

AS DOENÇAS E A HISTÓRIA DO HOMEM: UM ITINERÁRIO EM COMUM

PAULO SERGIO ANDRADE QUARESMA*

[...] fica-se bastante inclinado a crer que com facilidade se faria a história das doenças humanas seguindo a das sociedades civis.
[Discurso sobre a desigualdade.
Jean-Jacques Rousseau.]

No cosmo dos eventos humanos e históricos, duas certezas – reais e verdadeiras – permanecem intactas, desde a aurora dos tempos: os homens nascem e os homens morrem. Mas, o sentido e o processo do nascer e do morrer não podem ser considerados imutáveis ou estanques, porque o desenvolvimento e as transformações processadas pelas sociedades, ao longo das eras, têm demonstrado que as atitudes e as percepções dos indivíduos diante desses dois fenômenos sofreram mudanças profundas e drásticas. Além desses fatos, é reconhecível que se os indivíduos não morrem nas guerras, nos acidentes, durante o parto, de velhice ou de causas naturais, fatalmente, sucumbirão em consequência das sequelas e da evolução de enfermidades parasitárias, crônicas ou malignas, mas, principalmente, aquelas de caráter infecto-contagioso. As principais causas de doenças que podem levar ao óbito – se não tratadas convenientemente –, destacam-se: as bactérias, os fungos, os protozoários e, notadamente, os vírus.

Da identificação dos agentes parasitários, crônicos e infecciosos, assim como a descoberta de vacinas e antibióticos necessários para combater as doenças, transcorreram um longo caminho, constituído pelo afincamento e pelo trabalho de cientistas e pesquisadores que, bravamente, contestaram e lutaram contra o tradicionalismo, as superstições, os dogmas e o amadorismo em prol da ciência e da saúde pública. A batalha travada entre esses atores e a incidência de patologias contagiosas, verificadas durante a eclosão de epidemias, produzem ações e episódios que inferem e se refletem no cotidiano, no ritmo e na história das sociedades.

* Mestre em Letras (FURG). Aluno do curso de Mestrado em História da Universidade Federal de Pelotas (RS). Bolsista da Capes.

Portanto, ao lado da identificação, da nomeação e da classificação das patogenias que transitam ao redor do homem, interferindo na sua saúde através de diferentes patologias, existe uma história das doenças revelada através do depoimento dos pacientes, do registro médico-hospitalar, das estatísticas oficiais, dos discursos político-midiáticos, perpassando, inclusive, pela literatura, iconografia e outros tipos de linguagens e expressões. O historiador Jacques Le Goff faz o seguinte comentário com relação a esse amálgama: “É uma história dramática que revela através dos tempos uma doença emblemática unindo o horror dos sintomas ao pavor de um sentimento de culpabilidade individual e coletiva” (LE GOFF, 1991: 8). Se no passado, as doenças não suscitam o interesse dos estudiosos, que de forma errônea e equivocada, são pressentidas como desvio do curso normal dos acontecimentos e não tendo um papel decisivo na história, as pesquisadoras Anny Silveira e Dilene Nascimento defendem que: “Hoje, podemos falar de um campo de história das doenças, constituído por “histórias” que, adotando perspectivas diversas, representam importantes contribuições ao trabalho de reflexão sobre o papel das doenças na história” (SILVEIRA, NASCIMENTO, 2004: 16).

Em parte, esse conhecimento é obtido porque os escritos e os registros materiais expressam que as doenças crônicas e infecciosas surgem em paralelo a importantes acontecimentos históricos, determinando ou conduzindo, em alguns casos, o desfecho desses episódios. Nesse ínterim, é relevante lembrar que durante milênios as doenças contagiosas, chamadas de *pestilências*, causaram mais vítimas que os principais conflitos armados. Ademais, é possível afirmar com base no pensamento das pesquisadoras Anny Silveira e Dilene Nascimento, que as doenças modificam o ritmo de vida das pessoas, haja vista que:

[...] a doença é um fenômeno que a ultrapassa e a representação não é apenas um esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, também interpretação e questão de sentido. A interpretação coletiva dos estados do corpo coloca em questão a ordem social, revela-nos as relações existentes entre o biológico e o social. Por meio da saúde e da doença temos acesso, portanto, à imagem da sociedade e de suas imposições aos indivíduos (SILVEIRA; NASCIMENTO, 2004: 29).

A história das doenças alcança repercussão e expressividade no campo científico das pesquisas graças aos benefícios resultantes da expansão e da transitoriedade dos *rígidos* domínios da história. Outrossim, claramente, desde o último quartel do século XX, os novos objetos, problemas e abordagens elencados pelos

teóricos e estudiosos concedem um fôlego renovado aos estudos históricos relacionados com as doenças. De acordo com Jacques Le Goff, esse cenário é possível e fora solidamente construído nas décadas passadas, principalmente, porque a “doença pertence não só a história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades” (LE GOFF, 1991: 8).

