



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE ARTES E COMUNICAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO

VERONICA DE ALMEIDA SILVA

**ANAIS DA FACULDADE DE MEDICINA DO RECIFE:**

Memória invisível da pobreza e da determinação social da saúde entre 1934 e 1940

RECIFE

2020

VERONICA DE ALMEIDA SILVA

**ANAIS DA FACULDADE DE MEDICINA DO RECIFE:**

Memória invisível da pobreza e da determinação social da saúde entre 1934 e 1940

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciência da Informação.

**Área de Concentração:** Informação, Memória e Tecnologia.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Anna Elizabeth Galvão Coutinho Correia.

RECIFE

2020

Catálogo na fonte  
Bibliotecária Jéssica Pereira de Oliveira, CRB-4/2223

S586a Silva, Veronica de Almeida  
Anais da Faculdade de Medicina do Recife: memória invisível da  
pobreza e da determinação social da saúde entre 1934 e 1940 / Veronica  
de Almeida Silva. – Recife, 2020.  
192f.: il.

Orientadora: Anna Elizabeth Galvão Coutinho Correia.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro  
de Artes e Comunicação. Programa de Pós-Graduação em Ciência da  
Informação, 2020.

Inclui referências e apêndices.

1. Comunicação científica. 2. Visibilidade da memória. 3. Informação em  
saúde. 4. Determinação social da saúde. 5. Faculdade de Medicina do  
Recife. I. Correia, Anna Elizabeth Galvão Coutinho (Orientadora). II. Título.

020 CDD (22. ed.) UFPE (CAC 2020-158)

VERONICA DE ALMEIDA SILVA

**ANAIS DA FACULDADE DE MEDICINA DO RECIFE:**

Memória invisível da pobreza e da determinação social da saúde entre 1934 e 1940

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciência da Informação.

APROVADA EM: 20/02/2020

**Banca Examinadora**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Elizabeth Galvão Coutinho Correia (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. Fábio Mascarenhas e Silva (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Luce Girão (Examinadora Externa)

Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Valéria Machado Mendonça (Examinadora Externa)

Universidade de Brasília

*A minha mãe querida (em memória) Vanda Lopes, amor maior, gratidão por esta vida, inspiração eterna para a luta, a solidariedade, a arte, a educação e a alegria.*

## AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Anna Elizabeth Galvão Coutinho Correia, pelos ensinamentos, parceria, competência, organização, motivação e afetuosidade.

À Capes, pelo financiamento parcial desta pesquisa.

Às professoras Ana Luce Girão (COC-Fiocruz) e Ana Valéria Machado Mendonça (UnB) e ao professor Fábio Mascarenhas (PPGCI-UFPE), das bancas de qualificação e examinadora, pelas contribuições importantes e estímulo para a conclusão do trabalho.

Ao professor Marcos Galindo (PPGCI-UFPE), pelo incentivo na submissão do projeto para seleção ao programa.

Aos professores Thaís Santos (DCI-UFPE), Murilo Silveira (PPGCI-UFPE), suplentes na banca de qualificação, pelas contribuições ao projeto e, ao segundo, também, pela oportunidade de cumprir estágio docência em sua disciplina na graduação em biblioteconomia-UFPE.

Aos demais professores do PPGCI-UFPE Ana Cristina Guimarães Oliveira, Diego Salcedo, Fábio Pinho, Gilda Verri, Hélio Pajeú, Leilah Santiago, Májory Miranda, Nadi Presser e Sandra Siebra, com os quais tive a oportunidade de estudar e/ou discutir o projeto de pesquisa.

A todos os colegas de turma do mestrado PPGCI 2018.1, aos de doutorado com os quais tive a oportunidade de estudar e a todos os demais que conheci nessa jornada.

À secretária do PPGCI Suzana Wanderley, pelo apoio administrativo e a todos os demais funcionários do Departamento de Ciência da Informação.

À Adelaide Maria de Lima e à Gláucia Cândida, da Biblioteca de Ciências da Saúde da UFPE e demais servidores e estagiários, pela atenção e disponibilidade em auxiliar a pesquisa aos Anais da FMR guardados na Coleção Especial.

Aos professores do curso de medicina da UFPE Lurildo Saraiva Ribeiro (cardiologia), Roberto Viera de Melo (patologia) e Luiz de Gonzaga Barreto (Academia Pernambucana de Medicina), pelo estímulo e empréstimo de livros para produção desta pesquisa.

À amiga Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Flávia Clemente (Serviço Social-UFPE) pela indicação de literatura.

À Dra. Leda Regis, e às filhas do médico Lourenço Ypiranga, Lúcia e Kátia, pela atenção na cessão de informações.

À amiga Silvia Santos (Fiocruz), pesquisadora da história da saúde, pela indicação de fontes.

Aos professores Carlos Alberto Araújo (UFMG), Tânia Fernandes (Fiocruz-RJ ) e Virgínia Bentes Pinto (UFC) pela indicação de literatura.

À Sandra Saldanha pela assistência na formatação da dissertação às regras da ABNT.

À minha principal referência no jornalismo, Luzanira Rego (em memória), com quem aprendi a importância da clareza, da precisão e da objetividade na escrita.

Ao médico e epidemiologista François Figueiroa, que me estimulou a estudar saúde pública.

Ao infectologista e professor da Faculdade de Ciências Médicas (FCM-UPE) Vicente Vaz, por ter me mostrado a dupla face das doenças infecciosas, nos aspectos biológicos e sociais.

Ao professor da UFPE e IAM, sanitarista Fábio Lessa (em memória), com quem aprendi a importância de consultar e analisar os sistemas de informação em saúde pública.

Ao professor de medicina tropical da UFPE, historiador Geraldo Pereira (em memória), por ter me apresentado os Anais da Faculdade de Medicina do Recife como fonte de informação histórica e científica.

A todos os usuários do SUS que gentilmente permitiram que eu retratasse suas histórias de sofrimento e de luta em resistência à pobreza e à doença, despertando o interesse científico.

A todas as fontes que tentaram diminuir minha ignorância em medicina e saúde pública.

Aos novos amigos que fiz no CAC e na UFPE durante o mestrado, aliviando as horas de cansaço.

Aos colegas do Observatório Nacional de Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde da Fiocruz, pela compreensão nos momentos em que precisei me ausentar.

E às pessoas que tiveram ao longo de minha vida participação importante na minha formação, dentre as quais:

À Cledite Costa, professora de redação e literatura no curso secundário;

À Dona Betinha, responsável pela biblioteca na Escola Estadual Prof. Olívio Montenegro, onde cumpri minha formação do jardim ao segundo ano do curso médio;

Ao professor de matemática Francisco de Assis Sobrinho (em memória), pelos ensinamentos de filosofia;

A todos os demais professores e colegas do Olívio Montenegro com os quais tive a oportunidade de estudar e me preparar para a vida;

A todos os professores e colegas da Escola Estadual Professor Agamenon Magalhães, onde me reencontrei com o desenho e as artes;

A todos os professores e colegas do curso de mestrado no Colégio Rosa Mística, com os quais aprendi a importância do planejamento, da metodologia, da didática, da filosofia, da psicologia, da sociologia, do aluno e do afeto na pedagogia;

A todos os professores e colegas dos cursos de jornalismo (UFPE), saúde pública (Fiocruz-PE) e direitos humanos (Unicap), dentre os quais aqueles que se tornaram meus melhores amigos nesta vida;

E, em especial, a minha família e aos amigos mais próximos, em razão das horas em que estive ausente para me dedicar à pesquisa.

## RESUMO

Investiga e analisa a presença de informações que retratam a condição social da população pernambucana em comunicações publicadas nos sete primeiros números dos Anais da Faculdade de Medicina do Recife, de 1934 a 1940. A principal revista da escola médica é fonte importante da informação em saúde e da memória médico-científica nordestina, refletindo provável tendência de pensamento numa época em que havia forte influência da microbiologia, do higienismo e da eugenia. Com pesquisa bibliográfica e análise de conteúdo apoiada em abordagens da memória social, da determinação social da saúde e da ciência da informação, a pesquisa identifica, classifica e analisa a visibilidade de informações que revelam perfis sociais de quem adoecia e morria na primeira metade do século XX. Constata a presença das referidas informações na maioria dos artigos publicados entre 1930 e 1940, mas com rara associação à doença e morte, e mínima visibilidade nas edições. O retrato social invisível é predominantemente de indivíduos pardos e pretos, residentes na periferia da capital ou zona rural do interior, que morreram vítimas de doenças infecciosas ou na infância por falta de alimentação adequada, sem tratamento médico ou com assistência tardia.

**Palavras-chaves:** Comunicação científica. Visibilidade da memória. Informação em saúde. Determinação social da saúde. Faculdade de Medicina do Recife.

## **ABSTRACT**

Investigates and analyzes the presence of information that portrays the social condition of the population of Pernambuco in communications published in the first seven issues of the Annals of the Recife Medical School, from 1934 to 1940. The main journal of the medical school is an important source of health information and Northeastern medical-scientific memory, reflecting a probable tendency of thinking at a time when there was a strong influence of microbiology, hygiene and eugenics. With bibliographic research and content analysis supported by approaches to social memory, social determination of health and information science, the research identifies, classifies and analyzes the visibility of information that reveals social profiles of those who fell ill and died in the first half of the century. XX. It notes the presence of this information in most articles published between 1930 and 1940, but with rare association with disease and death, and minimal visibility in the editions. The invisible social portrait is predominantly of brown and black individuals, living on the outskirts of the capital or rural countryside, who died victims of infectious diseases or in childhood due to lack of adequate food, without medical treatment or with late assistance.

**Keywords:** Scientific communication. Visibility of the memory. Health information. Social determination of health. Recife Medical School.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Principais conceitos abordados na pesquisa sobre os Anais da FMR .....	29
Figura 2 – O cenário da saúde, com os principais fatos e influências nas décadas de 1930 e 1940.....	49
Figura 3 – Modelo de DSS de Dahlgren e Whitehead.....	52
Figura 4– Modelo de Diderichsen e Hallqvist, adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead..	53
Figura 5 – Edifício-sede da FMR no Derby.....	64
Figura 6 – Categorias de análise inicial das publicações internas dos Anais da Faculdade de Medicina do Recife.....	73
Figura 7 – Exemplares originais dos Anais da FMR pertencentes à coleção especial da Biblioteca de Ciências da Saúde da UFPE.....	77
Figura 8 – Tipos de publicação nos Anais da FMR: artigos e relatórios de necropsia.....	82
Figura 9 – Página dos Anais da FMR com resumo de artigo em inglês e alemão .....	83
Figura 10 – Exemplo 1, modelo de referência bibliográfica em exemplar de 1934.....	84
Figura 11 – Exemplo 2, modelo de referência bibliográfica em exemplar de 1935.....	85
Figura 12 – Exemplo 3, modelo de referência bibliográfica em exemplar de 1940.....	85
Figura 13 – Capa dos Anais da FMR, nº 1.....	90
Figura 14 – Capa interna dos Anais da FMR, nº 2.....	91
Figura 15 – Capa interna dos Anais da FMR, nº 3.....	92
Figura 16 – Capa interna dos Anais da FMR, nº 4 e 5.....	93
Figura 17 – Capa interna dos Anais da FMR, nº 6 e 7.....	95
Figura 18 – Indicadores de desigualdade e de determinação social da doença presentes nos Anais da FMR – 1934-1940.....	110
Figura 19 – Imagem da desnutrição no primeiro número dos Anais da FMR.....	124
Figura 20 – Citações de Aggeu Magalhães em “Da ‘gastro-enterite das crianças’”.....	125
Figura 21 – Continuação das citações de Aggeu Magalhães em “Da ‘gastro-enterite das crianças’”.....	126
Figura 22 – Fígado de criança com degeneração gordurosa provocada pela alimentação inadequada.....	128
Figura 23 – Continuação das citações de Aggeu Magalhães em “Da ‘gastro-enterite das crianças’”.....	129

Figura 24 – Continuação das citações de Aggeu Magalhães em “Da ‘gastro-enterite das crianças”” .....	130
Figura 25 – Continuação das citações de Aggeu Magalhães em “Da ‘gastro-enterite das crianças”” .....	131
Figura 26 – Primeira página do artigo escrito por Bezerra Coutinho e Jorge Lobo sobre linfopatias leishmanióticas.....	132
Figura 27 – Página com imagem microscópica mostrando resultado de estudo patológico com alteração do vaso linfático em razão da leishmaniose.....	133
Figura 28 – Citações de Aluízio Bezerra Coutinho e Jorge Lobo em “Aspectos clínicos e anatômicos das linfopatias leishmanioticas”.....	134
Figura 29 – Continuação das citações de Aluízio Bezerra Coutinho e Jorge Lobo em “Aspectos clínicos e anatômicos das linfopatias leishmanioticas”.....	136
Figura 30 – Citações de Raimundo Barros Coelho e Clovis Marques no artigo “Contribuição ao estudo da esquistossomose de Manson” .....	138
Figura 31 – Citações em “Considerações em torno das aderências pleurais”.....	140
Figura 32 – Citações de Laura Gama no artigo “Das lesões anatômicas em indivíduos brancos e pretos”.....	141
Figura 33 – Continuação das citações de Lauro Gama no artigo “Das lesões anatômicas em indivíduos brancos e pretos”.....	142
Figura 34 – Aggeu Magalhães na época em que ensinava na FMR.....	151
Figura 35 – Imagem de Aluízio Bezerra Coutinho.....	156
Figura 36 – Wladimir Lobato Paraense em atividade de campo .....	162

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Temas retratados nas 38 publicações internas dos Anais da Faculdade de Medicina do Recife (artigo e relatórios de necropsia) no período 1934-1940.....	88
Gráfico 2 – A distribuição dos temas nos relatórios de necropsia.....	101
Gráfico 3 – Temas mais citados nos artigos publicados entre 1936 e 1940.....	102
Gráfico 4 – Distribuição de informações indicativas da condição social nos artigos publicados nos Anais da FMR entre 1934 e 1940 .....	105
Gráfico 5 – Artigos com indicadores sociais fazendo ou não associação com a saúde .....	121
Gráfico 6 – Influências na produção científica nos Anais da FMR na década de 1930.....	164

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias de indicadores sociais buscadas nos sete primeiros números dos Anais da FMR, baseadas no DSS e no IDH.....	74
Quadro 2 – Critérios para avaliar e comparar visibilidade de determinantes sociais da saúde em artigos publicados nos sete primeiros números dos Anais da FMR.....	75
Quadro 3 – Distribuição dos artigos dos Anais da FMR, de 1934 a 1940, por título, tema, descrição do significado, resumo da abordagem e autor.....	96
Quadro 4 – Distribuição das comunicações analisadas por edição, título, autor, tipo de comunicação, tema, indicador social e da determinação social da saúde, com exploração da informação pelo autor.....	114
Quadro 5 – Indicadores da determinação social da saúde em outros seis artigos dos Anais da FMR publicados entre 1934 e 1940.....	144

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos indicadores presentes nos 23 artigos analisados nos sete primeiros números dos Anais da FMR, de 1934 a 1940.....	106
Tabela 2 – Distribuição por autor dos temas abordados em artigos dos Anais da FMR de 1934 a 1940.....	150

## LISTA DE SIGLAS

CCSU	Centro de Ciências da Saúde
CEM	Código de Ética Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DO	Declaração de Óbito
EUA	Estados Unidos da América
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMR	Faculdade de Medicina do Recife
FMUR	Faculdade de Medicina da Universidade do Recife
GMBahia	Gazeta Médica da Bahia
IAM	Instituto Aggeu Magalhães
Ibase	Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
PPGCI	Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação
Sesp	Serviço Especial de Saúde Pública
SIM	Sistema de Informação em Mortalidade
SVO	Serviço de Verificação de Óbitos
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>QUADRO TEÓRICO E CONCEITUAL.....</b>	<b>28</b>
<b>2.1</b>	<b>Memória científica: registro de informação, documento e herança social.....</b>	<b>29</b>
<i>2.1.1</i>	<i>A perspectiva do documento como suporte de memória.....</i>	<i>30</i>
<i>2.1.2</i>	<i>Memória social e o documento científico.....</i>	<i>32</i>
<b>2.2</b>	<b>Memória da medicina e da saúde .....</b>	<b>33</b>
<i>2.2.1</i>	<i>Documentos da memória médica: de prontuários a relatórios de necropsia.....</i>	<i>35</i>
<i>2.2.1.1</i>	<i>A memória escrita nos prontuários.....</i>	<i>35</i>
<i>2.2.1.2</i>	<i>Registro de necropsia: informações da morte para entender a vida.....</i>	<i>37</i>
<b>2.2.2</b>	<b>Periodismo médico, definição e atividade no Brasil até o início do século XX. 38</b>	
<i>2.2.2.1</i>	<i>Jornais e revistas médicas brasileiras: do Império à República.....</i>	<i>39</i>
<i>2.2.2.2</i>	<i>Notas sobre o periodismo médico em Pernambuco entre os séculos XIX e XX..</i>	<i>41</i>
<b>2.3</b>	<b>Adoecimento e classes sociais no início do século XX: indicadores, políticas e teorias.....</b>	<b>43</b>
<i>2.3.1</i>	<i>Indicadores da desigualdade e da pobreza.....</i>	<i>43</i>
<i>2.3.2</i>	<i>Higienismo, eugenia e microbiologia.....</i>	<i>45</i>
<i>2.3.3</i>	<i>Desigualdade e determinação social da saúde/doença .....</i>	<i>49</i>
<i>2.3.3.1</i>	<i>O debate da saúde pública do Brasil.....</i>	<i>50</i>
<i>2.3.3.2</i>	<i>Narrativas da desigualdade em saúde na perspectiva local.....</i>	<i>55</i>
<b>2.4</b>	<b>Contexto de produção da informação e do documento .....</b>	<b>56</b>
<b>3</b>	<b>A FACULDADE DE MEDICINA DO RECIFE .....</b>	<b>60</b>
<b>4</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>65</b>
<b>4.1</b>	<b>Caracterização da pesquisa.....</b>	<b>65</b>
<b>4.2</b>	<b>Referências e escolhas para análise da condição social.....</b>	<b>68</b>
<b>4.3</b>	<b>Categorias de análise para rastrear condição social.....</b>	<b>69</b>
<b>4.4</b>	<b>Procedimentos para atender objetivos específicos.....</b>	<b>71</b>
<b>4.5</b>	<b>Instrumentos e etapas.....</b>	<b>72</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>77</b>
<b>5.1</b>	<b>Características gerais dos Anais da FMR.....</b>	<b>78</b>
<b>5.2</b>	<b>Formato, estrutura e linguagem da revista.....</b>	<b>81</b>
<b>5.3</b>	<b>Temas apresentados nas comunicações internas .....</b>	<b>86</b>

5.3.1	<i>Edição de 1934.....</i>	89
5.3.2	<i>Edição de 1935.....</i>	90
5.3.3	<i>Edição de 1936.....</i>	91
5.3.4	<i>Edição de 1937-1938.....</i>	93
5.3.5	<i>Edição de 1939-1940.....</i>	94
5.3.6	<i>A distribuição dos temas nos relatórios de necropsia.....</i>	101
5.3.7	<i>A distribuição dos temas nos artigos.....</i>	102
5.4	<b>Indicadores sociais presentes nos artigos e relatórios de necropsia.....</b>	104
5.4.1	<i>Categorias de análise mais presentes nos artigos.....</i>	105
5.4.2	<i>Perfis e padrão de vida presentes nos artigos.....</i>	107
5.4.3	<i>Visibilidade da determinação social nos artigos .....</i>	121
5.4.3.1	<i>O mingau da fome: pobreza na periferia e mortalidade infantil .....</i>	123
5.4.3.2	<i>Pobreza na área rural, desmatamento e leishmaniose.....</i>	132
5.4.3.3	<i>Desassistência e desigualdade no Nordeste.....</i>	137
5.4.3.4	<i>Associação com raça/cor, mas sem proveito do contexto social.....</i>	139
5.5	<b>Determinação social da saúde com múltiplos fatores e herdeiros.....</b>	146
5.6	<b>O contexto ao redor e na Faculdade de Medicina nos anos de 1930.....</b>	148
5.6.1	<i>Os mestres da patologia pernambucana.....</i>	149
5.6.1.1	<i>Aggeu, Bezerra Coutinho e Barros Coelho: o trio pioneiro da escola de ciência..</i>	151
5.6.1.2	<i>A parceria entre Jorge Lobo e Lobato Paraense.....</i>	160
5.6.1.3	<i>Contemporâneos.....</i>	162
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	167
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	173
	<b>APÊNDICE A – ARTIGO DA CHAMADA “GASTRO-ENTERITE” DAS CRIANÇAS.....</b>	186
	<b>APÊNDICE B – A FOME DOS BEBÊS.....</b>	187
	<b>APÊNDICE C – CADÁVERES DA DESNUTRIÇÃO.....</b>	188
	<b>APÊNDICE D – DEGENERÇÃO DO FÍGADO.....</b>	189
	<b>APÊNDICE E – PRIMEIRO CASO DA DOENÇA JORGE LOBO.....</b>	190
	<b>APÊNDICE F – PRIMEIRO CASO DA DOENÇA DE JORGE LOBO .....</b>	191
	<b>APÊNDICE G – INFORMAÇÃO IMAGÉTICA.....</b>	192

## 1 INTRODUÇÃO

*A doença pertence não só à 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 (Jacques Le Goff)<sup>1</sup>*

As páginas que seguem trazem uma análise sobre as primeiras edições dos Anais da Faculdade de Medicina do Recife, revelando retratos invisíveis da pobreza e da determinação social da saúde entre 1934 e 1940. É a visão de uma jornalista incomodada com as desigualdades sociais do Brasil, que passou a se dedicar às pesquisas em ciências humanas depois de aprender, na rotina da reportagem, o valor do registro sobre a vida e a morte, do quanto é possível refletir sobre o passado e o presente, diante de um novo tempo. Os estudos sobre a memória científica da saúde, amparados na Ciência da Informação e em diálogo com outros campos, abrem novas perspectivas na caminhada desafiadora de entender contextos da comunicação científica e de condições sociais em diferentes épocas, além da necessidade constante de revisitá-los.

Entendo a saúde como um processo histórico e social. Ao longo da carreira de jornalista especializada em saúde pública, juntando conceitos e testemunhando a vida das pessoas, confirmei que há toda uma herança definindo o adoecer e a antecipação da morte. Essa herança é determinada por uma complexa conjuntura, perpetuada, no caso brasileiro, desde a colonização escravizante das pessoas e predatória do ambiente, que decretou pobreza a uma maioria e disseminou riqueza fácil a uma minoria. Infelizmente, o mundo capitalista, que domina a política atual ao ponto de fazer parte da sociedade se confundir e recuar na defesa de vida sustentável e solidária, mantém esse processo vivo.

Buscar nos Anais da Faculdade de Medicina do Recife (FMR<sup>2</sup>) os registros dessa herança social da doença é uma forma de demarcar e visibilizar como a desigualdade interferiu na vida de nossos antepassados, especialmente na década de 1930, além de alertar para o quanto ela está perpetuando nas nossas vidas e nas das jovens gerações que estão por vir. Estudar a

---

<sup>1</sup> LE GOFF Trecho da apresentação do livro *As doenças têm história*, organizado pelo historiador, extraída da 2ª edição portuguesa (revista): Terramar, fevereiro de 1997, tradução: Laurinda Bom, Lisboa, Portugal.

<sup>2</sup> Sigla adotada nesta dissertação, em vez de FMUR, que faz referência à Faculdade de Medicina da Universidade do Recife, designação presente na capa dura da coleção estudada, provavelmente aplicada anos após a impressão da revista, uma vez que só em 1949 foi constituída a Universidade do Recife.

principal revista da então única escola médica pernambucana é também valorizar o conhecimento produzido num dos núcleos científicos que deram origem à universidade onde me graduei em comunicação, iniciei a licenciatura em letras e onde germinou-se a semente para o principal centro de pesquisa em saúde pública e endemias do Nordeste, o Instituto Aggeu Magalhães (IAM). Unidade da Fundação Oswaldo Cruz, foi lá onde me especializei em saúde pública e desenvolvo atividade de extensão, na atualidade, como bolsista, no Observatório Nacional de Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde. Nessa segunda passagem pela Fiocruz tenho aprendido sobre diferentes racionalidades para interpretar o processo saúde-doença e a importância de formas de cuidado tradicionais e que valorizam o ser humano integral, respeitando sua diversidade étnica e cultural.

A presente proposta abriga-se na Ciência da Informação por ser esta a disciplina que abrange a produção, a recuperação e a representação do conhecimento, especialmente em coleções raras guardadas em bibliotecas, “guardiães da memória científica” (DIAS; SILVA, 2016, p.1). Também é o campo do conhecimento que se dedica ao estudo da memória registrada, com o objetivo de lhe dar visibilidade.

A CI tem muito a contribuir no estágio atual da humanidade, com a construção de uma memória recente, diante do lançamento de novas tecnologias de geração, disseminação e armazenamento de dados. Mas não pode se distanciar da memória do passado, dos registros mais arcaicos do que a humanidade já viveu e produziu.

Cabe à CI resgatar, organizar, ajudar a manter viva e visível a nossa história. Como auxilia todas as ciências na guarda e preservação do conhecimento, precisa se valer dessas parcerias também para qualificar o seu trabalho. Para recuperar, organizar, mostrar e preservar a informação tem que conhecer um pouco mais do seu significado, do contexto em que é elaborada, a quem ela dá voz e a quem se destina. Trabalhar com a informação científica e da saúde exige, portanto, buscar nesse campo base para analisar o objeto de estudo.

A pesquisa que será mostrada a seguir se sustenta conceitualmente na CI, definindo o objeto e seu suporte como documento e comunicação científica, assim como o seu contexto de produção. Entretanto, se apoia também na saúde pública e na medicina social \_ por entender a existência de uma determinação social para a forma de adoecer e morrer \_, conversa de alguma forma com a psicologia social e com a história quando trabalha com um produto da memória social, e sofre influência da comunicação, pois detém-se na análise do conteúdo, da mensagem propriamente. O uso desse conjunto de referenciais defende uma colaboração entre diferentes disciplinas para compreender a complexidade do saber. Alimenta-se em obras produzidas entre

os séculos XX, quando os Anais foram lançados, e XXI, o nosso. Busca amparo em Otlet, Laswell, Capurro, Hjørland, Meadows, Bucklan, Bardin, Morin, Housen, Laurell, Le Goff, Frohmann, Castro, Luz, Arouca, Benchimol, Bossi e muitos outros para dissertar sobre a memória do adoecimento social encontrada na comunicação científica. Memória essa de um grupo de médicos e pesquisadores de referência para o sanitarismo pernambucano e brasileiro numa época em que a visão da microbiologia predominava.

Para responder o problema de pesquisa, que questiona como a determinação social da saúde foi retratada nas primeiras edições dos Anais da Faculdade de Medicina do Recife e em que contexto essas informações foram produzidas, o objetivo geral é: analisar o retrato social a pobreza e do adoecimento na informação médico-científica presente nos Anais da FMR na década de 1930.

Tal objetivo se desdobra nos seguintes objetivos específicos:

- ✓ Identificar indicadores da determinação social da saúde nas publicações dos Anais da FMR publicados entre 1934 e 1940;
- ✓ Classificar os indicadores de vulnerabilidade à doença e morte e o tratamento dado a eles, nos artigos científicos, por seus respectivos autores;
- ✓ Discutir o contexto em que os Anais da FMR foram produzidos entre 1934 e 1940.

Pesquisa bibliográfica e análise de conteúdo baseada no modelo proposto por Bardin (2004) foram os caminhos metodológicos empregados. O estudo, desenvolvido em dois anos de trabalho, de fevereiro de 2018 a janeiro de 2019, exigiu um refazer constante, imprescindível à busca de uma verdade científica que nunca estará concluída, apenas parcialmente apresentada.

Quanto ao registro do aspecto social do adoecimento, a pesquisa buscou informações compatíveis para isso, adotando a terminologia alternativa de indicadores da determinação social, tendo em vista a polêmica em torno da expressão determinantes sociais da saúde. Considera determinação uma expressão que melhor define o complexo fenômeno, por considerar inclusive a relação entre diferentes fatores indicativos da condição de vida e o que está por trás deles, que são as políticas fomentadoras da desigualdade. Um indicador não existe sozinho, mesmo quando citado separadamente.

A baixa renda de uma família está atrelada ao território onde ela vive, servido ou não de bens básicos, à escolaridade, à profissão, ao sexo e a cor da pele de seus membros que historicamente foram rebaixados pela sociedade a um estrato inferior, caso das mulheres, negros

(pardos e pretos) e indígenas. E sobretudo às políticas e construções sociais estabelecidas ao longo de anos.

Nesta pesquisa, a base teórica aborda conceituações de documento (de Otlet à neodocumentação mais recente), publicação científica, memória social e contexto de produção da informação. Como também, pelo já exposto, de determinação social do processo saúde-doença e de outras perspectivas, como a microbiologia, o higienismo e a eugenia. Considera aspectos históricos e políticos da década de 1930 com impacto na saúde pública e no desenvolvimento da pesquisa médica da época, além dos cenários epidemiológico e no qual surgiu e se mantinha a FMR naquela época

O filósofo uruguaio Rafael Capurro, um dos principais pensadores na área da informação na contemporaneidade, observa que a missão científica no campo contempla aspectos sociológicos e epistemológicos:

Os profissionais da informação geralmente têm uma visão ampla das fontes de informação, padrões sociológicos na produção de conhecimento, tipos de documentos e assim por diante. Eles também devem ter um conhecimento mais amplo da filosofia da ciência (por exemplo, paradigmas e epistemologia) e dos princípios do uso de línguas para fins especiais. Acreditamos que o foco dos profissionais da informação (distinto dos grupos profissionais aos quais eles servem) implica uma abordagem sociológica e epistemológica da geração, coleta, organização, interpretação, armazenamento, recuperação, disseminação, transformação e uso da informação (CAPURRO, 2007, p. 14).

Fica evidente a preocupação com postulados e metodologias que deem conta da enorme abrangência da CI. Afinal, da ação de dar forma, in-formar, abrangendo o ato pelo qual o ser humano se informa, interpreta, produz cultura e conhecimento no seu contexto social, à interferência das mediações, todas essas perspectivas do complexo processo informativo devem ser contempladas pelos cientistas da informação, como mostra Araújo (2016) — apoiado no próprio Capurro (2003 e 2008) e em autores como Saracevic (1970), Brookes (1980), Belkin (1990), Frohmann (1995) e Bates (2012).

Em assuntos de memória, a CI recupera e avalia, por exemplo, registros que reconstituem o passado no presente, abrindo caminho à reconstrução e revisão do conhecimento que podem ser feitas por outras ciências, como também compreender os fenômenos em torno da informação. Ao identificar e caracterizar cada documento, objeto, escrito, audiovisual ou sensorial, provoca reflexões, aponta soluções para a exploração, guarda física ou digital desse material. Diante do obscurantismo e tentativas de apagar a história para impor versões fictícias, essa visita ao passado, explorando documentos, oferece um antídoto importante.

Portanto, estudos informacionais carregam em si um significado substancial para que presente, passado e futuro de uma sociedade conversem. Possibilitam essa troca tornando conteúdos de memória acessíveis a diferentes campos científicos ou mesmo à exploração com fins educativos, culturais, pessoais. A vida humana é finita, mas a informação registrada perpassa séculos se for preservada, constituindo-se objeto de valor para que novas gerações possam acessar a produção dos seus antepassados, conhecer sua própria história, avançar no conhecimento. Por mais que seja natural uma memória humana e institucional seletiva, pela capacidade limite de armazenamento, o que ficou guardado pela importância a ele referida merece ser explorado.

Estudos sobre história e memória da medicina retratam a evolução do conhecimento sobre a vida e a morte da humanidade. A citação ilustrativa, do historiador Le Goff (1997), na abertura desta introdução, dá uma pista do que está implícito nos arquivos e documentos produzidos ao longo do tempo sobre as doenças e por quem criou ou aplicou técnicas e terapêuticas. Se as enfermidades podem indicar evolução ou não de uma sociedade, ao mesmo tempo que simbolizam o contexto social em que essas doenças se multiplicam, os registros sobre o adoecimento possibilitam que novas informações sejam geradas na recuperação da memória deixada por quem acompanhou o processo saúde-doença, na condição de profissional da área, doente ou acompanhante.

Não há como negar, então, o quanto a ciência médica, a saúde pública e os registros deixados por elas interessam pela abrangência de informações produzidas, não só as relacionadas ao ser humano, que dizem respeito ao cuidado, à técnica e à tecnologia empregada nos diagnósticos, nos tratamentos e na produção científica. Guardam referências também acerca das políticas públicas de saúde, do ensino, da formação, sendo fonte, provavelmente, de outras informações ainda não exploradas.

Historiadores voltados à saúde pública, sociólogos, museólogos, comunicólogos, arquivistas e cientistas da informação ampliaram o resgate de documentos, nas últimas quatro décadas, analisando acervos pessoais e de instituições na tentativa de recompor fatos, discutir uma melhor organização, preservação e uso da memória da medicina.

A primeira Faculdade de Medicina de Pernambuco deixou, em 100 anos de história, memória de diferentes épocas sobre ideias, saberes, costumes, técnicas e possivelmente contextos outros que precisam ser recuperados. Os Anais dessa escola, sua principal revista, editada entre 1934 e 2007, com alguns intervalos, é fonte de informação memorialística da

ciência, da saúde e da sociedade, merecendo explorações específicas para que se tenha conhecimento do seu conteúdo de forma mais detalhada. O recorte das publicações referentes à década de 1930 se fez necessário diante do volume de informações a analisar no decorrer do mestrado. Coincide também com um período de ebulição no Brasil e no mundo, com sucessivas mudanças nos campos políticos, da saúde e da ciência, além de influências anteriores muito próximas.

Voltar o olhar à publicação científica da FMR pode revelar informações que ajudem a entender o fenômeno multifatorial do adoecimento ao longo do tempo e a posição da ciência diante dele. Com valor documental e histórico, os anais podem abrir caminho a estudos que reconstituam a dimensão da pobreza na construção da sociedade pernambucana. Analisar os registros raros é mostrar como a informação era apresentada em determinada época e abrir às demais ciências novas possibilidades. Expor detalhes do conteúdo dos Anais da FMR poderá inspirar a pesquisa em história, em estudos sociais, considerando a abrangência de visões sobre o adoecimento e sua relação com outros campos científicos. E especialmente em saúde pública.

Desde a medicina hipocrática, antes de Cristo, já havia a concepção de que saúde era um estado de harmonia entre o homem e o meio que ele habitava, não só físico (a natureza), mas social, considerando sua ocupação, lugar, poder, relação com o coletivo. A abordagem às oportunidades desiguais, com o tempo, apurou a visão sobre a multicausalidade do adoecimento.

George Rosen (1994) situa o nascimento da saúde pública moderna no século XIX, durante o desenvolvimento, na Europa, do capitalismo e conseqüentemente da ascensão dos trabalhadores urbanos na cena política. A abertura de estradas e a construção de ferrovias que facilitavam os transportes trouxeram preocupações ao poder econômico com a disseminação de doenças, exigindo uma intervenção governamental para sanear os territórios, nem sempre considerando a correção de iniquidades.

Pereira e Oliveira (2014) fizeram uma cronologia por diferentes séculos apontando estudos epidemiológicos que denunciavam as razões sociais do adoecer e apontam quanto a microbiologia do final do século XIX e início do século XX, inspirada pelos estudos de Pasteur sobre os agentes infecciosos, ofuscou a visão ampliada sobre os doentes. Medicalização e vacina eram as armas do tratamento e da prevenção, fechando os olhos para aspectos do ambiente social onde as pessoas estavam inseridas.

O fim do século XIX e o início do século XX não se mostraram diferentemente no Brasil. Foram décadas influenciadas pela medicina pasteuriana (BENCHIMOL, 2000) \_ com estudos de microbiologia para conhecer e deter os micróbios causadores de doenças \_ pelo controle médico-sanitário, ficando evidente, na Era Vargas, entre as décadas de 1930 e de 1940, uma intervenção mais direta do poder central na saúde.

Na época, discursos do movimento sanitário apoiavam-se tanto no higienismo eugênico, do qual Nina Rodrigues era voz marcante, defendendo a tese das raças miscigenadas imperfeitas e propagadora de doenças, quanto, por outro lado, no higienismo de engenharia sanitária (Luz, 1982), proposto pelas campanhas de vacinação obrigatória e de educação impostas pelo médico Oswaldo Cruz.

Na transição dos séculos também o hospital deixava de ser um local para esperar a morte e se transformava num ambiente em que se buscava a cura. Ao mesmo tempo, a feição científica da medicina, que se desenhava desde o século XVIII — como apontou Michel Foucault (2008) em *O Nascimento da Clínica* —, valorizando a disciplina de patologia, assegurava evidência, com objetividade, ao explorar cadáveres e mostrar aos olhos humanos o agente causador da enfermidade e da morte, com as lesões orgânicas causadas por ele.

A ciência produzida nas faculdades, nos laboratórios e nas expedições contribuíram nas duas perspectivas, biológica e social, de alguma forma. Mesmo na visão higienista havia discursos reconhecendo a omissão do poder público diante das más condições de vida da população pobre. Os médicos Belisário Penna e Artur Neiva (1916), visitaram o interior de Pernambuco, da Bahia, do Pará e de Goiás e suas observações descreveram o povo como ignorante, isolado e abandonado. O discurso negativo, entretanto, observa Gilberto Hochman (1998), apontava a responsabilidade das autoridades públicas pelo abandono da população interiorana, que se traduzia em endemias rurais.

Barata (2009) lembra que as desigualdades são documentadas quando se tornaram evidentes as contradições entre valores de igualdade e liberdade com a dura realidade da maioria da população dos países industrializados. Ela define as desigualdades sociais “como diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais, tais como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho” (BARATA, 2009, p. 11). O debate se estabeleceu mais fortemente com a medicina e epidemiologia sociais da década de 1970.

Por outro lado, no início do século XX, a organização do poder médico nas escolas e na sociedade, produzindo periódicos, reunidos em grupos e associações corporativas, também tinha seu papel atrelado a intenções políticas e a serviço de uma ordem social. Luz (1982) observa a interligação entre ciência, Estado, políticas e movimentos sociais quando estudou a medicina e a ordem política brasileira entre 1850 e 1930:

Como certos modelos de conhecimentos são preteridos em função de outros, como certas práticas e instituições do saber médico tornam-se dominantes, como, em resumo, a verdade, em termos de ciência, não pode ser desligada do contexto histórico em que é produzida. Ao contrário, exprime este contexto histórico e contribui para constituí-lo, conservá-lo, modificá-lo, instituí-lo. (LUZ, 1982, p.15).

Outro ponto importante é a influência externa no Brasil, ainda na primeira metade do século XX, como o financiamento de pesquisas por instituições norte-americanas, a exemplo da Fundação Rockefeller.

As questões de desigualdade social fomentam discussões (GARBOIS *et al*, 2017) no século XXI, quando se questiona a terminologia mais adequada, se determinantes ou determinação do processo saúde-doença, estando a segunda opção mais próxima de uma visão abrangente e politizada. Afinal, a enfermidade não pode ser avaliada através de fatores isolados, pois se manifesta ao mesmo tempo no corpo, no ambiente e nas relações sociais, também lembram Luz e Nascimento (2019).

Rasella (2018) alertou para o avanço da miséria e da mortalidade infantil a partir de 2016. O mesmo Brasil que convive com a violência, o câncer e com as doenças da obesidade — enfermidades de países desenvolvidos —, soma mortes por tuberculose e registra casos novos de hanseníase, sífilis, esquistossomose e leishmaniose. Os brasileiros iniciaram 2019 perdendo a certificação internacional de país livre do sarampo (Ministério da Saúde, 2019), e enfrentaram recente surto de doença de Chagas em Pernambuco (SOUZA, 2019).

Em 2017, o Brasil havia aumentado em 1,5 milhão o número de condenados à pobreza extrema, saltando para 14,83 milhões o total de pessoas nessa condição. Aplicando critério do Banco Mundial, o sociólogo Grzybowski (2018), do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase), calcula em cerca de 50 milhões, 25,4% da população, a quantidade de brasileiros na linha da pobreza. São pessoas que vivem com 5,5 dólares (aproximadamente R\$ 20,00) ao dia, proporção que no Nordeste chega a 43,5% dos habitantes.

Ainda sobre a visão social, pode-se dizer que guiou também estudos de memória, da história e da informação, disciplinas que se reúnem nesta pesquisa. No campo da informação,

Marteleteo (2007, p. 578), inspirada por Bourdieu, aponta para a necessidade “de submeter a ciência a uma análise histórica e sociológica, que permita, aqueles que a fazem, compreender os mecanismos sociais que orientam a prática científica”.

Como dito anteriormente, a análise sobre a memória científica, neste trabalho identificada como memória social, pretende considerar o contexto das escolas médicas no Brasil na primeira metade do século XX, sem excluir o cenário interno, da faculdade, como o externo, sócio-político do período, uma vez que não há como eliminar as influências à comunidade científica. A psicóloga social Ecléa Bosi (2003, p. 22) afirma que uma das faces da memória pública tende a permear as consciências individuais. “Quando um acontecimento político mexe com a cabeça de um determinado grupo social, a memória de cada um de seus membros é afetada pela interpretação que a ideologia dominante dá desse acontecimento” (BOSI, 2003, p. 22).

O domínio de uma ideologia num grupo social, para autores como Arouca (2003), Marteleteo (2007), Luz (1985) e Bosi (2003), pode estar representado na produção científica. Todos esses aspectos envolvidos exigem um diálogo interdisciplinar, daí a pesquisa se apoiar também em campo social e das humanas. Edgar Morin (2003) explica as razões para uma articulação entre as ciências:

Intelectualmente, as disciplinas são plenamente justificáveis [...] não é possível criar uma ciência do homem que anule por si só a complexa multiplicidade do que é humano [...] o grande problema é encontrar a difícil via da Inter articulação entre as ciências, que têm, cada uma delas, não apenas sua linguagem própria, mas também seus conceitos fundamentais que não podem ser transferidos de uma linguagem à outra. (MORIN, 2003, p.113 e 114).

A articulação entre diferentes campos de produção científica talvez não consiga, na presente pesquisa, dar conta de todos os aspectos envolvendo a produção e a representação da informação que é vestígio da determinação social da saúde, mas pode colaborar na reflexão acerca da necessidade de recuperar registros dessa herança que se perpetua aos dias de hoje, de recrudescimento da fome, da pobreza e da disputa entre classes sociais.

Josué de Castro (1984) alertou, em 1946, a respeito de uma certa conspiração para o silenciamento da fome, época em que constatou trabalhadores do campo e da cidade adoecerem e morrerem desnutridos, sem alimentos cujo plantio foi impedido pelo crescimento da monocultura da cana-de-açúcar, economia baseada na destruição da floresta tropical, nos ganhos com concentração de renda, na exploração do trabalhador.

Segundo o autor, que também ensinou na Faculdade de Medicina do Recife na década de 1930, essa calamidade da Zona da Mata Pernambucana ajudava na migração de famílias para os mocambos do Grande Recife, das áreas alagadas e dos morros, onde, até nos dias atuais, pode-se acrescentar, a assistência básica chega incompleta, destituída de um projeto estruturador de correção das iniquidades.

Anotações sobre pobreza e adoecimento foram e são de interesse das ciências humanas e sociais, sobretudo quando doenças infecciosas e parasitárias constituem no presente ainda um desafio brasileiro. Pesquisas apontam que situações graves, reduzidas em razão de políticas de saúde e de assistência social adotadas nos primeiros 15 anos do século XXI, tendem a retornar pelo recrudescimento do desemprego e da fome.

Para dissertar sobre as informações médico-científicas, documentadas na revista da Faculdade de Medicina do Recife, o trabalho está distribuído em quatro capítulos, mais um apêndice com páginas selecionadas de artigos da revista. O próximo faz uma revisão da literatura, discutindo memória social representada no documento científico, aborda o contexto sanitário do Brasil na década de 1930, com o panorama epidemiológico e político, remete ao periodismo médico no país em Pernambuco, naquela época, e faz uma breve exposição sobre o higienismo, a eugenia, a microbiologia e finalmente a determinação social da saúde, concluindo o debate teórico com a importância do contexto de produção da informação.

O terceiro capítulo faz uma apresentação da FMR, com a história da sua fundação e das duas primeiras décadas de funcionamento que coincide com a publicação dos primeiros números dos seus Anais. No quarto capítulo estão explicados os procedimentos metodológicos utilizados no estudo. Os resultados obtidos e a discussão sobre esses achados continuam no capítulo cinco, comparando as informações identificadas e classificadas com referências estatísticas da saúde pública da época e com outras literaturas. Nesse capítulo também é exposta uma rápida biografia dos professores que mais publicaram nos Anais da FMR no período. As considerações finais ocupam a sexta parte. Em complemento, para possibilitar uma exploração direta da amostra analisada, o apêndice traz imagens de páginas avaliadas, com exemplos de aproveitamento amplo e restrito das condições sociais feito pelos autores.

## 2 QUADRO TEÓRICO E CONCEITUAL

*“Sem prestar atenção à materialidade das informações, são perdidas muitas das considerações sociais, culturais, políticas e éticas tão importantes para estudos de informação” (Frohmann,2008)<sup>3</sup>*

Recuperar, expor e preservar uma memória pessoal ou coletiva sobre fatos, pensamentos, estudos e ambientes são desafios de diferentes campos científicos. A história se encarrega desse trabalho, assim como a psicologia social, a arquivologia, a museologia, entre outras. Quando a informação a ser recuperada é gerada, destinada ou de interesse do campo da saúde, mais vieses científicos se juntam a esse trabalho em torno da busca e proteção memorialística. Cada um com seus objetivos e métodos, ora conversando entre si, ora trabalhando separadamente. A CI também tem a memória como um dos temas de sua abrangência, a memória registrada, como afirma Marcos Galindo (2015), sinônimo de informação, na qual se inserem os documentos de diferentes áreas do conhecimento, como a da saúde.

Nesta seção é feita uma discussão sobre temas que dão base conceitual e teórica à pesquisa sobre os Anais da FMR, considerados memória da comunicação científica e submetidos ao presente estudo para identificação de registros da condição social de pacientes, passíveis de retratar a pobreza e, conseqüentemente, a determinação social para adoecer e morrer.

A amostra de sete volumes, publicados entre 1934 e 1940, reúne informações produzidas na década de 1930. Era um tempo de transformações no campo científico da saúde, com crescente geração de conhecimento na área da microbiologia, repercutindo na identificação e tratamento das doenças que mais matavam a população na América Latina naquele período, as infecciosas, muitas delas, entretanto, atreladas com o passar dos anos e dos estudos de linha ecológica e social à desigualdade entre classes. A terceira década do século XX também foi uma época de turbulência política no mundo e no Brasil.

O quadro teórico e conceitual selecionado defende a memória científica como memória social, no caso específico da pesquisa, como memória registrada em publicação. A análise se

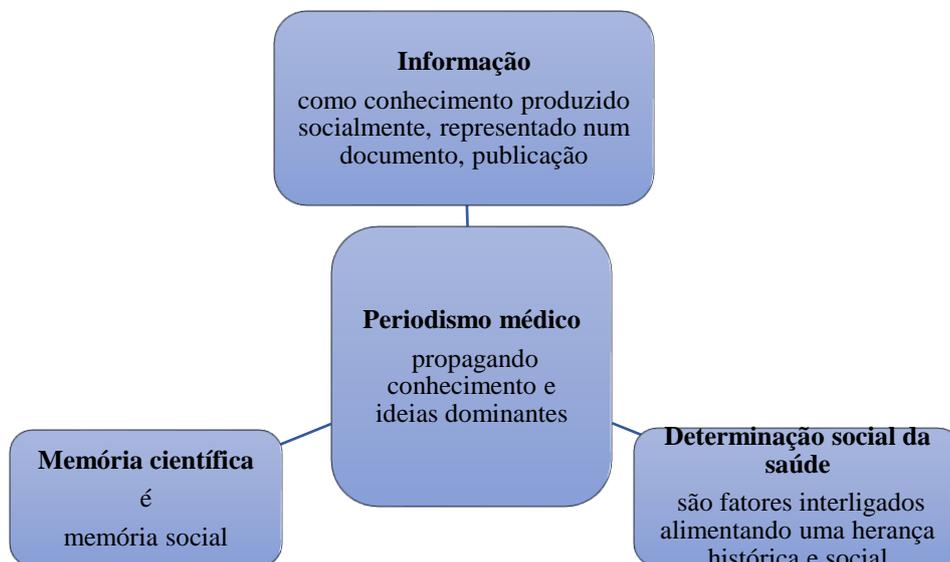
---

<sup>3</sup> FROHMANN, B. O caráter social e público da informação. In: FUJITA, M. S.; MARTELETO, R. M.; LARA, M. G. (Org.). **A dimensão epistemológica da Ciência da Informação e suas interfaces técnicas, políticas e institucionais nos processos de produção, acesso e disseminação da informação**. São Paulo: Cultura Acadêmica; Marília: Fundepe, 2008. p. 19-34.

voltará à informação registrada, que constitui memória de um tempo e da ciência, sem perder de vista o ambiente social, político e cultural na qual foi produzida.

O primeiro item discute memória como registro de informação, documento e sua perspectiva social, enquanto o segundo detém-se na memória da ciência e da saúde, abrangendo os documentos médicos, as publicações e o periodismo da área em Pernambuco no século XX. O terceiro item aborda o adoecimento, as políticas e concepções de saúde, mostrando o impacto das doenças infecciosas e da mortalidade infantil na década de 1930, as políticas sanitárias focadas no higienismo e no poder federal da Era Vargas, a influência da eugenia e o avanço da microbiologia fortalecendo a visão biomédica. Aborda também o conceito de determinação social na saúde pública e em outras narrativas, como na obra de Josué de Castro. E encerra com uma discussão sobre a importância do contexto nos estudos sobre informação, para o entendimento das mensagens. Pois mesmo científicas, podem estar a serviço de um pensamento social dominante (Figura 1).

**Figura 1** -Principais conceitos abordados na pesquisa sobre os Anais da FMR



Fonte: A autora com base na literatura de referência (2019).

## 2.1 Memória científica: registro de informação, documento e herança social

É comum definir memória como lembrança de fatos passados verbalizada no presente (memória oral) ou recordada a partir de anotações (registros, memória escrita) em diários,

agendas, do que foi formalizado em cartas, memorandos, atas, certidões. Esse conteúdo memorialístico inclui fotos, desenhos, pinturas, esculturas, vídeos, objetos outros que também são carregados de significados, recuperando a cada exploração o que ficou para trás.

Na CI, escreve Galindo (2015, p. 65), “memória aproxima-se mais do conotativo de estoque de informação, invocando a condição de registro memorial da herança cultural humana”, seja ela de ontem ou de centenas de anos. Para o autor, é papel da CI buscar “entender a natureza dos registros e os fenômenos que envolvem a criação, o tratamento e o uso social da informação”.

### ***2.1.1 A perspectiva do documento como suporte de memória***

E afinal o que é informação, senão todo conhecimento registrado em forma escrita, oral ou audiovisual, como responde Le Coadic (2004). Buckland (1991) engloba nessa definição de informação não só o conhecimento em si, mas o processo em que ele se dá e coisas que informam, seja um dado ou um documento.

Guinchat e Menou (1994, p.41) definem documento como “suporte material do saber e da memória da humanidade”. E diferenciam os documentos, uns dos outros, conforme as características físicas (natureza, material, tamanho, forma de produção, por exemplo) e intelectuais (objetivo, conteúdo, assunto, forma de difusão). Quanto à natureza, listam documentos textuais e não textuais, exemplificando os primeiros como os livros, os periódicos, as fichas e os documentos administrativos. Nesse grupo estão os publicados comercialmente, vendidos nas livrarias, os impressos com tiragem limitada e restritos a um grupo, secretos, além de outros de caráter pessoal, particular, como as cartas manuscritas trocadas entre amigos.

Antes de Buckland e de Le Coadic, o belga Otlet (2007), na década de 1930, referiu-se a documentos como “capital de ideias que se acumula”. Ao tratar da história e evolução da documentação, retratou o século XX como a terceira época, de uma comunicação com aparatos mecânicos, com publicações periódicas, inovação dos textos por imagens e diagramas por exemplo. Dos pensamentos primitivos à concretização do livro, a publicação alcançaria a condição “de ciência sintetizada, documentada, visualizada, matematizada, condensando-se para chegar melhor, mais longe e mais alto” (OTLET, 2007, p. 39).

Considerar o documento e não só a informação contida nele amplia a perspectiva de análise na CI, como defendem alguns cientistas. Quando a pesquisa se detém somente na

informação, desprezando o documento, é como se estivesse se separando das práticas sociais, políticas, econômicas e culturais nas quais os conteúdos informacionais foram produzidos, afirma Araújo (2017). O autor explica que observar o documento como objeto material e de valor simbólico é uma abordagem da neodocumentação ou redocumentação, movimento iniciado por Otlet e continuado por Suzanne Briet (França), López Yepes (Espanha) e Bradford (anglo-saxão), que valorizam o documento. Segundo o estudioso brasileiro, Rayward<sup>4</sup> e Frohmann estão no grupo dos que propõem a substituição do termo “informação” para “documento”. “O documento traz as marcas de seu contexto, de quem o produziu, do suporte em que está inscrito, de suas dimensões e tamanho, de seus aspectos estéticos, entre outros” e a neodocumentação “busca reconciliar o estudo da informação e a vida social” (ARAÚJO, 2017, p. 18).

Para Frohmann (2008, p. 21), “se ‘documento’ nomeia a materialidade da informação e se a materialidade é importante para o entendimento dos aspectos públicos e sociais da informação”, estudos da documentação, por consequência, importam aos da informação. Ortega e Saldanha (2019), ao discutir o conceito de documento na perspectiva original, e na abordagem mais recente, demarcam algumas diferenças. Na primeira, o documento é visto como produto de ações de mediação. A mais recente abraça uma perspectiva de relações de poder, históricas, sociais e políticas, por exemplo.

Pode-se acrescentar que considerar a informação num objeto material e simbólico pode conferir ao documento status de monumento, o que se aproxima do valor de memória, ao mesmo tempo em que propicia a análise mais abrangente, mesmo quando o objetivo principal do estudo centra-se no seu conteúdo.

Portanto, uma publicação científica rara pela informação nela impressa, seu formato ou seu suporte, é um documento que atende às duas concepções, seja produto das mediações, por ser ao mesmo tempo mensagem e veículo, ou um objeto que confere ou é instrumento do poder. Longe do que as grandes corporações reproduzem nas mídias de massa, as revistas de artigos científicos, especialmente no passado, tinham público mais limitado pela capacidade de multiplicação, mas eram a voz de uma comunidade que ditava conhecimento e tendências a seus pares.

No século XXI, os documentos tornaram-se mais visíveis e socializados em razão dos inúmeros recursos tecnológicos, a exemplo da digitalização de impressos. Entretanto, podem

---

<sup>4</sup> Bibliotecário australiano, estudiosos da obra de Otlet ([www.alia.org.au](http://www.alia.org.au)).

se tornar mais esquecidos e até desprezados na concorrência com novas informações e memórias recentes que surgem a cada minuto, haja vista a globalização permitida pela internet. Daí ser importante não só a preservação, mas o acesso e o valor conferido a eles.

### ***2.1.2 Memória social e o documento científico***

Publicações registram memória pessoal, individual, particular, assim como memória coletiva, de um grupo, família, instituição e de qualquer organização. Quando uma memória sofre influência, na sua construção ou no seu resgate, da sociedade, do pensamento dominante, da interação com o ambiente físico, social, político e cultural, a conotação é de memória social, seja ela individual ou coletiva.

Para Halbwachs (2006, p. 7, 8), é impossível conceber a recordação e a localização das lembranças sem a referência dos contextos sociais.

[...] ela (a memória individual) não está inteiramente isolada e fechada. Para evocar seu próprio passado, em geral a pessoa precisa recorrer às lembranças de outras, e se transportar a pontos de referência que existem fora de si, determinados pela sociedade. Mais do que isso, o funcionamento da memória individual não é possível sem esses instrumentos que são as palavras e as ideias que o indivíduo não inventou, mas toma emprestado de seu ambiente (HALBWACHS, 2006, p. 72).

Na produção científica brasileira em torno do tema, Almeida e Oliveira (2018, p. 6066) destacam a frequente ressignificação da memória, que se “reconstrói e adquire significados a partir do acesso de usuários a ela, e seu uso em trabalhos diversos [...]”. Para as autoras, “os documentos são fontes de informação e possibilitam o acesso a uma memória do grupo, que se mantém no presente devido à preservação documental”. Inspiram-se em Gondar (2008), que, ao discutir as noções de memória individual, memória coletiva e memória social, trata da polissemia em torno da terceira e considera que “em vez de recuperada ou resgatada, a memória possa ser criada e recriada a partir de novos sentidos que a todo o tempo se produzem tanto para sujeitos individuais quanto para os coletivos, já que todos são sujeitos sociais”. (ALMEIDA; OLIVEIRA, 2018, p. 6066).

Abordando a memória científica, objeto desta pesquisa, como memória social, não há como negar ressignificações para fins de estudos históricos ou de evolução da ciência e da sociedade. É necessário, entretanto, esclarecer o que tem valor memorial em meio à produção de pesquisas. Brito (2002) refere-se a todo material produzido e acumulado no decorrer das

atividades científicas e ao que está relacionado ao desenvolvimento da pesquisa, difusão e acesso, como memória científica.

Do relato da vida e da obra do cientista, feito por terceiros, aos registros deixados por ele em cartas, diários, relatórios, laudos e em publicações periódicas como prova documental do estudo que desenvolveu, tudo compõe a memória científica, podemos exemplificar então. E a revista científica - um suporte informacional dessa memória-, especificamente, perpetua o passado para novas gerações, quando devidamente guardada e preservada, correspondendo à definição de memória dada pelo historiador Le Goff (2003).

O que ficou registrado sobre estudos médicos nos Anais da Faculdade de Medicina do Recife (FMR) de 1930 a 1944 é, portanto, memória da ciência, dos cientistas, das vidas ali retratadas e de uma leitura sobre a sociedade construída sob diferentes influências. Inútil desprender dela o fenômeno social da sua construção ou reinterpretação à luz do presente. São achados e concepções dos cientistas num determinado tempo, com conceitos herdados de antecessores e construídos naquela época num território físico, político e cultural, revisitados em circunstâncias também diversas por estudiosos de formação e visão particulares, influenciadas sempre pela sociedade.

Por mais inovador e singular que seja o registro da memória científica, ela carrega em si conhecimento acumulado anteriormente e na vivência social, reconstruído a cada rememoração e nova visita a esta memória no presente, por quem a compôs ou com ela entra em contato. Ulpiano Meneses (1992, p. 22) já dizia que “a memória, como construção social, é formação de imagem necessária para os processos de constituição e reforço da identidade individual, coletiva e nacional.”

No Brasil há um despertar da comunidade acadêmica para a importância da preservação da memória com a criação de grupos de trabalho para diagnosticar e propor diretrizes para a gestão arquivística de documentos científicos (ABRAHÃO, 2010). Por outro lado, programas de pesquisa voltados à memória em diferentes disciplinas são instituídos e os conteúdos relacionados à saúde despertam uma parte desse interesse.

