



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Corpo, Imagem, Tuberculose: uma investigação histórica e etnográfica sobre o Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra.

Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Antropologia Médica, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Sandra Xavier (Universidade de Coimbra)

Fábio Fernando Silva Resende

2014

Agradecimentos

Apesar de a realização de um projeto de mestrado atribuir-se em grande medida ao trabalho desenvolvido pelo investigador, este representa igualmente o esforço e dedicação de várias pessoas.

Em primeiro lugar quero agradecer à minha orientadora científica, Professora Doutora Sandra Xavier. O seu apoio desde o princípio ao fim deste projeto foi incansável. A ela dou graças pela sua tolerância e compreensão inesgotáveis; por ter estado sempre presente para escutar as minhas dúvidas e as minhas incertezas sobre o projeto e com os seus comentários, sugestões, ideias, incentivos me conduzir ao rumo acertado da investigação, mas nunca esquecendo o rigor científico desejável e adequado que um trabalho académico de comportar.

Em segundo lugar gostaria de agradecer à Cristina Nogueira, responsável pela gerência do Centro de Documentação Bissaya Barreto, pela eterna disponibilidade que sempre demonstrou para responder a todas as minhas questões e pelo esmero e diligência com que sempre atendeu aos meus pedidos. A sua orientação foi preciosa durante o período que passei no Centro de Documentação, devendo-a imenso pelo conhecimento que adquiri sobre a obra de Bissaya. Quero agradecer também a confiança sempre demonstrada pelo meu trabalho, o que me incentivou bastante a prosseguir com este projeto.

Em terceiro lugar quero agradecer ao Dr. Paulo Cravo Roxo. A sua amabilidade, simpatia para com a minha presença no serviço do Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e sobretudo o seu interesse e curiosidade sempre demonstrados perante os propósitos desta dissertação, contribuíram imenso para que pudesse progressivamente adquirir confiança e segurança

na condução da investigação etnográfica. No entanto, gostaria igualmente de enaltecer a sua curiosidade evidenciada por temáticas diferenciadas do domínio da medicina e pela sua abertura em estabelecer uma relação de interdisciplinar com outras áreas do conhecimento científico. Contudo, gostaria também de agradecer pelo hospitalidade com que sempre fui recebido pelo profissionais residentes no CDP.

Por último, mas não menos importante, o maior dos meus agradecimentos vai para os meus amigos e para a minha família, com especial apreço pelos meus pais, pois devido sobretudo ao seu suporte emocional fui capaz de ultrapassar a etapa mais importante da minha vida. Para eles um grande bem haja!

Siglas e Abreviaturas

ARS - Administrações Regionais de Saúde

ANT - Associação Nacional aos Tuberculosos

B.C.G – Bacilo Calmette-Guérin

CAIS - Centro Acolhimento e Inserção Social

CDC- Central for Diseases Control and Prevention

CDP - Centro de Diagnóstico Pneumológico

CDPC - Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra.

DGS - Direção Geral da Saúde

E - Ethambutol

H - Isoniazida

IANT - Instituto da Assistência Nacional aos Tuberculosos

IGRA – Interferon Gamma Release Assay

JGDC - Junta Geral do Distrito de Coimbra

JPBL - Junta de Província da Beira Litoral

LNCT - Liga Nacional Contra a Tuberculose

N.D. – Não Determinado

PET – Positron Emission Tomography

PNT - Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose

R - Rifampicina

RM – Ressonância Magnética

S - Estreptomicina

S.D. – Sem Data

SRS - Sub-Região de Saúde

TAC – Tomografia Axial Computorizada

V.S.- Velocidade de Sedimentação

VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana

WHO - World Health Organization

Z - Piramizánida

Fig. - Figuras

Resumo

A presente dissertação de Mestrado em Antropologia Médica tem como propósito compreender o modo como a visualização do corpo humano se foi historicamente associando à produção de conhecimento biomédico sobre a saúde e a doença, o normal e o patológico. Em específico, nesta dissertação pretende-se compreender se o modo como o paciente experiencia corporalmente a tuberculose é (ou não,) influenciado pela forma como a biomedicina compreende e concebe a doença. O objeto de estudo escolhido para a realização da investigação em apreciação foi o Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra.

Com as descobertas bacteriológicas obtidas nos finais do séc. XIX, que confirmariam o caráter contagioso da tuberculose, iriam-se conduzir a transformações ao estatuto social da tuberculose. De forma a combater o agente bacilífero, mas também os hábitos individuais nocivos que seriam (indiretamente) responsáveis pela expansão da tuberculose, a medicina no país teria nesse período quer uma ação cuidadora, mas igualmente de disciplina e controlo dos corpos tuberculosos. Para o pensamento médico, só através da obediência aos preceitos máximos da higiene poderia conduzir-se à libertação desse terrível flagelo. Nestes ideais se orientariam as políticas de prevenção e assistências produzidas no âmbito da obra antituberculose dirigida por Bissaya Barreto no distrito de Coimbra. O organismo central responsável pela organização de toda a obra antituberculosa seria o Dispensário Central Antituberculoso do Pátio da Inquisição.

O Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra (CDPC) corresponde ao último dos estabelecimentos implementados em Coimbra, originários no antigo Dispensário. Nesse sentido, ao estabelecer o CDPC como objeto de estudo, será possível esclarecer como o exercício da medicina, em Coimbra, no âmbito do tratamento da tuberculose, poderá se ter modificado desde o período das políticas de Bissaya Barreto até à atualidade, considerando as suas implicações futuras na construção de uma experiência individual com a tuberculose.

Palavras-chave: Corpo, visualização médica, tuberculose, disease, illness, Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra.

Abstract

This Master thesis in Medical Anthropology aims to understand how the visualization of the human body has been historically associating with the production of biomedical knowledge about the health and disease the normal and pathological. In specific, in this thesis wants to understand if the way the patient experience bodily tuberculosis is (or not), determined by how biomedicine understands and conceives disease. The object of study chosen for the research in question was the Centre of Diagnostic Pulmonology of Coimbra.

With the bacteriological findings obtained in the final XIX century, that would confirm the contagious nature of tuberculosis, would itself lead to changes to social status of tuberculosis. In order to combat the bacilliferous agent , but also the harmful individual habits that would be (indirectly) for the spread of tuberculosis, medicine in Portugal would have a caring action, but also of discipline and control of tubercular bodies. For medical thinking, only though obedience to the maximum precepts of hygiene, could lead to the release of this terrible scourge. These ideals would guide the prevention and assistance policies produced within the antituberculosis work directed by Bissaya Barreto in the district of Coimbra. The central body responsible for the organizing of all this work would be the Central Antituberculosis Dispensary of the Courtyard of Inquisition.

The Centre of Diagnostic Pulmonology of Coimbra is the last of the establishments implemented in Coimbra, originating in the ancient Dispensary. Accordingly, to establish the CDPC as the study subject, it will be possible to clarify how the practice of medicine under the treatment of tuberculosis, in Coimbra, may have changed since the period of the implemented policies of Bissaya Barreto to the present day, considering its future implications in the making of an individual experience of tuberculosis.

Key-words: Body, medical visualization, tuberculosis, disease, illness, Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra

Índice

Agradecimentos.....	iii
Siglas e Abreviaturas.....	v
Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
Índice de Figuras.....	xi
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – O corpo numa perspetiva antropológica.....	5
1.1.Marcel Mauss e “ <i>As técnicas do corpo</i> ”.....	5
1.2.Mary Douglas – Hierarquia de um corpo bidimensional.....	6
1.3.Nancy Scheper-Hughes e Margaret M. Lock – Os “três” corpos.....	8
1.4.Antropologia médica e a crítica a uma biomedicina do corpo.....	12
CAPÍTULO II - Pensamento médico e corpo como último destino – apontamentos históricos.....	16
2.1. Hipócrates e o rumo inicial da medicina.....	16
2.2. A expansão do conhecimento anatómico e a modificação do estatuto do corpo.....	18
2.3. O desenvolvimento da perspetiva mecanicista e sua influência na compreensão dos processos biológicos do corpo.....	26
CAPÍTULO III – A construção do Visível e do Invisível pela biomedicina e suas repercussões no desenvolvimento de uma relação entre médico-paciente.....	29
3.1.Instrumentos e dispositivos médicos na construção de uma imagem sobre o corpo.....	29
3.1.1 Estruturas e dispositivos de observação anatómica.....	30
3.1.2 Microscopia.....	32
3.1.3 Fotografia.....	34
3.1.4 Raio-x/Radiografia e o campo da imagiologia médica.....	37

3.1.5	Imagens produzidas em (outros) exames complementares de diagnóstico.....	40
3.2.	O corpo que se fragmenta.....	41
3.3.	A constituição do <i>visível</i> através da construção de um discurso de poder.....	44
3.4.	Constituição de imagens num ciclo de construção científica/médica.....	47
3.4.1	Produção de inscrições (imagens).....	47
3.4.2	As imagens num ciclo de acumulação.....	49
3.4.3	Criação de ignorância na construção do conhecimento.....	50
3.5.	Objectividade.....	51
3.6.	Disease/Illness: Conceção biomédica do corpo doente e a experiência individual da doença.....	53
CAPÍTULO IV –A conceção biomédica da tuberculose e as políticas desenvolvidas no âmbito da obra antituberculose de Bissaya Barreto.....		57
4.1.	Dados estatísticos atuais sobre a tuberculose apresentados pela biomedicina...	57
4.2.	Patologia (origem, transmissão, diagnóstico e tratamento).....	58
4.3.	A conceção médica e social sobre a tuberculose ao longo da história.....	62
4.4.	O desenvolvimento da assistência nacional à tuberculose em Portugal.....	67
4.5.	A Obra Antituberculose de Bissaya Barreto.....	70
4.5.1	Sanatórios.....	72
4.5.2	Obra de Grancher.....	74
4.5.3	Dispensário.....	77
CAPÍTULO V – Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra – um contato próximo com formas de conceber a experiência da tuberculose no seio de interações estabelecidas entre profissionais de saúde e pacientes.....		83
5.1.	Constituição dos CDP e suas funcionalidades.....	83
5.2.	O Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra (CDPC).....	86
5.2.1	Consultas do Dr. Paulo Roxo.....	89
5.2.2	Ações de rádio rastreio.....	94
5.2.3	Arquivo.....	99
5.2.4	Entrevistas.....	102
CONCLUSÃO.....		109

BBIBLIOGRAFIA.....	113
ANEXOS.....	129

Índice de Figuras

Figura 1 - Representação diagramática do corpo humano.....	20
Figura 2 - Representações visuais demonstrando a condução de uma dissecação humana.....	21
Figura 3 - Gravuras de partes anatómicas presentes nos livros de <i>De fabrica</i>	24
Figura 4 - Prancha anatómica representando um esqueleto numa paisagem de fundo.....	25
Figura 5:	
a) Ilustração que representa a interligação do cérebro, nervos, músculos e da visão na obtenção do movimento.....	28
b) Visão mecanicista do corpo humano.....	28
Figura 6 - Gravação em chapa de cobre demonstrando um teatro anatómico representativo da da Universidade de Pádua.....	30
Figura 7 - Gravura anatómica a quatro cores de D' Agoty.....	31
Figura 8 Figura de um tubérculo de bioplasma presente no revestimento de uma artéria da pia-máter.....	33
Figura 9:	
a) Tábua colorida evidenciando uma mulher sofrendo de uma patologia dermatológica (<i>Syphiloderma tuberculosum</i>).....	35
b) Fotografia de uma paciente residente no Hospital de Saint-Louis em Paris, que sofria de uma doença cutânea inflamatória (<i>Pemphigus foliacé</i>).....	35
Figura 10 - Fotorafias retiradas a uma paciente internada no Hospital da Salpêtrière, diagnosticada com uma patologia denominada por Charcot de histero-epilepsia.....	36

Figura 11 – Representação cónica sobre a produção de uma radiografia.....	38
Figura 12 – Imagens representativas de deformações produzidas numa mão por uma osteíte sífilítica.....	39
Figura 13:	
a) Exemplo de um hemograma.....	41
b) Exemplo de um electrocardiograma.....	41
c) Exemplo de um espirograma.....	41
Figura 14 - Figuras indicativas de variegadas técnicas de imagiologia médica.....	43
Figura 15:	
a) Raio-X frontal do tórax com a presença de um nódulo calcificado (nódulo de Ghon) no lobo superior do pulmão direito (assinalado na seta).....	61
b) Raio-X frontal do tórax com a presença de cavitação no lobo intermédio do pulmão direito (assinalado na seta).....	61
Figura 16 – Propaganda que visa enaltecer a procura individual de um estilo de vida saudável e fisicamente ativa.....	71
Figura 17 - Galeria de cura do Sanatório Colónia Portuguesa do Brasil.....	73
Figura 18 - Sala de Raio-X do Dispensário do Pátio da Inquisição.....	78
Figura 19:	
a) Selo antituberculoso que representa a figura da assistência à tuberculose.....	82
b) Imagem de mais um selo antituberculoso.....	82
c) Figura que representa o triunfo da força disciplinadora da higiene.....	82
d) A tuberculose como a encarnação da Morte alada.....	82

Figura 20 - Cartazes apelando à profilaxia da tuberculose, através dos meios profiláticos: a vacinação pelo B.C.G. e o rastreio periódico dos pulmões, pela radiografia.....84

Introdução

Esta dissertação tem como propósito compreender de que forma a experiência do corpo com tuberculose é construída numa relação estabelecida entre médico e paciente. Em específico, pretende-se esclarecer se o modo como o paciente experiencia corporalmente a tuberculose é (ou não) determinado pelo modo particular como a biomedicina compreende e concebe a doença. O objeto de estudo escolhido para realização da investigação etnográfica foi o Centro Diagnóstico Pneumológico de Coimbra.

A tuberculose foi ao longo da história uma doença que sempre esteve associada com transformações decorrentes em contextos socioculturais europeus. Doença do consumo do corpo, mas também da alma, a Peste Branca (como mais tarde a denominariam) seria representada na história com vários significados, por vezes opostos: na Idade Média correspondia ao castigo divino em punição de um pecado cometido; na época do Romantismo uma correspondência da beleza sensual e voluptuosa presente nos corpos pálidos e elegantes, mas também das paixões inflamadas e dos espíritos sensíveis e criativos. Contudo, com as descobertas de caráter bacteriológico obtidas nos finais do séc. XIX e que confirmariam o caráter contagioso da tuberculose, iria-se produzir novas transformações no estatuto social da tuberculose: esta progressivamente se transforma na doença que prolifera nos habitats miseráveis de famílias indigentes, e que se alimenta dos comportamentos excessivos e degradantes. O papel que a medicina iria ter no quotidiano das coletividades, sobretudo naquelas que demarcadas pelo flagelo da tuberculose, iria ser considerável. Em Portugal a situação não seria diferente.

De forma a combater o agente bacilífero, mas também os hábitos individuais nocivos que seriam (indiretamente) responsáveis pela expansão da tuberculose, a medicina no país iria desenvolver nesse período uma ação, não só cuidadora, mas igualmente de disciplina e controlo dos corpos. Para o pensamento médico só através da obediência aos preceitos máximos da higiene poderia conduzir-se à libertação desse terrível flagelo. Nestes ideais se orientariam as políticas de prevenção e assistências produzidas no âmbito da obra antituberculose dirigida por Bissaya Barreto no distrito de Coimbra.

No âmbito da luta antituberculose conduzida em Portugal, Coimbra teve uma figura de destaque. Sob o comando da personalidade do Professor Dr. Bissaya Barreto, edifica-se uma obra antituberculosa de carácter médico e social como dificilmente se constatava no país. Abarcando com o seu armamento antituberculoso a população do concelho de Coimbra, mas também da região das Beiras, a obra antituberculosa de Bissaya Barreto visava a todos os indivíduos de todos os estratos sociais, mas em especial aos indivíduos ou famílias mais carenciadas submetidas ao flagelo da tuberculose. À sua obra correspondia a missão de educação das massas populares, que deveriam inquestionavelmente se submeter aos princípios máximos da higiene e da disciplina dos corpos. O Dispensário Central Antituberculoso do Pátio da Inquisição - estrutura central na organização de toda a obra antituberculosa -, além de estabelecimento com competências de ação preventiva, seria o ponto principal de divulgação e aplicação destes preceitos basilares de higiene e disciplina, que cimentavam toda a política de profilaxia e assistência à tuberculose na obra antituberculosa de Bissaya Barreto.

O Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra (CDPC) corresponde ao último sucessor dos estabelecimentos implementados em Coimbra, originários no antigo Dispensário. Nesse sentido, ao estabelecer o CDPC como objeto de estudo, será possível esclarecer como o exercício da medicina, em Coimbra, no âmbito do tratamento da tuberculose, poderá se ter modificado desde o período das políticas de Bissaya Barreto até à atualidade e de que forma isso poderá ter implicações na forma do paciente construir a sua experiência individual com a tuberculose.

Esta dissertação começa com um enquadramento teórico em articulação com os seus propósitos de estudo.

No Capítulo I – “O corpo numa perspetiva antropológica”, expõem-se algumas das principais ideias no âmbito dos estudos da antropologia do corpo e da antropologia médica. Os argumentos iniciais de Marcel Mauss, Margaret Mead e Schepher-Hughes e Lock vêm contrapor a ideia de que a noção de corpo é uma conceção inata, mas sim uma construção gradual determinada por uma contínua interação do indivíduo com o seu meio sociocultural. No entanto, pelo facto de o corpo ser o intermédio da experiência adquirida entre estes dois elementos (indivíduo e meio ambiente) torna-se

ele mesmo o principal modelo, o símbolo básico e natural no qual se podem compreender todos outros sistemas – como a sociedade e a cultura –, pois ele é moldado por esses sistemas. Desse modo, os seus argumentos interligam-se com as ideias defendidas no domínio da antropologia médica, na qual se critica a atitude apresentada pela ciência biomédica de obstrução e recusa perante outras formas – individuais ou coletivas - de conceber e experienciar processos de saúde e doença.

Em seguida, no Capítulo II – “Pensamento médico e corpo como último destino – apontamentos históricos” estabelece-se uma pequena resenha sobre algumas transformações implementadas na história da medicina (ocidental) que foram determinantes para a edificação gradativa do conhecimento médico. Desde Hipócrates no séc. V a.C. ao período da Revolução Científica no séc. XVII se produziram várias descobertas que contribuíram para um incremento do conhecimento médico sobre a composição, organização e funcionamento do corpo humano. No entanto, a concepção do corpo humano enquanto estrutura estritamente biológica e maquinal, não se produziu inalteradamente e imutavelmente ao longo da história da medicina. Esta concepção (médica) do corpo humano se construiu devido a contínuas mudanças culturais introduzidas no seio da medicina - e igualmente da ciência em geral.

Posteriormente, no Capítulo III – “A construção do Visível e do Invisível pela biomedicina e suas repercussões no desenvolvimento de uma relação entre médico-paciente” pretende desenvolver os argumentos previamente apresentados à luz de uma questão: De que forma a produção de dispositivos de visualização (e divulgação) médica pode estar interligada com a produção de uma *imagem*¹ médica do corpo? Neste ponto argumenta-se que a produção histórica de dispositivos de visualização direcionados para a prática da medicina foi determinante para a constituição de um conhecimento médico sobre o corpo cada vez mais restringido e centrado em unidades biológicas – anatômica, fisiológica, celular, patológica – em fragmentos da sua existência. Ou seja, os mesmos instrumentos que complementam a aquisição de um conhecimento médico cada vez mais “profundo”, “claro”, “transparente”, “realista” sobre o corpo, condicionam por seu turno a capacidade de este aceitar e compreender uma experiência integral do corpo, nomeadamente na doença. Os efeitos provocados nesta construção contínua de aspetos visíveis (*disease*) sobre fenómenos invisíveis

¹ Neste ponto a noção de *imagem* não apenas se associa a uma produção visual, mas também a uma determinada construção conceitual do corpo.

(*illness*), contribuem para consolidar uma perspetiva biomédica que dicotomiza e constringe a experiência individual da doença.

No Capítulo IV – “A conceção biomédica da tuberculose e as políticas desenvolvidas no âmbito da obra antituberculose de Bissaya Barreto”, pretende-se sobretudo analisar o modo como a medicina exercida no âmbito da obra antituberculose de Bissaya Barreto era direcionada para a população do distrito de Coimbra e da região da Beiras. A medicina desenvolvida no âmbito da obra antituberculose, não obstante os objetivos principais pelos quais era movida, tinha de fato uma forte componente social. Apesar de desenvolver um sistema considerável ao nível de cuidados de saúde para a tuberculose (rastreamento e tratamento), Bissaya Barreto entendia que apenas através de um *pensamento social*, no qual o médico concebe o doente em relação ao meio ambiente a que pertence, se poderia de fato combater o flagelo da tuberculose.

Este capítulo será bastante importante para se compreender o capítulo seguinte eminentemente etnográfico. Nesse sentido, pretende-se compreender se esse tipo de medicina desenvolvido no período da obra de Bissaya, que se orientava não só para doença, mas também para o doente permanece no atual CDPC, ou se por ventura, se foi progressivamente perdendo para uma medicina desenvolvida somente em torno da anomalia patológica.

O tipo de metodologia que foi utilizada para a produção desta dissertação resulta de um cruzamento entre análise de documentos históricos – circunscritos quer à temática da obra antituberculose de Bissaya Barreto, quer à história da medicina, sociologia (da comunicação, da saúde), filosofia, estudo dos media, nunca esquecendo as áreas da antropologia médica e do corpo - com a interpretação de informação obtida no âmbito da investigação etnográfica.

CAPÍTULO I - O corpo numa perspetiva antropológica

Cabeça, tronco, membros. Órgãos, tecidos, moléculas. Nesta cadeia de elementos orgânicos associados num sistema biológico dinâmico produz-se o resultado final do corpo (humano). Um somatório de partes materiais, que constituem um todo complexo natural. Porém, será que esta visão do corpo é partilhada por todo ser humano, ou, por ventura, que esta condição material, composta numa *realidade* inteiramente orgânica, biológica (e natural), somente representa uma forma de conceção particular e específica de um grupo social / sociedade? Poderá essa conceção (inteiramente) biológica do corpo ser determinada por uma organização cultural singular, constituída por um sistema de crenças, saberes, valores, práticas que são padronizados e circunscritos à vida individual e coletiva de determinado grupo social / sociedade? Será que poder-se-á conceber verdadeiramente o corpo, como uma imaculada e pristina criação natural, ou, por sua vez, o corpo representa-se como um produto de carácter social, um produto que incorpora em si diferentes categorias, diferentes significados, diferentes simbologias, segundo as transformações culturais estabelecidas ao longo da história de um grupo social / sociedade? Através do contributo da antropologia no âmbito dos estudos do corpo, pode-se obter uma melhor compreensão sobre estas questões

1.1. Marcel Mauss e “*As técnicas do corpo*”

Quando se reflete sobre estudos direccionados para a antropologia do corpo, indubitavelmente ter-se-á que nomear Marcel Mauss (1872 - 1950) e sua obra de *As técnicas do corpo*² (1934). Para Mauss, o corpo evidencia-se como o intermediário primordial entre o indivíduo e o ambiente externo, o instrumento principal da condução da experiência humana e das transformações eternamente edificadas com o mundo em redor. Contudo, esta intermediação não se efetua aleatoriamente, mas sim através de *técnicas do corpo*. Segundo Mauss, o “...corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem. Ou, mais exatamente, sem falar de instrumento: o primeiro e mais natural objeto técnico, e ao mesmo tempo meio técnico, do homem é o seu corpo” (Mauss, 2005 [1950]: 407).

² Segundo Mauss, as técnicas do corpo correspondem às “...maneiras pelas quais os homens, de sociedade a sociedade, de uma forma tradicional, sabem servir-se do seu corpo” (Mauss, 2005 [1950]: 401).

O corpo constitui-se desta forma como uma estrutura de características maleáveis, um “equipamento” de múltiplas capacidades e potencialidades. Porém, o corpo não é um diamante em bruto. Ao longo da sua socialização, o corpo sofre gradualmente um processo de instrução e adestramento, de disciplinarização performativa constituindo comportamentos, gestos que determinam e são determinados por práticas de composição sociocultural específicas e locais:

“ [A] adaptação constante a um objetivo físico, mecânico, químico (...) é efetuada numa série de atos montados [- técnicas corporais -] e montados no indivíduo não simplesmente por ele próprio mas por toda a sua educação, por toda a sociedade da qual faz parte, conforme o lugar que nela ocupa” (Mauss, 2005 [1950]: 408).

Para Mauss o corpo é um meio, um instrumento, um “objeto técnico” (Mauss, 2005 [1950]: 407), uma matéria-prima moldada pela cultura, que inscreve nas margens corporais as linhas da diferenciação social. Desta forma, o corpo, nunca pode alcançar um qualquer estado associal, um qualquer “estado natural” (Mauss, 2005 [1950]).

1.2. Mary Douglas – Hierarquia de um corpo bidimensional

Mary Douglas (1921 – 2007) publica em 1966 “Purity and Danger: Analysis of Concepts of Pollution and Taboo”. Considerado como um dos textos chave da antropologia social, Douglas explica como o conceito de sujidade/poluição se encontra intimamente associados às estruturas sociais e culturais do indivíduo. Noções gerais de sujo e limpo, impuro ou puro constituem formas particulares dos indivíduos observarem e agruparem o seu mundo externo, que refletem por sua vez, as construções produzidas pelas sociedades sobre sistemas de carácter fundacional, como o sagrado e profano, a ordem e desordem (Douglas, 2001 [1966]). No entanto, existe um mensageiro, um arauto que estabelece essa correlação sistémica: o corpo. Em semelhança ao proposto por Mauss, Douglas confere a esse mesmo corpo um papel de condução de experiências simbólicas entre pontos internos e externos (indivíduo – sociedade) diferenciados e ao mesmo tempo complementares: “Assim como é verdade que tudo simboliza o corpo, também é igualmente verdadeiro que o corpo simbolize tudo o resto” (Douglas, 2001 [1966]: 123, tradução de minha autoria)

O corpo afirma-se, para Douglas, como um símbolo natural³. Em primeira (e última) medida o corpo se determina como o ponto de reflexão para o estudo de outras estruturas, de outros sistemas. O corpo se evidencia como um espelho estrutural, um ponto de espelhamento simbólico, sendo que observando-o nas suas variadas particularidades espelha a construção simbólica da sociedade ao qual está presente:

“O corpo é um modelo que pode suportar para qualquer sistema delimitado. As suas fronteiras representam quaisquer divisões que são ameaçadas ou precárias. O corpo é uma estrutura complexa. As funções das suas diferentes partes e a sua relação concedem uma fonte de símbolos para outras estruturas complexas” (Douglas, 2001 [1966]: 116, tradução de minha autoria)

Todavia, por sua vez, o corpo não é apenas um corpo só.

Douglas publica o seu próximo livro em 1970, denominado “Natural Symbols: Explorations in Cosmology”, analisando o modo como se constituem os sistemas naturais de simbolização⁴ (Douglas, 2002 [1970]). Douglas argumenta que a realidade corporal não existe unicamente num corpo, mas em dois: um corpo individual, físico e um corpo social. Um sistema bipartido, mas contudo, não bilateral. Douglas considera que a interligação estabelecida entra as duas estruturas não se estabelece de modo unívoco, mas através de uma hierarquização estabelecida, determinada por um jogo de forças e pressões, resultando por último no domínio do corpo social sobre o corpo físico. A estrutura física, individual, existe, mas não de forma liberal. A relação bilateral conjuga-se, mas não voluntariamente. As rédeas motivacionais da pequena condição física corporal encontram-se sediadas na sociedade que a cerca, decidindo dessa forma a expressividade do seu ser:

“A experiência física do corpo, sempre modificada pelas categorias sociais através dos quais é conhecido, sustenta um olhar particular da sociedade. Existe uma troca contínua de significados entre os dois tipos de experiência corporal, de modo que cada um reforce as categorias do outro. Como resultado desta interação, o corpo em si é um meio de expressão extremamente restringido (...) O cuidado que lhe é determinado, na limpeza, alimentação e terapia, as teorias

³ Contudo indica que essa tendência natural se encontra sempre revestida de uma história e cultura locais.

