

Breves considerações sobre a medicina tropical no mundo lusófono: o caso das tripanossomíases humanas (doença do sono e doença de chagas) nos primeiros anos do século XX

Ewerton Luiz Figueiredo Moura da Silva

Bolsista CAPES e Doutorando em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP
ewertonfigueiredo@usp.br

Recebido em 27/02/2018. Aprovado em 09/05/2018.

Como citar este artigo: Silva, E. L. F. M “Breves considerações sobre a medicina tropical no mundo lusófono: o caso das tripanossomíases humanas (doença do sono e doença de chagas) nos primeiros anos do século XX”. Khronos, Revista de História da Ciência, nº5, pp. 112 - 123. 2018. Disponível em <<http://revistas.usp.br/khronos>>. Acesso em dd/mm/aaaa.

Resumo: Pretende-se aqui expor uma breve reflexão sobre o exercício da medicina tropical no Brasil e em Portugal privilegiando as chamadas tripanossomíases humanas, patologias causadas pela ação de tripanosomas no organismo humano como a doença de chagas – tida simultaneamente como um emblema da ciência brasileira, mas símbolo de um país doente e negligenciado – e a doença do sono – que assumiu grande importância para Portugal em decorrência de suas possessões africanas e da necessidade de afirmação do país como potência colonial diante da concorrência europeia por territórios na África.

Palavras-chave: mundo lusófono, doença do sono, doença de chagas.

Brief considerations on tropical medicine in the lusophone world: the case of human trypanosomiasis (sleeping sickness and chagas disease) in the early years of the 20th century

Abstract: It is intended here to present a brief reflection on the practice of tropical medicine in Brazil and Portugal favoring the so-called human trypanosomiasis, pathologies caused by the action of trypanosomes in the human organism such as chagas disease - which was simultaneously seen as an emblem of Brazilian science, but a symbol of a sick and neglected country - and sleep sickness - that assumed great importance for Portugal as a result of its African possessions and the necessity of affirming the country as a colonial power in the face of European competition for territories in Africa.

Keywords: lusophone world, sleep disease, Chagas' disease.

Introdução

A medicina tropical configurou-se como especialidade médica na virada do século XIX para o século XX no contexto do imperialismo europeu sobre os continentes africano e asiático e das contribuições científicas em torno da entomologia, da microbiologia, da helmintologia e da protozoologia. Patrick Manson, um médico escocês a serviço do império britânico na China, direcionou suas pesquisas para o estudo da filariose (1877) e identificou o mosquito *Culex fatigans* como o transmissor da doença¹. No final do Oitocentos, outros cientistas também relacionaram o papel dos vetores na disseminação de importantes doenças infecciosas como Ronald Ross que apontou a ação do mosquito do gênero *Anopheles* na transmissão do impaludismo e os trabalhos de Carlos Juan Finlay e Walter Reed que associaram o *Stegomyia fasciata* à difusão da febre amarela².

Patrick Manson publicou, em 1898, a primeira edição de seu *Tropical disease: a manual of the diseases of warm climates* – a obra foi reeditada e sucessivamente atualizada com imagens dos agentes etiológicos microscópicos, dos vetores e das marcas das doenças nos corpos de alguns pacientes³. De acordo com o “pai da moderna medicina tropical”, tal especialidade médica dedicava-se ao estudo de enfermidades infecciosas, causadas por microrganismos transmitidos ao homem pela ação de vetores que careciam de determinadas condições climáticas para seu pleno desenvolvimento, condições estas encontradas, em especial, nas regiões dos trópicos. Manson reconhecia que o uso da palavra *tropical* era conveniente, embora o termo não fosse preciso⁴, uma vez que algumas das doenças observadas poderiam ser encontradas em regiões fora dos trópicos. No entanto, a denominação *tropical* não deve ser compreendida em seu sentido meramente geográfico, mas como um processo de alteridade, um conceito político e cultural, que expressou o olhar europeu para nomear outros ambientes, distintos das regiões temperadas⁵.