## **2.2 Memória da medicina e da saúde**

Nas duas últimas décadas estudos sobre a memória e a história da saúde no Brasil têm sido produzidos com inúmeros objetivos por diferentes campos. Quando analisam informações

construídas no passado, a história, a história das ciências, a história social da medicina, a sociologia, a saúde pública, a comunicação e a ciência da informação ajudam a preservar a memória do saber médico e da saúde. Revelam achados que reúnem enfermidade física, evolução e relações humanas, avanço científico e tecnológico, entre outros temas.

Teixeira (1997, p.231), por exemplo, mostrou na obra do sociólogo Gilberto Freyre, *Casa Grande & Senzala*, “a influência do movimento em favor do saneamento dos Sertões na década de 1910”. Pesquisando a fotografia dos higienistas brasileiros como instrumento de trabalho na primeira metade do século XX, Rodrigues e Marinho (2009, p. 477) encontraram “imagens em tom de denúncia, recuperando o ambiente urbano da época, marcado pela falta de infraestrutura e de habitações adequadas”.

Moreira, Bochner e Alencar (2015, p.77), que estudaram as teses de doutoramento da Faculdade de Medicina da Bahia, produzidas entre 1853 e 1935, concluíram que “os principais problemas de saúde pública existentes em Salvador entre meados do século XIX e as três primeiras décadas do século XX estão refletidos nos estudos realizados por parte dos formandos” da escola. A tuberculose e a sífilis, segundo eles, também eram temas frequentes das teses constantes no acervo da Fiocruz referente a mesma época. No entanto, consideraram aquém do esperado o número de teses sobre febre amarela, então grave problema de saúde pública.

Ao estudar os prontuários médicos do Hospital de Manguinhos (da Fundação Oswaldo Cruz) no Rio de Janeiro, referentes ao período de 1918 a 1940, Guimarães (2014) considerou esses documentos fontes para além do seu objetivo inicial, de pesquisa clínica, dando uma pista da variedade de informações que podem ser extraídas na análise do material:

[...] Os prontuários médicos a que nos referimos são apenas parte do projeto de uma história de diversas doenças que foram objetos de pesquisa no Hospital de Manguinhos até 1940, como a própria doença de Chagas, as leishmanioses, a malária, a boubá, a sífilis e a esquistossomose. Entre tantas facetas, sua análise contribui para entendermos o processo de desenho de pesquisas e de redação de artigos científicos, além de possibilitar conhecermos os perfis de alguns pesquisadores que buscavam ‘enquadrar doenças’, parafraseando Rosenberg e Golden (1977) [...] (GUIMARÃES, 2014, p 11).

No referido estudo, que visitou as memórias científicas de Carlos Chagas, a autora resgatou registros do primeiro eletrocardiograma incorporado às pesquisas clínicas no Brasil, em 1921, realizado num paciente de 12 anos.

Os documentos médicos, com toda sua variedade, têm se mostrado como uma fonte importante de resgate de informações.

### ***2.2.1 Documentos da memória médica: de prontuários a relatórios de necropsia***

Pelo conjunto normativo existente no Brasil para controle profissional e da saúde pública, podem ser considerados documentos médicos aqueles gerados no exercício da medicina que atendem a exigências de autoridades sanitárias, da gestão dos hospitais, ou do conselho que regulamenta a prática da medicina. Asseguram, por consequência, o direito do paciente e familiares à informação, a sua evolução para fins de análise da equipe de saúde, transparência no controle de contas do setor público ou privado, vigilância às doenças, da Previdência Social, de questões trabalhistas e judiciais, além de estudos posteriores, como os que se dedicam à história, memória e à informação.

Portanto, registros médicos englobam formulários administrativos, prontuários, receituários, atestados, laudos, guias para internação e exames, os cartões de vacina entre outros, conforme a lista de 100 documentos elaborada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), publicada em anexo à Resolução CFM 1.974/2011. A norma, voltada a explicitar como deve ser a publicidade médica, informa em seu artigo 11 que os documentos médicos devem ser elaborados de modo sóbrio, impessoal e verídico.

Tais registros, gerados em consultórios, hospitais e em outros serviços de controle sanitário, podem ser classificados como documentos textuais, que apresentam informações em forma de texto escrito, em suportes como fichas, livros e periódicos, e acompanhados ao mesmo tempo de iconografias, a exemplo de imagens, gráficos, tabelas, quadros, como define Guinchat e Menou (1994). Os autores observam que o conteúdo num documento textual pode ser avaliado a partir do assunto tratado, da forma de apresentação, acessibilidade, do nível científico, entre outros aspectos. Mesmo antigo e desatualizado, um documento não perderia seu valor, conforme os autores, quando se traduz num testemunho importante da época em que foi gerado.

#### **2.2.1.1 A memória escrita nos prontuários**

Dentre os documentos médicos, o prontuário parece ter atraído maior atenção da CI no Brasil, considerando o número de publicações disponíveis em repositórios em relação a registros impressos e eletrônicos. Pinto (2006, p. 117) refere-se a ele como “memória escrita da história do doente, indispensável para a comunicação intra e entre a equipe de saúde e o paciente, a continuidade, a segurança, a eficácia e a qualidade de seu tratamento, bem como da

gestão das organizações de saúde”. A pesquisadora afirma que a informação registrada no campo da saúde é necessidade cada vez mais presente em todas as sociedades, questão, aliás, valorizada há muito tempo, conforme expõe. Na Antiguidade Clássica as anotações iconográficas referentes às enfermidades tomaram a forma de desenhos nas cavernas. Na era de Hipócrates, século V a.C., as anotações médicas, que refletissem exatamente o curso da patologia e indicassem as suas possíveis causas, já eram valorizadas. Esses registros, conforme Pinto (2006), constituem a gênese do prontuário do paciente.

Bertolli Filho (1996) estudou prontuários médicos, listando características encontradas num conjunto que foi a base da reconstrução, feita por ele mesmo, da história social da tuberculose no Brasil de 1900 a 1950 (1992). Aponta as seguintes informações presentes nas fichas dos usuários de serviços de saúde: A) exames de laboratório; B) outros exames; C) diagnóstico; D) identificação do paciente (número do prontuário, nome, nacionalidade, profissão, procedência, idade, sexo, cor, estado civil, data de entrada, data de saída; E) dados etiológicos (antecedentes familiares, tais como tuberculose e moléstias do aparelho respiratório, antecedentes pessoais, indicando oito informações: estado anterior de saúde, moléstias anteriores como escrófulas, defluxos frequentes, bronquites, pleurísias, pneumonia, cárie, tumor branco, infecções, gripe etc., além de doenças venéreas, outras infecções, hábitos e condição de vida, consumo de café e chá, consumo de álcool e de fumo); F) moléstia atual, considerando principal queixa e duração, história da moléstia (início da evolução, febre, calafrio, fraqueza geral, emagrecimento progressivo, suores noturnos, dores, tosse, expectoração, dispneia, sintomas laríngeos etc.), interrogatório sobre taquicardia, apetite, perturbações dispépticas, prisão de ventre, cefaleia, vertigens etc.; G) exame físico, listando hábitos, altura, peso, temperatura, pulso, respiração, pressão arterial máxima e mínima, posição, cianose, dispneia, palidez, impressão geral, nutrição, gânglios, sinal de lues, ouvidos, nariz, amígdalas, faringe, laringe; H) aparelho respiratório; I) aparelho circulatório; J) aparelho digestivo; K) aparelho geniturinário, L) sistema nervoso, M) raios X e N) tratamento e evolução da moléstia.

O pesquisador observou nos prontuários investigados, além das informações listadas, anotações extras, “observações comprometidas com a sensibilidade social” (BERTOLLI FILHO, 1996, p.176), como a referência a doenças venéreas “típicas de gente depravada”, “impressão geral do paciente como ‘feio de dar medo’”, ou “‘nariz gracioso’ e ‘palidez que me encanta’”. E sobre a morte? O que documentos médicos podem revelar a partir do cadáver?

### 2.2.1.2 Registros de necropsia: informações da morte para entender a vida

As fichas de necropsias, que desde a organização dos primeiros serviços de saúde relatam características do cadáver e tentam elucidar a causa de morte dos doentes, carregam também o seu valor informativo e memorial, pode-se supor, alimentando a Declaração de Óbito. A D.O. é documento importante para a saúde pública e para a medicina legal, ajudando a vigilância epidemiológica a desvendar surtos e anormalidades, como alimenta também os processos judiciais no esclarecimento de mortes violentas.

Azevedo *et al* (2012) afirmam que estatísticas vitais constroem o perfil epidemiológico da população e ajudam no planejamento e na organização de serviços de saúde. No Brasil, na atualidade, segundo os autores, as mortes são registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), a partir da D.O. Cabe ao médico assistente do paciente emitir essa declaração quando as causas são naturais. Não havendo diagnóstico ou total desassistência ao portador de uma provável doença, a causa mortis passa a ser tarefa do Serviço de Verificação de Óbito (SVO), por meio da autopsia ou necropsia. O esclarecimento de mortes violentas é de responsabilidade dos Institutos de Medicina Legal (IML).

Entre os séculos XVII e XIX a ciência médica teve um rápido desenvolvimento no mundo, apoiado nos avanços da anatomia na dissecação de cadáveres, que levou ao surgimento da fisiologia e da patologia. Essa última foi responsável pela geração de um sistema classificatório para as doenças, considerado uma das maiores contribuições dos primeiros estágios da medicina científica, citam Oliveira e Egry (2000) em artigo sobre a historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença, baseadas em publicações de Luz e de outros autores.

Foucault (1980) situa a partir do século XVIII a experiência centrada na anatomia patológica, que mostra as doenças a partir das lesões celulares. Essa visão unicamente biomédica, criticada pelo excesso de tecnicismo e pouca aproximação entre o profissional e o doente, foi questionada por Canguilhem (2005), que considerava as doenças como dramas da história humana, indo, portanto, além de um aspecto físico.

No Brasil, os Departamentos de Anatomia Patológica e os Serviços de Verificação de Óbito (SVO) geravam informação para produção de estudos que elucidaram doenças. No Recife, Octávio de Freitas (1944), que liderou a luta pela implantação da FMR, conta que o SVO começou a funcionar em 1 de março de 1933.

[...] Os alunos do quarto ano médico aí comparecem todos os dias, assistindo a inúmeras autópsias realizadas, recebendo explicações não somente quanto às lesões macroscópicas, como também histológicas e bacteriológicas. As instalações deste importante serviço sofreram posteriormente grandes reformas, sendo construído um excelente prédio com todos os requisitos necessários para o bom desempenho das funções para o qual foi ele criado, tornando deste modo um apreciável instituto de anatomia patológica (FREITAS, 1944, p.136).

Em que pese a importância da patologia até os dias atuais e o valor da medicina científica do início do século XX, a análise de cadáveres ocorria com maior frequência para esclarecimento da mortalidade de pessoas de menor renda. Por terem difícil acesso a serviços de saúde, morriam sem diagnóstico prévio (MAGALHÃES FILHO, 1997) e a causa mortis só podia ser desvendada na necropsia. Essa informação não só dava uma satisfação à família do morto, como, pelo documento gerado, passava a orientar a autoridade sanitária e os estudos científicos, como foi o caso da FMR, assunto a ser detalhado na história da faculdade.

Os documentos, portanto, são fontes para estudos e esses, para serem aceitos pela comunidade científica, precisavam e precisam até hoje de visibilidade. Daí a etapa importante de comunicar projetos, métodos e resultados por meio de publicação especializada e de popularizar a ciência com a divulgação em outros meios. O periodismo médico nasce na perspectiva de compartilhar informação com os pares, a comunidade científica formada por pesquisadores e alunos.

### ***2.2.2 Periodismo médico, definição e atividade no Brasil até o início do século XX***

Otlet (2007, p. 143) define periódicos como “publicações de mesma ordem que aparecem periodicamente, em intervalos regulares ou irregulares, com uma numeração consecutiva”. Entre os exemplos de sua época, cita *Le Siècle Médical*, de Paris, com 14 páginas, bimensal, reservada ao corpo médico, criada em 1927.

Acerca das partes de uma revista (científica), refere a composição de um editorial que apresenta alguns feitos, artigos sobre estudos particulares ou que expõem um problema com maior extensão, entre outros elementos. Quanto aos anuários, diz que “dão conta de uma forma mais ou menos completa de trabalhos feitos durante o ano sobre uma ciência determinada e publicada em línguas diferentes [...]” (OTLET, 2007, p.165).

Embora não seja possível indicar com exatidão a origem das pesquisas no mundo e a comunicação das mesmas, Meadows (1999) atribui aos gregos, na Antiguidade, remotas atividades científicas, com troca de experiência entre os pares, inicialmente de forma oral e depois, manuscrita. Ainda de acordo com o estudioso, houve uma evolução gradual, em 300

anos, da forma de apresentação das informações, predominando um padrão de modelo: artigos apresentados por título seguido pelo nome do autor. O corpo principal do texto constitui-se de introdução, metodologia, resultados do experimento e conclusão, seguidos de uma lista de referências de outras publicações citadas no trabalho.

Sobre o periodismo médico, Ferreira (1999), menciona que até o final do século XVIII, na Europa, as revistas assim classificadas não traziam exclusivamente trabalhos originais. Compilação de informações contidas em livros e em correspondências entre cientistas, assim como atividades desenvolvidas nas academias integravam o conteúdo dessas edições. As publicações brasileiras, acrescenta o pesquisador, seguiram inicialmente esse modelo, divulgando artigos e notícias traduzidas de jornais ou revistas estrangeiras.

#### 2.2.2.1 Jornais e revistas médicas brasileiras: do Império à República

No século XIX, a produção brasileira original começou a ganhar espaço. Ferreira (1999) considera o nascimento do periodismo médico no Brasil como expressão de uma valorização relativa da ciência por parte das elites dirigentes luso-brasileiras. Destaca, entre as publicações, nesse tempo, do *Propagador das Ciências Médicas* (1827-28), *Semanário de Saúde Pública* (1831-33), *Diário de Saúde* (1835-36), *Revista Médica Fluminense* (1835-41) e a *Revista Médica Brasileira* (1841-43).

Rodrigues e Marinho (2009), por sua vez, dão destaque ao periódico *Brazil-Médico* (1887-1971), como o que concentrou o maior número de publicações no país entre os séculos XIX e XX. Semanal, divulgava em primeira mão as descobertas, levando os fatos a domínio público, explicam as pesquisadoras, que citam Weltman (2002, p.526). As autoras fazem referência ainda à *Gazeta Médica do Rio de Janeiro* (Rio de Janeiro, 1862-1964) e à *Gazeta Médica da Bahia* (Bahia, 1866-1972).

A *Gazeta Médica da Bahia* (GMBahia), considerada a primeira revista médica brasileira estritamente com publicações científicas, trazia trabalhos originais desde o primeiro número, em 1866, conforme exposto no acervo digitalizado pela universidade federal daquele estado. O periódico circulou regularmente até 1934 e depois entre 1966 e 1972, com número avulso em 1976. Todos os trabalhos publicados até esse ano foram digitalizados no século XXI, quando também a *Gazeta* voltou a ser editada, precisamente em 2004. Entre as pretensões da GMBahia estava a difusão do progresso da ciência nos países mais cultos e o estudo das questões que interessavam ao Brasil (*Gazeta Médica da Bahia*, 1866).

Exemplares da década de 1930 da GMBahia, digitalizados e disponíveis no site da revista, apresentam conteúdo misto: divulgação de aulas, programação de cursos e boletins das Sociedades Médicas da Bahia, além de atas de reuniões transcrevendo comunicações orais sobre parto e aparelhagem na pediatria, por exemplo. Também fazem parte dessas edições listas de publicações enviadas ao periódico. Os textos estão diagramados em duas colunas, contêm sumário, introdução, três seções (trabalhos originais, registros clínicos e reproduções da imprensa estrangeira), acompanhados de referências bibliográficas citadas no rodapé.

Na passagem do século XIX para o século XX a produção científica no Brasil havia crescido, acompanhando não só o surgimento de novas escolas médicas<sup>5</sup>, mas também dos institutos de pesquisa. Com a evolução do paradigma microbiano na explicação do adoecimento a partir das descobertas do francês Louis Pasteur<sup>6</sup>, o Brasil deu início às pesquisas biomédicas com fundação de institutos voltados a esses estudos, tais como o Soroterápico Federal, origem da atual Fundação Oswaldo Cruz (no Rio de Janeiro), e o Butantan (em São Paulo). Com equipe renomada de pesquisadores, dentre os quais Carlos Chagas (descobridor da doença de Chagas) e Arthur Neiva (referência nas expedições sanitárias), a instituição carioca produziu, na primeira década de 1900, “120 artigos originais, publicados em periódicos científicos nacionais e estrangeiros altamente seletivos”, descrevem Rodrigues e Marinho (2009, p. 527).

As mudanças afetaram a produção e a representação do conhecimento. Ao final do século XIX a comunicação médico-científica no Brasil já utilizava a fotografia como informação adicional. Silva (2014) confirmou a presença desse tipo de ilustração ao estudar revistas médicas brasileiras, mas não conseguiu precisar quando começou o uso, em razão da raridade de coleções preservadas ou franqueadas à pesquisa no país até 1890. Constatou que a medicina foi “um dos ramos da atividade científica que mais absorveu a nova técnica de produção de imagens, que prestou serviços à clínica, à cirurgia, à histologia, à fisiologia e à medicina legal” (SILVA, 2014, p. 347).

---

<sup>5</sup> As duas primeiras escolas de medicina no Brasil foram autorizadas por Dom João VI, em Salvador (BA), em 18 de fevereiro de 1808, e no Rio de Janeiro, em 5 de novembro do mesmo ano. Até a década de 1950, havia 27 escolas médicas no país, a maioria federais (Tonelli, 2016, Boletim da UFMG, n. 1942, 30 de maio de 2016). Disponível em: <http://www.ufmg.br/boletim/bol1942/2.shtml>. Em 2018 um total de 323 cursos médicos funcionavam no Brasil (OLIVEIRA, *et Al*, 2019), disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462019000100509](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100509).

<sup>6</sup> Viveu no século XIX, descobriu as propriedades bactericidas do cogumelo *Penicillium notatum*, que resultou na síntese da penicilina por Alexander Fleming em 1929, e desenvolveu a vacina antirrábica. Em 1862, os estudos de Pasteur sobre germes levaram ao avanço da microbiologia (FIOCRUZ), disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/Biograf/ilustres/louis.htm.2>

Para Le Goff (2003, p. 460), a fotografia é um dos fenômenos das manifestações importantes ou significativas da memória coletiva no século XIX, porque “revolucionou a memória”, multiplicando, democratizando e dando a ela “precisão e verdade visuais nunca antes atingidas, permitindo, assim, guardar a memória do tempo e da evolução cronológica”. No século XXI, cientistas brasileiros da informação, como Figueiredo e Saldanha (2018, p.316), consideram a imagem científica como recurso secular que contribuiu para a compreensão de fenômenos, ampliando, em sua forma, as possibilidades de análise. Baseados no Tratado de Documentação de Otlet, que se refere à imagem como fonte documental e representação da realidade e da inteligência, os autores afirmam que as ilustrações podem ser divididas em “imagens reais, esquemáticas e decorativas”.

#### 2.2.2.2 Notas sobre o periodismo médico em Pernambuco entre os séculos XIX e XX

Sede das primeiras publicações médicas no país (COSTA E ROCHA, 1985) - considerando a História Natural do Brasil, de 1648, de Willem Pies ou Guilherme Piso, médico da Companhia das Índias que acompanhou o holandês Maurício de Nassau -, Recife ganhou projeção no campo antes mesmo de ter uma escola de medicina produtora de conhecimento, instalada a partir da década de 1920. Silva (2016, p.3) conta que a vinda de Nassau ao Brasil “trouxe mais de 46 ‘cientistas, artistas e artífices (...) dos Países Baixos’” (BOXER, 1961, citado por SILVA, 2016, p.3). De acordo com a autora, Guilherme Piso (1611-1678) e o botânico Jorge Marcgrave (1610-1644) observaram a natureza e os aspectos da população, publicando estudos sobre plantas, animais, nativos, doenças e clima nas obras História Natural do Brasil (1648) e História Natural e Médica da Índia Ocidental (1658).

Freitas (2018, p. 74) registra, em livro escrito em 1943, que o primeiro jornal médico local foram os Anais de Medicina Pernambucana, publicado de 1842 a 1844:

[...]quem procurar ainda hoje repassar as suas 345 páginas encontrará nelas estudos dos mais interessantes e instrutivos, firmados por homens de grande autoridade científica e profissional como Maciel Monteiro, Morais Sarmento, Simplicio Mavignier, Pedro Dornelas, Aquino Fonseca e Eustaquio Gomes. Depois desta revista apareceu outra em 1874 – Anais do Instituto Médico Pernambucano – na qual escreveram valiosos artigos Cosme de Sá Pereira, Ermírio Coutinho, Malaquias Gonçalves e Estevão Cavalcanti.

Além desses dois periódicos, Freitas (2018, p. 75) menciona mais três do século XIX e outros 14 lançados entre 1905 e 1938, dos quais o Jornal de Medicina de Pernambuco, “com seus 38 anos de existência e considerado o mais antigo periódico médico do Nordeste brasileiro”, de 1905, a Revista Médica de Pernambuco, de 1930, à época se mantendo pelo

décimo segundo ano, Arquivos de Cirurgia e Ortopedia, de 1933, com quase dez anos, e Neurobiologia, desde 1938.

Numa coleção que começou a ser publicada na década de 1960, Nascimento (versão eletrônica, 2008) listou pelo menos dois exemplos de periódicos da área de saúde publicados em Pernambuco no século XIX: Annaes do Instituto Médico Pernambucano (1874), o mesmo mencionado por Freitas (2018) com outra grafia, e a Revista de Farmacia (1884-1885). Em relação ao século XX, fez referência aos Archivos de Higiene Publica e Medicina Tropical (1915), Jornal de Medicina de Pernambuco (1905), Archivos de Medicina de Pernambuco (1925), Evolução Médica (1918), Medicina e Cirurgia (1921), Revista Pharmacêutica (1920), Revista de Medicina (1923), Revista Médica (1929), Jornal Saúde e Assistência (1923), Revista Médica de Pernambuco (1931), Revista Acadêmica (1931), Archivos da Assistência a Psychopathas de Pernambuco (1931), Archivos do Hospital do Centenário (1932), Anuario do Departamento de Saúde Pública (1932), Jornal dos Internos (1933), Boletim de Higiene Mental (1933), Boletim da Liga Pernambucana contra Tuberculose (1934), Revista de Farmácia (1934) e os Anais da Faculdade de Medicina do Recife (1934).

Segundo o autor, os Anais da FMR foram incorporados à imprensa científica do país como divulgação de pesquisas e observações feitas nos serviços da faculdade. Nascimento (versão eletrônica, 2008) refere ainda Medicina Acadêmica (1935), Anais de Oto-rinolaringologia (1935), Correio Médico (1935), Arquivos da Clínica Dermato-Sifilológica do Hospital Pedro II (1935), Recife Médico e Odontológico (1936), Recife Médico (1937), Annaes da Sociedade de Biologia de Pernambuco (1938), além de Neurobiologia e Arquivos do Serviço de Pronto Socorro do Recife (1939).

Costa e Pessoa (1985) também fazem referência aos Anais da FMR quando listam 83 periódicos médicos editados em Pernambuco de 1842 a 1981, destacando que grande parte da produção estava desaparecida em razão da falta de recursos para preservá-la.

A variedade de títulos reforça a época produtiva das ciências médicas e da saúde na circulação de informações técnicas e científicas. Afinal, ainda com poucas escolas e questões obscuras a esclarecer no processo saúde-doença, médicos, sanitaristas e pesquisadores precisavam trocar informações, discutir e sugerir caminhos frente às inúmeras questões sanitárias que afligiam a sociedade.

### **2.3 Adoecimento e classes sociais no início do século XX: indicadores, políticas e teorias**

O cenário brasileiro reunia fome, falta de saneamento, disseminação de todo tipo de doença infecciosa, das causadas por bactérias, como a tuberculose, às parasitoses da cidade e da área rural. Essa realidade será descrita na perspectiva de diferentes autores, assim como conceitos e práticas que inibiram uma avaliação do impacto da desigualdade na saúde. Por último, será apresentada a abordagem da determinação social da saúde, que fortalece o complexo saúde-doença como uma herança social, reforçada pelas más condições ambientais e pela política econômica que define quem pode ter acesso a bens básicos, proteção e assistência.

#### ***2.3.1 Indicadores da desigualdade e da pobreza***

Cláudio Bertolli Filho (2011) descreve um Brasil recheado de doenças infecciosas e parasitárias no início do século XX: Em 1918, na vigência da Velha República, a população rural era em torno de 20 milhões de pessoas; 17 milhões de enfraquecidos por parasitas intestinais; três milhões de vítimas da doença de Chagas; dez milhões atacados por malária e ainda cinco milhões de tuberculosos.

O pesquisador reproduz um depoimento de Belisário Penna (1918, p.7) intitulado Saneamento do Brasil, publicado na Revista dos Tribunaes, em que estima em 80% da população a proporção de analfabetos e “outros tantos dos seus habitantes afetados de várias moléstias ‘evitáveis’, vegetando pelas cidades, pelos campos e pelos sertões [...]”.

Neste cenário também preocupavam febre amarela, epidemias de gripe espanhola e de varíola, cólera, peste bubônica (transmitida por ratos), malária e ancilostomose (o amarelão). Para tratar essa última doença, tracoma e lepra foram organizados serviços de saúde em São Paulo a partir da década de 1930 (BERTOLLI FILHO, 2011).

Sobretudo o Norte e o Nordeste brasileiros eram afetados pelas doenças infecciosas, como relata Prata (1992), atribuindo a essas enfermidades a liderança entre as causas de morte da população das duas regiões no início do século XX. O autor aponta a evidente desvantagem dos pobres nessa exposição. Já os ricos eram “acometidos concomitantemente de morbimortalidades do atraso, das doenças infecciosas, e da modernidade, das doenças cardiovasculares e neoplasias” (PRATA, 1992, p. 171).

Em Pernambuco, por exemplo, o coeficiente de mortalidade infantil na década de 1930 chegava a ser 15 vezes maior que a registrada no presente e a frequência de doenças infecciosas e parasitárias respondia pela maioria dos óbitos entre adultos, lugar dividido hoje pela violência

e as doenças crônicas. O Anuário Estatístico do Estado (1936) aponta que das 8.159 pessoas falecidas em 1934, um total de 2.607 (31,95%) eram de crianças de zero a 1 ano de idade. As diarreias e enterites (inflamações do aparelho digestivo por agente infeccioso) lideravam as causas de morte, ao lado da tuberculose, das pneumonias e da sífilis que atingia a população adulta. Esse seria um arcaico perfil epidemiológico, conforme Freese e Fontbonne (2006), manifestado na elevada mortalidade infantil, baixa expectativa de vida e persistência de doenças infecciosas.

Ao listar as endemias brasileiras do início do século XX, Parahym (1961), mencionou a leishmaniose visceral (calazar), em 1923, e a esquistossomose, em 1934, usando como referência, respectivamente, os estudos e descobertas dos professores Armando Tavares e Aluizio Bezerra Coutinho, da FMR.

Até 1940, 31,2% da população brasileira era urbana, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2003). Em 1936, 41% dos municípios contavam com iluminação pública, conforme o mesmo levantamento. Quanto ao abastecimento d'água, apenas 20 mil logradouros em todo o país tinham esse serviço em 1937, com 780 chafarizes, 77% deles na capital da República, o Rio de Janeiro. A industrialização, acelerada entre as décadas de 1940 e 1950, traria a migração para o espaço urbano, acrescentando outras mazelas e desafios à estrutura das cidades.

Os indicadores sociais considerados nas políticas atuais de saúde ou gerados no campo dela foram oficializados nas Américas a partir da década de 1960. Salvatore Santagata (2007, p. 117) traça uma evolução histórica sobre o tema, conceituando esses indicadores, a partir de outros autores, como construções normalmente quantitativas, baseadas em observações, que falam do aspecto ou de mudanças na vida social:

[...]Nos Estados Unidos, onde os indicadores sociais apareceram pela primeira vez de forma oficial na década de 1960, conforme Altmann (1981), registraram um período bastante conturbado em sua trajetória, marcada por fatos importantes, tais como o assassinato do Presidente Kennedy, a participação na Guerra do Vietnã e os movimentos de protesto protagonizados pelos negros, “chicanos” e porto-riquenhos. Os sociólogos norte-americanos foram conclamados a analisar as causas dos conflitos sociais; a análise econômica não explicava a contento o paradoxo entre o crescimento econômico e as reivindicações sociais não atendidas [...]

Em 1990, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi criado por Mahbubul ul Haq com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2019). O IDH considera renda, educação e saúde como dimensões básicas. A mortalidade infantil e a

expectativa de vida são indicativas da condição ou ausência de saúde de uma sociedade, segundo esta visão.

Na transição dos séculos XIX e XX, entretanto, a ciência médica brasileira estava influenciada pelo crescimento da microbiologia, que conseguia mostrar a ação de agentes biológicos no corpo humano, pelo higienismo que tentava excluir ou afastar dos grandes centros os espaços insalubres, e pela eugenia, a teoria das raças miscigenadas imperfeitas, e outras ideologias em defesa do embranquecimento da população.

### **2.3.2 Higienismo, eugenia e microbiologia**

Miranda (2011, p.499), afirma que no século XIX a medicina era higienista e aliada ao Estado, com ações voltadas “ao saneamento do espaço urbano e às condições da saúde dos habitantes das cidades”.

George Rosen (1994, p. 152) situa o nascimento da saúde pública moderna exatamente neste século, no mundo, durante o desenvolvimento, na Europa, do capitalismo e consequentemente da ascensão dos trabalhadores urbanos na cena política:

[...] No século XIX a fábrica começou a crescer em número e se tornou a forma característica da produção [...] com o crescimento do sistema industrial, eram necessários mais e mais trabalhadores [...] Assim surgiu a necessidade da organização comunitária para proteger a saúde, e se encontraram os meios de atendê-la. A moderna Saúde Pública se originou na Inglaterra porque a Inglaterra foi o primeiro país industrial moderno.

A aglomeração nas cidades, resultado da busca por emprego na indústria, ajudava na difusão de doenças, pelas condições insalubres. O rápido crescimento populacional na Inglaterra entre 1801 e 1861 se refletiu, conforme Rosen (1994, p. 157), em “taxas ascendentes de morte”. Inquéritos sanitários indicavam o adoecimento de trabalhadores, a sujeira dos ambientes e a necessidade de medidas preventivas, que começaram a ser organizadas.

Na Europa ou nas Américas, a abertura de estradas e a construção de ferrovias que facilitavam os transportes trouxeram também preocupações ao poder econômico com a disseminação de doenças, exigindo uma intervenção governamental para sanear os territórios.

No Brasil vivia-se a Velha República (1889-1930). Bertolli Filho (2011) conta que, nesse tempo, antes da Era Vargas, o país foi governado pelas oligarquias dos estados mais ricos, como os cafeicultores paulistas, fase em que sobressaíram ações voltadas à higiene das cidades, inspiradas pelo modelo europeu.

Na transição do século XIX para o século XX, o tempo foi da microbiologia e do higienismo. Carlos Chagas havia descoberto o *Tripanosoma cruzi*, parasito causador da doença que leva o sobrenome do cientista; Oswaldo Cruz, como autoridade sanitária, defendia a vacinação obrigatória contra a varíola que acabou gerando revolta popular. Expedições científicas, como as dos médicos Belisário Pena e Artur Neiva, apontavam “o crítico estado sanitário da população brasileira” (BERTOLLI FILHO, 2011, p. 19). Já naquela época eram as elites as mais beneficiadas pelas políticas que se estenderam pelo início do século XX.

[...] Apesar de as condições de saúde serem mais precárias na área rural, durante a República Velha pouco foi realizado em benefício dos habitantes dessas regiões [...] as transformações urbanísticas e sanitárias surtiram efeito positivo na higiene pública, mas foram as elites econômicas que mais se beneficiaram, recebendo nos bairros onde moravam água encanada, esgotos subterrâneos e serviços de luz elétrica (BERTOLLI FILHO, 2011, p. 21, 22, 24)

O higienismo praticado no Brasil ia de ações sanitárias impostas à população, como as já citadas campanhas de vacinação de Oswaldo Cruz, a resquícios da eugenia (tese das raças imperfeitas fisicamente). O olhar para as principais vítimas das doenças, os mais pobres, nem sempre pretendia correção das desigualdades sociais.

Schwarcz (2006) chama atenção para a obra do médico e advogado baiano Nina Rodrigues, adepto da eugenia. Exatamente no final do século XIX e no contexto da abolição da escravidão, demarcava diferenças entre as raças que justificariam uma hierarquização natural entre elas, apontando para o perigo da ‘degeneração’ em um país caracterizado pela miscigenação. Defendia que a cor da pele e o formato da cabeça justificariam a doença, o comportamento, a tendência ao crime:

[...] Nina Rodrigues seria um dos intelectuais brasileiros mais coerentes de seu tempo, ao adotar o darwinismo social de forma bastante radical, negando o modelo evolucionista social, e ao adotar a criminologia italiana, de Cesare Lombroso, como exemplo de análise [...] ao conferir às raças o estatuto de realidades estanques e ontológicas, passou a advogar que toda mistura de espécies era sinônimo de degeneração [...] não foi difícil vincular os traços lombrosianos ao perfil dos mestiços — tão maltratados pelas teorias da época — e aí encontrar um modelo para explicar a nossa ‘degeneração racial’. Os exemplos de embriaguez, alienação, epilepsia, violência ou amoralidade passavam a comprovar os modelos darwinistas sociais em sua condenação do cruzamento, em sua alerta à ‘imperfeição da hereditariedade mista’ (SCHWARCZ, 2006, p. 48 e 51).

Quanto ao movimento sanitário que defendia a higienização dos espaços e territórios, havia o interesse em evitar que as enfermidades dos pobres alcançassem os ricos, afinal, a transmissibilidade dos vírus e bactérias aproximava as elites das classes populares. A saúde pública precisava, então, interferir. Gilberto Hochman (1998, p. 16) escreve que essa política

nacional de saúde pública foi possível com “o encontro de consciência das elites com seus interesses”, com bases estabelecidas na “negociação entre os Estados e o poder central”.

Nas décadas de 1910 e 1920, o movimento sanitarista difundiu sua interpretação sobre as bases da comunidade nacional e ofereceu soluções políticas e institucionais para transformar uma comunidade fundada nos efeitos negativos da transmissibilidade da doença em sua sociabilidade sustentada na saúde e na higiene de sua população (HOCHMAN, 1998, p. 49).

Ainda de acordo com Hochman (1998), mesmo de conteúdo negativo (por inferiorizar a população), as narrativas de Belisário Pena e Artur Neiva (1916) sobre o que viram no Sudoeste de Pernambuco, Sul do Pará, regiões da Bahia e de Goiás, de alguma forma denunciavam a omissão das autoridades públicas na vida difícil que essas populações enfrentavam, sendo vítimas das endemias rurais: “Descreviam o povo como ignorante, abandonado, isolado, com instrumentos primitivos de trabalho, desconhecendo o uso da moeda, tradicionalista e refratário ao progresso [...] “ ‘vivendo abandonados de toda e qualquer assistência”” (HOCHMAN, 1998, p. 67). O autor conta que em 1917, outro médico, Souza Araújo, relatou semelhante cenário sobre o Norte do Paraná, na área de expansão agrícola onde se disseminava o impaludismo, a malária.

Sobre a microbiologia, inspirada em Louis Pasteur, Benchimol (2003) relata estudos feitos por grupos na Bahia (Escola Tropicalista Baiana), Rio e São Paulo “à luz da teoria dos germes”, em busca dos micróbios causadores de doenças, vacinas e tratamentos eficazes, entre finais do século XIX e início do século XX. Foi a fase dos grandes experimentos e achados científicos sobre febre amarela e outras enfermidades, comunicados pelo periodismo médico. Época em que se destacaram cientistas como Vital Brasil, Adolfo Lutz e Carlos Chagas. Esse último mereceu destaque fora do Brasil, com as descobertas sobre a doença que herdou seu nome. Foi investigada em diferentes aspectos, incluindo a biologia do microrganismo causador, os hábitos do inseto transmissor (barbeiro), das pessoas expostas, sintomas e lesões.

A descoberta simultânea de nova espécie de protozoário e nova doença foi a peça de resistência na Exposição Internacional de Higiene realizada em Dresden, em junho de 1911. No ano seguinte, Chagas obteve o Prêmio Schaudinn, conferido pelo Instituto Naval de Medicina de Hamburgo, por uma comissão que reunia a nata da microbiologia e da medicina tropical. Sua descoberta consolidou a protozoologia como uma das mais importantes áreas de pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz. Ela se deveu ao talento de Chagas e, também, a certas qualidades daquele coletivo, que havia acumulado quantidade expressiva de trabalhos relacionados à profilaxia da malária, à evolução de

parasitos em seus hospedeiros, à sistemática e biologia de insetos transmissores de doenças humanas e animais. (BENCHIMOL, 2003, p.280)

A revolução pasteuriana, entretanto, exauriu-se nesses anos, conclui o autor. A gripe espanhola teria exposto a limitação do poder dos microbiologistas diante de um agente novo, evidenciando a falta de estrutura sanitária e dos hospitais, o que teria agravando a insatisfação com as oligarquias que não davam atenção à saúde coletiva. O Departamento Nacional de Saúde Pública na década de 1920 e novos serviços após a Revolução de 1930 teriam nascido em resposta a esses problemas, avançando com campanhas também na periferia e área rural.

Na Era Vargas, entre 1930 e 1945, o Ministério da Educação e da Saúde Pública promoveu uma remodelação dos serviços sanitários, centralizando e direcionando o atendimento para enfermidades específicas, sem considerar, no entanto, fatores sociais e ambientais, como lembra Muniz (2014). O governo de Getúlio, “punha em prática uma concepção sanitária que não incorporava alimentação, abastecimento de água e condições habitação em suas frentes de trabalho cotidianas”, afirma o pesquisador (2014, p.22), acrescentando:

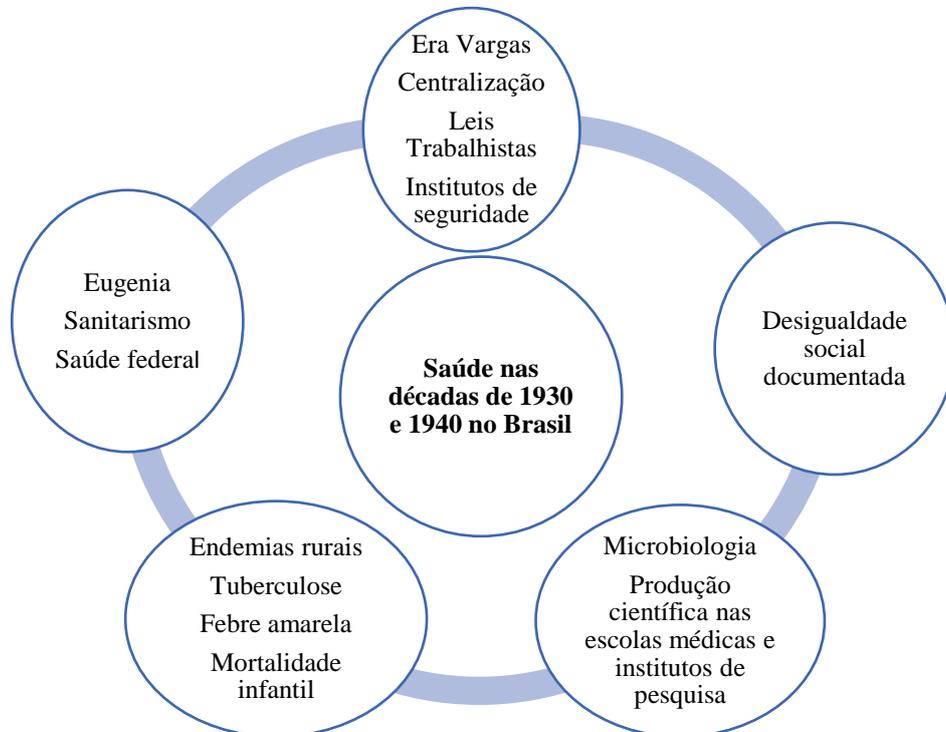
[...] No início do primeiro governo Vargas (1930-1945), medidas relativas à alimentação e ao que contemporaneamente convencionou-se chamar de determinantes sociais da saúde estavam muito distantes das políticas públicas. As ênfases da saúde pública recaíam essencialmente sobre concepções médicas que tinham no controle de doenças sua principal forma de atuação, especialmente no combate àquelas que afetavam o interior, as endemias rurais [...] Através de atividades administradas no Ministério da Educação e da Saúde, sobretudo pelos Serviços Nacionais de Malária, Peste e Febre Amarela, um certo otimismo sanitário, decorrente do relativo sucesso que determinados métodos profiláticos obtinham no controle e na erradicação de algumas doenças, minimizava o peso da medicina social e de condições pré-existentes do organismo relacionadas à imunidade, ao adoecimento e ao quadro nutricional (MUNIZ, 2014, p.22).

Hamilton e Fonseca (2003) contam que a criação de uma pasta exclusivamente para cuidar da saúde já era reivindicada desde a criação do Ministério da Educação e da Saúde. Esse ministério autônomo era uma aspiração de Belisário Penna, que chegou a ser ministro interino da Educação e da Saúde Pública por quatro meses em 1931. Só em 1953, no segundo governo Vargas, o Ministério da Saúde finalmente foi criado com nova configuração.

O início do século XX foi, sem dúvida, marcado por diferentes fenômenos em torno da saúde (Figura 2), dos avanços da pesquisa em laboratório para melhor conhecimento dos germes

a ações sanitárias para tentar debelar epidemias. Mesmo assim, desafios persistiam no mesmo cenário, assim como formas diferentes de interpretar a vulnerabilidade às doenças.

**Figura 2** - O cenário da saúde, com os principais fatos e influências nas décadas de 1930 e 1940



Fonte: A autora, a partir da literatura consultada (2019).

Paralelo às estruturas da saúde pública, a desnutrição, a pobreza e as doenças se mostrariam indissociáveis no decorrer dos anos. E essa concepção sobre a predisposição para adoecer acabou a aparecendo em diferentes narrativas.

### ***2.3.3 Desigualdade e determinação social da saúde/doença***

Barata (2009) narra que as desigualdades sociais em saúde já eram documentadas desde o século XIX no mundo:

[...] as condições políticas e sociais que surgiram com o capitalismo foram favoráveis ao tema, em razão das péssimas condições de vida da classe trabalhadora e pelo ideário político associado às revoluções burguesas [...] A contradição entre os valores de igualdade, fraternidade e liberdade, e a dura realidade de vida da maioria da população nos países industrializados possibilitou aos chamados reformadores sociais, socialistas utópicos e comunistas, farto material para denunciar as injustiças sociais em vários campos, inclusive no da saúde. (BARATA, 2009, p. 13).

Na América Latina, segundo a pesquisadora, a discussão sobre as desigualdades apoiou-se na teoria da determinação social do processo saúde-doença. Crítica da acumulação de capital e do poder advindo dele, a teoria focaliza não a pobreza em si, mas os impactos de uma estrutura social que exclui.

Laurell (1982), uma das principais estudiosas da saúde na América Latina, com trabalhos focalizando a classe trabalhadora, afirma que diferentes formações sociais apresentam perfis patológicos distintos conforme a combinação do desenvolvimento das forças produtivas e as relações de produção. A médica sueca, naturalizada mexicana, propôs, entre outros cientistas nos anos 70 do século XX, estudos da história social da doença. Para ela “a melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é conferida pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas quanto ao processo que ocorre na coletividade humana”. A natureza social da doença não se verifica na clínica, “mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos”, “nos perfis patológicos que os grupos sociais apresentem”, “nas condições coletivas de saúde” (LAURELL 1982, p. 3).

Arouca (2003), ativista da Reforma Sanitária Brasileira que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1980, expôs uma visão ampla do adoecer quando discutiu medicina preventiva na sua tese de doutorado na Universidade de Campinas (São Paulo), em 1975:

A compreensão do complexo ‘saúde/doença’ como um processo no qual um conjunto de fatores interage na determinação de seu desenvolvimento faz com que os profissionais de saúde \_ e, em especial, os médicos \_ tenham a sua disposição uma série de condutas fundamentadas em vários ramos das ciências, para que possam interferir nesse processo [...]. A história das ciências é a história das ideias e de que estas encontram sua especificidade na relação com a estrutura social que as gerou e permitiu seu aparecimento”. (AROUCA, 2003, p.31 e 32).

No Brasil, os que compartilham da mesma ideia enfatizam o modo de vida, englobando aspectos materiais e simbólicos das características sociais de produção, distribuição e consumo (BARATA, 2009). Lana (2006), apoiado em diferentes autores, afirma que a determinação social pode ser explicada a partir da categoria de classe social (lugar, relação com modos de produção, relação de domínio, subordinação) como pela de condição de vida.

#### 2.3.3.1 O debate da saúde pública no Brasil

O conceito de determinação social da saúde destacou-se, com o passar dos anos, segundo Rocha e David (2015). A crítica ao modelo biomédico, na segunda metade da década de 1950, fez nascer os departamentos de medicina social nas escolas médicas brasileiras, nos

quais se debatia como a desigual distribuição de renda e de acesso aos bens básicos, resultante do acúmulo de capital, determinava quem adoecia e quem tinha saúde.

Ao tratar das causas sociais das iniquidades em saúde, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (FIOCRUZ, 2008), afirma que as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade geram uma estratificação econômica-social dos indivíduos e grupos da população, não sendo aleatória, portanto, a distribuição da saúde e da doença num território.

Buss e Pellegrini Filho (2007), afirmam que na constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, a saúde foi definida como estado de completo bem-estar físico, mental e social, mas na década seguinte, com a erradicação da varíola, o combate a doenças específicas voltou a predominar. “A Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 70 (do mesmo século) e o lema ‘Saúde para todos no ano 2000’ recolocaram em destaque o tema dos determinantes sociais” (p. 80), afirmam.

Adler (2006), citado por Buss e Pellegrini Filho (2007), identificou três gerações de estudos sobre as iniquidades em saúde: a primeira descreveu as relações entre pobreza e saúde, a segunda abordou os níveis de saúde de acordo com critérios de estratificação socioeconômica, e a terceira, mais atual, dedicou-se, principalmente, aos mecanismos de produção das iniquidades que geram doenças, o que difere entre países e sociedades. Existem também modelos diferentes para esquematizar a relação de diversos fatores com o adoecimento.

Buss e Pellegrini Filho (2007) apresentam o modelo de Dahlgren e Whitehead (figura 3), que dispõe os determinantes sociais em camadas, desde uma mais próxima dos determinantes individuais até outra mais distante. Nesse desenho, “os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos” (p. 83). A camada seguinte, externa, reúne o comportamento e os estilos de vida individuais, a próxima agrega redes comunitárias e de apoio. Num nível acima estão as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação e, no último, os macrodeterminantes, relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade.

**Figura 3** – Modelo de DSS de Dahlgrem e Whitehead



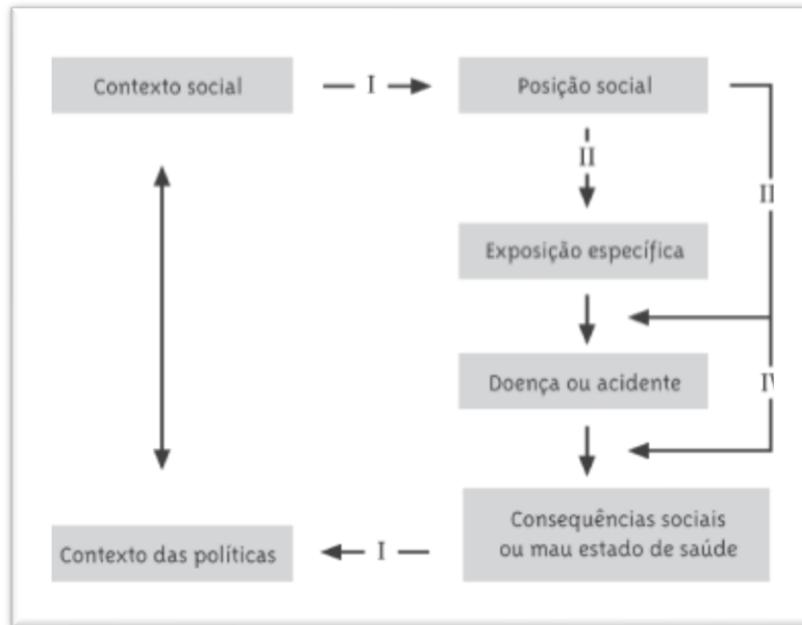
Fonte: Reprodução a partir de Buss e Pelegrini Filho (2007, p. 84).

Ainda conforme Buss e Pellegrini Filho (2007), outro modelo, o de Diderichsen e Hallqvist, adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead, focaliza a estratificação gerada pelo contexto social, gerando posições sociais distintas com impacto diferenciado na saúde. Um diagrama representa o processo que determina a posição social de cada indivíduo, considerando, por exemplo, o mercado de trabalho e o sistema educacional. A posição vai indicar a exposição a riscos que causam danos à saúde e o impacto físico e social na pessoa e na sua família com o adoecimento. De acordo com Sobral e Freitas (2010), esse modelo (figura 4) é adotado pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CSDH), criada em 2005 pela OMS:

Essa abordagem foi adotada pela CSDH para ampliar o conhecimento sobre os determinantes sociais e serviu de base para a proposição de ações voltadas para as “causas das causas”, ou seja, os elementos estruturantes da estratificação social, como as políticas macroeconômicas, sociais e de saúde, o contexto político e social e os valores e normas sociais e culturais. Esses elementos estruturantes determinam e condicionam as posições ou estratos sociais (I) ocupados pelos indivíduos e grupos sociais que compartilham características de inserção econômica (ocupação), prestígio social (escolaridade) e poder ou riqueza (renda), relações de gênero, entre outros (WHO, 2008; Barata, 2006). Esses elementos, que definem as posições ou estratos sociais, influenciam os diferenciais de exposição e vulnerabilidade aos riscos de danos à saúde (II) na forma de doenças ou acidentes (III), bem como das consequências sociais e o estado de saúde (IV). Além da questão dos determinantes sociais e da

geração das iniquidades em saúde, a CSDH reconhece que, embora esteja além da sua competência, a depleção e o comprometimento da integridade ecológica dos ecossistemas ambientais naturais, incluindo os efeitos das mudanças climáticas, têm profundas implicações para a vida e a saúde das populações e de todos os outros organismos vivos (SOBRAL E FREITAS, 2010, p. 38).

**Figura 4** – Modelo de Diderichsen e Hallqvist, adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead



Fonte: Reprodução a partir de Solar e Irwin (2007), apud Sobral e Freitas (2010, p. 38).

Para Carvalho (2012), a maior parte das doenças deve-se às condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, sendo esse conjunto os tais determinantes sociais, que englobam também os econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. Os mais importantes, segundo ele, são os que geram estratificação, refletindo “condições de distribuição de riqueza, poder e prestígio nas sociedades” (p. 19). De forma mais detalhada, explicita, a estrutura de classes, a distribuição de renda, o preconceito com base em gênero e raça, assim como as estruturas políticas de governança que reforçam as iniquidades.

Permanece, entretanto, um complexo debate até os dias atuais em torno da questão epistemológica, acerca da expressão que melhor define a interferência do modelo político-social na saúde, isto é, se há uma determinação social para a saúde e para a doença e não somente determinantes sociais. Garbois *et al* (2017, p. 75) afirma que a terminologia, da Organização Mundial de Saúde, de determinantes sociais da saúde reforça a polaridade entre o ser biológico e o ser social, na qual o doente “é dissecado por especialidades médicas desconsiderando as condições precárias de vida e do trabalho, a violência familiar e a

dependência de programas sociais”, por exemplo, questões essas que não caberiam aos médicos, mas aos assistentes sociais.

Almeida-Filho (2010, P. 33) discute essa problematização, propondo os termos “determinação social da situação e das condições de saúde”, “produção social das práticas e das instituições de saúde” e “construção social dos sentidos da saúde” (p. 33.). Para ele, são componentes da cadeia determinante das desigualdades em saúde a disponibilidade de recursos sociais (renda, poder etc.), a diversidade de modo de vida, as desigualdades em situação de saúde, o acesso diferenciado e atuação segregada do sistema de cuidado à saúde, devendo ser consideradas ainda as vulnerabilidades (susceptibilidade e debilidade) e onde operam os determinantes sociais: dimensão populacional, com amplitudes territoriais; dimensão microssoial (família, pares) e macrossocial (estratos, classe social).

Nesta pesquisa que busca retratos da pobreza nos Anais da FMR na década de 1930, considera-se que a determinação social é uma expressão mais abrangente e que melhor explica o complexo de fatores envolvido no fenômeno. Diante da polêmica epistemológica, adota-se, na avaliação da publicação selecionada, a terminologia de indicador da determinação social quando se refere a informações que representam a condição social ou de vulnerabilidade.

A interferência do sistema econômico, do modelo de divisão das riquezas num território e de como ele é usado e organizado, mantém-se sob interesse da pesquisa em saúde. Estudo bibliométrico feito por Carrapato, Correia e Garcia (2017) em artigos científicos publicados entre 2014 e 2016, em língua portuguesa, para identificar os fatores de maior impacto na saúde da população, concluiu que os determinantes sociais foram apontados como os mais importantes por 78% dos trabalhos analisados. No caso brasileiro, talvez, a realidade do presente justifique a busca por respostas na ciência.

Apesar da melhoria de indicadores conquistados na primeira década do século XXI, o Brasil não superou seus problemas de desigualdade até hoje. Carvalho (2013) lembra que o Gini, indicador que mede as diferenças, reduziu-se de 0,584 em 1981 para 0,543 em 2009, no país, em razão de melhorias na educação e impacto de programas de transferência de renda. Entretanto, variações regionais ainda persistiam.

O freio a conquistas na redistribuição de renda vem ampliando, mais recentemente, o desemprego e a pobreza. Pesquisa publicada no Jornal *The Lancet Global Health*, repercutida pela Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (2019), mostra os impactos na mortalidade adulta entre 2012 e 2017, principalmente entre pretos e pardos:

A recente recessão econômica no Brasil aumentou as taxas de mortalidade adulta em 4,3% entre 2012 e 2017, de acordo com pesquisa publicada esta semana no *Lancet Global Health* por pesquisadores do Brasil e Reino Unido. A economia do Brasil contraiu quase 8% entre 2014 e 2017, o que resultou em aumento do desemprego e maior pobreza. Os pesquisadores descobriram que isso levou a uma maior taxa de mortalidade, concentrada em negros e pardos, homens, e pessoas em idade ativa. O estudo examinou as taxas de mortalidade em 5.565 municípios brasileiros entre 2012 e 2017. Os pesquisadores atribuem 31.000 mortes adicionais à recessão (REDE APS/ABRASCO, 2019).

Faria e Bortolozzi (2009, p.39), baseados no pensamento do geógrafo Milton Santos, lembraram que o território é determinado por diferentes funções e usos, por isso, ser importante considerar relações políticas e econômicas do modelo capitalista de produção com processos sociais, tais como saúde, educação e renda. Os autores ressaltam também que “A apropriação social do espaço produz territórios e territorialidades propícias à disseminação de determinadas enfermidades”. Na ausência de políticas estruturadoras e condicionado às marés da política, esses territórios ora progridem para cenários menos arcaicos, ora voltam ao estágio anterior ou pior, pode-se supor. A desigualdade é uma marca presente na história pernambucana e do Nordeste, com narrativas realísticas, carregadas ou não do viés científico.

#### 2.3.3.2 Narrativas da desigualdade em saúde na perspectiva local

O médico e cientista social pernambucano Josué de Castro, professor de fisiologia na FMR no início da década de 1930, reconhecido mundialmente pelos estudos sobre a fome no Nordeste brasileiro, chamava de “hecatombe demográfica” a baixa expectativa de vida causada pelo difícil acesso a alimentos básicos, cenário típico da desigualdade que fomenta a pobreza.

Em *Geografia da Fome*, publicado inicialmente em 1946, Castro alertou para um silêncio em torno do tema e apresentou um mapa diferenciando as regiões brasileiras quanto ao modelo de carência alimentar, destacando o problema de proporções coletivas na Amazônia, nas Zonas da Mata e no Sertão Nordestino:

Das cinco diferentes áreas que formam o mosaico alimentar brasileiro, três são nitidamente áreas de fome: a Área Amazônica, a da Mata e a do Sertão Nordestino. Nelas vivem populações que em grande maioria - quase diria na sua totalidade - exibem permanente ou ciclicamente as marcas inconfundíveis da fome coletiva. Nas outras duas regiões, a do Centro-Oeste e a do Extremo Sul, embora os hábitos alimentares estejam longe de ser perfeitos, não se apresentam, contudo, deficiências alimentares tão pronunciadas, a ponto de arrastarem a maioria da coletividade aos estados de fome. É verdade que também se manifestam nestas áreas os desequilíbrios e as carências alimentares, sejam em suas formas discretas, subclínicas, sejam mesmo em suas exteriorizações completas, mas sempre como quadros de exceção, atingindo grupos reduzidos, representantes de determinadas

classes, e não massas inteiras de populações, quase sua totalidade, como ocorre nas três outras áreas alimentares do país. (CASTRO, 1984, p.58- 59)

O autor lista carências de vitaminas e as respectivas doenças, como o raquitismo. Faz crítica explícita ao modelo de desenvolvimento econômico que reproduz pobreza na periferia e na zona canavieira. “Desta alimentação precária resultam graves consequências para as populações nordestinas: umas específicas, outras inespecíficas, refletindo, porém, a miséria orgânica a que o meio social reduziu o homem da bagaceira” (CASTRO, 1984, p. 14).

Além de destruir a floresta tropical, o cultivo da cana-de-açúcar como única opção na área rural causaria uma autofagia com seu sistema de exploração da terra e dos trabalhadores. Num inquérito realizado no Recife, sobre a classe operária, Castro, cita que em 1932 pagava-se um salário médio diário no valor de Cr\$ 3,60 (cruzeiros, moeda da época), que comparado à capacidade aquisitiva, revelava-se, segundo o autor, um salário de fome, mais outro exemplo da exploração e da desigualdade com impacto na qualidade de vida e conseqüentemente na saúde.

Castro, reproduz trecho da obra de Cleto de Seabra Veloso (1940), associando fome à vulnerabilidade a moléstias de então, como a tuberculose, verminoses e outras infecções, num “déficit permanente de carne, peixes, leite, ovos, cereais, frutas e verduras”, que deixa o “povo fraco, um povo doente, dando uma prole fraca, incapaz e fadada a desaparecer entre a primeira e a segunda infância” (VELOSO *apud* CASTRO, 1992, p.166).

Arruda e Figueira (1988, p. 64, 70, 71), anos mais tarde, enfatizaram a desigualdade regional e social, fazendo análise geopolítica do acesso ao alimento e sua repercussão nos indicadores de saúde e nutrição. Para os autores, também pernambucanos, coexistiam modalidades distintas de qualidade de vida, de um lado “a patologia da pobreza, característica de países subdesenvolvidos” e do outro, “a patologia da riqueza, típica das sociedades mais adiantadas”.

#### **2.4 Contexto de produção da informação e do documento**

Por todas as questões aqui mencionadas, do objeto de estudo a ser analisado aos aspectos em torno do adoecimento e morte da referida época, o contexto no qual a informação foi produzida precisa ser devidamente considerado.