⁴ Definem-se sistemas naturais de simbolização, como o modo como os sistemas sociais interrelacionam com os sistemas simbólicos produzidos, através da mútua relação entre corpo social e corpo individual (Douglas, 2001 [1970]).

sobre o que é necessário na forma de dormir e exercitar, sobre estágios que deve percorrer, a dor que pode suportar, o seu tempo de vida, todas as categorias culturais nos quais é percebido, devem se correlacionar estreitamente com as categorias no quais a sociedade é compreendida, na medida em que essas se esboçam sobre a mesma ideia culturalmente processada do corpo” (Douglas, 2002 [1970]: 69, tradução de minha autoria)

A integridade do corpo físico é, no entanto, ainda mais melindrosa. Douglas afirma que a pressão exercida pelo posto superior do corpo social sobre o corpo físico resulta em outro tipo de consequência: na mesma medida que comprime a extensão da “liberdade” da expressão do corpo físico, o corpo social retira gradualmente a sua materialidade (corpo físico), submetendo-o finalmente a uma substância sublimada⁵, desincorporada. Atinge-se deste modo, a *regra da pureza*, definida por Douglas (Douglas, 2002 [1970]).

1.3. Nancy Scheper-Hughes e Margaret M. Lock – Os “três” corpos

A referência dos conceitos desenvolvidos por Scheper-Hughes e Lock em “The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology” (1987) revela-se de considerável relevância na prossecução das reflexões estabelecidas, visto que tenta integrar um discurso antropológicamente instituído sobre a problemática do corpo no âmbito do ramo da antropologia médica (Scheper-Hughes e Lock, 1987).

A base da sua argumentação estrutura-se pela determinação de três pontos conceituais, diferenciados, mas contudo interligados, os *três corpos*: o corpo individual; o corpo social e o corpo político (Scheper-Hughes e Lock, 1987). Segundo as autoras estes corpos definem-se:

“ Em primeiro (...) plano, entendido no sentido fenomenológico da experiência vivida do eu-corpo, está o corpo individual (...) as partes

⁵ Douglas indica que essa sublimação pode ser explicada por uma ambivalência de conceitos de formalidade e informalidade comportamental: comportamentos mais formais respeitam estruturas sociais em que os papéis individuais encontram-se firmemente estabelecidos, manifestamente articulados, mas também socialmente mais distantes; comportamentos de caráter informal evidenciam-se de forma oposta, definidos por uma menor definição dos papéis individuais e uma maior proximidade entre os indivíduos. Comportamentos de caráter formal pertencem a sistemas de classificação mais complexos e por sua vez a sistemas de valorização e pressão hierárquica do polo cultural sobre o polo natural (Douglas, 2002 [1970]).

constituintes do corpo – mente, matéria, psique, alma, ego, etc.. – e suas relações entre si e os modos nos quais o corpo é experienciado e recebido na saúde e na doença são (...) extremamente variáveis.

Em segundo nível de análise está o corpo social, atribuído aos usos representacionais do corpo como um símbolo natural com o qual se pensa sobre a natureza, sociedade e cultura (...). O corpo na saúde oferece um modelo de totalidade orgânica; o corpo na doença oferece um modelo de desarmonia, conflito e desintegração social. Reciprocamente, a sociedade na “doença” e na “saúde” proporciona um modelo para compreensão do corpo.

No terceiro nível de análise está o corpo político, referente à regulação, vigilância e controlo dos corpos (individuais e coletivos) na reprodução e sexualidade, no trabalho e no lazer, na doença e outras formas de diferença e desviância humanas” (Scheper-Hughes e Lock, 1987: 7-8, tradução de minha autoria).

Scheper-Hughes e Lock advogam que as ciências ocidentais – destacando em particular o papel da medicina clínica ocidental (biomedicina) – orientam-se por um princípio secular, enraizado num legado cartesiano defensor da filosofia dicotômica entre a mente e o corpo (dualismo Cartesiano): um princípio dicotômico que divide o indivíduo entre uma entidade tangível, orgânica e mecânica (corpo) e uma entidade intangível e transcendental (mente), que divide a matéria do espírito, o natural do sobrenatural, o real do irreal. No exemplo específico das ciências biomédicas, o corpo é observado sob uma postura analítica materialista, pois apenas o carácter biológico do corpo é suscetível de compreensão, pois somente este é palpável, constatável e capaz de uma análise verdadeiramente clínica, se opondo por sua vez a um lado que por transcendental e impalpável, se demarca da margem da realidade, resultando num estado clinicamente não diagnosticável. A visão dualista Cartesiana é uma visão que fragmenta, que divide em cenários “reais”, porque categorizáveis, elementos constitutivos da essência humana. Essa visão dicotômica extravia a possibilidade de uma conceção conscienciosa (*mindful*) e integral da experiência individual, uma perspectiva holística e abrangente das partes integrais que constituem o todo existencial do indivíduo (Scheper-Hughes e Lock, 1987).

O corpo – à imagem das teorias simbólicas de Douglas – expõe-se como um símbolo natural, um elemento simbólico que expressa, através da sua multitude de movimentos, formas e produtos a disposição social do indivíduo. A constituição simbólica da sua estrutura permite estabelecer a presença de representações culturais que revelam modos específicos de construção social, de perspectivas singulares da sociedade e das relações sociais estabelecidas no quotidiano⁶.

Deste modo, pensar sobre a conceção biomédica do corpo é pensar sobre uma forma particular de representação social. A visão dualista da ciência biomédica, que reparte a experiência corporal em elementos dissociados (corpo e mente), simboliza igualmente uma construção social do relacionamento humano que perspetiva o corpo como compartimentado, segmentado e situacional. A esse fator junta-se um paralelismo mecanicista, fruto de uma era ideologicamente industrial, um novo simbolismo que equaciona a existência do corpo a uma similitude maquinal (Scheper-Hughes e Lock, 1987).

Contudo, mais do que uma construção metafórica da realidade, uma representação da ordem social e das relações que estabelecem-se entre si, o corpo sobretudo, exhibe as relações de poder e de controlo contraídas entre o indivíduo e a sua sociedade. Reações de controlo e vigilância, geradas por ideias de medo, confronto ou ameaça social afetam não apenas os limites de expressão e condutividade comportamental da sociedade, mas estabelecem-se de igual modo nas fronteiras do corpo individual⁷. No entanto, os mecanismos de controlo e de vigilância não são universalmente uniformes. Estes representam um código social específico, desenvolvido nos termos culturais, “...para a domesticação do corpo individual em conformidade com as necessidades da ordem política e social” (Scheper-Hughes e Lock, 1987: 26, tradução de minha autoria). Tome-se novamente o exemplo biomédico.

O desenvolvimento da ciência biomédica conduziu a alterações profundas na organização da vida social e pública das sociedades modernas e industriais. Integrada

⁶ “O organismo humano e seus produtos naturais de sangue, leite, lágrimas, sêmen e excreções podem ser usados como mapas cognitivos para representar outras relações naturais, sobrenaturais, sociais e mesmo espaciais. O corpo, como observado por Mary Douglas, é um símbolo natural proporcionando algumas de nossas fontes mais valiosas de metáforas. [As] construções culturais de e sobre o corpo são úteis em sustentar visões particulares das relações sociais e da sociedade” (Scheper-Hughes e Lock, 1987: 19, tradução de minha autoria).

⁷ “Quando o sentido de ordem social é ameaçado (...) os símbolos de autocontrolo tornam-se intensificados juntamente com os de controlo social. As fronteiras entre os corpos individual e político [nesse sentido] tornam-se indistintos” (Scheper-Hughes e Lock, 1987: 24, tradução de minha autoria).

profundamente na malha estrutural das sociedades ocidentalizadas, a biomedicina estabeleceu gradualmente um regime de controlo sobre os corpos singulares dos indivíduos, alterando a perceção dos seus moldes e limites corporais. Ao determinar a experiência de cada um (na doença) numa compreensão restritiva, circunscrita somente nos meandros do entendimento patológico – equacionada através das suas proliferativas e específicas categorizações nosológicas –, a biomedicina não apenas está a compartimentar a realidade singular de cada um, mas também a restringir gradativamente a sua existência dentro dos seus parâmetros de normalidade. Quanto mais o conhecimento biomédico se expande, na mesma medida o sujeito deverá questionar-se sobre a normalidade do seu corpo e estabelecer uma postura de vigilância mais apertada. Nesse mundo de incerteza e preocupação, onde paira o cisma da *medicalização* perpétua, o controlo do corpo individual é sobretudo um controlo biomédico (Scheper-Hughes e Lock, 1987).

Após a exposição dos argumentos de alguns autores desenvolvidos em estudos antropológicos sobre o corpo pode-se verificar a presença de uma ideia chave: a conceção do corpo como uma estrutura natural, estabelecida nos limites de uma constituição inteiramente biológica – uma conceção que circunscribe a experiência corporal (individual) em aspetos orgânicos, químicos e mecânicos -, é no entanto uma construção simbólica intrinsecamente interligada com uma realidade sociocultural específica. Essa construção simbólica, no entanto, através de uma análise profunda, se estabelece como um “espelho” estrutural, um instrumento que permite conceder nas suas linhas corporais uma melhor compreensão quer sobre a organização das relações estabelecidas numa determinada sociedade / grupo social, bem como da organização dos códigos e padrões culturais – valores, normas, crenças – que são constitutivos dessa mesma sociedade / grupo social.

Contudo outra ideia fulcral surge na observação desses argumentos – e que constitui o ponto basilar do trabalho em consideração, quer no ponto de vista teórico como empírico: no desenvolvimento de um estudo antropológico sobre o corpo nunca se deve olvidar a multitude de ligações – sentimental, individual, social, política, etc.. que através do corpo se estabelece ao longo da vida. Esta multitude de ligações não se

encerra em fronteiras específicas da realidade social, mas constituem uma rede complexa em que seus elementos interagem e se influenciam mutuamente.

1.4. Antropologia médica e a crítica a uma biomedicina do corpo

Segundo a “Enciclopedia of Medical Anthropology” (2004), a antropologia médica define-se como: “Um ramo da antropologia que estuda todos os aspectos de fenômenos relacionados à saúde (saúde, doença, e assistência médica); considera os sistemas culturais assim como os efeitos de ambientes locais e sociais e políticos em todo o mundo” (Ember e Ember, 2004: xxxv, tradução de minha autoria). Constituída nos princípios da investigação antropológica, a antropologia médica confere uma percepção transcultural de comportamentos e práticas sociais em sistemas de cuidados de saúde diversos. Permite estabelecer uma compreensão de orientações culturais demonstrativas de sistemas de crenças sobre saúde e doença, diferenciadas dos modelos biomédicos, estabelecendo na mesma medida uma análise comparativa e crítica sob a qual a ciência biomédica pode ser examinada. Ao estabelecer a mesma visão etnográfica desenvolvida em sistemas culturais e étnicos não ocidentalizados, a antropologia médica congregou ferramentas metodológicas e analíticas consideráveis de documentação e interpretação dos processos discursivos e conceituais do cenário biomédico (Kleinman, 1997; Lupton, 2003; Ember e Ember, 2004; Lock e Nguyen, 2010).

A biomedicina, sob o ponto de vista antropológico, exerce uma notável influência nos comportamentos, práticas e percepções das sociedades atuais. As ideologias estabelecidas sobre conceitos tão vulgares de um corpo saudável, um corpo doente, um corpo masculino ou feminino, um corpo sexualmente conforme, um corpo fisicamente e psicologicamente estável, um corpo morto e um corpo vivo, encontram-se intrinsecamente interligadas com as concepções biomédicas do corpo. O que é belo e feio, normal e anormal, saudável e doente é determinado consideravelmente pela medicina ocidentalizada. Existe neste sentido um padrão: o padrão da dicotomia, pois a existência das categorias biomédicas funcionam em grande medida – como previamente indicado – por uma oposição de significados. Contudo esta postura dicotômica traz consequências, pois na senda biomédica em fundamentar a experiência individual do

corpo - nas suas várias expressões – através de classificações clínicas estanques e antagónicas, compromete-se quer a possibilidade de comunicação com formas culturais de percepção dos fenómenos de saúde e doença diferentes, quer a possibilidade de estabelecer uma compreensão com pontos de vista individuais sobre esses mesmos fenómenos. (Scheper-Hughes e Lock, 1987; Good *et al.*, 1994; Kleinman, 1988, 1997; Lupton, 2003; Ember e Ember, 2004; Lock e Nguyen, 2010)

A problemática do conceito de doença na ciência biomédica revela-se, neste modo, uma das principais questões abordadas pela antropologia médica. Estruturada sob uma perspetiva basilar de compreensão dos fenómenos humanos essencialmente circunscrita na análise das alterações biológicas e corporais, a biomedicina transpõe a condição da doença nos limites de uma percepção meramente patológica, apenas observável na extensão de circunstâncias patológicas que modificam negativamente o funcionamento normal do corpo.

Criticamente a antropologia médica vem contrapor a posição biomédica afirmando que a constituição da doença deve incorporar tanto bases explicativas biológicas como sociais. As relações individuais são reguladas através de forças de carácter social – ocupacionais, habitacionais, históricas, políticas, etc.. – as quais exercem efeitos sobre os corpos dos intervenientes. Estabelecendo a doença como somente um reflexo de disfunções corporais, elimina-se a influência igualmente essencial dos processos sociais na construção da doença e a possibilidade de estabelecer uma análise médica verdadeiramente integral (Scheper-Hughes e Lock, 1987; Good *et al.*, 1994; Kleinman, 1988, 1997; Foucault, 2003 [1963]; Lupton, 2003; Singer, 2004; Lock e Nguyen, 2010).

As variáveis eliminadas são porém substituídas. No advento da evolução tecnológica e científica da biomedicina, as classificações clínicas, as categorizações nosológicas incrementam-se gradualmente, permitindo explicar cada vez mais detalhadamente os processos biológicos humanos. As alterações, deformações, incapacidades, excessividades ao funcionamento corporal investigadas e observadas milimetricamente pela medicina ocidental, são atualmente mais perceptíveis, visíveis aos olhos desta ciência.

Porém, o desenvolvimento do conhecimento biomédico não constitui-se de forma unilateral, somente determinado por uma natural transparência observacional do corpo biológico. Conjugando um conhecimento gradativo do corpo humano a uma

posição explicativa dos seus processos, de forma centrípeta e unilateral (patológica), o sistema biomédico conduz a um resultado: ao expandir o entendimento da condição humana numa elementaridade biológica irregular, diminui-se proporcionalmente os limites da sua normalidade. Na crescente descoberta de síndromes, de quadros clínicos anormais a realidade das sociedades modernas e ocidentalizadas, desenvolve-se sobre um nível constante de erro, de falha, de disfuncionalidade. O comportamento individual passa a traduzir-se como um comportamento somatizado, que necessita de constante auxílio, vigia e controlo por parte do sistema biomédico. Deste modo, para o movimento da medicalização individual e social ser sucessivo, os desvios, os erros e as falhas devem ser gradualmente eliminados. Na busca do objetivo último do aperfeiçoamento biológico não existe espaço para fendas, irresoluções ou irregularidades. Com efeito, o indivíduo deverá aceitar e percorrer o caminho imposto pela biomedicina na procura de uma condição saudável plena. Consequências punitivas, de censura resultarão aos que desvirtuarem-se do seu rumo (Scheper-Hughes e Lock, 1987; Foucault, 2003 [1963]; Lupton, 2003; Singer, 2004; Rose, 2007; Lock e Nguyen, 2010).

O propósito ulterior da cura biológica e do (r)estabelecimento da saúde individual reveste-se, por conseguinte, de uma película ilusória que confunde e desmente distintos parâmetros igualmente presentes na ciência biomédica. No exercício divisório e restritivo da observação clínica que rejeita a influência dos aspetos sócios-culturais a par dos aspetos biológicos na doença, a biomedicina advoga supostamente um papel estruturalmente desinteressado, somente conservado numa perspetiva meramente científica. Contudo, tal premissa é falaciosa visto que, a ciência biomédica não apenas desenvolve – através de sua evolutiva compreensão e conhecimento do corpo humano – um papel de mera cuidadora das enfermidades humanas. Esta estabelece igualmente e sobretudo, através do seu considerável conhecimento científico, uma função de controlo e vigilância constantes que determinam em último momento o comportamento quer individual quer social. Através de um conhecimento milenar e profundo da biologia humana, a relação entre biomedicina e sociedade, entre médico e paciente não é uma relação equilibrada, mas sim uma relação construída em alicerces de poder e dirigida sobre um sistema hegemónico, que influencia culturalmente o corpo individual (Scheper-Hughes e Lock, 1987; Foucault, 2003 [1963]; Lupton, 2003; Singer, 2004; Rose, 2007; Lock e Nguyen, 2010).

Várias são as interpretações desenvolvidas nos estudos sociais e antropológicos sobre o corpo. Apesar de não esgotar de todo os contributos antropológicos desenvolvidos sobre a temática, o exercício reflexivo antecedente permite contudo estabelecer um propósito: no estabelecimento de uma reflexão minimamente aprofundada acerca do conceito do corpo, dever-se-á sempre ter em conta a multitude de associações possíveis, quer sociais quer culturais, determinantes na sua constituição presente e contemporânea.

Deste modo e em consideração a essa formulação, permite-se dar início a uma reflexão mais específica sobre os estudos antropológicos do corpo, direcionada para os desideratos do projeto: uma decomposição analítica do conceito de corpo em interação com a experiência da doença. A perspetiva antropológica aprofunda-se e estabelece a sua rota num caminho. O percurso da antropologia médica.

CAPÍTULO II - Pensamento médico e corpo como último destino – apontamentos históricos

A representação socio cultural do corpo humano segue de modo interligado ao longo da história o percurso desenvolvido pela medicina. A evidência da sua estrutura biológica, a explicação das suas funções fisiológicas, dos seus sistemas orgânicos e a reflexão dos processos de enfermidade, morbidade (e também mortalidade) resultantes não seguiram uma mesma construção concetual, mas distintos rumos discursivos e cognitivos determinantes na compreensão da sua condição corporal, bem como da condição da realidade externa que o circunscreve Segundo Reis:

“A história da saúde e da doença é, desde os tempos mais longínquos, uma história de construção de significações sobre a natureza, as funções e a estrutura do corpo e ainda sobre as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente. A história da medicina mostra que essas significações têm sido diferentes ao longo dos tempos, constituindo, pois, diferentes narrativas sobre os processos de saúde e doença” (Reis, 1998: 15).

2.1. Hipócrates e o rumo inicial da medicina

Os contornos e limites históricos que permitiram determinar a prática da medicina até à atualidade, residem originalmente nos ensinamentos e princípios de um indivíduo, de seu nome Hipócrates.

Hipócrates de Cós (460 a.C. – 377 a.C.), com as suas teorias e metodologias, permitiu libertar uma prática médica até então dominada por uma compreensão circunscrita em princípios mágico-religiosos. Em seu tratado “Corpus Hippocraticum” (séc. III a.C.), Hipócrates advogava como origem dos processos de doença a influência de fatores ambientais e externos - tais como as alterações climáticas, o local que o indivíduo frequentava, a sua alimentação diária, o seu *modus vivendi*, etc.. na alteração do equilíbrio dos *humores* corporais reside o ponto crucial e basilar das teorias hipocráticas (Garrison, 1921; Ackerknecht, 1982; Reis, 1998). Para Hipócrates a constituição de um estado saudável - ou *eucrasia* (Infopedia, 2013) - apenas se estabelecia na presença de um equilíbrio harmonioso de quatro *humores* corporais, por

sua vez presentes em distintas estruturas orgânicas: sangue (coração), fleuma – ou linfa – (cérebro), bilis amarela (fígado) e negra (baço) (Reis, 1998; González-Crussi, 2008; Osler, 2009 [1913]), sendo estes renovados pela ingestão diária de alimentos (Reis, 1998: 27). A saúde deste modo relacionava-se com uma interpretação holística dos fenómenos biológicos, visto que estabelecia, como condição principal da sua integridade, a complementaridade entre fatores internos e externos ao indivíduo (Garrison, 1921; Ackerknecht, 1982; Reis, 1998).

As escolas médicas gregas contemporâneas até então apresentavam uma perspectiva unidirecional perante o corpo humano, analisando a doença segundo um ponto de vista restritivo, direcionada numa enumeração de sintomas e na observação das mudanças anatómicas e superficiais que pudessem respeitar essa sintomatologia, procurando assim chegar a um diagnóstico exato. Hipócrates porém veio alterar essa realidade com a introdução de uma nova metodologia: o método indutivo. Hipócrates analisava os dados recolhidos a partir da inspeção, palpitação - e por vezes auscultação no indivíduo – construindo posteriormente um cenário que permitisse compreender todo o processo biológico por detrás da doença.

Ao contrário dos seus pares, para Hipócrates a sua ação e energia direcionava-se não para o diagnóstico *per se*, mas para o prognóstico e tratamento do doente. O seu pensamento dirigia-se para o restabelecimento do doente e não na eliminação da doença visto que, na sua perspectiva compreendia-se o corpo como uma totalidade e não como uma subtração de suas patologias. O papel principal do médico seria não o comando arbitrário para a cura, mas apenas assistir a natureza no seu próprio processo curativo (Garrison, 1921; Ackerknecht, 1982; Reis, 1998).

A filosofia de Hipócrates perante a saúde e bem-estar individuais estaria então associada a uma postura humanista e não tecnicista perante o indivíduo doente. O sucesso perante a doença baseava-se perante uma estrutura interacional forte, uma relação médico-paciente coesa, alicerçada numa atitude humana e solidária do médico perante o seu doente e o seu corpo (Garrison, 1921; Ackerknecht, 1982; Reis, 1998).

2.2. A expansão do conhecimento anatómico e a modificação do estatuto do corpo

Os ensinamentos de Hipócrates permitiram fundar os alicerces para o desenvolvimento da medicina até atualidade. Contudo, apesar das potencialidades existentes na execução do método indutivo e da presença de uma perspectiva holística na compreensão dos processos biológicos responsáveis na constituição da doença, Hipócrates - produto de um contexto cultural que instituiu como tabu a prática da dissecação anatómica (Von Staden, 1992) – ainda percecionava o corpo sobretudo nos limites da sua superfície externa, do limiar da fronteira epidérmica. Na medida em que a sua perspectiva do corpo era holística, esta era igualmente horizontal: uma perspectiva que não se instituiu pela sondagem das profundezas corporais desconhecidas, pela condução de um olhar vertical inquisidor e ávido pelo conhecimento do corpo anatómico (Garrison, 1921; Ackerknecht, 1982; Reis, 1998; González-Crusi, 2008). Somente em décadas posteriores com as dissecações anatómicas praticadas por Herófilo de Calcedônia (335 a.C. – 280 a.C.) e Erasístrato de Ceos (310 a.C. – 250 a.C.)⁸, o pai da anatomia e o pai da fisiologia respetivamente e fundadores da escola médica de Alexandria deram-se os primeiros passos históricos para o desenvolvimento de uma perspectiva vertical sobre o corpo humano no âmbito da medicina. Todavia, os trabalhos de Herófilo e Erasístrato foram uma mera “gota de água” cronológica, em comparação com o espírito de ausência histórica na prossecução do exercício da prática anatómica, o qual percorreu praticamente todo o período da antiguidade grega (Garrison, 1921; González-Crusi, 2008; Osler, 2009 [1913]; Enciclopedia Britannica, 2013).

Segundo Heinrich Von Staden (1992) a causa do estudo anatómico apresentar-se quase praticamente inexistente em toda a antiguidade grega até ao período greco-romano, deve-se a dois fatores: a constituição simbólica a) do cadáver, e b) da pele humana.

- a) O corpo humano perante a rescisão com a vida, não segue mais o caminho virtuoso que lhe era designado. No momento em que passa o limiar da existência para o universo da morte, torna-se poluído. O que encontrava-se na sua

⁸ Ambos fizeram importantes investigações referentes ao sistema nervoso, “...demonstrando as relações dos nervos maiores para o cérebro e espinal medula e distinguindo nervos sensoriais e motores” (Garrison, 1921: 94, tradução de minha autoria). As pesquisas anatómicas de Herófilo permitiram-lhe traçar o rumo dos nervos até a sua origem no cérebro “... desse modo estabelecendo firmemente que os impulsos para os movimentos voluntários percorrem a partir do cérebro para as extremidades através dos nervos, não através das artérias, como era erroneamente acreditado” (González-Crusi, 2008: 10, tradução de minha autoria). Erasístrato, por sua vez teve um grande papel na compreensão do sistema cardiovascular (Garrison, 1921; González-Crusi, 2008).

proximidade era conspurcado, corrompido, degradado. Por isso, após a sua purificação ritual, o cadáver era conduzido para um local de enterramento fora da cidade, para não macular o espaço interino da cidade. Consequentemente, todos os que pertenciam ao processo que culminava na atribuição do corpo ao seu último local de repouso, teriam que submeter-se igualmente a um ritual purificador. Deste modo, mais do que invasão da integridade individual, o corpo morto constituía a presença de uma ameaça iminente que colocava em causa os valores religiosos, morais e sociais vigentes.

b) A pele, por sua vez, era concebida como uma estrutura inviolável. De acordo com Von Staden (1992), alguns aspetos estariam na resposta do estatuto conferido à pele:

1. A simbolização da totalidade e da unicidade, a integridade dos organismos individuais e sociais suscetíveis a processos de fragmentação;
2. A simbolização externa de ordem e de disposição metódica. A pele, o véu estrutural do interstício corporal, era igualmente um mapa natural, a superfície por excelência onde os processos de ordem e de desordem orgânica pudessem ser descodificados.

Tendo em consideração o nível de carga simbólica que esses dois fatores teriam, seria bastante difícil de proceder a práticas de vivissecção ou dissecação humana, pois isso implicaria uma rutura com valores tradicionais essenciais na composição da estrutura social. Herófilo e Erasítrato foram exceções históricas na corrente generalizada do pensamento helénico sobre o corpo, visto que, segundo Von Staden, eram produto da convergência de vários fatores sociais e culturais específicos que propulsionaram o conhecimento da medicina nesse período histórico (Von Staden, 1992).

A prática do estudo anatómico, após o período alexandrino, viria a ressurgir novamente no séc. II. Neste período surge uma figura marcante, que determinará durante séculos o rumo do conhecimento médico: Galeno de Pérgamo (130 d.C. – 200 d.C.) (Alves, 2010: 33). Galeno, mais do que um anatomista era um experimentalista, visto que submetia as estruturas dissecadas à experimentação no sentido de obter um conhecimento sobre o seu funcionamento fisiológico⁹. Galeno prosseguia os passos da doutrina aristotélica, que determinava que na natureza a forma seguia a função (Garrison, 1921; González-Crussi, 2008). Desse modo, para obter-se o conhecimento da função de qualquer estrutura orgânica, será necessário estudar em primeiro lugar a sua forma (Garrison, 1921).