Ao se retroceder no tempo, constata-se que as questões e os discursos relativos ao binômio saúde-doença não podem ser observados e entendidos da mesma maneira ao longo do tempo, pois os estudos demonstram que as sociedades apresentam particularidades e especificidades em relação a esse fenômeno que as distinguem. Esse fato exige uma interpretação variada por parte do historiador no manuseio de temas e conceitos relacionados com a medicina, a epidemiologia, a transmissibilidade viral e, principalmente, a saúde pública.

Nesse sentido, destaca-se que a Antiguidade é marcada, predominantemente, pela crença que as doenças são impetradas ao homem pelos deuses, como castigo pelos seus pecados ou como sinal de advertência pela sua má conduta e desobediência diante dos desígnios e mandamentos divinos. No principal livro da cristandade, a Bíblia (livro de **Êxodo**) traz dezenas de episódios em que Deus pune aqueles que infringem e desobedecem as suas leis, como acontece com as várias pragas enviadas ao Egito como castigo do faraó que não permite a saída do *povo escolhido* das terras do Nilo, além desse exemplo clássico, há muitos outros. Todavia, é nesse mesmo período histórico, em que surge as primeiras opiniões que creditam as doenças aos fatores naturais. No século IV a.C., o grego Hipócrates (460?-337? a.C.) no texto **Ares, água, lugares** aponta a necessidade de conhecer os fatores ambientais para se determinar as ações e as atitudes adotadas durante a manifestação de alguma enfermidade. De acordo com o “pai da Medicina” é relevante entender os efeitos das estações do ano (chuva, temperatura, umidade etc.) sobre os *humores* do homem,¹ assim

¹ Herança de Hipócrates, a teoria dos humores afirma que o homem é constituído por quatro substâncias: a **bilis amarela** (associada ao símbolo do fogo, é produzida no fígado e sofre influência do calor e do ar seco), o **sangue** (ligado ao elemento ar, também é produzido no fígado, mas é influenciado pelo calor e pela umidade), a **pituita** (também conhecida como *linfa* ou *fleuma*, está conectada à água, sendo produzida nos pulmões está sob controle do frio e da umidade) e a **atrabilis** ou *bilis negra* (agregada ao elemental terra, é produzida no baço e está conectada ao frio e ao tempo seco). Essas matérias devem estar em total equilíbrio e bom funcionamento para que a saúde se mantenha intacta.

como acompanhar os hábitos particulares dos indivíduos em relação a alimentação e as práticas cotidianas. Essa ideia é o embrião do atual conceito ecológico de enfermidade, segundo o qual, as doenças surgem a partir do somatório de três variáveis principais: o agente transmissor, o ambiente facilitador e o indivíduo suscetível à contaminação. Os romanos ao adotarem e assimilarem boa parte da cultura grega concedem e reconhecem a influência do meio ambiente sobre a geração e a propagação das doenças.

No Ocidente, o advento da Idade Média (476-1453) faz retornar a crença que as práticas mágicas e os intentos religiosos são fatores determinantes para a manifestação das doenças, enquanto que os ideais hipocráticos de concepção racionalista recebem melhor acolhida e disseminação no mundo árabe. Mas esses mesmos preceitos retornam ao Velho Mundo durante os embates bélicos travados entre cristãos e mouros. Nos anos finais desse período, as populações e as autoridades aceitam, em parte, o conceito de contaminação e, por sua vez, proporcionam a necessidade da quarentena, como método de combate e barreira contra as epidemias.²

Já no prenúncio da Idade Moderna (1453-1789) toma forma a crença que as doenças são causadas por agentes externos ao corpo humano, retrocedendo definitivamente, desse modo, a suposição que a saúde do homem resulta do frágil equilíbrio e equacionamento dos *humores* corporais. Nesse mesmo íterim, persiste a teoria da *geração espontânea*, segundo a qual as doenças são capazes de se transformar em outras bem diferentes ou podem surgir naturalmente, sem a intervenção ou influência de fatores externos. Essa crença remonta a antiguidade, pois nessa época os pensadores gregos acreditam que em condições favoráveis a vida (animal e vegetal) pode surgir de forma espontânea, haja vista que criaturas vivas surgem e se nutrem de substâncias secas quando ficam úmidas e vice-versa. Por essa razão, acredita-se que a umidade é mais perigosa que o ressecamento.

A continuidade dessa concepção nos meios científicos torna impossível a luta contra os germes, partindo do pressuposto que eles *verdadeiramente* pudessem nascer do nada. Essa teoria fora defendida por Thomas Sydenham (1624-1689), mas rechaçada por Theodor Schwann (1810-1882), Franz Schulze (1815-1873) e, de maneira

² A quarentena surge como estratégia para evitar a entrada da doença na comunidade. O método consiste em isolar e observar o grupo de pessoas e seus respectivos objetos por um período de tempo determinado – quarenta dias. A partir de condições rígidas de vigilância, é estabelecido quais indivíduos estão ou não enfermos.

decisiva e irrefutável, por Louis Pasteur (1822-1895). Sendo que esse último demonstra definitivamente que nenhum ser vivo pode nascer espontaneamente: *omnis cellula e cellula*.