Capurro e Hjørland (2007, p.193 e 194) defendem que o significado da informação é determinado nos contextos social e cultural. Afirmam, por exemplo, ser fácil descrever um

documento só pelo número de palavras e que o “difícil é tentar descobrir para quem aquele documento tem relevância e quais as perguntas importantes que ele pode responder”.

Considerar o contexto de produção do documento e das informações nele contidas pode desvendar e esclarecer o conteúdo, com seus códigos, definições e discursos. Ao informar sobre uma doença ou morte, o médico cria uma prova documental da realidade ou um retrato a partir do que estudou, supôs ou ditou o grupo social ao qual pertence. O laudo de um exame, o prontuário, o relato de necropsia ou o atestado de óbito não se baseiam apenas nos aspectos do corpo humano examinado, mas nas definições e classificações de doença feitas e documentadas anteriormente em códigos que servem de referência para a prática e o ensino da medicina.

Pode-se considerar então que a informação gerada é fruto de um contexto físico (ambiental, territorial) e intelectual (acúmulo de saberes ou herdado da cultura familiar, étnica ou imposta por grandes meios de massa), perpetuando uma forma de representação social, dominante ou não, já conhecida ou inovadora, e com seu poder de influência. Dependendo do suporte, do tratamento dado a ele, seu uso e valor sobreviverão ao tempo.

Na medicina, as relações de poder que podem influenciar na propagação de conhecimento são descritas em diferentes instâncias, não só na instituição onde o atendimento é feito, mas dentro da corporação médica, entre pares, do Estado para o profissional, pela política de saúde imposta, entre o médico e o paciente e entre o médico e demais profissionais da área.

Sanches Neto e Lima (2017, p. 7), afirmam que “o documento de inscrição sobre o paciente é produzido nas relações institucionais de poder que criam verdades” sobre essa pessoa.

Luz (1982, p. 15), que estudou a medicina e a ordem política brasileira entre os séculos XIX e XX, inspira-se em Michel Foucault (1966) para reconhecer “talvez que a estrutura básica de produção do conhecimento que compõe o método científico [...] é parte histórica da constituição da ordem social das sociedades que nasceram com o capitalismo”. Ela explica:

A ciência é, portanto, parte do Estado, fruto histórico da necessidade de sua intervenção na vida social e sobre a vida de populações que precisavam ser organizadas de acordo com a lógica das novas relações sociais. No capitalismo a ciência não faz parte das ideias dominantes: ela é sua ideia dominante, sua mais brilhante ideia [...] a ciência ordenará progressivamente a produção das ideias, tenderá a racionalizar o comportamento das classes e grupos sociais subordinados, ditará modelos de concepção em todos os campos da atividade humana. (LUZ, 1982, p. 16).

A pesquisadora considera a ciência como força produtiva e ao mesmo tempo elemento fundamental de reprodução social. Na medicina, segundo ela, é clara a ligação da constituição do saber científico com a atividade política. Em análise sobre o período que vai dos anos 1870 do século XIX aos anos 1920 do século XX, enfocando os discursos médicos sobre a saúde, encontrou narrativas acerca da estrutura de doenças e suas causas, como também propostas de intervenção saneadora e reorganizadora do espaço físico das cidades. A determinação biológica das endemias e epidemias, assim como o conformismo com medidas de controle imediato, são exemplos dados pela pesquisadora da instrumentação do Estado pela ciência.

Certamente o Estado tenderá a privilegiar sempre mais os modelos de conhecimento e as intervenções práticas deles resultantes que menos tocarem nas condições sociais e políticas de existência das classes subordinadas (trabalhadores, subempregados e desempregados). Favorecerá as intervenções especializadas, localizadas, autoritárias (asilares) ou assistencialistas, quase sempre controladoras. (LUZ, 1982, p. 211)

Alves (2013) cita que o higienismo do início do século XX colocou médicos e pensadores da medicina na condição de autoridade, articulado com o ideário de modernidade e progresso que acompanhou a urbanização do país.

Nascimento, Viana e Moraes (2018) destacam que o estudo histórico das doenças leva à compreensão da sociedade, podendo revelar inclusive relações de força entre os atores sociais, com dimensões diferentes de poder entre um paciente, um médico e um ministro da saúde.

Uma doença pode ser analisada a partir da perspectiva de quem adoece, também de quem a sofre e de quem a trata, entre outros possíveis olhares. As atitudes para com a doença nos remontam a uma história dos saberes e práticas nas estruturas sociais, bem como à história das representações e das mentalidades. Aplicar uma perspectiva histórica ao estudo de doenças nos permite compreender os comportamentos humanos, estruturas de poder e analisar ações de diferentes grupos sociais (NASCIMENTO, VIANA e MORAES, 2018, p. 46)

Para essas três autoras, os conflitos entre ações e posições fazem parte do jogo social, determinando mudança de ideias e práticas, às vezes lentamente, em outras, de forma mais brusca, influenciando na representação social das doenças.

Fernandes, Chagas e Souza (2011) chamam atenção para outro aspecto. Afirmam que as doenças transmissíveis, ou seja, as propagadas por agentes infecciosos, assumiram significado importante para a saúde pública internacional ao longo do século XX, com repercussão nas relações entre os países, principalmente diante da ampliação do contato internacional entre estes e do trânsito de pessoas e de enfermidades, facilitado pelas tecnologias. O Brasil foi alvo dessa influência política e científica.

Campos (2006, p. 22) aponta a interação entre a agenda político-ideológica do regime Vargas e a pauta internacional da saúde pública, materializada, segundo ele, “pela especialização de médicos sanitaristas brasileiros na *Johns Hopkins Scholl of Hygiene and a Public Health* — movimento que vinha da década de 1910” e, entre outros, por acordos de colaboração entre governos que financiaram e deram apoio técnico norte-americano à criação de institutos de saúde. Um exemplo dessa interação seria o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp).

Aggeu Magalhães, primeiro editor dos Anais da Faculdade de Medicina do Recife, por exemplo, especializou-se nos Estados Unidos com bolsa da Fundação Rockefeller (MAGALHÃES FILHO, 1997), agência fomentadora daquele país. Assim como ele, que teve formação em medicina no Rio de Janeiro, outros também buscaram conhecimento fora do país e não estariam imunes às influências externas, afinal também se atualizavam com a literatura estrangeira. Em suma, o contexto em que uma informação é produzida ou replicada vai muito além do ambiente microfísico e social.

Antes de apresentar o que estava escrito nos primeiros Anais da FMR, é preciso contar como essa escola nasceu e expor um pouco do seu ambiente na fase inicial da produção e replicação de saberes. Na próxima página, a história, significado e importância da pioneira faculdade.

### 3 A FACULDADE DE MEDICINA DO RECIFE

*“A Faculdade de Medicina do Recife não teve e nem terá por principal escopo formar a granel e em correrias [...] pretende sobretudo é ensinar teórica e praticamente as suas ciências e artes correlatas, procurando elevar cada vez mais o nível moral e intelectual dos nossos profissionais, criando os competentes, os eruditos, os especialistas [...] cultivando no mais alto grau um acurado amor pelo estudo [...] A profissão médica foi e será sempre um sacerdócio e deve revestir-se de abnegação e desprendimento”, (Otávio de Freitas, 1920)<sup>7</sup>*

Registros históricos, como os disponibilizados pela Casa de Oswaldo Cruz, remetem ao século XVII as primeiras atividades científicas associadas à medicina realizadas em Pernambuco, com a produção de literatura de Guilherme Piso e George Marcgraf <sup>8</sup>, época da ocupação holandesa. Durante a Revolução Pernambucana, com a criação do Hospital Militar do Recife em 1817, cursos de cirurgia prática começaram a ser ministrados e assim permaneceram por pelo menos 11 anos. Depois surgiu a formação prática de obstetrícia. Faltava, no entanto, uma escola completa de medicina. A luta pela implantação da primeira faculdade começou definitivamente nos últimos cinco anos do século XIX, concretizando-se duas décadas depois.

Antes de ser criada, a Faculdade de Medicina do Recife enfrentou a resistência de médicos formados em outros estados, que de alguma forma impediram a concretização do projeto pelo menos 26 anos antes. Talvez por já existir naquela época uma certa preocupação com reserva de mercado. A narrativa de Freitas (2018, p. 201) não deixa muitas dúvidas quanto a isso:

Durante o governo do eminente Dr. Alexandre José Barbosa Lima, em 1894, aventou-se pela primeira vez a ideia de criação de uma Faculdade de Medicina nesta cidade e houve mesmo quem apresentasse ao nosso Congresso Estadual uma proposta a semelhante respeito [...]A ideia, porém, não foi julgada objeto de discussão, no momento, por interferência de um senador médico ! Mais tarde, no primeiro congresso médico (em 1909) aqui realizado, um jovem médico lembrou a fundação deste instituto superior de ensino, ideia tenazmente combatida por um cirurgião e por um psiquiatra, obrigando o autor do projeto a retirá-lo da discussão [...]

Segundo Freitas (2018), os cursos superiores surgidos antes de alguma forma ajudaram a capacitar professores para a FMR. Além de física, química e história natural, as escolas de enfermagem, parteiras, odontologia e farmácia ensinavam microbiologia, terapêutica, higiene,

<sup>7</sup> Trecho do discurso de Otávio de Freitas, em 1920, na aula inaugural da Faculdade de Medicina do Recife, enquanto diretor e fundador da escola, extraído do livro História da Faculdade de Medicina do Recife 1915-1985, p. 32-33)

<sup>8</sup> Ver página 41, sobre o periodismo médico em Pernambuco.

farmacologia, histologia, anatomia normal e patológica, fisiologia, obstetrícia e cirurgia. Dez anos antes da inauguração do curso médico, outras iniciativas também prepararam o ambiente.

Freitas e colegas fundaram cursos práticos de férias no Hospital Dom Pedro II, para companheiros da profissão e alunos que estudavam medicina fora do estado e voltavam para rever familiares. Essa solidariedade científica de transmissão do conhecimento dos mais experientes para os novatos era inspirada na experiência de Paris, Londres e de Berlim (FREITAS, 1920, citado por COSTA E ROCHA, 1985). Além disso, em 1909 e 1916, Recife sediou, respectivamente, o I e II Congresso Médico de Pernambuco, também organizados por Otávio de Freitas.

Na Escola de Farmácia o sonho da escola médica ganhou força, apesar do pouco entusiasmo quando a ideia foi relançada (FREITAS, 2018). Em 1915 a congregação finalmente foi constituída, com a definição dos professores responsáveis por cada disciplina e eleição dos dirigentes.

Segundo Rocha (1974, p. 81), “a Faculdade Médica Primaz do Brasil, a Bahia, muito mais do que o Rio, foi a grande formadora de médicos pernambucanos no século XIX”. E foram exatamente de lá que saíram muitos dos professores da escola recifense, dentre eles, Alfredo Medeiros, Oscar Coutinho, Isaac Salazar, Arnóbio e João Marques, Barros Lima, Monteiro de Moraes, Ascânio Peixoto, Bandeira Filho, Alcides Codeceira e Arsênio Tavares, homenageados depois com seus nomes em hospitais, pavilhões e salas de unidades de saúde na rede pública do estado. Outros docentes dos primórdios da escola recifense formaram-se no Rio, a exemplo do próprio fundador da FMR, Otávio de Freitas, Gouveia de Barros, Mário Ramos, João Amorim e Fernando Simões Barbosa, completa Rocha (1974).

Costa e Rocha (1985) alegam que além da escola baiana não havia outra de medicina no Norte do Brasil. Aliás, esse seria, de acordo com os autores, mais um motivo para justificar a abertura de uma faculdade no Recife, além de outros, tais como o fato de ter sido a sede das primeiras publicações médicas no Brasil (as de Guilherme Piso e Jorge Marckgraaf)<sup>9</sup>, estar a 833 quilômetros de Salvador, reunir números médicos e já contar com uma Sociedade de Medicina desde 1841, “um centro científico dos mais atuantes”. Medicina desde 1841, “um centro científico dos mais atuantes” (COSTA E ROCHA, 1985, p. 19).

---

<sup>9</sup> Ver a página 43, sobre periodismo médico em Pernambuco.

As aulas na Faculdade de Medicina do Recife começaram em 16 de julho de 1920, com turma de 15 alunos, muitos deles já formados em direito, odontologia e farmácia. Para serem admitidos, tiveram que provar conhecimento em português, francês, inglês ou alemão, latim, aritmética, álgebra, geometria e trigonometria, história universal e corografia (geografia de um país) do Brasil, geografia e psicologia, física, química e história natural (FREITAS, 1974).

As atividades acadêmicas ocuparam inicialmente as dependências da Escola de Farmácia, na Rua do Riachuelo, na Boa Vista, mudando-se logo depois para um imóvel também provisório, na Rua Barão de São Borja (antiga Rua do Sebo), no mesmo bairro. A faculdade ainda mudou de endereço mais duas vezes, sendo transferida em 21 de abril de 1927 para o prédio próprio, no Derby, e depois, nos anos de 1970 para a Cidade Universitária, onde permanece até hoje.

Em julho de 1927 o curso estava reconhecido pelo governo federal e funcionava com toda regularidade, conta o fundador, Otávio de Freitas, em livro publicado em 1943, reeditado em 2018 pela Academia Pernambucana de Medicina. Da proposta de criação até os primeiros anos de funcionamento, não foi um processo fácil.

Freitas, o fundador da FMR, tinha experiência na gestão da saúde, em atividades sanitárias e noutras: Foi diretor-fundador do Instituto Vacinogênico, inspetor geral de Higiene do Estado, diretor do Instituto Pasteur de Pernambuco e diretor geral de Higiene antes do funcionamento da faculdade. Na aula inaugural, falou “da missão altamente patriótica que incumbe à ciência para soerguer o nível de saúde do povo e da higiene das cidades, do litoral ao interior, do extremo norte ao extremo sul do país” (ROCHA, 1974, p. 136). Abordou a quantidade insuficiente de profissionais no território brasileiro, destacando que onde não havia médico males de toda a ordem existiam:

Nosso interior vive constantemente solapado por várias epidemias e muitas das suas localidades estão cheias de ancilostomosados, de portadores de não sei quantas outras verminoses, de disentéricos, de vítimas de moléstias de Chagas, de tracomatosis, de caquetisados por úlceras tropicais, de outras e outras (FREITAS, 1920, citado por Costa e Rocha, 1985, p. 34)

Problemas de saúde aguardando diagnóstico e tratamento dos futuros formandos da FMR eram de fato inúmeros. Mas os desentendimentos internos na recém-criada escola de alguma forma deixavam incertos os dias seguintes da faculdade. Alegando irregularidades na secretaria e nas atas do novo estabelecimento, um grupo de professores membros da congregação pediu a dissolução da faculdade e reorganização de outra. Otávio de Freitas

afastou-se da direção. O vice, Gouveia de Barros, assumiu, mas não conseguiu resolver a crise. Aulas foram suspensas e alunos e outro grupo de professores apelaram a Freitas para que reassumisse o cargo (COSTA e ROCHA, 1985). Ele aceitou e a escola voltou a funcionar. Recebeu subvenção do governo federal, prédios da Liga Pernambucana contra a Tuberculose foram incorporados e a Santa Casa de Misericórdia disponibilizou seus hospitais para as aulas práticas, dentre os quais o de Santo Amaro e o Infantil, da Jaqueira.

Normalizado o clima interno e com melhor estrutura, a FMR formou seus primeiros seis médicos em 1925. Federalizada em 1949, com a instituição da Universidade do Recife, passou a ser chamada FMUR. Antes disso já se destacava pelo corpo docente e a produção científica.

A Faculdade de Medicina do Recife – sua primeira designação – de acordo com a ata da primeira congregação, foi fundada a 5 de abril de 1915, porém a sua instalação para início de atividades de ensino só ocorreu a 4 de maio de 1920 [...] Entre 1925 e 1975 foram defendidas 49 teses de doutoramento, a maioria de bom nível, constituindo valioso acervo científico [...] Das revistas científicas, cabe destacar os Anais da Faculdade de Medicina como seu principal veículo para publicações de trabalhos (KELNER *et al*, 1985, p. 9,12,13,14).

Com 100 anos de funcionamento, o primeiro curso médico de Pernambuco produziu documentos que estão distribuídos em diferentes espaços, lugares de memória definidos por Nora (1993). Do casarão provisório da Rua Barão de São Borja, na Boa Vista, ocupado inicialmente pela escola, passando pelo primeiro edifício-sede (figura 3) onde está instalado seu memorial, na Praça do Derby (Figura 3), ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, na Cidade Universitária, a Faculdade de Medicina deixou testemunhos de diversos formatos.

**Figura 5** - Edifício-sede da FMR no Derby



Fonte: Reprodução de imagem do acervo da Fundação Joaquim Nabuco

Além do conjunto arquitetônico, esculturas e placas comemorativas, há livros, revistas, anotações, prontuários, documentos outros, corpos inteiros ou peças humanas preservadas em formol, lâminas de laboratório, fotografias, imagens microscópicas, objetos em cera, aparelhos e instrumentos utilizados em exames compondo um vasto acervo explorado parcialmente, dividido e disponibilizado em endereços múltiplos.

Há livros e objetos no Memorial da Medicina; arquivos administrativo e fotográfico no Memorial Denis Bernardes, na Biblioteca Central da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); peças de anatomia no Departamento de Patologia, nas dependências do Centro de Ciências da Saúde (CCS), na Cidade Universitária, e coleções especiais de livros e revistas na Biblioteca do CCS, das quais fazem parte os Anais da FMR.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

*[...] se tentarmos pensar o fato de que somos seres simultaneamente físicos, biológicos, sociais, culturais, psíquicos e espirituais, é evidente que a complexidade reside no fato de se tentar conceber a articulação, a identidade e a diferença entre todos estes aspectos, enquanto o pensamento simplificador ou separa estes diferentes aspectos ou os unifica através de uma redução mutiladora [...] a ambição da complexidade é relatar articulações que são destruídas pelos cortes entre disciplinas, entre categorias cognitivas e entre tipos de conhecimento (Edgar Morin, 1994)<sup>10</sup>*

Neste capítulo serão apresentados a caracterização da pesquisa, as referências que orientam o tipo de estudo realizado, procedimentos, instrumentos e etapas cumpridas para apuração e análise de dados.

### 4.1 Caracterização da pesquisa

A presente pesquisa investiga nos Anais da Faculdade de Medicina do Recife, publicados entre 1934 e 1940, a presença e visibilidade de informações acerca da condição social de pacientes alvos dos estudos ali divulgados. Principal revista científica da escola, os anais reúnem textos produzidos por médicos-pesquisadores numa época em que as doenças infecciosas e parasitárias eram a principal causa de morte da população, entre elas a tuberculose e as infecções do aparelho digestivo, com a mortalidade infantil em alta, apresentando-se também como um problema importante entre famílias de baixa renda, conforme foi discutido em capítulos anteriores.

Quanto aos objetivos, o estudo realizado é de caráter descritivo e analítico. Em relação aos procedimentos, soma pesquisa bibliográfica e análise de conteúdo tendo como referência a proposta de Laurence Bardin (2004). Esse modelo contempla as etapas de pré-análise e exploração, a partir da leitura do material, e de tratamento dos resultados, com inferência e interpretação. Enquadra-se num dos itens observados pelo modelo de estudo comunicacional do sociólogo e cientista político Laswell, proposto da década de 1940, o que focaliza a mensagem para entender o que o emissor está dizendo (“diz o quê?”).

A análise de conteúdo, afirma Moraes (1999), é uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Dentre os

---

<sup>10</sup> Citação extraída de *Ciência com Consciência*, nova edição, revista e aumentada, tradução de Maria Gabriela de Bragança e Maria da Graça Pinhão, p. 138, Lisboa: Publicações Europa-América, 1994.

domínios possíveis da aplicação, Bardin (2004) lista aqueles referentes a código e suporte escrito. São os monólogos (agendas, diários), os diálogos (cartas, trabalhos escolares), comunicações voltadas a grupo restritivo (ordens de serviço numa empresa e aquelas trocadas num determinado grupo) e as de massa (jornais, livros, anúncios publicitários, panfletos). Aplicada, portanto, às mensagens, vai além de uma descrição:

[...] a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Mas isto não é suficiente para definir a especificidade da análise de conteúdo. [...] A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não) [...] O analista é como um arqueólogo. Trabalha com vestígios: os documentos que podem descobrir ou suscitar. Mas os vestígios são manifestação de estados, de dados e de fenômenos. (BARDIN, 2004, p.41).

Bardin (2004) explica que entre a descrição, o que chama de primeira etapa e que enumera as características do texto, e a interpretação (a fase final, que dá significado às características), há o procedimento intermediário, que é justamente a inferência. Por meio de uma dedução, hipótese, pode-se, então, segundo a autora, responder o que levou a determinado enunciado (antecedentes da mensagem) e oferecer explicações prováveis às consequências dele (efeito da mensagem).

Moraes (1999, p. 8) observa que a análise de conteúdo conduz a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajudando “a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum”. Para delimitar dados significativos, explica Moraes, é importante, ter atenção nos objetivos desse processo analítico.

No modelo de Laswell, exposto no clássico texto *A estrutura e a função da comunicação da sociedade*, o processo da comunicação pode ser estudado em seis aspectos: 1) Quem fala? (quem emite a mensagem); 2) Para dizer o quê? (valor informacional da mensagem, palavras, argumentos e ideias expressos); 3) A quem? (investigação focalizada no receptor); 4) De que modo? (como a comunicação se processa, em que canal); 5) Com que finalidade? (objetivos implícitos e explícitos da comunicação); 6) Com que resultados? (identifica e descreve resultados). Dessa forma, os focos podem ser, conforme Martino (2012), na produção, na análise do conteúdo, no meio pelo qual a mensagem é transmitida, na audiência e nos efeitos.

Embora a análise de conteúdo esteja relacionada às informações presentes na mensagem, a inferência e interpretação, previstas nela, exigem conhecer quem são os emissores,

a quem se destinam as informações partilhadas e levantar suposições quanto à finalidade implícita ou explícita do que está sendo comunicado.

Estudiosa da saúde pública e dos métodos científicos, Cecília Minayo (2009) explica também que há várias maneiras para analisar um conteúdo: fazendo análise representacional (a linguagem representa quem a utiliza); de expressão (necessidade de conhecer o autor); de enunciação (condição de produção da palavra, lógica socialmente aceita, jogo de palavras, silêncio, figuras de retórica) e análise temática (palavra, frase).

Com essas considerações de Bardin, Moraes, Martino e Minayo, a análise de conteúdo aplicada aos Anais da FMR observa a temática, mas também avalia aspectos da enunciação, representação da linguagem e de expressão dos autores das publicações. Aplicando-se o modelo de Laswell, tenta esclarecer o que diz a mensagem, apresentando também quem fala, como fala e seus supostos objetivos.

Embora a pesquisa tenha sido abrigada na CI, foi necessário, conforme já demonstrou a revisão teórica apresentada em capítulos anteriores, apoiar-se em outros campos, tendo em vista o objeto de estudo e as informações extraídas do material sob análise. O diálogo com diferentes disciplinas auxiliou não só na contextualização do tema abordado, como também na metodologia, no desenho de categorias analíticas e na interpretação delas.

A tentativa estabelecida neste trabalho, de cooperação entre disciplinas no referencial teórico-conceitual, considera a complexidade do fenômeno informacional do homem (no caso da comunidade formada por médicos e estudantes de medicina), com suas especificidades culturais, políticas e sociais. É uma estratégia para superar limitações que poderiam prejudicar a compreensão do todo. Como diz Morin (1999, p. 13): “A atitude de contextualizar e globalizar é uma qualidade fundamental do espírito humano [...] O conhecimento pertinente é aquele que é capaz de situar toda a informação em seu contexto e, se possível, no conjunto global no qual se insere”. Para o sociólogo, “os espíritos parcelados são cegos às inter-retroações e à causalidade em círculo”, considerando “fenômenos vivos e sociais a partir de uma causalidade linear, válida unicamente para as máquinas artificiais.” (MORIN, 1999, p. 11).

Longe de conseguir um retrato completo sobre um objeto informacional que reúne códigos, concepções e contextos diversos da área médica, esta pesquisa oferece abordagens, dentre muitas possíveis, a um conteúdo com mais de uma feição. Os Anais da FMR são veículo de comunicação e de divulgação da ciência, ao mesmo tempo que significam memória da pesquisa médica, produzida por diferentes profissionais. Autores esses que têm em comum o

fato de pertencerem a uma escola num determinado tempo, embora cada um carregue influências diversas, anteriores ou paralelas, na formação pessoal e profissional, da mesma forma que a faculdade, carregada de efervescentes pensamentos, tendo no seu entorno acontecimentos científicos e políticos, num território mais próximo, o Recife e o Brasil, e mais distante, o mundo.

#### **4.2 Referências e escolhas para análise da condição social**

Antes de descrever o passo a passo da pesquisa, listar procedimentos a cada objetivo específico, etapas e instrumentos, será explicado em que se baseiam as escolhas feitas para nortear a busca das informações que caracterizam a condição social das pessoas retratadas nos estudos médicos. Procurou-se identificar os prováveis determinantes do adoecimento e morte, componentes da vulnerabilidade social chamada pobreza, com significado de desigualdade, que faz o indivíduo ter desvantagem em relação ao de maior status social, adoecendo, com menos chance de ter a assistência necessária para tratar, curar e não ser novamente exposto ao problema.

A busca dos determinantes sociais da doença ou morte, baseou-se no que pesquisadores da saúde pública, no Brasil, passaram a considerar como tal, tendo como referência a definição da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que engloba, segundo Buss e Pelegrini Filho (2007), fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. E como estariam representados esses fatores no conteúdo? Que informações dariam feição a eles?

A OMS considera condições de vida e de trabalho como determinantes da saúde ou da doença. Diferentes autores, como foi exposto no capítulo referente à revisão teórica, especificaram esse quadro de vulnerabilidade enfocando de estilo de vida a contextos sociais e políticos, passando pelos estratos sociais, modelo econômico e de políticas públicas que geram as situações de iniquidades expondo uns e protegendo outros da doença, da invalidez, do sofrimento ou morte precoce.

A autora desta pesquisa concorda com estudiosos da saúde e das iniquidades que defendem a utilização da expressão determinação social da saúde, que seria um modo mais amplo de considerar a interferência de diferentes fatores atrelando todos eles ao modelo econômico e político vigente. Entretanto, adota neste estudo a nomenclatura determinantes sociais da saúde para definir categorias de análise, considerando ser esse o primeiro passo,

possível, na identificação das informações correspondentes na revista médica da década de 1930.

De acordo com os dados gerados e analisados pela CNDSS, os determinantes sociais da saúde podem ser verificados nos seguintes indicadores:

- 1) **Demográficos** – População por idade e sexo.
- 2) **Socioeconômicos** - renda, incluindo o Coeficiente de Gini para medir desigualdade, índice de desemprego, analfabetismo, trabalho infantil.
- 3) **De condição de vida** – habitação, saneamento (acesso à água tratada, rede de esgoto e coleta de lixo).

Nas análises de vulnerabilidade são observados também pela CNDSS outros indicadores:

- 4) **De situação de saúde** – mortalidade infantil, expectativa de vida, mortalidade específica por doenças crônicas, infecciosas, violência e causa mal definida.
- 5) **De atenção à saúde** – cobertura de planos de saúde, distribuição de profissionais de saúde e de equipamentos de saúde na população, de exames preventivos realizados, de cobertura vacinal, de atendimento ambulatorial e hospitalar.
- 6) **Comportamentais** – dieta, prática ou ausência de atividade física.

Além dos indicadores listados pela CNDSS, esta pesquisa considerou a definição do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que se baseia na renda, longevidade (expectativa de vida) e escolaridade para definir qualidade de vida.

#### **4.3 Categorias de análise definidas para rastrear condição social**

Cruzando os indicadores valorizados pela CNDSS e a composição do IDH, considerando também as condições sociais em grupos étnico-raciais que podem predispor a uma maior exposição à doença e morte, definiu-se, assim, as categorias analíticas da condição social nesta pesquisa, de onde podem ser extraídos os determinantes sociais do adoecimento e morte:

### **Características físicas**

**Idade** – Quanto mais jovem o doente ou morto, menor expectativa de vida, conseqüente menor IDH.

**Raça/cor** – Pode referir a condição social em razão do grupo étnico-racial, resultado da exclusão histórica no Brasil.<sup>11</sup>

**Sexo** – Como definidor de risco em razão do comportamento típico do gênero (homens mais expostos à violência) ou desigualdade social (mulheres ganham salários menores).

### **De condição de vida**

**Moradia** – Qualidade da habitação (irregular, casebre, barraco, em área de risco como morro e alagados) e território com mais dificuldade de acesso a bens básicos.

**Saneamento** – Ausência ou oferta reduzida de água tratada, esgoto e de coleta de lixo aumenta a chance de doenças infecciosas e parasitárias.

**Escolaridade** – Quanto menor e ausente, menor o desenvolvimento humano e mais baixo estrato social.

**Profissão e condição de emprego** – Indicador de ausência (desemprego) de renda ou de renda baixa (nível da ocupação) significa menor acesso a bens básicos.

**Situação e antecedentes de saúde** – Doença infecciosa e parasitária ou outras infecções, doença crônica em idade precoce e violência como sinais de mais exposição à enfermidade ou agravo evitável. Doença repetida na família ou na infância situando a condição de vida.

**Assistência à saúde** – Sem assistência, acesso tardio e automedicação indicando dificuldade de acesso por ausência ou estrangulamento da oferta do serviço.

**Condições físicas e nutricionais** – Desnutrição como sinal de fome, aspectos da dentição e estado psicológico indicando dificuldade de acesso a bens básicos, dentre os quais assistência à saúde.

### **De status social**

**Renda** – Ausência ou renda baixa para sobrevivência própria e da família, indicando pobreza e miséria, vulnerabilidade.

**Classe** – Estrato social com dificuldade de acesso a bens básicos, discriminada, excluída, sem status social indicando renda baixa e predispondo à doença.

---

<sup>11</sup> Conforme argumentos expostos no capítulo sobre Determinação Social da Saúde.

Optou-se por não relacionar especificamente as informações sobre comportamento por entender que, se presentes, estariam contempladas pelas categorias sexo (comportamento do sexo masculino ou feminino), condições físicas e nutricionais (dieta, alimentação).

#### 4.4 Procedimentos para atender objetivos específicos

Estão listados, por objetivo, os procedimentos adotados no desenvolvimento da pesquisa.

✓ **OBJETIVO 1** Identificar indicadores da determinação social da saúde nas publicações dos Anais da FMR publicados entre 1934 e 1940;



##### PROCEDIMENTOS

Busca e caracterização nos sete primeiros números dos Anais da FMR das informações sobre condição social do doente, destacando, por publicação e autor, as citações que contenham indicadores tais como sexo, raça/cor, renda, profissão, escolaridade, moradia (local e qualidade da habitação, definição de território), acesso à assistência médica e outro que pudesse sinalizar a classe ou status social, observando o tema da enfermidade relatada, título da comunicação científica, data, número de páginas ocupadas, recursos textuais e imagéticos e outros elementos de caracterização da comunicação científica.

✓ **OBJETIVO 2** Classificar os indicadores de vulnerabilidade à doença e morte e o tratamento dado a eles, nos artigos científicos, por seus respectivos autores;



##### PROCEDIMENTOS

Classificação dos indicadores encontrados, em categorias, e seleção, a partir delas, de informações que representam a situação do indivíduo como determinante social do estado de adoecimento e/ou morte. Os indicadores identificados foram separados em três grandes grupos, reunindo as categorias que caracterizavam a pessoa fisicamente (sexo, cor, idade), sua condição de vida (profissão/ocupação, moradia, situação física e nutricional, antecedentes e acesso à saúde) e status social (classe/renda). Classificação da informação considerada indicador da determinação social da saúde quanto à forma de enunciação/apresentação (textual, na

forma de palavra ou frase, ou imagética - tabela, gráfico quadro, fotografia); localização no conteúdo de cada artigo (no título, ao longo do texto - na abertura, discussão, conclusão, legenda, quadros e tabelas) e no editorial da revista quando presente; e utilização pelo autor (fazendo ou não associação dessa condição social com o adoecimento e/ou morte, destacando ou não) de modo que fosse possível deduzir destaque ou discrição em relação à informação.

✓ **OBJETIVO 3** Discutir o contexto em que os Anais da FMR foram produzidos entre 1934 e 1940.



## **PROCEDIMENTOS**

Para entender o contexto de produção da informação na faculdade, com fatores externos influenciando o resultado, uma pesquisa bibliográfica complementar foi realizada, levantando a biografia e formação dos autores com mais publicações na revista no período estudado. A consulta à literatura abrangeu também uma rápida reconstituição da conjuntura científica e política no estado e no Brasil, considerando também fatores externos naquele período.

Esses procedimentos, para atendimento aos objetivos específicos da pesquisa, foram realizados com instrumentos e em etapas descritos a seguir.

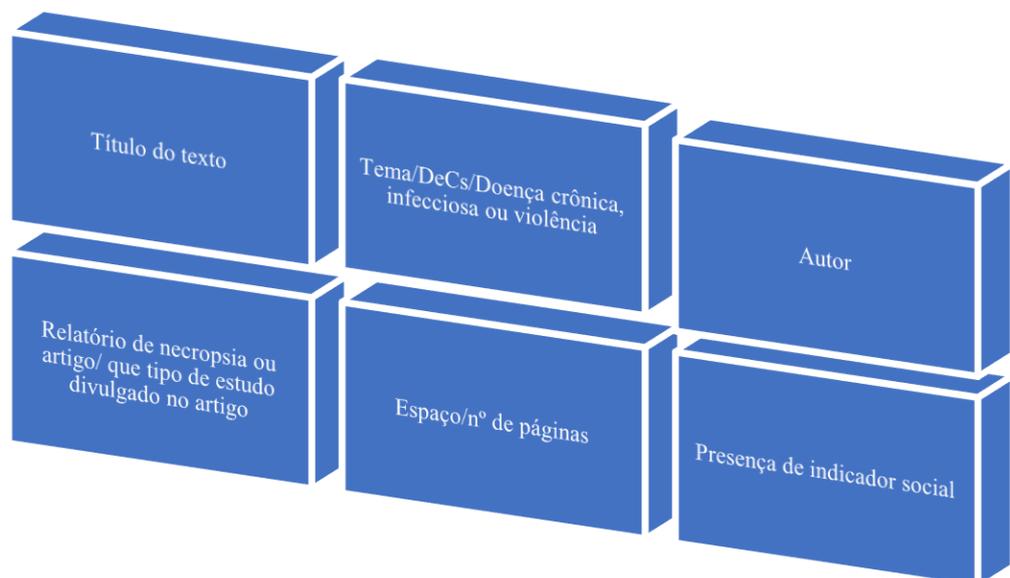
### **4.5 Instrumentos e etapas**

A etapa inicial da pesquisa constituiu-se de exploração prévia de um dos sete números dos Anais da FMR selecionados para o estudo, com leitura e análise breve, conhecendo as características gerais da revista.

Na sequência, foi organizado o esquema de investigação para o conjunto das publicações, com definição de categorias e variantes que dessem conta da descrição e análise das especificidades, acompanhadas de uma ordem de classificação, aplicada com a leitura do material:

- a) Primeira classificação - Listagem dos textos por cada exemplar, especificando o tipo de publicação (artigo ou relatório de necropsia), com título, autor, e tema, apoiando-se nos Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) e em outras fontes (dicionário) para entender significado de doenças, se infecciosa ou crônica, e a natureza de eventuais agravos (acidentes, agressão, suicídio) que poderiam ser abordados. Nessa fase foi registrado o número de páginas para dimensionar o espaço ocupado pelo conteúdo e construído um resumo de cada artigo;

**Figura 6** - Categorias de análise inicial das publicações internas dos Anais da Faculdade de Medicina do Recife.



Fonte: A autora (2019).

- b) Segunda classificação – Identificação, nos artigos e nos relatórios de necropsia, de informações que indicavam o perfil do(s) indivíduo(s) que estava(m) sendo retratado(s);
- c) Terceira classificação – Classificação das informações citadas no item “b” de acordo com as categorias encontradas;
- d) Quarta classificação – Seleção, nos artigos, de informações que pudessem ser consideradas determinantes sociais para o adoecimento retratado

**Quadro 1** – Categorias de indicadores sociais buscadas nos sete primeiros números dos Anais da FMR, baseadas no DSS e no IDH

Características físicas	Idade
	Raça/cor
	Sexo
Condições de vida	Moradia
	Acesso a saneamento
	Escolaridade
	Profissão
	Estado físico e nutricional
	Assistência à saúde
	Antecedentes pessoais e familiares
Status social	Classe
	Renda

Fonte: A autora (2019), a partir de indicadores utilizados pela CNDSS e pelo cálculo do IDH.

- e) Quinta classificação – Classificação dos textos onde havia alguma associação feita pelo autor entre a condição social e o adoecimento ou morte e com qual destaque era apresentada.

Para cumprimento dessas etapas pré-definidas, foram explorados os exemplares físicos, da Coleção Especial da Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, um a um, e, depois, feita uma leitura completa na versão digitalizada pela referida biblioteca especialmente para fins desta pesquisa. Esse material em formato digital foi disponibilizado pela biblioteca em drive compartilhado e por mensagem eletrônica.

A verificação da visibilidade e o levantamento de hipóteses que justifiquem a presença, ausência, destaque ou descrição quanto ao uso dos determinantes sociais da saúde foram as etapas finais, o que exigiu mais uma classificação dos artigos e leitura complementar, em outras fontes, buscadas na mesma Biblioteca do CCS, na Academia Pernambucana de Medicina e repositório da UFPE, entre outros, para reconstituição do contexto da formação médica da época e melhor conhecimento da biografia e perfil dos principais autores.

Foram adotados critérios que ajudassem a medir individualmente em cada artigo a presença dos determinantes sociais e comparar, entre essas publicações, a forma de abordagem

e aproveitamento dessa informação pelos autores: presença no título, na apresentação, discussão e/ou conclusão; se foi utilizado algum recurso imagético para completar à informação e se o autor do artigo destacou a associação entre os determinantes sociais e a enfermidade. Como estão descritos abaixo:

**Quadro 2** – Critérios para avaliar e comparar visibilidade de determinantes sociais da saúde em artigos publicados nos sete primeiros números dos Anais da FMR

<b>De enunciação</b>	Qual palavra
	Qual expressão
	Qual frase
<b>De localização</b>	Título, apresentação, discussão , conclusão
	Legenda, quadro, tabela
	Foto ou outra imagem
<b>De contextualização (Quanto à associação da doença ou morte com a condição social )</b>	Destacada
	Discreta ou dissociada
	Inexistente

Fonte: A autora (2019)

Com a relação de indicadores e correspondente frequência, realizou-se a inferência e interpretação dos dados, observando tais variantes:

- 1) Presença de um ou mais indicador da condição social do paciente;
- 2) Existência de um ou mais indicador da condição social do paciente em temática de adoecimento e morte historicamente associada à pobreza, caso das doenças infecciosas;
- 3) Menção ao indicador social de forma destacada nas áreas nobres do texto (título, abertura, conclusão);
- 4) Associação do indicador social ou de palavra/expressão que o represente (pobreza, baixa renda, classe desfavorecida, moradia popular, vulnerabilidade social com a doença ou a morte;
- 5) Concepção meramente biológica ou social sobre o adoecimento e morte;
- 6) Possíveis influências sobre a seleção do tema de estudo médico, presença/ausência

Concluída essa etapa, com as referências obtidas em leitura complementar sobre o contexto da escola, os acontecimentos externos e os autores da revista, prováveis influências foram levantadas na tentativa de justificar o aproveitamento diferenciado nos exemplares dos Anais da FMR, dos determinantes sociais da saúde. No próximo capítulo estão descritos os resultados do estudo, com uma discussão acerca das questões mais importantes observadas.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentadas a caracterização, classificação e a análise do conjunto de publicações avaliadas dos sete primeiros números dos Anais da Faculdade de Medicina do Recife (figura 6) quanto ao formato, temas, autores, presença de indicadores sociais e exploração, pelos autores, de uma provável determinação social para a doença ou a morte, com sua respectiva visibilidade. Integra ainda esta parte do trabalho informações sobre a biografia e formação dos principais autores da revista, assim como o contexto da faculdade no período analisado.

**Figura 7** - Exemplares originais dos Anais da FMR pertencentes à coleção especial da Biblioteca de Ciências da Saúde da UFPE



Fonte: Fotografia feita pela autora da pesquisa (2020).

Os resultados vão mostrar como informações sobre as condições sociais de doentes estão representadas nas publicações da década de 1930, se retratam a desigualdade entre os estratos da sociedade e como é feita a exploração desse conteúdo, pelos autores, com ou sem destaque da determinação social da saúde. A discussão, a partir dos achados, responderá ao problema de pesquisa formulado no projeto que deu origem ao estudo, que questiona como os Anais da FMR retratam a pobreza e a determinação social da saúde nas primeiras edições e em qual contexto essas informações foram produzidas.

### 5.1 Características gerais dos Anais da FMR

O primeiro número dos Anais da Faculdade de Medicina do Recife foi lançado em 1934, numa produção da Cadeira de Anatomia Patológica da FMR, coordenada, na época, pelo professor Aggeu Magalhães, que dá nome à unidade pernambucana<sup>12</sup> da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), referência na pesquisa e ensino em saúde pública na atualidade no Estado.

Retomando uma observação feita no capítulo 2, historicamente, a patologia tem sido uma aliada da pesquisa clínica e da pesquisa epidemiológica clínica, auxiliando na descrição de doenças e agravos. Encarregada da análise de órgãos, tecidos e células, configura-se como fundamental no esclarecimento do diagnóstico de lesões, identificando a ação de agentes etiológicos, direcionando e avaliando tratamento (DANTAS 2003, citado por BRASIL, 2014). Por meio da observação direta nos exames de cadáveres, ou por histopatologia e citopatologia, com uso de microscópio e diferentes técnicas, patologistas detectam alterações em órgãos e tecidos humanos, alcançando a morfologia celular. Assim ajudam até hoje a esclarecer as dúvidas das ciências biomédicas.

Na primeira folha do primeiro número dos Anais da FMR aparecem os nomes de autores das principais publicações: professor Aggeu Magalhães, catedrático, A. (Aluizio) Bezerra Coutinho, chefe do Laboratório de Patologia, e R. (Raimundo) de Barros Coelho, assistente. Também consta nessa relação, que pode ser uma comissão editorial, o nome de Miguel Archanjo, como assistente. Em seguida são listados quatro doutorandos, todos auxiliares-técnicos do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO): “Lourinaldo Gouveia, I. De Souza Dantas, E. Cruz Gouveia e. Souto Maior”.

Desde esse primeiro número, a revista da Faculdade de Medicina do Recife é apresentada pelos editores como uma publicação com trabalhos inéditos de professores da referida escola, inicialmente associados à cadeira de Anatomia Patológica. Na apresentação, o referido número mostra a seguinte nota: “Em duas partes ficará dividido o Anuário, uma contendo trabalhos originais pelo professor e seus assistentes e outra destinada ao registro de casos, que pela sua raridade ou interesse científico, mereçam divulgação”. (ANAIS DA FACULDADE DE MEDICINA DO RECIFE, 1934).

Os editores destacam o fato de a Cadeira de Anatomia Patológica da FMR dispor de material científico para pesquisadores nacionais e estrangeiros, seja com relatórios de necropsia

---

<sup>12</sup> O Instituto Aggeu Magalhães foi inaugurado em 1950 e o nome presta homenagem ao cientista que lutou pela sua implantação no estado, mas acabou morrendo precocemente em 1949 (MAGALHÃES FILHO, 2000)

ou peças anatômicas, blocos e preparações microscópicas. Esse acervo potencial para estudo e observação, de acordo com a apresentação da publicação, resultaria, em grande parte, da iniciativa do então diretor de Saúde Pública do Estado de Pernambuco, Décio Parreiras, de contratar a Faculdade de Medicina do Recife para a verificação de óbitos ocorridos sem assistência médica na cidade. A análise dos corpos, a partir desse convênio, era feita exatamente pela equipe de Anatomia Patológica da escola.

A justificativa para realização das autopsias, ou seja, o não esclarecimento da causa mortis pelo fato de o óbito ter ocorrido sem assistência médica, contemplaria mortes súbitas, domiciliares ou em via pública. Mas poderia sugerir, também, a dificuldade de acesso à assistência médico-hospitalar de setores da população, principalmente as pessoas em situação de pobreza na capital e interior, diante da rede ainda limitada de instituições e da necessidade de pagar pelo atendimento em parte dos serviços.

Embora os exemplares do período estudado reportem principalmente produções da Cadeira de Anatomia Patológica, reúnem, no decorrer dos anos, textos assinados por professores de outras disciplinas, que foram se incorporando aos estudos desenvolvidos na escola médica.

Os sete primeiros números dos Anais da FMR reúnem 23 artigos assinados por 14 autores e 15 relatórios de necropsia. Esses artigos tratam de relatos de casos únicos e múltiplos, envolvendo um total de 1095 indivíduos, e de revisão de literatura. Os estudos reúnem achados da anatomia patológica, acompanhadas ou não de dados gerados em exames laboratoriais mais específicos, informações extraídas de prontuários ou obtidas com familiares dos doentes e mortos.

Os relatórios de necropsia, como o próprio nome diz, relatam observações de aspectos encontrados no cadáver, de características físicas gerais (sexo, idade, cor) e de alterações encontradas víscera por víscera, não se configurando como comunicação científica, mas apenas como um documento médico publicado na revista.

Depois da primeira edição, novos números foram publicados em intervalo de um e de dois anos. O segundo e o terceiro número dos Anais da FMR são datados de 1935 e de 1936, respectivamente. O quarto (1937) e o quinto (1938), entretanto, integraram uma edição conjunta, em 1938, assim como o sexto (1939) e o sétimo (1940), em 1940.

Todos os sete números iniciais, avaliados nesta pesquisa, e exemplares impressos até 2007 estão guardados na Coleção Especial da Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), no Recife. O material em análise foi digitalizado pelo referido setor e disponibilizado por e-mail e em *drive* compartilhado para atender a interesses do estudo apresentado nesta dissertação.

A exploração se deu inicialmente no acervo físico, com manuseio e leitura parcial dos exemplares, e posteriormente, de forma mais detalhada, nas páginas digitalizadas, acessadas a partir do computador. Formato, estilo de linguagem, temas, autores e as informações indicativas de condição social serão apresentados a seguir.

Cabe esclarecer que a revista, provável fonte única de determinadas descobertas ou de fases de pesquisas importantes para Pernambuco e para o país, adotou novas denominações no decorrer do tempo. Em 1954, com a instituição da Universidade do Recife, a publicação passou a ser chamada Anais da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife (Anais da FMUR), escreve o professor Amaury Coutinho, diretor do Centro de Ciências da Saúde no editorial da publicação que reuniu os volumes 34, 35 e 36, referente aos períodos 1974-1975, 1976-1979 e 1980 e 1982 (ANAIS,1982).

A partir de 1966, com a instituição da Universidade Federal de Pernambuco, tornam-se Anais da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco. Desde agosto de 1975 constituem a publicação oficial do Centro de Ciências da Saúde da UFPE. Foram incorporados à imprensa científica do país, afirma Luiz Nascimento (2008), autor de levantamento sobre revistas e jornais pernambucanos. Costa e Pessoa (1985) também fazem referência à publicação da faculdade, quando listam 83 periódicos médicos editados em Pernambuco de 1842 a 1981.

Na seção a seguir, será exposto o detalhamento das publicações internas, com relação ao formato e estrutura para disposição das informações.

## 5.2 Formato, estrutura e linguagem da revista

Os exemplares da coleção física dos Anais da FMR, referentes ao período 1934-1940, apresentam-se com capa dura (não se sabe se original), têm formato de 23 por 16 centímetros e contam, cada um, com aproximadamente de 70 a pouco mais de 100 páginas preenchidas com publicações internas (artigos e relatórios de necropsia).

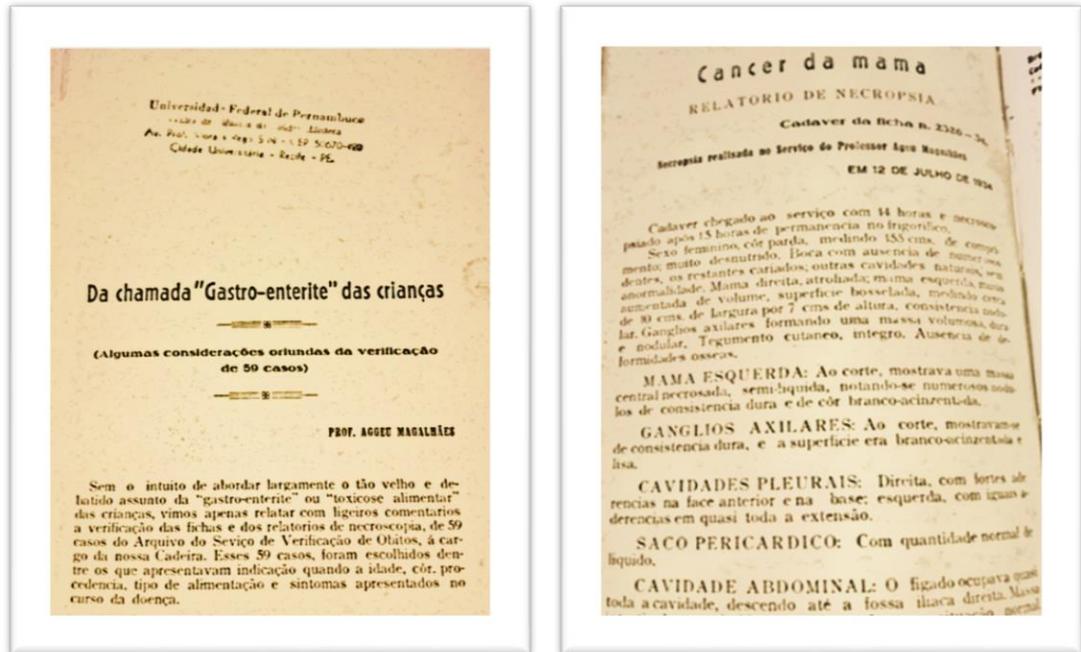
As edições da revista selecionadas para estudo, referentes à década de 1930, somam 455 páginas de conteúdo textual e imagético. Os 23 artigos e 15 relatórios de necropsia estão distribuídos em páginas numeradas e intercaladas com imagens sem paginação. Nas adicionais, sem numeração, há fotografias e reprodução de imagens microscópicas, denominadas microfotografias ou microfotos. Esse tipo de ilustração mostra-se como recurso complementar, reforçando a ideia presente no textual.

Em nenhum número, dentre a amostra, existe índice para guiar a leitura. Em três edições há suplementos estatísticos do S.V.O. (com número de atendimentos por idade, sexo, filiação, causa da morte e local de residência). Não há, entretanto, nesse balanço, um cruzamento das informações que possibilite um desenho do perfil das pessoas por causa mortis.

Dos sete números da revista médica, o primeiro, de 1934, e a edição que reúne o quarto e o quinto, referentes a 1937 e 1938, são os mais robustos em quantidade de publicações internas. O primeiro exemplar dos Anais da FMR, com 100 páginas, apresenta nove textos (artigos e relatórios de necropsia). O quarto e o quinto números reúnem 105 páginas com 12 textos. A edição com o sexto e o sétimo número, referentes a 1939 e 1940, tem 72 páginas, sendo a mais compacta em número de artigos, apenas três, embora mais longos. O segundo número, publicado em 1935, e o terceiro exemplar, datado de 1936, apresentam, respectivamente, 74 e 84 páginas, com sete textos cada.

Os textos são apresentados em coluna única na maior parte, acompanhados de tabelas, com e sem borda, e de imagens de cadáveres e de partes do corpo humano, de estudos macro e microscópicos feitos em órgãos e tecidos. Os 23 artigos são facilmente diferenciáveis dos 15 relatórios de necropsia, conforme mostra a figura 7, a seguir.

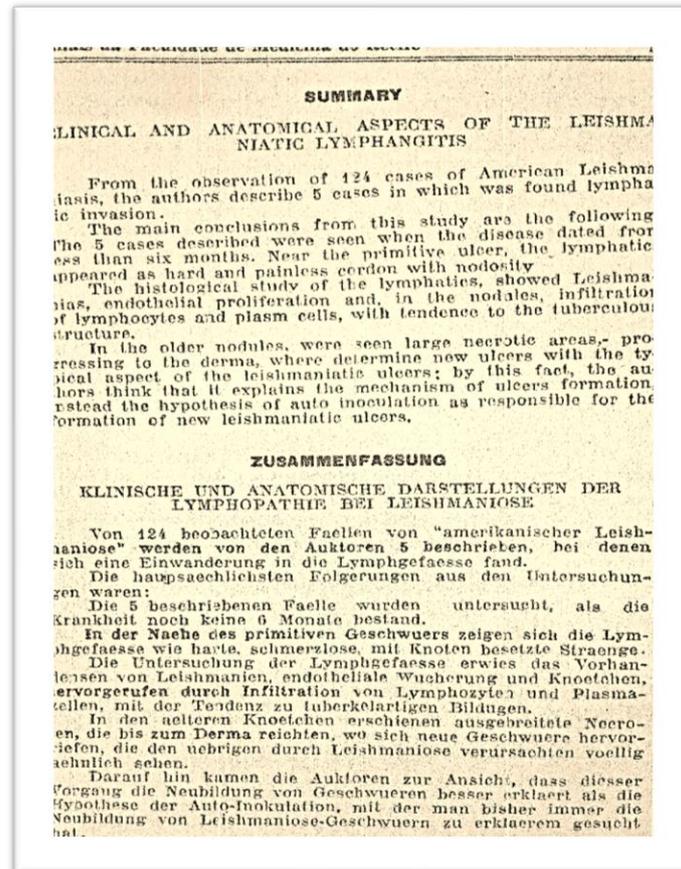
**Figura 8** - Tipos de publicação nos Anais da FMR: artigos e relatórios de necropsia



**Fonte:** Reprodução de páginas dos Anais da FMR, nº1, cópia digitalizada pela Biblioteca do CCS-UFPE.

Além de serem assinados, os artigos têm resumos em inglês e alemão (figura 8). Supõe-se que o periódico tentava atender a padrões internacionais da comunicação científica, destinando-se não somente aos estudos internos da escola, mas à troca de informação com a comunidade médica de outros países.

**Figura 9** – Página dos Anais da FMR com resumo de artigo em inglês e alem



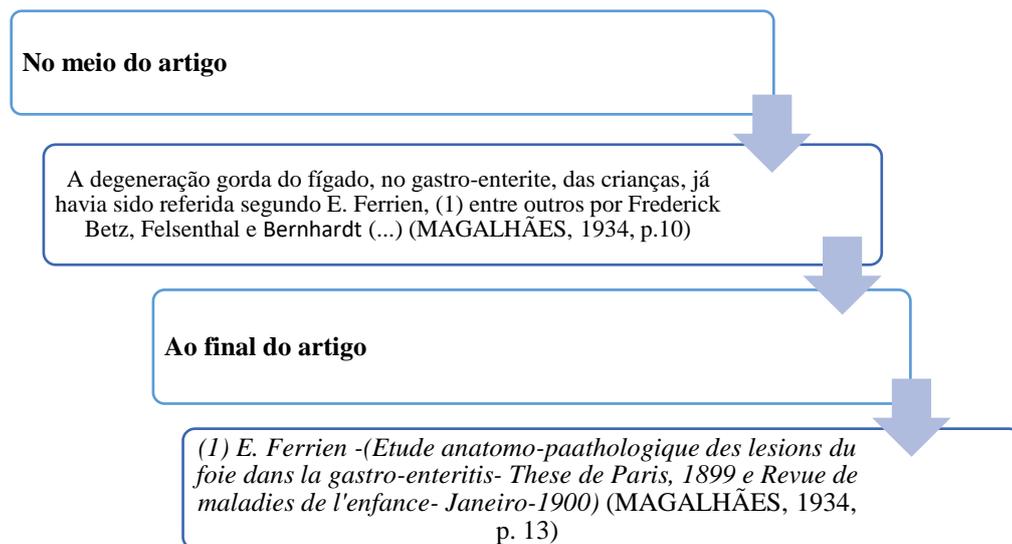
**Fonte:** Reprodução de página dos Anais da FMR, Nº 3, digitalizada pela Biblioteca do CCS- UFPE.

Exceto o “summary” em dois idiomas estrangeiros, nenhum outro componente da estrutura do texto se mantém constante nos artigos no período estudado. Há autores que dividem o conteúdo utilizando subtítulos para enunciar subtemas, outros preferem texto corrido. Alguns listam observações numeradas, expõem reprodução de laudos de exames em fragmentos de órgãos e tecidos ou em cadáveres (relato de necropsia), acompanhados por discussão ou conclusão. Constatam-se ainda comunicações iniciando com revisão de literatura e as que introduzem primeiro o caso novo, com a história clínica do(s) paciente (s) ou o achado da necropsia, fazendo, só depois, referência a estudos anteriores. Existem narrativas em terceira pessoa e em primeira pessoa do plural.

A grafia das palavras pode situar a época <sup>13</sup> ou mesmo falhas na produção gráfica. Cor, por exemplo, é escrita com acento circunflexo (“côr”). Muitas não apresentam acentuação mesmo com pronúncia de sílaba tônica, caso de “encefalo”. Umas são grafadas com “e”, em vez de “i”, como “craneo”, enquanto outras têm hífen (“atero-esclerose”) e algumas são escritas com “s” em vez de “z” (“localisação”) ou de duas formas (“mezes” e “meses”).

As referências bibliográficas também são apresentadas em diferentes formatos, sendo possível observar uma evolução ao longo das edições entre 1934 e 1940. Nas primeiras publicações são citados sobrenomes e raramente a fonte completa, com autoria, título, data da publicação. As últimas do período analisado já apresentam lista de autores e respectivas obras ao final de cada artigo. A forma de citação varia de acordo com o autor, não só quanto à informação, mas em relação à tipografia das letras, algumas em itálico. Os exemplos 1, 2 e 3, nas figuras 9, 10 e 11 mostram como as referências mais completas são apresentadas.