As observações e teorias de Galeno iriam projetar-se como uma sombra sobre a constituição do conhecimento médico até ao advento do Renascimento (Garrison, 1921; Reis, 1998; González-Crussi, 2008; Osler, 2009 [1913]). Apesar de os conhecimentos

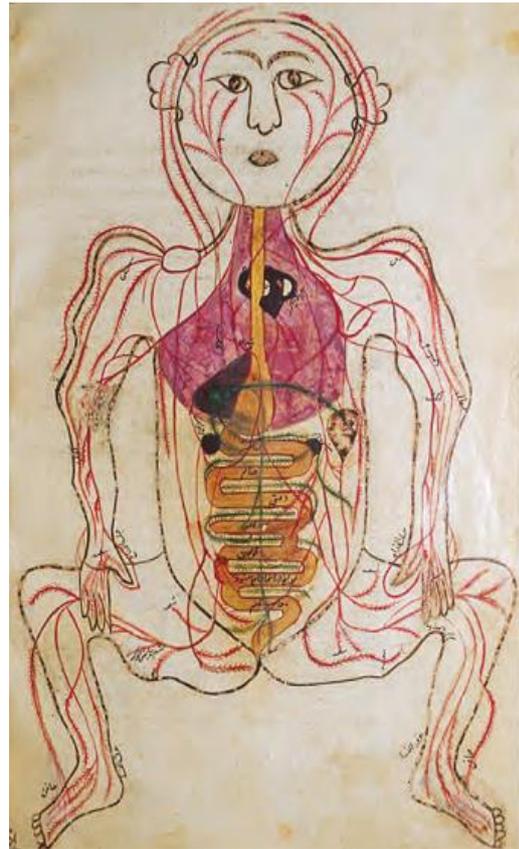


Figura 1 – Mansûr ibn Muhammad Shîrâzî. *Tashrîh-i badan*. 1396. Representação diagramática do corpo humano. Apesar de tratar-se de uma obra de origem islâmica, esta imagem reflete uma configuração visual que é remanescente do período greco-romano, em especial das obras de Galeno. Como nas suas obras, aqui existe uma evidente desproporcionalidade na reprodução visual comparativamente com a realidade corporal. O objetivo último deste tipo obras não era a exibição fiel da estrutura anatómica do corpo humano, mas sim possibilitar, através de um meio visual, a compreensão da constituição dos elementos biológicos e fisiológicos do corpo humano. Adaptado de (Alves, M. V. 2010. A arte médica e a arte de representar o corpo e o mundo através da anatomia. In: Biblioteca Nacional de Portugal (org.) *Arte médica e imagem do corpo: de Hipócrates ao final do século XVIII*. Lisboa, Biblioteca Nacional de Portugal: 31-50).

⁹ Contudo, apesar de uma proficiência considerável na condução de estudos anatómicos e fisiológicos, Galeno nunca procedia em condições normais a investigações anatómicas diretamente em seres humanos. Galeno praticava as suas dissecções a um variegado conjunto de espécies animais – sobretudo à espécie do porco e dos símios (Garrison, 1921; González-Crussi, 2008; Osler, 2009 [1913]), pois estes apresentavam uma similaridade orgânica expressiva em relação ao homem (González-Crussi, 2008: 12).

médicos greco-romanos¹⁰ terem-se perpetuado com a chegada dos árabes e implementarem-se na sua própria medicina, a dissecação de cadáveres humanos era extramente restringida, proibição que prolongou-se durante o período correspondente à Idade Média (Garrison, 1921; González-Crussi, 2008; Alves, 2010). Em resultado, a representação do corpo humano “anatomizado” só poderia corresponder à produção de imagens de carácter diagramático com fins pedagógicos, sacrificando a fiabilidade na reprodução visual do objeto em estudo (Fig.1).



Figura 2 – a) Martin Pollich von Mellerstadt. *Anatomia mundini*, 1493 (reedição de obra original de Mondino de Liuzzi com o mesmo título, de 1316); b) Joannes de Ketham. *Fasciculus Medicinae*, 1491 (imagem retirada de uma ilustração da obra *Anatomia mundini* de Mondino de Liuzzi, de 1316), Representações visuais demonstrando a condução de uma dissecação humana. Com a recondução das primeiras práticas anatómicas em 1315, em Bolonha, Mondino de Liuzzi permitiu o reflorescimento da prática da dissecação anatómica humana (Siraisi, 1990 in González-Crussi, 2008). Contudo, esse reflorescimento não foi cientificamente renovador visto que, a execução das dissecações eram conduzidas sobre as ideias ainda desenvolvidas nos textos da antiguidade. Na imagem b) apresenta-se uma representação de como contemporaneamente conduzia-se uma dissecação humana. No decorrer deste exercício três figuras demarcam-se: o *sector* ou *prosector*, indivíduo que manuseia um instrumento de corte e que procede diretamente à dissecação; o *ostensor*, indivíduo que segura uma vara e que vai indicando ao *sector* por onde efetuar a sua ação; o *lector*, identifica-se como o professor de anatomia, que do alto do seu atril recita um texto sobre os estudos de Galeno. Contudo algo deve-se destacar além disso: o facto de ser o *lector*, que distanciado da mesa de dissecação, que conserva o papel primordial e não o *sector* que procede diretamente à dissecação. A personagem que disseca é a de menor estatuto, podendo ser um cirurgião – que contemporaneamente não era uma profissão dignificante – ou mesmo um barbeiro. O *sector* apenas cortava e seccionava o que indicava o *demonstrator*, o intermediário que estipulava a condução da dissecação de acordo com a palestra do *lector* (González-Crussi, 2008: 15-17). Ambas as figuras a) e b) indicam o mesmo: o desiderato da dissecação não é aprendizagem segundo o que observa-se, mas o estudo e a corroboração dos textos antigos sobre o que se disseca (Garrison, 1921; González-Crussi, 2008). Fontes de imagens: a) adaptado de (Garrison, F. H. 1921. *Na Introduction to the History of Medicine: With Medical Chronology, Suggestions for Study and Bibliographic Data*. 3th Edition, Philadelphia, London, W. B. Saunders Company); b) adaptado de (Alves, M. V. 2010. *A arte médica e a arte de representar o corpo e o mundo através da anatomia*. In: Biblioteca Nacional de Portugal (org.) *Arte médica e imagem do corpo: de Hipócrates ao final do século XVIII*. Lisboa, Biblioteca Nacional de Portugal: 31-50).

¹⁰ De símbolo correspondente à corrupção, degradação da matriz social, o cadáver na sociedade greco-romana torna-se num símbolo de reverência, um símbolo que representa a sacralização de uma estrutura (anteriormente) profana: o cadáver representa o último estágio na harmonia da alma com o corpo. Consequentemente, a realização da dissecação anatómica não representaria mais um atentado à pureza e integridade do corpo do médico – e simbolicamente do corpo social - mas um ato de profanação sobre um templo divino e de constituição carnal (González-Crussi, 2008: 12).

A prática da anatomia irá ser submetida na Idade Moderna a uma nova perspectiva que por sua vez irá desmistificar em grande medida os ensinamentos seculares de Galeno. Esta circunstância deve-se especialmente à influência de um homem: André Vesálio (1514 – 1564). Vesálio viria romper com uma longa corrente histórica que sustentava a prática da dissecação segundo um imperturbável conhecimento textual secular (Garrison, 1921; Singer, 1957; Reis, 1998; González-Crussi, 2008; Osler, 2009 [1913]; Alves, 2010) (Fig. 2) e estabelecer a disciplina anatómica como uma metodologia viável de aquisição de conhecimento médico e científico. Vesálio instituiu a prática anatómica segundo uma doutrina de “ver e repetir” (“*visum et repertum*”) (Garrison, 1921: 211), conduzindo o conhecimento médico para debaixo do seu pedestal palestrante e estabelecendo-o a um nível paralelo à realidade corporal observada (Garrison, 1921; Reis, 1998; González-Crussi, 2008; Osler, 2009 [1913]; Alves, 2010).

O produto da obra de Vesálio é reflexo da sua própria experiência como *prosector* na prestigante Universidade de Pádua (Garrison, 1921; Singer, 1957; Sicard, 2006 [1998]; Alves, 2010) - onde dissecava sobretudo cadáveres humano de criminosos condenados à morte¹¹ (Alves, 2010: 40). Durante cinco anos Vesalius administrou aulas na Universidade de Pádua, procedendo a dissecações humanas e simultaneamente explicando procedimentos, técnicas e estruturas anatómicas observadas. Contudo não somente se observava nas aulas de Vesálio. Vesálio preparava seus alunos para, sob sua vigilância, conduzirem eles próprios a dissecações humanas e inspecionar as estruturas desveladas *in situ* (Garrison, 1921; Reis, 1998; Sicard, 2006 [1998]; Osler, 2009 [1913]). Para Vesálio não apenas interessava ver, mas ver na medida que é conduzido sob uma observação direta, técnica e examinante pois somente dessa forma poder-se-ia obter um conhecimento verdadeiramente sustentado (Reis, 1998). É em resultado dessa prática da dissecação e da observação direta da estrutura anatómica que surge em 1543 “*De humani corporis fabrica libri septem*” (Os sete livros sobre a estrutura do corpo humano) (Fig. 3) (González-Crussi, 2008; Osler, 2009 [1913]; Alves, 2010; Rifkin, Akerman e Folkenberg, 2011).

¹¹ A recorrência de cadáveres humanos provenientes de criminosos condenados à morte para a prática de dissecação, estabelecia-se em dois pontos: a) simbólico, sendo uma forma de punição excedente pelos crimes perpetrados e igualmente uma forma de expiação pois eram utilizados *à posteriori*, nas anatomias públicas, “...para fins educativos e científicos” (Sawday, 1995 *in* Monteiro, 2011: 647); b) institucional visto que, devido a uma perspectiva social que ainda incompreensiva e descrente da prática anatómica e que por vezes associava-a negativamente à profanação de cadáveres ou sepulturas, desenvolvem-se acordos entre universidades e entidade estatal, como forma “...de suprimento de corpos provenientes de execuções” (Ferrari, 1987; Sawday, 1995; Klestinec, 2004 *in* Monteiro, 2011: 648).

Os efeitos produzidos por *De fabrica* no séc. XVI não se estabeleceram somente numa evolução metodológica da dissecação anatómica. *De fabrica* produziu sobretudo uma transformação na forma de visualizar e compreender o corpo: o corpo não é mais entendido como um aglomerado de órgãos estruturalmente indiferenciados, mas como uma estrutura anatómica composta numa unicidade de elementos orgânicos (Singer, 1957; Sicard, 2006 [1998]). Segundo Monique Sicard: “O Homem de Vesálio já não é um conjunto de órgãos; é uma anatomia integrada, dotada de unidade. O Homem de Vesálio já não é o de Galeno...” (2006: 57). O Homem de Vesálio também não é mais o Homem em cujo corpo, em sua estrutura orgânica, demonstra um propósito ou desígnio divino, como defendido por Galeno. Em Vesálio o corpo é uma estrutura (*fabrica*) com uma origem, um propósito e um desígnio apenas natural:

“O corpo do Homem de Vesálio é uma fábrica da natureza; é não só uma economia, mas também uma construção engenhosa, o fruto das suas intenções, da sua indústria. A fábrica de Vesálio é uma organização admirável: o corpo só contém os elementos indispensáveis à vida. Nada mais” (Sicard, 2006 [1998]: 54)

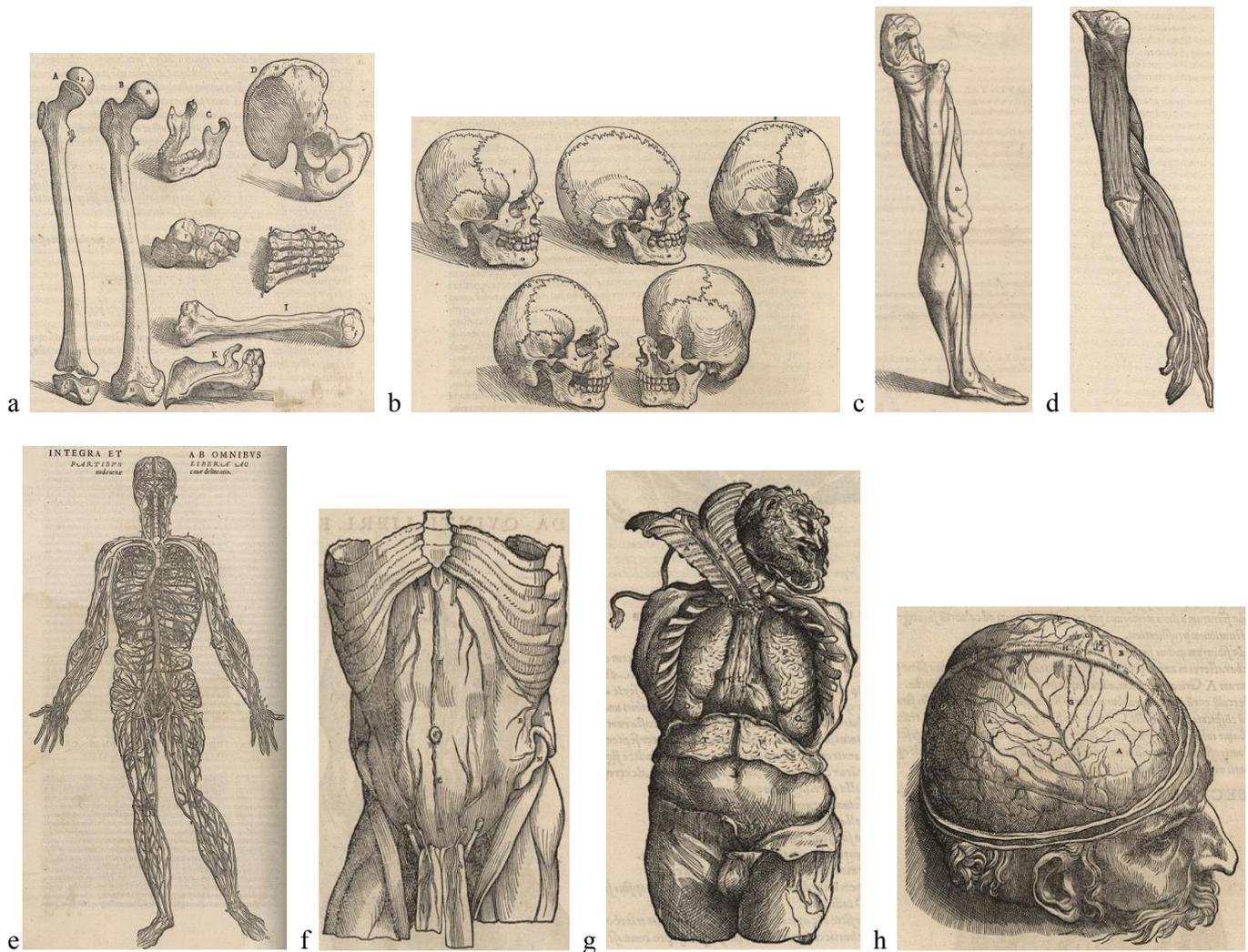


Figura 3 - Andreas Vesalius. *De humani corporis fabrica libri septem*, 1543. Gravuras de partes anatómicas presentes nos livros de *De fabrica*. O relevo que *De fabrica* obteve (mesmo na atualidade) deve-se quer pela descrição (escrita) detalhada das estruturas anatómicas estudadas mas, sobretudo, pela precisão gráfica inscrita nas imagens de peças anatómicas representadas que preenchem a obra de Vesálio (González-Crussi, 2008; Alves, 2010; Rifkin, Akerman e Folkenberg, 2011). No total são duzentas as gravuras que *De fabrica* contém, distribuídas ao longo de sete livros: o primeiro livro concerne à estrutura do esqueleto, o segundo é respeitante à miologia, o terceiro ao sistema vascular, o quarto ao sistema nervoso, o quinto e sexto aos órgãos do abdómen e tórax e o sétimo ao cérebro. As gravuras apresentadas em cima respeitam à disposição literária das temáticas apresentadas em *De fabrica*: a) Ossos longos e pequenos de membros superiores e inferiores do corpo; b) várias figuras de crânios para estudo do ratio estrutural da cabeça; c) gravura de perna esquerda dissecada evidenciando a disposição das inserções musculares *in situ* (*Decima sexta musculorum tabula; liber II*); d) gravura de braço direito dissecado evidenciando a disposição das inserções musculares *in situ*; e) Gravura evidenciando o sistema venoso com delineação principal da veia cava; f) gravura que evidencia a constituição da estrutura do sistema nervoso; g) gravura de frente de abdómen esfolado, bem como do tórax; h) gravura de dissecação humana com demonstração da região do tórax aberta para visualização da disposição dos órgãos internos; i) gravura de dissecação humana com evidência de remoção da calote craniana para exposição da superfície cerebral. A precisão e detalhe demonstrados nas imagens presentes em *De fabrica* contrastam com a fria e crua realidade dos objetos corporais dissecados. As representações diagramáticas e desproporcionais evidentes de períodos históricos anteriores – a evidenciar na Fig.1 -, são aqui substituídas por representações anatomicamente fidedignas. Adaptado de (Vesalii, A. B. 1543. *De humani corporis fabrica libri septem* (Basileia, ex officina Ioannis Oporini). Coimbra, ALMA MATER- Biblioteca Digital de Fundo Antigo da Universidade de Coimbra.) Verificar bibliografia de Vesalius

O corpo do Homem de Vesálio, mais do que instituir uma mudança na perspectiva sobre o corpo anatómico, mais do que inferir sobre a essência do corpo permite sobretudo, convidar a uma reflexão sobre a condição do Homem. Nas várias *tabulas* que compõem *De fabrica* Vesálio atribui às figuras anatómicas uma vitalidade que é atípica, tendo em conta a sua realidade fria e descarnada, mas que no entanto, apesar das suas diferentes reações, visam um mesmo propósito: a compreensão de que todo o Homem tem um último destino, uma última residência existencial destinada a todo o indivíduo e que se encontra presente no corpo em que habitámos desde a sua conceção (Fig. 4) (Sicard, 2006 [1998]; González-Crussi, 2008).



Figura 4 –Andreas Vesalius. *De humani corporis fabrica - liber primus, de ossium numero*. 1543. Prancha anatómica representando um esqueleto numa paisagem de fundo. A postura do esqueleto revela uma atitude intrigante. Apoiando o cotovelo esquerdo a uma mesa e pousando a sua “face” contra o dorso da sua mão esquerda, vislumbra pensativo o crânio onde repousa a sua mão direita. O esqueleto, estrutura desprovida de vida, desse modo, ao observar esse objeto que corresponde à decadência mortal de todos os seres, medita sobre a condição última de todo o Homem: a sua morte. Adaptado de (Vesalii, A. B. 1543. *De humani corporis fabrica libri septem* (Basileia, ex officina Ioannis Oporini). Coimbra, ALMA MATER- Biblioteca Digital de Fundo Antigo da Universidade de Coimbra.)

Vesálio inicia uma nova era na medicina: uma era de descobrimentos anatómicos e de “navegantes” anatomistas que partem, por sua iniciativa e direção, à procura das regiões corporais recônditas e desconhecidas. Depois de séculos em que o conhecimento médico foi determinado pelo poder da palavra da autoridade ancestral, a partir de Vesalius esta é substituída pelo olhar do espectador que desvela os segredos do corpo, na mesa de dissecação (González-Crussi, 2008). Porém, os efeitos produzidos pelos estudos e trabalhos de Vesálio – e seus seguidores - influenciaram não só o estatuto e desenvolvimento do conhecimento anatómico, como igualmente permitiram estabelecer uma modificação na direção dos estudos do corpo e das suas desordens orgânicas.

2.3. O desenvolvimento da perspectiva mecanicista e sua influência na compreensão dos processos biológicos do corpo

Após as transformações instituídas por intermédio de Vesálio no âmbito da anatomia, seguir-se-ia um período de mudanças consideráveis no contexto dos estudos da fisiologia humana, os quais se encontravam ainda dominados pelas concepções seculares de Galeno¹² (Garrison, 1921; Porter, 1996; Reis, 1998; González-Crussi, 2008).

No ano de 1628 é publicada a obra “*Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus*” (Exercício Anatômico sobre o Movimento do Coração e do Sangue nos Animais), de William Harvey (1578-1657), descrevendo detalhadamente pela primeira vez o funcionamento da circulação sanguínea: o sangue percorreria o corpo através das estruturas vasculares num circuito contínuo e cíclico, sendo o seu fluxo determinado exclusivamente pelos movimentos pulsatórios de uma “bomba” maestra, o coração (Garrison, 1921; Porter, 1996; Reis, 1998; González-Crussi, 2008; Osler, 2009). Harvey ao estabelecer uma metodologia baseada na “experimentação e

¹² O ponto mais notável sobre a supremacia das concepções galénicas no que respeitava ao conhecimento contemporâneo sobre a fisiologia corporal, estava presente na configuração do sistema circulatório. Galeno, séquito das teorias hipocráticas, defendia que o sangue arterial – carregado de “espíritos vitais” – e o sangue venoso – carregado de “espíritos naturais” – produziam-se em locais diferenciados do corpo. O sangue venoso seria “preparado” no fígado, percorrendo de forma variável pelas veias até aos órgãos, que consumiriam o sustento provido pelo fluxo sanguíneo. Desse fluxo, o que se direcionava para o ventrículo direito do coração formava duas correntes: uma primeira que atravessava das artérias pulmonares até aos pulmões e uma segunda que atravessava que atravessava o coração através de “poros interseptais” existentes no septo interventricular, conduzindo-a ao ventrículo esquerdo onde se misturava com o ar (*pneuma*), se tornava aquecida, sendo de seguida encaminhada pela aorta, pulmões e zonas periféricas (Garrison, 1921; Porter, 1996; González-Crussi, 2008).

observação directa” (Reis, 1998: 30) não somente elimina as teorias de Galeno, como associa a área da fisiologia à simbologia da engenharia hidráulica. Tal como Vesálio que determinou a concetualização do corpo anatómico como um engenho, uma *fabrica* concebida segundo um raciocínio lógico e natural, Harvey irá estabelecer a dinâmica corporal sob a aplicação física de forças a uma estrutura de componentes hidráulicas: tubos, canais, válvulas, bombas¹³. As conceções teóricas de Harvey são contudo, a consequência de um período histórico marcado por uma transformação considerável no pensamento científico (Garrison, 1921; Harvey, 1923; Porter, 1996; Reis, 1998; González-Crussi, 2008; Osler, 2009).

O movimento histórico e cultural da Revolução Científica no séc. XVII veio estabelecer uma ruptura em termos filosóficos e científicos, com uma ideologia medieval que já encontrava-se em transformação nos meados do séc. XVI. A um pensamento socio-cultural que estabelecia a compreensão dos fenómenos naturais segundo uma harmonia entre factores espirituais e materiais, no séc. XVII a ciência - imbuída pelas ideias de Francis Bacon – passa a estabelecer-se como um instrumento de conhecimento que não é mais contemplativo, mas que captura, isola e (re)combina a realidade natural segundo uma linguagem artificial. Nesta alteração de perspetiva científica surge uma reconfiguração concetual, que compreenderá o mundo natural como uma grande engrenagem mecânica, movida por princípios físicos e matemáticos: a escola do mecanicismo. A escola mecanicista inicia-se com as descobertas obtidas ao nível da astronomia e da física matemática, mas estende-se progressivamente para outros domínios da ciência.

Na medicina, a visão mecanicista - embora já inicialmente estabelecida no séc. XVI com o conceito da *fabrica natural* de Vesalios – é exponenciada no séc. XVII em grande medida graças às descobertas efetuadas por Harvey (Garrison, 1921; Harvey, 1923; Porter, 1996; Reis, 1998; González-Crussi, 2008; Osler, 2009). Depois de Harvey, o *corpus* médico gradualmente irá extravasar as suas fronteiras do conhecimento e associar-se com outras formas de aquisição de conhecimento científico, nomeadamente à filosofia natural que se encontrava extremamente avançada em todos

¹³ “Precisamente como na água que é forçada em cima através de um cano de chumbo, ao esforçar o pistão de uma bomba em potência, do qual cada batida (...) é (...) distintamente perceptível, - sendo indicado o início, o aumento da força e o fim do impulso, bem como a sua quantidade e a regularidade ou irregularidade com o qual é dada [-], é precisamente o mesmo caso do orifício de uma artéria dividida (...) Por conseguinte, nas artérias, apesar da concussão ou impulso do sangue, do pulso ou batida da artéria (...) existe um fluxo e movimento do sangue perpétuo, no qual regressa numa corrente ininterrupta para o ponto de onde começou – o aurículo direito do coração” (Harvey, 1923: 164, tradução de minha autoria).

seus domínios científicos - sobretudo no campo das ciências físicas (Porter, 1996: 160). Neste panorama iria-se desenvolver o estudo de uma fisiologia experimental, subdividida em duas escolas de conhecimento: o ramo da Iatrofísica, (Fig. 5) e o ramo da Iatroquímica¹⁴ (Garrison, 1921; Porter, 1996; González-Crussi, 2008; Osler, 2009). Com estas transformações conduzidas no âmbito da medicina, surgem conseqüentemente efeitos respeitantes à conceção de um corpo saudável e/ou doente: “[As] transformações na (...) fisiologia resultantes da Revolução Científica (...) tiveram das implicações mais profundas para as conceções de saúde e doença: o bem-estar começou a ser comparado com o funcionamento de uma máquina bem afinada, bem oleada e a doença era representada como uma avaria mecânica, devido porventura com um bloqueio ou escassez de combustível, ou fricção excessiva” (Porter, 1996: 93, tradução de minha autoria).

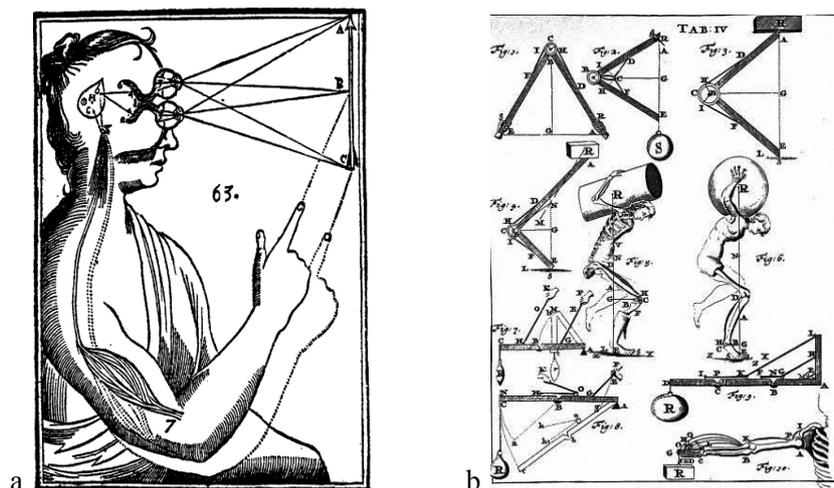


Figura 5 – a) René Descartes. *Traité de l'Homme*. 1662. Ilustração que representa a interligação do cérebro, nervos, músculos e da visão na obtenção do movimento; b) Giovanni Alfonso Borelli. *De Motu Animalium, Pars Secunda – Tab. IV*. 1680. Visão mecanicista do corpo humano. Borelli seria um dos defensores mais explícitos da escola mecanicista. Seguindo a via da iatrofísica para a explicação dos fenómenos biológicos, Borelli determinava que os movimentos orgânicos (locomoção, respiração, digestão) circunscreviam-se inteiramente aos princípios mecânicos – como observa-se na ilustração. Fonte de imagens: a) adaptado de Descartes, R. 2004 (e-book). *The World and Other Writings*. Cambridge University Press. [Acedido em 26 – 10 -2013]. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/18555601/World-and-Other-Writings-Cambridge-Texts-in-the-History-of-Philosophy-Rene-Descartes>); b) adaptado de Borelli, G. B. 2011. *De Motu Animalium*. [Online]. Archivio Flavio Beninati. [Acedido em 31 – 10 -2013]. Disponível em: <http://www.archivioflaviobeninati.com/2013/09/giovanni-alfonso-borelli/10022127-giovanni-alfonso-borellis-de-motu-animalium/>).

¹⁴ As escolas da Iatrofísica (ou Iatromatemática) e da Iatroquímica, eram as duas escolas pelo qual se desenvolviam os estudos da fisiologia sob a perspectiva da filosofia mecanicista, no séc. XVII. A diferença presente nas duas escolas apresentava-se pelo tipo de processos que deveriam determinar o funcionamento da fisiologia humana (Garrison, 1921; Porter, 1996; González-Crussi, 2008; Osler, 2009).

CAPÍTULO III – A construção do Visível e do Invisível pela biomedicina e suas repercussões no desenvolvimento de uma relação entre médico-paciente

3.1. Instrumentos e dispositivos médicos na construção de uma imagem sobre o corpo

O desenvolvimento da tecnologia de dispositivos visuais no contexto do saber médico é, nesse sentido, um importantíssimo ponto de estudo. A tecnologia de dispositivos de visualização encontra-se extremamente interligada com o processo evolutivo do saber médico, ou seja, com o fluxo de transformações estabelecidas ao nível da conceptualização do corpo humano, decorrido historicamente. No entanto, em que condições se estabelecem esta correspondência, que intermediários existem que possibilitem uma análise sobre a constituição do saber médico através da perspectiva do dispositivo visual?

