacinais, recentes, o monitoramento de casos de poliovírus também se faria necessário. Como estratégias para prevenção dessas doenças, é muito importante o cuidado com água e alimentos, além de higiene de ambientes.

b. Doenças de transmissão respiratória: como as populações estavam sendo resgatadas e transferidas a abrigos ou casas de familiares, pelas aglomerações surgiria logo as doenças de transmissão respiratória virais e bacterianas: influenza, covid, vírus sincicial respiratório, doença pneumocócica, doença meningocócica, doença por H. influenzae B. Outras doenças preveníveis por imunização, devido a baixas coberturas vacinais durante o período pandêmico, poderiam ocorrer, como difteria, coqueluche, rubéola, sarampo, caxumba e varicela. As manifestações mais comuns dessas doenças podem ser infecções de trato respiratório superior ou inferior, ou mesmo meningite/encefalite. Para prevenção da maioria dessas doenças, poderíamos fazer planejamento de campanhas para vacinação da população exposta.

c. Doenças associadas a ferimentos em momento de resgate: devido a ferimentos diversos, infecções de pele e partes moles poderiam ocorrer e necessitariam de assistência para cuidado e uso de antimicrobianos. Não há prevenção, mas o tratamento imediato adequado auxilia no controle de complicações.

d. Exposição a raiva: devido aos resgates dos mais diversos animais, socorristas e voluntários estavam expostos a arranhões e mordeduras. Como não há a procedência desses animais, e muitos não conseguem ser observados, a profilaxia pré e pós-exposição a raiva deveria ser avaliada.

- SEGUNDA SEMANA DE EXPOSIÇÃO:
DOENÇAS COM PERÍODO DE INCUBAÇÃO ENTRE 5-7 DIAS

a. Leptospirose: apesar do período de incubação da leptospirose variar entre 1 e 30 dias, em média temos a manifestação entre 7 a 14 dias da exposição. Além disso, durante as enchentes as águas eram correntes, o inóculo de exposição acaba sendo menor que o com água represada ou no período pós-enchente, quando há contaminação do solo, o que pode durar por semanas.

b. Hepatite A: apesar de ser uma doença imunoprevenível, a maior parte da população não está imunizada. Há inferência de que pessoas com 40 anos ou mais provavelmente já teriam sido expostas ao vírus ao longo da vida. A imunização no Brasil pelo Sistema Único de Saúde iniciou em crianças em 2014, então crianças abaixo de 10 anos podem estar protegidas, mas ainda há um grupo importante de pessoas que poderiam ser susceptíveis ao vírus.

c. Tétano: ferimentos que ocorreram durante as enchentes ou resgate, no qual foram expostos ao solo mesmo em lama, correm o risco de contaminação pelo *Clostridium tetani*, e necessitam ser avaliados pelo risco de tétano.

- TERCEIRA SEMANA DE EXPOSIÇÃO:
DOENÇAS COM EXPOSIÇÃO NO RETORNO AO AMBIENTE PÓS-ENCHENTE

a. Acidentes com animais peçonhentos: após a baixa das águas das enchentes, pessoas retornam ao domicílio para reavaliar o ambiente e seus pertences, e nesse momento acabam se expondo a cobras, aranhas, escorpiões, lonomias e outros animais, peçonhentos e não peçonhentos, deslocados de seus habitats pela enchente. Ter estoque de soros é importante, bem como equipes de emergência treinadas para manejo desses acidentes.

b. Exposição a mosquitos: com a água parada ou empoçada, é importante o controle de mosquitos, e a possibilidade de transmissão de doenças como dengue e febre amarela. A vacinação pode ser útil para avaliar essa prevenção.

c. Exposição a fungos de ambiente: ambientes úmidos, roupas, móveis e utensílios podem ficar com danos permanentes e a possibilidade de proliferação fúngica. Fungos ambientais são alérgenos potentes, e quadros respiratórios alérgicos ou infecciosos são esperados no período pós-enchentes.

Os assuntos dos temas propostos foram divididos entre os integrantes do grupo com o prazo de entrega de 1 semana.

2.2.1 QUIMIOPROFILAXIA PARA LEPTOSPIROSE

Um dos assuntos prioritários para a Secretaria de Saúde do Estado era orientação técnica para uso de doxiciclina como profilaxia para leptospirose, dado que o medicamento é um recurso finito e a prescrição da droga ocorreu de forma descontrolada. Uma nota técnica conjunta SES-RS e SBI/SGI sobre o uso de doxiciclina ou azitromicina para profilaxia da Leptospirose precisava ser publicada com urgência.

Um grupo menor foi formado (Lessandra Michelin Rodriguez Lins, Leonardo Weissmann, Rodrigo Schrage Lins e Tania Vergara) para fazer e apresentar aos demais membros uma revisão de literatura com as evidências disponíveis sobre o tema (Brasil, 2024a; Win et al., 2024). Não havia estoque de medicamento suficiente para toda a população exposta, que nessa data já era de 115.844 pessoas desalojadas, 18.487 pessoas em abrigos nos 341 municípios afetados, segundo o SES-RS (G1 RS, 2024b). Socorristas profissionais e voluntários estavam dia e noite expostos às águas e necessitavam de proteção. A literatura disponível nos últimos 30 anos foi avaliada e, mesmo que sem a robustez necessária, evidenciava uma tendência de benefício à população exposta, principalmente de forma contínua.

Os estudos e revisões sobre o tema foram, em sua maioria, feitos em situações de desastres e apresentavam heterogeneidade em suas metodologias, número subótimo de participantes, ausência de cegamento e randomização rigorosos, etc. Porém, é inequívoco que a maior parte dos estudos mostra benefício do uso da droga para pacientes de alta exposição e expostos por tempo prolongado.

A nota foi escrita, apresentada, discutida e votada pelo grupo de consultores da força tarefa e aprovada. Assim, foi encaminhada à SES/RS para assinatura conjunta, recomendando o uso de doxiciclina ou azitromicina a equipes de resgate e voluntários, além de pessoas com exposição prolongada a água das enchentes. A nota salientava que a profilaxia não estava recomendada universalmente, não excluía avaliação médica criteriosa para descartar infecção e necessidade de tratamento, e trazia a orientação do uso com doses para população pediátrica e adulta. Essa nota foi o marco do início da intervenção da SBI/SGI para a saúde da população gaúcha (SBR, SGI, SES-RS, 2024).

2.2.2 OPINIÕES CONTROVERSAS

A nota teve repercussões muito positivas, mas enquanto os médicos elogiavam a atitude da sociedade em se posicionar mesmo com literatura escassa, havia uma preocupação dos órgãos públicos quanto ao fornecimento de doxiciclina e azitromicina, uma vez que o fato inclui fatores não médicos, como estoque e logística de distribuição.

Uma grande discussão quanto ao que a Força Tarefa poderia ou não recomendar em função do que os governos poderiam ou não fornecer tomou palco entre representantes do Ministério da Saúde e Governo do Estado, junto aos representantes e presidentes das sociedades científicas. E aqui vale a pena frisar que o papel da Sociedade Científica Médica é revisar e fornecer as evidências disponíveis sobre um assunto técnico para que os governantes possam tomar suas decisões. São duas etapas distintas, e que não podem e não devem se misturar (e essa foi a posição das sociedades e da Força Tarefa).

Com um bom entendimento das explicações e evidências apresentados pela Força Tarefa (FTSBI/SGI), foram solicitadas explicações sobre o que seria “alto risco” e o que seria “exposição prolongada”, descritos no documento. A literatura médica não descreve detalhes, sendo esses termos criados pelos pesquisadores em seus estudos (mas não avaliados diretamente neles). O Estado precisava dessas informações para priorizar o uso dos recursos disponíveis para as pessoas que mais precisavam e a FTSBI/SGI decidiu criar essa evidência através da opinião de um painel de especialistas (o que na literatura científica é considerado uma evidência fraca, mas é considerado como alguma evidência).

A FTSBI/SGI então voltou a se reunir após extensa revisão de literatura e votou como painel de especialistas na definição de estratificação de alto risco de exposição e tempo de início de quimioprofilaxia (SBR, SGI, 2024).

Devido à nota sobre diagnóstico e manejo de Leptospirose emitida em março de 2024, que não contemplava quimioprofilaxia, o Ministério da Saúde solicitou uma reunião para discutir a necessidade de modificação de conduta. Participamos dessa reunião eu e os doutores Alessandro Pasqualotto, Alexandre Naime Barbosa e Rodrigo Schrage Lins. A SBI e SGI se comprometeram em enviar o parecer do painel de especialistas que justificava o uso estratificando risco, e com foco na população mais exposta, como socorristas e voluntários de resgates. Após o envio do documento, a Coordenadoria Nacional de Zoonoses e outros departamentos relacionados representados na reunião emitiram pelo Ministério da Saúde uma nota complementar que indicava a quimioprofilaxia

a pessoas que atuam em resgates e altamente expostas, deixando a decisão de fornecer o medicamento aos fluxos de gestão local e disponibilidades dos fármacos (Brasil, 2024b; SES-RS, 2024b).

Em 08 de maio, o Estado do RS publica uma nota exclusiva sobre a quimioprofilaxia para leptospirose em enchentes, tendo como base o parecer do painel de especialistas da SBI/SGI, incluindo a orientação de como o fornecimento dos medicamentos seria feito.

2.2.3 GRUPO DE CONSULTORIA COM ESCALA DE PLANTÃO ONLINE

Em 07 de maio, o Dr. Diego Rodrigues Falci (RS), atual diretor da SBI, organizou um grupo de consultoria com escala de plantão online para orientação de médicos que estivessem atendendo a população exposta a enchentes em unidades de saúde ou abrigos, a fim de ter a possibilidade de discussão de casos e orientação de infectologistas pediátricos e de adultos. Infectologistas de diversos locais se uniram ao grupo gaúcho e participaram das escalas de plantão: Adriana Georgeto (PR), Alexandre Schwartzbold (RS), Alexandre Naime Barbosa (SP), Ana Beheregaray (RS), Ana Claudia Dias (SP), Ana Maria Sandri (RS), Andre Bon (RJ), Andre de Lorenzi (RJ), Andre Ricardo (RJ), Andréa T(RS), Andyane Freitas Tetila (MS), Antonio Bandeira (BA), Antonio Candido (RS), Beatriz Arns (RS), Bruna Menezes (RS), Camila Pessoa (SP), Candida Spengler (RS), Carlos Starling (MG), Cezar Riche (RS), Cintia Silva (MG), Clarissa Oleksinski (RS), Cristiane Pimentel Hernandez (RS), Daniela (SP), Danielle Tavares (CE), Danyelle Cristina de Souza (RJ), Derrick Fassbind (RS), Diego Rodrigo (RS), Eduardo Sprinz (RS), Emilia Sobreira (PE), Estevão Portela (RJ), Fabio Motta (PR), Fabrizio Motta (RS), Fernanda Chiaradia (RS), Fernanda Weber (RS), Flavia Gennari (SP), Gabriel Narvaez (RS), Giorgia Torresini (RS), Giovana Teixeira (RJ), Henrique Lacerda (DF), Iracema Forni (RJ), Izabel Coelho (MG), Karen Morejon (SP), Jessica Ramos (SP), João Telles (PR), Ju Framil (RS), Juliana Koefender (RS), Juliana Schwab (PR), Julienne Martins Araujo (RJ), Lessandra Michelin Lins (RS), Marcelle D Alves (RS), Marcelo Carneiro (RS), Maria Esther Graf (PR), Maria Helena Rigatto (RS), Marta Cavalcante (RJ), Matheus Swarovsky Helfer (RS), Monique do Vale (RJ), Natalia (PR), Patricia Fernandes (RS), Paulo Furtado (RJ), Priscila Rosalba (SP), Rafael Matiuzzi (RS), Rafaela Mafaciolli (RS), Raphaela Ferrari (SP), Raquel Matias (GO), Raquel Stucchi (SP), Rosana Ritchmann (SP), Tainá Behle (RS), Tania Vergara (RJ), Tazio Vanni (DF), Thelma Flosi (RJ), Thiego Cavalheiro (RS), Tulio Vieira Mendes (MG), Vanessa Strelow (PR), Vicente Antonello (RS), Vinicius Vianney

(PB). Os plantões permaneceram ativos no período crítico e foram encerrados no final do mês de maio.

2.2.4 DIA 08 DE MAIO – IMUNIZAÇÃO EM ENCHENTES

No dia 08 de maio, recebemos a missão de escrever uma nota técnica sobre imunizações em enchentes. Um novo grupo de especialistas foi formado em parceria com a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) para a produção do texto base dessa nota, sob a coordenação dos doutores Isabella Ballalai (RJ), Rodrigo Schrage Lins (RJ) e Juarez Cunha (RS), e tendo como membros os doutores Alberto dos Santos de Lemos (RJ), Flávia Bravo (RJ), Karen Mirna Loro Morejon (SP), Monica Levi (SP), Paulo Ernesto Gewehr Filho (RS), Patrícia Mouta Nunes de Oliveira (RJ), Raquel Silveira Bello Stucchi (SP), Renato Kfourir (SP). A nota foi finalizada em 10 de maio de 2024. Ela continha orientação para vacinação para a população exposta a enchentes e equipes de socorro e resgate, além de uma sessão sobre prescrição de imunizantes, e o objetivo era servir de material de apoio a profissionais da saúde e à SES-RS. Essa nota também foi muito elogiada, e outras sociedades ofereceram apoio à recomendação, sendo que uma segunda edição da nota revisada foi programada para 12 de maio (SBI, SGI, SBIIm, 2024a; SBIIm, SBI, SGI, SBP, SBMFC, Abramede, 2024).