Em vista da impossibilidade de se combater a maioria das doenças infecto-contagiosas, nesse período, imputa-se a demônios e espíritos maus as causas das enfermidades, mas, principalmente, em razão das impurezas do ar e das exalações deletérias expelidas dos corpos em decomposição, das substâncias fétidas, assim como, das águas estagnadas e nauseabundas. Em outras palavras, os miasmas são elementos nocivos e venenosos à saúde que surgem em ambientes insalubres e pantanosos, a partir de matérias pútridas e excrementais em processo de decomposição. Essa *ciência* vem desde o século I a.C., quando os romanos atribuem a nocividade do ambiente a pequenos animais invisíveis alojadas nas águas paradas, cujos eflúvios e emanações sobem à atmosfera e são respirados pelos homens.

No século XVII predomina a crença que a doença e a sujeira estão relacionadas. Nos centros urbanos vislumbra-se a necessidade de cuidar da limpeza para se alcançar e manter a saúde, cujo objetivo principal é evitar a morte do indivíduo. Desse modo, as condições de vida e a qualidade dos espaços ocupados são apontados como causadores das doenças. E, concomitantemente, a esse fenômeno, os odores da putrefação são acusados de provocarem as epidemias, pois, segundo Alain Corbin, nesse cenário:

[...] ninguém dúvida de que o ar tenha em suspensão as substâncias que se destacam dos corpos. A atmosfera-cisterna carrega-se com as emanações telúricas, com as transpirações animais e vegetais. O ar de um lugar é um caldo pavoroso no qual se misturam as fumaças, os enxofres, os vapores aquosos, voláteis, oleosos e salinos que exalam da terra, e, se for o caso, as matérias fulminantes que ela vomita, a morrinha que sai dos pantanais, os insetos minúsculos e seus ovos, animálculos espermáticos, e, muito pior ainda, os miasmas contagiosos que se elevam dos corpos em decomposição (CORBIN, 1987: 21).

O cheiro identifica a ameaça mortífera ou a existência de um ambiente saudável, exigindo dos indivíduos técnicas e comportamentos que visam à eliminação das substâncias odoríferas desagradáveis. Nessa época, para os químicos, mascarar os cheiros nauseabundos é apenas transformar o espaço num ambiente confuso e nauseante, cuja mistura de odores processam um contínuo desagregar do ar respirável. Desse modo:

[...] O próprio olfato tem seu papel recolocado em questão, pois os sábios garantem que o fedor não é o reflexo exato da viciosidade do ar. No entanto, é ele que na prática cotidiana continua a detectar a qualidade do fluido. Acima de tudo é necessário não esquecer a crença persistente na existência científica do miasma, “substância acrescentada ao ar”, que conserva todo o seu mistério (CORBIN, 1987: 149).

No século XVIII, os estudos e os levantamentos estatísticos tornam-se fontes para o embasamento das propostas políticas e dos modelos econômicos que visam aumentar a riqueza e o poder do Estado, para isso, a saúde e o aumento do número da população são predicados essenciais para essa conquista. É necessário, portanto, debelar e ultrapassar os obstáculos que impedem o contínuo avançar das sociedades européias nesse período. Na concepção de George Rosen, esse cenário surge porque a “enfermidade e morte prematuras significam desperdício de recursos humanos; a saúde das pessoas é de extrema importância para a comunidade, e não pode ser largada à incerteza da iniciativa individual, inapropriada para lidar com esse problema” (ROSEN, 1994: 96). Assim, a solução dos problemas citadinos e o êxito das políticas públicas exigem cada vez mais a obtenção de informações e a visualização de dados relativos aos hábitos e as características do povo. Os países e os Estados se esforçam em obter a imagem e construir o mapa de suas populações através da organização de estatísticas coletadas por agentes oficiais, sob a orientação de autoridades médicas e administrativas.³

Esse contexto revela que a saúde e a doença são fenômenos que interferem e repercutem na vida dos indivíduos, da comunidade e, também, para os setores político-administrativos das cidades. Esse processo acompanha a própria transformação das cidades, movimento que ocorre entre os séculos XVI-XVII e seguintes, as quais abandonam as feições feudais do Antigo Regime e adquirem *status* de centros urbanos, industriais e comerciais. George Rosen chama atenção para o fato que:

[...] A comunidade dos séculos XVI e XVII, e até mesmo do século XVIII, lidava com epidemias, assistência médica, saneamento, suprimento de água, quase do mesmo modo que a medieval. A administração da Idade Média persistiu, até o século XIX. Durante esse período seminal, no entanto, o terreno para a mudança estava sendo amanhado (ROSEN, 1994: 104).

³ Os relatórios produzidos, no passado, por instituições, pelas intendências ou pelas câmaras legislativas são, atualmente, relevantes inquéritos disponíveis para os interessados no tema estudarem os problemas de saúde das sociedades do século XVIII e XIX.

As cidades apresentam vários problemas sanitários, em razão do acúmulo de matérias fecais, lixo, cadáveres de pequenos animais em decomposição e substâncias pútridas lançadas nas ruas e vielas pela população, indistintamente da classe social a que pertencem. Ainda na visão do citado pesquisador:

Segundo padrões modernos, muitas cidades do século XVIII eram insalubres, sujas e impregnadas de odores nauseantes. [...] O saneamento urbano era pobre, até mesmo inferior, sob certos aspectos, ao do século XVII. Ruas e vielas viviam sujas e comumente arremessavam-se, pelas portas e janelas, água de esgoto e refugos domésticos. Abatiam-se os animais em locais públicos (ROSEN, 1994: 122).