As imagens retratadas do corpo ao longo da história da medicina se instituíram como instrumentos primordiais na divulgação de descobertas importantes sobre a estrutura biológica do corpo humano e conseqüentemente na evolução de um crescente conhecimento científico sobre o mesmo. Todavia, as imagens não se circunscreveram – nem se circunscrevem - somente como agentes passivos de propagação de conteúdos visuais: são igualmente agentes ativos que determinam e fomentam o caráter valorativo do conhecimento médico sobre o corpo e que reciprocamente asseguram o seu estatuto imagético como instrumento de inegável credibilidade (Chazan, 2003; Lupton, 2003; Ortega, 2005 e 2006; Sicard, 2006 [1998]; Tucherman e Saint-Clair, 2008; Alves, 2010; Monteiro, 2011).

3.1.1 Estruturas e dispositivos de observação anatómica

Retroceda-se ao período da Idade Média ao ressurgimento da prática anatómica no séc. XIV. A prática anatómica, após um hiato de séculos, é reavivada novamente sobre a intervenção de Mondino de Luzzi. Contudo, as autópsias eram conduzidas não segundo a procura de um conhecimento empírico, mas como metodologia de confirmação de teorias estabelecidas em tratados anatómicos ancestrais. O *texto*, e consequentemente aquele que difundia a palavra do texto, o *lector*, seria mais relevante que o *corpo* dissecado per se (ver legendas de Fig. 3) (Garrison, 1921; Sicard, 2006 [1998]; González-Crussi, 2008; Alves, 2010; Monteiro, 2011). As imagens produzidas serviriam como instrumentos eficazes de propagação e difusão de um conhecimento médico conservador (Fig. 2) - e desproporcionado na representação anatómica do corpo - e sobretudo como meio eficiente de consagração do corpus médico sobre o seu objeto de estudo¹⁵.

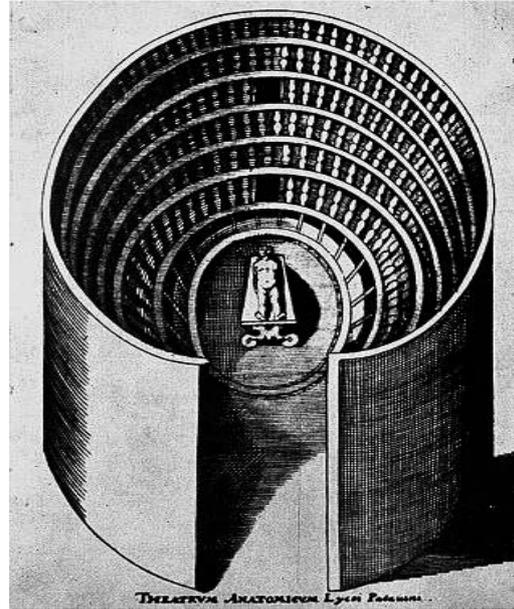


Figura 6 – J. Ph. Tomasini. *Gymnasium Patavium, Undine*. 1654. Gravação em chapa de cobre demonstrando um teatro anatómico representativo da Universidade de Pádua. Na imagem pode-se observar que a composição da estrutura do teatro, estabelece-se de modo a criar no espectador uma perspectiva afunilada num ponto central, onde jaz o cadáver na mesa de dissecação. Neste dispositivo administravam-se as aulas de anatomia, delineando-se a transferência conceptual do corpo segundo o sentido privilegiado do olhar (Schumacher, 2007: 20). Segundo Sicard: “ O anfiteatro, que aparece em Pádua, é o lugar das trocas orais e, ao mesmo tempo, da transmissão dos olhares. A arquitetura, que permite ver a partir de qualquer ponto a demonstração de um professor, tem a forma de um olho” (2006: 51). Adaptado de (Schumacher, G. H. 2007 *Theatrum Anatomicum in History and Today. International Journal of Morphology*, 25(1):15-32.)

Com a implementação dos teatros anatómicos no séc. XVI (Schumacher, 2007), a perspectiva sobre o corpo anatomizado inverte-se. A distância que previamente existia entre o médico e o objeto dissecado começa a desmoronar - determinando o destino da

¹⁵ Uma das principais técnicas utilizadas para divulgação do conhecimento médico na idade média seria a xilografia. Segundo Sicard, a produção da xilografia no período medieval, “... é uma mensagem ao leitor, um certificado que valoriza os atores da dissecação. Instaura uma dupla fundação. Não só celebra um acontecimento como é, em si mesma, um acontecimento. A performance icônica é inseparável da performance social. A modernidade da madeira gravada, infinitamente multiplicável, justifica plenamente o registo de um ato fundador da renovação da anatomia” (2006 [1998]: 49).

observação, análise e inspeção do cadáver sob a condução do próprio médico¹⁶. Se no princípio todos os que observavam o cadáver, apenas “viam” guiados segundo o olhar superior do médico, com a introdução dos anfiteatros todos desviam o seu olhar e redirecionam as suas atenções para observarem num único ponto: o corpo anatomizado. A estrutura do teatro anatómico serve como um dispositivo visual que conflui o olhar para uma única imagem, condicionando o desenvolvimento da experiência e do conhecimento dos espectadores (Fig. 6). A constituição de uma perspectiva médica dedicada a uma observação incisiva e meticulosa sobre a estrutura biológica do corpo dá assim os seus primeiros passos com a passagem para a Idade Moderna. (Sicard, 2006 [1998]; Schumacher, 2007; Monteiro, 2011).

Na medida que antigas distâncias esbatem-se, e que as fronteiras da visão se reconfiguram, também a forma de expor o que se vê altera-se. A representação do corpo toma a partir deste período outros contornos, alcançando uma profundidade descritiva que até então não existia. A demanda por um olhar perscrutante, que penetra nos interstícios da existência corporal, vai refletir-se na subsequente produção dos modelos anatómicos representados nas obras literárias de medicina.

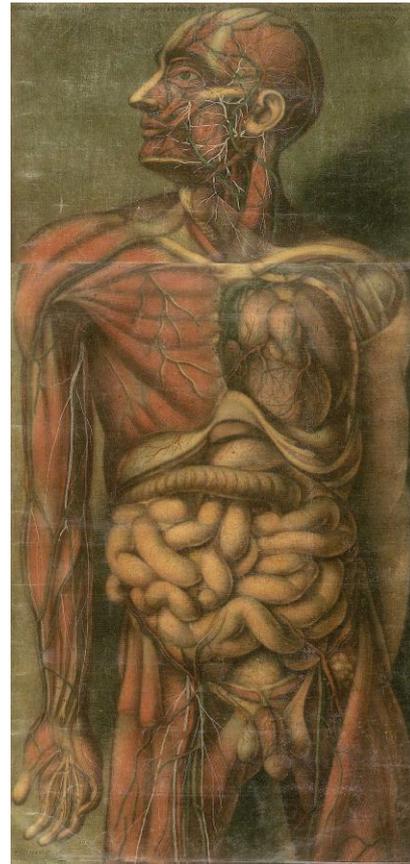


Figura 7 – Jacques Gautier d’Agoty. *Anatomie générale des viscères* (tábuas 4 e 5). 1752. Gravura anatómica a quatro cores de D’ Agoty. D’ Agoty acreditava que a partir da sua técnica inovadora de impressão a quatro cores (amarelo, vermelho, azul e preto) – consideradas as “cores verdadeiras” (Sicard, 2006 [1998]: 97) do corpo -, conseguiria se finalmente conceber reproduções imagéticas que recriassem as estruturas anatómicas de acordo com a sua disposição natural: “Não são estampas antigas ou iluminuras que se dá ao público; são as peças originais, que representam a própria Natureza” (D’Agoty, 1759 in Sicard, 2006 [1998]: 97). Segundo Sicard: “De facto, trata-se aqui de produzir uma imagem que reproduza o mais exactamente possível a disposição dos órgãos do corpo” (2006: 99). Adaptado de (Ridkin, B. A.; Ackerman, M. J.; Folkenberg, J. 2011. *Human Anatomy: Depicting the Body from the Renaissance to Today*. London, Thames & Hudson.)

¹⁶ Segundo Sicard, com a implementação do teatro anatómico o “...médico já não fala do alto da sua cátedra; está em baixo, junto ao corpo autopsiado. O Mestre observa, mas sobretudo, apalpa, pesa, sonda, avalia uma febre, uma forma, uma consistência, um peso, um cheiro, uma palidez ou um rubor” (Sicard, 2006: 50).

As imagens que exibem constituem-se analogamente como uma cena decorrida numa mesa de dissecação: os instrumentos de gravação e pintura assemelham-se às mãos do anatomista, que com os seus instrumentos de corte, desvela o exterior corporal para mergulhar no interior da sua estrutura¹⁷ (Fig.3). Este exercício artístico, meticuloso e cirúrgico, cria um efeito de imersão visual sobre o olhar, aproximando a imagem de tal forma do corpo que representa, que ilude o observador para pensar numa correspondência natural entre os dois. A questão gráfica destas peças visuais revela-se, deste modo, preponderantemente (Fig.7), pois à sua qualidade de execução estabeleceu-se indissociavelmente a capacidade do conhecimento médico transmitir com eficácia como se constrói o corpo humano (Stafford, 1993; Sicard, 2006 [1998]; Alves, 2010; Rifkin, Ackerman e Folkenberg, 2011) .

3.1.2 Microscopia

As imagens na medicina, no entanto, não foram somente concebidas a partir de procedimentos artísticos. Com o desenvolvimento da ciência experimental, surgiram novas possibilidades de observação e exploração científica através da aplicação de instrumentos de visualização óticos (microscópio e telescópio).

A criação do microscópio no séc. XVII contribuiu para a transformação no estudo científico e experimental, nomeadamente na medicina (Fig. 8). A sua capacidade ótica garantia uma profundidade visual até então inexistente, que permitia observar substâncias de proporções ínfimas. Estes elementos representariam a matéria pela qual se constitui a composição orgânica do corpo. A partir do microscópio, o olhar da medicina deixa de estar subordinado à “superficialidade” visível representada nas pranchas e tábuas anatómicas; torna-se mais penetrante do que dantes, alcançando fronteiras do invisível que chegam ao organelo, ao tecido, à célula. À medida que a lente microscópica se aproxima, o corpo demonstra uma nova composição, uma nova disposição de sua matéria, uma nova organização do seu espaço¹⁸ (Garrison, 1921;

¹⁷ Estas produções apresentavam uma minúcia e um detalhe tão surpreendente, porque eram conduzidas sob o cuidado de médicos e/ou artistas com conhecimentos adquiridos de anatomia. De acordo com Alves, até “...ao século XVIII, a anatomia era ensinada aos artistas através de cursos dados por médicos ou através de livros de anatomia, geralmente escritos por médicos. A intersecção dos respectivos saberes e práticas far-se-ia ao nível da representação médico-anatómica” (2010: 37).

¹⁸ Segundo Stafford:

“Através (...) [de] óticas artificiais, investigadores ‘descobriram milhares de fenômenos neste universo, dos quais, caso contrário, eles permaneceriam ignorantes; eles foram enriquecidos com um novo mundo, infinitamente menor do que aquele que habitavam” (Le Camus, 1687 in Stafford, 1993: 345, tradução de minha autoria).

Stafford, 1993; Porter, 1996; Sicard, 2006 [1998]). Progressivamente, a doutrina da composição corporal baseada nos princípios de Vesálio sobre a integridade e harmonia da *fabrica* anatômica vai esmorecendo. A relação do indivíduo com o seu corpo, passa a estar submetida a uma existência celular (Stafford, 1993).

Os limites que previamente existiam entre o visível e o invisível são, deste modo, perturbados. O microscópio, com um poder de ampliação visual tremendo, garante ao olhar do observador a capacidade de ver um mundo físico que de outro modo seria provavelmente impossível alcançar, de quebrar as barreiras do conhecimento científico através da descoberta de um mundo físico apenas concebível previamente como produto da imaginação. Devido ao poder de ampliação, o microscópio transforma-se num dispositivo que concede ao olhar do observador a capacidade de uma compreensão “desobstruída da realidade corporal”. Como resultado, a microscopia torna-se gradualmente num instrumento onde a visão aproximada e minuciosa estabelece uma correspondência com um conhecimento irrevogável¹⁹. No entanto, com o decorrer do século XVIII, em pleno Iluminismo, a sua influência é considerável e extravasa o seu propósito primário de observação científica: é por sua vez um meio pelo qual o indivíduo constrói o conhecimento sobre a sua própria existência mundana (Stafford, 1993; Sicard, 2006 [1998]). Segundo Stafford “...foi o microscópio que transformou drasticamente como as pessoas percebiam os organismos coerentes” (1993: 341, tradução de minha autoria) e que foram igualmente “...responsáveis por alterar a

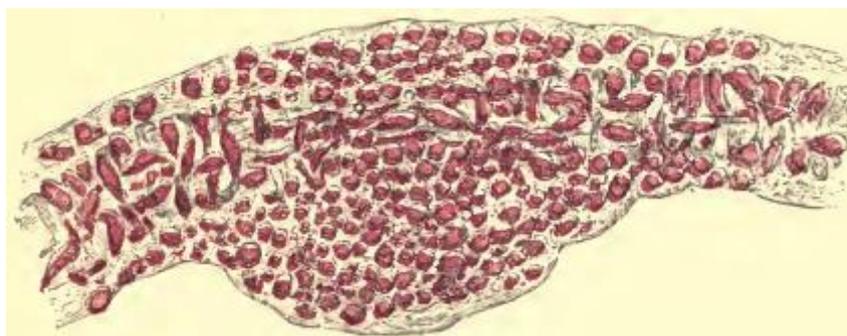


Figura 8 – Lionel Smith Beale. *Disease germs; their nature and origins*. 1872. Figura de um tubérculo de bioplasma presente no revestimento de uma artéria da pia-máter. Exemplo de um caso de inflamação tuberculosa (Beale, 1872). Adaptado de (Beane, L. S. 1872. *Disease germs; their nature and origins*. 2th edition. London, J & A Churchill).

¹⁹ De acordo com Stafford, o

“...microscopista incorporava o desejo do Simbolista de eliminar a discrepância entre poderes celestes e terrenos. Em resumo, ele confundia epistemologia com percepção. O vidente científico acreditava que viria a **conhecer as coisas estavelmente e eternamente** por **vê-las aproximadamente e minuciosamente**” (1993: 352, tradução e negrito de minha autoria).

maneira no qual o espectador do século dezoito interpretava os aspetos perceptíveis e imperceptíveis da vida ordinária” (1993: 345, tradução de minha autoria).

3.1.3 Fotografia

Profundas reorganizações institucionais e sociais se estabelecem no âmbito da medicina do séc. XIX. Uma das principais transformações seria a implementação no ano de 1800 do procedimento clínico em ambientes hospitalares, levada a cabo por Philippe Pinel, René Lâennec e Pierre Louis (Porter, 1996). A clínica viria estabelecer um certo equilíbrio com uma medicina, que embora estivesse bastante desenvolvida em termos de conhecimentos anatómicos e fisiológicos, ainda encontrava-se bastante aquém na observação direta do doente, com a observação dos sintomas e sinais determinados pela enfermidade (Foucault 2003 [1963]; Sicard, 2006 [1998]). Após a implementação do método clínico, institui-se uma mudança na perspectiva médica sobre o corpo: reverte-se o sentido inicial dirigido à sondagem do interior anatómico, emergindo gradualmente para uma sondagem da superfície. Se a partir do séc. XVI, o conhecimento médico construiu-se em torno do desvelo da anatomia e da fisiologia, a partir do séc. XIX, este conhecimento dirige-se em torno do estudo da enfermidade expressa no exterior do corpo. O olhar médico passa do estudo das profundidades para o estudo das aparências. Paralelamente, a tecnologia de visualização que orienta esse olhar sobre o corpo modifica-se: substitui-se a gravura anatómica, pela chapa fotográfica:

“A fotografia que surge no espaço médico orienta a atenção das profundezas para a superfície. A gravura convidava às dissecações, ao mergulho do olhar no interior dos corpos; a fotografia troca as anatomias pelas aparências (...) Nestes jogos de superfície, a fotografia regista – algo que a gravura nunca poderia fazer – o rosto e o olhar dos doentes” (Sicard, 2006 [1998]: 146).

O rosto perturbado do doente (Fig.10), a pele maculada pela doença (Fig.9) tornam-se o novo cenário visual, onde o médico exerce o seu poder. A sua captura não é contudo linear: a produção da imagem fotográfica decorre de um processo minucioso e cuidado, apenas conduzido por mãos experientes. Deste modo, cabe ao médico dirigir o processo do registo fotográfico, ajustando a iluminação, a focagem, a expressão do doente correta, a forma de exposição correta que representa com fiabilidade a presença da doença²⁰. Como resultado deste manejo técnico, surge uma imagem que reflete com precisão o que regista, que confere similitude à realidade que capta (Chazan, 2003; Lupton, 2003; Sicard, 2006 [1998]; Vale, 2009): “... a fotografia é a semelhança, a exactidão.” (Sicard, 2006 [1998]: 148).



Figura 9 – a) George Henry Fox. *Cutaneous Syphilis*. 1881. Tábua colorida evidenciando uma mulher sofrendo de uma patologia dermatológica (*Syphiloderma tuberculosum*) - adaptado de (Fox, George Henry. 2010. *Dermatology in the 19th Century: Lecture at the American Dermatological Association Annual Meeting*. [Online]. The Burns Archive [Acedido em 06-01-2013]. Disponível em: http://theburnsarchive.blogspot.pt/2010/08/dermatology-in-19th-century-lecture-at_25.html); b) Alfred Hardy e A. de Montméja. *Clinique photographique de l'hôpital Saint-Louis*. 1868. Fotografia de uma paciente residente no Hospital de Saint-Louis em Paris, que sofria de uma doença cutânea inflamatória (*Pemphigus foliaceus*) – adaptado de (Hardy, M. A.; Montméja, M. A. 1868. *Clinique photographique de l'hôpital Saint-Louis*. Paris, Librairie Chamerot et Lauwereins).

²⁰ A composição das imagens fotográficas inicialmente, derivava de um processo minucioso. Num primeiro momento o retrato fotográfico surgiria na forma de uma imagem a preto e branco. Posteriormente, devido à presença de um desfazamento cromático entre a imagem e a superfície epidérmica maculada, o retrato seria submetido a um processo de coloração (Fig.11a): “Para se transmitir os matizes de coloração, é preciso passar para papel salgado a prova que servirá de suporte À realização de uma aguarela. A coloração faz-se depois, na presença dos doentes, por comparação direta com as alterações das suas peles” (Sicard, 2006 [1998]: 147).

A fotografia, mais do que um dispositivo de registo e de catalogação de informação médica, torna-se gradualmente um instrumento clínico experimental, deixa de ser passivo, passa a ser ativo na construção do corpo doente. Criam-se classificações, constroem-se nosologias sustentadas nas configurações epidérmicas observadas na película fotográfica. Através deste testemunho visual, estabelece-se uma relação de inteligibilidade entre o olhar clínico com o corpo doente. No momento em que a fotografia dá a conhecer através da sua imagem a configuração da doença, a própria doença torna-se legítima aos olhos da medicina (Fig.10) (Sicard, 2006 [1998]; Vale, 2009).



Figura 10 – Jean-Martin Charcot. *Iconographie photographique de la Salpêtrière*. 1878. Fotografias retiradas a uma paciente internada no Hospital da Salpêtrière, diagnosticada com uma patologia denominada por Charcot de histero-epilepsia. Charcot indicava que as crises histero-epilépticas se compreendiam em três períodos: 1º período epilíptico; 2º período crónico e 3º período de delírio. As imagens expostas apresentam a paciente em momentos estados diferentes desta patologia: a) estado normal; b) fase de estertor (fase de um *ataque epileptiforme* (Charcot, 1878: 129-130). No decorrer do séc. XIX, a medicina clínica não apenas irá desenvolver-se sobre o domínio dos estudos dermatológicos (Fig.11), mas também no estudo das patologias no campo psicomotor. A compreensão e estabelecimento de doenças psiquiátricas, têm como grande contributo o recurso do dispositivo fotográfico. Através do registo de movimentos corporais específicos efetuados pelos pacientes internados, o psiquiatra consegue evidenciar a presença de uma patologia mental em crescendo. A influência que a fotografia teve na psiquiatria é considerável, de tal forma, que nosologias se criam em torno da suas evidências, mesmo quando outras metodologias se revelam infrutíferas (Chazan, 2003; Sicard 2006 [1998]; do Vale, 2009). Adaptado de (Charcot, J. M. 1878. *Iconographie photographique de la Salpêtrière*. Paris, V. Adrien Delahaye & C^e, Libraires-Éditeurs).

Todavia, nesse processo de legitimação, a experiência individual de quem sofre é eliminada. Na busca absoluta pela visibilidade das enfermidades que expressam-se à superfície, a voz do paciente é **emudecida**. Na ligação estabelecida entre o olhar médico e a fotografia, a necessidade do registo objetivo, a obtenção de uma imagem exata sobre o objeto clínico não levam-se “...em conta as queixas ou as dores...” (Sicard, 2006 [1998]: 148) do doente. Na substituição de uma clínica sobre o corpo doente pela

“...clínica fotográfica...” (Sicard, 2006 [1998]: 149), o olhar médico distancia-se do seu paciente de modo a observar apenas nos limites dos fenómenos semiológicos. A experiência da doença é assim substituída; os rostos angustiados desvanecem assim “...por detrás de aglomerações, cristalizações, cancros e deformações insuportáveis...” (Sicard, 2006 [1998]: 148), registados sempre sobre olhar frio da fotografia.

3.1.4 Raio-x/Radiografia e o campo da imagiologia médica

Em Novembro de 1895 (Ortega, 2006), Wilhelm Conrad Röntgen efetua uma descoberta que revolucionaria o mundo científico (Porter, 1996; Chazan, 2003; Ortega, 2005 e 2006; Sicard, 2006 [1998]; Tucherman e Saint-Clair, 2008). Röntgen descobriria que atravessando uma corrente de alta voltagem num tubo em vácuo, conseguia gerar vibrações electromagnéticas capazes de penetrar a carne humana, que seriam posteriormente impressas numa chapa fotográfica (Porter, 2006). Röntgen descobriria o raio-X. Logo após em 22 de Dezembro desse mesmo ano, a primeira radiografia é submetida ao exterior, expondo o interior da mão de Bertha Röntgen sua esposa (Porter, 1996; Chazan, 2003; Ortega, 2006; Sicard, 2006 [1998]). Após o surgimento em série de instrumentos de visualização do corpo no séc. XIX - que permitiam “...visualizar desordens internas sem ter que recorrer à cirurgia ou à dissecação...” (Porter, 1993 *in* Ortega, 2005: 243), tais como “...o oftalmoscópio em 1850 e o laringoscópio em 1857...” (Reiser, 1990; Kemp, 1998 *in* Ortega, 2006: 93) – a introdução do novo aparelho de radioscopia veio firmar a visão como o sentido hegemónico e primordial na atribuição do diagnóstico médico²¹ (Chazan, 2003; Ortega, 2005 e 2006; Sicard, 2006 [1998]; Tucherman e Saint-Clair, 2008).

A descoberta dos raios-X iria surpreender, mas igualmente chocar com os ideais de uma sociedade vitoriana que valoriza consideravelmente a proteção da integridade moral e emocional dos seus indivíduos da exposição pública²², nomeadamente na questão da sexualidade. Na sociedade vitoriana, esta questão era bastante melindrosa,

²¹ “Em meados do século XIX, muitos médicos achavam a evidência visual interna da doença fornecida pelas novas tecnologias de visualização mais convincente do que as técnicas diagnósticas auditivas (...) pois as últimas exigiam que o médico formasse uma imagem mental da lesão representada pelo som, enquanto que as primeiras apresentavam a imagem diretamente. Os sons pareciam estar mais sujeitos à distorção subjetiva e à mediação humana do que a visão, que prometia garantir objetividade, neutralidade e verdade científica sobre o corpo e a doença” (Reiser, 1990 *in* Ortega, 2005: 243).

²² Segundo Ortega, na “...sociedade vitoriana da intimidade e da sentimentalidade na qual os raios X aparecem, o indivíduo protegia com grande esmero a sua interioridade emocional e moral da visibilidade do mundo. Existem fronteiras claras entre o público e o privado, separando o que o sujeito era na sua vida íntima e privada do modo como ele se apresentava no mundo público, e delimitando os espaços internos e externos do corpo” (Ortega, 2006: 92).

existindo uma cultura de censura bastante rígida sobre a exposição do corpo desnudado, e em especial das zonas genitais, sobretudo no que concerne ao género feminino²³. Uma tecnologia que viesse interferir com determinadas construções socio-culturais (Chazan, 2003; Ortega, 2006) – pensava-se inclusive que teria a capacidade de ler o próprio pensamento! (Ortega, 2006; Sicard, 2006 [1998]) – levantaria dúvidas perante os seus efeitos. Porém, a tecnologia do raio-X é rapidamente acolhida e os seus avanços produzidos no processo de diagnóstico clínico seriam entusiasticamente recebidos pela comunidade científica. Com efeito, as transformações sociais produzidas pela chegada do raio-X far-se-ão sentir. Gradualmente a máscara individual construída sobre as barreiras sociais da moralidade, da intimidade, da sexualidade desagrega-se, submetendo o indivíduo à exposição dos elementos e esbatendo com antigas divisões de um corpo interior e exterior²⁴ (Fig.11) (Chazan, 2003; Ortega, 2006).



Figura 11 – N.D. Representação cômica sobre a produção de uma radiografia. 1910. Apesar da figura cômica apresentada, esta representa a forma como a sociedade europeia inicialmente simbolizava as imagens produzidas por raios-X. Estas eram consideradas como ícones de morte, visto que reduziam o indivíduo radiografado ao retrato da sua condição mortal e esquelética. Mais tarde, no decorrer das “...primeiras décadas do século XX, com a introdução escaneamento popular em massa, na saúde pública, visando ao controle da tuberculose, fez-se uma necessária uma modificação na representação dos RX na cultura leiga. Esta mudança foi construída por meio de grandes campanhas veiculadas pelo cinema: passou-se de um ícone da morte para um ícone de saúde” (Cartwright, 1995 in Chazan, 2003: 201). Adaptado de (N.D. 1910. A Comic Stereo Image Parodying 'X-Ray Photography' [Online] The Burns Archive. [Acedido em 10-01-2014] Disponível em: <http://theburnsarchive.blogspot.pt/2010/11/im-looking-though-you-dawn-of-x-ray.html>).

²³ Esta condição social afetava todos os sectores institucionais, inclusive na prossecução da prática médica sobre os seus pacientes. Segundo Ortega, no período pré-raio-X um médico que procedesse um exame a uma paciente feminina “...podia ‘tocar’ o [seu] corpo (...) e mesmo romper o hímen com o dedo, contando que não olhasse” (Ortega, 2006: 92).

²⁴ Segundo Chazan:

“O corpo “transparente” representa uma mudança qualitativa no tocante à construção social do corpo humano e emergem vários paradoxos: o interior do corpo torna-se “público”; a imagem radiográfica do corpo vivo é um ícone da morte; o devassamento interior é altamente erotizado e ao mesmo tempo as imagens radiográficas carecem de indicações sobre o sexo do sujeito: as eventuais indicações sobre o género estão presentes na radiografia só quando existem objetos radiopacos (...) [Em suma a] produção de um olhar que literalmente atravessa sujeitos contribui decisivamente na reconfiguração do corpo” (Cartwright, 1995 in Chazan, 2003: 200).