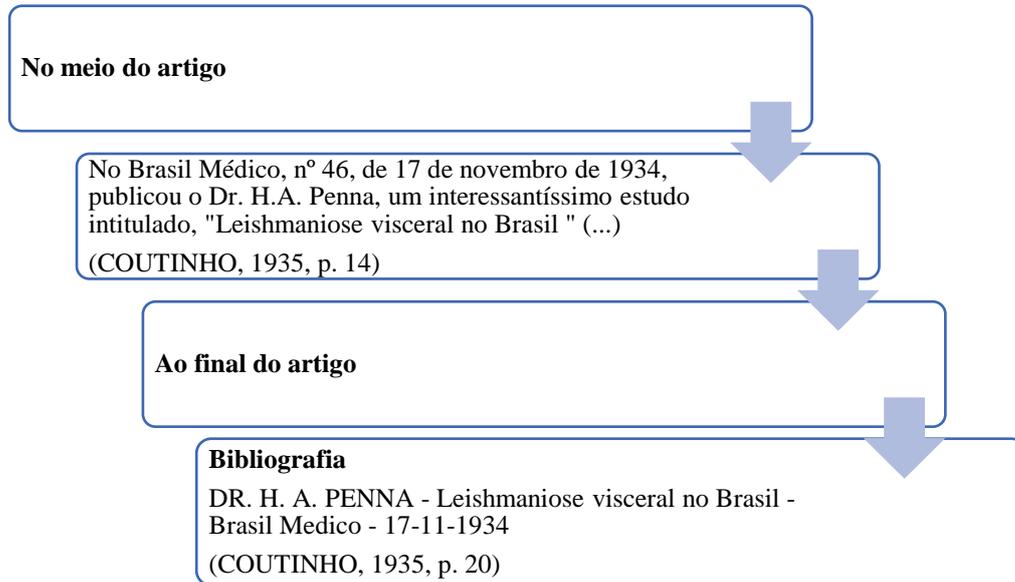
**Figura 10** – Exemplo 1, modelo de referência bibliográfica em exemplar de 1934



Fonte: A autora, com textos extraídos dos Anais da FMR, 1934

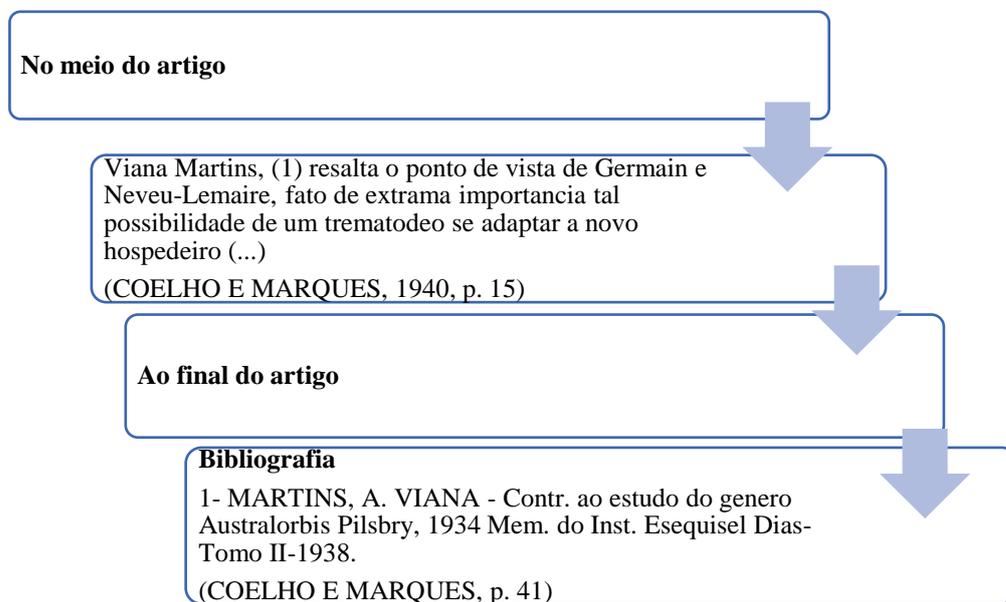
<sup>13</sup> Em 1931 havia sido aprovado o Acordo Ortográfico Luso-Brasileiro, revogado na Constituição de 1934 por Getúlio Vargas, alteração que só entrou em vigor quatro anos depois (MAYRINK, IN JORNAL ESTADO DE SÃO PAULO, 2008), disponível em: <https://emails.estadao.com.br/noticias/geral,reformas-ortograficas-durante-seculo-20-simplificaram-a-lingua,285959>.

**Figura 11** – Exemplo 2, modelo de referência bibliográfica em exemplar de 1935



Fonte: A autora, com informações extraídas dos Anais da FMR de 1935

**Figura 12** - Exemplo 3, modelo de referência bibliográfica em exemplar de 1940



Fonte: A autora, com informações extraídas dos Anais da FMR de 1940

Outros aspectos observados foram a forma de identificação dos pacientes ou corpos, em alguns casos com nome completo, em outros com iniciais do nome e sobrenome ou pelo número da ficha. Em fotografias publicadas há caso de exposição da imagem do cadáver de corpo inteiro, inclusive face, como também outros, onde está à mostra só a parte do corpo ou órgão lesionado.

Observa-se, sobre a exposição e identificação dos pacientes, que à época, a medicina, a ciência e a legislação brasileira ainda não contavam com um conjunto de instrumentos estabelecendo maior proteção à privacidade dos seres humanos. É importante considerar que a revista médica era destinada aos profissionais da área, de quem se espera, a qualquer tempo, apreço pela ética, o que inclui sigilo em relação à vida particular das pessoas assistidas.

Carvalho et al (2017) afirmam que mesmo na atualidade e em países desenvolvidos há precariedade em relação a dados de pacientes, informações essas que passaram, inclusive, a ser informatizadas. O prontuário eletrônico também é realidade nacional. Os autores citam que a Constituição Brasileira de 1988 prevê, em seu capítulo I, artigo 5º, serem invioláveis a intimidade, a vida privada e a imagem das pessoas. A confidencialidade dos dados médicos, completam, é regulamentada na Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, de 2013, publicada pelo Ministério e o Conselho Nacional de Saúde. O Código de Ética Médica (CEM), de 2009, também proíbe o médico de fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes e retratos deles em meios de comunicação em geral. Quanto à proteção de dados de pacientes em pesquisa, “documento publicado em 2002 pelo *Council for International Organizations of Medical Sciences*, determina ser dever do pesquisador preservar a confidencialidade dos dados dos pacientes envolvidos em suas pesquisas” (CARVALHAL ET AL, 2017, p. 40-41), omitindo, por exemplo, informações que possam levar à identificação dos mesmos.

Características adicionais de identificação pessoal serão abordadas mais adiante, na análise de indicadores sociais. Os temas das publicações internas dos Anais da FMR serão detalhados a seguir, por edição e por título.

### **5.3 Temas apresentados nas comunicações internas**

Diferentemente de outros periódicos da época como a Gazeta Médica da Bahia, os primeiros números dos Anais da Faculdade de Medicina do Recife não fazem compilação de publicações nacionais ou estrangeiras. Os textos publicados entre 1934 e 1940 tratam de questões de interesse local, da realidade pernambucana, principalmente das mortes que exigiram parecer do SVO e despertaram atenção pela raridade ou curiosidade do cientista.

Descrevem não só as lesões e alterações causadas por doenças, mas exames de laboratórios, técnicas e outros achados que, em alguns casos, tornaram-se referência para a ciência no Brasil.

As 38 publicações presentes nos sete primeiros números dos Anais da FMR abordam 31 temas diferentes:

- ✓ *Tuberculose - Sífilis – Leishmaniose – Ascariase - Esquistossomose*
- ✓ *Blastomicose – Gastroenterite - Micose pulmonar- Amigdalite*
- ✓ *Líquen plano - Aneurisma micótico – Infecções - Hemisporose*
- ✓ *Mortalidade infantil – Natimortalidade – Malformações - Linfoma*
- ✓ *Doença de Hodgkin – Aterosclerose – Endotelioma - Ruptura de aorta*
- ✓ *Sarcoma melânico - Aderências pleurais – Aneurisma - Lesões anatômicas*
- ✓ *Câncer - Câncer de mama- Lesões cardio-aórticas - Fibroma*
- ✓ *Sarcoma - Leucemia*

Para chegar a essa constatação foram realizadas duas classificações. Na primeira, o tema foi extraído a partir do título, selecionando a palavra que pareceu de maior significado para identificação da doença, agravo ou procedimento retratado. Para um esclarecimento à luz da atualidade, considerando mudança de grafia e desuso, o vocábulo foi submetido aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e, quando não esclarecido, consultado dicionário ou outra fonte, conforme mencionado no quadro 3, detalhadamente.

Após leitura completa de cada texto, foi possível constatar, em parte dos casos, que a abordagem não se limitava somente ao tema destacado no título ou que a titulação não abrangia uma doença importante focalizada no estudo. Por exemplo, no primeiro número, o artigo “Da gastro-enterite das crianças”, trata de gastroenterite e de mortalidade infantil. Há também um relatório de necropsia intitulado “Rutúra de pequena ectasia da aorta”, que sugere, ao olhar do não especialista, tratar-se de apenas de uma doença vascular ou lesão por acidente ou agressão. Mas o relato descreve, entre as lesões anatômicas no cadáver, a “aortite” e a “arterite sífilíticas”, complicações que acometem os vasos sanguíneos, decorrentes da sífilis, de frequência importante na época, conforme a literatura médica. Nesse caso, a reclassificação foi adotada usando os dois temas: a rutura de aorta e a sífilis.

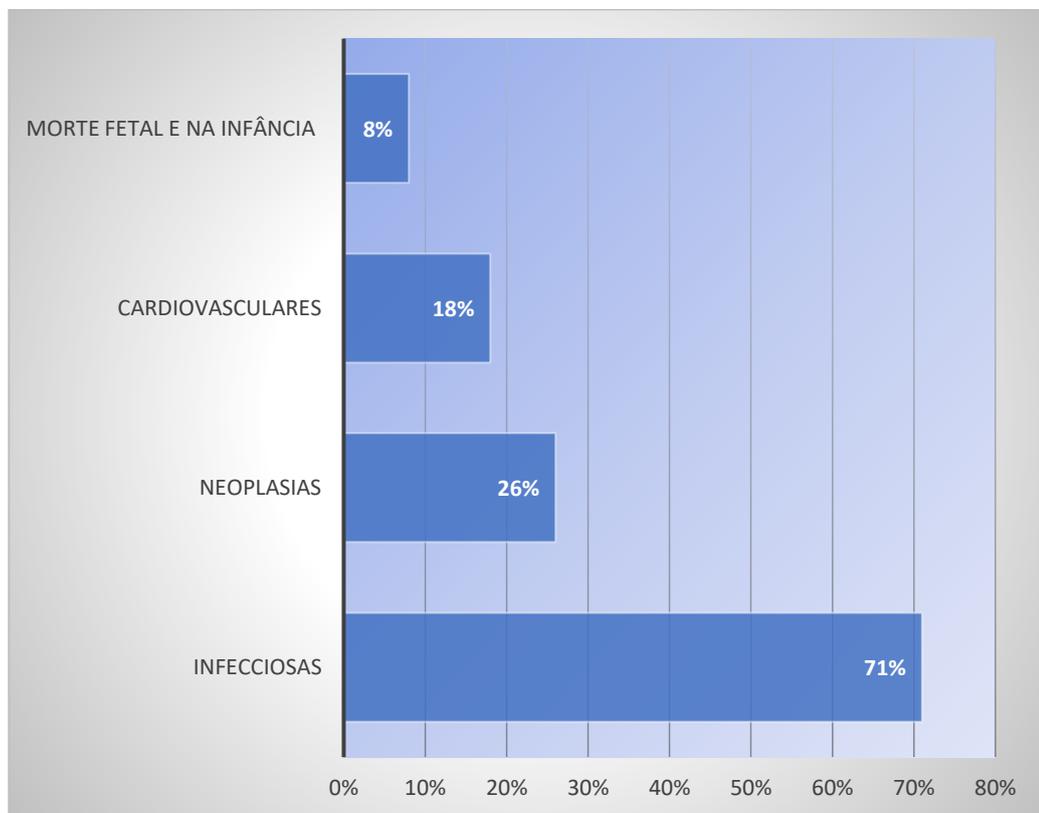
Com os temas principais listados, foi possível reagrupá-los na seguinte classificação:

- ✓ *Doenças infecciosas e outras infecções;*
- ✓ *Neoplasias (câncer e outros tumores);*

- ✓ *Cardiovasculares;*
- ✓ *Mortalidade infantil e fetal;*
- ✓ *Outras.*

No gráfico 1, abaixo, as doenças estão agregadas em grandes temas, sendo predominante a abordagem a doenças infecciosas e parasitárias e outras infecções no conjunto das edições de 1934 e 1940.

**Gráfico 1-** Temas retratados nas 38 publicações internas dos Anais da Faculdade de Medicina do Recife (artigos e relatórios de necropsia) no período 1934-1940



Fonte: A autora (2019).

O gráfico 1 mostra a proporção de publicações por grandes temas. As doenças infecciosas e outras infecções estão presentes em 27 publicações internas (71%), seguidas pelas neoplasias (10 textos, 26%), que englobam câncer e outros tumores, pelas cardiovasculares (7 textos, 18%), morte fetal ou na infância (3 textos, 8%), incluídas nesse último o estudo sobre malformação de fetos.

Dentre as infecciosas e outras infecções, as micoses lideraram sendo retratadas em 6 publicações (16%), seguidas por tuberculose (5 textos, 13%), sífilis (4 textos, 10%),

leishmaniose, esquistossomose e infestação por lombriga, cada uma sendo abordada por 3 publicações (8%). Das neoplasias, as malignas se destacaram, sendo citadas 7 vezes (18%). O câncer de pele e os linfomas foram os mais citados, cada um em 2 textos (5%).

Registros de todos os atendimentos feitos anualmente pelo SVO, anexados a uma parte das edições dos Anais, demonstram a casuística importante das doenças infecciosas e parasitárias, além de outras infecções e inflamações causadas supostamente por microrganismo. As doenças mais exploradas, no entanto, em cada exemplar, não correspondem às que motivaram mais necropsias, o que seria justificado, conforme a apresentação do primeiro número, pela raridade ou interesse científico despertado pelo assunto.

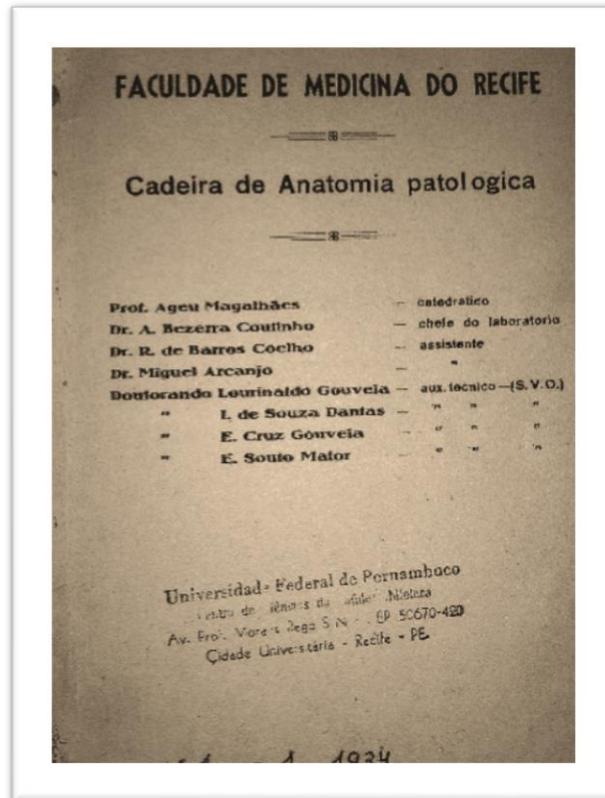
Em 1936, o balanço da verificação da óbitos registrou 719 casos de enterite (inflamação da mucosa do intestino), 425 de tuberculose, 189 de broncopneumonia, 24 de febre tifoide, dentre 2.734 óbitos extrauterinos. Na lista das infecciosas ainda estão difteria, esquistossomose, lepra e paludismo (ANAIS DA FMR, 1936), sendo as duas últimas mais conhecidas na atualidade como hanseníase e malária. Os dados em relação a 1938, apontam 771 mortes por enterites, 357 por tuberculose, 290 de broncopneumonia, 25 por febre tifoide, entre outras, como leishmaniose e esquistossomose (ANAIS DA FMR, 1938).

Apresenta-se, a seguir, a distribuição da temática por cada exemplar e, no quadro 3, é possível ver a lista dos 23 artigos, com temas, descritores, resumo e autor.

### ***5.3.1 Edição de 1934***

O primeiro número dos Anais da FMR reúne nove publicações. As três primeiras tomam mais de um terço das 100 páginas preenchidas pelas comunicações internas: “A gastro-enterite das crianças” (mortalidade infantil por diarreia), estudo assinado por Aggeu Magalhães, desenvolvido a partir de 59 necropsias; “Aspectos histológicos das localizações viscerais da esquistossomose de Manson”, no qual Aluizio Bezerra Coutinho expõe resultados de 23 casos analisados pela patologia; e a “Anatomia patológica do nati-morto”, uma avaliação de 55 corpos de crianças (28 prematuros e 27 que já nasceram mortos) feita por Raimundo de Barros Coelho. Todos os três autores compõem a Cadeira de Anatomia Patológica, responsável pela produção do periódico, conforme registro na segunda capa dos Anais. Aggeu Magalhães é o professor catedrático, Bezerra Coutinho o chefe do laboratório e Barros Coelho o assistente.

**Figura 13** - Capa interna dos Anais da FMR, nº 1



Fonte: Imagem reproduzida a partir de fotografia feita pela autora da pesquisa de exemplar pertencente à Biblioteca do CCS-UFPE (2019)

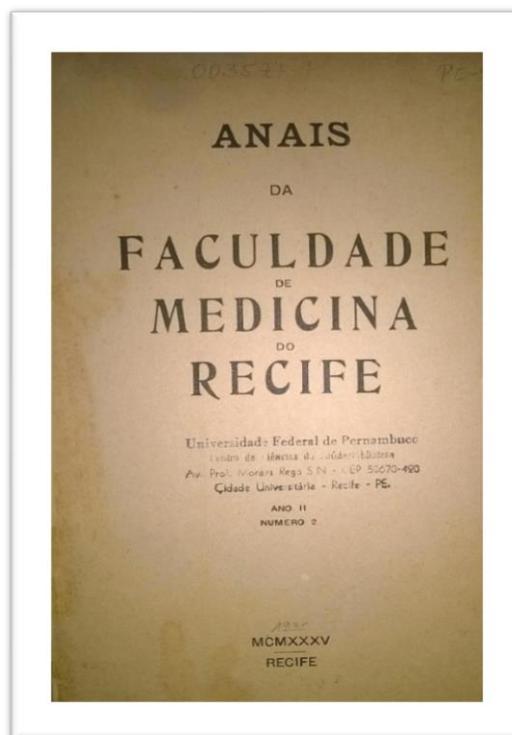
Na publicação há ainda seis relatórios de necropsia, descrevendo as fichas de pessoas isoladamente, que morreram em decorrência de “Doença de Hodgkin” (neoplasia do sistema linfático), “Tuberculose do piloro”, “Câncer de mama”, “Sarcoma melânico” (câncer de pele) e de “Excavação purulenta intra-ventricular (aneurisma micótico)”, além da “Rutura de aorta”, citada anteriormente. Não recebem assinatura, apenas informam, em cada relatório, que a necropsia ali registrada foi realizada no Serviço do Professor Aggeu Magalhães.

### 5.3.2 Edição de 1935

No segundo número, publicado em 1935, são sete comunicações ocupando 74 páginas: “Um caso de ascaridose hepática”, comunicação, feita por Aggeu Magalhães, do provável segundo caso de invasão do fígado e vias biliares por *Áscaris lumbricoides* registrado no Brasil; “Contribuições à patologia da leishmaniose americana”, estudo de Bezerra Coutinho reforçando a hipótese de que a leishmaniose tegumentar (cutânea) alcançaria também as vísceras; “Um caso de micose pulmonar”, descrição assinada também pelo mesmo autor da publicação

anterior, de aspectos biológicos da doença causada por fungos; “Contribuições ao estudo do póliplo da leishmaniose”, mais uma vez de Bezerra Coutinho, que revisa a literatura e discute um caso local de tumor no nariz submetido a biópsia, confirmando a presença da leishmânia; “Um caso de amigdalite supurada e abscesso no cérebro”, no qual Edgar Gouveia apresenta resultado de autópsia em uma pré-adolescente; “Alergia fúngica”, estudo de caso feito por Jorge Lobo, abordando uma reação a partir de infecção por fungo; “Considerações em torno de alguns casos teratológicos”, sobre oito fetos com malformações, texto assinado por Barros Coelho e Lourenço Ypiranga de Souza Dantas. Relatórios de necropsias não fazem parte da edição.

**Figura 14** - Capa interna dos Anais da FMR, nº 2



Fonte: Imagem reproduzida a partir de fotografia de exemplar pertencente à Biblioteca do CCS-UFPE. A autora (2019).

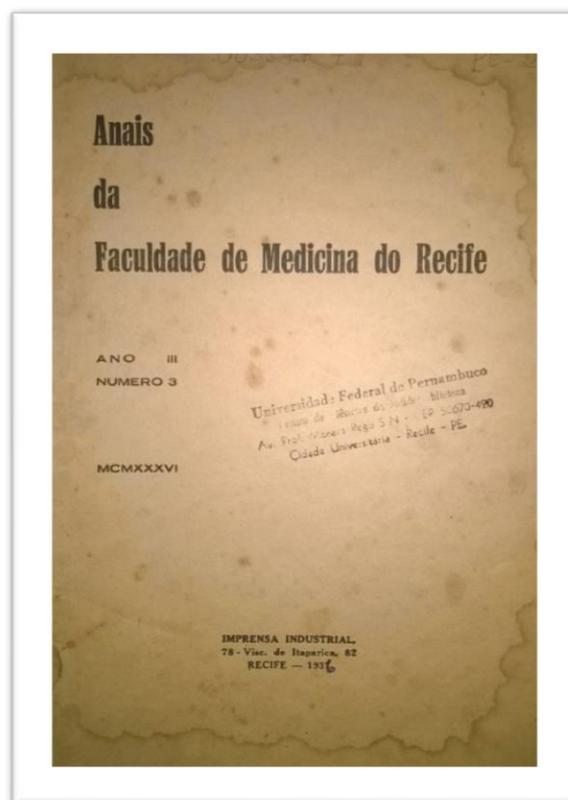
Os médicos Edgar Gouveia e Lourenço Ypiranga são citados na segunda capa dos Anais da FMR como auxiliares técnicos do SVO. Jorge Lobo atuava na dermatologia, conforme atesta o terceiro número dos Anais da Faculdade de Medicina do Recife.

### **5.3.3 Edição de 1936**

No terceiro número dos Anais da FMR, editado em 1936, os autores abordam em cinco artigos distribuídos em 80% das 84 páginas: “Aspectos macroscópicos da íntima da aorta na sífilis e na atero-esclerose”, resultado de estudo assinado por Aggeu Magalhães e Barros Colho

em torno da camada mais interna do vaso sanguíneo, sobre 28 cadáveres autopsiados; “Considerações em torno de aderências pleurais”, no qual Miguel Archanjo avalia 694 pessoas que morreram com e sem tuberculose; “Mais um caso de ascaridiose hepática”, que seria o terceiro comunicado no Brasil, de autoria de Barros Coelho e Lobato Paraense; “Aspectos clínicos e anatômicos das linfopatias leishmanióticas”, que estuda, numa parceria de Bezerra Coutinho e Jorge Lobo, alterações no sistema linfático em cinco pacientes com leishmaniose; e “Um caso de endotelioma”, tumor descrito por Paraense.

**Figura 15** - Capa interna dos Anais da FMR, nº 3



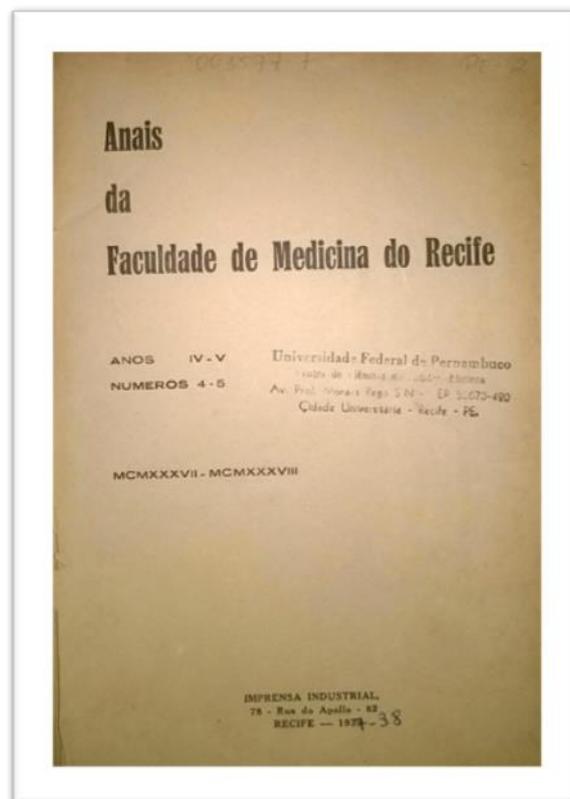
Fonte: Imagem reproduzida a partir de fotografia de exemplar pertencente à Biblioteca do CCS-UFPE. A autora (2019).

A mesma edição ainda reúne dois relatos de necropsia, “Um caso de pericardite tuberculosa” e “Um caso de aneurisma da parede do ventrículo direito”, mais uma vez em relação a necropsias realizadas no Serviço do Professor Aggeu Magalhães. Na publicação, o médico Miguel Archanjo é apresentado como assistente e o colega Lobato Paraense como auxiliar.

### 5.3.4 Edição de 1937-1938

Na edição dos Anais da Faculdade de Medicina do Recife que reúne os números 4 e 5, há cinco artigos e sete relatórios de necropsia ocupando um total de 105 páginas. Os artigos são os seguintes: “Sobre um caso de blastomicose”, de Barros Coelho, e “Contribuições ao estudo da blastomicose”, de Jorge Lobo, que relatam doença causada pelo fungo *Paracoceidioides brasiliensis*; “Resultado da hemocultura em alguns cadáveres”, uma investigação assinada por José Fernandes acerca de infecções constatadas em dez corpos necropsiados no SVO da faculdade; “Das lesões anatómicas em indivíduos brancos e pretos”, no qual Lauro Gama observa as alterações mais presentes em cadáveres de pessoas pretas e brancas; e Hemisporose humana, estudo sobre infecção por fungo publicado por Jorge Lobo e Sílvio Campos.

**Figura 16** - Capa interna dos Anais da FMR, nº 4 e 5



Fonte: Imagem reproduzida a partir de fotografia de exemplar pertencente à Biblioteca do CCS-UFPE A autora (2019)

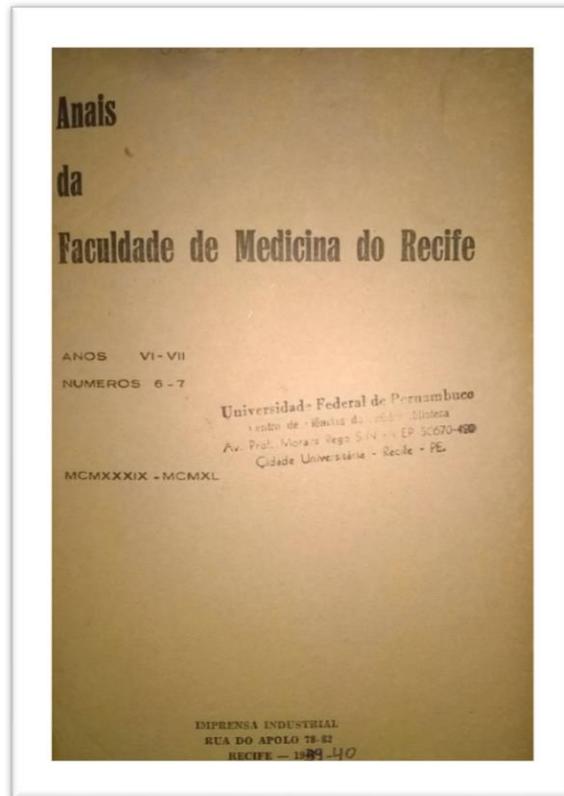
Os relatórios de necropsia tratam sobre “Um caso de miocardite tuberculosa com formação aneurismática”, em relação à necropsia realizada no Serviço do Professor Aggeu Magalhães; “Um caso de linfoma”, do Serviço do Professor Arnaldo Marques; “Um caso de leucemia mieloide”, da Cadeira de Clínica Médica/Serviço do Professor João Amorim; “Um

caso de aneurisma dissecante da aorta”; “Um caso de endotelioma do baço”; “Um caso de fibroma *Molluscum pendulum*” e “Um caso de mixo-sarcoma”. Esses últimos sem informação adicional.

### **5.3.5 Edição de 1939-1940**

A edição que reúne os números seis e sete dos Anais da Faculdade de Medicina do Recife, publicada em 1940, reúne três artigos. Um deles, o mais extenso, que ocupa 46 das 72 páginas do conjunto textual e imagético, é uma “Contribuição ao estudo da esquistossomose de Manson”. Trata-se de uma revisão de literatura com observações autorais, assinada por Raimundo de Barros Coelho e Clovis Marques, assistente. Os autores iniciam reproduzindo uma crítica de Aggeu Magalhães à negligência com os doentes, “enorme massa de enfermos sem assistência adequada” (ANAIS DA FMR, 1940, p.5), atualizam informações sobre vários aspectos, da distribuição no Brasil a estudos experimentais da patologia e, entre as conclusões, confirmam a ação cancerígena do *Schistosoma mansoni*. Os outros dois textos abordam “Um novo caso de ascaridiose hepática”, assinado por Clovis Marques, com referência ao provável terceiro caso noticiado na época de invasão das vias biliares pelo *Áscaris lumbricoides*, e “Sobre um caso de esquistossomose de Manson com localização ovariana”, de Martiniano Fernandes, docente-livre de Obstetrícia, e de Romulo Lapa, do Serviço do Dr. Fonseca Lima, “talvez a primeira (comunicação) a referir invasão do ovário pelos ovos do *Schistosoma*”, como mencionam os autores (ANAIS da FMR, VI-VII, 1940, p. 56).

**Figura 17** - Capa interna dos Anais da FMR, nº 6 e 7



Fonte: Imagem reproduzida a partir de fotografia de exemplar pertencente à Biblioteca do CCS-UFPE. A autora (2019)

Detalhes sobre os artigos dessa edição e das mencionadas anteriormente, são mostradas no quadro 3. Nele é possível verificar a classificação dos temas com seus significados e um resumo de cada abordagem feita nos artigos.

**Quadro 3<sup>14</sup>** – Distribuição dos artigos dos Anais da FMR, de 1934 a 1940, por título, tema, descrição do significado, resumo da abordagem e autor

TÍTULO DO ARTIGO	TEMA(S)/DESCRITOR(ES)/SIGNIFICADO(S)	RESUMO	AUTOR
<b>Nº 1 – 1934</b>			
<b>Da chamada “gastro- enterite” das crianças</b>	<b>Gastroenterite-</b> “Inflamação de qualquer segmento do trato gastrointestinal do esôfago ao reto.” <b>Mortalidade infantil-</b> “Óbitos ocorridos desde o nascimento até 365 dias após o nascimento.”	Estudo de 59 casos escolhidos pelo autor, a partir de fichas e relatórios de necropsia com foco nas lesões hepáticas apresentadas pelos bebês, sintomas da gastroenterite apresentados no curso da doença e no perfil das vítimas (idade, cor, local de moradia e alimentação) e de suas mães.	Aggeu Magalhães
<b>Aspectos histológicos das localizações viscerais da esquistossomose de Manson</b>	<b>Esquistossomose-</b> “Infecção com vermes (trematódeos) do gênero <i>Schistosoma</i> , doença negligenciada.”	Estudo que relata aspectos anormais encontrados no exame microscópico das vísceras (pulmão, pâncreas e fígado) de 23 corpos autopsiados no SVO, alguns encaminhados por hospitais do Recife, com indicação de esquistossomose.	Aluizio Bezerra Coutinho
<b>Anatomia patológica do nati-morto</b>	<b>Natimorto</b> – “Nascido morto. Evento em que um feto é nascido morto; óbito fetal tardio, com 28 semanas ou mais de gestação.” <b>Sífilis-</b> “Doença contagiosa venérea causada pelo <i>Treponema pallidum</i> .”	Estudo de 55 cadáveres de fetos que morreram no útero da mãe ou crianças falecidas logo após o nascimento, em razão de problemas no trabalho de parto ou vida intra-uterina. Aponta como lesões mais frequentes hemorragia no encéfalo, fibrose nos rins, fígado baço e pulmão, além de osteocondrite (inflamação de ossos e cartilagem) sífilítica, podendo ser a sífilis responsável por maior sensibilidade do feto a traumatismos obstétricos.	Raimundo de Barros Coelho
<b>Nº 2 – 1935</b>			
<b>Um caso de ascaridose hepática</b>	<b>Ascaríase</b> – “Infecção por áscaris (verme), que causa diarreia e pneumonite, de distribuição mais prevalente em áreas sem saneamento básico.”	Relato de um caso, provavelmente o segundo registrado no Brasil, descrevendo a invasão de vias biliares e do fígado por <i>Ascaris lumbricoides</i> durante a vida da pessoa infectada.	Aggeu Magalhães
<b>Contribuição à patologia da leishmaniose americana</b>	<b>Leishmaniose americana ou cutânea</b> – “Doença endêmica caracterizada por lesões múltiplas ou únicas em áreas da pele. Ocorre nas Américas Central e do	Relato de um caso de leishmaniose cutânea, descrevendo exames clínicos e laboratoriais feitos em vida, além dos achados da necropsia.	Aluizio Bezerra Coutinho

<sup>14</sup> Continua nas próximas quatro páginas

	Sul, causada pela <i>Leishmania mexicana e braziliensi</i> .”		
<b>Um caso de micose pulmonar</b>	<b>Micose pulmonar</b> - “Doença pulmonar causada por fungos.”	Relato de um caso de micose pulmonar a partir de estudos da anatomia patológica.	Aluizio Bezerra Coutinho
<b>Contribuições ao estudo do Polipo da Leishmaniose</b>	<b>Leishmaniose americana ou cutânea</b> – “Doença endêmica caracterizada por lesões múltiplas ou únicas em áreas da pele. Ocorre nas Américas Central e do Sul, causada pela <i>Leishmania mexicana e braziliensi</i> .”	Relata uma nova forma de leishmaniose das mucosas, com pólipo (tumor) nasal, estudado a partir de exame histológico.	Aluizio Bezerra Coutinho
<b>Considerações em torno de alguns casos teratológicos</b>	<b>Teratogênese</b> – “Formação de anomalias congênitas, malformações de órgãos ou partes do corpo durante o desenvolvimento no útero.”	Estudo de oito casos de malformações congênitas recebidas em três anos pelo SVO, sendo a primeira classificação desse tipo feita no Recife. Descreve resumo da ficha e súmula dos relatórios de autópsia, utilizando também radiografias e fotografias para apresentar os exemplos. Constata predomínio de malformações de cabeça nos fetos, destacando-se a anencefalia.	Raimundo Barros Coelho e Lourenço Ypiranga
<b>Um caso de amidalite supurada e abscesso de cérebro</b>	<b>Amigdalite</b> – “Inflamação das amígdalas, geralmente causada por infecção bacteriana, aguda, crônica ou recorrente.” <b>Abscesso encefálico</b> – “Coleção circunscrita de exudato (fluido) purulento no cérebro, devido à infecção bacteriana (ou outra). A maioria é causada por disseminação de material infectado a partir de um foco de supuração em algum lugar do corpo, especialmente seis paranasais, orelha média, coração e pulmão (...).”	Relato de um caso pouco frequente de abscesso no cérebro, em uma criança de 11 anos, originado provavelmente a partir de uma infecção bacteriana nas amígdalas, conforme resultado da necropsia.	Edgar Gouveia
<b>Alergia fúngica, liquen plano, alergide micótica</b>	<b>Liquen plano rubro</b> – “Doença prurítica, inflamatória, da pele e mucosas, podendo ser tanto generalizada como localizada, de etiologia desconhecida.”	Relata um caso de micose que afeta pele, descrevendo achados clínicos, resultado de testes cutâneos e do tratamento.	Jorge Lobo
<b>Nº 3 – 1936</b>			
<b>Aspectos macroscópicos da íntima da aorta na</b>	<b>Sífilis</b> - “Doença contagiosa venérea causada pelo <i>Treponema pallidum</i> .”	Estudo da aorta de 28 indivíduos adultos autopsiados, mostrando que a sífilis predispõe à aterosclerose.	Aggeu Magalhães e Raimundo de Barros Coelho

sífilis e na atero-esclerose desse vaso	<b>Aterosclerose</b> - “Espessamento e perda da elasticidade das paredes das artérias que ocorre com a formação de placa aterosclerótica dentro da íntima arterial (camada mais interna do vaso).”		
Um caso de endotelioma	<p><b>Endotelioma ou endotelioblastoma*</b> - Tumor, potencialmente maligno, derivado das células do tecido endotelial.</p> <p><b>Tumor **</b> - “A palavra tumor corresponde ao aumento de volume observado numa parte qualquer do corpo. Quando o tumor se dá por crescimento do número de células, ele é chamado neoplasia, que pode ser benigna ou maligna. Ao contrário do câncer, que é neoplasia maligna, as benignas têm seu crescimento de forma organizada, em geral lento, e apresenta limites nítidos, não invadem os tecidos vizinhos nem causam metástases. “</p> <p><b>Metástase linfática</b> – “Transferência da neoplasia do local primário para os gânglios linfáticos ou para partes distantes do corpo por meio do sistema linfático.”</p>	Relato de um caso de endotelioma identificado inicialmente por biopsia, com história clínica e achados da necropsia, mostrando a presença de tumores nos gânglios linfáticos cervicais, com metástase para outros gânglios, útero, mamas e pele.	Lobato Paraense
Considerações em torno das aderências pleurais (com e sem tuberculose)	<p><b>Pleurodese</b> – “A produção de aderências entre a pleura parietal e a visceral.”</p> <p><b>Tuberculose</b> - “Doença infecciosa causada pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i>, afeta pulmões e outros órgãos.”</p>	Estudo sobre aderências pleurais constatadas em 694 corpos necropsiados, sendo 286 com tuberculose e 408 sem a doença. Avalia a frequência do problema por idade, sexo e cor dos doentes, além da localização das aderências.	Miguel Archanjo
Mais um caso de ascaridiose hepática	<b>Ascariase</b> – “Infecção por áscaris (verme), que causa diarreia e pneumonite, de distribuição mais prevalente em áreas sem saneamento básico.”	Relata mais um caso de invasão do fígado e vias biliares por áscaris, o segundo em Pernambuco e o provável terceiro no Brasil, com base em necropsia e exames microscópicos.	Raimundo Barros Coelho e Lobato Paraense
Aspectos clínicos e anatômicos das linfopatias leishmanioticas Nº 3-1936	<p><b>Linfadenopatias</b> - “Enfermidades dos vasos linfáticos.”</p> <p><b>Leishmaniose americana ou cutânea</b> – “doença endêmica caracterizada por lesões múltiplas ou únicas em áreas da pele. Ocorre nas Américas Central e do</p>	Estudo de cinco casos de alterações no sistema linfático por leishmaniose, considerando achados clínicos e por meio de exames laboratoriais.	Aluizio Bezerra Coutinho e Jorge Lobo

	Sul, causada pela <i>Leishmania mexicana e braziliensis</i> .”		
<b>Nº 4 e 5 - 1937-1938</b>			
<b>Sobre um caso de blastomicose</b>	<b>Blastomicose</b> - “Infecção fúngica que pode aparecer sob duas formas: 1) lesão primária caracterizada pela formação de pequeno nódulo cutâneo e pequenos nódulos ao longo dos linfáticos (...);2) lesões granulomatosas crônicas caracterizadas por crostas espessas, crescimento de verrugas, vasculatura rara e infecção dos lobos pulmonares médio ou superior.”	Relato de um caso de blastomicose, com lesão na boca e pulmão, estudado a partir da necropsia e exames microscópicos. Aponta o <i>Paracoceidiodes brasiliensis</i> como provável agente etiológico, sendo o primeiro caso publicado em Pernambuco da forma pulmonar primitiva ou secundária a lesões cutâneas.	Raimundo Barros Coelho
<b>Resultado da hemocultura em alguns cadáveres</b>	<b>Hemocultura</b> – “Teste para detectar a presença de infecção no sangue.”	Estudo sobre dez hemoculturas, realizadas a partir de sangue coletado de cadáveres durante necropsias, para investigar agentes infecciosos. Em três foi isolado o <i>Pneumococcus</i> , em outros três nada foi constatado e, nos demais, encontradas diferentes bactérias.	José Fernandes
<b>Das lesões anatômicas em indivíduos brancos e pretos</b>	<b>Câncer</b> – “Crescimento novo anormal de tecido (tumor), sendo as neoplasias malignas com maior grau de invasão e metástase que as benignas.” <b>Tuberculose</b> – “Doença causada pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> .”	Estudo de 200 necropsias, sendo 100 em indivíduos brancos e 100 em indivíduos pretos com idade a partir de 20 anos, nas quais foram observadas as cavidades torácica e abdominal. Constatadas lesões predominantes em cada grupo, maior longevidade nos pretos, sendo o câncer e as lesões de aorta e coração predominantes nas pessoas dessa cor, e as lesões de pleura e pulmão nos brancos, inclusive tuberculose.	Lauro Gama
<b>Hemisorrose humana</b>	<b>Hemisorrose</b> – “Micosse de evolução arrastada com formação de abscessos ósseos e em outros tecidos. É devida a um fungo do gênero <i>Hemispora</i> ” *	Relato de um caso de “lesões gomosas” numa paciente, causadas pelo fungo <i>Hemispora stellata</i> , isolado em cultura, tratadas com iodeto de potássio.	Jorge Lobo e Sílvio Campos
<b>Contribuição ao estudo das blastomicoses</b>	<b>Blastomicose</b> : “infecção fúngica que pode aparecer sob duas formas: 1) lesão primária caracterizada pela formação de pequeno nódulo cutâneo e pequenos nódulos ao longo dos linfáticos (...);2) lesões granulomatosas crônicas caracterizadas por crostas espessas, crescimento de verrugas, vasculatura rara e infecção dos lobos pulmonares médio ou superior.”	Apresenta um caso da infecção fúngica diferente dos habitualmente estudados no Brasil na época, pelo aspecto clínico, histológico e micológico. Discute a dermatite causada pelo fungo, fenômenos de imunidade e o estudo do parasita por meio de culturas. O caso referido difere de outros três descritos no país, apresentando lesões nodulares queloidiformes de evolução lenta sem comprometer o estado geral.	Jorge Lobo

Nº 6 e 7 – 1939-1940			
<b>Contribuição ao estudo da esquistossomose de Manson</b>	<p><b>Esquistossomose</b>- “Infecção com vermes (trematódeos) do gênero <i>Schistosoma</i>, doença negligenciada.”</p> <p><b>Câncer</b> - “Crescimento novo anormal de tecido (tumor), sendo as neoplasias malignas com maior grau de invasão e metástase que as benignas.”</p>	Revisão da literatura sobre a esquistossomose, situando inicialmente o impacto negativo na população desassistida e o desconhecimento em torno do problema, discutindo depois novos aspectos em torno do estudo parasitológico, habitat e postura, ciclo evolutivo, hospedeiros intermediários, diagnóstico pelas pesquisas de laboratório, patologia experimental, lesões inflamatórias, lesões esplênicas e neoplasias, com citação de quatro casos avaliados pela Patologia da Faculdade de Medicina. Conclui que a ação cancerígena do <i>S. mansoni</i> é real.	Raimundo de Barros Coelho e Clovis Marques
<b>Um novo caso de ascaridose hepática</b>	<b>Ascaríase</b> – “Infecção por áscaris (verme), que causa diarreia e pneumonite, de distribuição mais prevalente em áreas sem saneamento básico.”	Relato de mais um caso de invasão do fígado por <i>Áscaris</i> , com o paciente vivo, o terceiro registrado no Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Recife. A descrição contempla as observações da necropsia e exame microscópico.	Clovis Marques
<b>Sobre um caso de esquistossomose de Manson com localização ovariana</b>	<b>Esquistossomose</b> - “Infecção com vermes (trematódeos) do gênero <i>Schistosoma</i> , doença negligenciada.”	Relato de um caso, com história clínica, exame ginecológico e resultado de biópsia comprovando a invasão de um dos ovários da paciente pelo verme da esquistossomose.	Martiniano Fernandes e Romulo Lapa

Fonte: Autoria própria, com informações dos Anais da Faculdade de Medicina do Recife de 1934, 1935, 1936, 1937-1938 e 1939-1940 e análise à luz dos Descritores em Ciências da Saúde.

\* Dicionário Infopédia de Termos Médicos

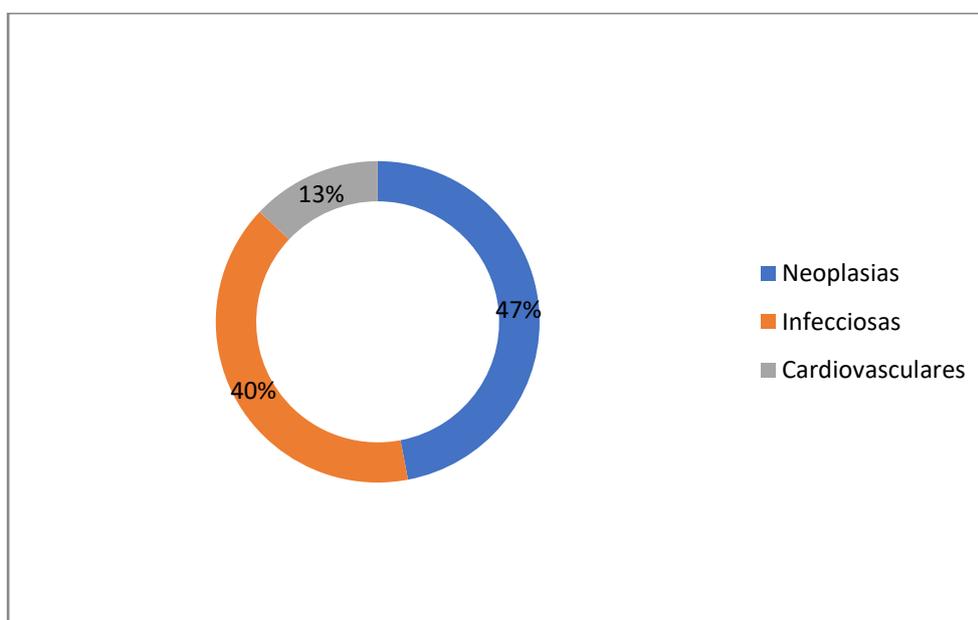
\*\* Instituto Nacional de Câncer.

A próxima análise considerou a distribuição dos temas separadamente nos artigos e nos relatórios de necropsia.

### 5.3.6 A distribuição dos temas nos relatórios de necropsia

Quanto aos 15 relatórios de necropsia avaliados, a classificação inicial, feita a partir dos títulos, e a posterior, com base no conteúdo completo, indicaram, como mostra o gráfico 2, uma frequência maior de textos sobre neoplasias, com 7 (47%) relatórios. Em segundo lugar ficaram os casos de doença infecciosa e quadros de infecção, que foram abordados por seis (40%) relatórios, seguidos de problemas cardiovasculares, presentes em 2 (13%).

**Gráfico 2** - Temas mais presentes nos relatórios de necropsia nos Anais da FMR de 1934 a 1940



Fonte: A autora (2019)

No grupo das neoplasias, a abordagem sobre câncer esteve presente em 33% dos relatórios, abrangendo os de mama, linfoma, leucemia, mixo-sarcoma e doença de Hodgkin. Na quota das infecciosas foram somadas as infecções e complicações geradas: tuberculose, pericardite e miocardite tuberculosa, aneurisma micótico (desenvolvido por microrganismo na parede do vascular), um caso de ruptura de aorta e outro de aneurisma do ventrículo direito, nos quais se supõe ter havido lesão ao tecido vascular pela sífilis.

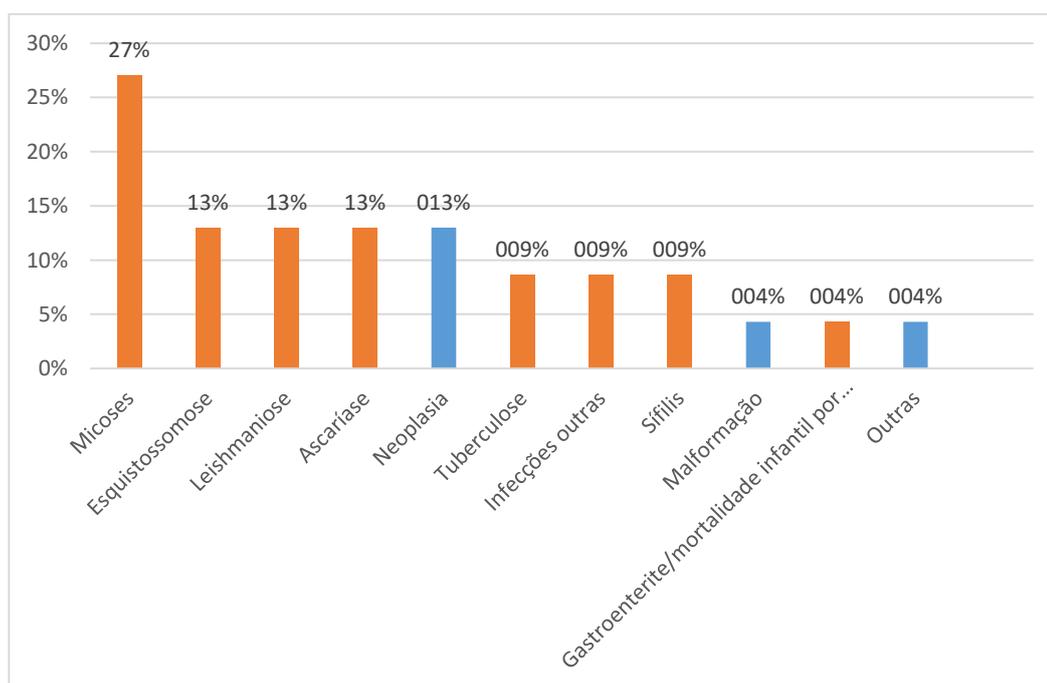
A seguir serão apresentados os temas discutidos no conjunto dos 23 artigos publicados nos Anais da FMR no período analisado.

### 5.3.7 A distribuição dos temas nos artigos

Foi possível constatar uma predominância das doenças infecciosas e outras infecções entre os temas abordados nos 23 artigos publicados nos sete primeiros números dos Anais da FMR, num total de 20 (86,9%). O gráfico 3, apresenta os assuntos mais citados nos artigos, com a proporção de textos que contêm a temática. As colunas laranjas são os que se enquadram no grupo de doenças infecciosas e outras infecções.

As abordagens sobre doenças infecciosas incluíram os textos que trataram de micoses, esquistossomose, leishmaniose, ascaríase, tuberculose e sífilis. A essa categoria foram agregadas as comunicações que se referiam a alguma infecção, como a que aborda mortalidade infantil por diarreia - uma vez que se tratava de ocorrência de gastroenterite por intoxicação alimentar e a ela associado quadro infeccioso -, a que trata de amigdalite bacteriana e a que discute hemoculturas para detectar infecção.

**Gráfico 3** - Temas mais citados nos artigos publicados entre 1936 e 1940



Fonte: A autora (2019).

No grupo das infecciosas, as micoses se destacaram, sendo retratadas por quatro artigos (27%), dois deles (8,60%) referentes a blastomicose. As doenças transmitidas por fungos são seguidas da esquistossomose, da leishmaniose e da verminose ascaríase, cada uma com três

publicações (13%). A tuberculose e a sífilis apareceram cada uma em dois estudos (8,69%). A mortalidade infantil por diarreia (4,3%) abre o primeiro número da revista e há referência ainda à hemocultura (4,3%), para detectar infecções no sangue, além de um caso de amigdalite e abscesso encefálico de origem bacteriana (4,3%). Neoplasias são citadas em três textos (13%), malformações (4,3%) e morte fetal (4,3%), cada uma em um artigo.

As leishmanioses e a esquistossomose integram, no século XXI, a lista de doenças tropicais negligenciadas da Organização Mundial de Saúde (OMS). Afetam mais de um bilhão de pessoas em 149 países da África, Américas e Ásia, conforme o órgão das Nações Unidas, sendo as mais vulneráveis “as populações que vivem em situação de pobreza, sem saneamento adequado e em contato próximo com vetores infecciosos, animais domésticos e gado são as mais afetadas” (OMS, 2019).

O conceito de negligenciada mudou ao longo do século XX, evoluindo mais recentemente para doenças de populações negligenciadas, como defende Morel (2019). No Brasil, as verminoses e as doenças causadas por fungo, assim como a tuberculose e a sífilis também têm impacto entre os mais vulneráveis, embora as principais causas de óbito sejam as doenças cardiovasculares, diferentes tipos de câncer e a violência (agressão e acidentes de trânsito).

Mais de 3,8 milhões de brasileiros sofreriam em 2016, conforme estimativas, de alguma doença fúngica séria, afirma Márcio Rodrigues, em site do Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde da Fiocruz. Em 2017 o Brasil registrou 69.569 casos novos de tuberculose e, em 2016, 4.426 óbitos. A doença é a quarta causa de morte entre as infecciosas, estando associada a múltiplos aspectos sociais atribuídos à pobreza, iniquidade social, à exclusão (BRASIL, 2019). Pneumonias e gripes são as que matam no grupo.

Ainda de acordo com a publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) a mortalidade infantil tem índices menores na atualidade, embora distante dos países do primeiro mundo. Ressalta ainda, que o Brasil possui taxas mais elevadas que até os vizinhos Equador, Colômbia, Argentina Uruguai e Chile. Em 2016, a taxa de 13 mortos por mil nascidos vivos subiu para 14 mortes por mil nascimentos, consequência da crise instalada no país. Há ainda uma incidência desigual. Enquanto no Sul são 10,4 mortes por mil, no Nordeste e no Norte, chegam a 16,4 a 18 óbitos por mil. As anomalias congênitas e falhas na assistência no pré-natal e no parto também contribuem para a mortalidade precoce, de acordo com a mesma publicação do Ministério da Saúde.

Na década de 1930 a situação da mortalidade infantil e das doenças infecciosas era bem mais complexa. Em 1934, por exemplo, a tuberculose, a sífilis e a gripe lideravam os óbitos por doença transmissível no Recife: 1.435 mortes (17,5% do total), 326 (3,9%) e 299 (3,6%), respectivamente. No mesmo ano, na capital, os bebês com menos de um ano respondiam por um terço de todos os óbitos registrados. (ANNUÁRIO ESTATÍSTICO DE PERNAMBUCO,1936).

Serão apresentados as características pessoais e indicadores sociais presentes nas publicações, a classificação dessas informações e uma análise do que pode se configurar como determinante social do processo saúde-doença.

#### **5.4 Indicadores sociais presentes nos artigos e relatórios de necropsia**

Neste capítulo são apresentadas as categorias de análise que dão conta dos perfis pessoais e de padrão de vida mencionados nos artigos e relatórios de necropsia publicados nos Anais da FMR entre 1934 e 1940.

É possível deduzir que as informações sobre o perfil dos pacientes presentes nos artigos foram reproduzidas de prontuários e de fichas de entrada no SVO, elaborados com e sem entrevista dos familiares responsáveis, tendo em vista referências feitas por autores nos próprios textos, como também os relatórios de necropsia e resumos de atendimento aos cadáveres publicados na própria revista da FMR, que trazem oferecem esse tipo de dado .

Ao todo foram identificados 17 tipos de informação descrevendo os perfis das pessoas que foram retratadas na revista da FMR. Em razão da proximidade do significado, essas informações foram organizadas em 10 categorias, sob as seguintes denominações:

Como descritores das características pessoais, físicas:

- 1) **idade;**
- 2) **sexo;**
- 3) **raça/cor;**

Como descritores das condições de vida

- 4) **classe/renda;**
- 5) **moradia/procedência/território** (local de nascimento ou de residência, região do município, estado, país, Continente);
- 6) **profissão;**
- 7) **assistência à saúde;**
- 8) **antecedentes pessoais e da família;**
- 9) **estado físico/nutricional;**

Como descritores complementares, da situação civil

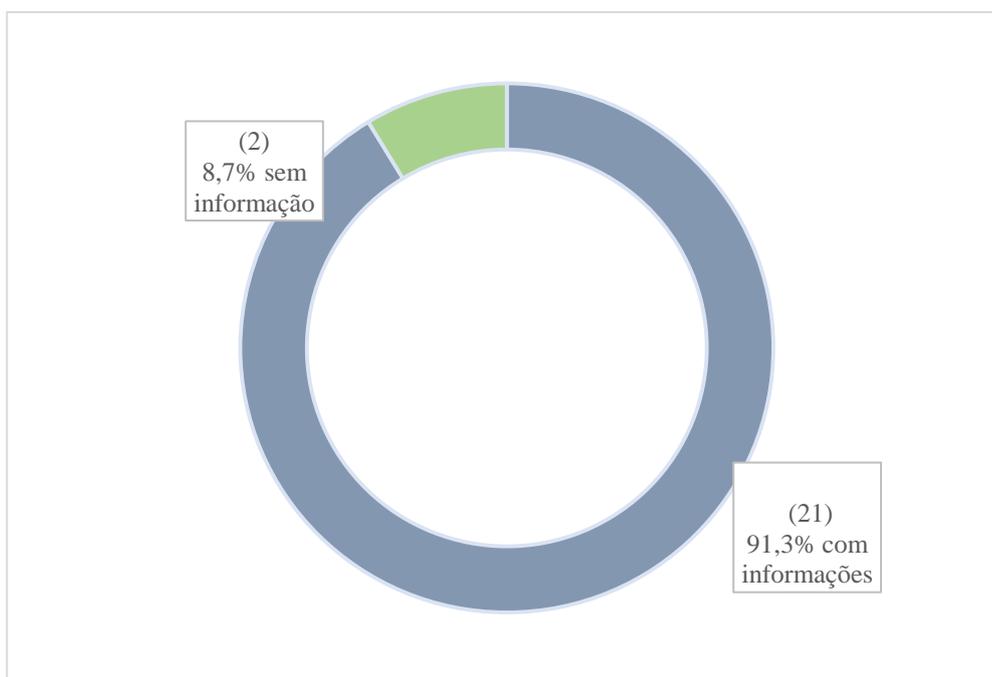
#### 10) estado civil e filiação.

A partir de tais categorias, foi possível identificar e caracterizar os pacientes constantes nos estudos analisados. Observa-se que não houve qualquer menção a saneamento (acesso à água tratada, coleta de esgoto ou de lixo) nem à escolaridade.

A segunda etapa da análise focalizou os 23 artigos. Os relatórios de necropsia, excluídos nessa fase por não apresentarem discussão ou considerações sobre os achados, têm narrativa aparentemente pré-estabelecida de descrição do cadáver.

Dos 23 artigos publicados entre 1934 e 1940, 21 (91, 3%) apresentam dados sobre o perfil do doente. As duas publicações que não oferecem qualquer dado relativo ao público estudado integram o segundo número da revista, abordando micose pulmonar e pólipos da leishmaniose. Como demonstra o Gráfico abaixo:

**Gráfico 4** - Distribuição de informações indicativas da condição social nos artigos publicados nos Anais da FMR entre 1934 e 1940



Fonte: A autora (2019).

#### 5.4.1 Categorias de análise mais presentes nos artigos

Das categorias listadas, as que se referem às características físicas pessoais foram as mais detectadas. **Idade**, citada em 18 dos 23 artigos (78%), ficou na liderança. Na sequência,

foram frequentes também as informações sobre **sexo**, alcançando 15 artigos (65%), e **raça/cor** que chegou a 14 publicações internas (61%), dos quais, quase todas só se referiram ao item cor.

Informações que podem esclarecer o modo de vida estiveram presentes em torno de 50% dos artigos. Nesse grupo, a categoria que engloba **moradia, procedência** (local onde a pessoa, nasceu ou de onde provém) e **território** (região, Estado, país, Continente) foi encontrada em 12 (52%) artigos. **Assistência à saúde** foi mencionada em 11 (48%) e o **estado físico e ou nutricional**, por sua vez, descrito em 10 textos (43%), as com as duas características, noutras, só um aspecto mencionado.