2.2.5 DIA 09 DE MAIO – DEPARTAMENTO DE HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS

Enquanto estavam sendo organizados os protocolos de atendimento de doenças infecciosas em enchentes e iniciado o trabalho do grupo da nota técnica de imunizações, um terceiro grupo foi formado para suprir duas outras demandas encomendadas pelo Ministério da Saúde. Uma nota seria Profilaxia pós-exposição a HIV e Violência Sexual, e uma segunda seria sobre diagnóstico diferencial entre Leptospirose e Hepatite A. O grupo ficou sob o comando de Tania Vergara (RJ) e foi formado pelos doutores Alexandre Naime Barbosa (SP), Bruna Menezes (RS), Dimas Kliemann (RS), Eduardo Sprintz (RS), Karen Morejon (SP), Marcio Fernandes (RJ), Marcos Davi (RJ) e Valéria Rolla (RJ).

2.2.6 DIA 11 DE MAIO – FT SBI/SGI EM AÇÃO

Dia 11 de maio foi um dia em que o grupo se dividiu em 04 tarefas muito importantes;

1. Finalização das Notas Técnicas da Força Tarefa HIV/Hepatites Virais: as duas notas técnicas solicitadas pelo Ministério da Saúde foram finalizadas em 72h, incluindo a reunião do grupo para consenso sobre o conteúdo e aprovação para envio. Além do grupo autor das notas, a FTSBI/SGI validou o conteúdo por votação unânime e assinou em conjunto.

2. Finalização dos Protocolos: o grupo de trabalho se dividiu em grupo de autores dos protocolos de manejo de doenças infecciosas, e grupo de revisores. Tivemos como reforço na FTSBI/SGI o ingresso dos colegas Priscila Rosalba e Fábio Motta. Os protocolos foram entregues pelos colegas autores no sábado, exatamente 7 dias após o início do grupo FTSBI/SGI. No total, 26 protocolos foram organizados, com 23 colegas como autores, dos quais 13 também auxiliaram como revisores. Toda a organização para revisão desses protocolos e formatação ficou sob a liderança do Dr. Fabrizio Motta.

3. Reunião com o Programa Nacional de Imunizações (PNI): a SES/RS solicitou que alguns membros da FTSBI/SGI pudessem estar reunidos junto ao PNI para discutir estratégias de imunização com priorização para as doenças imunopreveníveis de maior risco. Dessa reunião participamos pelas sociedades, além de mim, os doutores Alessandro Pasqualotto (RS), Juarez Cunha (RS), Paulo Gewehr (RS) e Rodrigo Schrage Lins (RJ). Foram decididas as prioridades de 5 vacinas (Influenza, Covid, Hepatite A, Tétano e Raiva) e o grupo se comprometeu a reunir um painel de especialistas para orientar a indicação e definição de grupos prioritários para iniciar as imunizações.

4. Criação do grupo FTSBI/SGI/CCIH, que contou com a parceria das sociedades Associação Brasileira Dos Profissionais em Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar (ABIH), Associação Gaúcha de Profissionais em Controle de Infecção Hospitalar (AGIH) e Sociedade Brasileira para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP). Esse grupo teve como objetivo elaborar um guia de orientações de prevenção e controle de infecções em abrigos. Sob o comando da Dra. Viviane Maria de Carvalho Hessel Dias, fizeram parte desse grupo: Cláudia Fernanda de Lacerda Vidal (PE), Eduardo Alexandrino Servolo de Medeiros (SP), Eric Gustavo Ramos Almeida (RJ), Fabrizio Motta (RS), Graziela Regina Kist (RS), Hoberdan Oliveira Pereira (MG), Irna Carla Rosário Souza Carneiro (PA), Laura Czekster Antochewis (RS), Lessandra Michelin Rodriguez Lins (RS), Lígia Abraão (SP), Marcelo Carneiro (RS), Maria Clara Padoveze (SP), Maria Esther Graf (PR), Patrícia Mitsue Saruhashi Shimabukuro (SP), Priscila Rosalba Domingos de Oliveira (SP), Rafaela Mafaciolli (RS), Rodrigo Schrage Lins (RJ) e Thaís Guimarães (SP).

2.2.7 DIAS 12 E 13 DE MAIO – MAIS SOCIEDADES SE UNEM À FORÇA TAREFA

Em 12 de maio tivemos duas missões ligadas à orientação de imunização. A primeira foi ampliar a nota técnica de imunizações com a participação de mais 3 sociedades científicas. Se uniram à SBI, SGI e SBIm a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e a Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE). Como o auxílio dos presidentes Clóvis Francisco Constantino (SBP), Zeliete Linhares L Zambon (SBMFC) e Maria Camila Lunardi (ABRAMEDE), a nota inicial teve mais força ainda de divulgação, a fim de auxiliar não apenas nesse momento, mas ser uma referência para imunização de pessoas em alterações climáticas com inundações. A nota tinha como objetivos: 1. Garantir que crianças, adolescentes e adultos estivessem protegidos contra doenças evitáveis por vacinação, de acordo com as recomendações atuais; 2. Reduzir a probabilidade de surtos de doenças evitáveis por vacinação em grandes grupos lotados; 3. Orientar a imunização adequada para a prevenção de doenças, com vacinas para os socorristas; 4. Orientar e contribuir com os esforços das autoridades públicas na gestão e administração de imunizantes nas equipes atuando no campo, inclusive para preservar os recursos humanos envolvidos na força de resposta do Estado do Rio Grande do Sul, para atuarem da forma mais segura possível. As vacinas recomendadas foram: influenza, covid-19, tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba), hepatite A, tétano e raiva (profilaxia pré e pós-exposição) para pessoas expostas. Para socorristas, foram recomendadas as vacinas: Influenza, Covid-19, Hepatite A, Hepatite B, Tétano, Febre Tifóide e Raiva (profilaxia pré e pós-exposição). Assinaram a nota, além dos presidentes, os responsáveis pela elaboração do documento: Alberto dos Santos de Lemos (RJ) Isabella Ballalai (RJ) Juarez Cunha (RS) Karen Mirna Loro Morejón (SP) Paulo Ernesto Gewehr Filho (RS) Patrícia Mouta Nunes de Oliveira (RJ) Raquel Silveira Bello Stucchi (SP) Renato de Ávila Kfourri (SP) Rodrigo Schrage Lins (RJ); além dos revisores: Alberto Chebabo (RJ) Alessandro Comarú Pasqualotto (RS) Alexandre Naime Barbosa (SP) Alexandre Vargas Schwarzbald (RS) Bruna Kochhann Menezes (RS) Décio Diament (SP) Diego Rodrigues Falci (RS) Fábio de Araújo Motta (PR) Fabrizio Motta (RS) Fernanda Marçolla Weber (RS) Flávia Bravo (RJ) Helena Andrade Zeferino Brigido (PA) Leonardo Weissmann (SP) Mônica Levi (SP) Rafaela Mafaciolli Grando (RS) Sergio Cimerman (SP) Tânia do Socorro Souza Chaves (PA) Tânia Regina Constant Vergara (RJ) Valeria Cavalcanti Rolla (RJ) Viviane Raquel Buffon (RS) (SBI, SGI, SBIm, 2024a; SBIm, SBI, SGI, SBP, SBMFC, Abramede, 2024).



Webinar da Sociedade Gaúcha de Infectologia sobre infecções relacionadas à enchentes.

A segunda parte da missão era escrever as recomendações das 5 vacinas prioritárias a pedido do SES/RS e do PNI. Fizemos a recomendação para a aplicação das vacinas de Influenza e Covid 19 para Grupos prioritários na atual situação: 1. Socorristas (profissionais e voluntários); 2. Pessoas de atendimento em abrigos (profissionais e voluntários); 3. Abrigados (pessoas resgatadas e locadas em abrigos); 4. Desalojados (pessoas resgatadas e locadas fora de abrigos); 5. Grupos prioritários para vacinação definidos pelo PNI. A vacina Hepatite A teve como recomendação: 1. População dos grupos de risco definidos pelo CRIE que estejam abrigados ou desalojados; 2. Socorristas (profissionais e voluntários); 3. Bloqueio pós-exposição de caso de hepatite A em abrigos; 4. Gestantes de 18 a 40 anos (abrigadas ou desalojadas); 5. Pessoas de 18 a 40 anos (abrigadas ou desalojadas). A vacina Tétano teve recomendação para Grupos prioritários na atual situação: 1. Socorristas (profissionais e voluntários); 2. População resgatada com ferimentos; 3. Gestante abrigada (dTpa a partir de 20 semanas). Por fim, a vacina antirrábica foi recomendada para profilaxia pré e pós-exposição conforme a Nota Técnica SES/RS/2024, de 09 de maio de 2024. A novidade sobre pré-exposição (PrEP) foi a possibilidade de proteger médicos veterinários e técnicos em veterinária, pessoas/voluntários que estavam atuando diretamente com os animais resgatados, trabalhando em abrigos de animais, ou no resgate dos animais atingidos pela enchente. Esse foi um ganho importante em medidas preventivas para a população, já que mais de 10.000 animais foram resgatados nos primeiros 15 dias da enchente no Estado. O PNI garantiu o suprimento dessas vacinas e soros/imunoglobulinas associadas (antitetânico, antirrábico). A nota de orientações para priorização de imunização foi assinada pelo painel de especialistas que compunham a força tarefa (mesmo

grupo da nota técnica SBI-SGI-SBIm) e serviu de base para a nota de orientação do SES-RS para vacinação em abrigos (SBI, SGI, SBIm, 2024b).

No dia 13 de maio foi criado na página da SBI um repositório para os documentos gerados pela Força Tarefa SBI/SGI (SBI, 2024). Esse repositório foi dividido em 3 pastas: notas técnicas, guias e protocolos e orientação para a população. O repositório funcionaria como um hub de materiais para que tanto médicos, quanto a população em geral pudesse acessar materiais que estavam sendo produzidos pelo grupo.



Nota Técnica de Recomendações de imunização para pessoas em situação de enchente no Rio Grande do Sul e Orientação de controle de infecção para abrigos, publicadas pela Força Tarefa da Sociedade Brasileira de Infectologia e Sociedade Gaúcha de Infectologia, com o apoio de outras sociedades científicas.

Além do repositório, optou-se por reunir a produção de protocolos de manejo de doenças infecciosas e as orientações para a população em dois livros de acesso gratuito: seriam organizados 2 livros digitais com o apoio da Universidade de Caxias do Sul (UCS) e sua editora, a EDUCS. O material para público leigo estava pronto, e o material para profissionais da saúde estaria em fase final de revisão.

2.2.8 DIA 14 DE MAIO

O Comando de Operações Especiais (COE-RS) organizou um grupo de trabalho para manejo da emergência das enchentes no Estado e solicitou a

presença da SGI nesse grupo, representada pelo seu presidente, Dr. Alessandro Pasqualotto. Essa representatividade da SGI é o reconhecimento do valor das contribuições da infectologia ao Estado.

No mesmo dia, foi feita a publicação de orientações sobre Mofo Pós-Enchentes. A SGI, juntamente com a Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do RS (SPTRS), publicaram orientações sobre os riscos de infecção fúngica para saúde e cuidados de manejo para a população.

Desde o dia 05 de maio, a SGI divulgou nas suas mídias sociais orientações e esclarecimentos à população, através de postagens e vídeos. A página da SGI no Instagram foi uma das mais acessadas no Estado, e muito elogiada por conter material objetivo, com linguagem de auxílio aos infectologistas e população em geral. Durante o período, os infectologistas Alessandro Pasqualotto, Rafaella Mafaciolli Grando, Paulo Gewehr Filho, Tarsila Virceli e Graziela Regina Kist foram os representantes da SGI que visitaram abrigos e pontos de socorro, a fim de verificar as demandas ainda existentes a que pudessemos dar apoio.

2.2.9 DIAS 16 A 20 DE MAIO: PROTOCOLOS DE CONTROLE DE INFECÇÃO PARA ABRIGOS

Durante esse período, ainda aconteceram chuvas, alagamentos e resgates. Nesse momento havia risco aumentado de doenças infecciosas passíveis de transmissão hídrica ou ambiental, riscos devido ao desabastecimento de água potável e alimentos, e risco de surtos devido à aglomeração em abrigos. Houve alta demanda por protocolos de atendimento médico e de controle de infecção. Muitas entrevistas a diversos jornais e veículos de comunicação foram dadas, e no dia 18 de maio ocorreu a primeira Webinar da SGI sobre Enchentes no RS com abordagens das principais infecções, tendo como moderadora a Farmacêutica Laura Czekster (presidente da Associação Gaúcha de Profissionais em Controle de Infecção Hospitalar), e a participação dos infectologistas Alessandro Pasqualotto, Cezar Riche, Fabrizio Motta, Lessandra Michelin, Paulo Gewehr e Rafaela Mafaciolli.

A fim de prevenir infecções nos abrigos, em 20 de maio publicamos as recomendações da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), Sociedade Gaúcha de Infectologia (SGI), Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar (ABIH), Associação Gaúcha de Profissionais em Controle de Infecção Hospitalar (AGIH) e Sociedade Brasileira para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP) para a prevenção de infecções

em abrigos. O documento foi assinado pelos presidentes das respectivas sociedades científicas Alberto Chebabo (SBI), Alessandro Comarú Pasqualotto (SGI), Cláudia de Lacerda Vidal (ABIH), Laura Czekster (AGIH) e Vitor Grabois (SOBRASP), além dos membros da Força Tarefa em Controle de Infecção: Eduardo Alexandrino Servolo de Medeiros (SP), Eric Gustavo Ramos Almeida (RJ), Fabrizio Motta (RS), Graziela Regina Kist (RS), Hoberdan Oliveira Pereira (MG), Irna Carla Rosário Souza Carneiro (PA), Laura Czekster Antocchevis (RS)⁴ Lessandra Michelin Rodriguez Lins (RS), Lígia Abraão (SP), Marcelo Carneiro (RS), Maria Clara Padoveze (SP), Maria Esther Graf (PR), Patrícia Mitsue Saruhashi Shimabukuro (SP), Priscila Rosalba Domingos de Oliveira (SP), Rafaela Mafaciolli (RS), Rodrigo Schrage Lins (RJ), Thaís Guimarães (SP) e Viviane Maria de Carvalho Hessel Dias (PR). O documento abordou os seguintes assuntos: orientações para higiene das mãos em abrigos; vigilância de doenças infectocontagiosas; precauções e medidas de prevenção para as doenças de transmissão aérea e contato; segurança alimentar (água e alimentos) em abrigos; orientação para dormitórios, banheiros, roupas e resíduos em abrigos e controle de vetores e pragas (SBI, SGI, ABIH, AGIH, SOBRASP, 2024).