As benfeitorias ocorrem a partir da segunda metade do século XVIII. As ações políticas e médicas colocadas em prática melhoraram as condições urbanas, mas esse conjunto de atos alcança resultados desiguais, haja vista que:

Persistem a acumulação de água de esgoto, a poluição de fontes de água, as moradias apinhadas e impróprias, persistiam todas as coisas, em suma, que viriam a agitar os reformadores do período vitoriano. Pôde-se tolerar a situação, contudo, enquanto o movimento de reformas e o aperfeiçoamento da saúde conseguiu acompanhar o crescimento das cidades. No entanto, quando, sob o impacto do industrialismo, as cidades se desenvolveram em um ritmo cada vez mais veloz, os males suplantaram os benefícios iniciais (ROSEN, 1994: 125).

Além desses fatos, o pensamento dominante do período é solapado pelo desenvolvimento da teoria do contágio direto que se opõe, diametralmente, a crença que os miasmas produzem doenças e geram as epidemias. A partir desse embate, emerge os preceitos e as atitudes médico-sanitárias que culminam no processo de formação da Medicina Social. O cerne embrionário desse fenômeno encontra-se na Alemanha (Medicina do Estado), na França (Medicina Urbana) e na Inglaterra (Medicina da Força de Trabalho). Nesses países, o controle e a vigilância sobre o *corpo* do indivíduo e do trabalhador vinculam-se com a manutenção da saúde e com a conservação da força produtiva.

Para Michel Foucault a medicina moderna contém uma dimensão social e coletiva, ao invés de individual como pode ser observada num primeiro momento, haja vista que o corpo fora socializado e dissecado pelos saberes médicos nos mais variados conceitos. Nessa perspectiva, o corpo como entidade biológica e política, inserida na esfera pública, é redimensionado e dispersado numa coletividade imposta pela

sociedade, passando a agir como força de produção e de trabalho com a consolidação do sistema, assim como agente repositivo e defensor dos valores e mecanismos que determinam a própria continuidade do processo. Segundo as próprias palavras do autor: “O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista” (FOUCAULT, 1992: 80).

A partir da segunda metade do século XIX se consolida a teoria que as doenças são geradas por agentes patológicos específicos, microscópicos espalhados no ar, na água e no próprio ser humano, fundando as bases para a saúde pública contemporânea. Nesse cenário, as doenças são tidas como acontecimentos funestos e problemáticos pelas sociedades, por causarem inquietações e mudanças a nível biológico, assim como a nível social nos indivíduos enfermos. Isso se deve em razão dos cuidados gerais e específicos – remédios, abrigo etc. – que os doentes necessitam, como também de auxílio sócio-psicológico e, algumas vezes, econômico para enfrentar e debelar os sintomas, efeitos e sequelas da doença.

O exposto revela que a história pode ser resgatada e narrada a partir de eventos desencadeados por surtos endêmicos ou de epidemias que assolam as sociedades na linha do tempo. Jacques Revel e Jean-Pierre Peter defendem a ideia que o homem doente faz parte de um processo histórico definido, haja vista que:

[...] A doença é quase sempre um elemento de desorganização e de reorganização social; a esse respeito ela torna frequentemente mais visíveis as articulações essenciais do grupo, as linhas de força e as tensões que o traspassam. O acontecimento mórbido pode, pois, ser o lugar privilegiado de onde melhor observar a significação real de mecanismos administrativos ou de práticas religiosas, as relações entre os poderes, ou a imagem que uma sociedade tem de si mesma. Um exemplo real, entre dez outros possíveis, prediz a riqueza desses temas: o da exclusão social em tempo de epidemia, que pode ir da suspeita ao massacre e pode dirigir-se, segundo os casos conhecidos, aos pobres ou aos notáveis, aos judeus ou aos médicos, aos soldados, aos reformadores e cujo sistema, mal conhecido, toca provavelmente o coração das sociedades antigas (REVEL; PETER, 1976: 144).

As doenças ultrapassam o nível biológico, se constituindo em fenômenos alicerçados sob sistema de sinais culturais e psicológicos que, por sua vez, se projetam a partir de particularidades de uma sociedade. Em consonância a essa realidade, as doenças agem para testar a eficiência e a competência das estruturas administrativas,

revelando aos diversos setores e grupos da sociedade os problemas políticos, econômicos, sociais e ambientais que podem estar acobertados por mecanismos repressivos ou discursos demagógicos. Nesse sentido, as historiadoras Anny Silveira e Dilene Nascimento destacam que:

A história das doenças, incluindo aí o estudo sobre as epidemias, será sempre mais instigante quando ampliar nossas percepções sobre a interação entre dimensões biológicas, econômicas, sociais, políticas e culturais, quando de uma visão particular nos fizer mover para perspectivas mais amplas e abrangentes (SILVEIRA; NASCIMENTO, 2004: 30)