Ainda nesse grupo, as categorias que podem definir melhor as situações econômica e de status social - **profissão, classe/renda** - foram menos citadas. **Profissão** alcançou uma frequência de 35%, estando presente em oito textos. **Classe/renda**, entretanto, aparece em três artigos (13%), mas em uma delas num contexto sem menção à condição social: “classes de indivíduos brancos e pretos”, que poderiam denotar também “coleções”, sem que estivesse implícita uma diferença.

**Antecedentes pessoais e familiares** quanto à situação de saúde foram observados em seis (26%) publicações. Um dos artigos mencionou a filiação da paciente, no caso, ignorada, o que ajudou a descrever sua vulnerabilidade. E outros situaram a condição de viuvez ou de casada. Classificados como outra categoria, juntos responderam por 13%. A tabela 1 mostra a distribuição da frequência das informações por cada exemplar analisado:

**Tabela 1**– Distribuição dos indicadores presentes nos 23 artigos analisados nos sete primeiros números dos Anais da FMR, de 1934 a 1940

Categorias	Nº da Revista					Total de artigos com indicador	%
	01	02	03	04 e 05	06 e 07		
Idade	01	05	05	04	03	18	78%
Sexo	02	04	05	02	02	15	65%
Raça/Cor	01	04	05	02	02	14	61%
Moradia/ Procedência/ Território	01	04	03	02	02	12	52%
Assistência à saúde	02	03	03	01	02	11	48%
Estado físico/nutricional	01	03	03	02	01	10	43%
Profissão/ocupação	--	03	03	02	--	08	35%
Antecedentes pessoais ou familiares	--	02	01	02	01	06	26%
Renda/Classe	01	--	01	01	--	03	13%
Outros – Filiação ignorada e estado civil	--	01	--	01	01-	03	13%

Fonte: A autora (2019).

No primeiro número, duas das três publicações referem mais informações sociais, destacando-se um dos artigos, o sobre mortalidade infantil, com descrições quanto à condição financeira, moradia, alimentação e cor dos corpos estudados. No segundo número, cinco das sete publicações referem alguma característica dos doentes, como profissão, aparência dos dentes e estado nutricional.

No terceiro, os indicadores sociais estão presentes em todos os cinco textos, mas só em um deles refere-se à classe social das pessoas da área rural. É também nesse número que se encontra uma variedade maior de informações sobre o perfil dos doentes, pelo menos nove tipos, incluindo filiação.

No exemplar que reúne o quarto e o quinto números do Anais da FMR, quatro artigos mencionam idade. Sobre as outras categorias presentes no exemplar, cada uma é citada em um a dois textos. Na edição dos números seis e sete, sete indicadores são utilizados pelos autores.

Conhecidas as categorias mais citadas nos artigos publicados nos sete primeiros números dos Anais da FMR, o próximo passo se deteve nas informações mencionadas em cada variante, selecionando as mais frequentes e que configuram descrição de um padrão de vida desfavorável no estrato social e suscetível ao adoecimento. É o que será apresentado a seguir.

#### ***5.4.2 Perfis e padrão de vida presentes nos artigos***

Na categoria **raça/cor**, a característica mais citada pelos autores foi **a parda**, o que corresponde à parcela mais numerosa da população brasileira, miscigenada, dos dias atuais. Dados da última pesquisa domiciliar divulgada pelo IBGE (PNAD) em 2017 e atualizada mais recentemente, apontam que, em 2016, o país tinha 95,9 milhões de pardos e 16,8 milhões de pretos, totalizando 112,7 milhões. Os brancos somavam 90,9 milhões, conforme os dados gerados por autodeclaração dos entrevistados (IBGE, 2019).

No contexto temporal de produção da revista, a classificação demográfica oficial do Brasil destacava os brancos como maioria. Segundo Piza e Rosemberg (1988-1999), o primeiro levantamento demográfico brasileiro, o de 1872, considerou quatro categorias para classificação racial, sendo elas branco, preto, pardo (branco + preto) e caboclo (indígenas e descendentes). O seguinte, de 1890, substituiu pardo por mestiço. Só 50 anos depois, a classificação racial retornou, com a inclusão da categoria amarelo e extinção do termo caboclo. O Censo de 1940 (OLIVEIRA, 2017) aponta que dos 40,2 milhões de brasileiros, 26,1 milhões eram brancos, pouco mais de 6 milhões pretos e 8,7 milhões pardos. Pretos e pardos, a nossa

base populacional atual, era, conforme o levantamento, inferior aos brancos. Os amarelos (asiáticos) somavam 242,3 mil.

Nas citações, nos Anais da FMR, os pardos só ficaram em desvantagem no artigo sobre malformação congênita, no qual os fetos brancos eram maioria. E não foram citados na comunicação que tratou exclusivamente das lesões em órgãos de pessoas pretas e brancas. Exceto essas duas situações, foram maioria nos estudos de casos múltiplos e nos casos individuais retratados na revista médica.

A soma de pretos e pardos também mostrou, na maioria dos trabalhos, maior significado do que a de pardos mais brancos. No artigo “Da gastro-enterite das crianças”, estudo sobre mortalidade infantil por diarreia publicado no primeiro número da revista, Aggeu Magalhães informa “que do universo estudado, 69,4% eram pretos e pardos, sendo os pardos correspondentes a 54,2% dos bebês que tinham morrido antes de completar dois anos de vida” (MAGALHÃES, 1934).

No estudo sobre a camada interna da aorta, na sífilis e na aterosclerose, publicado no terceiro número dos Anais da FMR, foram contados por Aggeu Magalhães e Barros Coelho 21 pardos, seis brancos e um pessoa da cor preta, ou seja, 22 pardos e pretos.

Na abordagem sobre aderências pleurais com e sem tuberculose, ainda na revista de número três, Miguel Archanjo referiu-se a 155 pardos com tuberculose, 79 brancos e 52 pretos. Sem tuberculose, listou 198 pardos, 129 brancos e 81 pretos. Ao analisar a presença de aderências pleurais em indivíduos com tuberculose da cor parda, atribuiu a presença da doença à miscigenação. Provavelmente influenciado pela eugenia, afirmou, no texto:

[...] o pardo é mais sujeito à infecção tuberculosa do que o preto ou o branco, por ser a raça parda, como já é sabido, uma mistura do preto com o branco, dando um tipo inferior a qualquer um dos dois acima e naturalmente mais apto a adquirir qualquer infecção. (ARCHANJO, ANAIS DA FMR, 1936, p. 31).

Não houve considerações ao fato de pardos estarem mais sujeitos à doença pela condição econômica e social em desvantagem.

Aluízio Bezerra Coutinho e Jorge Lobo, no artigo “Aspectos clínicos e anatômicos das linfopatias leishmanióticas”, publicado nos Anais da FMR de número três, mencionam a cor de três dos cinco pacientes estudados. Desses, dois pardos e um branco.

Os casos individuais reportados de “ascaridiose hepática” (todos os três publicados), “leishmaniose americana”, “amigdalite supurada”, “blastomicose” e de “esquistossomose com localização ovariana” descrevem pessoas pardas.

Quanto às **idades**, as faixas foram diversificadas, chamando a atenção, no entanto, a ocorrência de óbitos precoces: **a mortalidade infantil** e **a natimortalidade**, assim como as mortes por tuberculose **entre 20 e 40 anos** predominantemente.

Sobre a categoria **sexo** não apareceu muita diferença entre masculino e feminino, sobressaindo-se mais os homens entre os casos de morte estudados. Chamaram atenção, sobretudo, os casos de trabalhadoras doentes ou cujos filhos foram vítimas da mortalidade infantil.

Acerca do **estado físico e nutricional, a desnutrição e a presença de dentes sujos e cariados** foram anotadas em quatro artigos. Por mais que o fato de estar desnutrido possa ter relação com a doença em si, também pode significar a dificuldade de acesso à alimentação de qualidade. A presença de cárie sinaliza limitações no cuidado pessoal e na assistência especializada.

Com relação às **profissões**, as mais citadas foram as de **agricultor(a)**, cinco vezes, e de **doméstica**, duas vezes. A lista completa das informações mencionadas inclui **lenhador, jornalista, soldado militar e florista**.

Avaliando a **assistência à saúde**, a morte sem cuidados médicos e domiciliar, assim como o uso de remédios caseiros e o internamento em hospitais da Santa Casa de Misericórdia ou vinculado à faculdade foram as situações mencionadas.

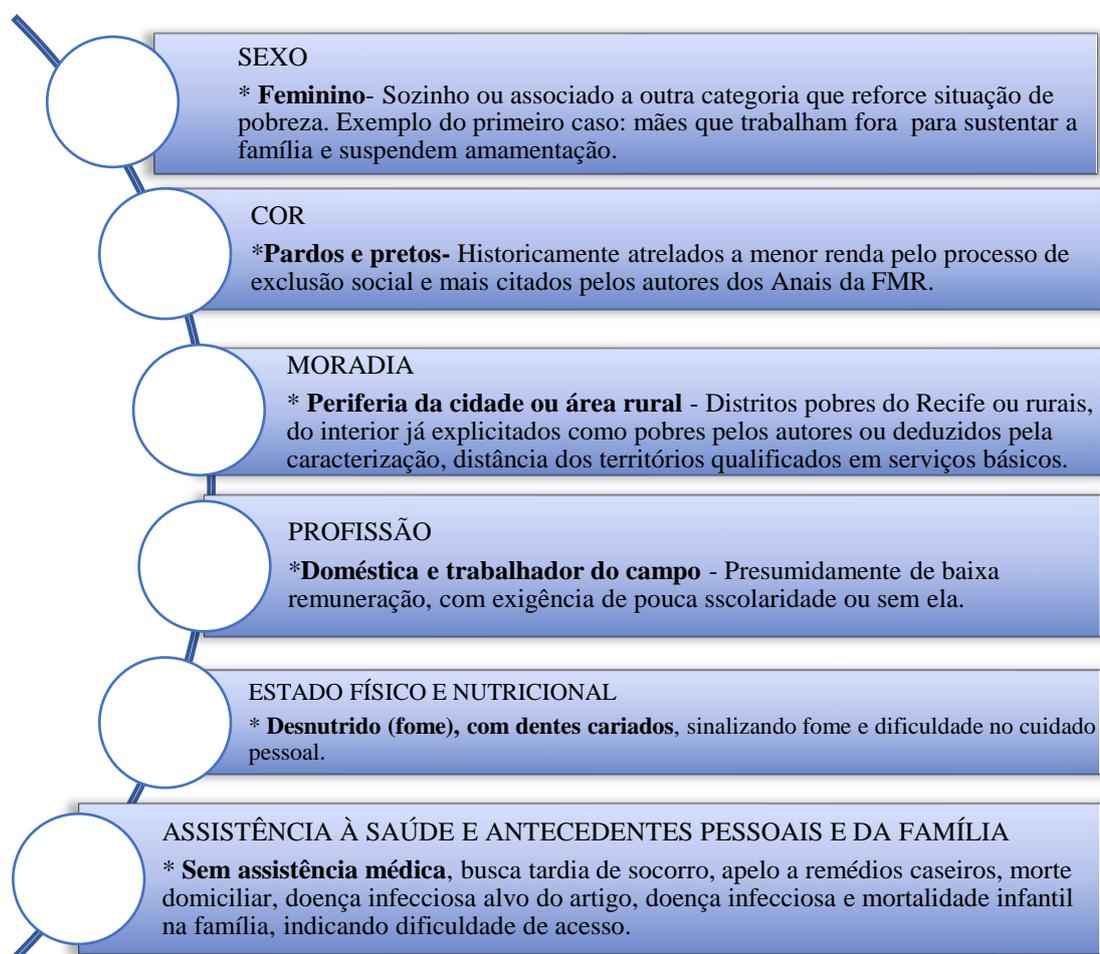
Em relação à **moradia**, municípios do **interior e bairros periféricos** da capital estão entre os mais citados. Afogados, “distrito de maior população pobre”, conforme informa Aggeu Magalhães na revista de número um, lidera a lista. Beberibe, Poço, Várzea, Tejipió e Jiquiá estão na relação que inclui São José, Santo Antônio e Graças (bairros mais centrais do Recife), assim como municípios do interior: Palmares e Timbaúba, na Zona da Mata, e Canhotinho, no Agreste, havendo, portanto, uma procedência maior de territórios periféricos quanto à capital e ao centro dela. As regiões do país mais citadas são o Norte e Nordeste e o Continente Africano também é lembrado nas comunicações científicas.

Sobre os **antecedentes pessoais e familiares**, as “**moléstias da infância**”, como sarampo, catapora e caxumba são mencionadas nos estudos, realidade que teria uma relação

com a não disponibilidade de vacinas, naquela época, para essas enfermidades. Casos de **mortalidade infantil** recorrentes na família, doença venérea nos pais, morte por **tuberculose**, malária e até picada de cobra são descritos.

Com base nas descrições feitas pelos autores em cada artigo publicado nos Anais da FMR, foi possível deduzir os indicadores que melhor descreviam uma situação de provável desvantagem social da(s) pessoa(s) mencionada(s), configurando-se como determinantes sociais da saúde, conforme mostra a figura 17. Em síntese, pode-se concluir que o perfil predominante foi de pardo, morador da periferia ou da área rural, mal alimentado, com dentes sujos ou cariados, sem assistência médica.

**Figura 18** - Indicadores de desigualdade e de determinação social da doença presentes nos Anais da FMR- 1934-1940



Fonte: A autora (2019), com base na literatura e na análise do conteúdo.

Alguns textos, mesmo contendo perfil dos doentes, não foram passíveis de uma dedução em razão de ser apresentado um único indicador, ou pelo contexto em que ele estava inserido. Na maioria, quando a situação social em desvantagem não estava claramente explorada pelo

próprio autor do artigo, foram consideradas informações mais próximas de critérios utilizados para definição do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e dos determinantes sociais da saúde em favor da doença.

O IDH considera longevidade, renda e escolaridade. Como apenas um dos 23 artigos mencionou renda, mas não expôs valor, optou-se por aceitar a profissão e o local de moradia como sugestivas da situação financeira e social. A ocupação também indiretamente pode ajudar a deduzir a escolaridade, outro item não mencionado pelos autores dos artigos. Acerca da expectativa de vida, a mortalidade infantil e mortes precoces, na adolescência e juventude, indicariam um baixo desenvolvimento humano.

Em relação a outras características que podem sugerir situação de pobreza ou desigual vantagem em relação ao acesso à saúde, as referências utilizadas foram as que mais se aproximassem de determinantes sociais em favorecimento da doença. Nesse caso, a escolha foi baseada nas debilidades e suscetibilidades pessoais, micro e macrosociais, conforme lista Ameida-Filho (2010), no acesso difícil à saúde, e até nas questões raciais, indicadas por Carvalho (2012), no capítulo 2, sobre determinantes sociais.

No Brasil, pretos e pardos (composição da raça negra conforme o IBGE) e indígenas estão submetidos à exclusão, com o sexo feminino em desvantagens de renda, principalmente as mulheres não brancas (NAÇÕES UNIDAS, 2016). Morar na periferia ou em áreas rurais, tendo ocupações de menor status social, pode reforçar a posição desigual.

[...]a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) alerta que indígenas, negros e mulheres estão mais vulneráveis ao desemprego e à pobreza em países latino-americanos. No Brasil, índice de pobreza entre os afrodescendentes chega à média de 22%, valor duas vezes maior que entre os brancos (10%). A pesquisa do organismo regional identifica o que chama de “eixos estruturantes” da desigualdade social, como gênero e aspectos étnico-raciais. Com base em dados de 2014 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a CEPAL calculou que a porcentagem de indígenas brasileiros vivendo em situação de pobreza extrema — 18% — é seis vezes maior do que a proporção verificada no restante da população do país. Entre os negros, a taxa é menor (6%), mas representa o dobro do índice de indigência entre os brancos. As disparidades atravessam outros níveis de renda. No Brasil, 49% dos indígenas e 33% dos afrodescendentes pertencem à quinta parte mais pobre da população. Vinte e quatro por cento dos indivíduos brancos estão entre os 20% mais ricos da sociedade. O valor é três vezes maior do que a participação dos negros (8%) e dos indígenas (7%) nesse grupo mais abastado. (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2016)

O sexo feminino historicamente esteve em desvantagem no mercado de trabalho e consequentemente em renda. Por outro lado, o sexo masculino pode ser mais exposto a

situações de risco à saúde, como acontece na atualidade com a violência (agressões e violência no trânsito), respondendo por 73% de atendimentos em hospitais de emergência e urgência de 24 capitais e do Distrito Federal em 2014 (SOUTO *et al*, 2017). Conforme os estudos publicados nos Anais da FMR na década de 1930, os homens eram maioria entre os casos de tuberculose (ANAIS DA FMR, 1936). Em relação à sífilis, os estudos relativos a sequelas na aorta resultantes da sífilis detectaram o problema em homens, mas os rastros da doença de transmissão sexual também foram detectados na forma congênita, nos casos de malformação, abrangendo, portanto, o sexo feminino também.

Diante das situações descritas nos Anais da FMR de 1934 a 1940 e das considerações listadas acima, a categoria sexo endossou a condição de pobreza e vulnerabilidade quando ela estava explícita no contexto, caso das mães que precisavam suspender precocemente a amamentação de seus filhos, sem uma alternativa alimentar de qualidade, favorecendo a morte deles por gastroenterite.

Recorrentes casos de mortalidade infantil têm impacto na longevidade considerada pelo cálculo do IDH e ao mesmo tempo ajudam a situar a condição de saúde, conforme discutido anteriormente. Da mesma forma, aspectos físicos como desnutrição e cárie dentária também denunciam dificuldade com a alimentação, cuidados pessoais e com alguma assistência especializada. Embora possam representar herança cultural, o tratamento com remédios caseiros e o acesso tardio à consulta médica também evidenciam obstáculos à rede de saúde, uma vez que não fica claro, nas descrições, se recorrer ao tratamento “natural” foi escolha baseada em crença, sendo mais provável a ausência de alternativas no sistema formal de saúde.

É importante observar o impacto, nas situações descritas, de determinantes cruzados, como a renda baixa das mães (sexo feminino) que precisam trabalhar fora logo depois do parto, comprometendo a amamentação dos filhos, e situação agravada pela falta de assistência à saúde. Mesmo considerando a oferta restrita de vacinas na primeira metade do século XX e que a penicilina só começou a ser produzida em escala industrial no mundo em 1939 (RAMOS, 2006), problema que afetaria toda população independentemente de classe social, filhos de mães pobres, que moravam em mocambos, na periferia ou no campo, sem saneamento, que precisavam interromper a amamentação para trabalhar, estavam sempre em desvantagem.

Com base nesses argumentos, constatou-se em 20 dos 21 artigos, situações descritas de desigualdade social que poderiam favorecer o adoecimento e a morte, ou seja, de determinantes sociais da saúde. Na revista de número um, dois dos três artigos contam com indicadores

possibilitando essa leitura. O terceiro, sobre morte fetal ou logo após o nascimento, o autor menciona manobra de parteira, o que foi configurado como um provável parto domiciliar e aspecto relacionado à assistência, mas não fica claro se os casos relacionados têm a ver com a condição de falta de acesso à maternidade em partos complicados ou a questões culturais.

No segundo número, exceto os artigos que tratam de “micose pulmonar” e do “pólipo na leishmaniose”, que não trazem qualquer dado sobre o perfil dos doentes, as outras cinco comunicações apresentam informações compatíveis com situação de desigualdade social.

Na terceira edição dos Anais da FMR, os cinco artigos contêm descrições que levam a deduzir sobre a existência de vulnerabilidade dos doentes. Na edição que reúne o quarto e o quinto número, os cinco artigos também mencionam situações que podem se configurar como desigualdade, o que acontece também nos três textos do exemplar com os números seis e sete dos Anais da FMR.

O número de determinantes identificados varia de um a seis por cada artigo, endossado quando a doença retratada é um indicativo de vulnerabilidade social, caso das infecciosas e parasitárias, comuns aos desnutridos, residentes em bairros e localidades insalubres, de baixa renda e cujo impacto do adoecimento fortalece um menor estrato social.

No quadro 3 a seguir estão listados, por publicação e exemplar, os determinantes sociais detectados por categoria, apontando a vulnerabilidade, e como o autor do artigo aproveita a informação, associando ou não à doença e morte.

**Quadro 4<sup>15</sup>** - Distribuição das comunicações analisadas por edição, título, autor, tipo de comunicação, tema, indicador social e da determinação social da saúde, com a exploração da informação pelo autor

TÍTULO	AUTOR/ PÁGINAS/ IMAGENS	TEMA/CLASSE DE DOENÇA	INDICADORES SOCIAIS	INDICADOR DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE	EXPLORAÇÃO DO INDICADOR, COM OU SEM ASSOCIAÇÃO COM A DOENÇA
<b>Nº1 – 1934</b>					
Da chamada “gastro-enterite” das crianças/	<b>Aggeu Magalhães/</b> 14 páginas, 4 imagens (1 fotografia e 3 microfotos)	Gastro-enterite/  Mortalidade infantil por diarreia ( <b>infecção</b> )	<b>Idade</b> (criança de 12 a 18 meses), <b>raça/cor</b> (54,2% pardas e 15,2% pretas, refere a menor resistência dos mestiços), <b>sexo (55,9% masculino) ,</b> <b>moradia/território</b> (44% de Afogados, distrito de maior população pobre e de outros bairros pobres, refere que o Recife tem imensa e paupérrima população morando em mocambos), <b>condição alimentar /nutricional</b> (impropriedade alimentar usando farinha de mandioca com pouco leite de vaca, desmame precoce, no 1º e 2º mês de vida), <b>renda/ classe social</b> (precariedade econômica, pobre; família pobre, situação de menor penúria), <b>profissão</b> (trabalho fora de casa)	<b>6</b> - Morte precoce, com até <b>1</b> ano e meio de vida + moradia em distrito pobre, mocambo+ desmame precoce e alimentação imprópria (leite de vaca é caríssimo e só farinha de mandioca é acessível) + classe pobre, precária economicamente, em penúria+ trabalho fora de casa das mães que deixam de amamentar no primeiro ou segundo mês após o parto + sexo feminino (que precisa trabalhar para sustentar filhos e não pode pagar alimentação de qualidade)  Além da gastroenterite	<b>Com associação</b> , direta, em vários trechos, destacando, na discussão e na conclusão, a relação entre a pobreza, a alimentação imprópria nos primeiros meses de vida, que levam à putrefação e fermentação no aparelho digestivo, desencadeando intoxicação e exposição a agentes infecciosos
Aspectos histológicos das localizações viscerais da <b>esquistossomose de Manson/</b>	<b>Aluízio Bezerra Coutinho/</b> 23 páginas, 15 imagens microscópicas	Esquistosso- mose/ <b>doença infecciosa e parasitária</b>	<b>Sexo</b> (feminino), <b>assistência à saúde</b> (mortes sem assistência médica)	<b>1</b> - Falta de assistência médica  Além da esquistossomose	<b>Sem associação</b>

<sup>15</sup> Continua nas próximas páginas

Anatomia patológica do <b>nati-morto/</b>	<b>Raimundo de Barros Coelho/</b> 32 páginas, com 3 microfotos	Natimortalidade	<b>Assistência à saúde</b> (parto espontâneo, manobra de parteira)	<b>Sem condições de inferir</b>	<b>Sem associação</b>
---	--	-----------------	--	---------------------------------	-----------------------

## Nº2 – 1935

Um caso de ascaridiose hepática/	<b>Aggeu Magalhães /</b> 13 páginas, 4 com 1 fotografia 3 microfotografias	Ascaríase ou ascaridíase hepática / <b>doença infecciosa e parasitária</b>	<b>Cor</b> (parda), <b>sexo</b> (feminino) <b>idade</b> (30 anos), <b>moradia/procedência</b> (Pombal/paraibana), <b>profissão</b> (florista), acesso à saúde (remédios caseiros+ morte domiciliar), <b>estado nutricional/físico</b> (desnutrição, dentes sujos e cariados)	<b>5</b> - Parda + mulher + florista + desnutrida e com dentes sujos e cariados+ sem assistência médica (remédio caseiro e morte domiciliar)  Além da verminose	<b>Sem associação</b>
Contribuição à Patologia da Leishmaniose Americana/	<b>Aluízio Bezerra Coutinho /</b> 12 páginas, incluindo 4 microfotos	Leishmaniose cutânea/ <b>doença infecciosa</b>	<b>Idade</b> (adulto), <b>cor</b> (parda), <b>sexo</b> (masculino), <b>moradia/território</b> (Olinda e faz referência à distribuição no Nordeste e Norte, à construção da estrada de ferro Bauru, em SP-Corumbá, no MS, <b>assistência à saúde</b> (Hospital de Santo Amaro), <b>estado físico /nutricional</b> (robusto)	<b>4</b> - Parda+ Nordeste (Olinda)+ operário da estrada de ferro + assistência médica da Santa Casa da Misericórdia  Além da leishmaniose	<b>Sem associação/</b>
Um caso de <b>micose pulmonar</b>	<b>Aluízio Bezerra Coutinho/</b> 8 páginas, incluindo 4 microfotos	Micose pulmonar/ <b>doença infecciosa</b>	Sem informação	<b>Sem condições de inferir</b>	<b>Sem associação</b>
Contribuições ao estudo do pólipó da <b>leishmaniose</b>	<b>Aluízio Bezerra Coutinho/</b> 12 páginas, incluindo 5 microfotos	Leishmaniose/ <b>doença infecciosa</b>	Sem informação	<b>Sem condições de inferir</b>	<b>Sem associação</b>

Considerações em torno de alguns casos <b>teratológicos</b>	<b>Raimundo de Barros Coelho e Lourenço Ypiranga</b> //12 páginas, 1 foto de feto + 1 reprodução de radiografia (RX)	<b>Malformação congênita</b>  Sífilis/ <b>Infecção</b>	<b>Idade</b> (gestações de 7 a 9 meses), <b>sexo</b> (4 masculinos e 4 femininos), <b>cor</b> (5 brancos, 2 pardos e 1 preto), <b>antecedentes</b> (1 mãe com 6 filhos; 3 mães com 2, 2 e 3 filhos mortos na primeira infância- 0 a 6 anos; 2 pais com passado venéreo e 1 com passado duvidoso; 2 famílias sem fatos negativos)	<b>3</b> - Família grande (6 filhos), 3 famílias com mortes múltiplas repetidas antes dos 7 anos de vida, 3 com história ou suspeita de doença sexualmente transmissível (sífilis ?)	<b>Sem associação</b>
Um caso de <b>amidalite supurada e abscesso de cérebro</b>	<b>Edgar Gouveia</b> /10 páginas, com 2 imagens	Amigdalite bacteriana/ <b>Infecção</b>	<b>Idade</b> (11 anos), <b>cor</b> (parda), <b>sexo</b> (feminino), <b>moradia/procedência</b> (pernambucana, Casa da Providência), filiação (ignorada), <b>estado nutricional/físico</b> (muito desnutrida e com dentes bem implantados, mas sujos)	<b>6</b> - Criança+ sexo feminino+ parda+ nordestina + moradia (provável orfanato da Santa Casa da Misericórdia) + abandonada +desnutrição e dentes sujos  Além do quadro infeccioso	<b>Sem associação</b>
<b>Alergia fúngica</b> , líquen plano, alérgide micótica	<b>Jorge Lobo</b> 7 páginas, 1 fotografia	Líquen plano/ <b>Infecção</b>	<b>Idade</b> (25 anos), <b>moradia</b> (Jiquiá), <b>profissão</b> (soldado da Brigada Militar), <b>antecedentes</b> (pai morto por tuberculose, família de 12 irmãos, mãe com 2 abortos)	<b>4</b> - Bairro +patente militar + pai vítima de tuberculose+ família numerosa	<b>Sem associação</b>

## Nº3 – 1936

Aspectos macroscópicos da íntima da aorta na <b>sífilis</b> e na aterosclerose desse vaso	<b>Aggeu Magalhães e Raimundo de Barros Coelho</b> /21 páginas, 8 microfotografias	<b>Sífilis (doença infecciosa)</b> e <b>aterosclerose</b> (cardiovascular)	<b>Cor</b> (21 pardas, 6 brancas, 1 preta), <b>idade</b> (de 17 a 80 anos, predominando entre 40 e 57 anos), <b>sexo</b> (22 masculinos, 6 femininos)	<b>2</b> - Pardos + meia idade  Além da própria sífilis, doença infecciosa	<b>Sem associação</b>
---	--	--	---	--	-----------------------

Um caso de <b>endotelioma</b>	<b>Lobato Paraense/</b> 16 páginas, 6 microfotos	Endotelioma/ <b>Neoplasia</b>	<b>Idade</b> (43 anos), <b>sexo</b> (feminino), cor (branca), <b>estado físico e nutricional</b> (nutrição muito deficiente, dentes mal implantados e cariados), <b>procedência/moradia/território</b> (pernambucana/ Afogados), <b>profissão</b> (doméstica) <b>assistência à saúde</b> (internada no Hospital de Santo Amaro, onde faleceu)	<b>4</b> - Nutrição deficiente e com dentes cariados+ residente no bairro de Afogados + doméstica + internada no Hospital da Santa Casa da Misericórdia	<b>Sem associação</b>
Considerações em torno das <b>aderências pleurais</b>	<b>Miguel Archanjo/</b> 6 páginas, 3 tabelas, sem imagens	Aderências pleurais com e sem tuberculose/ <b>Doença infecciosa e parasitária</b>	<b>Idade</b> (maioria dos casos de TB com aderência pleural entre 20 e 40 anos de idade; sem TB entre 30 e 50 anos), <b>sexo</b> (157 masculinos nos casos de TB contra 129 femininos), <b>cor/raça</b> (155 pardos com TB, 79 brancos e 52 pretos; sem tuberculose 198 pardos, 129 brancos, 81 pretos, miscigenados raça inferior),	<b>2</b> - Idade (vulnerabilidade?) + pardos (em relação à tuberculose)  Além da tuberculose	Sem associação com a condição social, <b>mas associa a raça</b> de miscigenados à tuberculose, por ser inferior biologicamente (“naturalmente mais apta”), sugerindo uma provável visão eugênica.
Mais um caso de <b>ascaridiose hepática</b>	<b>Raimundo de Barros Coelho e Lobato Paraense/</b> 11 páginas, 4 microfotos	Ascariase/ <b>Doença infecciosa e parasitária</b>	<b>Idade</b> (48 anos), <b>sexo</b> (masculino), <b>cor</b> (pardo), <b>Procedência/moradia/território</b> (pernambucano, residente no bairro de Campo Grande, <b>profissão/ocupação</b> (jornaleiro), <b>assistência à saúde</b> (falecido no Hospital Pedro II), <b>estado físico, nutricional</b> (nutrição deficiente, dentes mal implantados e cariados).	<b>4</b> - Pardo+ bairro periférico+ profissão (jornaleiro) +dentes cariados  Além da verminose	<b>Sem associação</b>
Aspectos clínicos e anatômicos das <b>linfopatias leishmanioticas</b>	<b>Aluizio Bezerra Coutinho e Jorge Lobo/</b> 15 páginas, 4 microfotografias	Leishmaniose/ <b>doença infecciosa e parasitária</b>	<b>Renda/classe</b> (camada do povo rural, gente de poucos recursos), <b>idade</b> (22, 26, 34, 36 e 70 anos), <b>raça/cor</b> (2 pardos e 1 branco), <b>sexo</b> (4 masculinos e 1 feminino), <b>profissão</b> (3 agricultores e 1 lenhador), <b>procedência/moradia/território</b> (Canhotinho -1, Timbaúba -2, Palmares-1 e Colônia -1), <b>assistência à saúde</b> (remédios caseiros e	<b>4</b> - Renda/ classe (povo rural, de poucos recursos) + pretos e pardos + todos do interior, trabalhadores rurais  Além da leishmaniose, doença infecciosa	<b>Com associação</b> , discreta, quando refere a origem rural, de poucos recursos e desassistência médica, mas não expõe detalhadamente como isso influencia no adoecimento e morte.

			automedicação no aparecimento dos primeiros sintomas), <b>antecedentes</b> (um dos doentes refere sarampo, varicela e parotidite na infância, blenorragia, que é gonorreia, e gripes quando adulto).		
Sobre um caso de <b>blastomicose</b>	<b>Raimundo Barros Coelho</b> /10 páginas, 5 microfotos	Blastomicose / <b>doença infecciosa</b> pulmonar por fungo	<b>Sexo</b> (masculino), <b>cor</b> (parda), <b>idade</b> (34 anos)	<b>1</b> – Pardo Além da micose	<b>Sem associação</b>
Resultado da <b>hemocultura em alguns cadáveres</b>	<b>José Fernandes</b> / 9 páginas sem ilustração	<b>Infecção</b>	<b>Estado físico e nutricional</b> (cárie dentária 4)	<b>1</b> - Cárie dentária Além da infecção bacteriana	<b>Sem associação</b>
Das lesões anatômicas em indivíduos <b>brancos e pretos</b>	<b>Lauro Gama</b> / 14 páginas sem ilustração	Lesões anatômicas no pulmão, coração, fígado e <b>outros</b> órgãos em pretos e brancos	<b>Classe</b> (de indivíduos pretos e brancos) <b>Raça/Cor</b> (100 indivíduos brancos e 100 pretos; lesões cardiovasculares, o rim e baço cardíacos, uretrite purulenta e neoplasia mais em indivíduos pretos, que têm maior longevidade; lesões de pulmões, tuberculose, esplenice crônica, a degeneração gordurosa do fígado mais frequentes nos brancos), <b>idade</b> (com mais de 20 anos, 30, 60 e 70 anos).	<b>2</b> - Classe de pretos (?) + Doenças infecciosas, como tuberculose e uretrite purulenta mais presente nos indivíduos pretos.	<b>Com associações específicas</b> em relação a cor, em razão da frequência das lesões, mas sem explicar natureza da vulnerabilidade. No início do artigo refere-se às classes de indivíduos brancos e pretos, mas não fica claro se se refere a pessoas da mesma condição social ou se menciona a palavra com o significado de coleção, grupo, categoria de uma determinada cor.

<p><b>Hemisporose humana</b></p>	<p><b>Jorge Lobo e Sílvia Campos/10</b> páginas: 4 com imagens (3 de cultura e 1 de um pé humano com lesões)</p>	<p>Micose (fungo)/ <b>doença infecciosa</b></p>	<p><b>Sexo</b> (nome feminino), <b>idade</b> (34 anos), <b>profissão</b> (trabalhadora do eito), <b>procedência, moradia, território</b> (Nazaré da Mata), <b>antecedentes</b> (doenças peculiares a infância, verminose e impaludismo, dois de quatro filhos mortos na infância), <b>estado físico/nutricional</b> (forte), <b>assistência à saúde</b> (por mais de 45 dias usando remédios caseiros sem sucesso, ida ao hospital)</p>	<p><b>1</b> - Sexo feminino + trabalhadora do corte da cana em engenho + ida tardia a hospital</p> <p>Além da própria micose</p>	<p><b>Sem associação</b></p>
<p>Contribuição ao estudo das <b>blastomicoses</b></p>	<p><b>Jorge Lobo/</b> 17 páginas: 4 com imagens (1 fotografia mostrando aspectos das lesões no corpo do paciente e 16 microfotos)</p>	<p>Blastomicose/ <b>doença infecciosa</b> pulmonar por fungo</p>	<p><b>Idade</b> (52 anos, sem distinção de idade), <b>profissão</b> (agricultor), <b>procedência/moradia/ território</b> (Jaqueira), procedência/moradia/território (moléstia rural de todas as regiões, referência a paracoccidídeos), <b>antecedentes</b> (pais mortos em idade avançada, dois dos seis irmãos mortos com doenças gastrointestinais, teve varicela, sarampo, malária e foi picado por cobra no Amazonas), assistência à saúde (19 anos de doença).</p>	<p><b>3</b> - Agricultor, residente no interior, 19 anos de doença sem tratamento adequado</p> <p>Além da própria micose</p>	<p><b>Sem associação</b></p>

**Nº 6 e 7 - 1939-1940**

<p>Contribuição ao estudo da <b>esquistossomose de Manson</b></p>	<p><b>Raimundo de Barros Coelho e Clovis Marques/</b> 46 páginas, 8 microfotografias</p>	<p>Esquistossomose/ doença infecciosa e parasitária</p>	<p><b>Idade</b> (entre 10 e 30 anos, jovens e crianças com câncer hepático), <b>Procedência/ moradia/ território</b> (África do Sul, Brasil, Alagoas, Sergipe, Pernambuco), <b>raça/cor</b> (negra, frequentes cirrose e carcinomas), <b>assistência à saúde</b> (massa enorme de enfermos sem assistência adequada).</p>	<p><b>4</b> – Crianças e jovens+ África do Sul, Brasil, Pernambuco, Alagoas e Sergipe + negros mais acometidos por cirrose e câncer de fígado + enorme massa de enfermos sem assistência</p> <p>Além da própria esquistossomose</p>	<p><b>Com associação</b> discreta em três momentos, no início do artigo, com reprodução de texto de Aggeu Magalhães, apresentado em Conferência no Nordeste, alertando para o grande número de enfermos desassistidos, quando dizem que os negros</p>
---	--	---	---	---	---

					são mais atingidos por cirrose e câncer de fígado e ao mostrarem a frequência maior da doença em estados nordestinos.
Um novo caso de <b>ascaridiose hepática</b>	<b>Clovis Marques</b> /16 páginas, 1 fotografia e 5 microfotografias	Acaridíase com invasão do fígado/ doença infecciosa e parasitária	<b>Sexo</b> (masculino), <b>raça/cor</b> (parda), <b>idade</b> (60 anos), <b>estado físico/nutricional</b> (caquético, ausência de dentes e dentes cariados), <b>assistência à saúde</b> (removido do Serviço do Prof <sup>o</sup> Arnaldo Marques).	<b>3</b> - Cor parda+ caquético+ ausência de dentes e dentes cariados Além da própria verminose	Sem associação
Sobre um caso de <b>esquistossomose de Manson</b> com localização ovariana	<b>Martiniano Fernandes, Romulo Lapa</b> / 9 páginas, 2 com imagens microscópicas	Esquistossomose/ doença infecciosa e parasitária	<b>Idade</b> (20 anos), <b>sexo</b> (feminino), <b>raça/cor</b> (parda), <b>profissão</b> (doméstica), <b>procedência/moradia/território</b> (pernambucana, residente em Afogados), <b>assistência à saúde</b> (internada no Serviço Ginecológico do Dr. Fonseca Lima, doença iniciada dois anos antes), <b>antecedentes</b> ( na infância, sarampo, parotidite e varicela aos 14 anos)	<b>6</b> - 20 anos+ mulher+ doméstica+ residência em Afogados (periferia)+dois anos de doença +doenças infecciosas na infância e adolescência Além da própria esquistossomose	Sem associação

\*DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Definições extraídas a partir de consulta ao portal da Biblioteca Virtual em Saúde, do Bireme/OMS ([decs.bvs.br](http://decs.bvs.br))

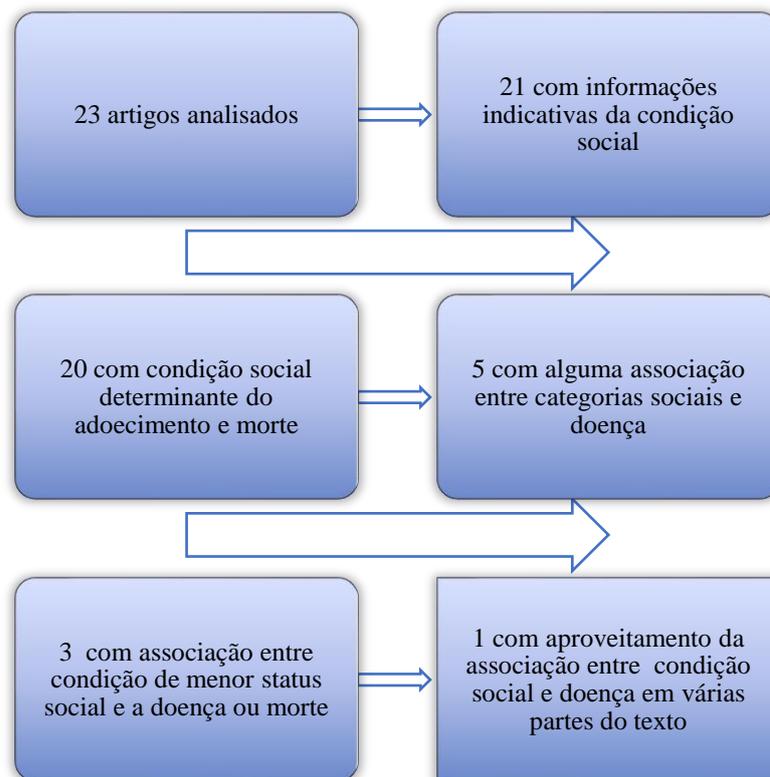
Fonte: A autora (2019), a partir dos Anais da FMR, n. 1-7.

### 5.4.3 Visibilidade da determinação social nos artigos

Para avaliar a visibilidade foram observados três aspectos no uso dos indicadores da determinação social. Primeiro, a **forma do enunciado**, se por uma palavra, um dado numérico numa tabela ou compondo uma frase. Em segundo lugar, foi considerada a **localização da informação ao longo do texto**: no título, na imagem, na legenda, na abertura, no desenvolvimento, na conclusão ou considerações finais. E por último, verificado o **sentido da informação**: se houve associação direta ou indireta com o adoecimento ou morte.

Com base nessas três variantes, concluiu-se que nenhum dos autores deu destaque completo, mas foi possível fazer uma comparação entre os artigos, apontando quais exploraram as informações sobre condições de vida como determinantes da doença e morte (gráfico 5).

**Gráfico 5** – Artigos com indicadores sociais fazendo ou não associação com a saúde



Fonte: A autora (2020).

Observa-se no gráfico 5 que, dos 23 artigos analisados:

- ✓ Vinte e um apresentam dados sobre a condição social das pessoas retratadas. Desses, 20 artigos apresentam informações compatíveis com indicadores da determinação social da saúde, dos quais cinco associam uma ou mais categoria a doenças.
- ✓ Dos cinco, só três mostram associação entre a condição de menor status social e a doença ou morte, um deles, Aggeu Magalhães, explorando o aspecto em diferentes partes do texto, de forma contextualizada, oferecendo maior visibilidade à questão, no caso, a causa da mortalidade de crianças desnutridas, que morriam por gastroenterite. O outro, assinado por Bezerra Coutinho e Jorge Lobo, sobre leishmaniose, associou diretamente a doença à “camada da população” mais suscetível, embora de forma mais discreta. E o terceiro, de Barros Coelho e Clovis Marques, fez referência ao grande número de pessoas com esquistossomose desassistidas, apontando o Nordeste como região mais atingida. Ficou subentendida a situação de desigualdade regional, mas explorada também com menor visibilidade que o artigo de Aggeu Magalhães referente à mortalidade infantil.
- ✓ Ainda no grupo dos cinco, o quarto artigo faz associação entre a cor do doente e a lesão provocada pela doença, mas não esclarece a natureza da predisposição. O quinto aponta a ligação entre a raça/cor e a doença, mas interpreta o achado à luz da eugenia, que via os miscigenados como mais fracos. Nesses dois casos pode-se concluir por uma associação incompleta ou distorcida (em relação à determinação social).
- ✓ Nos demais 16 artigos que relatavam característica do doente compatível com uma determinação social, os autores usaram dados curtos numa parte do texto, provavelmente a título único de identificação do cadáver ou do doente. No conjunto havia construções mais detalhadas, às vezes com seis indicadores, mas com tímido aproveitamento.
- ✓ Nenhum autor levou o tema das desigualdades para o título, destacando o indicador da determinação social. O que mais se aproximou nesse sentido foi

Lauro Gama, referindo-se apenas à categoria raça/cor, no estudo intitulado “Das lesões anatômicas em indivíduos brancos e pretos”. Mas a análise e conclusão não fazem qualquer menção à condição de vida das duas categorias de pacientes, restringindo-se a uma leitura de questões biológicas.

Os achados respondem ao primeiro e segundo problemas da pesquisa. A revista médica retrata sim a pobreza quando reúne informações compatíveis com indicadores da determinação social da doença em quase totalidade dos artigos. A visibilidade, entretanto, é discreta na maioria dos casos e, mesmo no texto em que é explorada em diferentes trechos e com diversas representações (palavras, imagens, números), não está mencionada no título.

Reunindo mais informações indicativas de pobreza e da determinação social da saúde ao longo de toda a construção, o artigo de Aggeu Magalhães será detalhado a seguir, explorando como as informações estão inseridas no texto.

#### 5.4.3.1 O mingau da fome: pobreza na periferia e mortalidade infantil

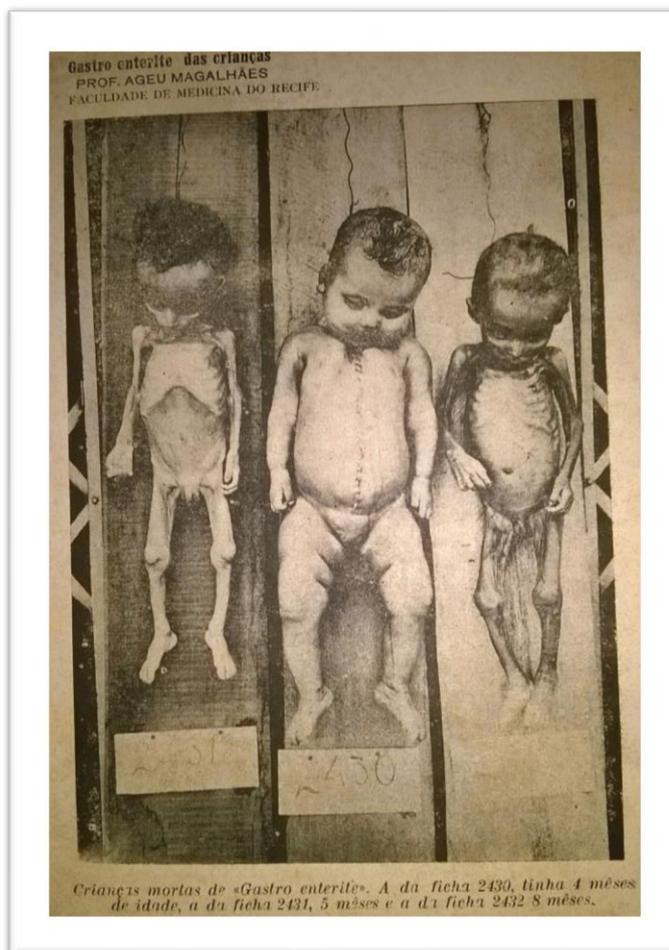
No artigo “Da gastro-enterite das crianças”, Aggeu Magalhães faz a descrição social na abertura do texto, na legenda da fotografia utilizada para mostrar cadáveres de crianças desnutridas e destaca, na discussão e na conclusão, a relação entre a pobreza, a alimentação imprópria nos primeiros meses de vida, que levam à putrefação e fermentação no aparelho digestivo, desencadeando intoxicação e exposição a agentes infecciosos. A determinação social da saúde está representada em palavras, números e nas imagens.

A figura 19 de três cadáveres de crianças com idade entre quatro e oito meses de idade causa impacto, comunicando o estágio de magreza que se encontravam os bebês, um deles de pele mais escura, sugestivamente preto (não há indicação quanto à cor desses três casos especificamente). Eles são expostos de corpo inteiro, despídos, retratando também uma época em que não havia restrições ao uso de imagem mesmo para fins científicos (a revista médica destinava-se aos pares, alunos e professores)<sup>16</sup>. Não estão identificados por nome, apenas por número.

---

<sup>16</sup> Optou-se, nesta dissertação, pela reprodução da fotografia na íntegra, para não ofuscar o valor descritivo da magreza e da tonalidade de pele.

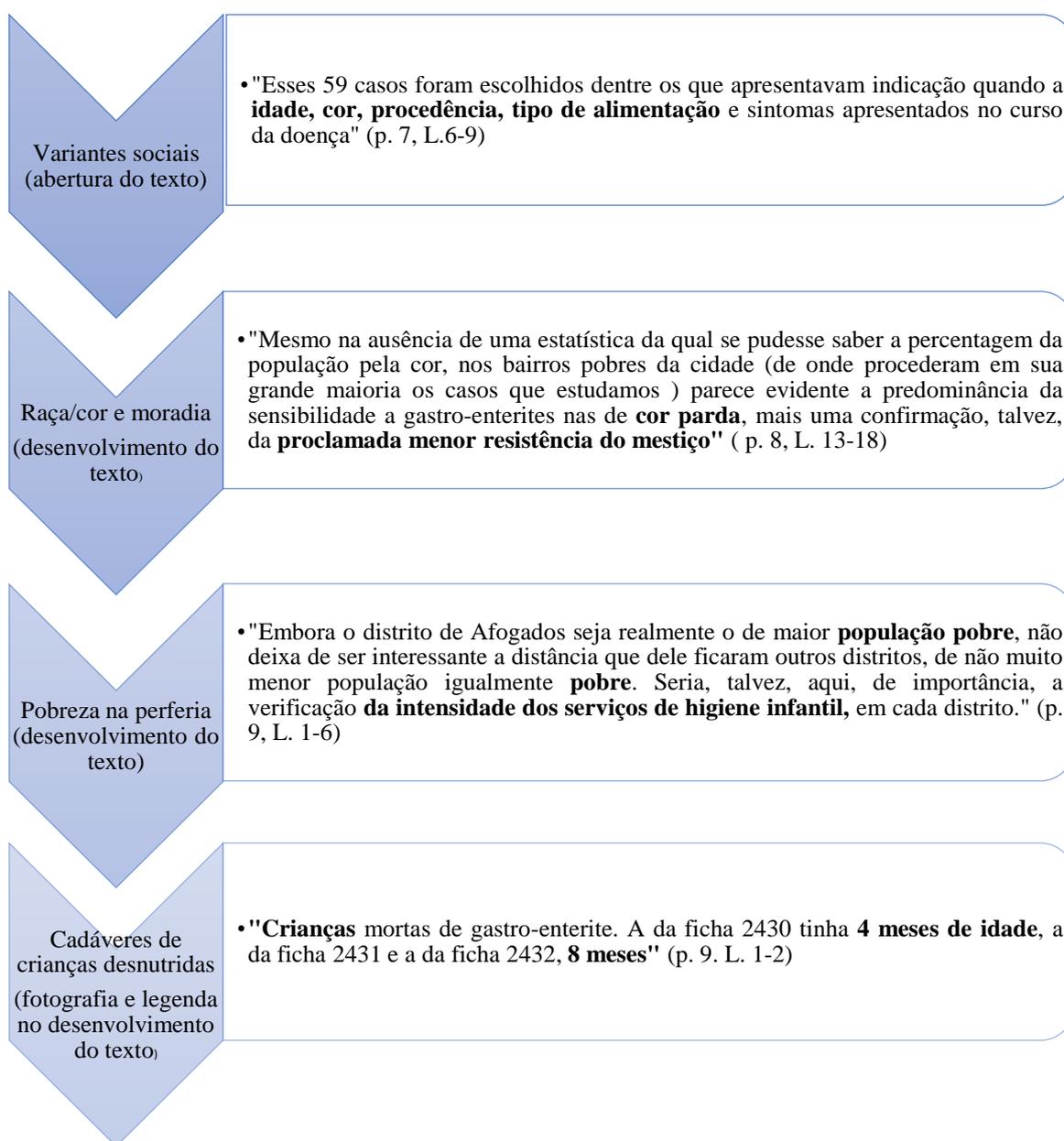
**Figura 19-** Imagem da desnutrição no primeiro número dos Anais da FMR



Fonte: Reprodução de imagem publicada nos Anais da FMR (Nº1), 1934, exemplar sob a guarda da Biblioteca do CCS-UFPE

As informações indicativas da determinação social da saúde estavam presentes desde a escolha da amostra, como sinaliza o autor, daí a exploração dos dados no artigo. A primeira associação que ele faz é entre o local de moradia, no caso os bairros pobres do Recife, a cor da pele e a incidência da gastroenterite nas crianças, como mostra a figura 20.

**Figura 20** – Citações de Aggeu Magalhães em “Da ‘gastro-enterite das crianças’”

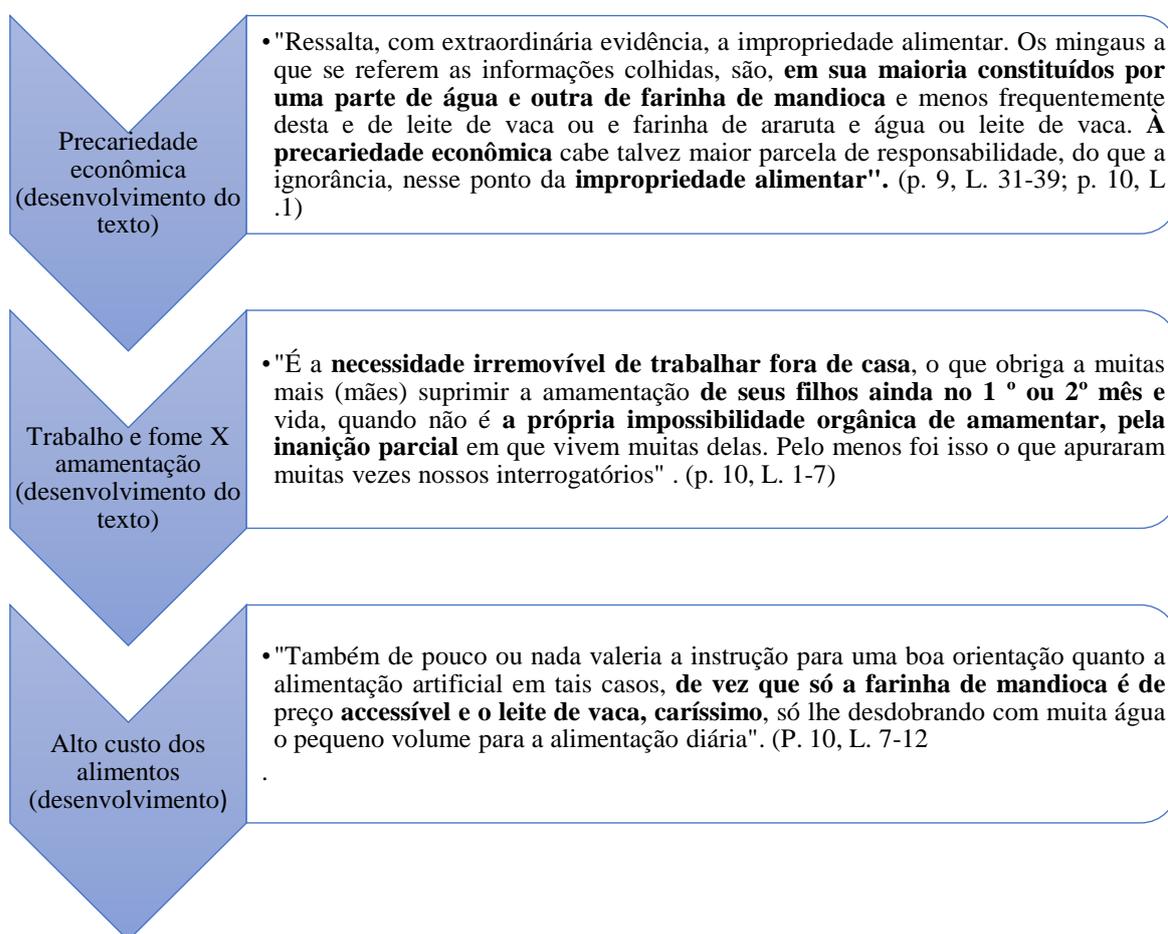


Fonte: Trechos extraídos do artigo “Da Gastro-enterite das crianças” (MAGALHÃES, Anais da FMR, 1934)

Aggeu Magalhães afirma que a maioria dos casos estudados procede dos bairros pobres, como Afogados e outros, e que parece haver uma predominância da doença nos de cor parda. Ainda quanto ao quesito cor, levanta o questionamento sobre a menor resistência do mestiço. Estaria aí uma influência da teoria eugênica da miscigenação imperfeita? O “talvez” sinaliza a dúvida do autor quanto à confirmação da sensibilidade racial. A exposição à pobreza e à desassistência estrutural, que atinge os afrodescendentes, indígenas e os de pele escura pelo longo período de exclusão desde a colonização do Brasil, responde melhor essa questão,

reforçando a percepção de Aggeu Magalhães quanto a vitimização das mães e crianças residentes na periferia. Ele inclusive defende mais adiante, na sua narrativa, a importância de verificar a atuação dos serviços de higiene infantil nos distritos pobres, indagando sobre a assistência à saúde nessas áreas da capital. Na sequência, no desenvolvimento da comunicação científica, o autor explora a condição econômica das mães e o que isso tem a ver com o adoecimento dos bebês, valorizando, portanto, a associação entre fator social, saúde e doença (Figura 21).

**Figura 21** – Continuação das citações de Aggeu Magalhães em “Da ‘gastro-enterite das crianças”



Fonte: Trechos extraídos do artigo “Da Gastro-enterite das crianças” (MAGALHÃES, Anais da FMR, 1934)

O autor explica as razões que levam à suspensão da amamentação das crianças ainda no primeiro ou segundo mês de vida.<sup>17</sup> Magalhães condiciona o problema à necessidade de as mães

<sup>17</sup> Desde 1991 a Organização Mundial de Saúde recomenda a amamentação mínima de pelo menos seis meses. Giugliani e Vieira contam que no século XX no Brasil e em outros países houve dramático declínio nas taxas

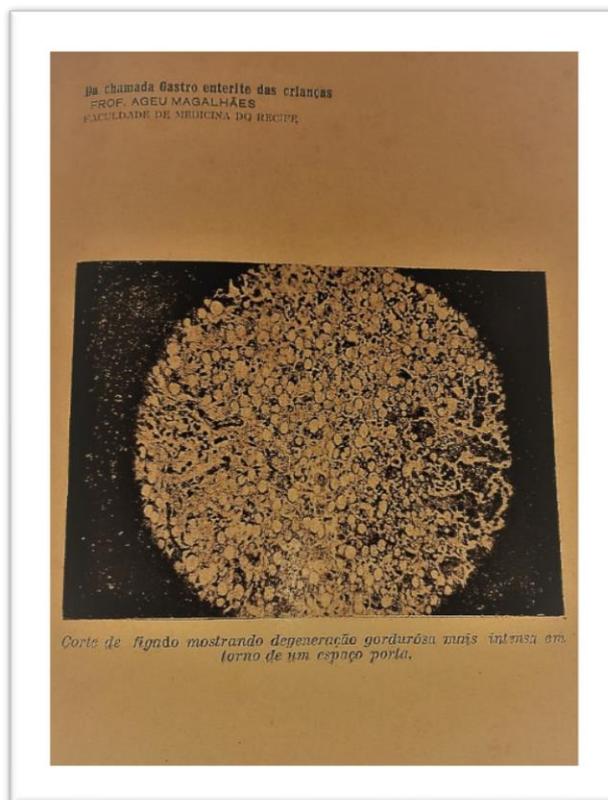
voltarem ao trabalho fora de casa ou mesmo à inanição dessas mulheres, vítimas da fome, situações detectadas em entrevistas feitas com elas. O pesquisador também lembra o estado de ignorância de parte das mães, mas argumenta que a instrução somente não resolveria o desafio, uma vez que elas não teriam como pagar por alimentos de melhor qualidade.