2.2.10 DIA 21 DE MAIO: GUIA DE MANEJO DE INFECÇÕES RELACIONADAS A DESASTRES CLIMÁTICOS

Essa foi a data do lançamento do tão esperado ebook organizado pela FTSBI/SGI, que teve apoio da Universidade de Caxias do Sul e foi publicado pela EDUCS. O livro teve como organizadores os infectologistas Alberto Chebabo, Alessandro Comarú Pasqualotto, Fabrizio Motta, Lessandra Michelin Rodriguez Lins e Rodrigo Schrage Lins; e como autores os colegas: Alexandre Vargas Schwarzbald (RS), Alberto dos Santos de Lemos (RJ), Bruna Kochhann Menezes (RS), Décio Diamant (SP), Fabio de Araújo Motta (PR), Fabrizio Motta (RS), Fernanda Marçolla Weber (RS), Helena Andrade Zeferino Brigido (PA), Isabella Ballalai (RJ), Karen Mirna Loro Morejón (SP), Lessandra Michelin Rodriguez Lins (RS), Leonardo Weissmann (SP), Marcellus Dias da Costa (RJ), Marcos Davi Gomes de Sousa (RJ), Pasesa Pascuala Quispe Torrez (PA), Paulo Ernesto Gewehr Filho (RS), Priscila Rosalba Domingos de Oliveira (SP), Rafaela Mafaciolli Grando (RS), Raquel Silveira Bello Stucchi (SP), Rodrigo Schrage Lins (RJ), Tânia do Socorro Souza Chaves (PA), Valeria Cavalcanti Rolla (RJ) e Viviane Raquel Buffon (RS). Para validação desses protocolos, contamos com o auxílio dos colegas Alberto Chebabo (RS), Alessandro Comarú Pasqualotto (RS), Alexandre Naime Barbosa

(SP), Diego Rodrigues Falci (RS), Juarez Cunha (RS), Márcio de Figueiredo Fernandes (RJ), Renato de Ávila Kfoury (SP), Sergio Cimerman (SP) e Tania Vergara (RJ). Os protocolos abordados foram: 1. Acidentes com animais peçonhentos; 2. Cólera; 3. Coqueluche; 4. Dengue; 5. Difteria; 6. Doenças diarreicas agudas; 7. Doenças respiratórias virais; 8. Escabiose; 9. Esporotricose humana; 10. Febre amarela; 11. Febre tifoide; 12. Geo-helmintíases; 13. Hantavirose; 14. Hepatite A; 15. Infecção de pele e partes moles; 16. Leptospirose; 17. Meningites agudas; 18. Pediculose; 19. Pneumonia comunitária adquirida na comunidade; 20. Raiva; 21. Sarampo e rubéola; 22. Shigelose; 23. Tétano acidental; 24. Toxoplasmose; 25. Tuberculose; 26. Varicela e zoster. Esse guia escrito de forma objetiva e prática, foi muito elogiado tanto pela SES-RS, quanto pelos colegas que o utilizaram na sua prática de atendimento, sendo outra contribuição importante da FTSBI/SGI ao RS (Universidade de Caxias do Sul, FTSBI-SGI, 2024).

Guia de manejo de infecções relacionadas a desastres climáticos, publicada pela Força Tarefa da Sociedade Brasileira de Infectologia e Sociedade Gaúcha de Infectologia.



2.2.11 DIAS 22 A 31 DE MAIO:

ÁGUAS AINDA REVOLTAS E A CHEGADA DO FRIO

Nos últimos 10 dias de maio ainda ocorreram chuvas intensas e o frio castigou os gaúchos, principalmente os desalojados em abrigos. Ocorreu aumento dos casos de influenza e vírus sincicial respiratório, além dos casos de suspeita de Leptospirose. Em 28 de maio, a Ministra da Saúde Nísia Trindade e demais diretores do Ministério da Saúde se reuniram em Porto Alegre para discutir ações para redução de impacto de doenças infecciosas no RS, juntamente

com as secretarias de saúde Estadual e Municipal. Os infectologistas Diego Rodrigues Falci (diretor da SBI) e Alessandro Comarú Pasqualotto (presidente da SGI) participaram desse encontro representando as respectivas sociedades científicas e divulgaram o trabalho realizado pela FTSBI/SGI.

Ainda em 31 de maio, a FTSBI/SGI/CCIH formada pela Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), Sociedade Gaúcha de Infectologia (SGI), Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar (ABIH), Associação Gaúcha de Profissionais em Controle de Infecção Hospitalar (AGIH) e Sociedade Brasileira para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP): entrega para publicação as Orientações para reabertura de estabelecimentos de atendimento à saúde em Cenário de pós-enchente (SBI, 2024).



Dr. Alessandro Comarú Pasqualotto, presidente da SGI e membro da força tarefa, participando das atividades de planejamento e resposta em reunião com o Ministério da Saúde.

O FINAL DO MÊS DAS ÁGUAS

Após 31 dias de um longo mês de luta pela sobrevivência, aguardando as chuvas pararem, o Estado começa seu planejamento para construir um futuro diferente. O nível dos rios continua alto, e o que deverá demorar pelo menos 30 dias para normalizar caso não ocorram mais chuvas em alto volume (G1 RS, 2024b).

O total foi de 473 cidades atingidas, 169 óbitos e mais de 600 mil pessoas desalojadas. Até a data de 29 de maio de 2024, os dados oficiais de casos suspeitos de leptospirose no Estado eram 2.327, sendo 141 confirmados, 266 descartados, e 7 óbitos confirmados pela doença. Outras doenças em acompanhamento são Hepatite A (12 casos notificados, nenhum confirmado), Tétano acidental (1 caso notificado e confirmado), Doenças Diarreicas Agudas (relato de 5 surtos com 59

pessoas envolvidas), Atendimento Antirrábico (182 casos notificados, sendo 168 com cães e gatos) e Acidentes com Animais Peçonhentos (28 casos notificados, sendo 21 com aranhas) (SES-RS, 2024a).

PARTE 3 **FUTURO E REFLEXÕES**

Essa é uma história ainda sem final. Terminamos de escrever esse capítulo no dia 01 de junho de 2024, os autores têm muitos pontos que gostariam de expor para reflexões e aprendizado para situações futuras.

1. PLANEJAMENTO DE RESPOSTA

A cultura de segurança no Brasil está muito longe de ser ideal. Acompanhamos os relatos dos colegas, frequentamos reuniões em diferentes esferas da gestão pública, acompanhamos com angústia as situações de amigos e familiares em diferentes locais do Rio Grande do Sul.

Talvez a primeira consideração sobre plano de resposta é que planos de resposta têm limites. As enchentes de maio de 2024 no RS foram um evento inimaginável em sua magnitude para qualquer plano de resposta. Dificilmente um plano de resposta consideraria no planejamento a perda dos seus hospitais, ou o número de desabrigados, ou as dificuldades logísticas da perda de tantas estradas. É evidente que existiu um esforço conjunto das diferentes esferas de governo para auxiliar a gestão dessa grande crise. Porém, também é evidente que essa articulação tem levado tempo para ser coordenada, e a falta de implantação de ações efetivas tem efeitos negativos, principalmente na saúde.

Os planos de resposta que exigem integração entre diferentes esferas precisam ser feitos com a participação de todos os envolvidos. Os planos devem ser divulgados e mais do que isso, ser treinado, desafiado, ter a sua resposta avaliada e aprimorada no decorrer do tempo (a ponto de serem necessárias correções e novas edições). E é preciso investimento em pessoas, materiais, recursos financeiros e muito treinamento.

2. POLÍTICA E HERANÇA CULTURAL

Aspectos negligentes da administração pública existem como herança cultural em todo o nosso país, especialmente quando pensamos em manutenção, prevenção e preservação ambiental. Durante o evento foram trazidos para a

luz das discussões populares temas antigos, como a invasão do espaço urbano em áreas naturais sem controle ou restrição, infraestrutura e projetos de arquitetura sustentáveis e investimentos em áreas básicas.

Dentro desse contexto, motivados pelos mais diversos interesses, existem os discursos políticos, os apontamentos de culpa, as medidas tomadas puramente para propaganda, o interesse do benefício político de curto prazo se sobrepondo aos interesses comuns de longo prazo. Como ouvimos de colegas infectologistas: é o país do “Se deu certo fui eu que fiz, se deu errado a culpa é de todos” (lema que atinge todos os partidos).

Dito isso, durante o trabalho da FTSBI/SGI, tivemos mais contato com o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, que se mostrou um grande apoiador e incentivador do trabalho da SBI/SGI durante esse momento de crise. A direção do CEVS, na figura da Tani Ranieri, esteve extremamente envolvida nas ações de resposta e buscou orientações e sugestões após a publicação de cada um dos nossos documentos.

O Estado do Rio Grande do Sul tem grandes pesquisadores e especialistas em urbanismo, em águas continentais, grandes conhecedores de bacias hidrográficas e toda a estrutura para servir o interesse do Rio Grande do Sul e reconstruir o Estado não só em toda a riqueza e cultura de seu povo, mas ainda melhor em desenvolvimento, infraestrutura urbana e responsabilidade ambiental. Esse não é um discurso dos autores contra nenhum político ou partido específico. O grupo trabalhou e segue trabalhando com muita dedicação de dia, de noite e em fins de semana porque entende que é o que podemos fazer pelo RS. Entendemos que essa é a nossa parte. E é necessário que o poder público entenda a parte dele.

REFERÊNCIAS

Associated Press SP. Brazil: 37 killed and dozens missing in worst floods in 80 years. *The Guardian*, 3 maio 2024. Disponível em: <https://www.theguardian.com/world/article/2024/may/03/brazil-floods-rio-grande-do-sul>. Acesso em: 28 maio 2024.

BASARIA, A. A. A.; AHSAN, A.; NADEEM, A., TARIQ, R.; RAUFI, N. Infectious diseases following hydrometeorological disasters: current scenario, prevention, and control measures. *Ann. Med. Surg. (Lond.)*, v. 85, n. 8, p. 3778-3782, 7 jul. 2023. PMID: 37554892; PMCID: PMC10406040. DOI: 10.1097/MS9.0000000000001056.

Brasil. Ministério da Saúde Brasil. *Saiba como agir em caso de enchentes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/enchentes/saiba-como-agir-em-caso-de-enchentes.pdf/view> Acesso em: 30 maio 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial. Nota Técnica N° 16/2024-CGZV/DEDT/SVSA/MS, 26 março 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-16-2024-cgzv-dedt-svsa-ms/view>. Acesso em: 31 maio 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial. Nota Técnica N° 26/2024-CGZV/DEDT/SVSA/MS. Esclarecimento sobre tratamento e quimioprofilaxia da leptospirose, 08 maio 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-26-2024-cgzv-dedt-svsa-ms.pdf>. Acesso em: 31 maio 2024.

Centers for Disease Control and Prevention. *Water, Sanitation, & Hygiene (WASH)-related Emergencies & Outbreaks*, 2022. Disponível em: <https://www.cdc.gov/healthywater/emergency/index.html>. Acesso em: 31 maio 2024.

G1 RS. Temporais no RS: Defesa Civil faz 'orientação expressa' para evacuação de áreas de risco no Vale do Taquari. G1, 1 maio 2024b. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2024/05/01/temporais-no-rs-defesa-civil-vale-do-taquari.ghtml>. Acesso em: 29 maio 2024.

G1 RS. Um mês de enchentes no RS: veja cronologia do desastre que atingiu 471 cidades, matou 169 pessoas e expulsou mais de 600 mil de casa. G1, 29 maio 2024a. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2024/05/29/um-mes-de-enchentes-no-rs-veja-cronologia-do-desastre.ghtml#20> Acesso em: 31 maio 2024.

GUIMARÃES, Saulo Pereira. Cronologia de enchentes no Rio Grande do Sul revela tragédia anunciada. UOL, 10 maio 2024. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2024/05/10/cronologia-enchente-chuvas-rio-grande-do-sul-2024-tragedia-sem-precedente.htm> Acesso em: 31 maio 2024.

LOPES, Rodrigo. ONU promete usar tragédia do RS como exemplo pro mundo. Zero Hora, 1 junho 2024. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/colunistas/rodrigo-lobes/noticia/2024/06/onu-promete-usar-tragedia-no-rs-como-exemplo-ao-mundo-da-necessidade-de-acoes-sobre-mudancas-climaticas-clwvdc3i0060013u4vu0b1dt.html#:~:text=Representantes%20do%20Alto%20Comissariado%20das,em%20rela%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0s%20mudan%C3%A7as%20clim%C3%A1ticas>. Acesso em: 31 maio 2024.

LYNCH, V. D.; SHAMAN, J.; Waterborne Infectious Diseases Associated with Exposure to Tropical Cyclonic Storms, United States, 1996–2018. *Emerging Infectious Diseases*, v. 29, n. 8, p. 1548-1558, 2023. DOI:10.3201/eid2908.221906.

MONITCHELE, Marília. De 1941 a 2024: por que as enchentes são desafio constante no RS. *Veja*, 8 maio 2024. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/ciencia/de-1941-a-2024-porque-as-enchentes-sao-desafio-constante-no-rs>. Acesso em: 30 maio 2024.

PATERSON, David L.; WRIGHT, Hugh; HARRIS, Patrick N. A. Health Risks of Flood Disasters. *Clinical Infectious Diseases*, v. 67, n. 9, p. 1450–1454, 1 nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/ciy227>.

