

A Saúde Pública Brasileira

1 – Processo Histórico da Saúde No Brasil:

1.1 - Período Colonial (1.500-1.822 – neste período a saúde era muito incipiente e praticamente resumia-se a serviços de atendimento médico, exercido por profissionais que, inicialmente chegaram à Colônia, oriundos da Europa, enviados pela Corte Portuguesa e, portanto, pagos pelo poder público. Outros, aqueles que posteriormente vieram ou que aqui (no Brasil) se formaram, posteriormente foram oferecendo seus serviços a clientela particular e alguns ia paulatinamente se engajando no Serviço Público, na medida que este se dinamizava, devido as mais variadas necessidades. Outra forma de combater as mazelas era o tratamento caseiro, feito com ervas medicinais conhecidas na época, ou mesmo tratamento em áreas salubres (lugares montanhosos, estâncias minerais, entre outras).

É importante salientar que as Santas Casas de Misericórdia, instituições de cunho beneficente, foram criadas em Portugal e de lá se irradiaram para todo o mundo lusitano (Portugal e suas colônias), inclusive para o Brasil. A princípio, lutando com grandes dificuldades, aos poucos as Santas Casas se espalharam por todo o país. Desta maneira, em 15 de agosto de 1498 era fundada a primeira irmandade de Portugal, e já a 15 de setembro a associação recebia o compromisso (estatutos), assinado pela rainha viúva (Dona Leonor) de Dom João II e por El-Rei, Dom Manoel I (que havia desposado a viúva de Dom Afonso, filho de Dona Leonor e de Dom João II). Nove anos após a sua morte, ocorrida em 1525, inaugurava-se o primeiro hospital da misericórdia, ou hospital de Todos os Santos, em Lisboa (1534).

Em 1521, Dom Manoel, o Venturoso, estabelece o regimento do Físico-Mor (médico) e do Cirurgião-Mor do Reino, e instituindo os Comissários-Delegados nas Províncias, inclusive no Brasil. No nosso país, entretanto, a precariedade de documentos dificulta o estabelecimento exato da data em que começaram a funcionar os hospitais das várias misericórdias. *Se Aceita, correntemente, ter sido a irmandade de Santos, fundada por Brás Cubas em 1543, a primeira a levantar hospital ou santa casa em terras brasileiras. Desse modo, a Santa Casa de Misericórdia de Santos, se irradiaria para outras localidades, como São Paulo e Rio de Janeiro, entre outras.*

No entanto, quem mais disputa a primazia é a Santa Casa de Misericórdia de Olinda, pois num documento datado de 1755, lê-se: **“Em 1540 já existia a igreja do N.S. da Luz, situada, como de presente se vê, sobre a Muribara”**. E Pereira Costa afirma: **“Neste ano de 1540 já estava construída a Igreja de Nossa Senhora da Luz, bem como instituída a Santa Casa de**

Misericórdia de Olinda, com sua igreja e competente hospital". O primitivo prédio onde funcionava Santa Casa de Olinda hoje não existe. A Santa Casa de Misericórdia de Salvador começou a construir o primeiro prédio em 1549 marcava, segundo algumas versões, o início da cidade de Salvador na época.

Em 1550, em Portugal, os almotacéis (inspetores encarregados da aplicação exata dos pesos e medidas e da taxação dos gêneros alimentícios) - eram responsáveis pela saúde do povo, com o papel de verificar os gêneros alimentícios e destruir os que estavam em más condições. Essas práticas de legislação vigentes em Portugal foram extensivas ao Brasil-Colônia.

Em São Paulo (1554), existem vagas anotações de pacientes tratados no Pátio do Colégio, possivelmente por religiosos da futura Irmandade da Santa Casa. A existência desta instituição se confirma por documento datado de 1560, no qual aparece como doadora de velas para o velório do índio Tibiriçá. Em 1560, a antecessora da Câmara Municipal passava a se ocupar das questões de saúde da cidade. Cabia a ela cuidar da sujeira dos lixões, das águas nas ruas, dos matadouros e da entrega de carne, entre outras atividades.

Mas é só em 1597 que o poder público se manifesta, nomeando, na falta de médicos, o barbeiro Antonio Ruiz para "**juiz de Officio dos physicos**". Enquanto a Europa já tinha uma tradição de escolas médicas e as cidades brasileiras à beira-mar acolhiam profissionais estrangeiros, a isolada São Paulo não encontrava doutor nenhum que se interessasse por ela.

Na São Paulo colonial, os casos mais graves eram vítimas das batalhas entre tribos da Borda do Campo e dos Campos de Piratininga, onde se localizava a então capital, lembra José da Silva Guedes, ex-secretário da Saúde do município e do Estado e especialista em saúde pública da Santa Casa. Em 1600, a Santa Casa encontra-se localizada no largo da Misericórdia, no coração do chamado centro velho, sendo a única instituição hospitalar.