O resultado da alimentação sem qualidade é mostrado na figura 22, apresentando um fígado de criança com degeneração gordurosa. O autor justifica que o leite de vaca é caríssimo e que só a farinha de mandioca, usada nos mingaus, tem preço acessível. Um quadro lista o que foi apurado quanto à alimentação dos bebês, acrescentando mais informações: 45,7% usam leite de vaca e mingaus, 15,2% leite materno e mingaus, 15,2% leite de vaca, 6,7% leite de cabra e mingau, 5% leite materno e de vaca, 5% leite condensado e mingaus, 3,3% leite materno, leite de vaca e mingaus, 1,6% fatias de pão com água e arroz, 1,6% mingaus e água de arroz. E amplia a descrição do quadro socioeconômico de uma imensa população pobre.

---

de aleitamento materno até as décadas de 1960 e 1970, causando desnutrição e mortalidade infantil em áreas menos desenvolvidas. O movimento pela retomada da cultura da amamentação deu-se na década de 70. (Histórico do Departamento de Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Pediatria). Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/historico-DC-aleitamento-materno1.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/historico-DC-aleitamento-materno1.pdf)

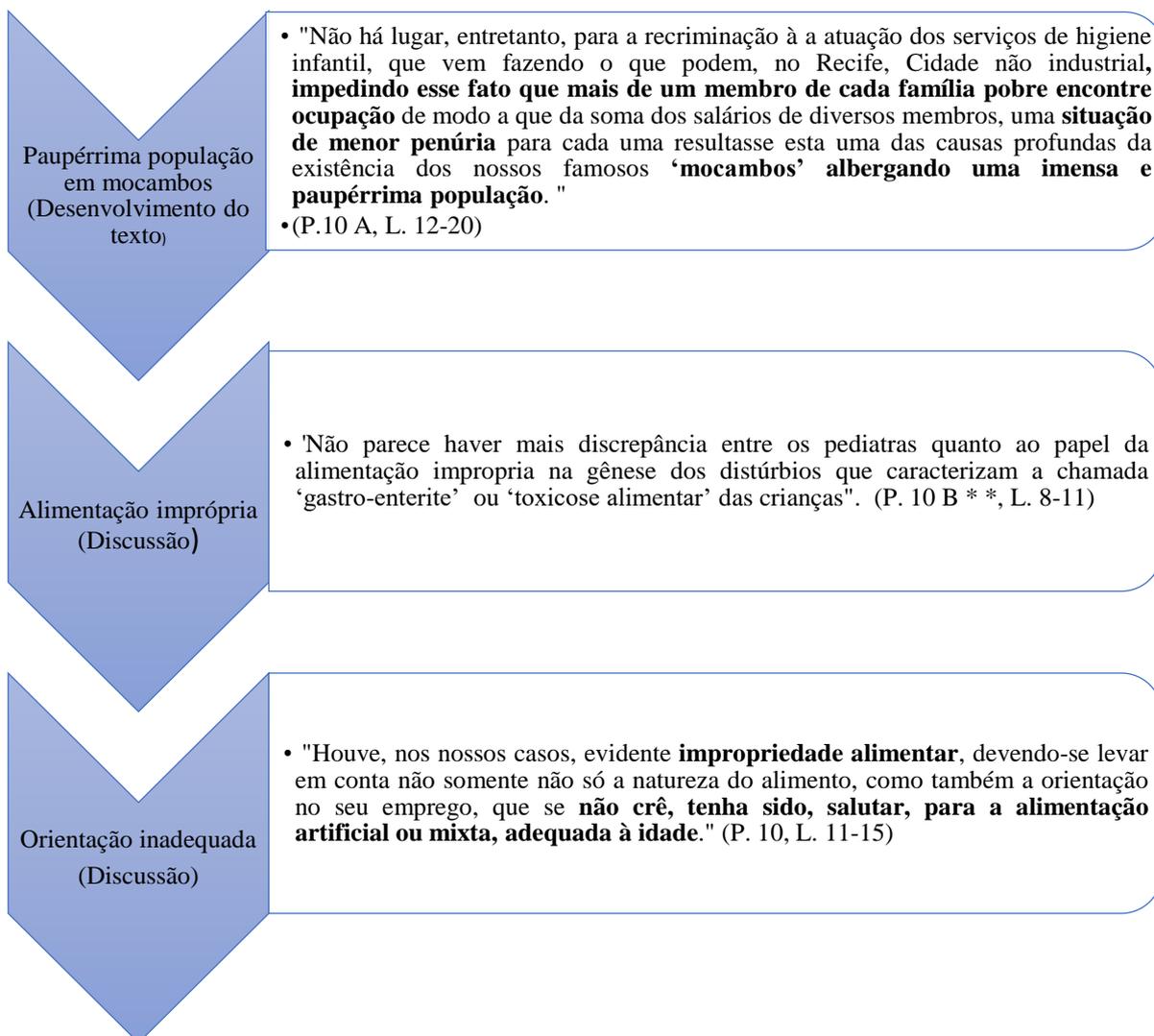
**Figura 22** - Fígado de criança com degeneração gordurosa provocada pela alimentação inadequada



Fonte: Originais dos Anais da FMR, Nº 1

Ainda sobre o artigo de Aggeu Magalhães que trata sobre a ‘gastro-enterite das crianças’, o autor menciona as condições sociais da população estudada e a falta de orientação no que se refere a alimentação, como mostra a figura 23.

**Figura 23** – Continuação das citações de Aggeu Magalhães em “Da ‘gastro-enterite das crianças’”



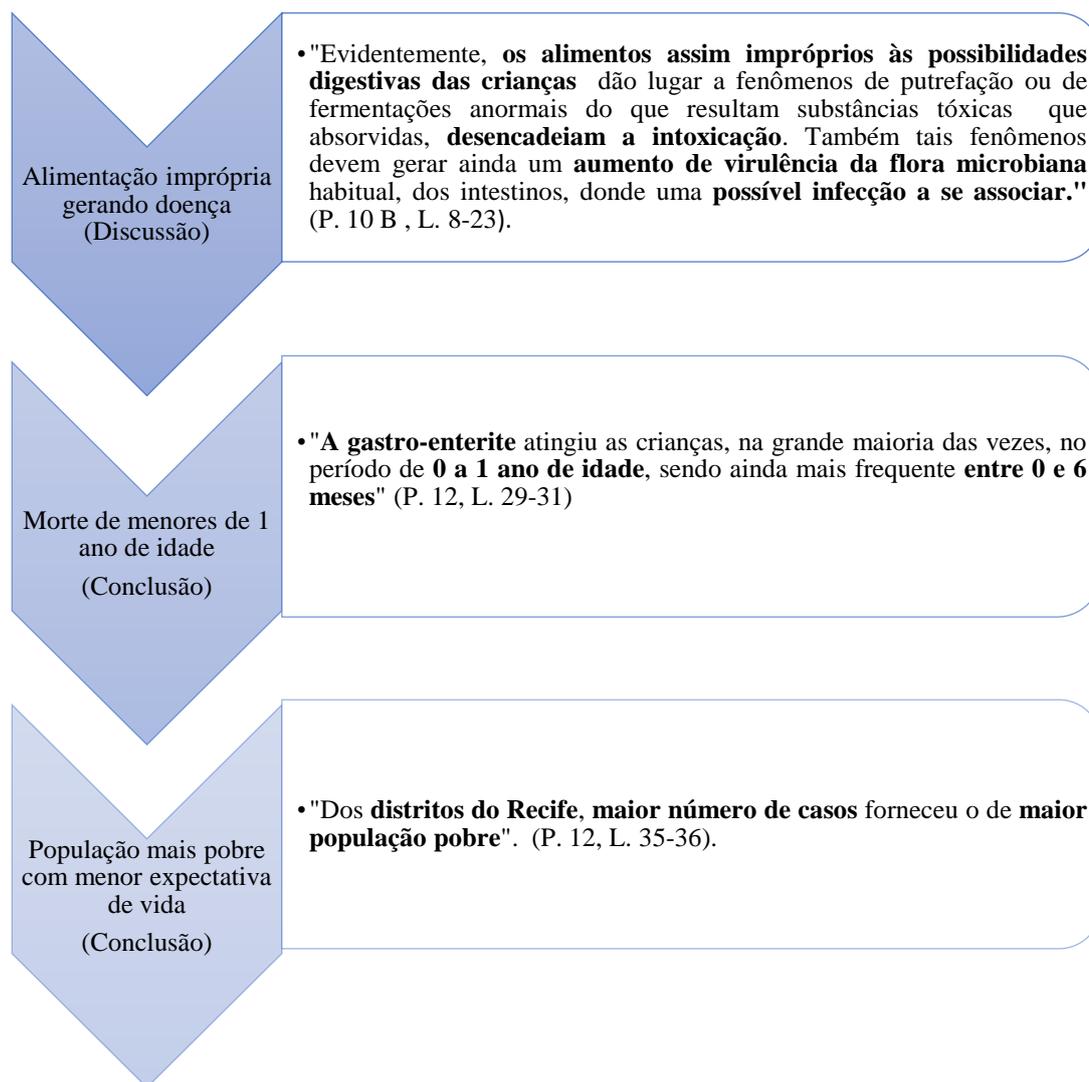
Fonte: Trechos extraídos do artigo “Da Gastro-enterite das crianças” (Anais da FMR, 1934)

\* A revista tem duas páginas com a mesma numeração.

O quadro de penúria é reforçado mais uma vez com o desemprego e a qualidade das habitações, justificando a residência de uma parcela grande da população em mocambos. O autor lembra do consenso entre os pediatras quanto às consequências da alimentação imprópria, que causaria a gastroenterite ou intoxicação alimentar. Na conclusão, volta a enfatizar a distribuição da doença entre os sem renda ou de baixa renda, e reforça os efeitos negativos da alimentação imprópria.

A relação entre a alimentação imprópria e o adoecimento é clara. Magalhães destaca que as crianças menores são as mais acometidas pela gastroenterite – o que torna o fenômeno mais crítico, pois leva a concluir que a população mais pobre possui menor expectativa de vida (Figura 24)

**Figura 24** – Continuação das citações de Aggeu Magalhães em “Da ‘gastro-enterite das crianças’”



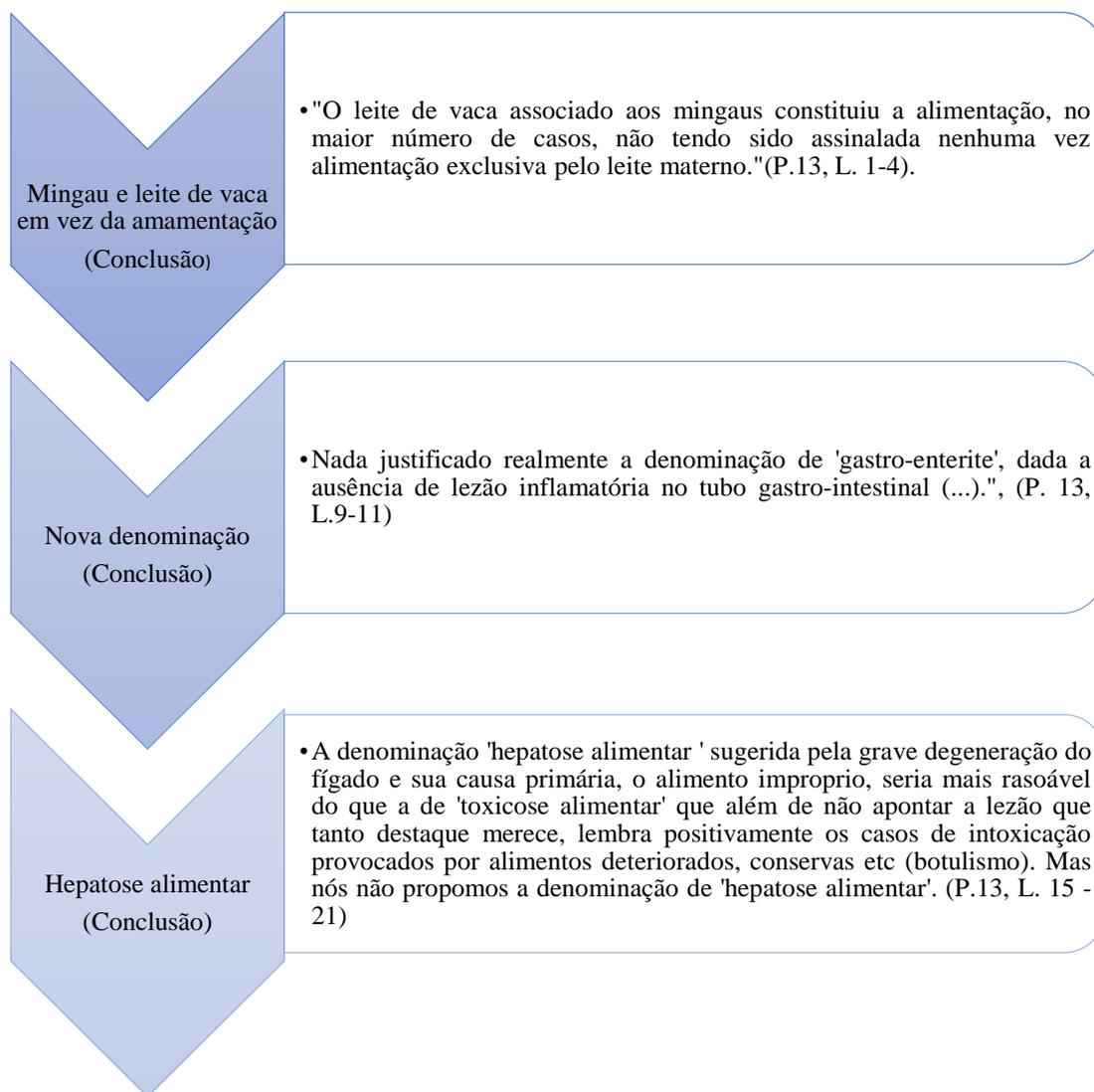
Fonte: Trechos extraídos do artigo “Da Gastro-enterite das crianças” (Anais da FMR, 1934)

Como observado, os fatores sociais voltam a ser lembrados por Aggeu Magalhães na conclusão do artigo. Refere a baixíssima expectativa de vida, com crianças morrendo entre o sexto mês e o primeiro ano de vida, principalmente, e que essas vítimas são as mais pobres.

Na conclusão do estudo, o autor associa os dois repertórios de informação, unindo a explicação biológica à situação social descrita, de pobreza e fome, que oferece um futuro

curtíssimo e desigual para os moradores da periferia. Sem amamentação exclusivamente, os bebês são vítimas da hepatose alimentar, conclui, usando a nova expressão.

**Figura 25** – Continuação das citações de Aggeu Magalhães em “Da ‘gastro-enterite das crianças’”



Fonte: Trechos extraídos do artigo “Da Gastro-enterite das crianças” (Anais da FMR, 1934).

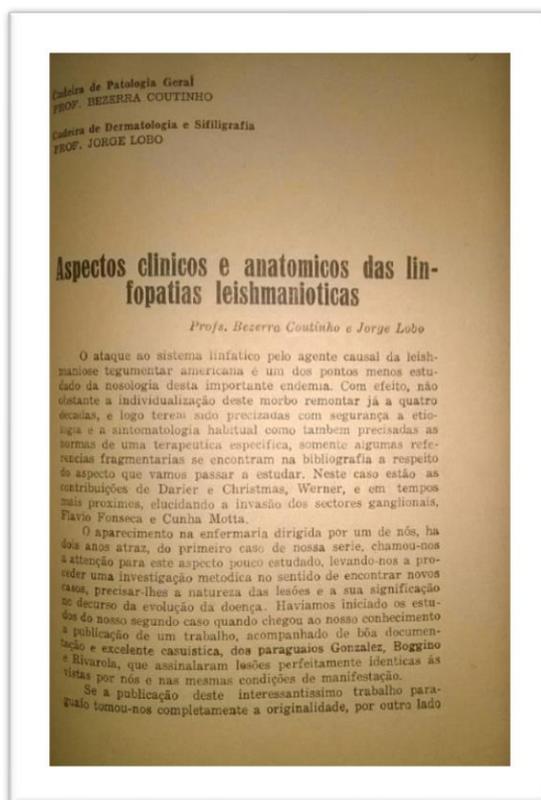
Embora o título do artigo não faça menção direta ao contexto de pobreza em que vivem as vítimas da mortalidade infantil, “Da chamada ‘gastro-enterite’ das crianças” carrega uma crítica à denominação, mas provavelmente imperceptível para alguns e só visível para outros com a leitura completa do referido artigo. As crianças morriam de gastroenterite? Não exatamente, mas da hepatose alimentar como Aggeu Magalhães debate no texto. Ou melhor, da fome perpetuada de suas mães pobres, privadas de uma alimentação nutritiva por falta de recursos, obrigadas a suspender a amamentação para trabalhar.

#### 5.4.3.2 Pobreza na área rural, desmatamento e leishmaniose

Do conjunto de artigos analisados o que faz associação entre classe social, literalmente, das vítimas e o adoecimento é o intitulado “Aspectos clínicos e anatômicos das linfopatias leishmanioticas” (Figura 25), escrito numa parceria de Aluísio Bezerra Coutinho e Jorge Lobo, publicado no número três dos Anais da FMR, em 1936.

A participação de Lobo indica a mudança na origem dos estudos que geram os artigos publicados na revista. O referido professor é da Cadeira de Dermatologia e Sifilografia (um campo que estuda sífilis, tamanha a repercussão da doença na comunidade) e acaba sendo um precursor, como será mostrado adiante, na sua biografia, da dermatopatologia, uma associação da dermatologia com a anatomia patológica.

**Figura 26** - Primeira página do artigo escrito por Bezerra Coutinho e Jorge Lobo sobre linfopatias leishmanióticas

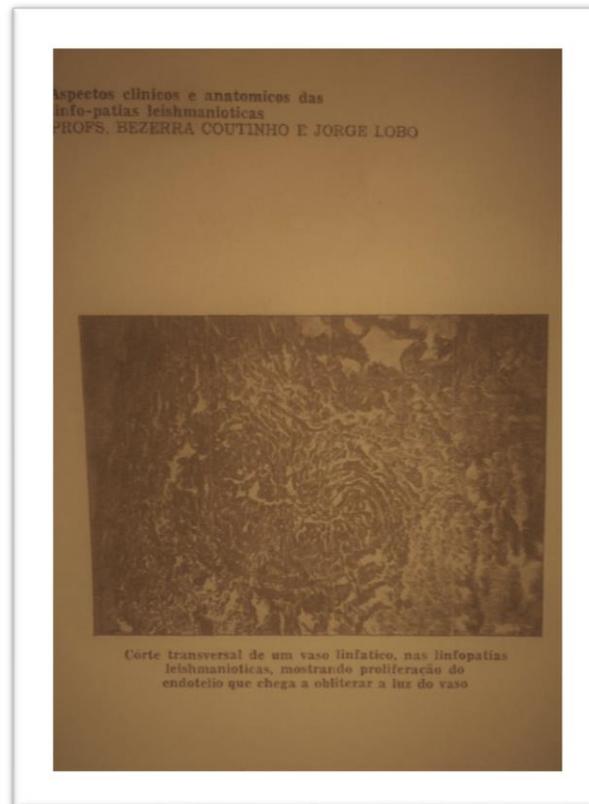


Fonte: Reprodução de página dos Anais da FMR (nº3), 1936, exemplar sob a guardada Biblioteca do CCS-UFPE.

O texto inicia-se com a justificativa da pesquisa: o ataque ao sistema linfático pelo agente causal da leishmaniose tegumentar (cutânea) seria um dos pontos menos pesquisados

em relação à endemia pelo ramo da medicina que estuda e classifica as doenças. O artigo registra que a leishmaniose era considerada endêmica, uma enfermidade de transmissão constante. E que a invasão dos gânglios (figura 26) havia sido confirmada há quatro décadas por outros autores.

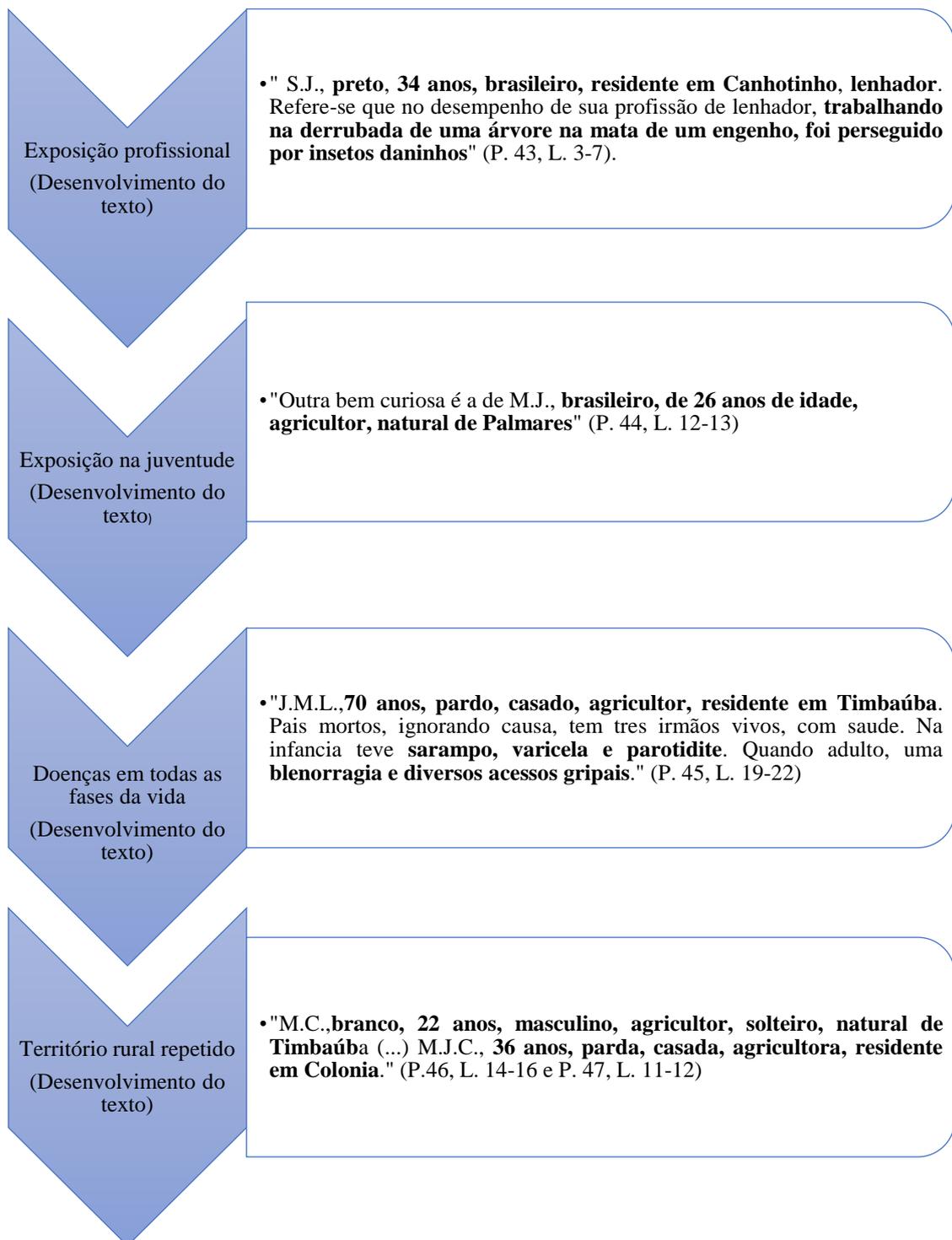
**Figura 27** – Página com imagem microscópica mostrando resultado de estudo patológico com alteração do vaso linfático em razão da leishmaniose



Fonte: Reprodução de página dos Anais da FMR (Nº3), 1936,  
exemplar sob a guarda da Biblioteca de CCS- UFPE

O aparecimento de um caso na enfermaria dirigida provavelmente por Lobo, dois anos antes, teria chamado a atenção deles. A partir dessa introdução, os autores descrevem cinco histórias de pacientes, com os achados clínicos e laboratoriais. Nessas histórias descritas, em tópicos chamados, 1ª, 2ª, 3ª, 4ª e 5ª observação, surgem os primeiros indicativos da condição social das vítimas (Figura 27).

**Figura 28** – Citações de Aluizio Bezerra Coutinho e Jorge Lobo em “Aspectos clínicos e anatômicos das linfopatias leishmanioticas”<sup>18</sup>



Fonte: A autora (2019), a partir das citações de Coutinho e Lobo (Anais da FMR, n.3, 1936).

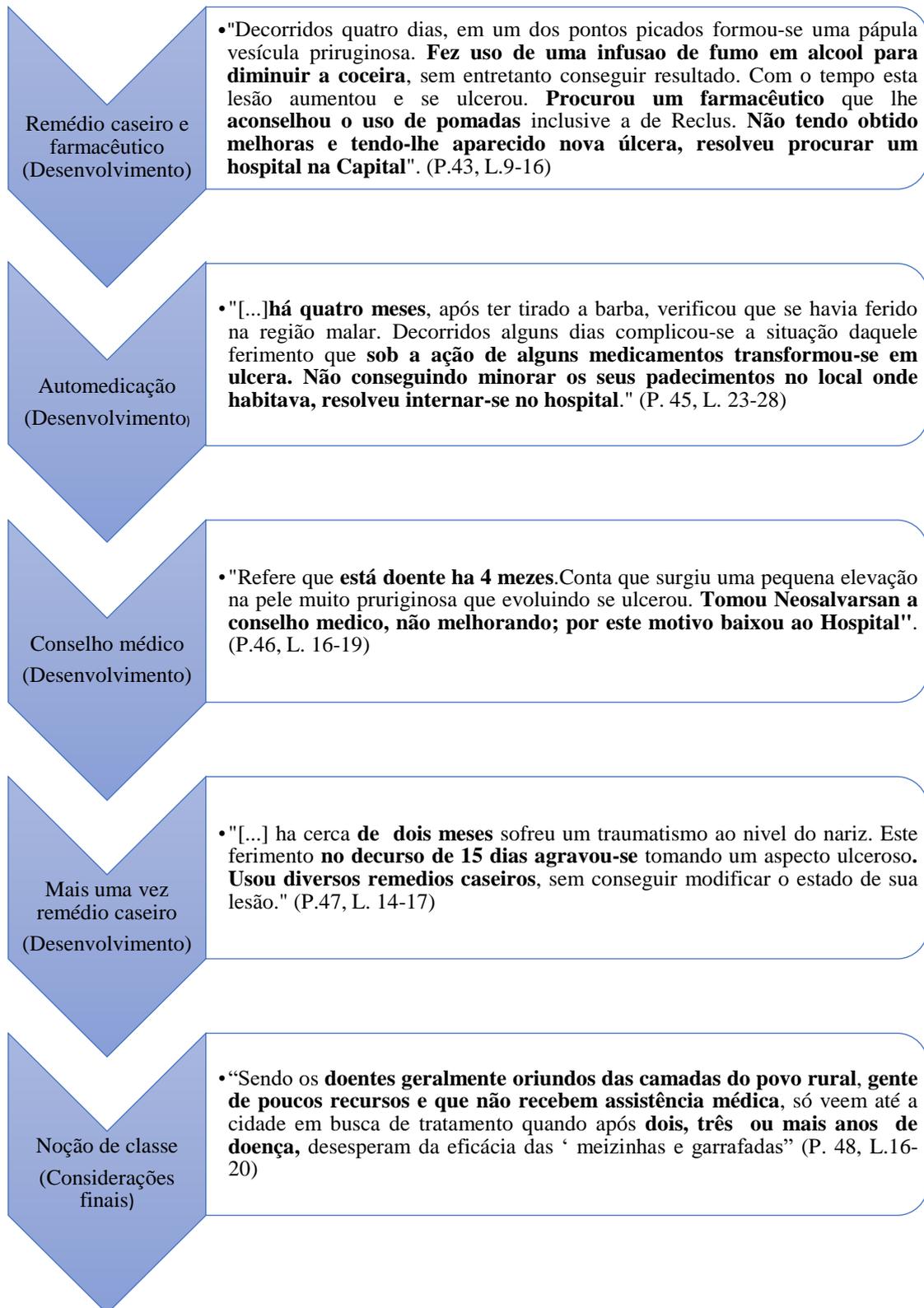
<sup>18</sup> O nome completo ou parcial de cada paciente citado pelos autores foi substituído pelas iniciais para proteger a identificação pessoal.

Informações sobre raça/cor, sexo, profissão, estado civil e local de moradia são utilizadas em todas as descrições de casos, coincidindo as profissões (agricultor e lenhador) e o território onde cada paciente vive e trabalha, isto é, no interior e no campo. Dois deles são do mesmo município, Timbaúba, na Zona da Mata Norte, e outro de Palmares, na Mata Sul de Pernambuco. O quarto é de Canhotinho, no Agreste pernambucano, e a única mulher incluída entre os casos estudados diz morar em “Colônia”. Não foi possível identificar em que região ou município. A referência encontrada, no Anuário Estatístico do Estado de 1934, indica um povoado com este nome, na Vila Jaqueira, em Maraial, no Agreste. No mapa atualizado de Maraial há referência também a Colônia Leopoldina, um município alagoano limítrofe.

Outras informações oferecidas no artigo descrevem a assistência recebida no aparecimento dos primeiros sintomas da leishmaniose, o que pode indicar a dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Remédios caseiros, como infusão de fumo em álcool, foram alguns dos recursos descritos, acompanhado por um tempo de doença que variou de dois a quatro meses para recebimento de cuidados médicos.

Salienta que, mesmo seguindo os conselhos médicos, um dos pacientes não apresentou melhora, voltado a ser hospitalizado. Por fim, apresenta a classe social dos pacientes, ao indicar que são oriundos da área rural e com poucos recursos (Figura 28). Observa-se que a associação é evidente, nas considerações finais do artigo, quando refere a origem rural em “camada do povo rural”, a renda baixa, em “gente de poucos recursos” e a demora dos doentes para obter assistência médica (COUTINHO E LOBO, 1936, p. 48)

**Figura 29** – Continuação das citações de Aluízio Bezerra Coutinho e Jorge Lobo em “Aspectos clínicos e anatômicos das linfopatias leishmanioticas”



Fonte: A autora (2019), a partir das citações de Coutinho e Lobo (Anais da FMR, n.3, 1936).

Embora apresentem uma noção de classe, de desigualdade, nos comentários finais, os autores não estabelecem uma relação direta entre as profissões citadas e a transmissão da leishmaniose: agricultor e lenhador. A arbovirose, conforme a literatura especializada, está atrelada ao desmatamento que desaloja o mosquito e deixa o homem mais exposto às picadas, sobretudo na Zona da Mata Canavieira, onde o desmatamento da floresta tropical, segundo Castro (1985), deu lugar à monocultura do açúcar e ampliou a fome entre os mestiços. Na atualidade, Temponi *et al* (2018, p. 2) explica a situação na América do Sul, mostrando outras atividades econômicas que causam impacto no meio ambiente e deixam o trabalhador do campo mais suscetível à leishmaniose:

[...] a Leishmaniose Tegumentar Americana pode ser considerada uma doença ocupacional, com reflexos no campo social e econômico por estar diretamente relacionada com atividades profissionais em áreas enzoóticas. Os casos estão associados principalmente ao sexo masculino em idade produtiva, que exercem atividades de desmatamento e/ou reflorestamento, além de práticas agrícolas, extração de madeira e petróleo, construção de estradas, colheita, caça, pesca, mineração, atividades de pesquisa em florestas tropicais, loteamentos, comunidades adjacentes a florestas, entre outros 7,8. Porém, pode ocorrer em áreas com precárias condições socioeconômicas 9, com invasão no ambiente doméstico 6. Destaca-se um número expressivo de casos em mulheres e em crianças em diferentes áreas da América do Sul, sendo este, um indicador de transmissão intra e peridomiciliar.

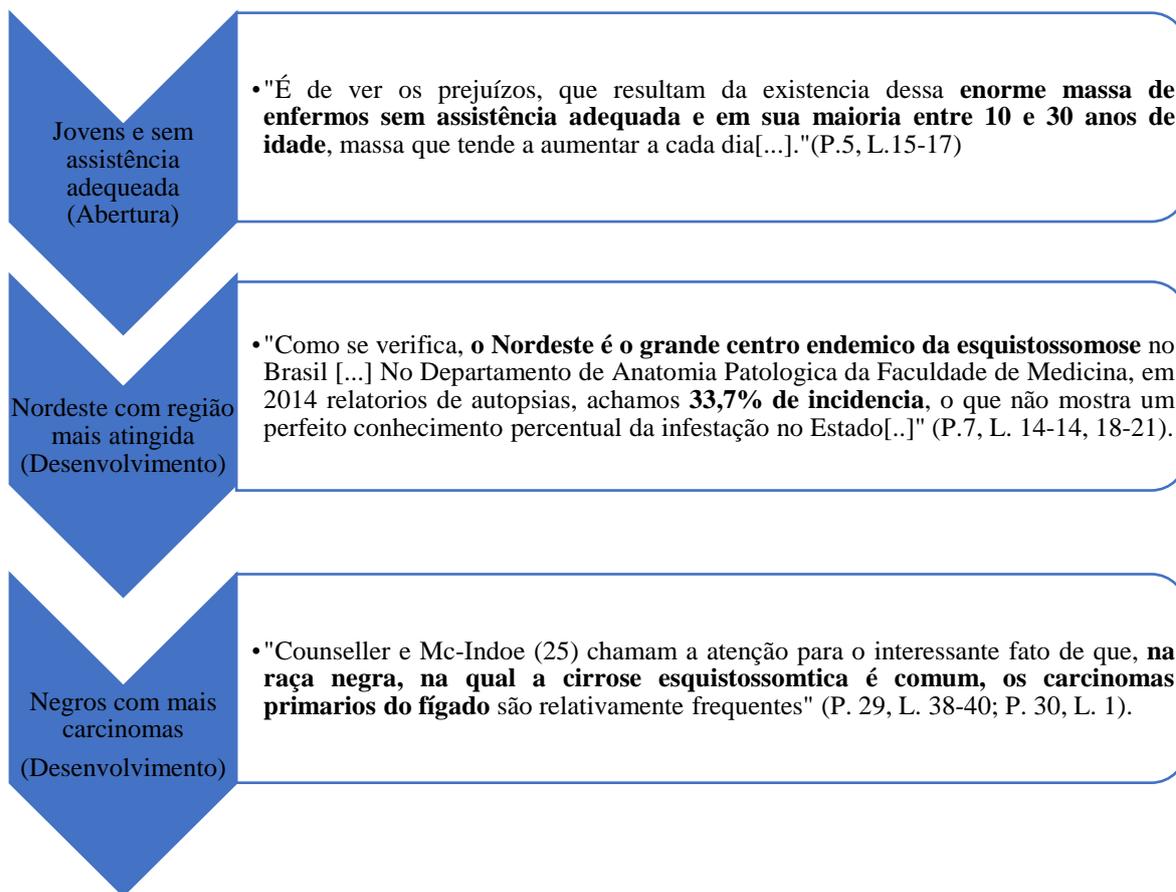
#### 5.4.3.3 Desassistência e desigualdade no Nordeste

Na edição que reúne os números seis e sete, o artigo “Contribuição ao estudo da esquistossomose de Manson”, de Barros Coelho e Clovis Marques, faz algumas associações evidentes entre a condição das vítimas e o adoecimento, demarcando a determinação social da saúde.

Na abertura do texto, os autores alegam que a doença ainda não mereceu atenção dos poderes competentes e destaca citação de Aggeu Magalhães sobre o “grande problema sanitário brasileiro”, que afeta crianças e jovens, massa desassistida.

Depois, a dupla apresenta a expansão da doença no Brasil, afetando principalmente o Nordeste, com percentual de positividade de 18%, 14% e 13% em exames histopatológico de fragmentos do fígado em Alagoas, Sergipe e Pernambuco, respectivamente (Figura 29)

**Figura 30**– Citações de Raimundo Barros Coelho e Clovis Marques no artigo “Contribuição ao estudo da esquistossomose de Manson”



Fonte: A autora (2019), a partir das citações de Barros Coelho e Marques (Anais da FMR, n. 6-7, 1939-1940).

Além da referência feita a Aggeu Magalhães, Barros Coelho e Marques enfatizam o impacto na população jovem, numa proporção crescente segundo a previsão deles. Para reforçar o tamanho do problema, mostram as estatísticas registradas pelo Departamento de Anatomia Patológica da FMR, com um terço de positividade em mais de dois mil corpos necropsiados.

Apontam certa exposição dos negros a uma complicação da doença, o câncer de fígado. Na revisão da literatura, com achados originais, os autores foram apenas econômicos no destaque à determinação social da doença, típica da Zona Canavieira e dos mangues recifenses, e claramente estabelecida no contexto biológico e social descrito por eles.

Doença negligenciada, a esquistossomose segue consumindo a vida de velhos e jovens em Pernambuco no século XXI. Almeida (2013) narra, em produção jornalística, a presença da

parasitose como uma herança entre as famílias pobres ribeirinhas do Grande Recife e da Zona da Mata, com casos drásticos de morte e incapacidade:

[...]A Lagoa do Náutico, em Jaboatão dos Guararapes, é endereço certo do ciclo interminável homem-esgoto-caramujo-homem, onde o pescador André Severino dos Santos, 33 anos, passa a maior parte do tempo. Ele é herdeiro da praga que mata cerca de 200 pernambucanos por ano. Além de ver o pai morrer de hemorragia digestiva por causa do verme, André já carregou o bicho na barriga e não tem como evitar o contato com a água contaminada. Evandro Barros, da mesma geração, residente em Gameleira, Zona da Mata Sul do Estado, está com 35 anos e desde os 18 perdeu o movimento das pernas porque o xistossomo se alojou na sua medula (ALMEIDA, 2013, ESPECIAIS NE10, EXPEDIÇÕES DOENÇA SEM FIM/ESQUISSOSSOMOSE.).

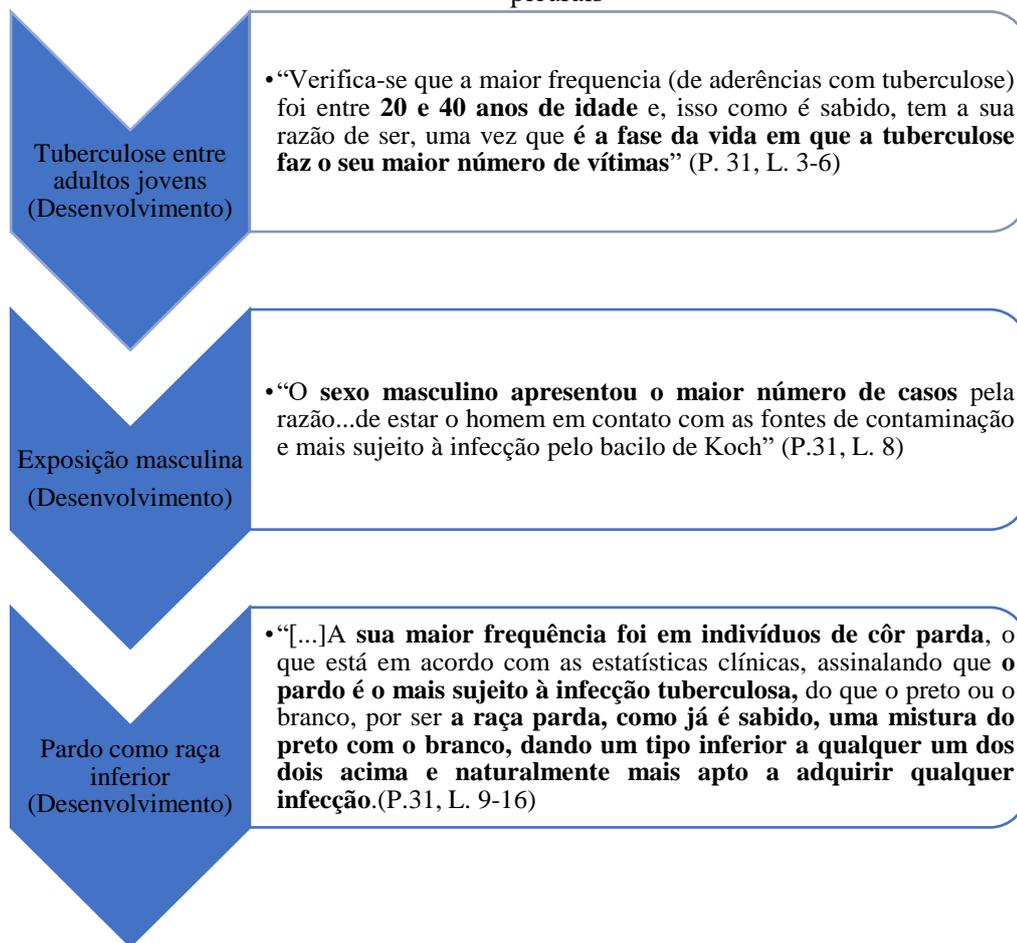
Estudo de Barbosa *et al* (2019) mostra que o tratamento coletivo a populações expostas na Zona da Mata de Pernambuco nos últimos anos, promovido pelo Projeto Sanar, do governo do estado de combate a doenças negligenciadas, reduziu o percentual de positividade nos exames de fezes, mas aponta que essa região permanece sem saneamento, com risco permanente de reinfestação, tendo em vista a presença dos caramujos e outra parte da população não tratada.

A seguir os casos em que artigos dos Anais da FMR fazem associações entre determinados perfis de pacientes, associando a cor da pele e a raça a doenças, mas sem uma análise social do problema

#### 5.4.3.4 Associação com raça/cor, mas sem proveito do contexto social

Nos Anais da FMR de número três, o artigo “Considerações em torno das aderências pleurais” (Figura 30), assinado por Miguel Archanjo, aborda uma pesquisa feita nos registros do SVO sobre mais de 600 óbitos em que a necropsia identificou nos corpos aderências pleurais. Ele aponta idade, sexo e raça/cor dos dois grupos avaliados. Num, os casos de aderências pleurais com tuberculose, noutro, os de aderências pleurais sem tuberculose.

**Figura 31** – Citações extraídas de “Considerações em torno das aderências pleurais”



Fonte- A autora (2019), com base nas citações de Archanjo (Anais da FMR, n.3,1936)

A presença da tuberculose, uma doença associada pela literatura, do passado aos dias atuais, às vulnerabilidades de condição social (fome, convivência em espaços aglomerados, por exemplo) e a hábitos (alcoolismo, vida boêmia), é notada numa faixa etária mais jovem do universo estudado, de 20 a 40 anos, masculina e principalmente entre pardos (54% dos 286 casos avaliados). Os pardos também são maioria entre as situações outras de aderências pleurais sem tuberculose. Para o autor do artigo, essa predisposição dos pardos à doença do pulmão, teria a ver com a miscigenação.

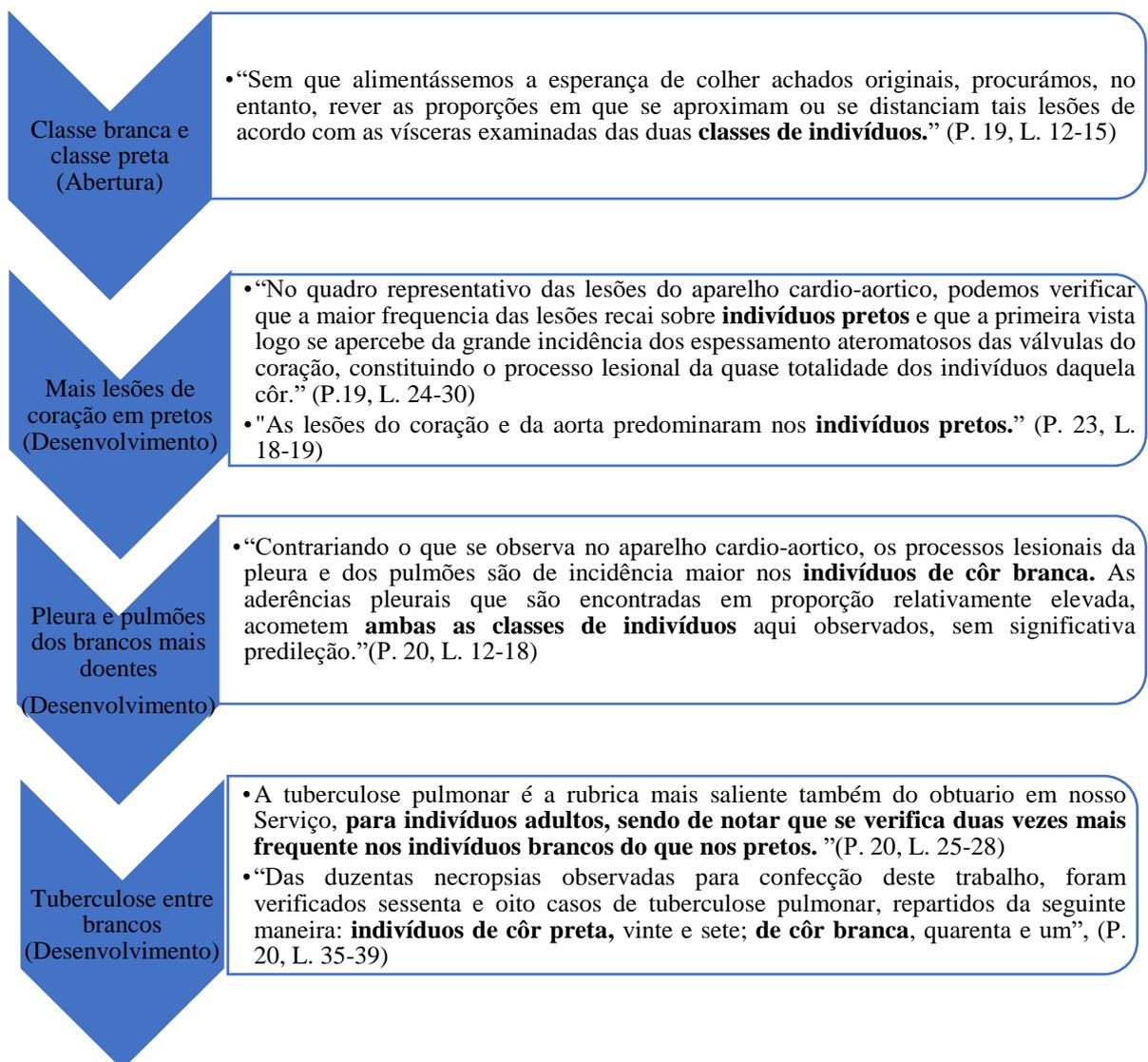
Archanjo alega que o sexo masculino seria mais exposto ao bacilo de Koch, provavelmente pela vida noturna ou por estar em maior contato com pessoas, fora de casa, do que as mulheres.

Sobre a raça/cor, parece influenciado pela eugenia, ao afirmar que “o pardo é mais sujeito à infecção tuberculosa, do que o preto ou o branco, por ser a raça parda “um tipo inferior” e “naturalmente mais apto a adquirir qualquer infecção” (P.31, L. 9-16). Não havia, portanto, a

visão de que os pardos estariam mais sujeitos à doença pela condição econômica mais carente dos miscigenados. Mas a confiança numa teoria equivocada, contestada depois.

Na revista que reúne os números quatro e cinco, publicada em 1938, a questão racial volta a ter foco principal, dessa vez desde o título, quando Lauro Gama, o autor, anuncia “Das lesões anatômicas em indivíduos brancos e pretos” (Figura 31). Há ainda informações sobre sexo e idade. As três categorias de indicadores sociais são exploradas no texto e em tabelas.

**Figura 32** - Citações de Laura Gama no artigo “Das lesões anatômicas em indivíduos brancos e pretos”



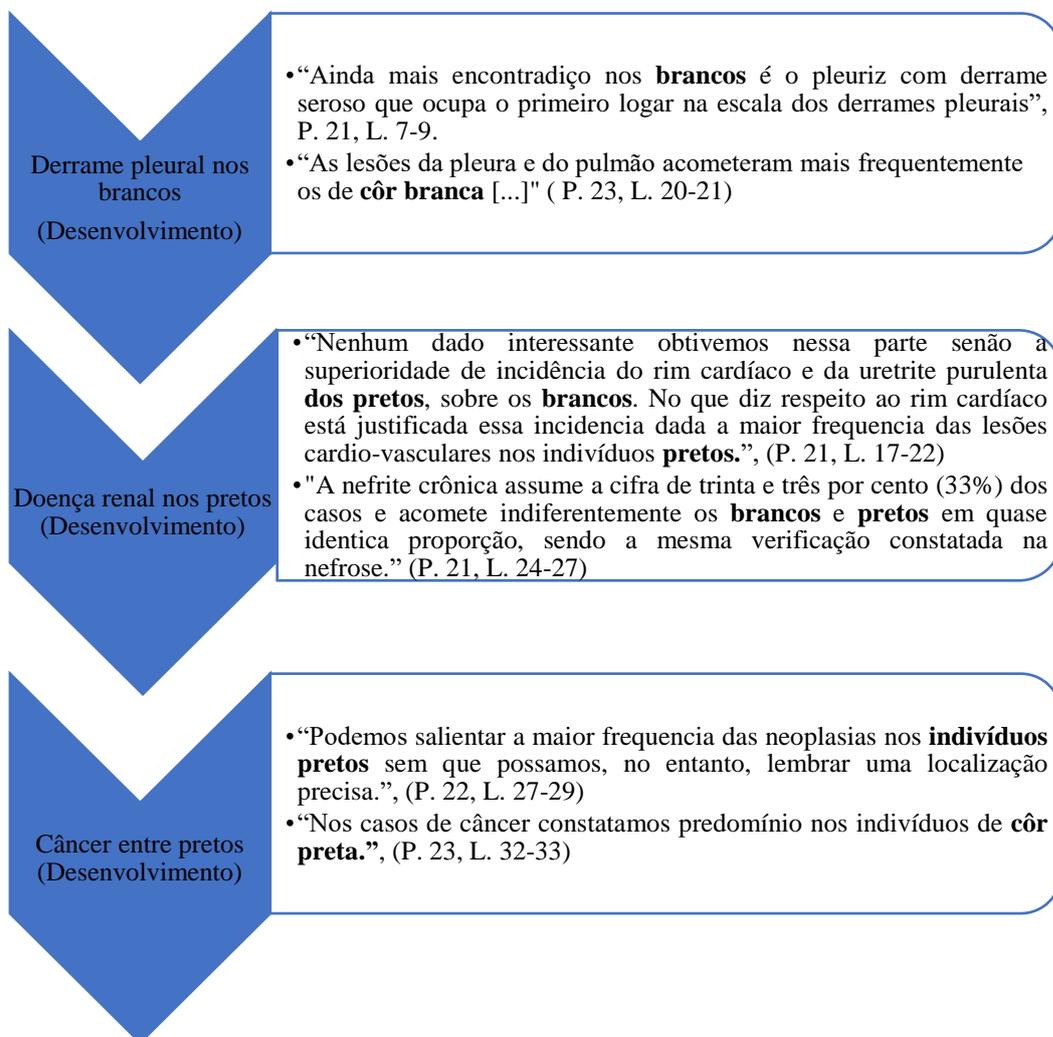
Fonte: A autora (2019), com base nas citações de Gama (Anais da FMR, 1937-1938).

O autor usa a palavra “classes” ao se referir aos brancos e pretos. Estaria se referindo a categorias, coleções ou a pessoas com a mesma condição? Chama atenção também a ordem em que aparecem as informações sobre cor quando ele apresenta genericamente o tema, sempre

enunciando primeiro “brancos”. Estaria aí um julgamento de valor, derivado do conceito pessoal que tinha sobre a raça/cor ou apenas uma ordem alfabética?

Gama oferece informações detalhadas descrevendo, no grupo de brancos (100) e no grupo de pretos (100), as lesões por partes do corpo. Aponta que as cardiovasculares, a uretrite purulenta e as neoplasias aparecem mais nos pretos que, mesmo assim, apresentam maior longevidade porque morrem mais tarde. Enquanto Archanjo encontrou mais tuberculose entre pardos, o colega de faculdade sugere que essa e outras doenças pulmonares são mais frequentes nos brancos (Figura 32).

**Figura 33** – Continuação das citações de Lauro Gama no artigo “Das lesões anatômicas em indivíduos brancos e pretos”



Fonte: A autora (2019), a partir das citações de Gama (Anais da FMR, 1937-1938).

O autor não avança na discussão para esclarecer o que deixaria cada raça suscetível a diferentes doenças. Não sinaliza em nenhum momento para desvantagens sociais, deixando ao

leitor indagações e suposições. Pela “neutralidade” pode-se interpretar que há tendência às teorias biomédicas, uma vez que ele se centra, apenas, às alterações biológicas em corpos brancos e pretos.

Dos 16 artigos restantes, seis apresentam situação mais robusta, cujo cruzamento de indicadores sustenta a determinação social da doença. A análise detalhada está no quadro 5

**Quadro 5<sup>19</sup>**- Indicadores da determinação social da saúde em outros seis artigos dos Anais da FMR publicados entre 1934 e 1940

ARTIGO/ EXEMPLAR	DESCRIÇÃO	AUTOR	CATEGORIAS (condição social) /LOCALIZAÇÃO NO TEXTO
<b>Nº 1, 1934</b>			
Anatomia patológica do nati-morto	“[...]mostraram em todos os casos serem <b>partos onde apenas a mão da parteira ou da ‘curiosa’</b> aparecia para fazer uma ou outra manobra, sendo a maioria partos espontâneos.” (P 24, L. 26- 27)	Raimundo Barros Coelho	<b>Sem assistência</b> /Primeira página, abertura, ao longo do texto
<b>Nº 2, 1935</b>			
Um caso de ascaridose hepática	“Ficha ,3175-34. R.L. <b>30 anos, parda, solteira, paraibana, florista, residente nesta capital à rua Bananeira, 635, Pombal. Falecida em domicílio, sem assistência médica</b> [...] Das informações colhidas dos parentes quanto á doença, consta apenas o seguinte: dôr muito forte no hemitórax direito e no abdômen, do mesmo lado; febre; vômitos; icterícia e diarreia nos últimos dias. <b>Não teve assistência médica e usou remédios caseiros [...] desnutrido, boca com dentes cariados e sujos</b> ” (P.7, L.28-43)	Aggeu Magalhães	<b>Idade de adulto jovem, sexo feminino, profissão florista, sem assistência</b> /Terceira página, ao longo do texto
Um caso de amidalite supurada e abcesso no cérebro	“Ficha nº 2572-35. C.S., <b>parda, com 11 anos de idade, sexo feminino, pernambucana, de filiação ignorada. Internada na Casa da Providencia,</b> faleceu a 1 ½ horas do dia 21 de agosto de 1935 [...] muito desnutrida [...]” (P.44, L. 23-29)	Edgar Gouveia	<b>Idade de criança, sexo feminino, filiação ignorada (residente em orfanato), muito desnutrida/</b> Segunda página, ao longo do texto
<b>Nº 4-5, 1937-1938</b>			
Hemisorose humana /	“M. G., <b>34 anos, casada, trabalhadora de oito,</b> residente <b>no interior do Estado, no município de Nazaré.</b> Na sua história mórbida regressa refere <b>doenças peculiares a infância, verminose e impaludismo. Teve 4 filhos, estando apenas dois vivos, tendo outros dois morrido em tenra idade</b> [...] Inquerida sobre a sua atual moléstia, relata que <b>nos seus afazeres diários, no campo, ‘estrepou-se em um garrancho,</b> na altura do dorso do pé’ [...] <b>com emolientes e aplicações quentes de azeite doce as dores desapareceram,</b> assim como a inchação, tendo voltado as suas obrigações campesinas [...]passados porém uns 45 dias da ‘malfadada estrepada’ notou na vizinhança da primitiva ferida, que a pele se tornara vermelha e dolorosa. <b>Voltou ao uso dos remédios anteriores;</b> foram desta vez sem nenhum sucesso[...] <b>tendo</b>	Jorge Lobo e Silvio Campos	<b>Sexo feminino, profissão de trabalhadora de oito (no engenho, onde só recebe e reside quando trabalha), residente no interior, trabalho no campo, remédios caseiros, antecedentes pessoais e familiares, com dois casos de mortalidade infantil, acidente no campo com garrancho/</b> Terceira página, ao longo do texto

<sup>19</sup> Continua na próxima página. O nome completo ou parcial de pacientes foi substituído pelas iniciais para proteger a identificação pessoal.

	esgotado todos os recursos caseiros e vendo constantemente se agravar a sua doença resolveu procurar o hospital da capital” (P.35, L. 6-37)		
<b>Contribuição ao estudo das blastomicoses</b>	“J.B., 52 anos, viúvo, brasileiro, agricultor, residente no município de Jaqueira, em Pernambuco. Antecedentes hereditários – Pais mortos em idade avançada; <b>6 irmãos, 2 falecidos de perturbações gastro-intestinais</b> - os demais gosam relativa saúde. Antecedentes pessoais- <b>Na infância, varicela e sarampo; aos 21 anos, no Amazonas, contraiu maleita</b> sob a forma de acessos perniciosos que o obrigaram a se retirar do Estado. <b>Relata que foi picado por uma cobra, no Amazonas</b> [...] 2 meses após, notou um nódulo na região sacra que incomodava pela coceira [...] <b>Já fazia 19 anos que começara o seu mal.</b> Vindo ao Recife consultou um internista que o enviou a um cirurgião que por sua vez m’o enviou para tratamento pela neve carbônica.” (P. 41, L. 5-40)	Jorge Lobo	<b>Profissão de agricultor, residente no interior, antecedentes familiares e pessoais (varicela, sarampo, malária), 19 anos de doença / Terceira página, ao longo do texto)</b>
<b>Nº 6-7, 1939-1940</b>			
<b>Sobre um caso de esquistossomose de Manson com localização ovariana</b>	“R. dos S., <b>20 anos, parda, casada, doméstica</b> , natural de Pernambuco e <b>residente em Afogados</b> - rua Imbiribeira, Recife. Internada no Serviço Ginecológico do Dr. Fonseca Lima em 16 de Setembro de 1940. Seus antecedentes hereditários carecem de importância. Refere os antecedentes pessoais: <b>em criança sarampo e parotidite. Varicela aos 14 anos.</b> Menarca aos 11 anos, 4 dias de fluxo, ausência de dôr [...] Casada há cerca de 6 anos, nunca engravidou [...]sua atual doença se iniciou há dois anos, quando lhe pareceu irregularidade menstrual [...] O estudo das grandes endemias que infestam a extensa região do Nordeste brasileiro, patrocinada pelo saudoso cientista E. Chagas, contribuiu já com formidável messe de trabalhos de significativo interesse médico e social. No que diz respeito a Esquistossomose de Manson, a contribuição de Pernambuco (Prof. Aggeu Magalhães, Bezerra Coutinho, Drs. Barros Coelho, Durval Lucena etc) veio esclarecer muitos fatos da nossa patologia tropical e atraiu a atenção dos que estudam e pesquisam, para uma infinidade de problemas médicos que nos interessam muito de perto e estão a desafiar solução [...] acreditamos ser essa observação talvez a primeira a referir a presença de ovos de Schistosoma em pleno tecido nobre ovariano” (P. 53, L. 17-26;P.54, L. 1-2; P.55, L. 30-38; P.56, L. 1-15)	Martiniano Fernandes e Romulo Lapa	<b>Sexo feminino, parda, doméstica, residente na periferia, idade jovem (20 anos), antecedentes pessoais de doenças infecciosas, região Nordeste com grandes endemias, alvo de trabalhos de interesse médico e social /Da primeira à quarta página, ao longo do texto (abertura, desenvolvimento, conclusão)</b>

### 5.5 Determinação social da saúde com múltiplos fatores e herdeiros

No conjunto e nesses casos citados acima, fica evidente a descrição de classes sociais em desvantagem na condição de saúde, tendo em vista múltiplos fatores, interligados, o que reforça a existência de uma determinação social que diferencia grupos populacionais. No caso dos mais pobres, a condição reforça o poder do agente biológico, enfraquecendo a possibilidade de prevenção e de cura.