Dentro do universo das chamadas doenças tropicais existem diversas moléstias parasitárias e transmitidas ao homem pela ação de vetores, insetos sugadores de sangue, como: a filariose, a oncocercose, o impaludismo, as leishmanioses e as tripanossomíases humanas. Estas últimas constituem uma denominação que indica a presença patogênica no organismo humano de um tipo de protozoário, flagelado e com corpo alongado denominado *Trypanosoma*. As duas principais formas de tripanossomíases, em seres humanos, estudadas no alvorecer do século XX foram: a doença do sono – provocada pela ação do *Trypanosoma brucei gambiense* transmitido ao homem pela picada de dípteros do gênero *Glossina*, conhecidos como moscas tsé-tsé, e a doença de chagas – moléstia atribuída à ação do *Trypanosoma cruzi* transmitido através dos excrementos de um artrópode hematófago, do gênero *Triatoma*, chamado popularmente de barbeiro.

Estas duas doenças chamaram a atenção da comunidade científica do Brasil e de Portugal. Para os brasileiros a doença de chagas constituiu um emblema da pobreza e do abandono do interior do Brasil, um problema a ser enfrentado pelos médicos de Manguinhos e, ao mesmo

¹ WORBOYS, Michael. The emergence of tropical medicine: a study in the establishment of a scientific specialty. In: LEMAINÉ, Gerard (Ed.) et al. *Perspectives on the emergence of scientific disciplines*. Publications de la maison des sciences de l'homme: Mouton e Paris, 1976. p.75-98.

² CAPONI, Sandra. Trópicos, micróbios y vectores. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, v.9, 2002, p.126-129.

³ STEPAN, Nancy Leys. *Picturing tropical nature*. Reaktion book: London, 2001.p.149-179.

⁴ CAPONI, Sandra. Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, v.10, 2003, p.121-123.

⁵ ARNOLD, David. Introduction: tropical medicine before Manson. In: ARNOLD, David (Org.). *Warm climates and western medicine: the emergence of tropical medicine, 1500-1900*. Amsterdam/Atlanta: Rodopi, 1996.p.6.

tempo, uma descoberta científica brasileira. Já para os portugueses, envolvidos na disputa colonial africana com outras potências europeias, a descoberta do agente etiológico da temida doença do sono, bem como o seu tratamento poderiam constituir um triunfo para a comunidade científica lusitana – a ser reconhecido por seus pares europeus – e a afirmação da presença de Portugal como potência colonizadora e “civilizadora” do continente africano

As obrigações para a conservação de um império: o caso português

A proeminência internacional da medicina tropical ganhou forma no contexto da expansão imperialista, uma vez que as principais potências da Europa buscavam afirmar-se no continente africano e as doenças da região constituíam um obstáculo para o estabelecimento de suas colônias. De acordo com Deborah Neill, a formação de redes transnacionais entre cientistas europeus para estudar e combater a temida doença do sono, em um contexto de competição imperialista, contribuiu para a formação daquela especialidade médica⁶.

A necessidade de combater as enfermidades que os europeus encontravam em seus impérios coloniais esteve na origem da institucionalização da medicina tropical no lusco-fusco do século XIX para o XX com a fundação de centros de pesquisa nos principais países da Europa: na Grã-Bretanha, pioneira neste quesito, com a *Liverpool School of Tropical Medicine* (1898) e a *London School of Tropical Medicine* (1899); na Alemanha com *Hamburger Institut für Schiffs-und Tropenkrankheiten* (1900); em Portugal com a *Escola de Medicina Tropical de Lisboa* (1902) e na França com a *École du Pharo* (1905)⁷.

No seio da acirrada disputa por espaços africanos, as nações europeias que dispunham de escassos recursos militares e econômicos corriam o risco de perder seus territórios coloniais para os países com mais capacidades bélica e industrial, Portugal era uma destas nações. Os portugueses, após a independência do Brasil, buscaram construir um grande império colonial a partir de suas possessões africanas. No entanto, no final do século XIX, as pretensões portuguesas chocaram-se com o aumento do interesse pela África por seus pares europeus e o resultado foi desfavorável a Portugal, como na questão do ultimato britânico em 1890, que gorou o sonho português de unir Angola a Moçambique em um único território (o célebre mapa Cor de Rosa).

Apesar do fracasso em ampliar significativamente seu império colonial, Portugal, manteve na África os territórios de Angola, Moçambique, Guiné, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe – o país controlava relevantes possessões, apesar de apresentar escassos e limitados recursos. Esta situação aguçou os interesses das maiores potências europeias e o ultramar lusitano foi alvo de projetos de partilha entre ingleses e alemães em 1898 e em 1913 na hipótese do governo de Lisboa não conseguisse honrar seus compromissos financeiros com credores externos⁸.