Em observações feitas por João Ferreira da Rosa, relatou que a primeira epidemia de Febre Amarela no Brasil ocorreu em 1685, na cidade de Recife e provavelmente a hipótese mais aceita é a de que o barco tenha vindo de São Tome (África), com escala em São Domingos, nas Antilhas, onde grassava a moléstia. Em suas observações, Rosa declarou: "***Em Pernambuco, há sete anos assiste-se uma grave doença, a qual nunca jamais nele se viu***". Em 1686, ocorreu à primeira epidemia na cidade de Salvador, capital da Bahia e do Brasil naquela época, estimando-se em 25.000 doentes e provocando um total de 900 óbitos.

João Ferreira da Rosa, médico formado em Formado pela Universidade de Coimbra em 1684, tendo conhecimento de epidemia que grassava no Brasil, fez uma petição ao rei de Portugal, D, Pedro II, em 19 de março de 1687, para que o autorizasse a servir na sua profissão na Capitania de Pernambuco. Chegando ao Brasil foi morar em Olinda, dedicando-se ao combate à febre

amarela e ao tratamento dos enfermos, pois o único médico que clinicava no Recife tinha falecido nos primeiros dias da epidemia amarílica.

João Ferreira da Rosa não tinha a menor suspeita de que fosse um mosquito o transmissor do vírus da febre amarela. Todavia, as medidas que recomendava, tais como acender fogueiras, fazer defumação das casas, limpeza das ruas, entre outras, combatiam os mosquitos afastando-os e reduzindo o número de focos do *Aedes aegypti*. Desta forma estava deflagrada a primeira campanha profilática no Brasil.

No Brasil, na época do Descobrimento, a tuberculose era desconhecida da população nativa. Manoel da Nóbrega e José de Anchieta, padres jesuítas, foram os primeiros doentes que aqui aportaram. O trabalho desses religiosos voltava-se à catequese dos indígenas, os quais não tinham experiência imunológica contra a tuberculose. Conseqüentemente, essa população, uma vez infectada, adoecia e morria em curto espaço de tempo, com doença aguda e disseminada. Segundo relatos históricos, os jesuítas diziam que os indígenas eram fortes e de aparência saudável, aprendiam a língua e aceitavam a religião cristã. Na verdade, eles eram frágeis e, quando adoeciam, morriam rapidamente, pois não tinham imunidade contra o bacilo. Talvez por isso, temiam os religiosos e diziam que a fala dos mesmos os matava, embora o contágio da tuberculose fosse até então desconhecido – esse contágio dizimou, e ainda hoje continua dizimando, muitas populações indígenas.

O tráfico de negros, trazidos da África como escravos, a partir do século XVII, representa mais um elemento importante para se compreender a dimensão da tuberculose em nosso país. Eles também eram virgens de infecção tuberculosa e logo que aqui chegavam eram submetidos a trabalho forçado, mal alimentados e confinados em senzalas promíscuas. Viviam em condições que facilitavam contrair diversas doenças, inclusive a tuberculose. A atividade econômica da época representada pelas lavouras de café, cana-de-açúcar, assim como a mineração, com utilização de grande contingente de mão-de-obra escrava. Os negros, uma vez infectados, também adoeciam e caminhavam rapidamente para o óbito, assim como os índios, pois não tinham nenhuma imunidade contra o bacilo tuberculoso. Esses fatos contribuíram, sobretudo, para a expansão da tuberculose pelo interior do país.

Com o progresso da industrialização pós Segunda Guerra Mundial, ocorreu intenso processo migratório da população da área rural para as cidades, provocando a formação de grandes aglomerados urbanos, com habitações precárias, sem saneamento básico, nem assistência à saúde. Esse fenômeno criou condições para a imigração da tuberculose do interior para as cidades.

Algumas mazelas que não existiam em nossa pátria foram introduzidas pelos colonizadores europeus, especialmente pelos portugueses, principalmente as doenças de transmissão sexual como a sífilis, tuberculose (conforme descrito), e outras mais. Já os negros descendentes do continente africano trouxeram algumas enfermidades, e entre elas a temível esquistossomose mansônica. Além da esquistossomose mansônica os negros trouxeram outras enfermidades como o maculo, a bouba, o gundú, o necator (ancilostomídeo), entre outras.

O maculo (descrita no Brasil em 1648) era uma afecção do baixo-ventre das porções terminais do aparelho digestório, acompanhada de febre intensa desfaecimento, sonolência e que, nos casos graves, tão freqüentes, terminava por gangrena que matava o paciente de um modo cruel e doloroso. O necator (ancilostomídeo), impropriamente chamado americano, teve sua origem na África nas costas ocidentais e meridionais daquele continente.