Rio Grande do Sul. Defesa Civil. Defesa Civil atualiza balanço das enchentes no RS. 31 maio 2024. Disponível em: <https://estado.rs.gov.br/defesa-civil-atualiza-balanco-das-enchentes-no-rs-31-5-9h>. Acesso em: 31 maio 2024.

SBI, SGI, ABIH, AGIH, SOBRASP. *Orientações para a prevenção de infecções em abrigos*, 20 maio 2024. Disponível em: <https://infectologia.org.br/wp-content/uploads/2024/05/ORIENTACAO-CONJUNTA-SOCIEDADES-PREV.INFECCAO-NO-CONTEXTO-DAS-ENCHENTES-20.05.24-1.pdf>. Acesso em: 31 maio 2024.

SBI, SGI, SBIm. *Nota Técnica Conjunta da Sociedade Brasileira de Infectologia, Sociedade Gaúcha de Infectologia e Sociedade Brasileira de Imunizações: Recomendações de Imunização para Pessoas em Situação de Enchentes no Rio Grande Do Sul*. Apoio: Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Associação Brasileira de Medicina de Emergência, 12 maio 2024a. Disponível em: https://infectologia.org.br/wp-content/uploads/2024/05/V2_NT-Imunizacao-em-enchentes_SBI_SGI_SBIm.pdf. Acesso em: 31 maio 2024.

SBI, SGI, SBIm. *Resposta conjunta da SBI, SGI e Sociedade Brasileira de Imunizações ao Programa Nacional de Imunizações*, 12 maio 2024b. Disponível em: https://infectologia.org.br/wp-content/uploads/2024/05/Resposta_NT-Imunizacao-em-enchentes_SBI_SGI_SBIm.pdf. Acesso em: 31 maio 2024.

SBI. Repositório Enchentes RS, 2024. Disponível em: <https://infectologia.org.br/repositorio-emergencia-rs/> Acesso em: 31 maio 2024.

SBIm, SBI, SGI, SBP, SBMFC, Abramede. *Recomendações de imunização para pessoas em situação de enchentes no Rio Grande do Sul*, 20 maio 2024. Disponível em: <https://sbim.org.br/informes-e-notas-tecnicas/sbim/1890-sbim-sbi-sgi-sbp-sbmfc-abramede-recomendacoes-de-imunizacao-para-pessoas-em-situacao-de-enchentes-no-rio-grande-do-sul-10-05-2024>. Acesso em: 31 maio 2024.

SBR, SGI, SES-RS. *Nota Técnica Conjunta da Sociedade Brasileira de Infectologia, Sociedade Gaúcha de Infectologia e Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul: Indicações de quimioprofilaxia na leptospirose*, 05 maio 2024. Disponível em: https://infectologia.org.br/wp-content/uploads/2024/05/NT_Quimioprofilaxia_Leptospirose_vRS_Serenita.pdf. Acesso em: 31 maio 2024.

SBR, SGI. *Esclarecimentos sobre Nota Técnica Conjunta da Sociedade Brasileira de Infectologia, Sociedade Gaúcha de Infectologia e Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul: Indicações de quimioprofilaxia na leptospirose*, 07 maio 2024. Disponível em: <https://infectologia.org.br/wp-content/uploads/2024/05/>

Esclarecimentos_NT_Quimioprofilaxia_Leptospirose-1.pdf. Acesso em: 31 maio 2024.

SES-RS. *Mais dois óbitos por leptospirose são confirmados no Estado*, 29 maio 2024. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/mais-dois-obitos-por-leptospirose-sao-confirmados-no-estado-6657b267e458f>. Acesso em: 31 maio 2024a.

SES-RS. *Nota Técnica SES-RS de Esclarecimento sobre tratamento e quimioprofilaxia da leptospirose*, 08 maio 2024. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202405/09141730-nt-profilaxia-leptospirose-enchentes.pdf>. Acesso em: 31 maio 2024b.

SIAS, Estael. *Frente fria vai avançar pelo RS e SC com mais chuva intensa e temporais*. *MetSul Meteorologia*, 01 maio 2024a. Disponível em: <https://metsul.com/frente-fria-vai-avancar-pelo-rs-e-sc-com-mais-chuva-intensa-e-temporais/> Acesso em: 29 maio 2024.

SIAS, Estael. *Onda de calor no Brasil piorará com recordes históricos e até 40°C*. *MetSul Meteorologia*, 26 abril 2024b. Disponível em: <https://metsul.com/onda-de-calor-no-brasil-piorara-com-recordes-historicos-e-ate-40oc/> Acesso em: 28 maio 2024.

SUK, J. E.; VAUGHAN, E. C.; COOK, R. G.; SEMENZA, J. C. *Natural disasters and infectious disease in Europe: a literature review to identify cascading risk pathways*. *Eur. J. Public Health*, v. 30, n. 5, p. 928-935, out. 2020. DOI: 10.1093/eurpub/ckz111. PMID: 31169886; PMCID: PMC7536539.

TORRES, Luiz Henrique. *Águas de maio: a enchente de 1941 em rio grande*. *Historiæ*, Rio Grande, v. 3, n. 3, p. 239-254, 2012.

Universidade de Caxias do Sul, Força Tarefa SBI-SGI. *Guia de Manejo de Infecções Relacionadas a Desastres Climáticos 2024*, 2024. Disponível em: <https://infectologia.org.br/wp-content/uploads/2024/05/Guia-de-manejo-de-infecoes-relacionadas-a-desastres-climaticos-%E2%80%93E-book.pdf>. Acesso em: 31 maio 2024.

Universidade de Caxias do Sul. *Guia de Cuidados com a Saúde 2024a*. 2024. Disponível em: <https://infectologia.org.br/wp-content/uploads/2024/05/Guia-Saude-FECHADO.pdf>. Acesso em: 31 maio 2024.

Universidade de Caxias do Sul. *UCS Força Tarefa: Área da Vida*, 2024b. Disponível em: <https://www.instagram.com/ucs.forcatarefa.aredavida?igsh=cXZyd3V5cmZ2MTQ3>. Acesso em: 30 maio 2024.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, TelessaúdeRS-UFRGS. Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual da Saúde. *Como orientar cuidados com o domicílio, após enchentes e inundações, para prevenir doenças e acidentes por contato com água contaminada?* Porto Alegre: TelessaúdeRSUFRGS, 10 maio 2024. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/como-orientar-cuidados-com-o-domicilio-apos-enchentes-e-inundacoes-para-prevenir-doencas-e-acidentes-por-contato-com-agua-contaminada/> Acesso em: 31 maio 2024.

WIN, T. Z.; PERINPANATHAN, T.; MUKADI, P. et al. *Antibiotic prophylaxis for leptospirosis*. *Cochrane Database Syst Rev.*, v. 3, n. 3, CD014959, 2024.

FORÇA TAREFA SBI-SGI

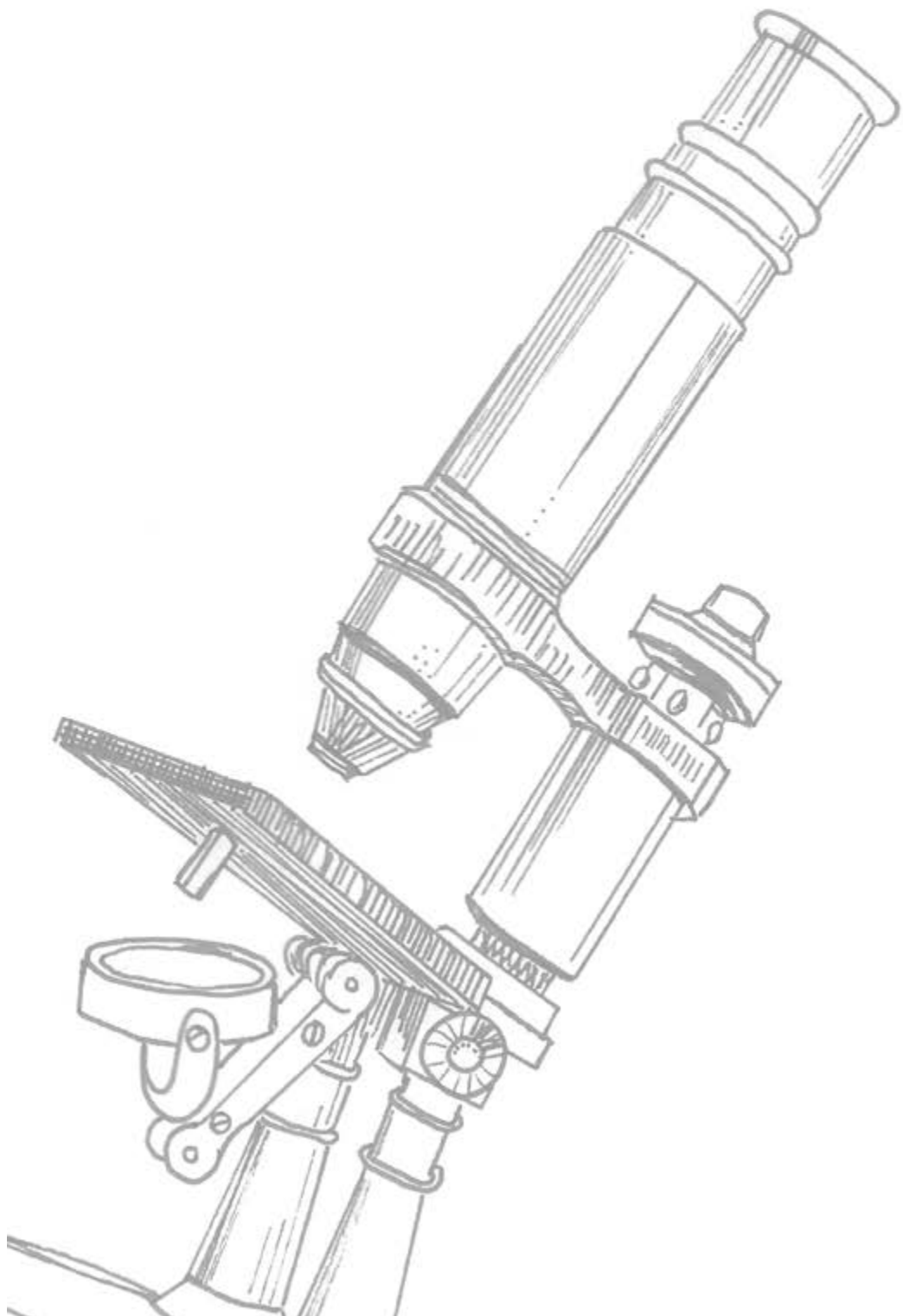
Presidente Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI): Alberto Chebabo (RJ) Presidente Sociedade Gaúcha de Infectologia: Alessandro Comarú Pasqualotto (RS)

Coordenação: Lessandra Michelin Rodriguez Lins (RS)

Membros Infectologistas da SBI/SGI: Alberto dos Santos de Lemos (RJ), Alexandre Naime Barbosa (SP), Alexandre Vargas Schwarzbald (RS), Bruna Kochhann Menezes (RS), Claudia Vidal (PE), Decio Diament (SP), Diego Rodrigues Falci (RS), Dimas Klieman (RS), Eduardo Sprintz (RS), Fabio Motta (PR), Fabrizio Motta (RS), Fernanda Marçolla Weber (RS), Helena Andrade Zeferino Brigido (PA), Isabella Ballalai (RJ), Juarez Cunha (RS), Karen Mirna Loro Morejón (SP), Leonardo Weissmann (SP), Marcio Fernandes (RJ), Marcos Davi (RJ), Monica Levi (SP), Patricia Mouta (RS), Paulo Ernesto Gewehr Filho (RS), Priscila Rosalba (SP), Rafaela Mafacioli Grando (RS), Raquel Silveira Bello Stucchi (SP), Renato Kfourri (SP), Rodrigo Schrage Lins (RJ), Sergio Cimerman (SP), Tânia do Socorro Souza Chaves (PA), Tânia Regina Constant Vergara (RJ), Valeria Cavalcanti Rolla (RJ), Viviane Dias (PR) e Viviane Raquel Buffon (RS).



CRONOLOGIA DAS ENCHENTES MAIO DE 2024 TASK FORCE SBI/SGI		
Primeiros alagamentos em Novo Hamburgo, Canoas e Porto Alegre	27/abr	
Chuvas e ventos fortes no Norte do RS	28/abr	
Alerta vermelho para grande volume de chuva	29/abr	
150 milímetros de chuva (3x o valor médio mensal entre 1991 e 2020) Primeiros abrigos abertos Montado o Gabinete de Crise do Estado	30/abr	
Decretado estado de calamidade pública 114 municípios afetados	01/mai	
Abastecimento de água interrompido por transbordamento e ruptura de barragens Início dos resgates e abrigos para animais	02/mai	
Lago Guaíba sobe 4,3 m Aeroporto de Porto Alegre temporariamente fechado Acesso a alguns locais da serra gaúcha só por aviões e helicópteros	03/mai	UCS organiza Guia de Cuidados com a Saúde
	04/mai	É formada a Força Tarefa SBI/SGI Iniciada revisão de QP em leptospirose
Restabelecido o PIX SOS Rio Grande do Sul	05/mai	
Lago Guaíba sobe 5,33 m Aeroporto de Porto Alegre fechado em definitivo por tempo indeterminado Interrompido o fornecimento de água em Porto Alegre	06/mai	NT de QP em leptospirose
Mais de 160.000 desabrigados	07/mai	Painel de especialistas QP em leptospirose Organizado grupo de consultoria com escala de plantão online
Anunciada continuação das chuvas e chegada de nova frente fria	08/mai	Iniciada a revisão em imunizações
	09/mai	Iniciada revisão de diagnóstico diferencial Hep A e Leptospirose Iniciada revisão de profilaxia pós exposição a HIV e violência sexual
	...	
	11/mai	NT de imunizações Iniciada revisão de Controle de Infecção
	12/mai	Painel de especialistas de imunizações
	13/mai	NT diagnóstico diferencial Hep A x Leptospirose NT profilaxia pós exposição ao HIV e violência sexual
	14/mai	UCS lança o Guia de Cuidados com a Saúde
Nível do Rio Taquari desce para 18,75 m Dano visível. Animais mortos, esgoto exposto	15/mai	
	...	
1ª morte oficialmente registrada por leptospirose	20/mai	
	21/mai	Ebook Diagnóstico e Manejo de Doenças Infecciosas relacionada a desastres climáticos NT de Controle de Infecção
	22/mai	Iniciada revisão de reabertura de estabelecimentos de atendimento à saúde
	...	
Programas de benefícios para a população atingida Poder público fala em "cidades provisórias"	29/mai	
	...	
	03/jun	NT de reabertura de estabelecimentos de atendimento à saúde



Capítulo 16:

UM POUCO DA HISTÓRIA DA SOCIEDADE GAÚCHA DE INFECTOLOGIA¹

Éder da Silveira

DA MEDICINA TROPICAL À INFECTOLOGIA

O processo de colonização, iniciado no século XV, ampliou de maneira até então inimaginável as fronteiras do mundo conhecido pelos diferentes povos europeus que se lançaram ao mar. Este conhecido processo histórico envolvia a expansão da cristandade, o contato entre povos até então desconhecidos, encontro este que teve como uma de suas principais consequências o extermínio de povos autóctones na América, na Australásia e na África. A mortalidade massiva, cujos números são aterradores, foi obra da cruz, da espada e dos microorganismos.²

¹ Agradeço ao Prof. Dr. Alessandro C. Pasqualotto pela leitura atenta e pelas sugestões precisas.