Diante do cenário periclitante para o controle português da África e da existência de surtos epidêmicos da doença do sono em suas colônias, denunciados pelas autoridades alemãs, os portugueses organizaram a primeira missão europeia de estudo para a identificação etiológica da referida enfermidade em solo africano. Tratou-se de um grupo de cientistas portugueses –

⁶ NEILL, Deborah J. *Networks in Tropical Medicine*. Internationalism, colonialism and the Rise of a Medical Specialty, 1890-1930. Stanford: Stanford University Press, 2012. p.38-43.

⁷ AMARAL, Isabel. The emergence of tropical medicine in Portugal: the school of tropical medicine and the colonial hospital of Lisbon (1902- 1935). *Dynamis*, v.28, 2008, p. 311-328.

⁸ ALEXANDRE, Valentim. *Velho Brasil, novas Áfricas*. Portugal e o império (1808-1975). Porto: Afrontamento, 2000. p.181-199.

constituído, entre outros, pelo diretor do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, Annibal Bettencourt; por Ayres Kopke, diretor do laboratório microbiológico do Hospital da Marinha e por Corrêa Mendes, médico do quadro de saúde de Angola – que partiram de Lisboa em 1901 com destino a Angola e ilha do Príncipe⁹.

A doença do sono, *m'toga* segundo os nativos da bacia do Congo, constituía no início do século XX uma grave e mortal enfermidade que grassava na África Subsaariana caracterizada, principalmente, pelo aparecimento de gânglios cervicais, estado febril e grande sonolência. Devido à preocupação com surtos epidêmicos da doença, e seus efeitos econômicos, cientistas europeus envolveram-se em uma corrida pela busca da etiologia da temida enfermidade. Segundo Isabel Amaral, o êxito da missão portuguesa em descobrir as causas da doença do sono contribuiria para a afirmação de Portugal como potência colonizadora perante seus pares europeus¹⁰.

Os cientistas portugueses examinaram 27 doentes, cinco na ilha do Príncipe e o restante em diferentes partes de Angola, realizaram 13 autópsias e publicaram suas conclusões sobre a etiologia da doença: Tratava-se de uma meningoencefalite de natureza microbiana e seu patógeno, um diplostreptococco¹¹. Porém, em virtude de suas conclusões, a missão comandada por Bettencourt envolveu-se em duas polêmicas científicas: uma com os pesquisadores de Coimbra e a outra, no âmbito internacional, com pesquisadores ingleses, que haviam enviado duas missões de estudo à Uganda com o mesmo propósito de identificação etiológica desta enfermidade em 1902 e 1903.

O desfecho deste embate científico que transcorreu entre os anos de 1902 e 1904 teve como efeito o descrédito da etiologia bacteriana e a confirmação da doença do sono como uma parasitologia, através dos trabalhos de Aldo Castellani e David Bruce – participantes das missões de estudo inglesas – que identificaram e associaram o *Trypanosoma brucei gambiense* com os efeitos da doença.

Entre a data da primeira missão oficial enviada à África (1901) e o encerramento da controvérsia científica (1904), a medicina tropical em Portugal foi institucionalizada em 1902 com a fundação da Escola de Medicina Tropical de Lisboa e de seu Hospital Colonial, embora o ensino do que viria a constituir esta especialidade médica já existisse em Portugal desde 1887 na Escola Naval de Lisboa¹².

Os fins da Escola de Medicina Tropical de Lisboa visavam promover o ensino teórico e prático da medicina tropical e organizar o envio de missões científicas às colônias portuguesas¹³. Entre seus profissionais de maior relevo, esteve o médico naval Ayres Kokpe que se destacou, a partir de 1906, na terapêutica da doença através da aplicação de altas doses hipodérmicas de Atoxyl – anilida meta-arsênica, um composto orgânico arsenical – para a destruição dos tripanosomas presentes na corrente sanguínea¹⁴. Este medicamento era o principal meio empregado na época contra a tripanossomíase africana, embora seus efeitos colaterais pudessem causar sérios danos aos nervos ópticos e levar à cegueira.