A emancipação do dispositivo radiológico provocaria igualmente uma mudança no estatuto cultural concedido às imagens produzidas tecnologicamente: as imagens técnicas adquirem um estatuto próprio de “porta-voz” da divulgação científica; tornam-se nas sociedades industrializadas, a nova linguagem pela qual transmite-se o conhecimento científico (Sturken e Cartwright, 2001 *in* Chazan, 2003). Nesta transferência de poderes outorgado ao mundo da imagem tecnológica, surgem consequências: estas (imagens) convertem-se também em objetos “ontologicamente” idênticos àquilo que projetam²⁵. No âmbito da prática da medicina, estas transformações far-se-ão igualmente sentir e conduzir a mudanças no modo como o médico observa o corpo do doente (Fig.12) (Chazan, 2003; Ortega, 2005 e 2006; Sicard, 2006 [1998]; Tucherman e Saint-Clair, 2008):

“Lentamente, estabelece-se um novo olhar médico: o diagnóstico já não se faz apenas a partir da observação do paciente, mas também a partir da observação de imagens. Nasce assim um campo de saber radicalmente novo, tanto pelos seus objectos como pelos seus métodos: as especialidades da imagiologia” (Sicard, 2006 [1998]: 211).

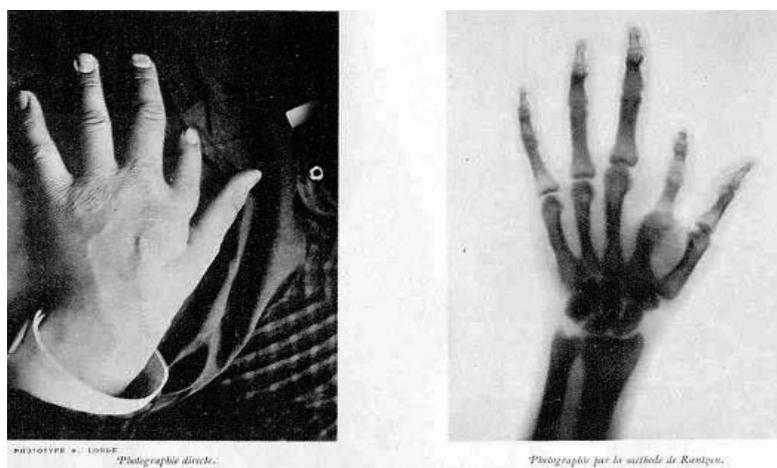


Figura 12 – Albert Londe. *Deformations de la main et des doigts consécutives à l’osteíte syphilitique*. 1896. Imagens representativas de deformações produzidas numa mão por uma osteíte sífilítica. Nesta figura esta representadas duas imagens relativas a um paciente com osteíte sífilítica no dedo indicador da mão esquerda (direita : imagem fotográfica ; esquerda : imagem de raio-x). Segundo Antoine Chipault – chefe de consulta cirúrgica da Salpêtrière – na leitura deste caso: “O método fotográfico de Rontgen tornou-nos possível, neste caso, uma verdadeira biópsia, uma constatação direta das lesões ósseas existentes” (“La méthode photographique de Roentgen nous rendait possible, dans ce cas, une véritable biopsie, une constatation directe des lésions osseuses existantes”) (1896 : 153). Adaptado de (Chipault. A. 1896. *Deformations de la main et des doigts consécutives à l’osteíte syphilitique*. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 9 : 153-157).

²⁵ Segundo Sicard, essa correspondência era igualmente aplicada às imagens radiográficas: a radiografia é uma impressão “...direta: a radiografia é o indivíduo, a própria realidade. Não se trata de uma mera figura; é já um objeto (...) colocado numa placa de vidro sensível e transparente, atravessado pela irradiação” (2006 [1998]: 207).

O olhar tecnológico que sonda e penetra além das capacidades do olhar humano, mas que igualmente permite uma observação distante e subjectivamente independente, alcança novos patamares com a criação do dispositivo radiográfico (Chazan, 2003; Ortega, 2005 e 2006; Tucherman e Saint-Clair, 2008, Monteiro, 2011). A estas imagens de carácter fantasmagórico (Fig.11), confere-se um grau de objectividade superior – uma “*superobjectividade*” (Chazan, 2003: 200) – em relação a qualquer dispositivo de visualização médica produzido até então: ao contrário de outras tecnologias construídas através do engenho humano, o que se observa, o que se analisa através da radiografia, advêm de uma força natural existente, de um poder oculto não concebido artificialmente, conservado e gerado apenas na estrutura maquinal: o raio-X. A produção da imagem radiográfica demonstra, desta forma, estabelecer-se através de um processo neutral, determinada apenas pela capacidade do dispositivo de radiologia (Chazan, 2003; Ortega, 2005 e 2006; Tucherman e Saint-Clair, 2008, Monteiro, 2011).

3.1.5 Imagens produzidas em (outros) exames complementares de diagnóstico

Além da produção de resultados imagéticos tridimensionais, a medicina também conta contemporaneamente com instrumentos avaliativos – que constituem parte dos exames complementares de diagnóstico – onde os resultados se exibem em bases quantitativas com valores numerais, com fórmulas e/ou de demonstrações de curvas e linhas de gráfico - como por exemplo: análises clínicas (hematológicas (Fig. 13a), bioquímicas, microbiológicas, etc..), eletrocardiogramas (Fig. 13b), espirometrias²⁶ (Fig. 13c), eletroencefalogramas, etc..

Através de uma linguagem matemática e gráfica, estes instrumentos de diagnóstico concedem um padrão estatístico, rigoroso, claro de um sistema orgânico que na sua constituição natural, sob o olhar médico, é dinâmico, confuso, opaco. Aqui, a revelação de uma certeza clínica ultrapassa a evidência da substância visível e corpuscular, tornando-se apenas decifrável a partir de um código abstrato - a um olhar leigo, mas concreto a um olhar *expert*. Ao contrário da tecnologia imagiológica, a análise do corpo saudável/doente determina-se na medida em que é completamente desviada de qualquer

²⁶A espirometria simples é “...um exame funcional respiratório indicado, entre outros, na avaliação pré-operatória, asma brônquica, bronquite crónica e outras doenças do aparelho respiratório” (<http://www.labmed.pt/Pneumologia.asp>).

representação orgânica. No entanto, apesar de uma aparente dissimilitude, os efeitos produzidos são similares aos da imagiologia: produzem um cenário de *visibilidade* a um corpo que é invisível, através de parâmetros *objetivos* que asseguram na reconfiguração de um espaço corporal fluído, uma estabilidade *transparente* e inteligível para aquisição do conhecimento médico. E no exercício dessa aquisição científica, estes instrumentos analíticos promovem a desintegração de um *eu* - corpo total, integral e subjetivo - constituindo um *outro* corpo fragmentado, específico, circunscrito nos limites de uma existência inteiramente biológica e significativa somente nos seus aspectos patológicos.

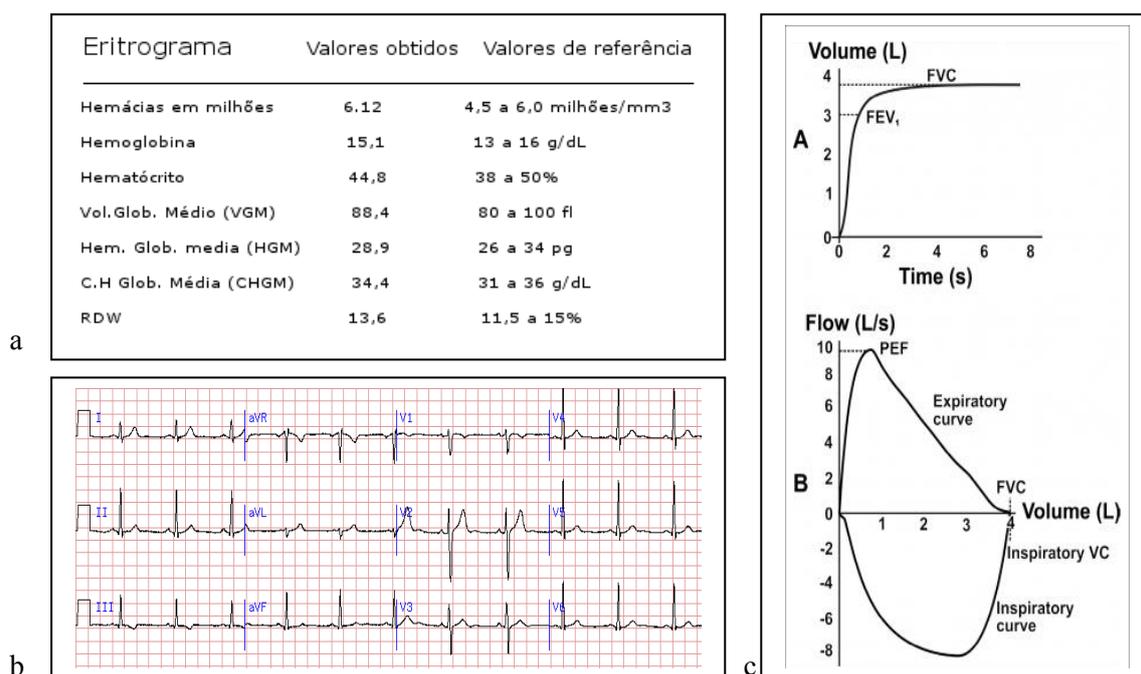


Figura 13 – a) Pedro Pinheiro. Exemplo de um hemograma. 2013; b) N.D. Exemplo de um electrocardiograma. 2013; c) Van Schalkwyk et al. Exemplo de um espirograma. 2004. Fontes de imagens: a) adaptado de (Pinheiro, P. 2013. Hemograma – entenda seus resultados. [Online]. *MD.Saúde*. [Acedido em 31-01-2014]. Disponível em: <http://www.mdsaude.com/2009/11/hemograma.html>); b) adaptado de (N.D. 2013. Os princípios básicos do diagnóstico eléctrico em cardiologia – Electrocardiograma. [Online]. *Misodor – Centro de estudo e treinamento online para provas e concursos de medicina*. [Acedido em 31-01-2014]. Disponível em: <http://www.misodor.com/ELETCARDIOGRAMA.php>); c) adaptado de (Koegelenberg, C.F.N.; Swart, F.; Irusen, E.M. 2013. Guideleines for office spirometry in adults, 2012. *South African Medical Journal*, 103(1): 52-61. DOI:10.7196/SAMJ.6197).

3.2. O corpo que se fragmenta

Após esta breve análise sobre a influência dos dispositivos de visualização médica na construção de uma *imagem* médica sobre o corpo individual, pode-se chegar a uma conclusão prévia. No desenvolvimento histórico da ciência médica, a visão torna-

se gradualmente num meio – ampliado pelas potencialidades tecnológicas - privilegiado de observação e compreensão das singularidades biológicas constitutivas do corpo humano. À medida que as fronteiras biológicas e orgânicas do corpo se revelam sob o poder intrusivo do domínio (tecnologicamente) visual, a sua configuração *natural* é reestruturada por uma morfologia própria, uma morfologia de imagem – artística, criativa, técnica, fantasmagórica, virtual - criada sobre os alicerces da estrutura mecânica e/ou tecnológica que sobre si e através de si *vê*. No entanto, nesta cíclica reconfiguração estabelecida por meio de uma evolução (histórica e cultural) sobre a representação imagética na medicina (Chazan, 2003; Ortega, 2005 e 2006; Sicard, 2006 [1998]; Tucherman e Saint-Clair, 2008, Monteiro, 2011), o corpo vai perdendo gradualmente a sua integridade carnal; a sua totalidade vai sendo consecutivamente decomposta pelo olhar da medicina e exibida em pequenas partes, em fragmentos observáveis, analisáveis – órgãos, tecidos, células, moléculas - mas principalmente *visíveis*²⁷ (Ortega, 2005 e 2006; Sicard, 2006 [1998]).

Em consideração da reflexão previamente exposta, compreende-se ser necessário estabelecer uma certa questão: que consequências surgem na interação do médico com o seu doente, e sua doença, se o diagnóstico clínico desenvolvido sobre o seu corpo estabelece-se de forma tão preponderante por uma tecnologia de imagens?

O domínio estabelecido pela tecnologia de imagiologia (Fig.14) veio destituir a medicina de um olhar clínico que, em observação do corpo doente, evidenciava não só a presença de uma patologia, mas que comportava em si a perspectiva de uma possibilidade de cura. Após o desenvolvimento da imagiologia, a capacidade de visualizar o corpo exponencia consideravelmente; observam-se os padrões dos processos patológicos com um alcance e detalhe que previamente seriam inimagináveis. Contudo, no reverso da medalha, à medida que incrementa o escopo do visível (imagiológico), que se aproximam as distâncias corporais através do ecrã, do monitor, a possibilidade de se atingir uma condição saudável plena, passa a atingir valores utópicos, inatingíveis: o corpo inteiramente não existe, pois agora penetradas as suas fronteiras pela imagem, este revela-se continuamente doente.

²⁷ “A optimização dos exames médicos passa pela das máquinas de visão. A pouco e pouco, transformamo-nos numa mistura de duro e mole, em composições ajustadas de líquidos, sólidos e gases. Os órgãos são agrupados em função da sua capacidade de “criar imagens”, gerando novas classificações. No capítulo dos líquidos: o sangue, os humores, a urina, o líquido cefalorraquidiano. No capítulo dos órgãos compactos: os ossos, o fígado, o baço e o cérebro. No capítulo dos órgãos côncavos: as veias, as fossas nasais e o tubo digestivo. No capítulo dos gases: o ar intrapulmonar, o ar do tubo digestivo, da cavidade sinuosa e das fossas nasais” (2006 [1998]: 272).

Porém, a imagiologia não contém apenas um poder capaz de revelar, mas também um poder que oculta. Na sua aptidão de instituir uma observação *objetivamente* visível, que *reflete* a realidade do que projeta, o que não fica observável é relegado para um plano inferior ou de irrelevância: a evidência patológica na imagem – o sinal – sobrepõe-se ao relato do indivíduo que sofre na sua doença – o sintoma; o sintoma existe na medida que corresponde a um sinal projetado na imagem, mas se o sinal projetado não corresponder com o sintoma descrito, então este último pode tornar-se ilegível ou incompreensível sobre o olhar médico. Mas num procedimento terapêutico, não basta identificar, classificar e erradicar a patologia que é exposta na máquina; deverá existir também uma cumplicidade com a voz que se queixa

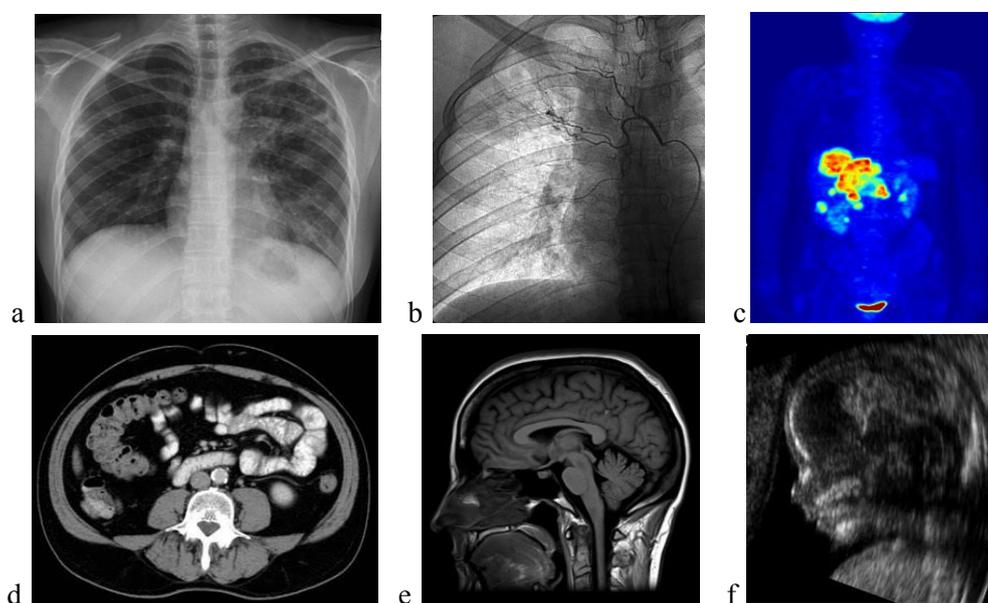


Figura 14 – Figuras indicativas de variegadas técnicas de imagiologia médica. a) Radiografia frontal do tórax, com a presença de uma tuberculose pulmonar (sobretudo no canto superior do pulmão esquerdo); b) Angiograma pulmonar, com a presença de uma tuberculose pulmonar no canto superior do pulmão direito; c) PET scanning de corpo. Segundo descrição da respectiva imagem: “*Besides normal accumulation of the tracer in the heart, bladder, kidneys and brain, liver metastases of a colorectal tumor are clearly visible within the abdominal region of the image*” (Langner, 2006: N:D., sublinhado de minha autoria) ; d) TAC abdominal; e) RM de plano sagital do cérebro; f) Sonograma de feto de 14 meses. Fontes de imagens: a) adaptado de (Yang, N. 2010. Pulmonary tuberculosis. [Online]. Radiopaedia.org [Acedido em 17-01-2014]. Disponível em: <http://radiopaedia.org/images/377585>); b) adaptado de (Kwoon, W. et al. 2006. The Effectiveness of Embolotherapy for Treatment of Hemoptysis in Patients with Varying Severity of Tuberculosis by Assessment of Chest Radiography. *Yonsei Medical Journal*, 47(3): 377-383. DOI: 10.3349/ymj.2006.47.3.377) ; c) adaptado de (Langner, J. 2006. Positron emission tomography. [Online]. Wikipedia. [Acedido em 17-01-2014]. Disponível em: en.wikipedia.org/wiki/Positron_emission_tomography); d) adaptado de (N.D. 2013. Escáner Médico. [Online]. Física Colegio Alberto Pérez. [Acedido em 17-01-2014]. Disponível em: fisica-alperit.blogspot.pt/2013/06/escaner-medico.html); e) Adaptado de (Gaillard, F. 2008. Normal midline brain. [Online]. Radiopaedia.org [Acedido em 17-01-2014]. Disponível em: radiopaedia.org/images/3892); f) Adaptado de (Mirmillon. 2006. Perfil de um embrião de 14 semanas. [Online]. Wikipedia. [Acedido em 17-01-2014]. Disponível em: en.wikipedia.org/wiki/File:Embryo_at_14_weeks_profile.JPG).

A edificação de um princípio de *visibilidade* para a aquisição do conhecimento médico sobre o corpo, é uma constatação que historicamente pode ser observada. A reificação do sentido da visão na biomedicina, como agente primordial na descoberta de um mundo corporal desconhecido e fechado, mas inteiramente descoberto, *transparente* às suas capacidades, é uma evidência difícil de contestar. Porém essa *visibilidade* é apenas o resultado, a consequência de um conjunto de fatores inerentes e necessários para a sua ocorrência, mas que se ocultam, tornam-se *invisíveis* sobre o manto ofuscante de seu poder visual, que dissimuladamente se apresenta como “espontâneo”, “natural” e objetivo.

3.3. A constituição do visível através da construção de um discurso de poder

A questão do carácter primordial do princípio de *visibilidade* na biomedicina foi brilhantemente desenvolvida pelo filósofo Michel Foucault (“The Birth of the Clinic”, 1963). Segundo o autor, o domínio do olhar médico no conhecimento sobre o corpo doente determina-se pela aparência de este ser o depositário da clarividência, a fonte singular que permite emergir das trevas e trazer à luz a verdade que reside no corpo, de adquirir através da sua densidade de percepção a constituição da sua morfologia estrutural (corpo), da sua textura tecidual, da sua composição original.

“[A] racionalidade médica mergulha na densidade maravilhosa da percepção, oferecendo a textura das coisas, com as suas cores, seus sinais, sua solidez, sua aderência, como primeira expressão da verdade. A amplitude da experiência parece estar identificada com o domínio do olhar diligente e com uma vigilância empírica recetiva apenas para a evidência dos conteúdos visíveis. **O olho torna-se a fonte e depositário da clareza, que tem o poder para trazer uma verdade à luz...**” (Foucault, 2003 [1963]: xiii, tradução e negrito de minha autoria).

O seu poder é totalmente clarividente e totalmente verdadeiro não só porque revela a profundidade original corpórea, mas igualmente porque (aparentemente) se institui como o agente primordial na aquisição dessa profundidade: a característica da sua

imparcialidade, da sua independência, da sua neutralidade, da sua objetividade estabelece-se pelo facto de demonstrar-se como *à priori* da linguagem, da construção conceptual de ideias, teorias científicas, de toda uma estrutura de organização do conhecimento científico, mas igualmente *à priori* da história, da sociedade, da cultura. No entanto, a construção do domínio do olhar médico não obtém-se por ser (a)linguístico, (a)conceptual, (a)histórico, associal e acultural, mas precisamente pelo inverso. Para Foucault, a condição da perspectiva - do estado e do estatuto do olhar médico - está determinada pela conjugação destes elementos que formulam os discursos produzidos contemporaneamente pela prática da medicina – e em particular pela prática da medicina clínica.

A condição do estatuto do olhar médico, para Foucault, interliga-se com a origem e desenvolvimento da medicina clínica. A partir desse momento – entre o fim do séc. XVIII e o início do séc. XIX - estabeleceram-se transformações fundamentais na formulação discursiva do conhecimento médico existente²⁸ e que correspondem, não só ao facto de a medicina clínica instituir-se como atividade institucionalizada, mas igualmente pelo estabelecimento de uma reorganização de todo o sistema de formação inerente à profissionalização da prática médica: transformações que fixaram a reconstituição de um novo campo nosológico estruturado; de um novo processo linguístico, seletivo e classificatório sobre a doença, resultando numa alteração quer no modo de como a doença se manifesta sob o olhar médico, quer na forma como o olhar médico estabelece a relação entre a doença e o doente. Com o nascimento da clínica cria-se uma nova ordem, uma ordem racional, que reflete a ordem geral da natureza e desse modo o princípio da origem da doença, tornando-se esta articulável sobre o corpo e apresentável sob o olhar²⁹. Nesta transformação conceptual se estabelece uma união entre o sinal e o sintoma, transformando o corpo num significante da doença, e esta o próprio significado. Em consequência o paciente, que circunscreve o espaço onde a doença se incorpora, torna-se ele mesmo um significante, perdendo o seu estatuto enquanto indivíduo: este transforma-se num mero retrato onde a doença é

²⁸ Segundo Foucault, "...o que estava constantemente mudando era a própria grelha segundo o qual esta experiência [(clínica)] era determinada, era articulada em elementos analisáveis e fundada uma formulação discursiva. Não apenas os nomes das doenças (...) a associação dos sistemas não era o mesmo; mas os **códigos percetuais** fundamentais **que eram aplicados aos corpos dos pacientes, o campo dos objetos nos quais a observação se dirigia, as superfícies e profundezas atravessadas pelo olhar do médico, todo o sistema de orientação deste olhar fixo também variou**" (Foucault, 2003 [1963]: 54, tradução e negrito de minha autoria).

²⁹ Segundo Foucault: "...**Existe doença apenas no elemento do visível e, por conseguinte, constatável**" (Foucault, 2003 [1963]: 95, tradução e negrito de minha autoria).

(re)descoberta, num mero fator externo com que o olhar médico se depara na contemplação da doença:

“...em relação dessa [doença] com que está a sofrer, o paciente é somente um fator externo; a leitura médica deverá tomá-lo em consideração apenas para coloca-lo em parêntesis. Claro, [que] o médico deve conhecer ‘a estrutura interna dos nossos corpos’, mas **somente de forma a subtraí-la e de libertar para o olhar do médico ‘a natureza e combinação de sintomas, crises e outras circunstâncias que acompanham as doenças’**” (Clifton, 1742 *in* Foucault, 2003 [1963]: 8, tradução e negrito de minha autoria).

No estudo genealógico de Foucault sobre a construção do conhecimento médico ao longo da história, o discurso que se apresenta no nascimento da clínica é o discurso da divisão, da separação; é o discurso do dualismo do indivíduo e do seu corpo. Posteriormente, com a interseção interdisciplinar entre as disciplinas médicas da clínica e da anatomia no séc. XIX, o discurso dualista iria-se intensificar.

Para Foucault o olhar médico atinge uma potencialidade máxima de penetração, de capacidade reveladora do invisível corpóreo escondido, quando os estudos da anatomia patológica se interligam com os estudos da medicina clínica: através da investigação cadavérica – pois os cadáveres adequam-se ao objeto de estudo perfeito – permite-se observar o estágio final da doença, visto que o seu ciclo termina quando outro ciclo se inicia, o ciclo da morte. A morte seria removida do espaço do desconhecido, do incompreensível e do temível, incluindo-se na formulação discursiva da clínica como um agente de aquisição de conhecimento sobre a doença e que corresponderia num reforço de poder do olhar médico.

Para Foucault, será a partir da constituição da anatomia patológica que se estabelece a noção de uma “...objetiva, real e por último inquestionável fundação para a descrição das doenças” (Foucault, 2003 [1963]: 129, tradução de minha autoria). Com o surgimento da anatomia patológica o olhar médico, um olhar anátomo-clínico, consegue obter o conhecimento último sobre a doença, a verdade sobre o seu ciclo de “vida”, das suas origens, da sua evolução e do seu fim e solidificar, dessa forma, a hegemonia de um saber científico sobre o corpo enfermo.

A formulação do discurso médico para Foucault não somente envolve o processo de construção de saber, mas encontra-se intrinsecamente interligada com a esfera do poder político. A soberania do olhar médico estabeleceu-se a partir desse momento histórico, não somente porque o discurso permitiu uma capacidade de aquisição visual e virtual do corpo e da doença, mas porque esse discurso concedeu à figura do médico um direito de vigilância, regulação, governação higienizadora, mas também ideológica sobre o corpo do indivíduo e da sociedade. A partir da institucionalização da medicina clínica o corpo passou-se a qualificar como uma estrutura concebida por opostos, opostos não apenas circunscritos a uma esfera de terapia mas também de controlo: os corpos individuais rotulam-se como higiénicos ou não higiénicos, normais ou desviantes – e não somente saudáveis e doentes – sob olhar soberano do médico, um olhar que determina através do seu julgamento, onde, como e com que intensidade a assistência social e/ou correção moral ao indivíduo deve ser implementada. Para Foucault esta realidade de poder encontra-se subvertida numa mensagem de esperança utópica e propagandista: somente através de uma sociedade instruída e supervisionada por um olhar médico soberano, pode o indivíduo percorrer o caminho de uma vida plena, desprovida de dor, sofrimento e alcançar o destino da luz: a libertação da doença. Segundo Foucault:

“...em liberdade, a doença era para formular de si mesma, ao olhar do médico, uma verdade imutável, oferecida, impassível; e a sociedade, medicamente investida, instruída e supervisionada se libertaria, por esse mesmo facto, da doença” (2003 [1963]: 51-52, tradução de minha autoria).

3.4. Constituição de imagens num ciclo de construção científica/médica

3.4.1 Produção de inscrições (imagens)

De acordo com Bruno Latour³⁰ a inscrição corresponde à transformação de uma substância concreta numa representação gráfica (diagrama, gráficos, figuras, etc..). Através dessa inscrição estabelece-se uma intermediação com o concreto: é na análise

³⁰ Apesar de Bruno Latour desenvolver os argumentos no âmbito de um contexto laboratorial, as suas teorias sobre a construção de factos científicos podem-se aplicar a todas as áreas de saber científico - como o exemplo da medicina.

dos seus picos, curvas, linhas que o cientista procura obter um significado para sua experiência: um dado estável e demonstrativo da substância concreta. Nesse sentido, se estabelece uma correspondência direta entre a imagem e a substância. Contudo essa correspondência *visível* somente se produz a partir de interferência de determinados fatores.

Primeiramente uma inscrição é o resultado de um “...dispositivo de inscrição” (Latour, 1997 [1987]: 112), ou, inscritor (Latour e Woolgar, 1997 [1979]). Um inscritor descreve-se como “...todo elemento de uma montagem ou toda combinação de aparelhos capazes de transformar uma substância material em uma figura ou em um diagrama...” (Latour e Woolgar, 1997 [1979]: 44). Sem estes instrumentos a inscrição (imagem) não existe, a correspondência (inscrição-substância) não se concretiza³¹.

Segundo, apesar da inscrição demonstrar-se inteiramente objetiva, não obstante necessita da representação de um autor intermediário, de um *porta-voz*. Este autor se responsabiliza apenas por transmitir informação inteligível sob essa inscrição: garante que se extraia de uma linguagem sistematizada em dados abstractos, um significado que oriente à sua compreensão.