² Segundo Crosby: “Os patógenos do Velho Mundo, em sua lúgubre variedade, espalharam-se por toda parte além das suturas da Pangéia, debilitando, aleijando ou matando milhões na vanguarda geográfica da espécie humana. O maior desastre demográfico do mundo foi iniciado por Colombo, Cook e outros navegadores” (Crosby, 2011, p. 218).

Os europeus trouxeram para as Américas e levaram para a África e para a Austrália uma variedade de doenças cujos patógenos jamais haviam entrado em contato com os povos nativos que estavam conhecendo. Da mesma forma, conheceram aqui patógenos específicos, como o mal de Carrion, o mal de Chagas e outras doenças que, dada a forma de sua transmissão, “não viajavam bem” (Crosby, 2011, p. 225).

Desde o século XVIII, encontramos abundantes registros de médicos e cientistas discutindo a natureza das chamadas doenças tropicais, com as quais passaram, dadas as características dos processos de colonização, a ter contato mais íntimo. Naquele momento, nossos homens de ciência se perguntavam se

seria possível criar uma civilização com padrões de desenvolvimento semelhantes àqueles encontrados na Europa ou se, em função do clima e do meio ambiente hostil, essas regiões seriam pouco propícias ao desenvolvimento. O clima, a natureza das moléstias encontradas nas regiões tropicais e a propagação de doenças pouco conhecidas na Europa eram um desafio a ser superado e uma grande questão para a história da ciência. Esta problemática impulsionou a criação precoce de pesquisas no campo da medicina tropical no Brasil, tendo como maior exemplo a chamada “Escola Tropicalista Baiana”, formada por médicos ligados à Faculdade de Medicina de Salvador na segunda metade do século XIX (Edler, 2006).

Ao redor do mundo, como demonstrou Ilana Löwy em “Vírus, mosquitos e modernidade”, a medicina tropical foi institucionalizada na passagem do século XIX ao século XX, não por acaso, no auge da expansão imperialista europeia pelo continente africano e pela Índia. Segundo a autora:

O nascimento da medicina tropical propriamente dita é geralmente associado à descrição das doenças transmitidas por vetores intermediários (os insetos, os moluscos ou os vermes). Essa especialidade tem um “pai fundador” oficial: o médico inglês Patrick Mason, que descreveu a importância dos vermes na filariose (elefantíase) e que, mais tarde, estimulou os trabalhos de Ross sobre o papel do mosquito na transmissão da malária. O elo existente entre as doenças transmitidas por vetores invertebrados e a “medicina tropical” nunca foi simples (a malária não se limita, de modo algum, aos trópicos, e até a Segunda Guerra Mundial esta doença foi um grave problema de saúde pública na Itália e nos Estados Unidos; várias doenças hoje classificadas como “tropicais”, como o cólera, por exemplo, não têm hospedeiros intermediários) (Löwy, 2006, p. 38).

Ainda segundo Löwy, podemos destacar que há, naquele momento histórico, uma rápida expansão da medicina tropical, com a criação de inúmeros centros de pesquisa do tema ao redor do mundo. Ela destaca, entre outros, os “institutos de medicina tropical de Londres (1899), de Liverpool (1899), de Hamburgo (1900), de Bruxelas (1906) - coincidem com a descrição (em fins do século XIX e início do XX) de numerosas doenças das regiões quentes transmitidas por vetores” (Löwy, 2006, p. 39).

Processo semelhante ocorreu nos países e continentes colonizados pelas grandes metrópoles europeias do período. Ainda segundo Löwy:

Instituições dedicadas ao desenvolvimento da medicina tropical foram construídas nas colônias: a importante rede dos institutos Pasteur de Ultramar foi desenvolvida nas colônias francesas, enquanto os britânicos construíram em suas colônias institutos que respondiam a necessidades precisas, como o Instituto de Pesquisa Médica de Kuala Lumpur ou o Instituto Bacteriológico de Bombaim. Tais instituições permitiram a circulação das pessoas, do equipamento e dos conhecimentos e sua adaptação às condições locais. As doenças tropicais

e as instituições em que foram estudadas constituíram objeto de debates nos congressos internacionais. O Instituto de Soroterapia de Manguinhos (fundado por Oswaldo Cruz) foi, assim, premiado com a Medalha de Ouro da Higiene no 14º Congresso Internacional de Higiene e de Demografia (Berlim, 1907) (Löwy, 2006, p. 41).

Na primeira metade do século XX, em diversos momentos fundamentais de nossa história, médicos se dedicaram ao sanitarismo, ao estudo e tratamento de doenças infecto-contagiosas. Eles tiveram papel fundamental na difusão da importância do controle de pragas e no estudo, criação e popularização das vacinas. Bastaria lembrar, nesse caso, da atuação pioneira e, porque não dizer, polêmica, de Oswaldo Cruz (1872-1917). O seu modo de agir, bem intencionado e atabalhado, acabou redundando na Revolta da Vacina, uma das maiores conflagrações populares da história do Rio de Janeiro.

Apesar disso, a partir da ação de médicos como Oswaldo Cruz e Adolpho Lutz, teremos a criação de Manguinhos, mais tarde transformada na Fiocruz, uma das maiores referências mundiais no estudo das chamadas doenças tropicais. A criação do instituto de Manguinhos se dá em um momento de tímido, porém importante movimento de ampliação dos cursos de medicina no Brasil.



Figura 1: Caricatura “Oswaldo Cruz e o saneamento do Pará” publicada no periódico *Província do Pará*
Fonte: Casa de Oswaldo Cruz, BR RJCOO 02-10-20-15-006-060.jpg

Em um sistema pequeno de ensino e formação de profissionais na área da saúde, a pressão pela formação de associações de classe, que agrupassem as diferentes especialidades e que tivessem importância na disputa de espaço no campo médico, era significativamente menor. Os especialistas, em grande medida, se especializavam em diferentes áreas da medicina na prática, por afinidades pessoais ou relações profissionais que aproximavam o médico desta ou daquela área de atuação. As residências médicas ainda eram raras no Brasil e a possibilidade de um treinamento mais formal vinha, em geral, da possibilidade de realizar-se um curso ou mesmo uma residência médica fora do Brasil.

A CRIAÇÃO DA SBI E SUAS FEDERADAS: A SRGI

Desde o decreto que criou os dois primeiros cursos de Medicina no Brasil, em 1808, até as primeiras décadas do século XX, o país contava com apenas 3 faculdades (Bahia, Rio de Janeiro e Porto Alegre). No entanto, na década de 1960, veremos no Brasil um aumento muito expressivo do número de cursos de medicina, como demonstra estudo publicado em 2019 por Oliveira, Lima, Pereira e Pereira Júnior.

O intenso processo de industrialização e urbanização do Brasil durante a Era Vargas inicia uma mudança na proporção entre a população rural e a urbana, o que levará à constituição de uma inicialmente incipiente classe média que buscará formação em cursos superiores e engrossará o mercado de profissionais liberais. A expansão da rede de Universidades no Brasil terá um boom nos anos 1960, quando são criados 35 novos cursos de medicina (Oliveira, Lima, Pereira, Pereira Júnior, 2019).

O crescimento do número de universidades e de cursos superiores no Brasil se dá por ondas. Em alguns momentos históricos, muitos cursos e instituições são criados, seguindo-se a isso um longo período de estabilização. Isso exigiu, nas décadas de 1950 e 1960, momento de uma dessas ondas de crescimento, a criação de formas de diferenciação, especialização e treinamento que permitissem aos profissionais em formação assumir novas especialidades médicas mediante estudo e treinamento e não apenas pela prática clínica. Nunca é demais lembrar que o primeiro programa de Residência Médica do Brasil foi criado no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em 1945, na área de Ortopedia.

Como destacou o Dr. Lybio Martire Junior:

No Brasil, até meados do século 20, o médico intitulava-se especialista quando se julgava apto para tanto, após ter feito sua formação acompanhando alguém mais experiente ou trabalhado em um serviço especializado de um hospital. Não havia, ainda, uma regulamentação específica nesse sentido. [...]

Apenas após a criação do Conselho Federal de Medicina e Conselhos Regionais, pelo decreto lei 7.955, de 1945, regulamentado pela lei 3.268, de 1957, e da Associação Médica Brasileira, em 1951, virá a normatização e, mais tarde, o título de especialista emitido pelas Sociedades de Especialidades, em convênio com a AMB (Martire Júnior, 2013).

Com a regulamentação dos conselhos e o crescente processo de especialização, passam a surgir novas sociedades médicas, cujo principal objetivo era fomentar o intercâmbio entre profissionais que atuavam na mesma área, padronizar alguns procedimentos, chamar a atenção da sociedade brasileira para a importância daquela especialidade e, sempre que possível, participar da vida pública brasileira, seja assessorando decisões governamentais ou seja participando de campanhas de conscientização e saúde pública.

A Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, fundada em uma assembleia em 1962, em Ribeirão Preto, sob a direção de Manoel José Ferreira, segue ativa e organizando eventos anuais, ininterruptamente, desde o Primeiro Congresso de Medicina Tropical, ocorrido em Juiz de Fora, Minas Gerais, em 1965. No entanto, sintonizados com o que estava em discussão nos EUA, que desde o pós Segunda Guerra passa progressivamente a pautar o debate científico internacionalmente, começam a crescer no Brasil críticas ao conceito de medicina tropical em nome da Infectologia.

Esta crítica em grande medida se dava em função do entendimento de que as doenças, antes tidas como exclusivas das regiões tropicais, em especial na América Latina e na África, não eram, de fato, restritas a essas regiões. Além disso, em um texto publicado no site da Sociedade Brasileira de Infectologia, portanto, uma versão oficial do nascimento da sociedade, Roberto Focaccia, um dos seus fundadores, destaca:

as doenças infecciosas e parasitárias (DIP) ou Moléstias Infecciosas (MI) com alto enfoque clínico aumentavam de interesse com o surgimento de enfermarias específicas e a necessidade das interconsultas com especialidades que tangenciavam as DIP ou MI. Esse número crescente de profissionais não encontrava na SBMT espaço adequado para discussão de problemas clínicos de infectologia, antibióticos, vacinas, a infectologia pediátrica, a bacteriologia e virologia clínica, as comissões de Infecção hospitalar, entre outras atividades pertinentes. Daí começou a surgir a necessidade de uma sociedade voltada para a clínica (Focaccia, 2024).

A organização de uma nova sociedade, cujo foco estava na infectologia e não nas doenças tropicais, passava por um alinhamento às novas diretrizes, em especial presentes na literatura estadunidenses. Vale sublinhar que a Associação Americana de Infectologia foi criada em 1963.

Ainda segundo Focaccia:

Em 1980, durante o Congresso Brasileiro de Medicina Tropical em Natal, sob a liderança do prof. Ricardo Veronesi reuniram-se no salão superior do antigo Hotel Ducal (já inexistente) vários notáveis professores como Giselda Trigueiros (Natal), Miroslau Baranski (PR), Rodolfo Teixeira (BA), Walter Tavares (RJ), Paulo Augusto Ayrosa Galvão (SP), Arari da Cruz Tiriba (SP), Hélivio Auto (AL), Egomar Edelweiss (RGS) [sic], Willian Barbosa (GO), Jayme Neves (MG) entre outros acompanhados por uma plêiade de jovens promissores médicos, que iniciam suas carreiras no ambiente hospitalar, e resolveu-se criar a SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA.

Por proposta do prof. Ricardo Veronesi foram unificados os termos Medicina Tropical, Patologia Tropical, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Moléstias Infecciosas e Parasitárias, Moléstias Infecciosas, em INFECTOLOGIA copiando a crescente especialidade de Infectious Diseases utilizada nos Estados Unidos (Focaccia, 2024).

Na realidade, o 16º Congresso de Medicina Tropical, organizado pela Sociedade Brasileira de Medicina Tropical foi palco de um cisma e não de uma transformação propriamente dita:

Após reunião da segunda assembleia geral para a concretização da criação da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), realizada no dia 5 de fevereiro de 1980, durante o XVI Congresso Brasileiro da Sociedade de Medicina Tropical, realizada no Salão de Convenções do Hotel Ducal, localizado no centro de Natal - RN, na Avenida Rio Branco, recebi convite do professor Dr. Ricardo Veronesi para organizar e criar na Paraíba a filiada da SBI.