⁹ AMARAL, Isabel. A doença do sono/tripanosomíase – o elemento catalisador do progresso da medicina tropical portuguesa (1901-1966). In: MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S.M.C; BERTOLLI FILHO, Cláudio (Org.). *As enfermidades e suas metáforas: epidemias, vacinação e produção de conhecimento*. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade Federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2015.p.13-30.

¹⁰ AMARAL, Isabel. Bactéria ou parasita? A controvérsia sobre a etiologia da doença do sono e a participação portuguesa, 1898-1904. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.19, 2012, p.1275-1300.

¹¹ A DOENÇA do somno. **A Medicina Contemporânea**. Lisboa, ano 19, n.40, 6 out. 1901.p.325-328.

¹² COSTA, Rui Manuel Pinto; VIEIRA, Ismael Cerqueira. O lugar da medicina tropical nas dissertações da escola médica portuense, 1875-1923. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.21, 2014, p.629-639.

¹³ FRAGA AZEVEDO, João. *Cinquenta anos de atividade de instituto de medicina tropical*. Lisboa: Instituto de Medicina Tropical, 1952. p.12.

¹⁴ KOPKE, Ayres. *A política sanitária do império*. Lisboa: Agência geral das colônias, 1936. p.15-18.

Além do uso da química medicamentosa, as equipes sanitárias buscaram destruir as tsé-tsé através de sua captura e da intervenção em seu habitat. Estes procedimentos foram empregados durante a campanha contra as glossinas na ilha do Príncipe (1911-1914) orientada por médicos diplomados pela Escola de Medicina Tropical de Lisboa.

A colônia de São Tomé e Príncipe era dependente da importação forçada de trabalhadores braçais de Angola para as suas roças cacauéiras, principal riqueza das ilhas. No entanto, os *serviçais*, como eram chamados, procediam de regiões endêmicas da doença e as moscas adaptaram-se muito bem às condições ambientais do Príncipe, o resultado foi o desencadeamento de uma grave epidemia na região que vitimou 2.525 pessoas entre 1902 e 1913 em toda a ilha¹⁵. Os trabalhos para o extermínio das moscas foram iniciados em 1911 quando foi organizada uma brigada oficial – composta inicialmente por 43 prisioneiros – para serviços de capinação, derrubada de florestas, e eliminação de porcos, cães e mamíferos selvagens – o objetivo destas ações era destruir o habitat e os meios de alimentação das glossinas. Uma das ferramentas empregadas pelo pessoal da brigada para a captura das moscas era o método de Maldonado que consistia no uso de um pano negro embebido por uma substância viscosa nas costas.

Em junho de 1914 o Príncipe, pequena porção de terra de 142 Km² e rodeada pelas águas do golfo da Guiné, foi considerada livre da doença do sono. Embora as condições geográficas da ilha permitissem um controle sanitário mais acirrado, o feito foi tratado como uma grande façanha da medicina tropical lusitana.

Com a extinção, em 1914, da doença do sono na Ilha do Príncipe, demonstra-se, pela primeira vez, a possibilidade de erradicação de um artrópode hematófago no seu ambiente natural, facto, até hoje ainda inédito [...]

Ponderadas as circunstâncias que vimos apontando, podemos hoje, volvidos trinta e oito anos sobre aquele sucesso, afirmar, sem receio de controvérsia, que a debelação da doença do sono no Príncipe é o facto culminante no combate à hipnose em território português [...] feito que, até hoje não repetido por qualquer outra nação, deu à nossa Pátria uma das mais belas páginas da sua muito brilhante história médica ultramarina¹⁶.

A questão da viabilidade de uma nação: o caso brasileiro

No Brasil, país predominantemente tropical, a noção em torno da fatalidade biogeográfica dos trópicos colocava em risco a emergência civilizacional no país. No entanto, com o advento da microbiologia as explicações climáticas e miasmáticas deixaram de ter relevância em favor da teoria dos germes e bactérias, pela qual os seres vivos microscópicos seriam o foco de doenças transmissíveis. Desta forma, as regiões tropicais deixariam de estar condenadas ao “atraso civilizacional” pelo determinismo geográfico.