Em consonância as ideias das autoras citadas, é possível afirmar que as doenças infecto-contagiosas são parâmetros privilegiados na história do homem, pois os agentes contaminantes não discriminam as suas *vítimas*, mesmo sabendo-se que os pobres estão mais sujeitos a evolução das enfermidades do que os ricos. Esse fato é inteiramente observado durante o desenvolvimento de uma epidemia, quando a doença torna-se um prisma revelador das nuances que compõe a sociedade. Ademais:

Como outras experiências sociais trágicas – guerras, fome etc – as epidemias impõem ao homem dilemas comuns: a angústia, o medo da morte ou da desagregação social, o desejo de salvar-se do perigo, as imposições da satisfação das necessidades da sobrevivência cotidiana, a importância da capacidade de entender e explicar – isto é, restituir a segurança e retomar o domínio sobre – uma experiência que escapa às estruturas lógicas e emocionais da existência comum. É no interior desse repertório de atitudes que se revelam situações recorrentes, observadas em contextos históricos e geográficos diversos.

No entanto, apesar dessas recorrências, um estudo sobre as epidemias não se resume unicamente à narração de um desastre urbano ou da desagregação social. Essa descrição compõe apenas um dos níveis a partir dos quais esses eventos podem ser analisados: o das respostas sociais aos impactos da epidemia sobre a vida cotidiana. E as respostas e os impactos gerados por uma epidemia podem assumir formas diversas em diferentes contextos sociais, políticos e culturais. O sentido desses eventos e suas consequências são modulados segundo realidades específicas – ecológicas, políticas, religiosas, sociais, econômicas. Além disso, os problemas colocados por uma epidemia e o significado por ela assumido na vida das sociedades, também guardam relação com outras variáveis, como: a natureza da moléstia, sua violência, sua incidência geográfica e social, o quadro epidemiológico no qual ela se inscreve (SILVEIRA; NASCIMENTO, 2004: 27).

Em outras palavras, a história de uma epidemia só alcança significado quando é inserida nos sentidos, sensações e imagens construídas na e pela sociedade, visto que em cada grupo há um discurso sobre a doença, que se mostram como o reflexo das expressões dos discursos dominantes. Esse tema está ligado aos acontecimentos

humanos, cujos amálgamas compõem um quadro de sentidos determinados e construídos ao longo do tempo. Desse modo, as epidemias são campos privilegiados para a compreensão da história do homem.

[...] Este objeto constitui um verdadeiro subcampo de pesquisas, no qual uma variada gama de abordagens do fenômeno patológico – em suas dimensões coletivas – articula-se ao tema da representação social da doença. Com fronteiras bem estabelecidas tanto no tempo – duração – como no espaço – área geográfica –, as epidemias são episódios de existência breve, mas intensa e arrebatadora, e é esse caráter de crise, de ruptura com uma determinada estrutura que tem chamado a atenção dos pesquisadores, uma vez que possibilita iluminar aspectos diversos da vida humana.

Os fenômenos epidêmicos podem ser observados a partir de uma perspectiva natural ou biológica, voltada para características que individualizam a enfermidade: a determinação do agente patológico, o meio ecológico no qual se desenvolve – seu equilíbrio e ruptura – o patrimônio imunológico e a susceptibilidade de diferentes grupos sociais. A doença, então, é vista como fruto da interação entre o agente da patologia, o homem e o meio (SILVEIRA; NASCIMENTO, 2004: 24).

Durante as crises epidêmicas emerge alguns elementos característicos que conduzem o desenrolar desse fenômeno, tais como: a fuga e o temor dos espaços infectados, a busca e o consolo no poder divino, a estigmatização e a procura de *culpados*, as tentativas de prevenção e minimização dos efeitos do surto; a condenação das condições sanitárias e ambientais e, notadamente, o questionamento das autoridades locais e das figuras e proeminência. A partir desses elementos, é possível construir um quadro para entender de que maneira as sociedades reagem e interpretam o evento, que numa primeira observação é singular e pontual, mas que dá origem a histórias particulares.

Entretantes, é importante atentar para o fato que a representação social da doença não é uma cópia do real, haja vista que as doenças estão alicerçadas sob um contexto social e histórico, os quais determinam à configuração ideológica e comportamental dos indivíduos numa época específica. No âmbito da história das doenças, as epidemias são construções complexas cujos significados adquirem sentido e expressão a partir das mudanças e ações promovidas no círculo econômico, político, social e cultural, não perdendo de vista a natureza e a evolução biológica da patogenia. Mas, principalmente, a doença (entidade fisiopatológica) congrega sobre si os sentidos que lhe são atribuídos pela sociedade. Esse entendimento vai ao encontro do pensamento de Anny Silveira e Dilene Nascimento, por acreditarem que:

[...] a ordem biológica e a ordem social se correspondem, sendo a doença uma realidade construída e o doente um personagem social. Para toda sociedade, a doença é um problema que exige explicação, é necessário que ela tenha um sentido. Desse modo, a história das doenças é um dos caminhos para se compreender uma sociedade: é preciso avaliar a dimensão social da doença, como ela se dá a ver, pois as doenças funcionam como significante social, é suporte e uma das explicações da sociedade (SILVEIRA; NASCIMENTO, 2004: 17-18).