É preciso destacar que a Sociedade de Infectologia da Paraíba (SIP) foi a primeira filiada da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), com registro cartorial (Fernandes, 2019, p. 22)

A análise da documentação sugere que, a partir da criação da Sociedade Brasileira de Infectologia, em 1980, várias sociedades regionais começam a surgir no Brasil, com a participação ativa dos participantes do 16º Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. No da federada sul-riograndense, podemos destacar a presença do Doutor Egomar Lund Edelweiss, signatário da criação da sociedade Brasileira de Infectologia em 1980. Segundo a documentação da Sociedade Sul Riograndense, foi o Dr. Edelweiss que convocou a Reunião na qual foi criada a Federada Gaúcha. Naquela ocasião, o Doutor Egomar era professor de “Doenças Infecciosas e Tropicais”, área na qual exerceu a docência na Universidade Federal do Rio Grande do Sul entre 1950 e

1984 e na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, a Católica de Medicina quando de seu ingresso, entre 1963 e 1990 (Edelweiss [...], 2021).

A ata que trata da formação da primeira diretoria da Federada gaúcha reforça bastante a ideia de que as seções regionais eram parte de uma estratégia de capilarização e fortalecimento da infectologia em âmbito nacional. O primeiro presidente, o Dr. Vanderlei Severo, foi uma indicação da SBI, ratificada pela Federada local em sua primeira reunião, como lemos na Ata nº 1, lavrada pela Dra. Marília Maria dos Santos:

Assumiu a presidência dos trabalhos o Dr. Vanderlei Severo, por indicação da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI). O cargo de presidente da Sociedade Rio-Grandense de Infectologia foi colocado em votação e mantido por unanimidade (Sociedade Rio-Grandense de Infectologia, 1982, p. 3).

Nas palavras de Paulo Renato Petersen Behar, presidente da SGI, em duas oportunidades, de 1999 a 2001 e entre 2004 e 2007:

A Federada do Rio Grande do Sul foi fundada em 27 de maio de 1982, no Instituto de Doenças Infecciosas e Parasitárias Professor Antônio P. Louzada, Enfermaria 16 da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e denominada Sociedade Rio-Grandense de Infectologia (SRGI). A fundação ocorreu em reunião agendada pelo Professor Egomar Lund Edelweiss e contou com a presença dos seguintes médicos: Egomar Lund Edelweiss, Vanderlei Severo, Airton G. Zingano, Marília Maria dos Santos Severo, Maria Beatriz Mostardeiro Targa, Romeo Baldissera, Sara Renata Guindani, Dirce Primo Tremper, Félix Ruschel, César Augusto Aldabe, Oscar Miranda Frões, Sofia Milman Martins e Antônio Rosek Milhem. A fundação da Federada ocorreu dois anos após a fundação da SBI e teve por motivação representar os Infectologistas e demais associados e integrar-se oficialmente à SBI, logo no seu início (Behar, 2005).

Quando de sua criação e por muitos anos a SRGI estava intimamente ligada à Santa Casa de Misericórdia e ao curso de medicina da FFFCMPA (hoje UFCSPA). Os seus fundadores e primeiros associados eram, majoritariamente, de ambas ou, ao menos de uma destas instituições. A Infectologia era uma especialidade com um número relativamente pequeno de médicos atuantes no começo da década de 1980. Havia, naquele momento, apenas uma residência em Infectologia no Estado, formando um Infectologista ao ano. É preciso destacar, igualmente, que naquele momento havia um número igualmente baixo de cursos de medicina.

Essa dimensão mais paroquial da Sociedade Gaúcha de Infectologia, ou seja, uma sociedade pequena, onde todos os membros atuavam em Porto Alegre, em duas instituições de ensino (UFRGS e FFFCMPA) e poucos hospitais, tem algumas consequências do ponto de vista do historiador. É possível supor que temas que surgiam no dia a dia da prática clínica e da pesquisa fossem tratados oralmente ou em reuniões que se davam em outras instâncias.

Há, nos livros de Atas, pouca ou nenhuma atividade associativa durante toda a década de 1980. Seguindo-se os registros oficiais, houve a primeira reunião, na qual foi estabelecida a primeira diretoria da SRGI, em 27 de maio de 1982, complementada pelos estatutos da Federada, que aparecem manuscritos no livro de atas em sua versão original. A próxima assembleia geral acontecerá apenas em 20 de maio de 1988, seis anos depois. Naquela oportunidade, ficamos sabendo que a SRGI contava com apenas 11 sócios adimplentes.

No entanto, em uma pequena passagem, podemos entrever que existiam movimentações no ambiente local, uma vez que, na supracitada reunião de maio de 1988, o Presidente da SRGI, Dr. Vanderlei Severo, colocou o cargo à disposição, uma vez que teria havido “apoio da diretoria da SBI à oposição pública à federada do RS” (Sociedade Rio-Grandense de Infectologia, 1988, p. 13). O Dr. Severo foi sondado pelos participantes da reunião sobre a possibilidade de seguir à frente da SRGI, o que poderia aceitar, a depender do quadro nacional. Supomos que as peças devem ter se organizado da forma esperada, porque sabemos que o Dr. Severo segue na presidência, uma vez que continua no cargo na próxima Ata, datada de 25 de outubro de 1991.

Essa Ata também permite supor que a vida associativa se torna mais intensa, uma vez que nela se relata a eleição para a nova diretoria da Associação com a existência de duas chapas, sendo a Chapa 1, situacionista, liderada pelo Dr. Vanderlei Severo e a Chapa 2, oposicionista, liderada pelo Dr. Luís Carlos Severo. A chapa 2 venceu o pleito. Ao agradecer pelos votos, o Dr. Luís Carlos Severo apresenta as suas propostas para a nova gestão da SRGI: buscar melhor integração e entendimento das doenças infecciosas; divulgar as pesquisas realizadas através de boletins; buscar a adesão à SRGI de médicos em atuação no interior do Estado; orientar os processos decisórios, diagnóstico e terapêutico, dos clínicos e as políticas públicas por meio de assessorias ao Governo do Estado e Prefeituras. A partir daquele momento, propunha que as reuniões fossem mensais (Sociedade Rio-Grandense de Infectologia, 1991a, p. 17).

Ainda que não seja exatamente simples mensurar o quanto foi possível implementar destas transformações, é certo que ao longo da década de 1990 a SRGI começa a ganhar maior força, conseguindo aumentar o número de associados, inclusive tentando abrir as suas portas para os profissionais de saúde não-médicos que tratavam de doenças infecciosas, conforme sugerido na Ata nº 4 pelo Dr. Luís Carlos Severo. O tema foi objeto de consulta à SBI e ficamos sabendo que foi rejeitado (Sociedade Rio-Grandense de Infectologia, 1991b, p. 19).

Havia claramente a intenção, a partir desta Gestão, de ampliar a divulgação da infectologia gaúcha na imprensa e de conectar a produção científica dos sócios, por meio de um banco de publicações que reunisse as separatas das publicações dos sócios. Se a SRGI teve um início tímido, logo passou a ganhar tração, intensificando a lógica de trabalho em grupo e discutindo a criação de eventos acadêmicos que divulgassem a Infectologia.

Foram pensados eventos que, seguramente, ajudaram a divulgar mais a infectologia no Rio Grande do Sul. No ano de 1994, o 8º Congresso Brasileiro de Infectologia aconteceu em Porto Alegre, simultaneamente ao Simpósio de Micologia do Cone-Sul, realizados entre os dias 17 e 21 de setembro de 1994. Este foi o primeiro congresso nacional da SBI a acontecer no Rio Grande do Sul e constitui-se em um legado importante. Com o passar dos anos, muitos simpósios e mesas redondas de menor alcance (pelas suas dimensões), seriam realizados no Rio Grande do Sul, tratando de temas como HIV/AIDS e doenças infecciosas, doenças fúngicas e micoses.³

O objetivo era, me parece possível afirmar, além de estimular o crescimento da área de Infectologia no Rio Grande do Sul, participar mais ativamente a vida pública. Este modelo de atuação era bastante evidente na figura do fundador da SBI, o Dr. Ricardo Veronesi. Pesquisas em jornais e revistas das décadas de 1980 e 1990 dão conta de seu grande ativismo político aliado à prática como médico.⁴

O cenário, na passagem dos anos 1990 para os anos 2000, se transforma bastante. Com a criação de novos programas de residência médica no Estado, há um expressivo aumento no número de infectologistas em atuação, aumento e melhoria dos serviços e, conseqüentemente, aumento de associados. Esse ciclo virtuoso leva à criação de uma série de eventos acadêmicos que ocorrem no Rio Grande do Sul e fomentam o intercâmbio daquilo que é produzido aqui com outras regiões do País. O Dr. Paulo Behar caracteriza bem essa transformação

3

No site da Sociedade Brasileira de Micologia, lemos: “O I Congresso de Micologia foi realizado em Porto Alegre (RS), entre 29 de julho e 02 de agosto de 1995, juntamente com o III Congresso do Pavilhão Pereira Filho e II Simpósio de Micologia do Cone Sul e teve como Presidente o Prof. Luiz Carlos Severo e como membros da Comissão Organizadora os seguintes professores: Alberto Thomaz Londero, Bodo Wanke, Carlos da Silva Lacaz, Flávio de Queiroz Telles Filho, Marcello Fabiano de Franco, Márcia dos Santos Lazéra e Rinaldo Poncio Mendes” (MENDES, 2021).

O seu obituário, publicado no jornal Folha de S. Paulo, procura dar essa dimensão: “Foi administrador hospitalar pela Associação Brasileira de Hospitais e consultor da OMS -Organização Mundial da Saúde, além de ocupar os cargos de presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Panamericana de Infectologia. [...] Entre suas funções públicas, ocupou o cargo de secretário municipal da Saúde na primeira gestão de Paulo Maluf como prefeito de São Paulo. [...] Fora do governo, foi um crítico das políticas de Aids, tuberculose e sarampo” (Médico Ricardo Veronesi [...], 2004).

4

O seu obituário, publicado no jornal Folha de S. Paulo, procura dar essa dimensão: “Foi administrador hospitalar pela Associação Brasileira de Hospitais e consultor da OMS -Organização Mundial da Saúde, além de ocupar os cargos de presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Panamericana de Infectologia. [...] Entre suas funções públicas, ocupou o cargo de secretário municipal da Saúde na primeira gestão de Paulo Maluf como prefeito de São Paulo. [...] Fora do governo, foi um crítico das políticas de Aids, tuberculose e sarampo” (Médico Ricardo Veronesi [...], 2004).

na imagem pública do infectologista no Rio Grande do Sul ao falar dos dois períodos em que foi Presidente da SGI. Segundo ele:

Lembro que amigos meus e também alguns familiares me perguntavam de tempo em tempo, claro, informalmente: “O que que tu fazes mesmo? Que tipo de pacientes tu atendes?” Foram necessários mais alguns anos para que através dos noticiários sobre a Infecção pelo HIV/aids comprometendo e levando à morte artistas como Fred Mercury, Cazuza dentre outros para que a Infectologia fosse uma especialidade médica de amplo conhecimento da população do nosso Estado do RS. As crescentes taxas de Infecção Hospitalar, assim denominada na época, e o crescente aumento de bactérias cada vez mais resistentes aos antibióticos, também aumentou o conhecimento da existência da Infectologia à população do RS. Nesse período a participação da SGI nestas epidemias que se tornaram pandemias, foi menor. Seguiam-se muito as recomendações do Ministério da Saúde. O trabalho da SGI na época se direcionou mais no sentido de fortalecimento interno principalmente buscando maior integração dos Infectologistas (Behar, 2024).

Ao falar das epidemias que se tornaram pandemias, para usar as palavras de Behar, não temos como não falar daquilo que o mundo viveu em 2009. A epidemia pelo vírus H1N1 fez crescer nos hospitais o sentimento da importância de ter, em suas instalações, laboratórios de biologia molecular aptos a diagnosticar uma diversidade de doenças virais, o que posteriormente veio a se mostrar de grande valia, quando da pandemia da COVID-19. Neste sentido, a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre foi pioneira ao criar, em suas instalações, seu laboratório próprio, sob coordenação do Dr. Alessandro C. Pasqualotto, o qual capitaneou recursos de pesquisa que permitiram a materialização desta ideia.

Um marco extremamente importante desta nova fase vivida pela Infectologia no Rio Grande do Sul foi a realização do 19º Congresso Brasileiro de Infectologia, de 26 a 29 de agosto de 2015, em Gramado/RS, na gestão da Dra. Lessandra Michelin. Segundo o Dr. Alessandro C. Pasqualotto, presidente científico do evento, este foi um congresso ímpar na história dos congressos nacionais:

O Congresso de Gramado se destacou por seu elevado grau de profissionalismo. Primeiro, fomos rigorosamente pontuais no cumprimento do tempo: todas as atividades tinham hora para iniciar, e hora exata para acabar. As aulas foram muito curtas, havendo amplo espaço para debate. Montamos um sistema de sinalização muito claro. Rejeitamos mais de metade dos trabalhos científicos enviados ao evento, selecionando realmente os melhores trabalhos - e demos espaço de destaque na programação para os temas livres. E fizemos atividades culturais incríveis, incluindo show com o exímio Renato Borghetti, no Palácio dos Festivais de Gramado, abrindo o congresso. As salas eram marcadas com letras, e em cada uma colocamos frases do dicionário “gauchês” iniciando com aquela letra. E esta foi nossa marca: profissionalismo, aliando ciência à cultura. Por exemplo, contratamos grafiteiros para pintar quadros em tempo real sobre os assuntos sendo apresentados, ao lado do palco. Nunca a sociedade brasileira fez um evento assim (Pasqualotto, 2024).



Figura 2: Abertura do Congresso Brasileiro 2015.
Foto: Alessandro C. Pasqualotto.