Mesmo com a influência da medicina pasteuriana, no Brasil, o uso dos preceitos da microbiologia não bastou para o enfrentamento dos problemas sanitários do país – como os casos de febre amarela e malária – tornando-se necessária a abertura de um programa de investigação que integrasse a bacteriologia, a parasitologia e o estudo dos vetores. Segundo Sandra Caponi, a atitude brasileira diferiu da prática seguida por seus vizinhos argentinos que privilegiavam, pelo

¹⁵ COSTA, Vasco Bruto. A ilha do Príncipe e a doença do sono. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*. Lisboa, v.9, n.3, 1952. p. 729.

¹⁶ COSTA, Vasco Bruto da. A ilha do Príncipe e a doença do sono. *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, Lisboa, v.9, n.3, 1952. p.732.

menos até 1916, para o combate das doenças em seu território, a produção de vacinas, medidas de saneamento e desinfecção de imóveis¹⁷.

No âmbito da medicina tropical, o combate às doenças foi encarado como necessário para a viabilidade da construção de um Estado-nacional nos trópicos. Nesta seara, pode-se apontar duas experiências transcorridas durante o século XIX: a primeira tratou-se dos esforços de um grupo liderado por médicos de origem estrangeira – como o alemão Otto Von Wucherer e o português José Francisco da Silva Lima – que desenvolveram investigações originais, entre os anos de 1865 e 1890, na cidade de Salvador, sobre a ancilostomíase e o beribéri, este grupo foi denominado nos anos 1950, de Escola Tropicalista Baiana¹⁸ e a segunda experiência, aqui elencada, foram os trabalhos desenvolvidos no Rio de Janeiro por Domingos Freire e João Batista de Lacerda em torno da busca do agente etiológico da febre amarela durante os anos 1880¹⁹.

No início do século XX, uma instituição federal destacou-se no estudo e combate das doenças tropicais no Brasil, o Instituto Oswaldo Cruz. Em 1899, diante da grave epidemia de peste bubônica que assolou a cidade de Santos, as autoridades brasileiras decidiram fundar dois centros destinados à fabricação de soros antipestosos: o Instituto Soroterápico de São Paulo – localizado na fazenda Butantan²⁰ – e o Instituto Soroterápico da Capital Federal – na fazenda Manguinhos. Em poucos anos a direção deste último foi assumida por Oswaldo Cruz– bacteriologista, especializado no Instituto Pasteur de Paris, responsável pela campanha sanitária que combateu a peste bubônica, a febre amarela e a varíola no Rio de Janeiro.

No decorrer dos primeiros anos do século XX estabeleceu-se em Manguinhos um programa de pesquisa e treinamento de jovens médicos, ampliando desta forma suas atribuições iniciais de centro produtor de soros e vacinas²¹. Profissionais do instituto foram enviados para o combate de doenças, entre elas a malária, que vitimavam operários empregados na construção de ferrovias pelo interior do país²².

Uma destas viagens resultou em uma relevante contribuição científica brasileira para o campo da medicina tropical. Em Lassance, interior de Minas Gerais, um médico vinculado ao Instituto de Manguinhos, Carlos Chagas, identificou formas de um tripanosoma no intestino de um artrópode hematófago bastante disseminado na região, em especial no interior das precárias casas de pau-a-pique das áreas rurais do Brasil, o barbeiro. Com o avanço de suas pesquisas, encontrou tripanosomas em amostras de sangue de uma menina de dois anos que se encontrava febril, batizou os parasitos de *Trypanosoma cruzi*, em homenagem a Oswaldo Cruz e publicou um relatório descrevendo seus trabalhos em 1909 nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*²³.

Este acontecimento científico deu início a construção de uma nova doença, até então desconhecida: a doença de chagas que foi apresentada inicialmente como uma entidade nosoló-

¹⁷ CAPONI, Sandra. Trópicos, micróbios y vectores. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, v.9, 2002, p.111-138.

¹⁸ PEARD, Julian. Tropical Medicine in nineteenth-century Brazil: the case of the “Escola Tropicalista Bahiana” 1860-1890. In: ARNOLD, David (Org.). *Warm climates and western medicine: the emergence of tropical medicine, 1500-1900*. Amsterdam/Atlanta: Rodopi, 1996. p.108-132.

¹⁹ BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos*. Febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Editora UFRJ, 1999.

²⁰ RIBEIRO, Maria Alice Rosa. A cidade de São Paulo e a saúde pública (1554-1954). In: PORTA, Paula (Org.). *História de São Paulo: a cidade no império (1823-1889)*. São Paulo: Paz e Terra, 2004.p.307-349.