A denominação bouba (descrita no Brasil em 1613) referia-se a inúmeras doenças que se localizavam na pele, tais como entre outras, pústulas impingens e feridas. A bouba, muitas vezes, era confundida com a leishmaniose brasileira, com as pústulas e ulcerações da lepra (hanseníase), com o lupus, as ulcerações cancerosas e, sobretudo, com a sífilis. O gundú começou aparecer nos livros de medicina tropical a partir de 1882, sendo definida na época como **“uma doença tropical caracterizada pela formação de tumores ossos localizados na região paranasal, podendo em certas circunstâncias, se generalizar, dando lugar a exostoses sobre quase todos os ossos de esqueleto”**.

Por volta de 1720, o médico Braz Luiz Abreu costumava olhar mulheres doentes como vítimas **"das insolências ou de banhos do demônio"**, e lhes receitava remédios que continham a cabeça degolada de um cão preto, torrada e moída em pó fino.

Sob a óptica da medicina do século XVII, o corpo feminino exibia **"ossos mais frágeis que os dos homens, sangue mais aguado e falta de calor natural"**.

Em 1744, no reinado de Dom João V, foi reiterada, ao então Vice-Rei do Brasil, Conde Galvêas, determinação relativa às atribuições dos Comissários-Delegados, que instruía sobre a obrigatoriedade de aceitar a Delegação de Físico-Mor.

No Rio de Janeiro ergueu-se entre 1.744 e 1.750, o aqueduto dos Arcos, que trazia Água de Santa Tereza para o morro de Santo Antônio, baseado na arquitetura dos aquedutos romanos. Esta construção foi erguida, visando à utilização de água de boa qualidade oriunda de mananciais saudáveis e, portanto, trazendo benefícios para saúde da população carioca. Este aqueduto foi arrasado em meados do século XX para reurbanização do centro da cidade.

Em 1782, por lei da Rainha Dona Maria I, foi reformada a organização estabelecida, sendo instituída a junta do protomedicato, formada por sete deputados, com atribuições semelhantes às do Físico-Mor. Nessa época, a fiscalização foi enfatizada.

Em 1808, houve a criação da primeira organização nacional de saúde pública no Brasil. Em 27 de fevereiro daquele ano, foi criado o cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil, embrião do Serviço de Saúde dos Portos, com delegados nos estados. Foi criado o alvará sobre regimentos e jurisdição do Físico-mor e Cirurgião-Mor e seus delegados (Alvará de 23/11/1808).

As chamadas escarradeiras ou cuspideiras, de porcelana, faiança fina, vidro ou metais nobres, foram intensamente utilizadas no século XIX, considerando-se “de bom-tom” o hábito de se expelir secreções em público. Utilizadas nos espaços sociais das unidades domésticas, basicamente na sala e no gabinete de fumantes, eram deixadas à disposição das visitas, no chão, em geral aos pares, ladeando os sofás. Arrolamentos de tralhas domésticas feitos por ocasião de inventários, leilões ou executivos hipotecários registram sistematicamente sua presença, sempre em número de duas, mostrando tratar-se de um equipamento habitual nas residências de médio e alto poder aquisitivo.

Destinados a aparar o excesso de saliva e catarro produzido pelo organismo e também o resultante do hábito de mascar o fumo, esses objetos confirmam a impregnação das mentalidades, à época, pelo humorismo hipocrático. Associando o hábito de escarrar a um dos problemas de saúde mais freqüentes à época - a tuberculose -, é bastante provável que essa prática tenha contribuído fortemente para a rápida disseminação do bacilo de Koch no século XIX. Tendo em vista que este bacilo não tem sobrevida longa fora do organismo e só se mantém se penetrar rapidamente em outra célula, não eram propriamente as cuspideiras as responsáveis pela sua propagação, mas sim o ato de escarrar. Nos ambientes fechados, nas alcovas úmidas, abafadas, escuras, sem ventilação, gotículas dos escarros ficavam em suspensão, favorecendo a contaminação e a disseminação da doença.

Para tísicos com tosse produtiva ou com hemoptises, escarradeiras individuais, portáteis, eram objetos não apenas necessários, mas indispensáveis. Embora desconheçamos a produção maciça, sistemática, desse tipo de artefato no século passado, é bem possível que tenham sido fabricados regularmente e a peça encontrada parece ser testemunho desta possibilidade.

Nota – este texto é, na realidade, uma breve introdução, por isso queremos esclarecer aos interessados no assunto, que para obter o texto na íntegra (total), basta solicitá-lo, que

atenderemos todos os pedidos e enviaremos os mesmos pelos Correios e Telégrafos; portanto, entre em contato conosco através dos nossos telefones ou e-mail.

À Direção.

Maceió, Janeiro de 2.012

Autor: Mário Jorge Martins.

Prof. Adjunto de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

Mestre em Parasitologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Médico da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).