Terceiro, se a presença da inscrição depende dos dispositivos, da capacidade dos porta-vozes fazer chegar a sua mensagem (Latour, 1997 [1987]), estes dependem de sistemas, de modelos conceptuais que os especifiquem e os distingam de outros porta-vozes (*paradigma*³²) (Latour e Woolgar, 1997 [1979]: 49). Por sua vez, estes *paradigmas*, incluem-se em estruturas de saber amplas, de *caixas-negras* (as ciências) que determinam todas as teorias, metodologias, procedimentos, instrumentos – bem como as substâncias que devem ser estudadas – que orientam a pesquisa científica para a produção de determinadas inscrições (Latour, 1997 [1987]).

³¹ “O que os torna tão importantes é o fato de nenhum dos fenômenos “aos quais eles se referem” poderia existir sem eles (...) Na verdade, os fenômenos **dependem** do material, eles são **totalmente constituídos** pelos instrumentos utilizados (...) Construiu-se, com a ajuda dos inscritesores, uma realidade artificial, da qual os atores falam como se fosse uma entidade objetiva” (Latour e Woolgar, 1997 [1979]: 61, negrito de minha autoria).

³² Segundo Thomas Kuhn paradigmas são “...exemplos aceitos na prática científica – exemplos que incluem, ao mesmo tempo, lei, teoria, aplicação e instrumentação – [e que] proporcionam modelos dos quais brotam as tradições coerentes e específicas da prática científica” (1998 [1962]: 30).

3.4.2 As imagens num ciclo de acumulação

Apesar desta argumentação, seria erróneo considerar a produção do conhecimento científico seguindo um percurso linear, retilíneo, - entre um ponto de origem (a fundação das ciências – *caixas-negras*) e um destino final (a produção de inscrições - imagens) - desprovido de movimentos reconfigurativos. Essa produção, esse desenvolvimento institui-se através de vários processos que se justapõem e que se assimilam num movimento circular e interminável: se das ciências se originam metodologias, porta-vozes, instrumentos, inscrições, do movimento inverso também se produz o conhecimento científico. A construção do conhecimento científico segue um curso de reversibilidade em que factores estimulam ao desenvolvimento de outros factores, e todos estes permitem a aglomerações de dados e informações que por sua vez estimulam outros factores (Latour, 1997 [1987]; Latour e Woolgar, 1997 [1979]). O conhecimento científico cresce - e por conseguinte a prática científica se desenvolve – porque funciona num sistema cumulativo, ou por outras palavras, num ciclo de acumulação³³.

O ciclo de acumulação caracteriza-se numa jornada - constituída por intermináveis contactos e viagens - entre dois pontos: um centro e uma periferia. Uma interligação estabelecida previamente numa hierarquia de saberes inaudita: o centro – ávido de um conhecimento que desconhece e provido de meios inúmeros (profissionais, instrumentos técnicos, conhecimentos metodológicos, etc..) e eficazes para a sua aquisição - detém menos saber do que a periferia – autóctone, natural, original que sempre teve o conhecimento desejado em sua posse. Contudo, nas múltiplas viagens que se procedem entre centro-periferia, produzem-se um variegado conjunto de dados, informações dispostas em inscrições, que condensam o saber adquirido na periferia e transmitido ao centro explorador. Nesse movimento cumulativo de dados, resulta um conhecimento central que gradualmente supera o conhecimento periférico, revertendo o jogo de poder que inicialmente se estabelecia. O centro através de uma rede comunicacional comandada entre vários intermediários, consegue dominar um exterior desconhecido sem ultrapassar a sua redoma territorial, somente a partir do cálculo de inscrições que recebe e que permitem manipular todo um conhecimento sintetizado. No

³³ Segundo Latour, “...o que se chama de "conhecimento" não pode ser definido sem que se entenda o que significa a aquisição do conhecimento. Em outras palavras, "conhecimento" não é algo que possa ser descrito por si mesmo ou por oposição a "ignorância" "ou "crença", mas apenas por meio do exame de todo um ciclo de acumulação: como trazer as coisas de volta a um lugar para que alguém as veja pela primeira vez e outros possam ser enviados para trazer mais outras coisas de volta” (1997 [1987]: 357).

entanto, como se consegue garantir uma transmissão inviolável e acessível desse(s) conhecimento(s) entre periferia e o centro?:

“Inventando meios que (a) os tornem **móveis** para que possam ser trazidos, (b) os mantenham **estáveis** para que possam ser trazidos e levados sem distorções, decomposição ou deterioração, e (c) sejam **combináveis** de tal modo que, seja qual for a matéria de que são feitos, possam ser acumulados, agregados...”³⁴ (Latour, 1997 [1987]: 362, negrito de minha autoria).

3.4.3 Criação de ignorância na construção do conhecimento

No contínuo movimento do ciclo de acumulação estabelece-se um domínio do poder central, através do conhecimento adquirido sobre uma entidade periférica. Contudo, os efeitos produzidos nesta ininterrupta expedição de saber científico não se detêm por aqui: não é só um domínio que se conquista sobre uma periferia, mas também uma assimetria que cresce nas explorações conduzidas a essa periferia: cria-se uma barreira que se adensa e se eleva à medida que o ciclo de acumulação se movimenta (Latour, 1997 [1987]), uma barreira de distanciamento desencadeada por um efeito gradual de substituição e eliminação de um saber individual holístico, de um saber corporal totalizador, através de um centro que o reduz a uma existência fragmentada, específica, codificada e cientificamente válida. Nesse sentido, o conhecimento científico

³⁴ Considerando as argumentações previamente apresentadas de Latour, poder-se-á tentar estabelecer, por meio de uma reflexão, uma correspondência entre a importância na produção das inscrições para o desenvolvimento do conhecimento científico sobre e a produção de imagens médicas para o desenvolvimento do conhecimento biomédico:

- 1) As imagens biomédicas afiguram-se como inscrições que mostram uma correspondência ontológica com o corpo (substância) que reproduzem porque: a) são produzidas por dispositivos tecnológicos de visualização (*inscritores*) que configuram a realidade (corpo) de forma a criar uma realidade artificial (imagens) que se apresente como objetiva; b) são representadas por *porta-vozes* (profissionais de saúde) que, apesar de não acrescentar nada às inscrições – porque são inteiramente reveladoras –, estabelecem-se como seus intermediários, interpretando a sua linguagem codificada de modo perceptível a uma plateia específica (pacientes); c) que por sua vez se inserem em *paradigmas* que os especificam e determinam de outros *porta-vozes* e que se inserem em *caixas-negras* (anatomia, fisiologia, clínica, etc., que se incluem numa *caixa-negra* mais ampla, a medicina);
- 2) As imagens biomédicas, através da sua produção, estimulam as ações de fatores antecedentes que consequentemente vão desencadear transformações nessas estruturas “primárias”. Estas imagens se constituem como parte de um ciclo de crescimento cumulativo de conhecimento médico (ciclo de acumulação): dados codificados recolhidos num ponto periférico (indivíduo, corpo, doente) e transmitidos a um ponto central (instituição biomédica) – onde são decodificados, calculados – através de uma rede comunicacional movida por agentes exploradores (médicos, técnicos de saúde, instrumentos de imagiologia, etc.). Neste ciclo interminável estabelece-se um domínio gradual entre o ponto central sobre a periferia: o armazenamento de dados sobre o corpo do doente é de tal modo incomensurável, que o conhecimento biomédico adquirido sobre este é superior e consequentemente o seu poder também;
- 3) o conhecimento que se adquire a partir do corpo é válido e inviolável, visto que os meios construídos para a sua recolha, as inscrições (as imagens médicas) são *móveis*, são *estáveis* e são *combináveis* (Latour, 1997 [1987]).

remete o conhecimento corporal de cada indivíduo para um plano de irrelevância cognitiva, de inexistência material. Cria-se deste modo neste ciclo de acumulação, não só uma assimilação crescente num corpo de conhecimento científico, mas também uma redução crescente em *corpos de ignorância* (Schiebinger, 1998).

3.5. Objectividade

A pretensa objetividade e neutralidade associada à produção de imagens científicas, e neste ponto focando para as tecnologias de imagiologia médica, é uma noção falaciosa. Na construção da imagiologia médica – quer na tecnologia de radioscopia, mas sobretudo em tecnologias de imageamento médico mais avançadas, como a tomografia axial computadorizada (TAC) a ressonância magnética (RM)³⁵, a tomografia por emissão de positrões (PET)³⁶ (Fig.19) –, é imprescindível um olhar disciplinado, profissionalizado, de um agente humano capaz de aperceber, de interpretar e tirar conclusões sobre o que se “espelha” nas imagens técnicas produzidas sobre as particularidades corporais do doente; isto é, necessita de se estabelecer um processo de aculturação entre uma imagem que é *expert* e um olhar *expertise* (Ortega, 2006). Contudo, isso é esquecido no *embellishment* produzido pelas qualidades gráficas destes dispositivos de visualização que permitem criar “...retratos fiéis da realidade que é visualizada...” (Monteiro, 2011: 647); no fascínio criado em torno das suas capacidades tecnológicas que permitem “...descobrir verdades não acessíveis ao olho humano “puro”...” (Sturken e Cartwright, 2001 *in* Chazan, 2003: 200), e que conferem a aparição de uma *objectividade mecânica* (Galison, 1998). Segundo Ortega:

“Essas imagens constituem evidências sociotécnicas, isto é, sua função é produzir uma aparência de naturalidade e imediação que não deixa margem para dúvidas, mas que na realidade oculta e desloca (...) os contextos e pressupostos

³⁵ “Embora funcione com o mesmo tipo de radiação que a tecnologia de raios X, a tomografia computadorizada (TC) não produz fotografias. Os scanners de TC transmitem raios X através do corpo para uma série de detetores, os quais enviam os sinais a um computador para seu processamento. O programa de computador transforma os sinais em pixels no monitor, criando uma imagem tridimensional do corpo. O computador pode realçar, colorir, aumentar ou diminuir a imagem. Ele permite certa liberdade no processamento dos dados para produzir imagens. No caso da IRM, as imagens são reconstruídas a partir de projeções de dados e podem ser manipuladas de diversas maneiras.” (Blume, 1992; Kevles, 1998; Porter, 1999; Wolbarst, 1999 *in* Ortega 2006: 98).

³⁶ “...a Tomografia por Emissão de Positrões – PET (...) funciona injetando moléculas radiativas no corpo e depois rastreando sua posição no interior dele desde fora. Sua função não é tampouco, como a da TC e das IRM, produzir imagens de estruturas anatómicas determinadas, mas rastrear funções metabólicas. PET exige uma maior habilidade tanto para produzir como para interpretar as imagens, em comparação com as duas tecnologias anteriores. Não se lê uma imagem de PET como uma imagem radiológica. A última remete a uma morfologia, ao passo que a primeira representa uma função” (Ortega, 2006: 98-99).

socioculturais e econômicos, nos quais essa evidência e naturalidade descansam” (2006: 97).

O princípio de *visibilidade* poder-se-á considerar como um dos principais pilares, nos quais a biomedicina se alicerçou e desenvolveu um conhecimento considerável sobre o vasto fenómeno biológico que representa o corpo humano. Contudo, instituir esse princípio na base de uma origem autónoma, independente, tornando-o um agente de capacidade observacional objetiva e neutra, produz um efeito de ignorância (de consequências perigosas) que simultaneamente elimina todo um *background* anterior de interações históricas, sociais, culturais, políticas responsáveis pela sua origem³⁷, e que confere (ao princípio de *visibilidade*) um poder revelador soberano e inquestionável sobre uma experiência corporal única, singular e individual. Através deste poder soberano, o princípio de *visibilidade*, por intermédio de seus instrumentos tecnológicos, se estabelece não só como um agente verídico, credível de controlo e governação biomédica, que regula a sociedade segundo padrões de comportamentos saudáveis, mas que igualmente, pela revelação progressiva das profundezas do corpo³⁸, reconfigura toda uma experiência subjetiva estabelecida entre o corpo e o indivíduo³⁹ (Chazan, 2003; Foucault 2003 [1963]; Lupton, 2003; Ortega, 2005 e 2006; Tucherman e Saint-Clair, 2008; Monteiro, 2011).

³⁷ É nesse sentido que se apresenta o cerne da problemática das tecnologias de visualização médica – sobretudo na área da imagiologia: devido a uma capacidade de exposição tremenda, as tecnologias de visualização médica inscrevem-se como entidades de natureza trópica, autênticos fetishes que substituem uma realidade corporal singular, numa realidade imagética científica que representa a vida em si mesmo, mas que precisamente oblitera o facto de isso revelar-se como um resultado derivado através de um processo de corporalização:

“Eu defino corporalização como as interações dos humanos e não humanos nos processos de trabalho distribuídos, heterogéneos da tecnociência (...) Os processos de trabalho resultam em corpos material-semióticos – ou objetos natural-técnicos de conhecimento e prática – tais como células, moléculas, genes, organismos, vírus ou ecossistemas (...) Células, organismos (...) não são descobertas num sentido realista [e] vulgar (...). Corpos tecnocientíficos, tais como o organismo biomédico, são os nódulos que solidificam a partir das interações, onde os atores não são humanos, não [são] auto-idênticos, não [são] “nós” (...) [A] corporalização é contingente, física, trópica, histórica, interacional. [A] corporalização envolve instituições, narrativas, estruturas legais (...) e muito mais”
 (“I define corporealization as the interactions of humans and nonhumans in the distributed, heterogenous work processes of technoscience (...) The work processes result in specific material-semiotic bodies – or natural-technical objects of knowledge and practice – such as cells, molecules, genes, organisms, viruses or ecosystems (...) Cells, organisms (...) are not “discovered in a vulgar realist sense (...). Technoscientific bodies, such as the biomedical organism, are the nodes that congeal from interactions, where the actors are not human, not self-identical, not “us” (...) corporealization is contingent, physical, tropic, historic, interacional. Corporealization involves institutions, narratives, legal structures (...) and much more”) (Haraway, 1998: 186).

³⁸ “... as tecnologias de imagem médica atuam em duplo sentido: tanto estabelecem normas e padrões de saúde baseados na visualização dos órgãos internos, quanto se reafirmam elas próprias como as principais produtoras de verdades – médicas e legais – sobre o interior do corpo” (Chazan, 2003: 208).

³⁹ “Através da visualização proporcionada pela imagem técnica médica, evidencia-se um aspecto constitutivo da Pessoa na sociedade contemporânea: o indivíduo pode, e eventualmente, **deve** (...) ser escrutinado, estudado e normatizado, ao mesmo tempo em que se reforçam sua especificidade, singularidade e interioridade” (Chazan, 2003: 203, negrito de minha autoria).

3.6. Disease/Illness: Conceção biomédica do corpo doente e a experiência individual da doença

Na chegada deste momento de estruturação teórica e conceptual, alcança-se um ponto crucial na análise e reflexão estabelecida numa perspectiva particular de abordagem e enquadramento, no âmbito do estudo antropológico do corpo. Após a consideração e ponderação de inúmeras questões que se colocam (e que certamente não se esgotam neste desenvolvimento argumentativo), resultantes de uma postura antropológica que indaga sobre interligações estabelecidas entre uma prática médica secular e uma transformação ideológica corporal ininterrupta - determinada socialmente, culturalmente e politicamente -, eis que se formula uma nova pergunta: de que forma, através de perspectivas diferenciadas, divergentes de compreensão, conhecimento e aquisição de experiência corporal – entre um contexto institucional, coletivo, biomédico e um contexto individual – no âmbito da doença, se pode influenciar a relação entre médico-paciente, nomeadamente na procura e agenciamento de um processo terapêutico que visa uma resposta última de cura?

De acordo com a ideia apresentada por Leon Eisenberg (1977), as concepções de doença que se estabelecem numa relação médico-paciente, correspondem a diferentes formas de categorização e apropriação da experiência da enfermidade: o conceito de doença passa a se estabelecer num duplo significado, dividido entre *disease* e *illness*⁴⁰.

A definição de *disease* exhibe um termo chave na compreensão do saber biomédico. A *disease* é o suporte e a culminação de uma filosofia institucional biomédica que constrói o seu conhecimento na base da nomeação, da classificação, da taxonomia, da nosologia, da procura, da sondagem, da descoberta, da obstrução e da eliminação de fenómenos patológicos que se exibem no corpo. A *disease* é a reconfiguração e redução dos contextos que derivam da experiência da doença que se inscrevem nos corpos dos indivíduos, em problemas agrupados no âmbito da desregulação, da deficiência, da anormalidade orgânica (Eisenberg, 1977; Good *et al.*, 1994; Kleinman, 1988, 1997)

⁴⁰ Segundo Eisenberg, "...os pacientes sofrem *illnesses*, os médicos diagnosticam e tratam de *diseases*. Permitam-me esclarecer a distinção que pretendo: *illnesses*, são experiências de mudanças desvalorizadas nos estados do ser e na função social; *diseases*, no paradigma científico da medicina moderna, são anormalidades na estrutura e função dos órgãos e sistemas do corpo" (Eisenberg, 1977: 11, tradução e negrito de minha autoria). Determinou-se a permanência das duas palavras do excerto original, porque correspondem, neste contexto, a conceitos desenvolvidos na construção argumentativa do autor e que nos quais sendo submetidos a uma tradução, poderiam sofrer a uma alteração inadequada do seu significado.

“Disease é aquilo que os médicos foram treinados para ver através das lentes teóricas da sua forma particular de prática (...) O médico (...) interpreta o problema de saúde dentro de uma nomenclatura e taxonomia particular, uma nosologia de doença, que cria uma nova entidade diagnóstica, como “coisa” – a disease (...) Nos termos biológicos restritos do modelo biomédico, isto significa que a disease é reconfigurada apenas como uma alteração na estrutura do funcionamento biológico” (Kleinman, 1988: 5, tradução e negrito de minha autoria).

A concepção da *disease* interliga-se com uma forma de agir perante e sobre o corpo que o desassocia do *eu* individual, o *eu* que concede o sentido para a presença da doença, bem como das suas expressões singulares. Apesar de a doença se circunscrever dentro das fronteiras do corpo (anatômico, fisiológico), esta não afeta apenas uma estrutura corporal orgânica, biológica, mas também um *corpo* individual que interage singularmente com a doença no sentido de a enquadrar numa composição que seja compatível com a sua identidade, bem como com o seu contexto vivencial. Na procura de um significado para a doença, dever-se-á tentar compreender como o doente percebe, categoriza, analisa, monitoriza, reage, se comporta, lida, *habita* com os sintomas, com a dor, com as incapacidades induzidas pela enfermidade, sempre considerando as influências produzidas nas relações intersubjetivas estabelecidas entre o indivíduo e seu meio sociocultural (*illness*) – onde se constroem e se organizam modelos conceptuais normativos sobre o corpo (Eisenberg, 1977; Good *et al.*, 1994; Kleinman, 1988, 1997):

“[A] illness se refere de como a pessoa doente e os membros da família ou da rede social mais extensa percebem, vivem com e respondem aos sintomas e deficiência. [A] illness é a experiência vivida de monitorizar processos corporais tais como sibilos respiratórios, dores abdominais, tendões cheios, ou articulações dolorosas. [A] illness envolve a apreciação desses processos como expectáveis, sérios ou requerendo tratamento (...) E quando falamos de illness, devemos incluir a opinião do doente sobre como melhor lidar com o sofrimento e com os problemas que cria na vida diária” (Kleinman, 1988: 3-4, tradução e negrito de minha autoria)

Na presença desta divergência no modo de apreender a experiência da doença, a comunicação, o contacto estabelecido entre médico-paciente não se estabelece de modo equilibrado, complementar entre os participantes desta relação.

O médico, detentor de um domínio de conhecimento sobre o corpo superior ao conhecimento do próprio corpo do doente – atribuindo-o a um estatuto de credibilidade e de autoridade –, detém o papel de um investigador que pesquisa no território corporal o(s) elemento(s) que não se enquadram num conjunto saudável (um conjunto mecanicamente estável), recorrendo aos meios metodológicos e tecnológicos ao seu dispor para indicar, apontar com *objetividade*, a face da doença (*disease*). Representando este papel, e no sentido de conseguir uma informação prévia que o auxilie na condução dos seus objetivos, o médico estabelece frequentemente uma relação com o doente na base de um interrogatório estrutura uma comunicação com base na pergunta e resposta, tentando discernir no conjunto de informações inscritas no discurso do doente, nos sintomas transmitidos camuflados por uma narrativa singular, os elementos que permitem descodificar a origem, a causa, a razão patológica. O espaço concedido para a exposição das interpretações, concepções do doente, resultantes de uma forma de interação específica com o seu corpo, através da sua experiência de doença (*illness*), é um espaço ínfimo, cedido somente na existência de uma compatibilidade com modelos conceptuais biomédicos. Para a obtenção de um diagnóstico, o médico apenas poderá contar com dados enquadrados numa semiótica⁴¹ explícita, clara, rigorosa, e não de concepções que se apresentem como imprecisas, opacas, elusivas, destituídas de uma característica de transparência correspondente às concepções científicas⁴². No entanto, o indivíduo normalmente compreende processos corporais associados a situação de doença, dentro de uma concepção holística, cujos elementos, - por vezes dispersos e divergentes na sua manifestação – afetam uma singularidade identitária. Nesse sentido, a biomedicina só poderá chegar a um patamar em que relação médico-paciente se estabeleça num grau de cumplicidade, de escuta e de aceitação da

⁴¹ “Uma consequência ao significado dos sintomas é a semiótica da diagnose. **Para o médico, as queixas do paciente (sintomas de doença) devem ser traduzidas pelos sinais da enfermidade.** (Por exemplo, a dor peitoral do paciente torna-se [numa] angina para o médico – um sinal de doença cardíaca coronária). [A] **diagnose é uma atividade meticulosamente semiótica: uma análise do sistema simbólico seguida de sua tradução por outro** [sistema simbólico]” (Misher, 1985 in Kleinman, 1988: 16, tradução e negrito de minha autoria).

⁴² Segundo Kleinman, a “...**biomedicina pressiona o médico a construir (...) processos biológicos desordenados, como o objeto de estudo e tratamento. Difícilmente existe algum lugar nesta visão terapêutica restritamente focada para a experiência de sofrimento do doente. As queixas do paciente (...) são consideradas como auto-relatos, descrições tendenciosas de algures demasiado pessoal. A tarefa do medico, sempre que possível, é de substituir essas observações tendenciosas com dados objetivos: ele somente sinais de processos patológicos, porque estes são baseados em medições verificadas e verificáveis**” (Murray e Chen 1994 in Kleinman, 1997: 32, tradução e negrito de minha autoria).

experiência corporal do doente, considerando a integração de sua experiência com o corpo instituída em construções socioculturais. Nesse sentido, o contributo da antropologia médica poderá ser uma mais valia.

CAPÍTULO IV - A conceção biomédica da tuberculose e as políticas desenvolvidas no âmbito da obra antituberculose de Bissaya Barreto

4.1. Dados estatísticos atuais sobre a tuberculose apresentados pela biomedicina

A tuberculose é apresentada pela biomedicina como uma das patologias mais nefastas e mortíferas mundialmente - ultrapassada somente pelo vírus do VIH/sida (CDC, 2014; WHO, 2014). Segundo os registos da World Health Organization (WHO), do Central for Diseases Control and Prevention (CDC), e da Direção Geral da Saúde (DGS):

- A WHO estipula, que cerca de 95% das mortes provocadas pelo agente da tuberculose ocorram, sobretudo, nos países de baixo médio e rendimento, bem como evidenciando-se entre as três principais causas de mortalidade no género feminino, entre faixas etárias de 15 – 44 anos;
- Em indivíduos infetados com o vírus do VIH – indivíduos com uma probabilidade 37 vezes maior (WHO, 2014) de contraírem a doença do que um indivíduo VIH-negativo – a tuberculose é responsável por um quinto de todas as mortes (WHO, 2014);
- A taxa de mortalidade evidenciada por esta doença, sofreu um decréscimo de 45%, no período correspondente entre 1990 e 2012, o que poderá indicar que o a barreira dos 50% proposta pelos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio para 2015 possa ser atingida (WHO, 2014);
- Em Portugal, no ano de 2012, “...foram diagnosticados 2480 casos de tuberculose...” (DGS, 2014: 3), sendo que 2286 foram casos novos, o que de acordo com os dados dos Censos 2011 representa uma incidência de 21,6/100 000 habitantes, continuando “...a ser um país de incidência intermédia...”⁴³ (DGS, 2014: 3). “Do total de 2 480 casos de tuberculose que se registaram no país, 1 613 ocorreram em indivíduos do sexo masculino (65%) e 867 no sexo

⁴³ Os valores correspondentes a uma baixa incidência estabelecem-se a partir dos 20/100 000 habitantes para baixo (DGS, 2014).

feminino (35%) (...) [atingindo maioritariamente um] grupo etário com idades compreendidas entre os 35-44 anos” (DGS, 2014: 6).

- No distrito de Coimbra, no ano de 2012, o número de casos novos foram 48 o que representa uma incidência de 11, 16/100 000 habitantes (DGS, 2014:5)

4.2. Patologia (origem, transmissão, diagnóstico e tratamento)

A tuberculose é descrita pela biomedicina como uma infeção bacteriana, provocada sobretudo por um agente específico: o bacilo *Mycobacterium tuberculosis*⁴⁴ (Matos, 2003; Godreuil *et al.*, 2007; Hoyle, 2008; Daniel, 2009; Fundação Portuguesa do Pulmão, 2014). O modo de propagação do bacilo efetua-se através de uma “...transmissão inter-humana” (Godreuil *et al.*, 2007: 3, tradução de minha autoria), dispersando-se através de aerossóis libertados pelo aparelho respiratório, denominados de gotículas de Flugge (Godreuil *et al.*, 2007; CDC, 2013; WHO, 2013; Fundação Portuguesa do Pulmão, 2014) (ver Anexo A).

O bacilo da tuberculose apesar de infetar principalmente a região dos pulmões, pode afetar áreas extrapulmonares - sistema nervoso central, a coluna vertebral, ossos, articulações, pericárdio, rins, gânglios linfáticos, pleura, peritónio, pele - e conduzir a um quadro clínico de tuberculose extrapulmonar (Matos, 2003; Godreuil *et al.*, 2007; Hoyle, 2008; CDC, 2012; Roxo, 2012b; Fundação Portuguesa do Pulmão, 2014). Não obstante o seu carácter infeccioso considerável, as defesas imunitárias do organismo podem conseguir combater a invasão do bacilo e eliminá-lo (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2014). Contudo, caso as defesas imunitárias sejam insuficientes, duas situações podem ocorrer: a) o bacilo consegue desenvolver um processo infeccioso, evoluindo para um estado de doença, ou, b) o bacilo pode permanecer num estado de latência no organismo do indivíduo⁴⁵ que pode atingir período de máximo de 2 (tuberculose latente)anos (Godreuil *et al.*, 2007; Hoyle, 2008; CDC, 2012; Roxo, 2012a; Fundação Portuguesa do Pulmão, 2014; WHO, 2014). Durante esse intervalo de tempo, a resposta

⁴⁴ Inicialmente denominado no período da sua descoberta por Bacilo de Koch (Godreuil *et al.*, 2007) ou “*Bacillus tuberculosis*” (Daniel, 2009: 3). Este agente responsável pela propagação e patogenicidade da doença foi descoberto por Robert Koch (Santos, 2000; Matos, 2003; Godreuil *et al.*, 2007; Hoyle, 2008; Daniel, 2009), que publicou os seus dados à comunidade científica em 24 de Março de 1882 (Daniel, 2009).

⁴⁵ Como neste período de tempo o agente infeccioso encontra-se inativo, o indivíduo infetado não constitui perigo de contágio (Roxo, 2012a; CDC, 2012).

imunitária do indivíduo tenta conter a proliferação do bacilo, controlando desta forma o processo infeccioso⁴⁶ (Godreuil *et al.*, 2007; CDC, 2012). Quando a doença se encontra numa fase mais avançada começam-se a desenvolver um conjunto de sintomas associados: febre, sudorese noturna, astenia⁴⁷, perda de apetite, perda de peso, dores torácicas e produção de expetoração por vezes com presença de hemoptise⁴⁸ (Godreuil *et al.*, 2007; Hoyle, 2008; Daniel, 2009; CDC, 2012; Fundação Portuguesa do Pulmão, 2014; WHO, 2014).