²¹ BENCHIMOL, Jaime Larry; TEIXEIRA, Luiz Antonio. *Cobras lagartos e outros bichos*. Uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan. Rio de Janeiro: editora UFRJ, 1993.p.26-37.

²² BENCHIMOL, Jaime Larry; SILVA, André Felipe Cândido. Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, v.15, 2008, p. 719-762.

²³ CHAGAS, Carlos. A nova tripanossomíase humana. Estudos sobre a morfologia e o ciclo evolutivo do *Schizotrypanum cruzi*, agente etiológico de nova entidade mórbida do homem. In: *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, t.1. 1909. p.159-218.

gica multiforme com complicações cardíacas, neurológicas e endócrinas. Chagas inclusive reforçou este último aspecto ao estabelecer uma forte correlação entre a nova enfermidade e o hipertireoidismo, onde o “papo” constituiria o sinal da doença. Daí a proposta de Miguel Pereira, presidente da Academia Nacional de Medicina, em denominá-la por tireoidite parasitária, termo que foi utilizado por Carlos Chagas. A importância das pesquisas do médico mineiro contribuiu para a consolidação da protozoologia como área de excelência de Manguinhos em especial depois da atribuição do Prêmio Schaudinn – concedido pelo *Hamburger Institut für Schiffs-und Tropenkrankheiten* a cada 4 anos ao autor do trabalho mais significativo no âmbito da protozoologia – a Chagas em 1912.

Durante a década de 1910 a doença ganhou projeção quando outros estados da federação confirmaram a existência de triatomíneos (barbeiros) em seus territórios como a Bahia, a partir dos trabalhos de Pirajá da Silva²⁴, e São Paulo onde importantes centros voltados para questões de saúde pública como os institutos Bacteriológico, Pasteur e Butantan mapearam a distribuição geográfica dos triatomíneos pelo estado e identificaram casos da existência da doença em São Paulo em 1914²⁵.

Embora a descoberta em torno da doença tenha sido aplaudida como uma importante conquista da ciência brasileira, ela também contribuiu para levar à capital da República informações a respeito de Brasil rural, doente e esquecido. Chagas atribuía à doença a causa de grandes prejuízos para as populações do interior do Brasil:

No ponto de vista prático, para salientar os malefícios da moléstia, lembraremos, na forma cardíaca, essa condição quase universal da insuficiência circulatória nas zonas fortemente contaminadas; lembraremos, na forma nervosa, o grande número de criaturas condenadas à existência de monstros, reduzidas à condição miserável de paráliticos, de idiotas e de dementes; lembraremos, nas grandes síndromes ganglionares, o total desequilíbrio da vida orgânica, inutilizando o homem para o trabalho produtivo e furtando-lhe o gozo de viver²⁶.

Os estudos sobre a doença contribuiriam para o desencadeamento da campanha sanitária nos anos 1920 que buscou denunciar o estado de abandono das populações rurais pelas autoridades brasileiras e defender a regeneração da nação através do saneamento. O movimento foi abraçado por médicos como Arthur Neiva e Belisario Penna – que percorreram os recantos de quatro estados do país (Bahia, Pernambuco, Piauí e Goiás) em 1912, onde produziram um pormenorizado relatório descrevendo as agruras vividas em paisagens longínquas do Brasil²⁷ – e pelo escritor Monteiro Lobato através de seu célebre personagem Jeca Tatu.

As precárias casas de pau-a-pique representavam a pobreza dos habitantes rurais, mas também os viveiros do inseto transmissor da temida doença de chagas. Belisario Penna, em seu livro *Saneamento do Brasil*, teceu uma narrativa aterradora em torno da realidade vivida por milhares de sertanejos em suas casas de taipa infestadas de barbeiros:

Essas cafuas compõem-se, em geral, de dois compartimentos: um que se comunica com o exterior por duas portas, uma na frente, outra no fundo, e um outro em comunicação com o primeiro, sem janela, onde dormem toda a família.

²⁴ SILVA, Manoel Augusto Pirajá da. Notas de parasitologia. O barbeiro (*Conorhinus megistus*. Burm) na Bahia. *Arquivos brasileiros de medicina*. Rio de Janeiro, v.1 ,n.3, 1911.p.627-632.

²⁵ SILVA, Luiz Jacintho. *A evolução da doença de Chagas no estado de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1999.p.73-74.