O Congresso Nacional é a jóia da coroa, mas ele é a parte mais visível de um conjunto muito importante de eventos locais e regionais que mantém a sociedade em intensa atividade de pesquisa e intercâmbio entre a comunidade médica gaúcha e colegas do resto do país e mesmo do exterior. Um bom exemplo dessa dinâmica são os congressos regionais. Com o tempo, passou a preponderar a ideia de que os encontros científicos na infectologia deveriam ser regionais, e não mais estaduais, para otimizar esforços e facilitar a captação de recursos. Neste sentido, o primeiro “Infecto-Sul – Congresso sul-brasileiro de infectologia”, foi realizado em Curitiba, no Paraná, em 2016; o “II Infecto-Sul – Congresso sul-brasileiro de infectologia” foi em Porto Alegre, em 2018, na gestão do Dr. Alexandre Schwarzbald, e o “III Infecto-Sul – Congresso sul-brasileiro de infectologia” foi em Florianópolis, Santa Catarina (2022). Com a evolução dos congressos regionais de infectologia, a gestão destes eventos passou à Sociedade Brasileira de Infectologia. Em 2024, o evento da região Sul se uniu à região Centro-Oeste, no recém-criado Congresso Centro-Sul de Infectologia (Foz do Iguaçu, Paraná, 2024), evento onde se planeja lançar o atual livro. Os congressos regionais passaram a ocorrer nos anos em que não ocorre o Congresso Brasileiro de Infectologia, evento bianual.



Figura 2: 5° InfectoTchê
Fonte: Sociedade Gaúcha de Infectologia, 2024.



Figura 3: IV Simpósio de infecções em pacientes transplantados
Material de divulgação.

Outros eventos acadêmicos merecem também destaque no Rio Grande do Sul, a exemplo do “Simpósio de Infecções em Transplantes”, parceria entre a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, sob coordenação do prof. Alessandro Pasqualotto. Este evento tinha como objetivo maior a propagação de conhecimentos acerca do diagnóstico das infecções oportunistas que afetavam os pacientes transplantados, em sintonia com os interesses do Laboratório de Biologia Molecular da Santa Casa, que posteriormente se tornou sede do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT) de Inovação em Diagnóstico Molecular, junto à UFCSPA. O evento teve quatro edições e se tornou o maior do país em sua área. Além disso, manteve a marca de outros eventos da Federada Gaúcha, com apresentações culturais integradas ao programa científico. Destacamos também, mais recentemente, o evento Infecto Tchê (que inicialmente se chamava “Atualização e capacitação no atendimento em HIV, tuberculose e hepatites virais para equipes dos SAE’s”), coordenado pelo Dr. Dimas Kliemann, uma espécie de substituto dos antigos eventos regionais, com ampla repercussão na área, bem como as chamadas “Caravanas da SGI”, eventos itinerantes que têm ocorrido nos últimos dois anos, levando conhecimento científico a diversas cidades de médio e grande porte do Rio Grande do Sul. As caravanas têm funcionado como importante fórum de atualização científica, integrando infectologistas e clínicos que trabalham nas mais diversas instituições do Estado. Em 2023, foram oito encontros realizados – para 2024, este número deve chegar a 15.

O crescimento da SGI também pareceu ser o momento propício para a modernização da gestão da própria associação. Segundo Pasqualotto:

Mudamos o nome de nossa Sociedade de Rio-grandense para Gaúcha de Infectologia, para evitar sentimentos de polarização que entendíamos poderiam

ser conflitantes com nossos rumos. Ainda, a Sociedade teve seu estatuto atualizado de modo a permitir a captação e a gestão de recursos privados, destinados a atividades de ensino e pesquisa. Assim, tornamo-nos autossustentáveis, e passamos a gerar receita a qual nos permitiu investir em projetos de interesse à saúde pública, incluindo atividades educacionais e de pesquisa, além de projetos culturais, a exemplo da construção deste livro (Pasqualotto, 2024).

Com o processo de consolidação da SGI, em curso ao longo da década de 2010, é possível perceber como a associação conseguiu se tornar um ator no cenário político regional. Este papel ficou bastante explícito durante a pandemia de COVID-19, quando a voz dos cientistas precisou, talvez mais do que nunca, ingressar na arena pública para orientar a população, assustada pelo poder de destruição do COVID e confusa pela quantidade de informação de péssima qualidade que circulava, sem qualquer possibilidade de controle, pelas redes sociais.



Figura 2: G1 RS: Sociedade Riograndense de Infectologia emite alerta sobre a gravidade da pandemia no RS
Fonte: G1 RS, 2020.



Figura 3: Zero Hora: Vacinar é preciso, afirma presidente da Sociedade Rio-Grandense de Infectologia
Fonte: Pasqualotto, 2022.

Os integrantes da SGI assumiram, portanto, o papel que é esperado do cientista em um momento de crise: o aconselhamento da população para que adotem as melhores práticas. Muitos destes desafios ocorreram na gestão do prof. Schwarzbold. Assim, muitas foram as oportunidades em que membros da diretoria da SGI participaram de programas de rádio, de televisão e em reportagens em jornais e revistas, sempre se pronunciando pelo uso da máscara, pelo aconselhamento da testagem em massa e pela defesa da vacina.⁵ Com o arrefecimento da pandemia, coube também à SGI posicionar-se quanto à flexibilização do uso das máscaras, em um momento (10 mar. 2022) em que o tema se encontrava muito ligado a visões políticas extremadas, não apenas na opinião pública, mas também na mídia e na classe médica. Novamente, foi preciso que a SGI se mantivesse firme em seus princípios técnicos, e isenta de qualquer corrente ideológica, para poder adequadamente orientar a população neste sentido.

DIREÇÕES

1982-1991

Presidente: Vanderlei Severo

1991-1994

Presidente: Luís Carlos Severo

1994-1999

Maria Beatriz Mostardeiro Targa

1999-2001

Paulo Renato Petersen Behar

2001-2004

Teresinha Joana Dossin

2004 - 2007

Paulo Renato Petersen Behar

2008 - 2010

Luciano Zubaram Goldani

2010 - 2012

Rodrigo Pires dos Santos

2013-2015

Lessandra Michelim Rodriguez Nunes Vieira

2015-2017

Lessandra Michelim Rodriguez Nunes Vieira

5

Passagens como essa foram muito comuns no início da pandemia de COVID-19. Em entrevista ao jornal Zero Hora, o Dr. Alexandre Vargas Schwarzbold foi questionado sobre as diferenças e semelhanças entre o Covid e a pandemia de H1N1, em 2009: “Há várias semelhanças e algumas diferenças entre o Influenza H1N1 e o coronavírus. A questão é que justamente o que os difere é o que torna o novo vírus mais mortal. Segundo o médico infectologista Alexandre Schwarzbold, presidente da Sociedade Rio-grandense de Infectologia e professor da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), são dois vírus de ‘famílias’ distintas, com características, inclusive genéticas, diferentes, mas ambos são respiratórios, podem integrar desde um simples resfriado até enfermidades respiratórias graves, como foi em 2009 e ocorre agora” (Antonello, 2020).

2017-2019
Alexandre Vargas Schwarzbold

2019-2021
Alexandre Vargas Schwarzbold

2021-2023
Alessandro Comarú Pasqualotto

2023-2025
Alessandro Comarú Pasqualotto

REFERÊNCIAS

ANTONELLO, Lizie. Coronavírus x H1N1: covid-19 é mais letal que gripe A. *Zero Hora*, Porto Alegre, 08 abril 2020. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/pioneiro/geral/noticia/2020/04/coronavirus-x-h1n1-covid-19-e-mais-letal-que-gripe-a-12318882.html>. Acesso em: 25 abril 2024.

BEHAR, Paulo Renato Petersen. *Sociedade Rio-Grandense de Infectologia: 23 anos de história*. Documento circular. Porto Alegre: SRGI, 10 out. 2005.

CROSBY, Alfred W. *Imperialismo ecológico*. A expansão biológica da Europa 900-1900. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

EDELWEISS, Egomar Lund, 2021. Disponível em: <https://muhm.org.br/biografiasmedicas/biografia/450>. Acesso em: 25 abril 2024.

EDLER, Flávio Coelho. A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina Tropical no Brasil. *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 357-85, maio-ago. 2002.

FERNANDES, Francisco Orniudo. *História da Sociedade de Infectologia da Paraíba e Sinopse da Sociedade Brasileira de Infectologia*. Ideia: João Pessoa, 2019.

FOCACCIA, Roberto. *História*. No início representados pela Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, os infectologistas deram o pontapé inicial em sua sociedade científica nos anos 1980, 2024. Disponível em: <https://infectologia.org.br/sobre-a-sbi/historia/> Acesso em: 27 maio 2024.

G1 RS. Sociedade Riograndense de Infectologia emite alerta sobre a gravidade da pandemia no RS. G1, 13 jul. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2020/07/13/sociedade-de-infectologistas-emite-alerta-sobre-a-gravidade-da-pandemia-de-covid-19-no-rs.ghtml>. Acesso em: 21 maio 2024.

LÖWY, Ilana. *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MARTIRE JUNIOR, Lybio. Especialidades médicas. *Revista ser médico*, edição 63, Abril/Maio/Junho 2013. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=673>. Acesso em: 27 maio 2024.

Médico Ricardo Veronesi morre aos 84 anos em SP. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 10 de maio de 2004. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1005200419.htm>. Acesso em: 27 maio 2024.

MENDES, Rinaldo Poncio. *Nosso histórico*, 2021. Disponível em: <https://sbmic.org/saibamais>. Acesso em: 27 maio 2024.

OLIVEIRA, B. L. C. A. de; LIMA, S. F.; PEREIRA, M. U. L.; PEREIRA JÚNIOR, G. A. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 17, n. 1, e0018317, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00183>. Acesso em: 24 maio 2024.

PASQUALOTTO, Alessandro C. Vacinar é preciso, afirma presidente da Sociedade Rio-Grandense de Infectologia. *Zero Hora*, Porto Alegre, 27 jan. 2022. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2022/01/vacinar-e-preciso-afirma-presidente-da-sociedade-rio-grandense-de-infectologia-ckyx5mzyt004r015p7k689ewn.html>. Acesso em: 27 maio 2024.

Sociedade Gaúcha de Infectologia. *InfectoTchê*. Disponível em: <https://www.infectotche.com.br/> Acesso em: 01 maio 2024.

Sociedade Rio-Grandense de Infectologia. *Ata da reunião nº 1 de 28 de maio de 1982*. Porto Alegre, 28 maio 1982.

Sociedade Rio-Grandense de Infectologia. *Ata da reunião nº 2 de 21 de maio de 1988*. Porto Alegre, 21 maio 1988.

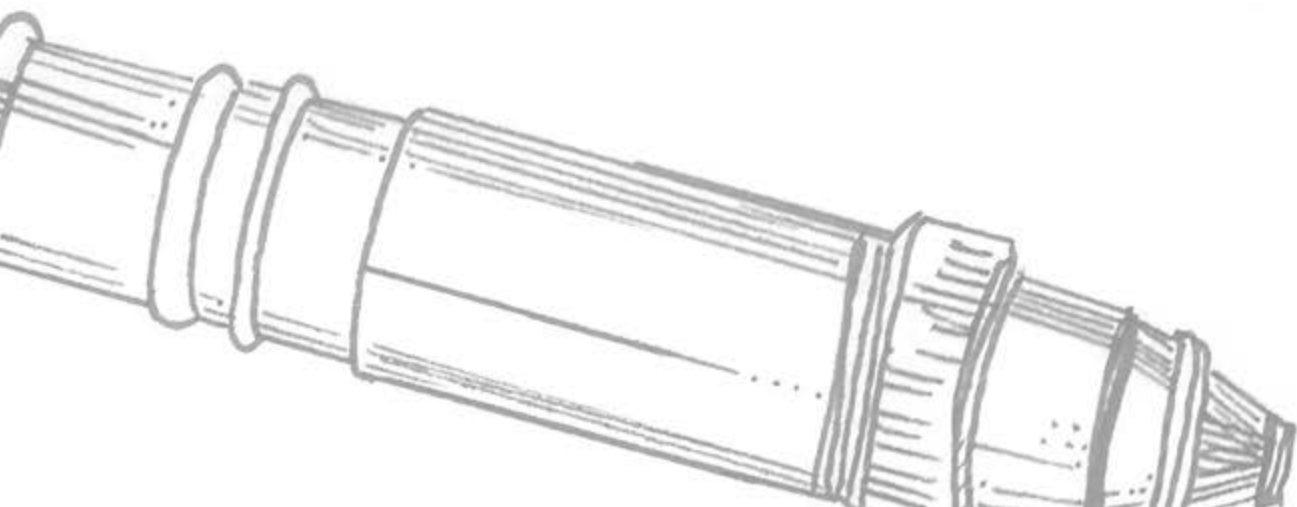
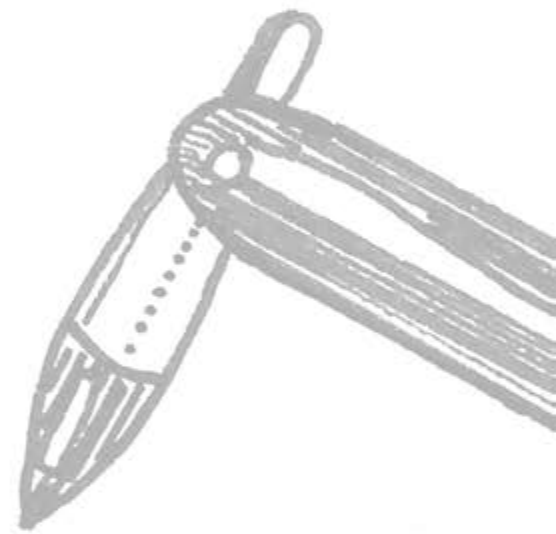
Sociedade Rio-Grandense de Infectologia. *Ata da reunião nº 3 de 25 de outubro de 1991*. Porto Alegre, 25 out. 1991a.

Sociedade Rio-Grandense de Infectologia. *Ata da reunião nº 4 de 06 de novembro de 1991*. Porto Alegre, 06 nov. 1991b.

ENTREVISTA

Alessandro Comarú Pasqualotto. Entrevista concedida ao autor em 15 abril 2024.