Para o diagnóstico da tuberculose efetuam-se um determinado conjunto de procedimentos:

- Prova tuberculínica ou teste de Mantoux – serve para determinar se o indivíduo se encontra ou não infetado. Em primeiro lugar inocula-se o indivíduo com uma pequena quantidade de tuberculina. Após um período de 48 a 72 horas (tempo necessário para obtenção do resultado), o braço do indivíduo injetado será observado por um profissional de saúde, ao qual irá medir o resultado do teste cutâneo: se o tamanho da reação epidérmica (induração⁴⁹) for igual ou superior a 10 mm significa geralmente que o indivíduo se encontra infetado (Schaaf e Reuter, 2009; Roxo, 2012a; CDC, 2011, 2013) (ver Anexo B);
- Teste de IGRA (Interferon Gama Release Assay) – teste de análise sanguínea efetuado em laboratório, que permite avaliar a capacidade de reação do sistema imunitário do indivíduo à presença do bacilo no organismo. Este exame, tal como o teste de Mantoux, serve para detetar se o indivíduo se encontra ou não infectado⁵⁰ (Godreuil *et al.*, 2007; Schaaf e Reuter, 2009; Roxo, 2012a; CDC, 2011, 2013, Fundação Portuguesa do Pulmão, 2014);

⁴⁶ Contudo, o sistema imunológico apenas adia o inevitável, visto que não apresenta mecanismos eficientes para a remoção do agente patogénico – nomeadamente a perda de capacidade de supressão da infeção pelo granuloma -, o que permite que o bacilo após um estado de inativação, conduza a um quadro de tuberculose ativa (fase de doença) (Blaser e Kirschner, 2007; Godreuil *et al.*, 2007; CDC, 2012).

⁴⁷ Termo médico que significa "fraqueza; debilidade; falta de forças" (Infopedia, 2014).

⁴⁸ Termo médico que significa "expetoração de sangue proveniente da hemorragia de órgãos respiratórios" (Infopedia, 2014).

⁴⁹ Termo médico que significa um inchaço, "endurecimento anormal dos tecidos orgânicos" (Infopedia, 2014).

⁵⁰ De acordo com o Diretor Clínico do Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Coimbra, Dr. P. C. Roxo, o teste de IGRA é efetuado após a obtenção de um resultado positivo por teste de Mantoux, como metodologia de despistagem, visto que os resultados iniciais podem indicar a presença do bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, mas sim de um bacilo que pertença ao mesmo género, nomeadamente o *Mycobacterium bovis* que é administrado à população através da vacina de BCG. Além de um grau de precisão maior do que o teste de Mantoux, o teste de IGRA consegue determinar se o bacilo encontra-se em fase latente, permitindo determinar um esquema terapêutico que elimine o bacilo antes de este conseguir infectar o indivíduo. Nesse caso o tratamento é efetuado num período de 3 meses – que corresponde ao período máximo em que pode atingir o período de incubação do bacilo (Roxo, 2012).

- Exame físico (Roxo, 2012a; CDC, 2011, 2013, Fundação Portuguesa do Pulmão, 2014);
- Exames bacteriológicos: a) baciloscopia - observação de expectoração por exame direto em microscópio para deteção da presença de bacilos de tuberculose; b) exame de culturas microbiológicas – determinam se os bacilos observados são da espécie *Mycobacterium tuberculosis*, bem como analisam a sensibilidade dos medicamentos que são utilizados para o tratamento da doença (Godreuil *et al.*, 2007; Hoyle, 2008; Whitelaw e Sturm, 2009; Roxo, 2012b; CDC, 2011, 2013; Fundação Portuguesa do Pulmão, 2014; WHO, 2014);
- Exame de raio-X do tórax - para observação de eventuais anormalidades no tórax determinadas por lesões (como por exemplo nódulos, cavitações) e que possam indiciar a presença de tuberculose no indivíduo⁵¹ (Godreuil *et al.*, 2007; Hoyle, 2008; Schaaf e Reuter, 2009; Roxo, 2012a; CDC, 2011, 2013) (Fig.15);
- Composição do historial médico do paciente.

A aquisição de um conhecimento clínico válido, credível e inquestionável sobre a tuberculose se obtém, em grande medida, pela produção de informação (inscrições) (Latour, 1997 [1987]) considerada “objetiva”, “transparente”, “natural” (Chazan, 2003; Ortega, 2005 e 2006; Tucherman e Saint-Clair, 2008; Monteiro, 2011) desenvolvida nos exames complementares de diagnóstico (Sicard, 2006 [1998]). Esse acervo de inscrições, conjugadas em produções gráficas/imagéticas e em dados quantitativos, contribuem ulteriormente para a cristalização de um discurso biomédico que confina a experiência individual (*illness*) (Eisenberg, 1977; Good *et al.*, 1994; Kleinman, 1988, 1997) da tuberculose numa existência exclusivamente determinada por irregularidades, desvios e anormalidades biológicas, orgânicas (*disease*) (Scheper-Hughes e Lock, 1987; Sicard, 2006 [1998]; Rose, 2007) de carácter fisiopatológico.

⁵¹ Apesar do método do raio-X ser o principal dos procedimentos imagiológicos para a deteção da tuberculose outros procedimentos podem ser igualmente aplicados devido às suas especificidades de visualização imagética, como por exemplo a tomografia axial computadorizada (TAC) - para o prognóstico de tuberculose da coluna vertebral e meningite tuberculosa – e a ultrassonografia – para a deteção de efusões pleurais ou do pericárdio (Schaaf e Reuter, 2009).

Para o tratamento da tuberculose, em fase ativa da infecção, é instituído um esquema terapêutico prolongado num período máximo de 9 meses, que o paciente deverá seguir rigorosamente⁵², através da toma de um conjunto de medicamentos de primeira-linha: isoniazida (H), rifampicina (R), piramizanida (Z), ethambutol (E) e estreptomicina (S)⁵³. Os nove meses de tratamento são compostos por consultas mensais dirigidas nos CDP (Centro de Diagnóstico Pneumológico), em que se avalia a evolução da situação clínica do doente, determinando o prolongamento da terapia medicamentosa ou sua alteração⁵⁴. Após o período de nove meses, e caso a situação clínica do doente apresente resultados satisfatórios, termina-se o tratamento colocando o doente num regime de vigilância pelo um período de dois anos⁵⁵. Convém frisar que neste ponto, uma medida necessária e indispensável é o rastreio dos conviventes - rastreio de todos os indivíduos que se estabeleçam no círculo social próximo do doente (elementos do

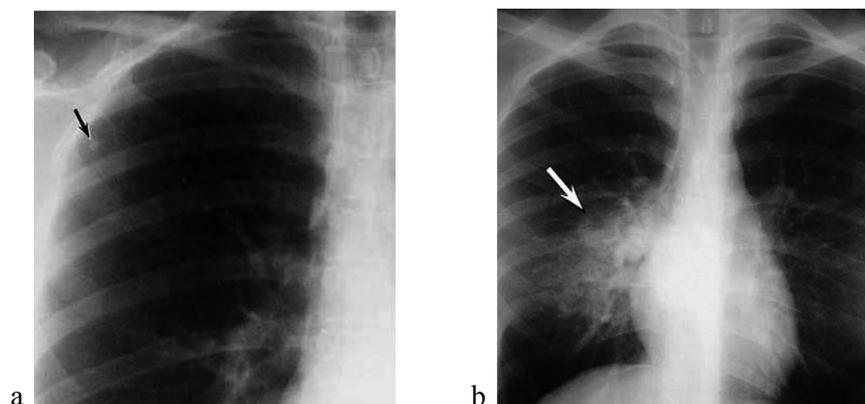


Figura 15 – Charles L. Daley e Michael Gotway. 2009. a) Raio-X frontal do tórax com a presença de um nódulo calcificado (nódulo de Ghon) no lobo superior do pulmão direito (assinalado na seta); b) Raio-X frontal do tórax com a presença de cavitação no lobo intermédio do pulmão direito (assinalado na seta). 2009. De acordo com a terminologia médica: a) um nódulo de Ghon constitui-se como uma cápsula fibrosa que calcifica, originada por uma resposta inicial das células imunitárias (neste caso o granuloma) a uma infecção pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*; b) uma cavitação corresponde a ramificações produzidas na árvore traqueobrônquica que foram desenvolvidas numa reactivação do estado de latência do bacilo (Daley e Gotway, 2009; Roxo, 2012b). Adaptado de (Daley, C. L.; Gotway, M. 2009. *Imaging of tuberculosis in adults*. In: Schaaf, H. S.; Zumla, A. (eds.) *Tuberculosis: A comprehensive clinical reference*. Europe, Saunders (Elsevier):237-261).

⁵² De acordo com o Dr. P. C. Roxo, nos casos onde existam reincidência – derivado de um incumprimento e irregularidade na condução da terapêutica medicamentosa por parte do doente –, ou em que exista uma tuberculose multirresistente, a toma dos medicamentos é efetuada por observação direta, ou seja, em que o doente efetua diariamente a sua medicação no estabelecimento do CDP sob observação de um profissional de saúde. De acordo com o Dr. P. C. Roxo esta medida pode ser igualmente implementada sempre que, em contacto prévio com o médico, o doente demonstre um comportamento que possa indicar uma não adesão, ou incumprimento à terapêutica (Roxo, 2012a).

⁵³ As abreviações são estabelecidas internacionalmente e servem como forma de auxiliar o trabalho do médico na prescrição dos medicamentos (Roxo, 2012b).

⁵⁴ As consultas são determinadas mensalmente devido à prescrição dos medicamentos receitados (que são comparticipados integralmente) para o paciente, que duram para um período de trinta dias. Isto determina-se não só como uma medida terapêutica, mas igualmente como uma forma de controlo do processo terapêutico por parte do médico (Roxo, 2012a,b).

⁵⁵ Neste caso as consultas efetuadas são trimestrais (Roxo, 2012a,b).

agregado familiar, elementos de seu local de trabalho, etc..) -, visto que a tuberculose numa fase ativa torna-se contagiosa e deste modo transmissível a indivíduos que estabeleçam contacto com o doente. Esta é uma medida não só de tratamento mas sobretudo profilática, visto que podem-se detetar casos em que a tuberculose não só esteja ativa mas também em fase latente, permitindo estabelecer um tratamento preventivo adequado (Roxo, 2012a,b).

4.3. A conceção médica e social sobre a tuberculose ao longo da história

As evidências históricas mais antigas indicativas da presença da tuberculose, estão presentes em obras médicas orientais, remontando a um período posterior a 3000 a.C. (Živanović, 1982 e Cervellera, 1991 *in* Santos, 2000). Contudo, seria apenas no período histórico do século IV a.C., sobre influência dos pensadores clássicos gregos, que se estabeleceriam as bases do conhecimento sobre esta doença (Coelho da Silva e Sousa, 1988; Dubovsky, 1983; Daniel *et al.*, 1994 e Almeida, 1995 *in* Santos, 2000; Hoyle, 2008; Daniel, 2009; Sournia e Ruffie, 1984 e Filho, 2012 *in* Vieira, 2012). Esta doença seria referenciada por Hipócrates sobre a denominação de tísica (*phthisis*), sendo descrita como uma doença de consumo e destruição dos indivíduos - sobretudo dos 18 aos 35 anos (Coar, 1982 *in* Daniel, 2009; Sournia e Ruffie, 1984 e Filho, 2012 *in* Vieira, 2012), "...cl clinicamente caracterizada por febre, tosse, expectoração, hemoptise e posterior dor torácica que resultava em emagrecimento e caquexia⁵⁶" (Almeida, 1995 *in* Santos, 2000: 25-26, tradução de minha autoria)⁵⁷, com a particularidade de se propagar entre os indivíduos doentes (Serra, 1931; Cervellera, 1991 e Almeida 1995 *in* Santos, 2000). Contudo, a ideia de "contágio" perspectivada por Hipócrates, baseava-se na transmissão da tuberculose através de uma relação hereditária, numa filiação hipocrática de pais para filhos (Araújo, 1994; Serra, 1931; Cervellera, 1991 e Almeida, 1995 *in* Santos, 2000; Mora, 1894 *in* Vieira, 2012).

⁵⁶ Termo médico que significa "enfraquecimento geral das funções vitais" (Infopedia, 2014).

⁵⁷ Galeno séculos mais tarde chegaria a conclusões semelhantes sobre os sintomas e sinais associados à doença e, tal como Hipócrates, definia como condições necessárias – entre outras - para o tratamento da doença o repouso, uma dieta adequada e ar fresco (Cervellera, 1991 *in* Santos, 2000; Roberts e Buikstra, 2003 *in* Daniel, 2009).

A morosa atribuição histórica da tuberculose como doença contagiosa dever-se-ia a uma relação ancestral profunda com uma concepção religiosa (Araújo, 1994). À *escrófula*⁵⁸ por exemplo, uma das variantes da tuberculose, se concebia desde o período romano (Scarborough, 1969 *in* Roberts, 1987 *in* Santos, 2000) como um castigo divinamente ordenado por um pecado cometido pelo indivíduo (Alford, 1979 *in* Roberts 1987; Saínha, 1995 *in* Santos, 2000). Esta correspondência religiosa permaneceria enraizada durante o período histórico da Idade Média: a *escrófula* (ou *King's Evil*) considerada como um mal do rei era susceptível de ser curada através do toque real (Barlow, 1980; Roberts, 1987; Crawford, 1911 *in* Roberts, 1987; French, 1993; O'Neil, 1993; Daniel *et al.*, 1994 e Cule 1999 *in* Santos, 2000; Daniel, 2000 *in* Daniel, 2009; Bloch, 1961 *in* Vieira, 2012) uma medida de capacidades “terapêuticas” de tal modo consideráveis, que seria mesmo recomendada para o tratamento dos casos mais difíceis aos quais nem os “poderes” da medicina e da cirurgia conseguiam produzir resultados (French, 1993 *in* Santos, 2000).

Com a chegada do período da revolução científica no séc. XVII se produziram grandes descobertas no âmbito da medicina, nomeadamente ao nível dos estudos da fisiologia da respiração, e que foram bastante importantes para aprofundar o conhecimento médico previamente existente sobre a tuberculose (Araújo, 1994; Santos, 2000).. O médico português Zacuto Lusitano (1575 – 1642), uma das várias figuras proeminentes que se debruçaram nos estudos da tuberculose, advogava que a tuberculose era uma doença que seria transmitida no ar expirado dos indivíduos doentes⁵⁹ (Araújo, 1994; Almeida, 1995 *in* Santos, 2000), prescrevendo como tratamento essencial a ingestão e/ou aplicação externa de leite animal (Araújo, 1994; Mira, 1948 *in* Santos, 2000), bem como a exposição do doente a locais com “... uma atmosfera fresca, com emanações balsâmicas (...) prevendo as curas climáticas” (Lusitano, N.D. *in* Araújo, 1994: 24). No séc. XVIII, o saber médico iria novamente expandir as suas fronteiras com a criação da anatomia patológica. Pela primeira vez na história da medicina se conseguiria estabelecer uma correspondência visível entre características sintomatológicas manifestadas em certas doenças e suas causalidades orgânicas, como o exemplo da tuberculose⁶⁰ (Araújo, 1994; Porter, 1996; Reis, 1998;

⁵⁸ Termo médico que designa "aumento dos gânglios linfáticos do pescoço, de origem tuberculosa..." (Infopedia, 2014).

⁵⁹ Segundo Vieira, “Zacuto Lusitano referia a tísica como uma das doenças endémicas mais profusas em Portugal, sobretudo nos locais situados em vales e colinas devido à má qualidade do ar” (Mira e Carvalho, 1936 *in* Vieira, 2012: 106).

⁶⁰ Rober Whytt em 1768 efetua a primeira descrição de tuberculose meníngea em crianças (Porter, 1996 *in* Santos, 2000: 35); Giovanni Battista Morgagni descreve pela primeira vez a tuberculose nos rins (Garrison, 1921; Porter, 1996 *in* Santos, 2000) e

Santos, 2000). Todavia, apesar do conhecimento médico gradual que se vai obtendo sobre a doença, este se encontrava ainda pouco sistematizado, o que determinava por vezes em diagnósticos incorretos. Por consequência isso se repercutia no tipo de tratamento disponibilizado para a tuberculose, o qual se baseava essencialmente numa composição de prescrições instituídas em práticas de cura ancestrais (como a sangria), de miscelâneas medicamentosas⁶¹, e de recomendações de atividades físicas saudáveis (Araújo, 1994; Patrício, 1939 e Roberts, 1987 *in* Santos, 2000). O sistema de assistência médica aos tuberculosos na Europa era igualmente muito pouco desenvolvido⁶²: os hospitais não tinham infraestruturas e serviços adequados, os dispensários que existiam eram dissolutos (Araújo, 1994) e os próprios médicos não tinham um modo de tratamento hospitalar específico e delineado para os doentes tuberculosos (Mira, 1937 *in* Santos, 2000), pois não existiam formas de combater a doença, servindo a medicação existente apenas para alívio dos sintomas (Araújo, 1994; Brehmer, 1869 *in* Warren, 2006.)

Chegado ao séc. XIX a tuberculose era concebida como um flagelo populacional⁶³, sobretudo na Europa Ocidental (Bloom e Murray, 1992; Sournia, 1992; Molleson e Cox, 1993 e Daniel *et al.*, 1994 *in* Santos, 2000): as condições muito deficientes de salubridade nas aldeias e cidades europeias; a instabilidade social, económica e política provocada por consecutivas revoluções que conduziram a uma expansão da indigência, da fome (Araújo, 1994; Roberts, 1998 *in* Santos, 2000); o constante fluxo migratório de população para os centros industrializados (Araújo, 1994; Cervellera, 1991 e Cule, 1999 *in* Santos, 2000) a par do já mencionado e muito deficiente sistema de assistência médica europeu, foram considerados fatores que contribuíram para o crescimento do índice da tuberculose nesse período⁶⁴ (Araújo, 1994; Santos, 2000). Apesar deste panorama, tinha-se constituído na sociedade europeia

William Stark determina que as estruturas tuberculares formadas nas regiões pulmonares, apesar de sua variância pertencem à mesma patologia (tísica) (Queirós, 1931 e Cervellera, 1991 *in* Santos, 2000: 36).

⁶¹ “Ervas e xaropes específicos feitos de plantas medicinais formavam a base de muitos medicamentos para a tuberculose. Cerca de 40% das drogas descritas nos textos antigos eram recomendados por médicos pós-medievais. Eméticos e purgas eram frequentemente dados para expelir a doença do corpo. Em adição, as cataplasmas tais como as feitas de excrementos de ovelha e mel eram aplicados para retirar a aflição do paciente” (Roberts, 1987 *in* Santos, 2000: 34, tradução de minha autoria).

⁶² Em Portugal o papel da assistência médica disponibilizada se encontrava sobretudo a cargo das Misericórdias e ao Hospital Real de Todos os Santos inaugurado em 1502 (Araújo, 1994).

⁶³ De tal modo que era denominada de “Peste Branca”, numa alusão à “Peste Negra” que assolou a Europa no período medieval (Dubos e Dubos, 1952 e Daniel *et al.*, 1994 *in* Santos, 2000).

⁶⁴ Em Portugal o problema da tuberculose teria atingido nesse período proporções preocupantes. Segundo Araújo, de acordo com dados de um relatório efetuado no ano de 1844 a 1845 a taxa de mortalidade existente nos Hospitais Civis chegava a 97% da população internada! (Araújo, 1994).

uma perspectiva romantizada da doença (Cervellera, 1991 e Porter, 1996 *in* Santos, 2000; Lupton, 2003; Porto, 2007; Daniel, 2009; Sontag, 2001; Byrne, 2011 e Lawlor e Suzuki, 2012 *in* Wilsey, 2012): uma perspectiva social e cultural que correspondia a doença aos ideais da beleza e juventude – sobretudo da beleza feminina, onde a enfermidade permitia desenvolver nos seus corpos os traços da sensualidade, da volúpia, do erotismo - da sensibilidade, do génio criativo e artístico⁶⁵, do amor e da sexualidade (Coelho da Silva e Sousa, 1988; Cervellera, 1991 e Porter, 1996 *in* Santos, 2000; Porto, 2007; Sontag, 2001; Byrne, 2011 e Lawlor e Suzuki, 2012 *in* Wilsey, 2012), ou da ascensão da pureza moral através do caminho da penitência, e do sofrimento (Porto, 2007; Sontag, 2001; Byrne, 2011 e Lawlor e Suzuki, 2012 *in* Wilsey, 2012). Na visão romântica da tuberculose, a ligação paradoxal entre vida e a morte encontrava-se mais confundidamente interligada do que nunca⁶⁶: a morte, à medida que esculpia (definhava) o corpo interiormente, produzia por sua vez uma vivacidade mais intensa do que a própria vida e uma elevação transcendental do espírito individual que não existia até então (Priestly, 1925; Dickens, 1986 e Daniel, 1997 *in* Daniel, 2009; Sontag, 1984 *in* Porto, 2007; Dumas filho, 2011; Sontag, 2001 *in* Wilsey, 2012).

Seria igualmente a partir do séc. XIX que estabelecer-se-iam as condições históricas necessárias na evolução do conhecimento científico, que permitiriam uma melhor compreensão da tuberculose e à condução de um sistema de tratamento e assistência médica mais eficaz do que até então. René-Théophile Laënnec (1781-1826) cria o estetoscópio em 1816 (Porter, 1996; González-Crussi, 2008) - implementando a metodologia da auscultação mediada e dar um impulso considerável no conhecimento e diagnóstico das doenças pulmonares (sobretudo da tuberculose pulmonar) (Silva, 1891; Garrison, 1921; Araújo, 1994; González-Crussi, 2008; Boutaric, 2004 *in* Vieira, 2012) – e em 1819 no seu tratado “De l’auscultation médiata,” (“A auscultação mediata) indica que o tubérculo representa a lesão patológica característica da tísica, estabelecendo uma correspondência concreta entre dados da sintomatologia e a anatomia patológica da doença (Silva, 1891; Garrison, 1921; Laënnec, 1819 *in* Forbes, 1962 [1821] *in* Warren, 2006; Chaudé, 1837 *in* González-Crussi, 2008; Laennec, 1819 *in* Vieira, 2012).

⁶⁵ “Ignorando o padecimento dos fimatosos pobres, aglomerados em cortiços ou concentrados nas áreas miseráveis dos centros urbanos, a sensibilidade romântica investiu na concepção da tuberculose como sintoma de caráter nobre e genialidade artística.” (Porto, 2007: 44).

⁶⁶ “Existe uma doença temível que assim prepara as suas vítimas, como se fosse para a morte (...) uma doença pavorosa, no qual a luta entre alma e corpo é tão gradual, tranquila e solene, e o resultado é tão certo que dia para dia, e grão a grão, a parte mortal se gasta e se definham, de modo que o espírito torna-se leve e sanguíneo com a sua carga iluminada, e sentindo a imortalidade à mão, considera-a um novo termo da vida mortal; uma doença no qual morte e vida estão tão estranhamente combinadas, que a morte tomas o brilho e a matiz da vida e a vida a forma lúgubre e sinistro da morte” (Dickens, 1910: 647-648, tradução de minha autoria).

Hermann Brehmer (1826-1889), convicto das capacidades curativas dos locais de elevadas altitudes no tratamento da tuberculose⁶⁷, abre o primeiro sanatório (Garrison, 1921; Araújo, 1994; Castiglioni, 1933 *in* Warren, 2006; Knopf, 1904, 1926 *in* Daniel, 2011) em 1859⁶⁸ em Görbersdorf na Silésia (Garrison, 1921; Araújo, 1994; Castiglioni, 1933 *in* Warren, 2006; Daniel, 2009), tornando-se o precursor do movimento de fundação de instituições sanatoriais (Garrison, 1921; Ehler, 1982 *in* Warren, 2006). No campo da imunologia dão-se as descobertas de Jean-Antoine Villemin (1827-1892) em 1869 (Araújo, 1994; Abreu, 1895; Oliveira, 1918; Oliveira, 1954; Queirós, 1959; Koch, 1982; Sournia, 1992 e Cule, 1999 *in* Santos, 2000; Major, 1945 *in* Daniel, 2009) através da inoculação de animais que determina definitivamente a contagiosidade da tuberculose (Araújo, 1994; Abreu, 1895; Daniel *et al.*, 1994; Porter, 1996 *in* Santos, 2000; Major, 1945 *in* Daniel, 2009; Helen, 2000 e Porto, 2007 *in* Vieira, 2012), abalando concepções precedentes enraizadas sobre o carácter hereditário da tuberculose (Helen, 2000 e Porto, 2007 *in* Vieira, 2012), e de Robert Koch (1843-1910) em 1882 com o bacilo da tuberculose (Araújo, 1994; Abreu, 1895; Daniel *et al.*, 1994; Porter, 1996 *in* Santos, 2000; Major, 1945 *in* Daniel, 2009). Em 1894 Carlos Fornalininni instituíra pela primeira vez (Brown, 1941 *in* Daniel, 2009) o tratamento de indivíduos através do pneumotórax (ver Anexo C), permitindo o estabelecimento da colapsoterapia como procedimento terapêutico complementar para o tratamento tuberculose pulmonar (Garrison, 1921; Araújo, 1994; Brown, 1941 *in* Daniel, 2009). E em 1895 Wilhelm Röntgen iria impulsionar o desenvolvimento do diagnóstico no estudo pneumológico da tuberculose, com a introdução dos raios-X (Garrison, 1921; Araújo, 1994; Glasser, 1933 *in* Daniel, 2009).

Na passagem para o séc. XX desenvolve-se uma nova perspectiva sobre a tuberculose. As descobertas bacteriológicas obtidas nos finais da centúria anterior que revelavam finalmente o carácter contagioso da doença, iriam provocar uma modificação na concepção social da tuberculose e do doente. A visão romântica que existia e que retratava a excepcionalidade dos indivíduos tísicos vai gradualmente se desagregar

⁶⁷ Brehmer argumentava que a presença de um coração fraco conduziria a uma débil nutrição dos pulmões, predispondo o desenvolvimento da tuberculose a indivíduos com tendência hereditária (Rokitansky 1855, e Kinghorn, 1922 *in* Warren, 2006). Nesse sentido, enfatizava como forma de tratamento para a doença não somente o repouso adequado em locais de elevada altitude, mas inclusive a implementação de atividade física gradual, nomeadamente de caminhadas nas colinas montanhosas (Dubovsky, 1983 *in* Santos, 2000; Brehmer, 1869 *in* Warren, 2006; Kinghorn, 1922 e Davis, 1996 *in* Daniel, 2011), para incremento do funcionamento do coração e pulmões (Dubovsky, 1983 *in* Santos, 2000; Figueiredo, 1881 e Dormandy, 2000 *in* Vieira, 2012).

⁶⁸ Três anos após a abertura oficial de estabelecimento de Brehmer (1862), abriria o primeiro estabelecimento português para o tratamento de doentes tuberculosos no Funchal, por iniciativa da Imperatriz do Brasil D. Amélia em memória de sua falecida que morreu devido à tuberculose (Araújo, 1994; Lancaster, 1908; Mira, 1937, 1948 e Almeida, 1995 *in* Santos, 2000).

(Coelho da Silva e Sousa, 1988; Neto, 1924 *in* Porto, 2007; Mann 2011 [1924]; Foucault, 2009 *in* Vieira 2012): a tuberculose passa a ser vista como “...uma doença da pobreza e depravação dos costumes, simbolizada pelos corpos magros, pelas más habitações, pela alimentação inadequada e pela falta de higiene” (Foucault, 2009 *in* Vieira 2012: 210). Por sua vez o indivíduo tuberculoso “...transforma-se no hospedeiro dum parasita microscópico responsável por um sétimo das mortes na Europa (...) [passam] a ser encarados como agentes de contaminação e um perigo para a saúde pública, sobre o qual era preciso agir medicalizando os pobres e os trabalhadores” (Foucault, 2009 *in* Vieira 2012: 210). A evolução no conhecimento científico sobre a tuberculose permitiria o desenvolvimento de uma medicina de combate à doença suportada na implementação de medidas de higienização e profilaxia, e sustentada numa política de propaganda e doutrinação, entre a população de estatuto socioeconómico mais baixo.