²⁶ CHAGAS, Carlos. Assuntos de atualidade. Moléstia de chagas. *Brasil-médico*. Rio de Janeiro, ano 25, n.37, 1 out.1911.p.373.

²⁶ A DOENÇA do somno. *A Medicina Contemporânea*. Lisboa, ano 19, n.40, 6 out. 1901.p.325-328.

²⁷ NEIVA, Arthur; PENNA, Belisario. Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. In: *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v.8, n.3, 1916. p.74-224.

O “barbeiro” vive aí, à vontade, nas inúmeras frestas das paredes, em plena escuridão, porque ele é inimigo da luz.

A sua função sugadora exerce-se à noite, depois de extintas as luzes.

Das frestas surgem, às centenas, as larvas, ninfas e adultos do terrível inseto, e atiram-se as vítimas incautas, preferindo as crianças, sem provocar-lhes irritação nem coceira.

Certa ocasião apanhei em flagrante de sucção sanguínea, sobre o corpo de uma criança de quatro anos, 16 ninfas e oito barbeiros adultos, além de cinco na cama repletos de sangue. Todos esses exemplares estavam infectados²⁸.

No entanto, no decorrer dos primeiros anos após a publicação dos resultados de Carlos Chagas, a tireoidite parasitária foi alvo de polêmicas científicas como a levantada a partir das pesquisas argentinas lideradas pelo austríaco Rudolf Kraus, em 1915, que identificaram barbeiros contaminados com o tripanosoma e pacientes com os sintomas de hipertireoidismo, porém sem apresentarem sinais do parasito em seus organismos. Para os argentinos, as complicações endócrinas não poderiam ser atribuídas à ação do tripanosoma e estariam restritas a algumas localidades do interior do Brasil.

Os resultados do país vizinho obrigaram Carlos Chagas a minimizar os efeitos endócrinos, a centralidade do “papo” como sinal da doença, e a reforçar seus aspectos cardíacos. Mesmo diante da polêmica e os debates científicos por ela despertados, a doença de chagas não conheceu uma terapêutica eficaz. Seu principal meio de combate era a profilaxia com a recomendação de reboco nas paredes das casas de pau-a-pique de modo a impossibilitar a existência de frestas que servissem de esconderijo para o temido barbeiro. Embora esta recomendação fizesse parte do Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública de 1923, apenas a legislação não foi suficiente para debelar o problema enquanto as populações do interior continuassem no estado de pobreza e abandono pelos poderes públicos.

À guisa de finalização

Este artigo propôs dissertar sobre as contribuições que os estudos sobre as duas formas de tripanossomíase humana – a africana ou a doença do sono e a americana ou a doença de chagas – despertaram para o desenvolvimento da medicina tropical nos dois países de língua portuguesa. Em Portugal, a Escola de Medicina Tropical de Lisboa diplomou médicos que organizaram missões de estudos e de combate aos casos de doença do sono nas colônias africanas como forma de melhorar os serviços sanitários disponíveis no ultramar e reforçar o papel de Portugal enquanto potência colonizadora. No Brasil, os trabalhos em torno da tripanossomíase americana contribuíram para a consolidação do Instituto Oswaldo Cruz como o principal centro de ressonância científica do país em torno da medicina tropical, mas não o único sendo que outros estados como a Bahia e São Paulo também procederam em pesquisas em busca dos vetores e da possibilidade de existência da doença em seus territórios. Paralelamente, esta enfermidade tornou-se um dos grandes símbolos da capacidade da ciência nacional e das mazelas econômicas e sociais do interior do país.

²⁸ PENNA, Belisario. *Saneamento do Brasil*. Rio de Janeiro: Jacinto Ribeiro dos Santos editor, 1923.p.245-247.

Percebe-se, ao estudar os dois casos aqui apresentados, que ambas as doenças constituíram pontos de encontro entre o sertão e a cidade, no caso brasileiro, e a metrópole e suas colônias, no caso português, onde, a princípio, os espaços ultramarinos e sertanejos foram tratados como focos de importantes doenças infecciosas e obstáculos à fixação populacional e, ao mesmo tempo, os espaços metropolitano e urbano como centros de produção de conhecimento científico, integrado à redes internacionais, capazes de desenvolver práticas e saberes médicos próprios para o combate de tais enfermidades.