Diante das informações detectadas durante o estudo, é possível perceber que as doenças retratadas já refletem sozinhas a condição de pobreza das vítimas. Quando diversas categorias de informação estão presentes, só reforçam a mensagem.

Nos textos estão cruzados indicadores de idade, sexo, profissão, classe, moradia, assistência à saúde e os antecedentes familiares e da própria vítima, levando a deduzir também sobre outros indicadores, como a escolaridade. Mas o nível de formação das pessoas pode ser deduzido pelas ocupações que, na maioria dos casos mencionados, são de baixa remuneração e não exigem muitos anos de estudo.

Em relação aos antecedentes, na infância ou juventude, predominam enfermidades infecciosas, mostrando um certo ciclo vicioso, a herança histórica e social. Há caso mencionado em que a cor, principalmente parda, é endossado como indicador da determinação social da saúde pelo sexo feminino, atuando no campo ou na cidade.

Outro aspecto observado nas histórias de vida e morte registradas é o impacto do adoecimento realçando a pobreza e realimentando o ciclo. Exemplos: o agricultor de Jaqueira, que teve passagem pelo Amazonas e sofria há 19 anos com blastomicose; a menina de 11 anos, de pais desconhecidos, que desenvolveu abscesso no cérebro e morreu em razão de uma infecção na garganta; a jovem doméstica que teve um dos ovários extirpado, invadido pelo *Schistosoma*, além de casos recorrentes de mortalidade infantil nas famílias.

Esse quadro detectável aos olhos do século XXI, quando conceitos e análises sociais e epidemiológicas foram aperfeiçoados no Brasil, confirma, portanto, o histórico da má distribuição de renda e de saúde numa época em que as autoridades sanitárias não contavam ainda com vacinas nem com antibióticos de largo espectro, nem muito menos tinham um Sistema Único de Saúde (SUS), embora ainda seja a rede SUS, na atualidade, desigual em estrutura, dependendo da região onde os serviços estão instalados e da gestão política e administrativa.

As primeiras publicações dos Anais da FMR expõem informações compatíveis com o descrito e detalhado por Josué de Castro na mesma década, no estudo sobre a saúde dos operários, e mais tarde, em 1946, com a publicação de Geografia da Fome, onde expõe as agruras da população da Zona da Mata e do Recife, a mesma exposta à desnutrição e doenças infecciosas. Na narrativa, apresentada no capítulo 2 desta dissertação, sobre a saúde e as condições sociais, o cientista refere-se à miséria orgânica provocada pelo meio social.

Embora as doenças infecciosas não sejam mais a principal causa de morte da população brasileira, ainda persistem, apoiadas na desigualdade, na falta de saneamento e na fome, que volta a recrudescer numa conjuntura política e econômica também conturbada, internamente e no exterior. Narrativas atualizadas e produção técnico-científica das instituições e de autoridades sanitárias atestam indicadores negativos, conforme tratado no capítulo 2.

A exposição fatal dos mais pobres, pretos, pardos, mulheres, trabalhadores(as) do campo ou residentes nas periferias urbanas está presente nas comunicações científicas publicadas nos Anais da FMR, mas pouco visíveis. Com ou sem intenção, os autores deixaram, na maioria dos casos, que seus leitores (médicos e estudantes de medicina, principalmente) deduzissem ou não as associações que inúmeras pesquisas fazem no momento atual entre o status social, o adoecimento e a morte.

Válido perceber que mesmo no último estágio do ciclo de existência, parte dos cidadãos mencionados nas publicações analisadas, teve a condição social e de doença registrada para fins de estudo na escola que formaria novos médicos para curar ou aliviar sofrimentos das futuras gerações. Registros esses feitos por professores que, pela natureza da disciplina médica à qual a maioria se vinculava, a anatomia patológica, poderia se esperar um olhar centrado unicamente nas características biológicas do cadáver ou do fragmento de órgão e tecido encaminhado para exame.

O que faz um autor valorizar a determinação social da saúde e outro apenas reproduzir informações de um relatório de necropsia sem qualquer contextualização? Para responder a mais esse problema de pesquisa, a atenção se volta ao contexto em que a informação, no caso, os artigos científicos foram produzidos. É provável que na primeira metade do século XX, os avanços da microbiologia tenham influenciado estudos meramente centrados no viés biológico da doença. A medicina social só iria se expandir quatro décadas mais tarde, conforme foi revisado no capítulo sobre saúde pública. O quadro político conturbado, instalado no mundo, na segunda metade da década de 1930, com crescimento do nazismo, e no Brasil, com restrições

impostas pelo governo, também poderia impor alguma limitação a expressões que denunciasses a desigualdade extrema e de alguma forma contestassem o capitalismo. Deveriam importar, na época, os resquícios da eugenia, tendo em vista as abordagens presentes em pelo menos dois estudos tentando explicar a fraqueza dos miscigenados, embora a teoria já sofresse contestações. Para conhecer melhor o contexto da FMR em que as pesquisas foram produzidas e depois reportadas na revista da faculdade, na década de 1930, um levantamento bibliográfico complementar foi realizado. A vida e o perfil acadêmico dos principais autores das publicações, associada a informações sobre a conjuntura local e nacional, são abordados no próximo tópico.

### **5.6 O contexto ao redor e na Faculdade de Medicina nos anos de 1930**

O período em que os primeiros sete números dos Anais da FMR foram produzidos coincide com as turbulências políticas vividas internamente no país e no mundo, como o avanço nazista e o início da Segunda Guerra Mundial.

O Brasil tinha saído da Revolução de 1930, conhecido a Revolta Comunista em 1935, o Levante Integralista em 1938 e desde 1937 o presidente Getúlio Vargas havia decretado o Estado Novo, com fechamento do Congresso Nacional e perseguições a opositores. Em Pernambuco, alguns professores da faculdade tiveram a prisão decretada por desagradar o interventor.

Em livro sobre a vida de um dos alunos que se formaram em 1940, Salomão Kelner, a filha dele, a médica Gilda Kelner, e o médico e jornalista Djalma Agripino de Melo Filho (2019) fazem referência ao cenário externo e aos impactos na faculdade:

A segunda metade da década de 1930, período em que SK foi aluno do curso médico, foi marcada por acontecimentos que deixarão grandes consequências para a humanidade. Na Alemanha o Partido Nazista intensifica as perseguições aos judeus [...]em 1º de setembro de 1939 o mundo mergulha na Segunda Guerra Mundial [...]O Brasil é sacudido por rebeliões, revoltas e levantes à esquerda e à direita [...]. Em 1937 Getúlio Vargas decreta o Estado Novo, fecha o Congresso e impõe uma nova Constituição. O Brasil mergulhava em uma ditadura com perseguições, incluindo prisões, torturas e mortes, aos opositores do regime. [...] Os jovens estudantes de medicina também serão afetados por esse clima experimentado pelo mundo e pelo Brasil [...] (KELNER E MELO FILHO, 2019, p. 158).

Na biografia de Kelner, os autores reproduzem o discurso do orador da turma dele, Djalma Vasconcellos, durante a colação de grau, em 14 de dezembro de 1940, no Teatro de Santa Isabel, criticando a situação política do país e temendo por um futuro nazista:

Estávamos no meio do curso quando em 1º de dezembro de 1937 um ditador gaúcho impôs ao país uma constituição que lhe confere funções legislativas e poderes ilimitados. Em nosso Estado, a ditadura varguista vem tendo como executante um interventor violento, atrabiliário. Perseguições, prisões de intelectuais e de professores como Ulysses Pernambucano, Isaac Salazar, Geraldo de Andrade e Fernando Simões Barbosa, nosso paraninfo a quem levamos nossa solidariedade e por meio dele a todos que sofreram ou estão sofrendo as vicissitudes do Estado Novo. Estarrecidos e impotentes chegamos a ver nossa faculdade cercada pela polícia [...]também é desolador o drama que vem se abatendo sobre o mundo desde que Hitler invadiu a Polônia em 1º de setembro de 1939 [...] Estamos preocupados, intranquilos. Como serão o mundo de amanhã e o Brasil? (VASCONCELLOS, 1940, citado por KELNER E MELO FILHO, 2019, p. 159-160)

No mesmo discurso, Djalma Vasconcellos expõe a precariedade da assistência à saúde e dos mais pobres, descrevendo o cenário que os formandos conheciam nos hospitais-escola, da Santa Casa de Misericórdia, para onde eram levados os indigentes, sem acesso aos institutos de aposentadorias e pensões criados na Era Vargas para dar assistência aos trabalhadores filiados do comércio, indústria, bancos e empresas de transporte:

De fora ficaram os pobres sem qualificação profissional que vivem nos morros ou nos mocambos nas beiras dos mangues convivendo com os caranguejos que ainda lhes servem de sustento. A estes só resta agradecer a Deus os cuidados que bem ou mal lhes proporciona a Santa Casa de Misericórdia através de seus hospitais utilizados pela faculdade para ensino público. Estão gravadas em nossa memória as imagens dos ambulatórios apinhados de indigentes e as enfermarias abarrotadas, com camas de lona enchendo até os vãos das janelas, os doentes entregues à dedicação das irmãs de caridade, de enfermeiros, de médicos e de estudantes, cheios de boa vontade, mas carentes de meios (VASCONCELLOS, 1940, citado por KELNER e MELO FILHO, 2019, p. 160)

Em seguida o orador da turma de 1940 da FMR lembra dos bons e maus professores, destacando nominalmente os que mereciam destaque positivo. Entre eles, encabeçando a lista, é mencionado Aggeu Magalhães, “de palavras simples ao nos transmitir ensinamentos de anatomia patológica”. Na sequência, um pouco do perfil de Aggeu Magalhães e demais autores dos sete primeiros números dos Anais da FMR, publicados entre 1934 e 1940.

### ***5.6.1 Os mestres da patologia pernambucana***

Os principais autores da primeira década dos Anais da FMR são personagens de uma época marcante para a patologia pernambucana. Em meio a toda uma turbulência mundial e no Brasil, o trio formado por Aggeu Magalhães, Aluizio Bezerra Coutinho e Raimundo de Barros Coelho, e outros que foram sendo incorporados à equipe, escreve a história de sucesso da especialidade médica que rende frutos à ciência, em especial ao estudo das doenças tropicais e endemias nordestinas.

Em comum entre esses professores, que foram influenciados em parte pela formação na escola do Rio de Janeiro ou incursões em outros estados e fora do país, transparece um empenho em descobrir e revelar o que estava nebuloso ou totalmente desconhecido em relação a doenças de impacto local. Foi estudando os cadáveres de causa mortis desconhecida que eles detectaram a proporção de um terço infestado por vermes da esquistossomose, por exemplo. Sem contar o ineditismo de alguns feitos.

**Tabela 2** – Distribuição, por autor, dos temas abordados em artigos dos Anais da FMR de 1934 a1940

Autor	Temas
Raimundo de Barros Coelho	Esquistossomose, ascaríase, blastomicose, natimortalidade e, malformações fetais
Aggeu Magalhães	Mortalidade infantil (gastroenterite) e ascaríase
Aluízio Bezerra Coutinho	Esquistossomose e leishmaniose
Jorge Lobo	Leishmaniose e blastomicose
Lobato Paraense	Acaríase e endotelioma
Clóvis Marques	Ascaríase e esquistossomose
Miguel Archanjo	Aderências pleurais com e sem tuberculose
Martiniano Fernandes	Esquistossomose
Rômulo Lapa	Esquistossomose
Lourenço Ypiranga	Malformações
Sílvio Campos	Hemisporose (micose)
José Fernandes	Hemocultura (infecções)
Edgar Gouveia	Amigdalite
Lauro Gama	Lesões anatômicas em brancos e pretos (Tuberculose, câncer, cardiovascular)

Fonte: A Autora (2019).

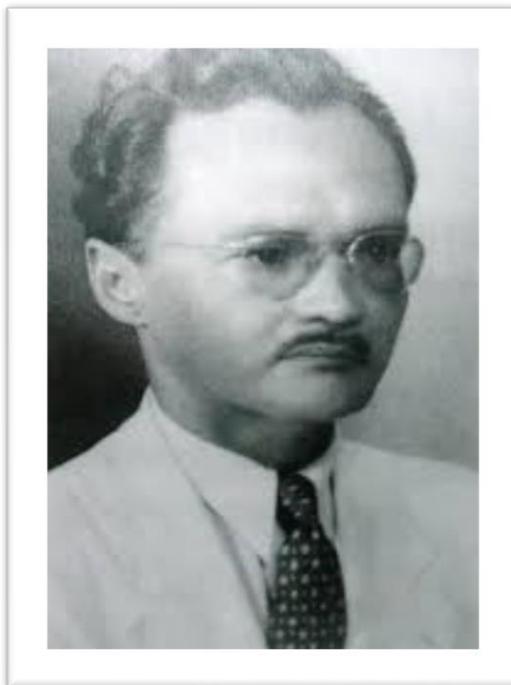
O reconhecimento da contribuição dada por Aggeu Magalhães, Aluízio Bezerra Coutinho, Raimundo de Barros Coelho, Jorge Lobo e Lobato Paraense - os que mais publicaram no período estudado - fica evidente na história profissional deles. Além da atuação em laboratório, em sala de aula como professor, ou no atendimento ao doente, em enfermarias e ambulatórios, algumas ainda exerciam atividades filosóficas e outros encontravam tempo para um certo ativismo político, seja ocupando cargos de chefia na saúde pública, ou mesmo concorrendo a legislaturas.

#### 5.6.1.1 Aggeu, Bezerra Coutinho e Barros Coelho: o trio pioneiro da escola de ciência

**Aggeu Magalhães, Aluízio Bezerra Coutinho e Raimundo de Barros Coelho**, com mais publicações no período estudado, destacam-se, nos recortes da atual pesquisa, como os que deram maior atenção às questões sociais na redação dos seus estudos, experimentos e reflexões sobre o adoecimento e morte. Barros Coelho e Bezerra Coutinho foram assistentes diretos de Aggeu, o que justificaria uma sintonia entre eles.

**Aggeu Sérgio de Godoy Magalhães**, que deu nome à unidade da Fundação Oswaldo Cruz em Pernambuco, nasceu em 1898, em Petrolândia, Sertão do estado, e faleceu no Recife em 1949, aos 51 anos de idade. Adolescente, estudou humanidades no curso secundário, na capital, como conta biografia organizada por Ageu Magalhães Filho - herdeiro também na medicina e na patologia - e Lisabel Klein (2000). Formou-se, laureado, na Faculdade Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro, em 1920, cidade onde conheceu os cientistas Carlos Chagas e Belizário Pena. Ganhou notoriedade na vida pública, pela carreira de sanitарista, e no ambiente de formação médica e produção científica, pela dedicação à patologia.

**Figura 34** – Aggeu Magalhães na época em que ensinava na FMR



Fonte: Reprodução de imagem publicada em site da Fiocruz-Pernambuco.

O espaço para que Aggeu Magalhães iniciasse a carreira de sanitарista foi aberto por Belizário Pena, então diretor do Departamento Nacional de Saúde, que contratou o jovem médico e amigo para ser inspetor no Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural nacional e

depois em Pernambuco. Ficou um ano no cargo, sendo exonerado por divergências entre seu irmão, então deputado estadual Agamenon Magalhães, e partidários do presidente da República, Epitácio Pessoa. Dois anos depois, em 1923, ele volta a ser nomeado para o mesmo serviço, agora como inspetor-geral. Sob o comando de Amaury de Medeiros, diretor-geral de Higiene e Saúde Pública de Pernambuco (governo estadual de Sérgio Loreto), Aggeu inaugura postos de saúde em mais de sete municípios do Estado, para tratamento das verminoses, e promove ações de combate à transmissão da febre amarela e da malária, com reconhecimento nacional.

Em 1925 o sanitarista é nomeado para professor da cadeira de anatomia patológica da Faculdade de Medicina do Recife. “Foi homem de grande visão, orientando a cadeira para as doenças parasitárias e a desnutrição [...] Dava aulas de 40 minutos, objetivas, não saindo do assunto. Os estudantes tinham-lhe grande apreço”, escreve o ex-aluno Adônis Carvalho (2001), que se tornou referência em estudos sobre câncer. Segundo ele, Aggeu Magalhães procurou fortalecer a disciplina e o seu grupo na faculdade, do qual participavam Barros Coelho e Aluizio Bezerra Coutinho.

Em 1928, Aggeu Magalhães assumiu a presidência da Sociedade de Medicina de Pernambuco e, no ano seguinte, seguiu para os Estados Unidos, por indicação da Fundação Rockefeller, para se especializar em patologia (MAGALHÃES FILHO, 2000). Passou pelas Universidades de Columbia (EUA) e de Toronto (Canadá).

De volta ao Recife, em 1930, dedicou-se mais uma vez à anatomia patológica da FMR, no laboratório instalado no Hospital Infantil Manoel de Almeida (na Jaqueira), onde funcionavam outras clínicas da faculdade. Exatamente nessa época tem como seu primeiro assistente o jovem médico **Raimundo de Barros Coelho**, formado no Recife. Passa a dirigir o recém-criado SVO, no qual começam a ser detectadas doenças até então sem registro em Pernambuco. A equipe de assistentes cresce, com a chegada de **Aluizio Bezerra Coutinho**, também formado no Rio de Janeiro, e de outros, inclusive alguns cujos nomes assinam artigos publicados nos Anais da FM:

[...] por haver muito trabalho, novos médicos foram treinados, entre eles os Dr. Ypiranga de Souza Dantas, os irmãos Lourinaldo e Edgar Gouveia e Clóvis Marques. Dessa forma, o SVO começou a tornar-se o epicentro de uma escola de ciência, porque não se diagnosticava mais por hipótese e sim por comprovação científica, o que atraía jovens doutorandos para elaborar suas teses e professores para realizar seus estudos. A maioria destes trabalhos eram orientados por Aggeu e seus assistentes [...]. (MAGALHÃES FILHO, 2000, p. 36).

Carvalho e Abreu-e-Lima (2001) reforçam a importância da patologia e da implantação do SVO no Recife. A consolidação dos estudos na área teria se tornado evidentes a partir da gestão de Aggeu Magalhães na verificação de óbitos:

[...] Aggeu e sua equipe desenvolveram pesquisas importantes sobre esquistossomose mansônica, com apoio da Fundação Rockefeller, e sobre desnutrição na infância, então e até hoje de grande prevalência no Brasil, descrevendo achados necroscópicos de crianças com lesões hepáticas graves caracterizadas pela esteatose, a que denominava de 'hepatose alimentar'. Em 1934 criou os Anais da Faculdade de Medicina do Recife que se tornaram o principal veículo da produção científica, não só dos patologistas, mas de toda a Faculdade de Medicina (CARVALHO E ABREU-E-LIMA, 2001, p. 209 e 210).

Três anos depois do lançamento dos Anais da FMR, Aggeu Magalhães assumiu a direção da faculdade, dando apoio aos alunos pobres, como comenta seu filho, e estimulando a atividade científica. Construiu uma sede para a Cadeira de Anatomia Patológica e o SVO, ao lado da Faculdade de Medicina, no Derby, edifício projetado pelo arquiteto Luiz Nunes, considerado um marco do movimento modernista brasileiro. As atividades acadêmicas incluíam palestras em congressos e reuniões de sociedades médicas também fora do estado. E os estudos realizados na FMR, pela patologia, acabaram atraindo apoio federal para levantamentos sobre esquistossomose, por exemplo. Magalhães Filho (2000) refere estudo elaborado em parceria com o Instituto Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro), publicado em 1940, mostrando a infestação das crianças. Além das comunicações científicas, Aggeu publicava artigos em jornais de grande circulação, 57 mencionados pelo filho.

Em 1946 Aggeu Magalhães assumiu a presidência do Instituto de Assistência Hospitalar do Estado e logo depois a Secretaria de Saúde e Educação, instalada no prédio do então Departamento de Saúde Pública, na Praça Oswaldo Cruz, no Recife. Nesse cargo, destacaram-se ações para garantir merenda escolar de qualidade às crianças, combater a venda de alimentos deteriorados no comércio e a criação de novos serviços de assistência à saúde, como um pronto-atendimento em Olinda e um banco de sangue no Pronto-Socorro do Recife. A ação em favor das pessoas com menor renda teria rendido a Aggeu Magalhães o rótulo de comunista (MAGALHÃES FILHO, 2000) e a imprensa chegou a especular sobre uma candidatura do médico ao governo do Estado, o que foi negado por ele. Aggeu deixou o cargo de secretário no mesmo ano, com o afastamento do interventor do estado, José Domingues, por ato do presidente da República, general Erico Gaspar Dutra.

Inspirado pela ciência, Aggeu alimentava o sonho de implantação de um centro de estudo em endemias rurais e parasitoses em Pernambuco. Com apoio do governador Barbosa Lima Sobrinho, que desapropriou terreno atrás do Hospital do Centenário (hoje Hospital dos Servidores do Estado), no Espinheiro, o desejo concretizou-se em 1950, mas o sanitарista morreu um ano antes da inauguração do instituto de pesquisa batizado com o seu nome, passando depois a ser unidade da Fundação Oswaldo Cruz. O instituto se tornou referência no estudo das endemias nordestinas e com o passar do tempo abrangeu pesquisas sobre doenças emergentes e a formação em biociências e em saúde pública.

Fernandes (1997) conta que o grupo interessado no estudo das helmintoses presentes no Nordeste, o que motivou a criação do Instituto Aggeu Magalhães, era formado por **Aggeu**, Evandro Chagas e **Aluizio Bezerra Coutinho**. O embrião, segundo a pesquisadora, teriam sido justamente os estudos iniciados no SVO, a partir de 1930, pioneiros na descrição anatomopatológica de casos de esquistossomose em Pernambuco. Evandro Chagas, pesquisador do IOC, tinha interesse em doenças tropicais no Norte e Nordeste, acrescenta, e o novo instituto nasceu subordinado ao Ministério da Educação e da Saúde.

O filho de Aggeu fala de um pai rigoroso e ao mesmo tempo afetivo, contrário ao exibicionismo, cristão e com gosto pela literatura e filosofia. Da atuação no campo social e político, esclarece o herdeiro da profissão:

Mesmo não sendo um político militante, meu pai sempre foi um homem preocupado com os problemas sociais que afligiam a população e durante sua trajetória profissional muito fez para minimizá-los, utilizando seus conhecimentos científicos para o bem da sociedade (MAGALHÃES FILHO, 2000, p. 59).

No livro que narra a biografia de Aggeu, um dos textos do sanitарista expõe o que pensava da medicina e do papel do médico, o que pode ajudar a entender melhor sua forma de ver a profissão, a dedicação à ciência e a relação com os pacientes (ele também atendia em consultório particular, como clínico):

[...] O médico deve ser fiel à medicina. É preciso crer, é necessário confiar nos meios que ela lhe proporciona para agir no seu desempenho. Não duvidar nunca da verdade que ela encerra, proceder sempre com resolução e com firmeza, porque isso dá segurança, dá prestígio e dá êxito a sua ação. Não deixar de pensar muito mais no doente do que na doença. Ter sempre em mente que é o doente quem dá a expressão à doença, e por isso mesmo, capacitar-se para enfrentar, não casos iguais, mas sempre casos diferentes [...] lembrar-se constantemente do sofrimento do doente, e juntar à terapêutica material a terapêutica moral. Ser brando, sem transigências; ser piedoso, sem fraquezas. Dar sempre esperança ao espírito do enfermo, e tanto mais esperança, quanto mais incurável for o mal (AGGEU MAGALHÃES por MAGALHÃES FILHO, 2000, P. 27-28).

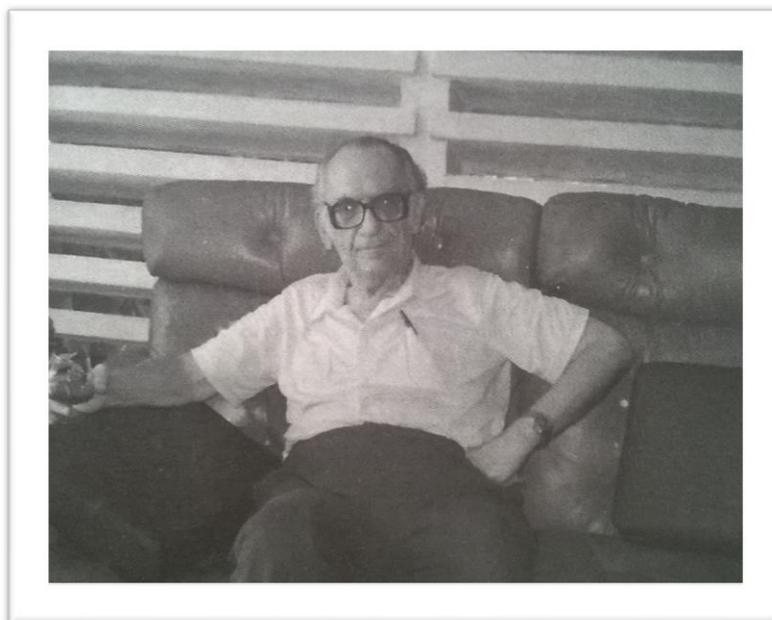
**Aluizio Bezerra Coutinho** (1909-1997), o que mais publicou individualmente nos Anais da FMR no período estudado, é citado por Doherty (2003) como um dos precursores do futuro, um homem polivalente em termos culturais e científicos, amante da filosofia e interessado pela cultura, povo e arte nordestina, como alguém que valorizava a herança multirracial e tinha inclinação socialista, apesar de vir de uma família de donos de engenho de açúcar.

“Meu pai o considerava um gênio da medicina, um pesquisador profundo em várias áreas, tinha uma cultura vastíssima, era inteligentíssimo e, ao mesmo tempo, um amigo fiel, uma pessoa sensível”, também descreve Gilda Kelner (2019, p.45) em relação a Coutinho, em livro que conta a história de Salomão.

Nascido em 29 de março de 1909, em Nazaré da Mata, Zona da Mata Norte de Pernambuco, Aluizio Bezerra Coutinho concluiu o estudo secundário no Recife e iniciou medicina na Faculdade Nacional, no Rio de Janeiro, em 1925, lista Doherty (2003), onde teve como mestre Pacheco Leão, colaborador de Oswaldo Cruz (PEREIRA, 2010). Ainda acadêmico, de férias, em visita ao Recife, conheceu **Aggeu Magalhães** no consultório do médico Francisco Figueiredo, que ele consultava para tratar uma conjuntivite. Esse encontro abriu caminho para mais tarde tornar-se professor na FMR.

Aggeu, que já ensinava anatomia patológica na escola pernambucana, convidou Bezerra Coutinho para trabalhar na cadeira, assim que se formasse (DOHERTY, 2003). A graduação foi concluída em 1930, com a tese intitulada *O problema da habitação higiênica nos países quentes*. Em seguida, ele cumpriu estágio em Toronto (Canadá) e na Columbia University (EUA), voltando ao Recife, no ano seguinte. Em 1932 foi nomeado para o Departamento de Saúde Pública do Estado e, também, para o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), junto com **Miguel Archanjo do Nascimento** e **Raimundo de Barros Coelho**, que viriam a ser parceiros na produção de artigos publicados na revista da faculdade. Desse ano até 1974 ficou chefiando o Laboratório Bromatológico do Estado. Na FMR tornou-se assistente de Aggeu Magalhães em 1933 na anatomia patológica e dois anos depois obteve a livre-docência.

**Figura 35** - Imagem de Aluízio Bezerra Coutinho



Fonte: Reprodução de fotografia publicada no livro **Salomão Kelner, um marco na medicina pernambucana (2019)**

Ainda conta Doherty (2003) que, aos 28 anos, Aluízio Bezerra Coutinho tornou-se professor catedrático, tendo como um de seus assistentes **José Fernandes da Cunha** - provavelmente o que assina artigo nos Anais da FMR, números quatro e cinco (1937-1938), sobre hemocultura em cadáveres. Dentre as teses que defendia em relação às endemias rurais estava a de que o tratamento, aplicado na época, para matar os vermes, também matavam o paciente, provocando a matança em massa dos parasitas e por consequência, o entupimento dos canais vasculares do fígado.

Com a separação do ensino clínico das cadeiras básicas, em 1968, Coutinho foi transferido para o Instituto de Biociências, ficando responsável pela disciplina genética e patologia geral. Tornou-se vice-diretor do instituto, cargo ocupado até 1979, quando se aposentou como professor emérito. Mesmo assim continuou atuando na docência, em cursos de pós-graduação, como também participava do Conselho Diretor da Fundação Joaquim Nabuco, onde orientava pesquisas, e era membro do Seminário de Tropicologia, criado em 1966 por Gilberto Freyre.

Pereira (2010, p.43) afirma que os Anais do Seminário de Tropicologia são “fonte pródiga de ideias e do pensamento de Bezerra Coutinho”. O médico historiador define o mestre como sábio, independente, inter e transdisciplinar, portador de uma “ironia fina” e

constantemente atualizado. Numa publicação da Sociedade Brasileira de História da Medicina, Pereira (2011, p.1) destaca a pluralidade do cientista, professor por 40 anos da FMR:

[...] sem dúvida alguma um dos pernambucanos de inteligência mais acurada e de formação cultural mais apurada do século XX, além do aguçado talento de que era portador. Médico e biólogo que ultrapassou as fronteiras, aparentemente rígidas, dessas ciências, para trafegar com competência nas searas da filosofia e da matemática, na disciplina agora independente da ecologia ou na perspectiva da história e da geografia, sem esquecer a arquitetura, com a qual lidou ainda estudante, quando preparou sua tese de doutorado [...] Atualizava constantemente o conteúdo, tinha conhecimento enciclopédico, “pensador arguto, detentor de uma lógica irretocável, garimpador incansável do conhecimento abrangente e multifatorial”.

Bezerra Coutinho “participou da Escola do Recife<sup>20</sup>, movimento intelectual nascido na Faculdade de Direito, integrado por Sylvio Romero, Arthur Orlando e Tobias Barreto, de tendência racionalista, comteana<sup>21</sup>, agnóstica, liberal e de inclinação socialista” (DOHERTY, 2003, p. 34). Segundo o mesmo autor, Coutinho chegou a ingressar no Partido Socialista, afastando-se quando a sigla apoiou Agamenon Magalhães como candidato ao governo de Pernambuco respaldado por Getúlio Vargas. Foi colega de Josué de Castro, professor contemporâneo da Faculdade de Medicina, de Ulisses Pernambucano e de Aníbal Bruno desde a inauguração da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais do Recife. Chegou a receber o apelido de “Cônsul de Viena”, por ser adepto da teoria do conhecimento da Escola Filosófica de Viena<sup>22</sup>, conhecida pelo neopositivismo, defensora do empirismo e do raciocínio lógico na construção do conhecimento.

Bezerra Coutinho faleceu em 1997, deixando mais de 50 trabalhos publicados, entre livros, artigos e ensaios.

**Raimundo de Barros Coelho ou Raymundo de Barros Coelho** (a dupla grafia é encontrada em diferentes obras) nasceu em 1908 (Sociedade Brasileira de Patologia), em Bonito, Pernambuco, e se formou na Faculdade de Medicina do Recife, em 1933, onde passou a integrar a equipe de Aggeu Magalhães e atuar no SVO, como informado anteriormente. Obteve o título de professor livre docente em 1936 com a tese “Sífilis e arteriosclerose da aorta – aspectos macro e microscópicos diferenciais da lesão íntima”, tema que abordou em publicação nos Anais da FMR analisado por essa pesquisa.

<sup>20</sup> Integrantes da Escola do Recife defendiam a mestiçagem para a homogeneidade nacional, sem que a igualdade entre os homens fosse uma das suas bandeiras (REFERÊNCIA).

<sup>21</sup> Relativo ao filósofo Auguste Comte, fundador da sociologia e do positivismo.

<sup>22</sup> A Escola de Viena ou Círculo de Viena foi um movimento intelectual surgido na década de 1920, como parte do neopositivismo. Que defendia o empirismo como base do conhecimento.

Após a morte de Aggeu Magalhães, Barros Coelho assumiu a Cadeira de Anatomia Patológica da FMR, aprovado em concurso para a cátedra em 1950, defendendo a “Morfogênese das lesões hepáticas na esquistossomose mansônica experimental”. Adônis Carvalho (2001, p.211), aluno e discípulo, conta que “ainda ao tempo de Aggeu, Barros Coelho era responsável pela maioria das aulas práticas de autopsias, que faziam o ponto forte do ensino da anatomia patológica em Pernambuco”. Segundo ele, as maiores qualidades do professor eram “a tolerância e a capacidade de delegar poderes”, o que resultou na expansão da cadeira.

Em meados dos anos 1950, Barros Coelho aceitou a sugestão do ex-aluno e naquele momento assistente Adonis Carvalho, criando a divisão de patologia cirúrgica e formando, assim, a primeira geração de patologistas capacitados em modernas técnicas de biopsia por congelamento, descrições sistemáticas e minuciosas de peças cirúrgicas. Ainda sob o comando de Barros Coelho, inicia-se a instalação do primeiro programa de pós-graduação em anatomia patológica do Brasil, na UFPE, refere Carvalho (2001), outra sugestão do discípulo aceita pelo mestre.

Nessa época, o professor que tinha feito carreira na faculdade onde se formou, já era um nome conhecido muito além de Pernambuco. Havia frequentado o Massachusetts General Hospital, na Universidade de Boston (EUA), e articulava-se com os pares de diferentes regiões do Brasil para ampliar a formação e a produção científica da área. Carvalho (2001) cita que ele participou da fundação da Faculdade de Ciências Médicas, a segunda escola médica de Pernambuco, em 1951, e ministrou aulas de patologia em novos cursos médicos criados no Rio Grande do Norte, no Piauí, na Paraíba (Campina Grande), além de ter organizado a cadeira de patologia na Universidade de Londrina (PR), onde atuou de 1974 a 1975.

No dia 5 de agosto de 1954, na Associação Médica do Paraná, em Curitiba, durante o Seminário Brasileiro de Anatomia Patológica, o médico pernambucano participou da fundação da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP). O nome dele consta na lista dos 32 profissionais que assinaram a ata oficial da fundação (FRANCO e SOARES, 2001). No dia seguinte, Barros Coelho foi eleito para compor o Conselho Fiscal da entidade. Presidiu a seccional Pernambuco, reconhecida em 1958, e entre 1958 e 1960 assumiu a presidência da sociedade. Em 1960 coordenou o III Congresso Brasileiro da SBP, no Recife.

Entre as principais publicações, são destacadas “Anatomia patológica das afecções hepáticas” e “Patologia da Esquistossomose Mansônica”. O segundo, livro publicado em parceria com Ageu Filho, Adonis Carvalho e Valdir Bezerra, em 1965, a esquistossomose mansônica é descrita como uma doença brasileira e particularmente presente no Nordeste do país, atacando populações rurais que vivem em contato com água onde habita o hospedeiro

intermediário infestado, inclusive crianças que se banham em fontes poluídas. Os autores listam as ações patógenas dos ovos do *Schistosoma*, mostrando lesões causadas pelo verme no organismo humano.

A carreira acadêmica, dentro e fora da FMR, na organização da patologia como especialidade médica e com diferentes abrangências e expansão do ensino médico, são traços na trajetória do professor considerado pouco interessado no exercício do poder e um poeta secreto nas horas vagas (CARVALHO, 2001).

A médica Eridan Coutinho (1997), que dirigiu o Instituto Aggeu Magalhães em Pernambuco, inclui Barros Coelho entre os grandes docentes que conheceu, “figuras exponenciais” (p.239). Ela ingressou no IAM, em 1953, no Departamento de Patologia do instituto, chefiado por Barros Coelho. Foi aluna e monitora na disciplina dele, quando cursou medicina, e depois tornou-se também professora de patologia sob a orientação de Barros Coelho, na Universidade Federal de Pernambuco. Na lista de feitos do mestre, reconhecido em 1981 como professor emérito da UFPE e que formou gerações de patologistas bem-sucedidos, está ainda a reunião que presidiu para criação do Registro de Câncer em Pernambuco, na década de 1960 (COSTA, 1985), e o cargo de diretor do Centro de Ciências da Saúde da universidade, de 1976 a 1980.

Juntos, Aggeu Magalhães, Aluizio Bezerra Coutinho e Raimundo Barros Coelho assinaram um capítulo importante da Faculdade de Medicina do Recife e da produção científica pernambucana no campo da saúde, como explica Magalhães Filho (1997), tempo em que as pessoas mais pobres só podiam recorrer a hospitais de caridade ou no máximo obter um atestado de óbito:

Os assistentes de meu pai, o professor Bezerra Coutinho e o professor Raimundo de Barros Coelho, foram pioneiros, juntamente com ele, na descrição dos achados anatopatológicos da schistosomose mansoni. As lesões hepáticas, chamadas também de viscerais; as lesões intestinais e as ectópicas foram todas descritas por esse grupo. O SVO tornou-se um centro de atrações para um grupo de médicos e professores que estavam em torno da faculdade. Ele começou a se tornar o epicentro de uma escola de ciência porque começou-se a não mais fazer diagnóstico por hipóteses, mas sim por comprovação científica (MAGALHÃES FILHO, 1997, p.36)

O trabalho no SVO recebendo 12 cadáveres por dia, grande maioria corpos de crianças que não tiveram assistência médica em vida, desvendou doenças desconhecidas até então, segundo Magalhães Filho (1997). Com a localização de ovos do *Shistosoma* nas vísceras de mortos, por exemplo, também foram descobertas lesões inéditas. As estatísticas geradas auxiliaram o Departamento de Saúde Pública do Estado no desenho do quadro epidemiológico

“do Recife e seus arrabaldes”, “pois faziam um apanhado da relação entre a doença e a área de manifestação” (MAGALHÃES, 1997, p. 35.). A publicação desses resultados nos Anais da Faculdade de Medicina foi uma ideia de Aggeu Magalhães, nascendo então, a revista, comenta o filho.

#### 5.6.1.2 A parceria entre Jorge Lobo e Lobato Paraense

Jorge de Oliveira Lobo nasceu no Recife em 1889, uma década antes de Aggeu Magalhães. Formou-se médico no Rio de Janeiro em 1923 e trabalhou com expoentes da medicina naquela cidade, como Miguel Couto, Antônio Austregésilo e Eduardo Rabelo, de quem foi assistente, de acordo com a Sociedade Brasileira de Dermatologia (2016).

Os estudos do médico pernambucano que transitou entre a dermatologia e a patologia, garantiram que ele se tornasse um dos brasileiros mais citados em artigos internacionais da dermatologia, segundo a sociedade médica. Entre os méritos, está a identificação da micose que acabou ganhando seu nome. “A lacaziose ou doença de Jorge Lobo é uma infecção fúngica profunda, crônica, granulomatosa, causada pela implantação traumática do fungo *Lacazia loboi* (ou *Paracoccidioides loboi et Loboia loboi*) nos tecidos cutâneo e subcutâneo” (BRITO E QUARESMA, 2007, p. 462). Apresenta-se com lesões nodulares, de aspecto queloidiano, predominando em países da região amazônica, explicam os autores. É chamada também de “blastomicose queloidiana ou tipo Jorge Lobo, granulomatose blastomicóide, blastomicose amazônica, *miraip* ou *piraip* (o que arde, em tupi), lepra-dos-caiabi, falsa-lepra e, recentemente, lacaziose” Brito e Quaresma, (2007, p.462).

Lobo descreveu o primeiro caso brasileiro em 1931, na *Revista Médica de Pernambuco*, sob o título “Um caso de blastomicose, produzido por uma espécie nova, encontrada em Recife”. Referia-se a um paciente do sexo masculino (JB.), de 52 anos, vindo dos seringais da Amazônia. O trabalhador apresentava há 19 anos nódulos nas regiões lombo sagral e glúteo os exames encontraram corpúsculos parasitários, similares ao *Paracoccidioides brasiliensis* (BRITO E QUARESMA, 2007). Provavelmente esse é o mesmo caso republicado nos Anais da FMR, números quatro e cinco, de 1937-1938.

Site da Associação Médica de Pernambuco conta que, em 1935, Lobo foi aprovado para a Cátedra de Clínica Dermatológica e Sifilográfica na Faculdade de Medicina do Recife, onde acabou depois ocupando o cargo de diretor. O retorno à cidade foi bastante produtivo. Também presidiu a Sociedade de Dermatologia (Regional Pernambuco), fundada por ele em 1940, chefiou o Serviço de Dermatologia do antigo Asilo da Mendicância, transformado em Hospital de Santo Amaro, da Santa Casa de Misericórdia. Na enfermaria São Joaquim e no laboratório

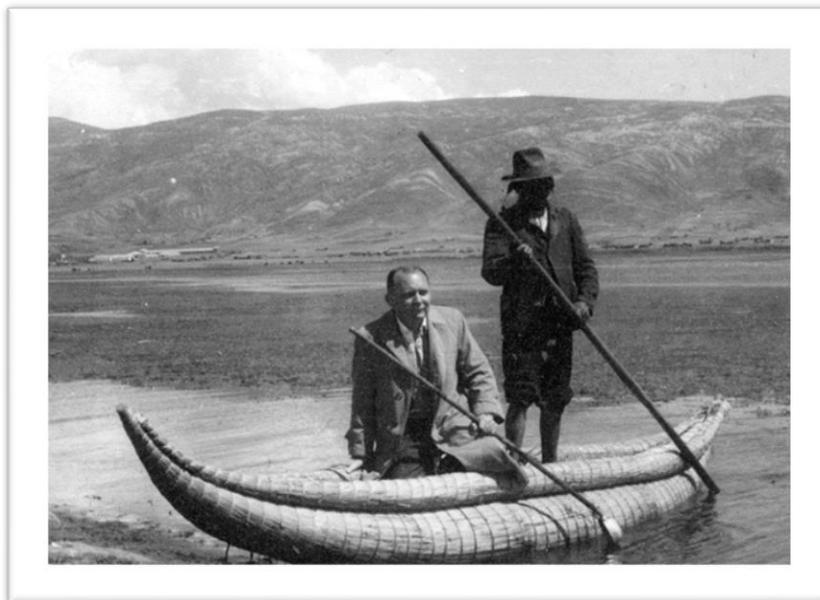
de anatomia patológica, estudava os casos de lepra, sífilis e boubas, muito frequentes, e das micoses, que se tornaram tema principal de suas pesquisas. Carvalho (2001, p. 220) refere a criação da subespecialidade patologia dermatológica a partir de Jorge Lobo, considerando o mestre “uma figura de grande expressão”. Lobato Paraense acabou se tornando o assistente dele.

Wladimir **Lobato Paraense**, nascido em 16 de novembro de 1914, em Igarapé-Mirim, no Pará, começou os estudos de medicina ainda no seu estado, mas concluiu no Recife, na década de 1930, onde trabalhou no laboratório de Aggeu Magalhães. Foi assistente de Jorge Lobo e concursado do Hospital Oswaldo Cruz. Em site comemorativo dos 110 anos do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), no Rio de Janeiro, completados em maio de 2010, onde Lobato trabalhou desde a década de 1940, há um depoimento dele contando um pouco da experiência em Pernambuco. Quando começou o curso médico no Pará e trabalhava no laboratório de Santa Casa, costumeiramente guardava uma lâmina extra nas autopsias ou biopsias interessantes. Numa ida ao Recife, para conhecer a faculdade (havia deixado o curso que fazia no meio do ano e perdido o semestre), levou sua caixinha com lâminas. Uma das que mostrou na patologia da FMR chamou atenção e logo foi apresentado a Jorge Lobo. Era o segundo caso da nova blastomicose, doença que o então professor de dermatologia havia descoberto:

Eram pacientes do mesmo local, só que o dele foi para Recife e o meu foi para Belém. Quando esse caso caiu para mim, no Pará, fiz a biópsia, tentei inocular na cobaia e não pegou, tentei fazer cultura, mas também não pegou, era algo esquisito. No caso que chegou ao Jorge Lobo, aconteceu a mesma coisa, só que ele escreveu uma tese, trouxe o paciente a Manguinhos e a doença ficou registrada com o nome dele. Quando ele identificou esse segundo caso na minha lâmina, contei e vimos que foi tudo igual ao caso dele. Depois que viu a lâmina, Jorge Lobo me chamou para ir ao hospital com ele, porque tinha algo para me mostrar. No hospital, ele tinha um grande mostruário, uma exposição de corpos em amônia. Ele disse: ‘Veja se tem algo parecido com o caso do Pará’. Eu apontei um deles, que era o caso dele. Ele saiu e voltou em seguida com um livro nas mãos, que era a tese dele, e me deu. Na dedicatória estava escrito: Ao meu novel auxiliar Wladimir, com meus cumprimentos. A partir daí, me tornei auxiliar dele, que passou a me chamar de Lobato (PARAENSE, 2010, INSTITUTO OSWALDO CRUZ).

No ano seguinte, especializou-se em Anatomia Patológica na Universidade de São Paulo (USP), passando a integrar o quadro do Instituto Oswaldo Cruz em 1939, no Rio de Janeiro, onde tornou-se “o primeiro investigador a comprovar a existência do ciclo pré-eritrocitário do parasito da malária” (INSTITUTO OSWALDO CRUZ, 2010). As pesquisas sobre grandes endemias incluíram ainda leishmaniose e os estudos de moluscos, dentre eles os transmissores da esquistossomose.

**Figura 36** – Wladimir Lobato Paraense em atividade de campo



Fonte: Reprodução de imagem do site do IOC/ Fiocruz, ilustrando a matéria *Ciência de luto*, publicada em 11 de fevereiro de 2012 <sup>23</sup>

Lobato também foi membro de 24 sociedades científicas no Brasil e de mais quatro países. Foi docente no próprio IOC, como também deu aulas nas Universidades de São Paulo, Minas Gerais, Santa Maria (Rio Grande do Sul), Los Andes (Venezuela), Nacional del Nordeste (Argentina), Escuela de Salud Pública (México) e Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (Cuba), segundo a Fiocruz. Por seu trabalho, recebeu 26 distinções, entre títulos e homenagens. Morreu em 2012, deixando mais de 160 publicações em revistas científicas.

#### 5.6.1.3 Contemporâneos

Clóvis Marques, Edgar Gouveia, José Fernandes, Lauro Gama, Lourenço Ypiranga, Martiniano Fernandes, Miguel Archanjo, Rômulo Lapa e Sílvio Campos, também autores de artigos individuais ou em parceria com os colegas publicados no período analisado, deram também suas contribuições.

Numa conversa informal, as filhas de Lourenço Ypiranga, Kátia e Lúcia Ypiranga, comentam que Lauro Gama era da mesma turma do pai, que foi assistente de Aggeu Magalhães.

---

<sup>23</sup> Ciência em luto. Instituto Oswaldo Cruz, 2012. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1378&sid=32&tpl=printerview>. Acesso em: 9 dez. 2019.

Miguel Archanjo dividiu consultório com ele e José Fernandes atendida no mesmo prédio, no Centro do Recife. Elas contam que o pai ajudou a implantar o SVO, lá permanecendo em atividade até muito próximo de falecer, em 1975. Ypiranga era natural de Bom Conselho, nasceu em 1909, formou-se na FMR em 1934 e iniciou a carreira médica no Hospital Dom Pedro II, no Recife, onde teve também parte das aulas do curso médico. Permaneceu como professor da FMR até a década de 1950, transferindo-se para o Instituto de Aposentadoria e Pensão que deu origem ao Inamps. Radiologista também, participou da Liga Pernambucana contra a Tuberculose e atendia no Hospital de Santo Amaro.

Mesmo fora da sala de aula, continuou orientando alunos da FMR e da Faculdade de Ciências Médicas. “Como docente deixou sua marca de delicadeza e compreensão da pessoa humana. Sua prática assistencial foi exercida como um sacerdócio. Em seu consultório atendia quem lhe procurava. Mesmo doente não deixava de ir ao hospital. Morreu deixando um legado de amor e dedicação à profissão que escolheu e honrou até o fim”, mencionam as filhas de Ypiranga, em e-mail enviado no dia 18 de dezembro de 2019.

A rápida biografia dos médicos que mais publicaram nos sete primeiros números dos Anais da FMR revela influências importantes na formação deles. Uma delas é a passagem pelo Rio de Janeiro para a graduação em medicina, que colocou pelo menos três deles em contato com nomes de destaque do sanitarismo e da formação médica da época. Aggeu Magalhães trabalhou com Belisário Penna, que tinha sido auxiliar de Oswaldo Cruz na Diretoria Geral de Saúde na primeira década do século XX, atuando no Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, combatendo epidemia de varíola e malária, destacando-se nas expedições pelo interior do Brasil (SANTOS, 2018).

Aluízio Bezerra Coutinho também era ligado a outro discípulo de Oswaldo Cruz, o médico e cientista Antônio Pacheco Leão, que participou com Carlos Chagas de expedições pela Amazônia (CASAZZA, 2011). Jorge Lobo, teve entre os mestres, no Rio, Miguel Couto, da cadeira de doenças tropicais e infecciosas e que desenvolveu estudos sobre a febre amarela. Os estágios e especializações feitas nos Estados Unidos (Columbia) e no Canadá (Toronto), com ou sem apoio da Fundação Rockefeller, colaboraram na formação. Em que pese a visão particular para questões sociais e do ambiente de uns, mais destacada que a de outros, a década de 1930 não foi de liberdade plena, tendo em vista as perseguições políticas a professores da faculdade de medicina, conforme relatado na biografia de Salomão Kelner. O contexto era complexo, considerando a diversidade de desafios e acontecimentos (Gráfico 6).

**Gráfico 6** – Influências na produção científica nos Anais da FMR na década de 1930



Fonte: A autora (2019) a partir da literatura consultada.

Com base em todos os aspectos discutidos a partir dos resultados da pesquisa nos Anais da FMR e na literatura de apoio, ficam evidentes:

- 1. A memória da ciência documentada** – O conteúdo dos sete primeiros números dos Anais da Faculdade de Medicina do Recife e seu próprio suporte são objetos de memória da produção médico-científica da década de 1930 em Pernambuco. O conjunto informativo, com referências sobre o adoecimento da população, pesquisas realizadas na escola médica e o conhecimento gerado, confere valor documental, assim como outros aspectos revelados pelo estudo.

- 2. O valor da informação biomédica** – Os 23 artigos analisados têm significado para a história da saúde e da medicina, pelo fato de parte deles ter se constituído marco de pesquisas que posteriormente foram aprofundadas no país para conhecimento de doenças presentes na população nordestina, da fome que matava crianças nos mangues periféricos do Recife às endemias rurais, como a esquistossomose, a infestação por lombrigas e a leishmaniose. O valor informacional dos achados à luz da patologia ajudaram a esclarecer: as lesões do *Schistosoma mansoni*, do aparelho gastrointestinal a locais mais inusitados do corpo humano, como pulmão e ovários; o impacto da fome no corpo frágil mal alimentado de menores de um ano; a exposição a todo tipo de infecção fúngica, inclusive as desconhecidas da época como a blastomicose de Jorge Lobo; ação da leishmania invadindo o sistema linfático e causando tumores; o tamanho da abrangência da tuberculose e das broncopneumonias; além da evidência de diferentes tipos de câncer que começavam a concorrer com as doenças infecciosas na população que sobrevivia a essas, sinal de mudança de um padrão epidemiológico que se concretizaria mais adiante.
- 3. Variedade da informação científica** – A revista analisada, citada por diversas fontes pela sua permanência por tempo longo – circulou entre dois séculos-, carrega alguns diferenciais enquanto periódico científico. Um deles é o fato de os trabalhos publicados serem originais, que a diferencia de similares produzidas em escolas médicas da época, em outros estados. Outro é a presença de informação em formato textual e imagético (infográfico, fotografia e microfoto). Um terceiro aspecto sobre a variedade informacional é a descrição de métodos de estudo, técnicas laboratoriais e referência à literatura especializada, podendo ser fonte para inúmeras pesquisas sobre essas questões ou mesmo voltadas às de linguagem, termos técnicos, evolução histórica de procedimentos médicos.
- 4. Desenho da determinação social da saúde** – Alvo principal dessa pesquisa, os fatores que atuam para a determinação social de fato foram encontrados nos artigos científicos e nos documentos que atestam a análise dos cadáveres, os relatórios de necropsia incluídos em parte dos exemplares da revista. Raça/cor, sexo, profissão, local de moradia, antecedentes e assistência médica (no caso a ausência dela) demonstraram que as vítimas das mazelas da década de 1930 eram em sua maioria pessoas (crianças e adultos jovens) pardos, pretos, mulheres e homens, residentes na periferia do Recife,

na Zona da Mata e no Agreste pernambucano, de baixa renda, deduzível pelas ocupações dos adultos ou das mães das crianças desnutridas e mortas por diarreia. Mesmo sem uma eventual intenção, os médicos que produziram seus estudos e reproduziram os resultados na comunicação científica antecipavam o que a sociedade iria ler nos livros do colega Josué de Castro, publicados na década seguinte, alertando sobre a fome, a desnutrição e a pobreza.

- 5. Visibilidade da crítica social** - A pesquisa feita nos Anais da FMR e na bibliografia complementar não tem condições suficientes para esclarecer o pouco da visibilidade desses determinantes nas edições. Deduz que a importância da microbiologia na época, a influência da eugenia e a origem individual de cada autor (a maioria de classe média, que podia pagar pela formação fora do estado), assim como o contexto de turbulência política, com perseguição aos de esquerda, podem ter influenciado na descrição. Mas é apenas uma possibilidade. Estudos posteriores, mais profundos, com a escuta direta dos sobreviventes da época, ou mesmo nas memórias registradas, poderão esclarecer. Dentre os principais autores, pelo menos três sofreram influência direta de seus mestres no Rio de Janeiro, engajados em campanhas de combate às doenças infecciosas e nas expedições voltadas a conhecer e tratar as endemias rurais.
- 6. Ciência da informação como rastreadora dos saberes** - Abrangente, pois se preocupa com todas as etapas da produção da informação registrada, a Ciência da Informação tem um serviço largo a prestar às demais. Quando busca, analisa, organiza, guarda, disponibiliza e dá visibilidade aos registros textuais, imagéticos e outros, abre caminhos para que mais conhecimento seja produzido. Bibliotecas físicas e repositórios digitais têm imenso valor ao mesmo tempo que enfrentam o desafio constante de sobreviver ao espaço e ao tempo, mesmo em eras cibernéticas. A CI tem, portanto, papel fundamental na administração dessa equação entre valor memorial e emprego no presente e futuro. Precisa agir com pressa e aliada com as demais ciências, para entender significados específicos da informação em cada campo, para organizar, disponibilizar e renovar o passado no presente, para que ao menos sobreviva por mais tempo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos primeiros sete números dos Anais da Faculdade de Medicina do Recife, publicados entre 1934 e 1940, apontou que mesmo numa comunicação científica produzida majoritariamente por patologistas, considerando principalmente achados em cadáveres, é possível obter um retrato da condição social em vida dos pernambucanos que foram alvo dos estudos das ciências médicas. A constatação confirma a perspectiva ampla do valor informacional dos documentos médicos e da saúde, a exemplo dos prontuários que podem ser utilizados como fontes para além da pesquisa clínica.

O retrato social descrito nos artigos da revista médica pernambucana revelou predominantemente indivíduos pardos e pretos, residentes nas periferias e zona rural, com ausência de tratamento médico ou assistência tardia, que morreram vítimas de doenças infecciosas ou muito precocemente (antes do primeiro ano de vida) por falta de alimentação adequada (fome).

Nesse recorte, especificamente, ficou comprovada, portanto, a importância das doenças infecciosas na morte da população adulta, assim com a repercussão da fome na mortalidade infantil na primeira metade do século XX no Nordeste brasileiro. Os Anais da FMR são fonte bibliográfica desse perfil epidemiológico.

Embora o que motivasse cada estudo e artigo fosse a raridade dos casos, conforme apresentado no primeiro número da revista, as doenças e os agravos narrados, em sua maioria, tinham uma distribuição já destacada entre as causas de óbito investigadas no SVO, ligado ao Departamento de Anatomia Patológica da FMR, como a tuberculose e as infecções gastrointestinais, ou passaram a ter nos anos seguintes maior registro, a partir do que foi descoberto nas necropsias e publicado nos Anais.

Esquistossomose, infestação por áscaris (lombriga) e leishmaniose com diferentes apresentações, enfermidades até hoje negligenciadas pela saúde pública, ganharam visibilidade nacional a partir dos estudos feitos no Nordeste naquela época, para os quais os patologistas pernambucanos, exatamente os autores da revista da faculdade de medicina, contribuíram. As consequências da sífilis também ficaram demonstradas, das sequelas na aorta de adultos à influência na malformação de fetos.

As descrições referem ainda a situação das vítimas do sexo feminino, tanto as mulheres do campo que morriam vítimas das doenças parasitárias, como as residentes em mocambos da periferia recifense, obrigadas a suspender a amamentação dos filhos no primeiro mês de vida

deles para trabalhar e sustentar suas famílias e depois amargar a dor de vê-los desnutridos, desfiando até morrerem.

As informações trabalhadas nos artigos médicos no período estudado evidenciam ainda o valor documental dos relatórios de necropsia. Desses documentos os médicos transcreviam informações para a comunicação científica, não só as lesões em órgãos e tecidos encontradas nos exames dos cadáveres ou mesmo de fragmentos retirados em vida. Os relatórios continham dados pessoais que ajudavam a descrever os indivíduos e sua condição social: idade, sexo, cor da pele, local de moradia, procedência, profissão aspectos físicos (desnutrido, dente cariado).

Em alguns casos, quando era possível entrevistar familiares no ingresso do corpo, os patologistas conseguiam algum complemento, como sintomas e hábitos. Em outros, com alguma assistência médica prévia, o prontuário, outro documento importante, era mais uma fonte para buscar informações que caracterizassem a pessoa e sua doença. Comparando os dois documentos, prontuário e relatório de necropsia, percebe-se que no segundo podem ser encontradas informações também presentes no primeiro, como as de identificação (número do prontuário, nome, profissão, procedência, idade, sexo etc.).

Independentemente da discussão que se estabeleceu a partir da década de 1970 até os dias atuais do século XXI, sobre a diferença de significado entre as nomenclaturas determinação social da saúde e determinantes sociais da saúde, os artigos publicados nos Anais da FMR contêm informações que atendem às duas perspectivas. Para os que preferem dar importância somente aos fatores, sem considerar a interligação entre eles e as políticas que fomentam desigualdade no Brasil, as descrições apontam a presença de determinantes sociais. Quem defende uma análise mais ampla também encontra vestígios da determinação social da saúde, uma vez que o retrato das doenças (os títulos são sempre focados nas enfermidades) traz informações sobre as vítimas, suas histórias pessoais ou do grupo a que pertencem, evidenciando uma forma histórica e coletiva de adoecer. São apresentados múltiplos fatores sociais interligados levando ao adoecimento e morte, ajudando na permanência de um ciclo em família ou comunidade: classe pobre, morando em condições inadequadas, alimentando-se mal, sem assistência médica, com história recorrente de mortalidade infantil e doença infecciosa em família.