Paulo Renato Petersen Behar. Entrevista concedida ao autor em 06 maio 2024.



Os autores:

Alexandre Vargas Schwarzbald

Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Clinical Fellow pela Universidade Livre de Bruxelas. Professor Associado do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Médico Infectologista do Hospital Universitário de Santa Maria. Chefe do Centro de Pesquisa Clínica da UFSM. Membro do Comitê de Covid-19 e vírus respiratórios da Sociedade Brasileira Brasileira de Infectologia (SBI).

Ana Paula Korndörfer

Graduação em História pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos, 2004), mestrado em História pela mesma universidade (2007), doutorado em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS, 2013) e pós-doutorado PNPd/Capes pela Unisinos (2016). Integra a diretoria da Sociedade Brasileira de História da Ciência - SBHC (biênios 2020-2022 e 2022-2024). É coordenadora, juntamente com Marcelo Vianna, do Laboratório de História Social e Comparada do Cone Sul (IFRS - CNPq). Atua como professora e pesquisadora junto ao curso de História da Unisinos. É autora, entre outros trabalhos, de “É melhor prevenir do que curar: a higiene e a saúde nas escolas públicas gaúchas (1893-1928)” (Oikos, 2016).

André Kalil

Médico, professor de medicina e pesquisador do Centro Médico da Universidade de Nebraska em Omaha, Nebraska. Atualmente é Diretor do Programa de Doenças Infecciosas de Transplantes da Universidade de Nebraska. Kalil recebeu inúmeras homenagens e prêmios, incluindo o Prêmio Cientista Laureate de 2021. Ele é membro de diversas organizações profissionais, foi revisor e editor de importantes revistas médicas e publicou mais de trezentos artigos científicos indexados no PubMed.

Angela Beatriz Pomatti

Historiadora pela UFPEL, mestre em História pela PUCRS e Museóloga pela UFRGS. Atua como museóloga e historiadora no Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul.
E-mail: angelapomatti@yahoo.com.br.

Cristiano Enrique de Brum

Graduado em História, Licenciatura Plena, pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS, 2010), Mestre em História pela mesma universidade (2013) e Doutor em História (PUCRS, 2018). Foi Professor Substituto do Departamento de História do Centro de Ensino Superior do Seridó (UFRN / DHC-CERES) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Tem experiência e interesse nas áreas de História do Brasil Republicano, História do Rio Grande do Sul, Primeira Guerra Mundial, História da Ciência, História da Medicina, História da Educação, História das Elites, Educação Patrimonial e Patrimônio Cultural. Recebeu, em 2018, o Prêmio Cultural Tasso Fragoso, da Biblioteca do Exército Brasileiro (Bibliex), pela sua pesquisa de doutorado “A (des)mobilização de médicos na Grande Guerra: o caso da Missão Médica brasileira na França (1918-1919)”, publicada sob o título “Médicos Brasileiros na Grande Guerra” (Bibliex, 2021).
Email: cristianodebrum@gmail.com.

Daiane Silveira Rossi

Graduada em História pela Universidade Franciscana (UFN), Mestre em História pela UFSM e Doutora em História das Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (COC/FIOCRUZ). Atualmente realiza pós-doutorado com bolsa da FAPERJ, é professora na UFN e pesquisadora recém-doutora do Estado do Rio Grande do Sul com financiamento da FAPERGS. Faz parte do Instituto de Estudos Avançados em Iniquidades, Desigualdades e Violências de Gênero e Sexualidade e suas Múltiplas Insurgências (INCT-Caleidoscópio). Organizou, em 2017, em parceria com Ana Paula Korndörfer, Cristiano de Brum, Eliane Fleck e Everton Quevedo, o livro “História da Assistência à Saúde e à Pobreza: olhares sobre suas instituições e seus atores” (Editora Oikos).

Daniel Oliveira

Doutor e Mestre em História pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Licenciado em História pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. Professor na UNISINOS, cursos de Licenciatura em História, Pedagogia e disciplinas de Formação Integral. Membro da Sociedade Brasileira de História das Ciências e do Grupo de Pesquisa CNPQ Escravidão, Raça e Saúde (dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/7610219221759264). Destacam-se, como produções, a dissertação *Morte e vida feminina: mulheres pobres, condições de saúde e medicina da mulher na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1880-1900)* (2012) e a tese *Os facultativos são obrigados a declarar [...] cor, [...] moléstia* : mortalidade, atuação médica e pensamento racial em Porto Alegre, na segunda metade do Século XIX. E-mail: danmundoreal@yahoo.com.br.

Éder da Silveira

Doutor em História pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com estágio de Pós-doutorado realizado no Departamento de História da Universidade de São Paulo (USP). Professor Associado na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA). Autor, entre outros, de "A cura da raça: eugenia e higienismo no discurso médico sul-rio-grandense nas primeiras décadas do século XX". Contato: eders@ufcsa.edu.br

Éverton Reis Quevedo

Graduado em História (UFSM), mestre em História (PUCRS) e doutor em História (UNISINOS). Mestre em Museologia e Patrimônio (UFRGS). Museólogo COREM 3R 288-II. Membro Titular do Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Sul - IHGRGS. Tem experiência na área de História e Patrimônio, com ênfase em História Regional do Brasil, atuando principalmente nos seguintes temas: história da saúde pública/medicina; história das instituições hospitalares e da assistência; educação e museus, museus, acervos, patrimônio histórico-cultural.

Fabrizio Motta

Infectologista Pediátrico pela SBP/SBI. Mestre em Saúde da Criança e Adolescente pelo HC-FMRP-USP. Coordenador do Fellowship em Infectologia Pediátrica da Santa Casa de Porto Alegre e da Residência Médica em Infectologia Pediátrica da UFCSA. Supervisor Médico do Controle de Infecção e Infectologia Pediátrica da Santa Casa de Porto Alegre.

Gláucia G. Lixinski de Lima Kulzer

Historiadora pelo Centro Universitário Franciscano e mestre em História pela UNISINOS. Pedagoga pelo Centro Universitário UNINTER. Atua como pedagoga e historiadora no Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul. E-mail: glaucia.lixinski@gmail.com.

Guilherme Silveira Procianoy

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA).

Jaqueline Hassan Brizola

Mestre em História pela UFRGS e doutora pelo programa de Pós-graduação em História da UFRGS em cotutela com o programa de doutorado em História da Ciência, Medicina e Comunicação Científica da Universidade de Valencia, Espanha. Recebeu prêmio de melhor dissertação de mestrado pela Sociedade Brasileira de História da Ciência em 2016, é autora do livro "A terrível moléstia. Variola, vacina e epidemia ao sul do Império do Brasil publicado pela editora Oikos em 2022. Atualmente realiza estágio de pós-doutorado junto ao programa de Pós-graduação em História da Ciência e da Saúde da Casas de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ.

Jean Segata

É professor do Departamento de Antropologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, atuando nos programas de pós-graduação em Antropologia Social e de Psicologia Social e Institucional e professor honorário do Departamento de Antropologia do University College London. Ele coordena o Núcleo de Antropologia Multiespécie e a Rede Covid-19 Humanidades MCTI, através dos quais desenvolve e coordena pesquisas sobre os efeitos desiguais dos eventos críticos em saúde e meio ambiente. É pesquisador CNPq (Bolsa de Produtividade 1D, Processo 309710/2021-9).

Juliara Borges Segata

É psicóloga, mestre em Antropologia Social (UFRN) e doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde desenvolve pesquisa sobre reconstrução da vida na pandemia de covid-19. É bolsista de doutorado da CAPES (Programa Estratégico Emergencial de Prevenção e Combate a Surtos, Endemias, Epidemias e Pandemias, Capes-Epidemias 2022).

Lessandra Michelin Rodriguez Lins

Médica infectologista, mestre e doutora em Biotecnologia (UCS/RS), professora de infectologia e pediatria Universidade de Caxias do Sul, líder médica de vacinas VSR GSK.

Moisés Pinto Neto

Filósofo, com doutorado em filosofia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e estágio-sanduíche no Centre for Research in Modern European Philosophy, em Londres – Inglaterra. É sócio-fundador da plataforma educacional Alternativa Hub (www.alternativahub.com) e do canal Transe (www.youtube.com/transe). Atua como professor no ensino superior há 18 anos, com passagens pela UFRGS, ULBRA e Univates, além de diversas especializações de diferentes universidades. Pesquisa atualmente as relações entre política e cosmologia, tendo desenvolvido a “teoria dos quatro cosmogramas”.

Nêmorea Tregnago Barcellos

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1975), mestrado em Medicina: Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2000) e doutorado em Medicina: Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2004). Foi professora colaboradora PPG de Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e professora assistente II da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Foi Coordenadora do Curso de Medicina entre 2017 e 2019. Foi membro efetivo Comitê de Ética em Pesquisa de 2012 a 2022 e pesquisadora no PPG de Saúde Coletiva, até julho de 2022, na linha de Avaliação de Políticas, Programas e Ações em Saúde, nos últimos meses se dedicando à pesquisa epidemiológica vinculada à epidemia do SARS-CoV-2 no Estado e no País. Tem experiência em educação médica e na área de Medicina, com ênfase em Doenças Infecciosas e Parasitárias, atuando principalmente nos temas relacionados à infecção pelo HIV e à Aids. Na Saúde Coletiva também contemplou estudos na área de Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Paulo Renato Petersen Behar

Médico graduado na UFCSPA, Infectologista formado na UFCSPA, Mestre em Ciências da Saúde (Microbiologia) pela UFRJ e Doutor em Medicina (Pneumologia) pela UFRGS, Professor de Infectologia da UFCSPA. Atua no Módulo de Infectologia da Disciplina Especialidades Clínicas 1 do Departamento de Clínica Médica da UFCSPA, Médico Infectologista do Serviço de Infectologia da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Médico Infectologista do Serviço de Infectologia do Hospital Na. Sra. da Conceição. E-mail: behar@ufcspa.edu.br.

Rodrigo Schrage Lins

Médico infectologista, mestre em ciências (INI-Fiocruz), doutor em ciências da saúde (UCS-RS), Professor de doenças infecciosas na IDOMED Angra dos Reis, Presidente da Sociedade de Infectologia do Estado do Rio de Janeiro (SIERJ).

Valério Rodrigues Aquino

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1992), mestrado em Medicina: Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2005), doutorado em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2011). Atua como Farmacêutico Bioquímico na Unidade de Microbiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Tem experiência em Micologia, atuando temas de epidemiologia das micoses, candidemia, aspergilose invasiva.

SOCIEDADE GAÚCHA DE INFECTOLOGIA

Presidente

Alessandro Comarú Pasqualotto

Secretária

Viviane Raquel Buffon

Tesoureiro

Dimas Alexandre Kliemann

Diretor Científico

Paulo Ernesto Gewehr Filho

Diretora de Comunicação

Rafaela Mafaciolli Grandó

Diretora de Relações Institucionais

Cristiane Pimentel Hernandes

**INFECTOLOGIA NO RIO GRANDE DO SUL
a história através dos tempos**

Organização

Éder da Silveira

Autores

Alexandre Vargas Schwarzbold

Ana Paula Korndörfer

André Kalil

Angela Beatriz Pomatti

Cristiano Enrique de Brum

Daiane Silveira Rossi

Daniel Oliveira

Éder da Silveira

Éverton Reis Quevedo

Fabrizio Motta

Gláucia G. Lixinski de Lima Kulzer

Guilherme Silveira Procianoy

Jaqueline Hassan Brizola

Jean Segata

Juliara Borges Segata

Lessandra Michelin Rodriguez Lins

Moysés Pinto Neto

Nêmora Tregnago Barcellos

Paulo Renato Petersen Behar

Rodrigo Schrage Lins

Valério Rodrigues Aquino

Revisão

Daniela Pinheiro Machado Kern

Capa e Projeto Gráfico

Marina Polidoro e Gabriela Berghahn

© dos autores

Os artigos expressam a opinião dos autores e não necessariamente o entendimento da Sociedade Gaúcha de Infectologia (SGI).

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

143 Infectologia no Rio Grande do Sul: a história através dos tempos [recurso eletrônico] / organizado por Éder da Silveira. – Porto Alegre : Sociedade Gaúcha de Infectologia / Ed. da UFCSPA, 2024.
Recurso on-line (346 p. : il.).

Modo de acesso: <http://www.ufcspa.edu.br/index.php/editora/obras-publicadas>

ISBN 978-65-87950-88-4

1. Doenças infecciosas. 2. Infectologia. 3. Rio Grande do Sul (Estado) - Aspectos de saúde. I. Silveira, Éder da.

CDD 616.9
CDU 616.9


Elaborada por Elisete Sales de Souza - CRB 10/1441
Biblioteca Paulo Lacerda de Azevedo - UFCSPA

Infectologia no Rio Grande do Sul: a história através dos tempos
começou a ser pensando no ano de 2023.

O momento mais grave da epidemia de Covid-19
já havia sido vencido e parecia adequado celebrar
a vitória da ciência contando a história
da nossa relação com as doenças contagiosas,
criando laços entre o presente e o passado.

A obra foi finalizada durante o trágico mês de maio de 2024,
quando o Estado do Rio Grande do Sul foi devastado pelas enchentes.

Este livro foi composto em Lora e Source Sans 3
e impresso na Evangraf para a Sociedade Gaúcha de Infectologia
em junho de 2024.



Alexandre Vargas Schwarzbold
Ana Paula Korndörfer
André Kalil
Angela Beatriz Pomatti
Cristiano Enrique de Brum
Daiane Silveira Rossi
Daniel Oliveira
Éder da Silveira (org.)
Éverton Reis Quevedo
Fabrizio Motta
Gláucia G. Lixinski de Lima Kulzer
Guilherme Silveira Procianoy
Jaqueline Hassan Brizola
Jean Segata
Juliara Borges Segata
Lessandra Michelin Rodriguez Lins
Moisés Pinto Neto
Nêmora Tregnago Barcellos
Paulo Renato Petersen Behar
Rodrigo Schrage Lins
Valério Rodrigues Aquino