Dentre as doenças que mais causaram pânico e crise social no passado das civilizações, destaca-se aquelas promovidas pela varíola, cujos surtos epidêmicos⁴ e devastadoras epidemias⁵ podem ser acompanhadas através de diferentes períodos históricos. Além de se caracterizar por alto grau infeccioso⁶ e de contágio, tornou-se, no final do século XX, a única doença totalmente erradicada na natureza, em consequência da ação humana e por iniciativa impetrada e orquestrada por organismos internacionais. De acordo com a afirmação de Werner Schreiber e Friedrich Mathys, essa política de saúde pública alcançou sucesso:

Quando a Organização Mundial de Saúde instituiu o Programa de Erradicação da Varíola, em 1967, os especialistas estimavam o número de casos em cerca de 10 a 15 milhões. Ao longo dessa admirável campanha, a América do Sul livrou-se da varíola em 1971, seguida pela Indonésia em 1972 e pela Índia em 1975. Após a eliminação dos últimos pequenos focos da doença na Etiópia e na Somália, mais nenhum caso de varíola foi notificado. Graças aos esforços coordenados da OMS, pode-se dizer que a varíola está erradicada desde o início da década de 80. Já existem muitos médicos e enfermeiras que nunca viram casos de varíola ou trataram portadores da doença. As medidas de controle estabelecidas evitaram o ressurgimento da varíola e a OMS proclamou, em 1984, que a vacinação não mais se fazia necessária (SCHREIBER; MATHYS, 1991: 117).

⁴ Surtos epidêmicos são doenças provocadas por bactérias e/ou vírus que surgem rapidamente numa cidade (ou vilarejo) acometendo simultaneamente grande parte da população local; podendo ser o agravamento de uma endemia. Já os surtos endêmicos são doenças, também transmitidas por bactérias e/ou vírus, mas existem constantemente em determinados lugares durante todo o ano, vindo a atacar um número maior ou menor de indivíduos. São peculiares a determinada população ou região.

⁵ A palavra Epidemia vem da junção dos termos gregos *epi* (sobre) *demós* (povo), a princípio pode ser definida como a calamidade que se abate sobre o povo. Mas, cientificamente é conceituada como o repentino surgimento de um grande número de pacientes acometidos por uma mesma doença, de forma simultânea e num curto espaço de tempo. Entretanto, é importante denotar que não há um número mínimo de doentes para que se confirme uma epidemia, haja vista que o aparecimento de um único caso de uma doença contagiosa já pode significar o início de um surto epidêmico, o que exige a atenção das autoridades competentes. O número de infectados é baseado em cálculos e não em suposições adivinatórias. Além disso, as epidemias atingem qualquer tipo de comunidade ou grupo, independentemente da classe social, raça, sexo ou idade.

⁶ Do latim *infectio* (infecção), as doenças dessa natureza são desencadeadas por um mecanismo patogênico (vírus, parasita unicelular ou multicelular) que invade o organismo, irrompendo em processos e reações que obedecem a um padrão evolutivo específico, os quais passam a se reconstituir em entidades nosológicas típicas.

Nesse sentido, é importante explicitar primeiramente que a varíola⁷ é uma doença viral sistêmica e aguda, pertencente à família dos vírus filtráveis. É extremamente contagiosa e suficientemente potente para o indivíduo contaminar-se a simples ação de atravessar o quarto de um doente, assim como, assim como, com os menores objetos que lhe entram em contato, graças a sua rara resistência. Segundo apontamentos de Carlos Machado a “*natureza infecciosa do agente etiológico foi posta em evidência por Buist, em 1887, tendo Paschen, em 1906, identificado os corpúsculos elementares intracelulares que vieram a receber o seu nome*” (MACHADO, 1989: 875). Estas descobertas podem parecer um paradoxo, a primeira vista, haja vista que o processo de imunização tenha sido descoberto em 1796, mas somente no final do século XIX e primeiras décadas do século XX que se desenvolveram as teorias microbianas. Essas concepções são comprovadas gradativa e definitivamente pelo empenho de vários cientistas, tais como Louis Pasteur (1822-1895, vacina contra a raiva), Robert Koch (1843-1910, descobridor do bacilo da tuberculose), Pierre Paul Émile Roux (1853-1933, difteria), Alphonse Laveran (1845-1922, plasmódio causador da malária), Alexandre Yersin (1863-1943) e Shibasaburo Kitasato (1852-1931), descobridores do bacilo da peste negra, entre outros, que comprovaram ao mundo a existência de um *outro* mundo, quase invisível, sob as lentes dos microscópios. A infecção variólica é causada por vírus ADN (ácido desoxirribonucléico), pertencente ao grupo dos *poxvírus*, cuja denominação científica é *Poxvirus variolae*. Essa doença contagiosa é:

Conhecida desde a mais remota Antigüidade, admite-se que os primeiros casos de varíola se verificaram no Nordeste da África, na China e na Índia, muito antes da era cristã. Depois, disso, nenhum continente ficou livre da varíola, que se constituiu durante muitos séculos em verdadeiro flagelo para a humanidade, tendo inclusive modificado o curso da própria história de várias nações. Em face de situações catastróficas que epidemias de varíola