Essa constatação mostra que as duas visões não são totalmente discordantes, mas que a “determinação” contempla a primeira de forma mais completa e profunda. Portanto, a busca de informações que retratem os determinantes ou os indicadores da determinação social, como se preferiu adotar nesta pesquisa, é um primeiro passo para encontrar registros da herança social

da desigualdade no processo saúde-doença. O segundo passo é considerar o contexto da situação retratada para validar esse indicador compatível com a determinação social.

A análise de conteúdo nas 455 páginas da revista médica, cruzada com a pesquisa em outras publicações sobre a vida e obra dos autores dos Anais da FMR, não tem condições de afirmar se houve ou não intenção dos médicos em revelar a condição de vida da sociedade mais pobre de Pernambuco. Há, entretanto, informações suficientes descrevendo populações entregues à sorte pela exclusão expressa no desigual acesso a direitos e bens básicos, sofrendo os impactos da estrutura social, embora não estejam destacadas na maioria dos casos.

Se apenas uma minoria dos médicos daquela época assimilava a relação entre desigualdade social e doença e uma maioria preferia se dedicar a uma visão biológica do adoecimento, tendo em vista a discricção adotada nos artigos, também não é possível responder. Pesquisas em diferentes campos, mais detalhadas, poderão ajudar a explicar se a referida comunicação científica retratou ao longo do tempo o pensamento médico dominante na faculdade e a existência de fenômenos culturais, sociais e políticos com interferência na questão.

O estudo concluído oferece apenas algumas pistas sobre fatores que podem ter interferido a favor e contra uma leitura social da doença, como a influência da microbiologia por um lado focalizando o interesse no agente biológico, e da crítica social, por outro, já presente em segmentos da própria faculdade, como era o caso de Josué de Castro. Não é possível desconsiderar também a produção científica no mundo, o estado de ebulição política dentro e fora do Brasil e os interesses pessoais que cada cientista almejava na sociedade. Ou seja, a ciência pode estar ou não a serviço dos interesses dominantes de quem governa ou ocupa o estrato social mais alto, obtendo os lucros da cadeia produtiva.

Considera-se, ao final, que os objetivos da pesquisa foram atendidos e que um caminho bem mais amplo e longo se tem pela frente para aprimorar resultados, construir métodos e sobretudo possibilitar que a memória do conhecimento gerado nos primórdios da UFPE permaneça colaborando com a sociedade para a qual a universidade foi criada. Não só a sociedade escolarizada que busca os departamentos e programas da universidade federal para se graduar, especializar-se, fazer carreira de mestre e doutor. Mas a sociedade que fica nos extremos, de vida simples, poucos recursos, baixo letramento, credora de um estado mais justo social e economicamente, de um território sustentável e democrático no compartilhamento de bens, com respeito às diversidades étnicas e culturais.

Depois de dois anos dedicados a esta pesquisa, desde todas as reformulações do projeto original até a presente conclusão, constata-se que nunca uma ciência nem o conjunto de

postulados de vários campos de conhecimento tem seu trabalho por encerrado por mais que a exploração do objeto tenha sido intensa e ampla, e os resultados significativos. No caso em questão, pelo tempo limitado e dificuldades próprias da pesquisa, o caminhar não está completo e poderá ser refeito várias vezes para aprimorar cada item avaliado, fazer e refazer categorias de análise, buscar uma nova fonte para sustentação teórica e interpretativa de resultados, desfazer equívocos, corrigir achados.

A complexidade dos fenômenos físicos e sociais, assim como a poli-interdisciplinaridade necessária aos estudos científicos, exigem um aprimoramento de todos os campos do saber, em teorias, métodos e compartilhamento de dados. A pesquisa sobre os Anais da FMR mostra que, num território complexo como o da saúde e da comunicação científica, com um objeto de feição múltipla, a associação dos campos é importante para analisar registros e interpretar os contextos retratados e de produção da informação. Num estágio mais avançado de interação, a associação de diferentes grupos de pesquisa, de áreas diversas, atuando simultaneamente na análise do objeto ou fenômeno, poderá oferecer resultados mais esclarecedores.

A CI é um campo importantíssimo no estágio atual da humanidade, de novas revoluções culturais, em que a tecnologia atualiza dados e outras informações constantemente. Na nova sociedade da informação e da desinformação, a CI e a Comunicação precisam estar atentas à produção, armazenamento, veiculação e preservação do conhecimento, para partilhar saberes e ajudar a corrigir desigualdades na distribuição de dados, ideias e tudo que tenha caráter informativo. Por talvez abranger um campo mais vasto que o da Comunicação, a CI necessita se expandir, se estruturar em fundamento e novas metodologias, para atender às demandas urgentes. E esse caminhar não deve desprezar parcerias com outras ciências, uma vez que se trabalha com todo tipo de informação, documento e usuário.

Uma das novas permanentes demandas da CI é a memória registrada. Diante de tantas informações produzidas em minutos, segundos, faz-se necessário encontrar alternativas para analisar, organizar e preservar o conhecimento, principalmente do passado. É claro que há memórias para lembrar e há memórias para esquecer. Afinal não se pode guardar tudo sempre. Mas algumas precisam ser preservadas, pelo menos por um tempo. Afinal, qual o maior ensinamento da Arqueologia? Se precisamos apelar para os resquícios mais escondidos, necessitamos escavar, buscar o mínimo fragmento para recompor uma história, é porque restabelecer a verdade de fatos e informações passadas se faz necessário no presente. Cuidemos da memória de hoje, de ontem e de antes, então!

Redescobrir a memória da ciência, sobretudo, é reencontrar não só respostas, mas perguntas que ainda carecem de explicação. Se o adoecimento e a morte despertam até hoje multidões de cientistas em busca de esclarecimentos, justifica-se um constante retorno ao passado, para quem sabe, encontrar um fio que conectado aos novos conhecimentos, possa trazer luz ao que se pretende. Quando esse fio conduz a mais do que o óbvio, abre novas oportunidades. Os sete primeiros números dos Anais da Faculdade de Medicina do Recife, a primeira escola médica de Pernambuco, guardam alguns fios para que a sociedade de hoje se reconecte à natureza histórica, à herança social de suas mazelas. Não só do ponto de vista biológico, que é o esperado de uma publicação médico-científica, mas de análise social.

A memória do adoecimento e da vida social presente nas primeiras edições da revista colaboram para a história da saúde, da medicina enquanto prática e campo de ensino, como também para a identidade coletiva do Recife, do ensino superior, da ciência e do país. Quando se refere à memória como construção social, Meneses (1992) refere justamente o reforço da identidade coletiva.

Parte de uma coleção especial, documento raro, o conjunto de publicações dos Anais da FMR, sob guarda da Biblioteca de Ciências da Saúde da UFPE, é prova física do conhecimento gerado e do periodismo médico praticado numa época em que os recursos tecnológicos não iam além da fotografia em preto e branco, da linotipo e da estereotipia na impressão gráfica, contendo valores nada inferiores ao que se atribui ao produzido na atualidade, com apoio da moderna tecnologia.

Como documento material e de valor simbólico, pelo seu formato, suporte e conteúdo, os Anais da FMR trazem as marcas do seu contexto, que não podem ser desconsideradas no presente. Na perspectiva da neodocumentação, a coleção impressa analisada da revista médica guarda referenciais suficientes para ser preservada e analisada como objeto histórico, prova, resultado e até instrumento das relações sociais e de poder que se estabeleceram na faculdade e fora dela, gerando ou replicando saberes.

São, portanto, os Anais da Faculdade de Medicina do Recife memória escrita registrada dos efeitos históricos da desigualdade social em Pernambuco. Memória retratada em comunicação científica original do periodismo médico, que precisa ser revisitada pelas ciências para que a pobreza, ainda negligenciada no século XXI, não permaneça sob o mesmo silêncio que Josué de Castro quebrou, na década de 1940, quando revelou ao mundo a verdadeira geografia da fome no Brasil. Aggeu Magalhães, Aluizio Bezerra Coutinho, Raimundo de Barros Coelho, Jorge Lobo, Lobato Paraense, Clóvis Marques, Miguel Archanjo, Martiniano Fernandes, Lourenço Ypiranga, Lauro Gama, Rômulo Lapa, Martiniano Fernandes, Sílvio

Campos, José Fernandes e Edgar Gouveia de alguma forma fizeram o mesmo, independentemente de como aproveitaram as informações sobre a condição de vida das pessoas que tiveram como objeto de estudo. Preservar e dar visibilidade às informações que registraram é oferecer às gerações do presente e do futuro a oportunidade de conhecer a origem de desafios ainda permanentes num país em que milhares retornam à linha da pobreza material, pelo desemprego e a fome, e intelectual, pelos ataques à educação e à universidade pública. Sem ensino público e sem o fomento de agências como a Capes, por sinal, esta pesquisa não teria sido concluída.

## REFERÊNCIAS

- A RECESSÃO econômica no Brasil resultou em um número maior de mortes em populações vulneráveis. **Rede APS**, 28. out. 2019. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2019/10/28/a-recessao-economica-no-brasil-resultou-em-um-numero-maior-de-mortes-em-populacoes-vulneraveis/>. Acesso em: 10 de nov. 2019.
- ABRAHÃO, E. M. Memória científica: a importância da preservação documental. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA: HISTÓRIA E LIBERDADE, 20., 2010, Franca, SP, Anais [...]. São Paulo: Anpuh, 2010. Disponível em: [https://www.academia.edu/28366265/Mem%C3%B3ria\\_Cient%C3%ADfica\\_a\\_import%C3%A2ncia\\_da\\_preserva%C3%A7%C3%A3o\\_documental](https://www.academia.edu/28366265/Mem%C3%B3ria_Cient%C3%ADfica_a_import%C3%A2ncia_da_preserva%C3%A7%C3%A3o_documental). Acesso em 20 dez. 2019.
- ALMEIDA, C. M.; OLIVEIRA, B. M. J. F. Tanto cura com a casca da jurema como cura com a frô”1: a experiência das ervas e a conexão com o sagrado da jurema no arquivo José Simeão Leal. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO – ENANCIB, 19., 2018, Londrina. **Anais [...]**. Londrina, 2018. p: 6062-6079. Disponível: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/103301>, Acesso em: 10 de abril de 2019.
- ALMEIDA, V. Do esgoto para o caramujo. In: Especial expedições doenças sem fim. **NE10**, Sistema Jornal do Comercio de Comunicação (SJCC). Recife. 14 ago. 2012. Disponível em: <http://especiais.ne10.uol.com.br/expedicoes/esquistossomose.html>. Acesso em: ago. 2019.
- ALMEIDA, V. Expedições doenças sem fim. **JC On-line**, Recife, 14 ago. 2012. Disponível em: <http://especiais.ne10.uol.com.br/expedicoes/index.html>, Acesso em: 2 jan. 2019.
- ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R. P. (org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. P. 13-36. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2018.
- ALVES, W. Um jornal no dissenso: o correio da manhã e a campanha contra a vacina. **Revista Eletrônica de Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, fev. 2013. Suplemento. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/17327/2/6.pdf> . Acesso em: 20 ago. 2018.
- ANAIS DA FACULDADE DE MEDICINA DO RECIFE, 1934 -1936. Recife: Imprensa Universitária, 1934-1936, v. 1-3, n. 1-3.
- ANAIS DA FACULDADE DE MEDICINA DO RECIFE, 1934-1940. Recife: Ed. Universitária da UFPE. 1934-1940, v.1-7, n.1-7.
- ARAÚJO, C. A. A. Novo quadro conceitual para a ciência da informação: informação, mediações e cultura. **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, v. 9, n. 2, set./dez. 2016. Disponível em: <http://www.brapci.inf.br/index.php/res/v/119671> Acesso em: 20 dez. 2019.

ARAÚJO, C. A. A. Teorias e tendências contemporâneas da ciência da informação. **Inf. Pauta**, Fortaleza, v. 2, n. 2, p. 9-34, jul./dez. 2017. Disponível em: [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/33233/1/2017\\_art\\_caaaraujo.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/33233/1/2017_art_caaaraujo.pdf). Acesso em: 20 ago. 2019.

ARCHANJO, M. Considerações em torno das aderências pleurais com e sem tuberculose. **Anais da Faculdade de Medicina do Recife**, Recife: Ed. Universitária da UFPE, v.3, n.3, dez. 1936.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ARRUDA, B.; FIGUEIRA, F. Aspectos Geopolíticos da problemática alimentar e nutricional. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 4, n. 1, p. 62-87, jan./mar. 1988. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1988000100007>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v4n1/07.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2019.

AZEVEDO, B; VANDERLEI, L. C.; MELLO, R. J. V.; FRIAS, P. G. Avaliação da implantação dos Serviços de Verificação de Óbito em Pernambuco, 2012: estudo de casos múltiplos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília. v. 25, n. 3, jul./set. 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000300015> . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n3/2237-9622-ress-25-03-00595.pdf>. Acesso em: 10 maio 2019.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. E-Books. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/48z26>. Acesso em: 1 jun. 2018.

BARBOSA, C. S.; LOYO, R. M.; NASCIMENTO, W. R. C.; GOMES, E. C. S.; SILVA, B. M.; SANTOS, G. M.; SILVA, J. A. M. Inquérito malacológico em localidades endêmicas para esquistossomose em Pernambuco, Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n.14, 4 set. 2019. <https://doi.org/10.25248/reas.e1235.2019>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1235>. Acesso em: 3 dez. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4295794/mod\\_resource/content/1/BARDIN%20L.%20%281977%29.%20An%C3%A1lise%20de%20conte%C3%BAdo.%20Lisboa\\_%20edi%C3%A7%C3%B5es%2070%2020225.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4295794/mod_resource/content/1/BARDIN%20L.%20%281977%29.%20An%C3%A1lise%20de%20conte%C3%BAdo.%20Lisboa_%20edi%C3%A7%C3%B5es%2070%2020225.pdf). Acesso em: 5 set. 2018.

BENCHIMOL, J. L. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 265-292, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7096.pdf>. Acesso em: 6 ago.2019.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2011.

BERTOLLI FILHO, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso**: 1900-1950. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4/pdf/bertolli-9788575412886.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2019.

BERTOLLI FILHO, C. **Prontuários médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade.** *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 3 n.1 Mar./Jun. 1996. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701996000100010>. Disponível em: [scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701996000100010](http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701996000100010). Acesso em: 7 out.2019

BOSI, E. **O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social.** São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

BRASÍL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde Investimentos e Desenvolvimento. **Apoio ao diagnóstico e à terapia: Anatomia Patológica, Patologia Clínica, Hemoterapia e Hematologia, Medicina Nuclear.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. Diretoria Geral de Estatística. **Anuario Estatístico de Pernambuco 1934.** Recife: Imprensa Oficial, 1936. Ano VIII. Versão digitalizada. Disponível em: <https://archive.org/details/anuario1934pe>. Acesso em: 06 de jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso.** 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Versão digital. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_infecciosas\\_parasitaria\\_guia\\_bolso.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf), Acesso em: 5 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Paracoccidiodomicose. *In: SAÚDE de A a Z.* Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/paracoccidiodomicose>. Acesso em: 2 set. 2019.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 424 p.

BRITO, A.C.; QUARESMA, J.A.S. Lacaziose (doença de Jorge Lobo): revisão e atualização. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, n.82(5), p.461-74, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962007000500010>. Acesso em 10 de dezembro de 2019.

BRITO, V. M. **A preservação da memória científica da Fiocruz: a visão de quem faz ciência.** Rio de Janeiro, 2002. Dissertação (mestrado em ciência da informação). Rio de Janeiro: UFRJ/ECO; CNPq/IBICT. 2002. Disponível em: [http://repositorios.questoesemrede.uff.br/repositorios/bitstream/handle/123456789/303/ENAN077\\_Brito.pdf?sequence=1](http://repositorios.questoesemrede.uff.br/repositorios/bitstream/handle/123456789/303/ENAN077_Brito.pdf?sequence=1). Acesso em: 12 set. 2019

BUCKLAND, M. K. **Information as thing.** *Journal of the American Society for Information Science (JASIS)*, [s. l.], v. 45, n. 5, p. 351-360, 1991. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2532319/mod\\_resource/content/1/Informa%C3%A7%C3%A3oComoCoisa.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2532319/mod_resource/content/1/Informa%C3%A7%C3%A3oComoCoisa.pdf). Acesso em: 20 jun. 2019

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan./abr. 2007. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 12 mar. 2019.

CAMPOS, A. L. V. **Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas, o serviço especial de saúde pública, 1942-1960**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CAPURRO, R; HJORLAND, B. O conceito de informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 148-207, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/54/47>. Acesso em: 22 mar. 2019.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-12902017000300676&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902017000300676&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 out.2019.

CARVALHAL *et al.* Recomendações para a privacidade do paciente. **Revista Brasileira de Bioética**, Conselho Federal de Medicina, Brasília, v.25, n.1, p.39-43, 2017. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/1133/1588](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1133/1588). Acesso em: 22 jan. 2020.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. *In:* FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030- prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz: Ipea: Ministério da Saúde. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 2. p. 19-38. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8pmmmy/pdf/noronha-9788581100166-03.pdf>. Acesso em 15 de novembro de 2019.

CARVALHO, A.; CARVALHO, M.C. História da Patologia em Pernambuco. *In:* FRANCO, M, F. de; SOARES, F. A. (ed.). **A história da patologia no Brasil**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Patologia, 2001.

CASTRO, J. de. Geografia da Fome: **o dilema brasileiro: pão ou aço**. Rio de Janeiro: Gryphus, 1992.

CASTRO, J. de. Geografia da fome: **o dilema brasileiro: Pão ou aço**. Rio de Janeiro: Edições Antares, 1984.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Análise da situação de saúde. *In:* **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p.23-130. Doi:10.7476/9788575415917.0004. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/bwb4z/pdf/comissao-9788575415917-04.pdf>. Acesso em: 12 out. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Manual de publicidade médica: resolução CFM nº 1.974/11**. Brasília: CFM, 2011. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/publicidademedica/arquivos/cfm1974\\_11.pdf](https://portal.cfm.org.br/publicidademedica/arquivos/cfm1974_11.pdf). Acesso em: 27 dez. 2019.

COSTA, V.; PESSOA, I. B. S. Publicações periódicas médicas de Pernambuco. *In: KELNER, S. et al. (org.). História da Faculdade de Medicina do Recife: 1915-1985.* Recife: Editora UFPE, 1985. P. 191-204.

COSTA, V.; ROCHA, L.A. Pródromos da criação da Faculdade de Medicina do Recife. *In: História da Faculdade de Medicina: 1915-1985.* Recife: Editora UFPE, 1985, p. 191-204.

COUTINHO, A. B.; LOBO, J. Aspectos clínicos e anatômicos das linfopatias leishmanioticas. *Anais da Faculdade de Medicina do Recife*, Recife: Ed. Universitária da UFPE. v. 3, n. 3, dez.1936.

COUTINHO, E. A infância e a figura do pai. *In: MONTENEGRO, A. T. FERNANDES, Tânia, (org.). Memórias Revisitadas: o Instituto Aggeu Magalhães na vida de seus personagens.* Rio de Janeiro: Fiocruz: Casa de Oswaldo Cruz; Recife: Fiocruz, Instituto Aggeu Magalhães, 1997.

DANTAS, C. L. **Espaços Físicos Laboratoriais:** Anatomia Patológica e Citopatologia. Portugal. Ministério da Saúde, Rede de Referência Hospitalar de Anatomia Patológica. Lisboa, 2003.

DIAS, E. M. S.; SILVA, A. O. A. Construção do saber e da memória científica a partir das Coleções Carlos Chagas da Biblioteca de História das Ciências e da saúde [...]. *In: Encontro de História da Anpuh-Rio*, 17., 2016. Rio de Janeiro. *Anais [...]* Rio de Janeiro: Anpuh-Rio, 2016. Tema: entre o local e o global. Disponível em: [http://www.encontro2016.rj.anpuh.org/resources/anais/42/1471206698\\_ARQUIVO\\_ElianemonteirodeSantanaDias.pdf](http://www.encontro2016.rj.anpuh.org/resources/anais/42/1471206698_ARQUIVO_ElianemonteirodeSantanaDias.pdf). Acesso em: 30 mar. 2019.

DOHERTY, M. **Precursores do futuro:** Guilherme Piso e Bezerra Coutinho. Monografia apresentada pela posse na Academia Pernambucana de Medicina. Recife: Comunigraf, 2003.

EDUCANDÁRIO CASA DA PROVIDÊNCIA. Santa Casa de Misericórdia do Recife. Disponível em: <http://www.santacasarecife.org.br/unidades/educandario-casa-da-providencia/>. Acesso em: 9 out. 2019.

ENDOTELIOMA *In: Dicionário infopédia de termos médicos.* Porto: Porto Editora, 2003-2020. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/endotelioma>. Acesso em: 3 nov. 2019.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Núcleo de Biossegurança da Fiocruz, Rio de Janeiro. Louis Pasteur. *In: Biografia.* Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/Biograf/ilustres/louis.htm>. Acesso em: 24 de setembro de 2019.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para a geografia da saúde no Brasil. *Revista RA E GA – O Espaço Geográfico em Análise*, Curitiba: Editora UFPR, n.17, p.31-41, 2009. Disponível em [http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco\\_territorio\\_e\\_saude.pdf](http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco_territorio_e_saude.pdf). Acesso em: 5 maio 2019.

FEITOZA, L. A.; SILVA, T. Regime de informação dos sistemas de arquivos das universidades públicas do Brasil. **Inf. Prof.**, Londrina, v. 1, n. 1-2, p. 40 – 55, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://www.brapci.inf.br/index.php/res/download/78665>. Acesso em: 2 maio 2019.

FERNANDES, T. M. D.; CHAGAS, D. C.; SOUZA, E. M. Variola e vacina no Brasil no século XX: institucionalização da educação sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 479-489, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a11.pdf> . Acesso em: 24 jun. 2019.

FERREIRA, L. O. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-43). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 331-351, jul./out.1999. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701999000300006>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701999000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 10 mar. 2019.

FIGUEIREDO, M.F.; SALDANHA, G.S. Paul Otlet e as imagens na ciência da informação: notas históricas para uma teoria informacional da imagem. **Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação**, n. XIX ENANCIB, 2018. Disponível em <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/102797>. Acesso em: 12 dez. 2019

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FRANCO, M.F.; SOARES, F.A. História da Sociedade Brasileira de Patologia. In: **A história da patologia no Brasil**/editores Marcello Fabiano de Franco, Fernando Augusto Soares. São Paulo: Sociedade Brasileira de Patologia, 2001.

FREESE, E.; FOUTBONNE, A. (org). **Epidemiologia, Políticas e Determinantes das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2006.

FREITAS, C. **Saúde no Brasil: nomes e fatos**. Recife: Edições Bagaço, 1998.

FREITAS, O. **História da Faculdade de Medicina do Recife, 1895 a 1943**. Recife: Imprensa Oficial, 1944.

FREITAS, O. **Medicina e Costumes do Recife Antigo**. 2. ed. Olinda: Luci Artes Gráficas, 2018.

FROHMANN, B. O caráter social, material e público da informação. In: FUJITA, M. S.; MARTELETO, R. M.; LARA, M. G. (org.). **A dimensão epistemológica da Informação e suas interfaces técnicas, políticas e institucionais [...]**. Tradução: Laffayette de Souza Álvares Jr. São Paulo: Cultura Acadêmica; Marília: Fundepe, 2006. Palestra de abertura do evento ENANCIB 7, São Paulo, p. 19-34, out. 2006. Disponível em: <http://200.20.0.78/repositorios/handle/123456789/829?show=full>. Acesso em: 29 ago. 2019.

FROHMANN, B. Taking information policy beyond information Science: applying the actor network theory. In: ANNUAL CONFERENCE OF THE CANADIAN ASSOCIATION FOR INFORMATION SCIENCE, 23., 1995, Edmonton. **Anais [...]**. Toronto: Canadian Association for Information Science, 1995.

GALINDO, M. **A redescoberta do trabalho coletivo**. Ensaio sobre informação e memória. Recife: Editora universitária UFPE, 2015.

GARBOIS, J. et. al. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, jan./mar 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711206>. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0063.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2019.

GAZETA MÉDICA DA BAHIA. Bahia, v. 64, n. 7-9, jan./mar. 1934. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/437/424>. Acesso em: 12 out. 2019.

GIUGLIANI, E. R. J.; VIEIRA, G. O. **Histórico do Departamento de Aleitamento Materno da SBP**. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/historico-DC-aleitamento-materno\\_\\_1\\_.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/historico-DC-aleitamento-materno__1_.pdf). Acesso em 12 out. 2019.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. Políticas e regimes de informação: perspectivas. In: GARCIA, J. C.; TARGINO, M. G. (ed.). **Desvendando facetas da gestão e políticas de informação**. Paraíba: Editora UFPB, p.321-351, 2015.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. Regime de informação: construção de um conceito. **Inf. & Soc.: Est.**, João Pessoa, v. 22, n. 3, p. 43-60, set./dez. 2012. Disponível em: <http://www.brapci.inf.br/index.php/article/download/38329>. Acesso em: 23 mar. 2019

GRZYBOWSKI, C. **Os Miseráveis**. Rio de Janeiro: iBASE. 16 abr. 2018. Disponível em: <https://ibase.br/pt/opiniaio/os-miseraveis/>. Acesso em: 8 nov. 2019.

GUIMARÃES, M. R. C. Prontuários médicos do Hospital de Manguinhos: fontes para a história da pesquisa clínica no Brasil (1918-1940). In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA DA ANUPH,-RIO, 16., 2014, Universidade Santa Úrsula, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: Anpuh-RJ, 2014. Tema: Saberes e práticas científicas. Disponível em: [http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1400292180\\_ARQUIVO\\_Prontuari osANPUH-Rio.pdf](http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1400292180_ARQUIVO_Prontuari osANPUH-Rio.pdf). Acesso em: 9 nov. 2019.

GUINCHAT, C.; MENO, M. **Introdução geral às ciências e técnicas da informação e documentação**. Brasília: Fundação Banco do Brasil; IBCTI. 1994.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. São Paulo: Centauro, 2006.

HAMILTON, W; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 791-825, set./dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10n3/19301.pdf>, Acesso em: 20 de junho de 2019.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec: ANPOCS, 1998.

INDÍGENAS, negros e mulheres são mais afetados por pobreza e desemprego no Brasil, diz Cepal. **CEPAL**. Nações Unidas, Brasil. 2 nov. 2016. Disponível em:

<https://nacoesunidas.org/indigenas-negros-e-mulheres-sao-mais-afetados-por-pobreza-e-desemprego-no-brasil-diz-cepal/>. Acesso em: 13 dez. 2019.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ. Serviço de Jornalismo e Comunicação do Instituto Oswaldo Cruz. **Wladimir Lobato Paraense**. Fiocruz, 2010. Disponível em: <http://www.ioc.fiocruz.br/110anos/personalidades/lobato/lobato.html>, Acesso em: 22 jul. 2019.

KELNER, G. *et al.* **Salomão Kelner**: um marco na medicina pernambucana. Recife: Cepe, 2019.

KELNER, S. *et al.* (org.). **História da Faculdade de Medicina do Recife: 1915-1985**. Recife: Liber Gráfica e Editora, 1985.

LANA, F. Saúde, doença e condições de vida. **REME- Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte: UFMG, v. 10, n. 2, p. 105, Jan/Mar, 2006. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/392>. Acesso em: maio 2019.

LARA, M. L. G. Documento e significação na trajetória epistemológica da Ciência da Informação *In*: FREITAS, L. S.; MARCONDES, C. H.; RODRIGUES, A. C. (org.). **Documento**: gênese e contextos do uso. Niterói: EdUFF, 2010.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latino americana de Salud**, México, v. 2, n. 1, p. 7-25, 1982. Disponível em: [https://unաս2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod\\_resource/content/1/Conteudo\\_online\\_2403/un01/pdf/Artigo\\_A\\_SAUDE-DOENCA.pdf](https://unաս2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_online_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf). Acesso em: 1 de maio 2019 .

LE COADIC, Y.F. **A ciência da informação**. 2. ed. rev. e atual. Brasília: Briquet de Lemos, 2004.

LE GOFF, J. (org.) **As doenças têm história**. 2. ed. [Lisboa]: Terramar, 1997. Edição Portuguesa.

LE GOFF, J. **História e memória**. 5. ed. SP: Unicamp, 2003.

LUZ, M.T. Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

LUZ, M.T.; NASCIMENTO, M. A contribuição das PICS no SUS. **Boletim Evidências**, Recife: Secretária Nacional do Observatório, v. 1, n. 1, p. 7- 8, 2019. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/leia-o-primeiro-numero-do-nosso-boletim/>. Acesso em: 27 dez. 2019.

MAGALHÃES FILHO, A. Lembranças do pai. In MONTENEGRO, A. T.; FERNANDES, T. (org.). **Memórias Revisitadas**: o Instituto Aggeu Magalhães na vida de seus personagens. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz; Fiocruz, Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz, 1997.

MAGALHÃES FILHO, A.; KLEIN, L. (org.). **Aggeu Magalhães, um pioneiro**. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães: Casa de Oswaldo Cruz, 2000.

MAGALHAES, A. Da “gastro-enterite” das crianças. **Anais da Faculdade de Medicina do Recife**, Recife: Ed. Universitária da UFPE, v.1, n.1, dez. 1934.

MARTELETO, R. M. Informação, saúde, transdisciplinaridade e a construção de uma epistemologia social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 576-579, may/june. 2007. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300007).  
 Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000300007>  
 .Acesso em: 3 fev. 2019.

MARTINO, L.M.S. **Teoria da comunicação: ideias, conceitos e métodos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MAYRINK, J. M. Reformas ortográficas durante século 20 simplificaram a língua. *In: Jornal Estado de São Paulo*, 2008, Disponível em:  
<https://emails.estadao.com.br/noticias/geral,reformas-ortograficas-durante-seculo-20-simplificaram-a-lingua,285959>. Acesso em: 13 dez. 2019.

MEADOWS, A. J. **A comunicação científica**. Brasília: Brinquet de Lemos, 1999.

MENESES, U. A história, cativa da memória? para um mapeamento da memória no campo das Ciências Sociais. **Inst. Est. Bras.**, São Paulo, n. 34, p. 9-24, 31 dez. 1992. Disponível em:  
<http://www.revistas.usp.br/rieb/article/view/70497/73267>. Acesso em: 27 dez. 2019.

MINAYO, M. C. S. *et al.* (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

MINISTÉRIO da Saúde prepara vacinação contra o sarampo. **Agência Brasil**. 20 de maio de 2019. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-05/ministerio-da-saude-prepara-campanha-de-vacinacao-contra-sarampo>. Acesso em: 6 jun.2019.

MIRANDA, C. A. C. **A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços de cura**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em:  
<http://pesquisaemeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/fetch/60815562/Analise%20de%20conte%C3%BAdo.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2019.

MOREIRA, M.; BOCHNER, R.; ALENCAR, M. S. Teses de Doutorado da Faculdade de Medicina da Bahia produzidas entre 1853 e 1935: Principais Temáticas e Problemas de Saúde Pública. *In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO- (ENANCIB)*, 16., 2015, João Pessoa. **Anais[...]** João Pessoa: UFPB, 2015. Tema: Informação, Memória e Patrimônio: do documento às redes. Disponível em:  
<http://200.20.0.78/repositorios/bitstream/handle/123456789/3064/18.%20TESES%20DE%20DOUTORAMENTO%20DA%20FACULDADE%20DE.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 set. 2019.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução: Eloá Jacobina. 8. Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MORIN, E. **Complexidade e Transdisciplinares: a reforma da universidade e do ensino fundamental**. Tradução: Edgard de Assis Carvalho. Natal: EDUFRN- Editora da UFRN, 1999.

MOULIN, A. M. M. Os frutos da ciência. In: LE GOFF, J. (org.) **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1997.

MUNIZ, E. S. A. **Comida, trabalho e assistência social: a alimentação na agenda política brasileira (1939-1947)**, 2014. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: [www.ppghcs.coc.fiocruz.br > images > dissertacoes > teste > tese\\_erico\\_muniz](http://www.ppghcs.coc.fiocruz.br/images/dissertacoes/teste/tese_erico_muniz). Acesso em: 8 mar. 2019.

NASCIMENTO, D. R.; VIANNA, E. S.; MORAES, M. C.; SILVA, D. S. F. O indivíduo, a sociedade e a doença: contexto, representação social e alguns debates na história das doenças. **Khronos, Revista de História da Ciência**, n. 6, p. 31 – 47 2018. Doi: <https://doi.org/10.11606/khronos.v0i6.150982>. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/31122>. Acesso em: 09 jun. 2019.

NASCIMENTO, L. **História da Imprensa Pernambucana (1821-1954)**. [S.L], v. 9, 2007. versão digitalizada. Disponível em: [http://www.fundaj.gov.br/geral/200anosdaimprensa/historia\\_da\\_imprensa\\_v09.pdf](http://www.fundaj.gov.br/geral/200anosdaimprensa/historia_da_imprensa_v09.pdf). Acesso em: 10 jul. 2018.

NEVES, L. F. B. A construção social da memória científica. **FLACSO-Brasil**, Brasília, jun. 2009. (Série Estudos e Ensaios/Ciências Sociais). Disponível em: [http://flacso.org.br/files/2014/12/Luiz\\_Felipe\\_Baeta.pdf](http://flacso.org.br/files/2014/12/Luiz_Felipe_Baeta.pdf). Acesso em: 2 de mar. 2019.

NOGUEIRA, M. I. A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 909-930, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312014000300909&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300909&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 2 abr. 2019.

NORA, P. Entre história e memória: a problemática dos lugares. **Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**. São Paulo, v. 10, p. 7-28, jun./dez. 1993. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/revph/article/view/12101>. Acesso em: 5 abr. 2018.

OLIVEIRA, B .L .C. A et al. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 18 fev. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00183>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462019000100509&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100509&tlng=pt). Acesso em: 12 nov. 2019. 2

OLIVEIRA, M. A.C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enf. USP**, [s.l.], v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a02.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2019.

OLIVEIRA, P. S. Caminhos de Construção da Pesquisa em Ciências Humanas. In: \_\_\_\_\_ (org.). **Metodologia das Ciências Humanas**. São Paulo: Editora Unesp: Hucitec, 1998.

OLIVEIRA, P. E. **O sistema de classificação de cor e raça do Estado brasileiro na formação da identidade afro-brasileira**. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

OMS apresenta em Belo Horizonte possibilidade de contribuições para roteiro de combate a doenças negligenciadas. **OPAS Brasil**. 21 de julho de 2019. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5994:oms-apresenta-em-belo-horizonte-possibilidade-de-contribuicoes-para-roteiro-de-combate-a-doencas-negligenciadas&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5994:oms-apresenta-em-belo-horizonte-possibilidade-de-contribuicoes-para-roteiro-de-combate-a-doencas-negligenciadas&Itemid=812). Acesso em: 4 nov. 2019.

ORTEGA, C. D.; SALDANHA, G. S. A noção de documento no espaço-tempo da Ciência da Informação: críticas e pragmáticas de um conceito. **Perspect. ciênc. inf.**, Belo Horizonte, v.24, n. especial, jan./mar., sep. 05 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5344/3920>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-99362019000600189&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-99362019000600189&tlng=pt). Acesso em 15 de dezembro de 2019.2

OTLET, P. El Tratado de **Documentación**: el libro sobre el libro: teoría y práctica. Espanha: Universidade de Murcia, 2007.

PARAHYM, O. **Endemias Brasileiras**. Recife: Universidade do Recife, 1961.

PEREIRA, G. **Aluízio Bezerra - um sábio pernambucano do século XX**. Sociedade Brasileira de História da Medicina, 2011. Disponível em: <https://sbhm.webnode.com.br/news/aluzio-bezerra-um-sabio-pernambucano-do-seculo-xx/>. Acesso em: 10 jul. 2018.

PEREIRA, I. C.; OLIVEIRA, M. A. C. **Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde**: um diálogo necessário. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014.

PINTO, B.V. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. **Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação e Biblioteconomia**, [s. l.], v. 1, n. 2, 2006. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/25556>. Acesso em: 1 abr. 2019.

PIZA, E.; ROSEMBERG, F. Cor nos censos brasileiros. **Revista USP**, São Paulo, n.40, p. 122-137, dez./fev. 1998-99.

POPULAÇÃO chega a 205,5 milhões, com menos brancos e mais pardos e pretos. **Agência IBGE Notícias**. Editoria: Estatísticas Sociais. 24 nov. 2017. Atualização em 12/02/2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-populacao-chega-a-205-5-milhoes-com-menos-brancos-e-mais-pardos-e-pretos>. Acesso em: 2 jan. 2020.

PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 168-175, abr./jun. 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>

script=sci\_abstract&pid=S0102-311X1992000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 dez. 2019

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **O que é o IDH.** Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idh.html>. Acesso em: 02 de jun. 2019.

RAMOS, M. É um milagre. **Invivo**. Rio de Janeiro. Museu da Vida; Casa de Oswaldo Cruz; Fiocruz. 4 maio 2006. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=811&sid=7>. Acesso em 22 abr. 2019.

RASELLA, D.; BASU, S.; HONE, T.; PAES-SOUSA, R.; OCKE´REIS, C. O.; MILLETT, C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nation wide micro simulation study. **PLoS Med**, Londres, v. 15, n. 5, 22 maio 2018. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002570>. Acesso em: 1 jun. 2018.

ROCHA, P.; DAVID, H. M. Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt\\_0080-6234-reeusp-49-01-0129.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0129.pdf). Acesso em: 2 jun. 2019.

RODRIGUES, J.; MARINHO, S. A trajetória do periódico científico na Fundação Oswaldo Cruz: perspectiva da Biblioteca de Ciências Biomédicas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.523-532, abr./jun. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-702009000200015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-702009000200015&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 4 ago. 2019.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SALDANHA, G. S.; FIGUEIREDO, M. F. Da linguagem que nos (re)fundam ao enigma da imagem nos estudos informacionais: contribuições de teóricos franceses sobre a condição da retórica [...]. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO - ENANCIB, 18., 2017, Marília, SP. Tema: Informação, Sociedade e Complexidade. Disponível em: <http://enancib.marilia.unesp.br/index.php/xviiiencib/ENANCIB/paper/viewFile/205/942>. Acesso em: 4 set. 2019.

SANCHEZ NETO, A. P.; LIMA, M. H. T. F. Uma proposta de análise epistemológica: observando o documento médico. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO - ENANCIB, 18., 2017, Marília, SP. Tema: Informação, Sociedade e Complexidade. Disponível em: <http://enancib.marilia.unesp.br/index.php/xviiiencib/ENANCIB/paper/view/561>. Acesso em: 4 mar. 2019.

SANTAGATA, S. Indicadores sociais: uma primeira abordagem social e histórica. **Pensamento Plural**, Pelotas, n. 1, p. 113 – 142, jul./dez. 2007. Disponível em: [https://www.sigas.pe.gov.br/files/06132017020733-indicadores\\_sociais\\_uma\\_abordagem\\_social\\_e\\_historica.pdf](https://www.sigas.pe.gov.br/files/06132017020733-indicadores_sociais_uma_abordagem_social_e_historica.pdf). Acesso em: 10 out. 2019.

SANTOS, J. A. F. Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil. **Saúde Soc, São Paulo**, v.27, n.2, p.556-572, Apr./June. 2018. DOI 10.1590/S0104-12902018170889. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902018000200556](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000200556). Acesso em 6 set. 2019.

SCHWARCZ, L. K. M. Quando a desigualdade é diferença: reflexões sobre antropologia criminal e mestiçagem na obra de Nina Rodrigues. **Gazeta Médica da Bahia**, n.76, p. 47-53, 2006. Suplemento 2

SILVA, E. F. Artes de curar no Brasil holandês: a construção do conhecimento médico e dietético na relação entre Velho e Novo Mundo. **Intellèctus**, v. 15, n. 1, p. 1-23, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intellectus/article/view/22265/1764522>. Acesso em: 3 jun. 2019.

SILVA, J. R. Fotografia e ciência: a utopia da imagem objetiva e seus usos nas ciências e na medicina. **Bol. do Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, Belém, v. 9, n. 2, p. 343-360, maio/ago. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-81222014000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-81222014000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 21 fev. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA. Divisão Brasileira da International Academy Of Pathology. **Galeria dos ex-presidentes**: Raimundo de Barros Coelho. São Paulo. Disponível em: <http://siteantigo.sbp.org.br/QuemSomos/exPresidenteCurriculum.aspx?id=4>. Acesso em: 10 jul. 2018.

SOUTO, R. M. C. V.; BARUFALDI, L. A.; NICO, L. S.; FREITAS, M.G. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2811-2823, sept. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017229.13342017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n9/1413-8123-csc-22-09-2811.pdf>. Acesso: 12 fev. 2019.

SOUZA, A. Surto de doença de Chagas agudo é investigado em Pernambuco. **Diário de Pernambuco**, Recife, 31 maio 2019. Disponível em: <https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/vidaurbana/2019/05/ibimirim-tem-possivel-surto-de-doenca-de-chagas.html>. Acesso em: 1 jun. 2019.

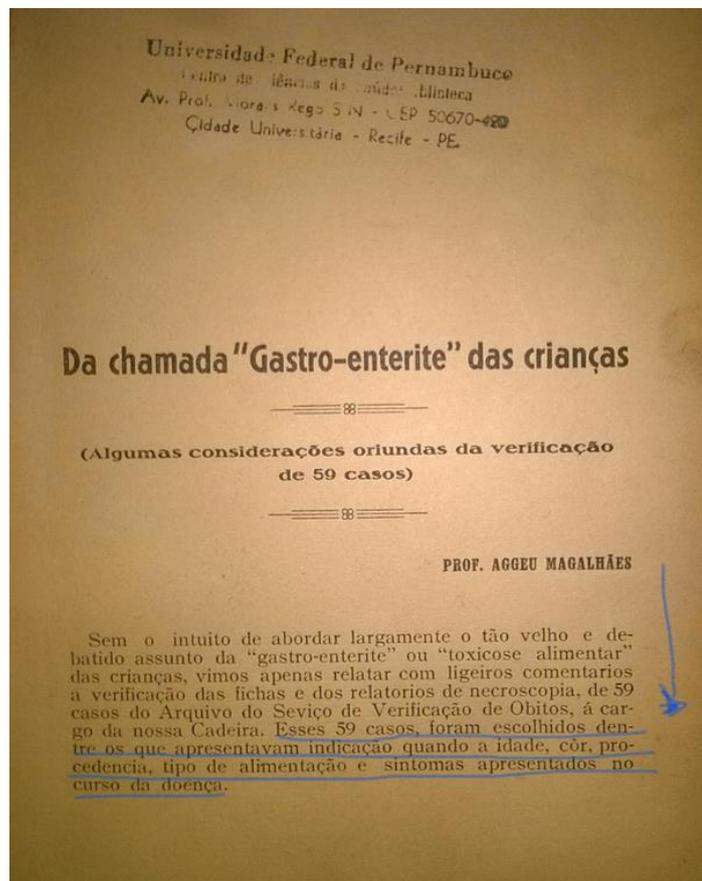
TEIXEIRA, L. A. Da raça à doença em casa-grande e senzala. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 4, n. 2, p. 231-243, jul./out.1997. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701997000200003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701997000200003&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 23 fev. 2019.

TEMPONI, A. O. D.; BRITO, M. G.; FERRAZ, M. L.; DINIZ, S. A.; SILVA, M. X.; CUNHA T. N. Ocorrência de casos de leishmaniose tegumentar americana: uma análise multivariada dos circuitos espaciais [...]. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34 n.6, June. 25 2018. Doi 10.1590/0102-311XER165716. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csp/v34n2/1678-4464-csp-34-02-e00165716.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v34n2/1678-4464-csp-34-02-e00165716.pdf). Acesso em: 20 dez. 2019.

TONELLI, E. Escolas Médicas. **Boletim da UFMG**, n.1942, ano. 42, 30 maio 2016. Disponível em: <https://www.ufmg.br/boletim/bol1942/2.shtml>. Acesso em: 12 nov. 2019.

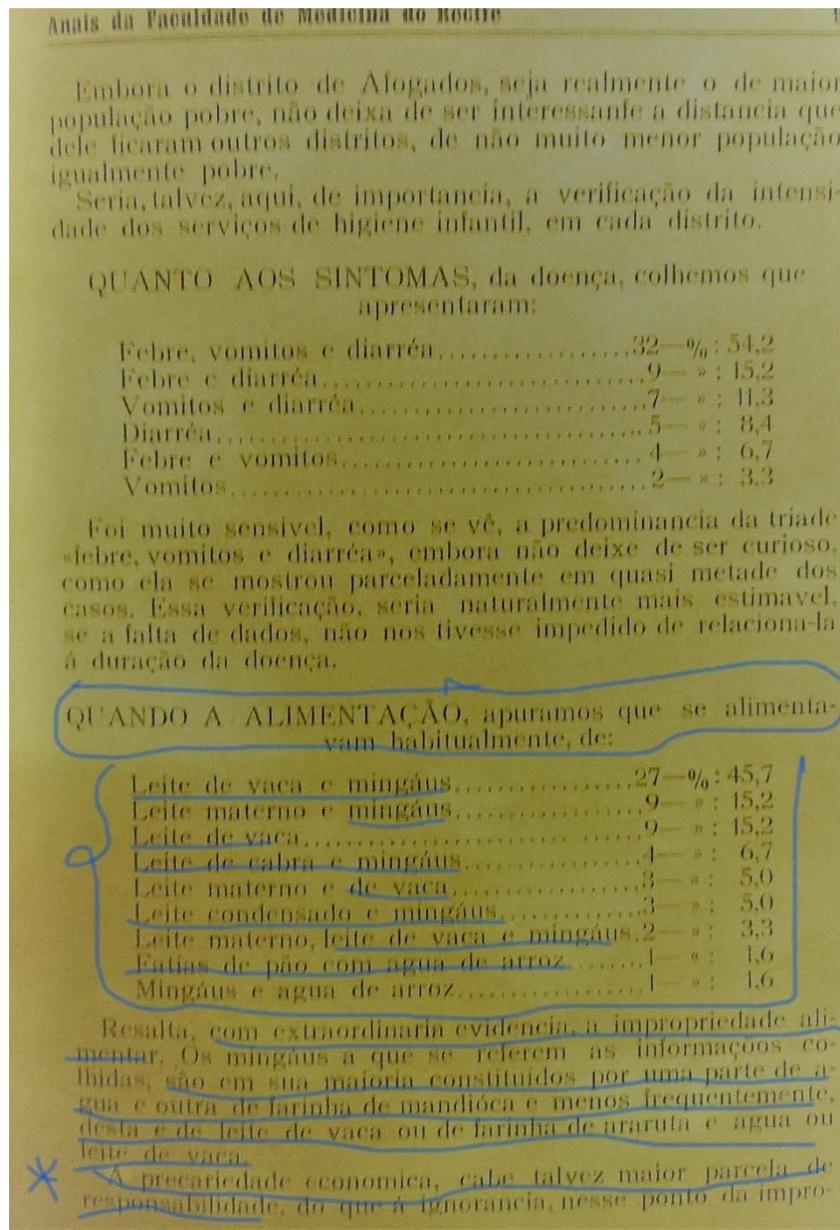
## APÊNDICE A - ARTIGO “DA CHAMADA ‘GASTRO-ENTERITE’ DAS CRIANÇAS”

Marcação de indicadores da determinação social da saúde no artigo “Da chamada ‘gastro-enterite’ das crianças”, de Aggeu Magalhães, Anais da Faculdade de Medicina do Recife, v.1, n.1, 1934. Imagem da página de abertura da publicação, reproduzida da coleção original sob guarda da Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, com marcação de trecho por meio digital. Linhas grifadas por meio digital.



## APÊNDICE B – A FOME DOS BEBÊS

Na página reproduzida por meio de fotografia, está grifado o trecho que detalha a alimentação imprópria dos bebês. Artigo “Da chamada ‘gastro-enterite’ das crianças”, de Aggeu Magalhães, Anais da Faculdade de Medicina do Recife, v.1, n.1, 1934, coleção original sob guarda da Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da UFPE.



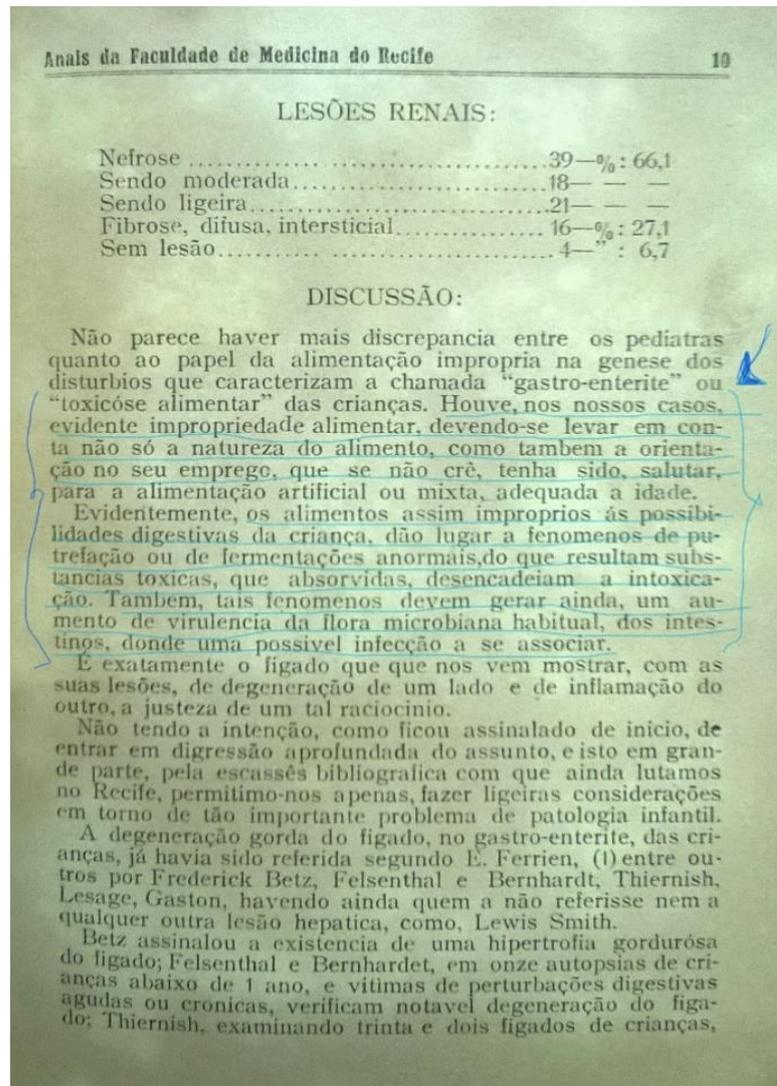
## APÊNDICE C – CADÁVERES DA DESNUTRIÇÃO

Imagem de crianças mortas, vítimas da desnutrição. O terceiro corpo apresenta tom de pele mais escuro, sugerindo ser preto. Artigo “Da chamada ‘gastro-enterite’ das crianças”, de Aggeu Magalhães, Anais da Faculdade de Medicina do Recife, v.1, n.1, 1934, coleção original sob guarda da Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da UFPE. Reprodução por fotografia, com marcação digital.



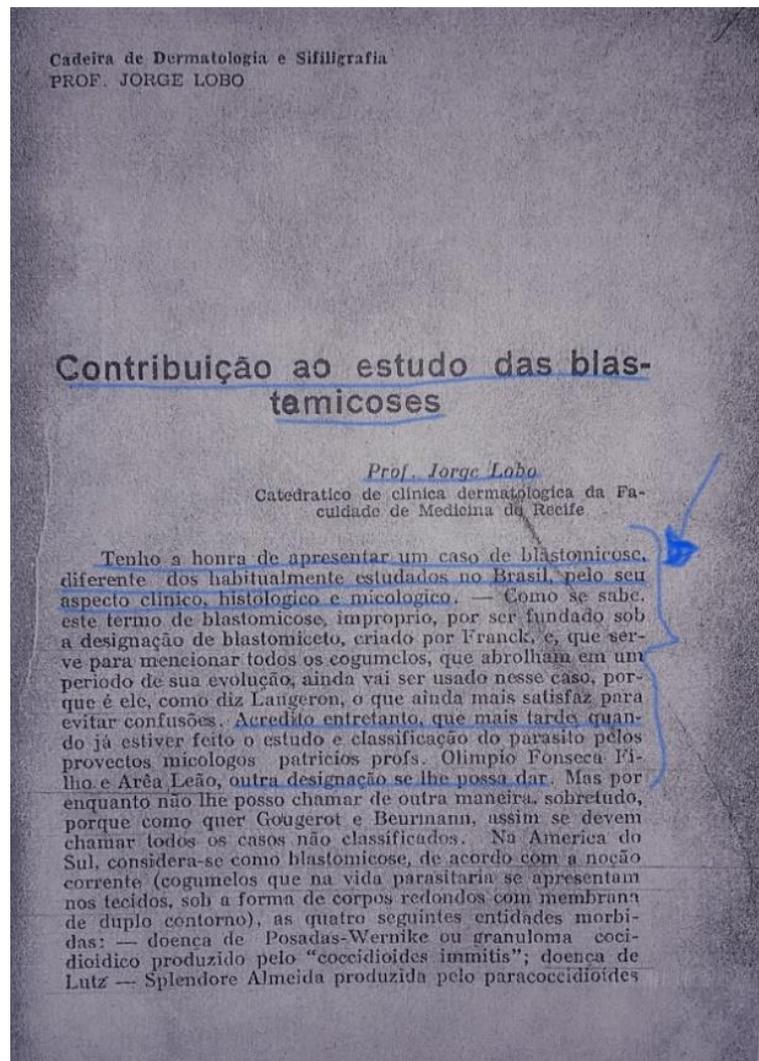
## APÊNDICE D – DEGENERAÇÃO DO FÍGADO

O autor discute o resultado do estudo, descrevendo o impacto da alimentação inadequada no fígado e nos intestinos. Artigo “Da gastro-enterite das crianças”, de Aggeu Magalhães, Anais da Faculdade de Medicina do Recife, v.1, n.1, 1934, coleção original sob guarda da Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da UFPE. Reprodução por fotografia, com marcação digital.



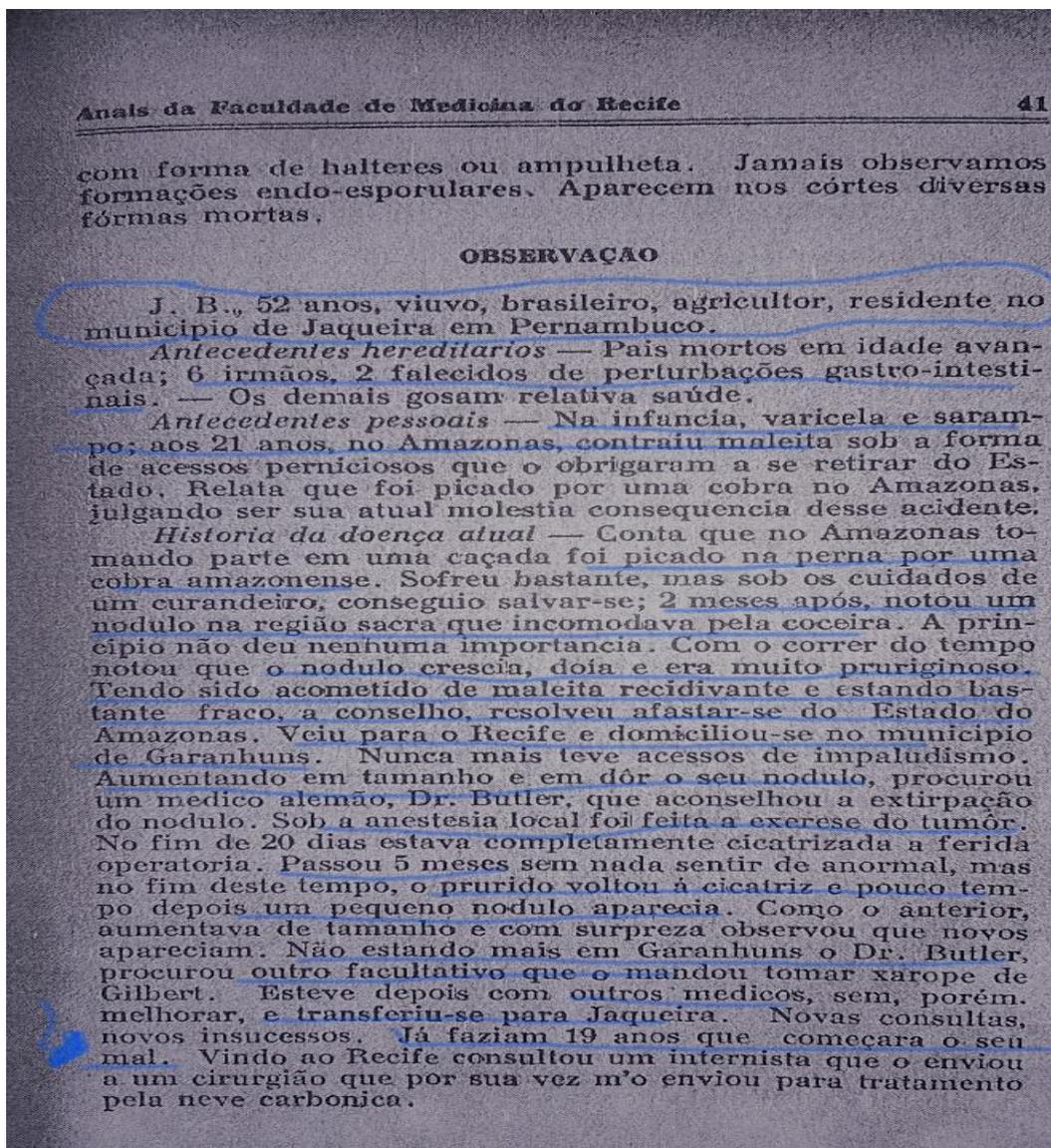
## APÊNDICE E – PRIMEIRO CASO DA DOENÇA DE JORGE LOBO

No artigo “Contribuição ao estudo das blastomicoses”, primeiro registro da Doença de Jorge Lobo na revista da escola médica, trata do caso do pernambucano que viveu na Amazônia, onde se infectou, e sofreu por 19 anos até receber o diagnóstico correto. Anais da Faculdade de Medicina do Recife, v.3, n.3, 1936. Reprodução por meio de fotografia.



## APÊNDICE F – PRIMEIRO CASO A DOENÇA DE JORGE LOBO

Indicadores de vulnerabilidades coletivas marcados no texto. Os antecedentes pessoais, de doença infecciosa na infância, e a mortalidade dos irmãos, por perturbações gastrointestinais apontam uma exposição coletiva. Artigo “Contribuição ao estudo das blastomicoses”, Anais da Faculdade de Medicina do Recife, v.3, n.3, 1936. Reprodução por meio de fotografia, com marcação digital



## APÊNDICE G – INFORMAÇÃO IMAGÉTICA

A fotografia, publicada no artigo “Contribuição ao estudo das blastomicoses”, focaliza a lesão na pele do paciente, mostrando toda a área de abrangência da micose. A imagem, reproduzida por fotografia e marcada por meio digital, sugere ser de paciente pardo. Anais da Faculdade de Medicina do Recife, n.3,v.3, 1936.