⁷ A palavra varíola foi utilizada pela primeira vez em 452 pelo Bispo Marius de Avenches. A doença recebe inúmeras denominações no mundo: em latim há o termo *varius* (mancha), *varus* (pústula), *variola vera* ou *mitigata* (varíola verdadeira), em alemão *pocken*, em espanhol *viruela*, em inglês *smallpox* (pequenas pústulas), em francês *petite verôle* (mal menor), mas no século XV surge as denominações *great pox* (grandes pústulas) e *grande verôle* (mal maior) para identificar as lesões relacionadas, exclusivamente, à sífilis. A diferença de nomenclatura não se deve unicamente ao tamanho das lesões, mas principalmente, com relação à população contaminada, haja vista que nesse período, as crianças eram as principais vítimas da varíola. Também é conhecida por *variola niger* (varíola negra), *kaffirpox*, *milkpox* (para *variola minor*). De acordo com o estudo realizado por João Risi, registrado no livro **Varíola** (1968, p. 7): [...] *na África, amaas (parece originar-se da palavra amasi, da língua Kaffir, e que significa leite fermentado, em virtude da aparência leitosa do pús das pústulas. No Brasil é comumente conhecida por bexiga (para variola major), varicela ou alastrim (de alastrar, para variola minor).*

provocaram em muitos países de todos os continentes, durante largo período de tempo, e [...] se pode afirmar hoje que a varíola foi erradicada do mundo (MACHADO, 1989: 875).

Antes da erradicação do vírus na natureza, o contágio acontecia, de regra, através do estreito contato com as secreções das vias respiratórias e as lesões da pele de pacientes, ou com os objetos recém-contaminados. A transmissão aérea raramente ocorria. Os indivíduos em contato com o paciente em casa, no hospital e na escola, tinham risco especial. No passado, era frequente a transmissão da doença a pessoas que trabalhavam em lavanderia, através da roupa de cama e do corpo de variolosos, o mesmo se observava com os familiares das vítimas, uma vez que tinham contato com objetos íntimos contaminados. Não foi atribuída transmissão da doença a infecções inaparentes, mas casos não diagnosticados às vezes levavam à disseminação secundária considerável. A suscetibilidade à doença é geral. A imunidade permanente, de forma geral, segue à recuperação; é raro um novo acometimento. A descoberta do processo vacínico (1796) representara o início da erradicação da varíola.

Se a sua patogenia e patologia são plenamente reconhecidas e acatadas pelos cientistas hodiernos, não é possível dizer o mesmo quanto à origem do vírus da varíola e nem a determinação cronológica do seu surgimento, uma vez que os primórdios da doença, ainda, estão envoltos por incógnitas e controvérsias. Em consonância a esse fato, é relevante o estudo produzido por Antonio Toledo Jr., ao afirmar que a varíola: “Apesar de deixar cicatrizes quase patognomônicas, existem poucos indicativos de sua existência antes do século X. Há vários relatos de grandes pragas na História Antiga, mas é difícil identificar sua etiologia com precisão” (TOLEDO JR., 2006: 17).

Com relação ao Velho Mundo, a varíola entra na Europa através das rotas comerciais via Grécia e Itália nos séculos IV e V, depois de se fixar entre os habitantes das cidades localizadas junto ao percurso dos grandes rios da Ásia. Nos séculos VIII e IX, a doença é introduzida no norte da África e na Península Ibérica em consequência da expansão muçulmana. Na Europa Central chega junto com os soldados do Santo Império Germânico, que retornavam para a casa depois das batalhas para conter a expansão moura em 731. Entretanto, o desenvolvimento das cidades e o aumento populacional é um dos fatores determinantes para a expansão da varíola sobre o continente.

Durante a expansão marítima europeia, a varíola difunde-se pela costa oeste da África e da América no século XVI, proveniente dos países ibéricos. No século seguinte, atinge a América do Norte e a Rússia e, entre os séculos XVIII e XIX, na Oceania, Polinésia e Ilhas do Pacífico, grassando a vida de milhares de pessoas até, finalmente, encontrar a sua erradicação na segunda metade do século XX. Contudo, antes da eliminação do vírus na natureza, as sociedades enfrentam várias epidemias que, por sua vez, geram períodos de crise e pânico, além de desorganização política e econômica.

Ao contrário da Europa, da Ásia e da África, na América sabe-se exatamente o momento da chegada da varíola no continente. A doença se manifesta em 1507, quando ocorrem os primeiros casos na ilha de Hispaniola, contaminação trazida pelos europeus durante a conquista. A partir desses doentes, a epidemia se alastra por todo o território, ceifando mais da metade da população indígena de todo arquipélago. Em outras regiões, a manifestação da doença esta associada ao tráfico negreiro e a imigração desordenada para a América, porém, o fato relevante a ser mencionado refere-se ao destino dos povos nativos depois do contato com o *agente patogênico* europeu, os quais são dura e continuamente contaminados pela varíola, tombando aos milhares. Na opinião de Jeanette Farrel: “A devastação dos americanos nativos pela varíola foi uma horrível consequência do encontro de dois mundos e de um vírus que se mostrou tão fatal àqueles que não o conheciam” (FARREL, 2003: 48). O resultado dessa equação é o extermínio de vários grupos étnico-linguísticos do continente. Na colônia portuguesa da América, estima-se que cerca de 3 milhões de indígenas tenham sido exterminados, no período compreendido entre o descobrimento até a libertação dos escravos. Outrossim, os episódios mais dramáticos relacionados a esse período são configurados pela conquista do Império Asteca e do Império Inca, pelos exploradores espanhóis Hernán Cortés e Francisco Pizarro, respectivamente.

A primeira região da América do Norte atingida pela varíola fora Massachusetts que, entre 1617 e 1619, é assolada por várias epidemias, mas a doença não alcança o interior do território, permanecendo nos portos da costa leste. No século seguinte, chega ao oeste dos Estados Unidos, durante o movimento político-econômico e estratégico-militar conhecido como Corrida do Ouro, iniciado a partir de 1785.

Já no Brasil, os primeiros casos de varíola ocorrem em 1555, no território do atual estado do Maranhão, introduzido pelos franceses quando estes contrabandeiam pau-brasil das costas brasileiras. A partir da década de 1560, a varíola é levada pelos portugueses para o interior do território durante as várias incursões de dominação e exploração da colônia sul-americana. Durante o período colonial, semelhante ao que ocorrera na Europa, a doença assume um caráter endêmico no Brasil, depois de se estabelecer nas principais cidades portuárias, notadamente no Rio de Janeiro.

O exposto exhibe parte do véu que cobre aspectos da morbidade, desvelando que os mecanismos patogênicos representam uma ameaça constante para a vida humana, considerados, por vários séculos, estranhos e inacessíveis à compreensão do homem. Talvez, por esses motivos, tenham suscitado maior desafio e sido mais questionados do que as demais enfermidades que assolam a existência humana desde os primórdios da história. Ademais, as doenças infecciosas podem fazer parte, exclusivamente, do destino de uma única pessoa, mas também são capazes de serem compartilhadas pelo destino coletivo de uma população. Em outras palavras, as doenças crônicas tendem sobre o espaço privado e íntimo, resguardo pelos familiares e pelo lar, enquanto que as doenças infecto-contagiosas se direcionam à esfera pública, conseguindo quebrar os alicerces e a fronteiras que determinam o que é particular daquilo que se refere ao social.

Assim, por meio dos componentes infecto-patogênicos é possível constituir um campo teórico-metodológico no qual a história do homem e das sociedades possa ser reconstruída. Seguindo essa linha de pensamento, é possível perscrutar, acompanhar e analisar o passado a partir da evolução das doenças que acometem alguns indivíduos em particular ou toda população num dado momento, porque os grupos sociais agem e reagem diante das crises através de maneiras e atitudes distintas. Em consonância a essa concepção, é oportuno trazer as palavras de Jean-Charles Sournia ao defender a ideia “que as doenças têm apenas a história que é atribuída pelo homem. A doença não tem existência em si, é uma entidade abstrata a qual o homem dá um nome” (SOURNIA, 1991: 359). Portanto, os fatos e os acontecimentos associados às doenças produzem e agregam uma historicidade que se difere no tempo e no espaço, conforme a peculiaridade e a particularidade de cada época, sociedade e homem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

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

CORBIN, Alain. **Saberes e odores: o olfato e o imaginário social nos séculos dezoito e dezenove.** São Paulo: Companhia das letras, 1987.

FARREL, Jeanette. **A assustadora história das pestes e epidemias.** São Paulo: Ediouro, 2003.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

LE GOFF, Jacques. Uma história dramática. In: LE GOFF, Jacques. (org.). **As doenças têm história.** Lisboa: Terramar, 1991.

MACHADO, Carlos Gonçalves. Varíola. In: NETO, Vicente Amato; BALDY, José Luís da Silveira. **Doenças transmissíveis.** 3. ed. São Paulo: Sarvier, 1989.

REVEL, Jacques; PETER, Jean-Pierre. O corpo: o homem doente e sua história. In: LE GOFF, Jacques; NORA, Pierre. **História: novos objetos.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, Unesp, 1994.

SCHREIBER, Werner; MATHYS, Friedrich Karl. **Infectio: doenças infecciosas na história da medicina.** Basileia: Editiones Roches, 1991.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres da; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. A doença revelando a história. Uma historiografia das doenças. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de. (orgs.). **Uma história brasileira das doenças.** Brasília: Paralelo 15, 2004.

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

TOLEDO JR., Antonio Carlos de. Varíola: a morte da grande assassina. In: TOLEDO JR., Antonio Carlos de. (Org.). **Pragas e epidemias: histórias de doenças infecciosas.** Belo Horizonte: Folium, 2006.

UJVARI, Stefan Cunha. **A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microorganismos.** 2. ed. Rio de Janeiro: Senac.

_____. **A história da humanidade contada pelos vírus, bactérias, parasitas e outros microorganismos.** São Paulo: Contexto, 2009.