4.4. O desenvolvimento da assistência nacional à tuberculose em Portugal

O flagelo da tuberculose apresentava-se em Portugal, tal como o resto da Europa, no final do séc. XIX numa situação extremamente melindrosa. Segundo dados estatísticos recolhidos, desde o final do séc. XIX até 1916, a média anual de mortalidade por tuberculose em Portugal estimava-se entre os 15.000 e os 20.000 óbitos anuais (Araújo, 1994), sendo que estes números correspondiam sobretudo indivíduos de faixas etárias entre os 15 e os 40 anos (Monteiro, 2009 *in* Carvalheira, 2012; Carvalho, 1934 *in* Vieira, 2012) correspondendo em grande medida à população ativa do país (Amaral, 2007 *in* Carvalheira, 2012). Este cenário alarmante que se observava no país, instigaria a uma consciencialização social, promovendo a uma conjugação de esforços entre vários organismos: quer o Estado, quer organizações particulares como as Misericórdias (Amaral, 2007 *in* Carvalheira, 2012) que conjugavam “...esforços no sentido de instituir medidas para controlar o contágio” (Amaral, 2007 *in* Carvalheira, 2012: 23). Contudo, as ações estabelecidas por estas organizações se determinavam isoladamente, não existindo a presença de uma estrutura adequada concebida para o combate à tuberculose, o que se refletia em resultados visíveis muito diminutos. Seria no final séc. XIX, através de um conjunto de importantes figuras nacionais, que se fundariam as

primeiras instituições direcionadas para a assistência e tratamento dos tuberculosos: a Liga Nacional Contra a Tuberculose (LNCT)⁶⁹ e Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT) (ANT, 1928; Araújo, 1994; Santos, 2000; Carvalheira, 2012; Vieira, 2012)

A Associação Nacional aos Tuberculosos (ANT) seria fundada em de Junho de 1899 por Rainha D. Amélia (ANT, 1928; Araújo, 1994; Mira, 1937; Castelo-Branco, 1949 e Ferreira, 1990 *in* Santos, 2000; Almeida, 1995 *in* Carvalheira, 2012; Pestana, 1899 *in* Vieira, 2012). Segundo os estatutos definidos por Rainha D. Amélia, o desenvolvimento da ANT deveria estabelecer-se em cinco medidas principais: 1ª) a criação de “...hospícios, asilos ou enfermarias privativas...” (Araújo, 1994: 147) “...para tísicos incuráveis para prestação de cuidados paliativos e limitação da expansão da doença entre a população...” (Rosa, 1979 *in* Vieira, 2012: 376); 2ª) a criação de sanatórios destinados para o tratamento de doentes tuberculosos curáveis (Araújo, 1994; Monteiro, 2009 *in* Carvalheira, 2012; Rosa, 1979 *in* Vieira, 2012); 3ª) a criação de hospitais marítimos (preventórios) para crianças tuberculosas (Araújo, 1994; Rosa, 1979 *in* Vieira, 2012) “...a fim de prevenir a contração da doença” (Rosa, 1979 *in* Vieira, 2012: 376); 4ª) a criação de “...institutos regionais de observação, estudo e tratamento...” (Araújo, 1994: 147) dos doentes (dispensários), bem como para disposição de auxílio às suas famílias (Araújo, 1994; Rosa, 1979 *in* Vieira, 2012) (ver Anexo D e Anexo E); 5ª) a centralização e fortalecimento de “...quaisquer meios de ação preventivos do aumento da tuberculose, capazes de minorar os seus efeitos, e fazer praticar regras de higiene destinadas a travar a marcha da doença⁷⁰” (Araújo, 1994: 147-

⁶⁹ A LNCT foi fundada também Junho de 1899 (ANT 1928; Araújo, 1994; LNCT, 1903 *in* Vieira, 2013) a partir da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, sob o impulso de Miguel Bombarda (ANT 1928; Araújo, 1994; Mira 1937 *in* Santos, 2000; LNCT, 1903 *in* Vieira, 2013). Os fins principais para a criação da LNCT “...eram sobretudo de propaganda e vulgarização de conhecimentos acerca da profilaxia contra a tuberculose, de estímulo à legislação sobre esta matéria e de aconselhamento quanto ao estabelecimento de sanatórios” (LNCT, 1903 *in* Vieira, 2013: 269).

⁷⁰ Uma das primeiras medidas a ser implementadas referentes a este ponto seria o “Regulamento dos serviços de profilaxia da tuberculose” aprovado em 30 de Agosto de 1902 (Regulamento dos serviços de prophylaxia da tuberculose, 1902 *in* Vieira, 2012). Este regulamento representava “...a primeira legislação específica ao nível nacional sobre a profilaxia da tuberculose em Portugal...” (Grellet e Kruse, 1986 *in* Vieira, 2012: 282) e constituía na obrigatoriedade de declaração dos casos de tuberculose, bem como de aplicação de medidas de profilaxia e higienização da população doente:

“ Artigo 1.º Todo o clínico é obrigado, sob pena de desobediência (...) a participar qualquer caso ou óbito de tuberculose que na clínica observem e logo que o observe, á autoridade sanitaria do concelho em que este se der, seja qual for a sede da doença, pulmonar ou de outros órgãos (...)

Art. 2.º No caso de tuberculose aberta, e sempre no de tuberculose pulmonar, deve o médico na participação á autoridade sanitária indicar as medidas prophylaticas julgadas uteis, e se carece ou não para a sua execução da intervenção dos médicos sanitários.

§ único. O doente, e as pessoas de família que com elle viverem são obrigados a cumprir as medidas preventivas que lhes forem aconselhadas. Quando o doente e as pessoas de família não cumprirem estas medidas, a autoridade sanitária tomará providencias prophylaticas que forem necessarias.

Art. 3.º A desinfecção dos domicilios e dos artigos contaminados é obrigatória no caso de tuberculose aberta e sempre no de tuberculose pulmonar, quando o enfermo mude de residência ou se dê o óbito (...)

148). No entanto, as fortes agitações sociais provocadas quer pela eclosão da guerra mundial de 1914, quer pelas revoluções políticas instauradas com a queda da monarquia e o movimento conturbado de um recém regime republicano que viria culminar numa ditadura através do golpe militar de 1926, conduziu a uma grande instabilidade que se refletiu no estado da economia portuguesa (Araújo, 1994; Tavares, 2005; Monteiro, 2009 *in* Carvalheira Mira e Carvalho, 1936; Mira, 1947; Rosa, 1979; Marques, 1980 e Ramos, 1994 *in* Vieira, 2012). A ANT, por sua vez, não escaparia a esta situação socio-económica que se fazia em Portugal: o número de infraestruturas construídas sob o comando da ANT desde a sua fundação até 1931 – ano que entraria na presidência o Dr. Lopo de Carvalho (Filho) – seria extremamente reduzido: nesse período tinham-se construído cerca de 7 sanatórios, 7 dispensários e nenhum preventório! (Araújo, 1997; Ferreira, 2005 *in* Carvalheira, 2012; Rosa, 1979 *in* Vieira, 2012).

Todavia, a luta contra a tuberculose no país não efetuava-se somente pelas instituições da ANT e LNCT. No estabelecimento do programa nacional de profilaxia e assistência, outras instituições e privados tiveram igualmente um papel bastante importante. Nesse domínio destaca-se a figura do Prof. Dr. Bissaya Barreto (1886-1974), que instituíra um programa de assistência e profilaxia no Distrito de Coimbra e região da Beira Litoral. Sob a gerência da Junta Geral do Distrito de Coimbra (JGDC) e posteriormente da Junta de Província da Beira Litoral (JPBL), o Professor Dr. Bissaya Barreto desenvolveu uma obra médica e social, dirigida não somente para o cuidado e tratamento dos corpos doentes de seus cidadãos, mas que sobretudo aspirava encaminhar uma população envolta na miséria social⁷¹ e na decadência dos costumes⁷²,

Art. 7.º Nos hotéis, hospedarias e casas de hospedes, desde que morra, mude de quarto, ou deixe de ser hospede qualquer individuo declarado tuberculoso, ou fundadamente presumido de tuberculoso, o dono de hotel ou da hospedaria é obrigado, sob pena de desobediencia, a requisitar os serviços de desinfecção publica (...)

Art. 9.º Todas as vezes que se reconhecer que nos estabelecimentos de preparação e venda de géneros alimentícios, assim como nas fabricas, oficinas, escriptorios, hospitais, creches e escolas, se empregam pessoas atacadas de tuberculose pulmonar, a autoridade sanitária prohibirá e obstará a que esse emprego continue (...)

Art.10.º Ficam os governos civis auctorizados, sobre proposta ou consulta da delegação de saúde, e sob aprovação superior, a promulgar editaes com comminações de multa, destinados a cohibir o abuso de escarrar ou cuspir em determinados locaes a não ser em escarradeiras apropriadas, assim como quaisquer outras medidas locaes tendentes á repressão de propagação da tuberculose...” (ANT, 1915: 40-44).

⁷¹ De acordo com Dr. Afonso A. Duarte (1930), para se estabelecer uma luta eficaz contra o flagelo da tuberculose, não dever-se-iam considerar somente questões relacionadas com as causas directas da doença (agente bacilar), mas sobretudo estabelecer medidas de vigilância e controlo do corpo dos indivíduos que permitissem mitigar as causas indirectas (factores combinados que permitem criar uma resistência/vulnerabilidade orgânica a doenças) responsáveis pelo despertar da tuberculose no indivíduo:

“...o bacilo só por si não basta, (...) o nosso organismo e as suas condições de resistência são tudo, (...) a tuberculose dos adultos é devida mais a causas que não a produzem directamente, mas que a acordam e a reanimam e que lhe dão vida[. Sendo assim] não seria (...) melhor, mais útil, mais prático, preocuparmo-nos (...) com essas causas que indirectamente produzem a tuberculose, acordando-a, favorecendo-a, e causas que reputo infinitamente mais graves e mais perigosas do que o próprio bacilo?! (...)

¿não será melhor, mais racional, cuidar dos, dos candidatos e dos suspeitos, muito mais das crianças e até dos próprios casamentos, embora que, e ao mesmo tempo, se cuide também dos já tuberculizados, isolando-os, seleccionando-os

a uma elevação material e moral de si mesma (Araújo, 1994; Goamere, 1952 e Pais de Sousa, 1999 *in* Carvalheira, 2012; Lacerda, 1937; Namora, 1997; Junta da Província da Beira Litoral, N. D. *in* Vieira, 2012).

4.5. A Obra Antituberculose de Bissaya Barreto

A necessidade de conduzir ao enaltecimento físico (Fig.16) e espiritual da sociedade portuguesa, era um dos objetivos principais – se não o mais importante - no qual se desenvolvia o combate anti tuberculose no país. Não se conseguiria chegar a um resultado positivo, não se poderia conceber sequer a realização do projeto contra esse flagelo, se a medicina no país se destina-se somente ao estabelecimento de medidas que visassem o extermínio do agente bacilar da doença: a medicina teria que alargar as suas fronteiras de atuação e se constituir sobretudo numa medicina social, uma medicina que atua-se sobre as misérias, os excessos, as inconseqüências, as atitudes negligentes e permissivas, as futilidades nos quais todas as classes se alimentavam, responsáveis por trazer a morbidade e a doença; que atua-se sobre os corpos dos indivíduos e das coletividades através de preceitos de higienização, de educação, de disciplina (ver Anexo E), orientando-os para o esclarecimento de uma vida reestruturada, sustentada na sanidade do corpo e na pureza da mente⁷³ (Duarte, 1930; d’Almeida, 1931; Obra Antituberculosa do Distrito de Coimbra, 1932; Carvalho, 1935; Bessa, 1940; Coelho da Silva e Sousa, 1988). Nesse âmbito, o programa de assistência e profilaxia estabelecido

rigorosamente, e proporcionando-lhes todo o tratamento possível, todo o conforto físico e moral?!...” (Duarte, 1930: 24-25).

⁷² De acordo com o Dr. Afonso A. Duarte, uma das causas indiretas nos quais se deveria exercer uma ação profilática determinante e rigorosa e que, a par da tuberculose, se considerava como um dos principais flagelas sociais daquele período, seria o problema do alcoolismo:

“O álcool, como nenhum outro produto ou droga, reúne em si os três seguintes princípios ou propriedades: - vida, doença e morte (...). Não se torna alcoólico só aquele que se embriaga ou abusa do álcool ou das bebidas, e nas quais julga ou procura encontrar prazer, excitação e calor; alcooliza-se também aquele que não se embriaga, que julga não abusar do álcool, mas que, habitualmente, ingere bebidas fermentadas, alcoólicas, e numa proporção maior do que aquela em que o organismo as elimina” (Duarte, 1930: 26-40, negrito de minha autoria).

⁷³ **“A vida na multiplicidade das suas manifestações, só é perfeita e bela quando é perfeito e belo, moral e fisicamente, o suporte da sua essência e razão de ser – o organismo. Ponhamos, pois, ao seu serviço toda a nossa inteligência e energia, pugnando pelo avigoramento da raça a que pertencemos, fazendo cada uma de nós um elemento integrante e necessário da Nação, vivendo do esforço e do seu trabalho e não à custa do trabalho e do esforço alheios, tanto por ociosidade como por invalidez resultante de doenças evitáveis (...) A maior riqueza de um país depende da sua força dinamizada, das suas energias eficientes, que equivale a dizer que depende, sobretudo, do estado sanitário, da robustez física e intelectual dos seus habitantes (...). Entre nós, já que não podemos acabar com a legião dos ociosos natos, aumentemos ao menos o número os que trabalham e trabalhando produzem, poupando-os urgentemente a várias doenças e nomeadamente à tuberculose, que se organize (...) um exército aguerrido contra todas as doenças, especialmente contra a tuberculose, exército criador e mantenedor das vidas na sua mais perfeita expressão, no seu maior e melhor rendimento moral e material”** (d’Almeida, 1931: 12-13, negrito de minha autoria).

por Bissaya Barreto, incorporava notoriamente esses ideais que constituíam a medicina social.



Figura 16 – “O Bom Combate”. “A Conquista do Ar”. 1931. Propaganda que visa enaltecer a procura individual de um estilo de vida saudável e fisicamente ativa, necessárias para a constituição de um organismo robusto e resistente e que, sendo assim, é impervio à enfermidade: “Só a vida sã, ao ar livre, à luz do sol, com prática de exercícios higiênicos é capaz de produzir a máscula robustez do belo exemplar representado na nossa gravura” (“O Bom Combate”, 1931b: 1). Imagem adaptada de (“O Bom Combate”. 1931b. Coimbra, Junho 1.º ano N.º2.)

Iniciado no ano de 1925 (Vieira, 2012), o plano de Bissaya Barreto para combater os flagelos sociais iria compreender a constituição de várias obras: Obra Antituberculosa, mas igualmente a Obra de Assistência Psiquiátrica e a Obra de Protecção a Grávida e Defesa da Criança (Pais de Sousa, 1999 *in* Carvalheira, 2012). No âmbito da luta antituberculose, um considerável número de estabelecimentos e instituições direcionadas para a profilaxia e assistência da população seriam criadas: foram construídos sanatórios – como o Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, o Sanatório de Celas e o Sanatório Infantil (Barreto, 1970), um dispensário central (Dispensário Central do Pátio da Inquisição) (“A Saúde”, 1934a; Barreto, 1935; Livro de Actas da Comissão Administrativa da Junta Geral do Distrito de Coimbra, 1935; Bessa, 1936; “Rumo à Vida”, 1950; Barreto, 1970) interligado a vários dispensários concelhios⁷⁴ e a Obra de Grancher (“A Peste Branca”, 1931; “A Saúde”, 1931c; Barreto, 1970). Estes constituiriam em grande medida os principais recursos do projeto de assistência e profilaxia de Bissaya Barreto - baseado no modelo francês de medicina

⁷⁴ Arganil, Cantanhede, Condeixa, Gois, Montemor-o-Velho, Penacova, Penela, Poiães, (“A Saúde”, 1934a; Barreto, 1935; “Rumo à Vida”, 1950), Lousã (Barreto, 1935), Miranda do Corvo, (“A Saúde”, 1934a; Barreto, 1935) Oliveira do Hospital, Soure, (Barreto, 1935), Tábua (“A Saúde”, 1934a).

social (Barreto, 1935; Bessa, 1936 *in* Vieira, 2012) – e que se estruturavam em quatro medidas essenciais: “1) A despistagem do doente; 2) Medidas de saneamento, que defendam o indivíduo são do contagioso (...) etc.; 3) A educação das famílias; 4) A assistência sob tódos os aspectos aos doentes, às famílias e aos filhos” (Barreto, 1935: 138).

4.5.1 Sanatórios

A criação dos Sanatórios seria dirigida principalmente para o cuidado e tratamento de casos individuais de tuberculose de maior gravidade (Goemaere, 2011 [1952]; Pais de Sousa, 1999 *in* Carvalheira, 2012), ou como locais de isolamento de indivíduos que apresentassem uma condição patológica irreversível (Carvalho, 1935). Os indivíduos indicados para este tipo de intervenção seriam direcionados sobretudo para três instituições sanatoriais: o Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, para o tratamento de homens, o Sanatório de Celas, para o tratamento de mulheres, e o Sanatório Infantil para o tratamento das crianças (Barreto, 1935; Araújo, 1994; Barreto, 1970 *in* Santos, 2000; Goemaere, 2011 [1952]). Bissaya Barreto, principal arquiteto de suas obras, projeta estes espaços destinados a estabelecerem um processo de tratamento com vista ao refortalecimento e cura física, mas também à elevação psicológico e moral dos doentes, visto que enquadrar-se-ia nesse ponto o sucesso de toda a terapêutica, pois o doente apenas poderia melhorar a sua condição se a vontade individual assim o permitisse:

“Nos sanatórios a assistência do médico tem de ser mais intensa, porque lhe é **necessário cuidar não só do estado físico do doente, mas também do seu estado moral e psicológico**. O grande inimigo dos doentes é o tédio que os deprime e que provém do seu isolamento, da inatividade a que se obrigam os indivíduos em cujo sangue correm os venenos estimulantes que os gérmenes da doença segregam. **É frequentemente mais necessário o que o médico se ocupe em combater êsses estados depressivos do que em tentar modificar o estado físico das lesões**” (“A Saúde”, 1935: 4, negrito de minha autoria).



Figura 17 – N.D. Galeria de cura do Sanatório Colónia Portuguesa do Brasil. S.D. Apesar do conforto existente nos estabelecimentos sanatoriais estabelecidos pelo professor Bissaya Barreto, estes eram geridos segundo normas restritas de funcionamento, visadas a um comportamento disciplinado por parte dos doentes. Nas galerias de cura, locais extremamente importantes na época para o tratamento da tuberculose, os doentes deveriam seguir regulamentos prescritos pelos médicos de modo a conseguir tirar o maior proveito desses instrumentos de terapia. Imagem adaptada de (Restos de Coleção. 2012. Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil. [Online]. [Lisboa]. Restos de Coleção. [Consultado em 19-05-2014]. Disponível em: <http://restosdecoleccion.blogspot.pt/2012/10/sanatorio-da-colonia-portuguesa-do.html>).

Os sanatórios também serviriam como instrumentos necessários para a aquisição de conhecimentos de profilaxia e de princípios higienistas, instituídos numa sistema de controlo e educação individuais constantes. Para que se alcançasse um verdadeiro restabelecimento e/ou incremento da saúde física e moral do doente, este teria que ativamente participar no processo terapêutico, através de um comportamento temperado, disciplinado⁷⁵ e obediente que segue escrupulosamente as regras, princípios e conselhos higienistas transmitidos pelo pessoal médico⁷⁶ (Fig.17):

⁷⁵ Porque a “... **disciplina** é a base do tratamento tuberculoso [e a] **obediência** é condição fundamental para a sua cura” (Obra Anti-Tuberculosa do Distrito de Coimbra, 1932: 14, negrito de minha autoria).

⁷⁶ Nesse sentido, de modo a conduzir a uma melhor explicação dos factos, submete-se a uma transcrição de algumas das regras de higiene estabelecidas no “Regulamento do Hospital-Sanatório de Celas e Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil”:

“HIGIENE DA TOSSE. A tosse é um meio perigoso de propagação do bacilo de Koch. A tosse é uma causa de fadiga para o doente. A tosse é necessária para a expectoração, mas é inútil, se não é seguida dela. É necessário disciplinar a tosse, é necessário resistir à vontade de tossir, quando não traduz uma necessidade de escarrar (...) Não tossir com força, porque a tosse violenta projecta a distâncias partículas de saliva (...) que conspurcam com bacilos tudo quanto estiver em torno do doente. O tuberculoso quando tiver vontade de tossir, deve colocar diante da boca um lenço aberto, destinado só a este fim, de maneira a receber nele as gotículas de saliva a que a tosse dá lugar (...)

HIGIENE DO ESPÍRITO. Não se pode conquistar a saúde sem uma grande tranquilidade moral e espiritual. O sofrimento moral é um obstáculo, quase invencível, à cura da tuberculose. A vida é curta e como tal a devemos considerar; o receio da morte, a preocupação de que a vida esteja no fim cria um estado de angústia e de tristeza incompatível com a cura rápida da tuberculose. As tristezas, os cuidados a fadiga e as emoções fortes contribuem para o encurtamento da vida, por isso o doente deve procurar um grande socego para o espírito e para o corpo (...) Devemos criar em volta do doente um ambiente de alegria, de felicidade. O doente dos pulmões deve ter sempre esperança na sua cura, porque a tuberculose, tratada desde o começo, é a mais curável das doenças crónicas. Por mais grave que se apresente o seu estado, ele é susceptível de cura, se o doente for disciplinado, obediente, tiver coragem e for optimista. Tudo o que possa excitar o psiquismo do doente deve ser combatido. As questiúnculas, as zangas, os ralhos, as lágrimas são verdadeiros venenos para o tuberculoso. Não esquecer que as misérias morais, misérias físicas, misérias familiares e as misérias sociais conduzem à tuberculose. Não basta que o doente diga que se quer curar, é preciso sobretudo que empregue todos os esforços necessários para o conseguir.

“A única preocupação do doente sanatorizado deve ser a cura. Ora ela depende sobretudo do próprio doente e **principalmente do escrúpulo e do rigor com que cumprir as disposições regulamentares e os conselhos médicos, que lhe forem dados**” (Obra Anti-Tuberculosa do Distrito de Coimbra, 1932: 3, negrito de minha autoria).

4.5.2 Obra de Grancher

A Obra de Grancher correspondia essencialmente a um programa de assistência, prevenção e de educação/formação, que poderia contemplar grande parte do período de desenvolvimento da criança e do adolescente. O objetivo deste programa, consistia, em grosso modo: 1) na assistência pré e pós-natal de crianças com mães tuberculosas; 2) com o possível posterior realojamento das crianças retiradas do seio familiar, em estabelecimentos de acolhimento especialmente concebidos para o efeito, caso a sua situação assim o exigisse (“A Peste Branca”, 1931; “A Saúde”, 1931c; d’Almeida, 1931; “Rumo à Vida”, 1950; Goemaere, 2011 [1952]).

O programa da Obra de Grancher iniciava-se primeiramente com a observação das mulheres grávidas doentes na Consulta externa para Grávidas (Bessa, 1940;), realizadas no Dispensário Materno-Infantil (“A Saúde”, 1933a) através de meios de intervenção ginecológica, de análise bacteriológica e de diagnóstico radiológico (Barreto, 1970; Goemaere 2011 [1952]), recebendo estas o tratamento necessário (“Rumo à Vida”, 1950; Goemaere, 2011 [1952]), bem como a instrução “...sobre os preceitos essenciais de higiene durante a gravidez e para que (...) a criança nasça nas melhores condições e com a maior robustez” (Goemaere, 2011 [1952]: 82). Realiza-se assim o que se denominaria de “puericultura pré-natal”⁷⁷ (Bessa, 1940; Goemaere, 2011 [1952]).

O doente, mesmo depois da sua cura aparente, precisa de ser obediente, disciplinado, verdadeiro escravo das regras de higiene para que a cicatrização das lesões se mantenha” (Obra Anti-Tuberculosa do Distrito de Coimbra, 1932: 3-11, negrito de minha autoria).

⁷⁷ “A assistência à criança começa a fazer-se no ventre da mãe; fazendo-se uma assistência anto-natal, examinando as grávidas, **aconselhando-as, educando-as**, tratando-as quando é necessário e **mantendo a sua gravidez sob uma fiscalização** sempre útil e muitas vezes absolutamente indispensável (...) mas outras funções êle desempenha e não de menos valor: o Dispensário procura **educar as mães, mostrando-lhes a vantagem no cumprimento rigoroso dos conselhos e prescrições médicas**, mostrando-lhes como assim se pôde favorecer a evolução normal da gravidez, se podem prevenir ou tratar, em tempo oportuno, complicações e anomalias para a vida da mãe e do filho” (Barreto, 1935: 163, negrito de minha autoria).

Após o nascimento da criança, caso a sua situação assim o exigisse – ou a enfermidade da mãe estivesse a agravar-se rapidamente ou pela presença de outro membro familiar com tuberculose (Bessa, 1940) – esta seria conduzida para o Ninho dos Pequenitos, onde seriam acompanhados medicamente de forma contínua e onde receberiam cuidados de higiene indispensáveis. Aqui permaneceriam até aos 3 anos de idade (“A Peste Branca”, 1931; Barreto, 1935; Bessa, 1940; Araújo, 1994; Goemaere, 2011 [1952]). Esta seria considerada uma medida útil, extremamente necessária e eticamente justificável, para resgatar as crianças da degradação física e moral⁷⁸, trazidas sobretudo por uma origem maternal pobre, fatigada, mas igualmente inconsciente e ignorante dos seus deveres enquanto prestadora de cuidados (“A Saúde”, 1931c; Barreto, 1935; Bessa, 1940):

“É necessário, mesmo que por uma questão de coração e de ternura, por essas pobres criancinhas, afim de lhes salvar a vida e preparar um futuro risonho, arrancá-las à doença que será certa e mortal, se continuarem no meio infectado e perigoso, que é, nesse caso, o meio familiar!” (“A Saúde”, 1931c: 4)

“Não basta proteger as gestantes, é preciso impedir o contágio massiço, logo ao nascer a criança; é necessário sequestrá-las do convívio das mães, porque nelas está a causa do contágio” (Barreto, 1935: 164).

Passado o Ninho dos Pequenitos, as crianças seriam posteriormente realojadas, agora no local do Preventório, onde permaneceriam até 10, 12 anos (“A Peste Branca”, 1931; Barreto, 1935; Bessa, 1940; Araújo, 1994; Goemaere, 2011 [1952]). Os Preventórios constituíam-se como estabelecimentos “... onde as crianças (...) portadoras de formas iniciais ou latentes, curáveis e não contagiosas de tuberculose extrapulmonar” (“A Saudinha”, 1932: 3) receberiam os cuidados de higiene e de nutrição necessários, “... e por uma associação (...) de instrução e de educação física, convenientemente doseadas e reguladas pela colaboração dum médico e de um pedagogo”⁷⁹ (“A Saudinha”, 1932: 3).

⁷⁸ Segundo o relato de uma enfermeira visitadora sobre as crianças que entravam no Ninho dos Pequenitos:

“Compreendi, a razão do aspecto franzino dos que acabavam de entrar e a existência de muitas taras em muitos deles. É que a maioria as crianças ali internadas, são descendentes de doentes ou viciados, vícios que irão repercutir-se no desenvolvimento dos pequenos seres inocentes, de toda a espécie de miséria!” (Santos, 1952: 3).

⁷⁹ Porém, convém frisar, que a estratégia de educação disciplinadora do corpo seguida nos Preventórios, nunca se deveria dissociar da aplicação de uma educação da mente igualmente intensiva:

Posteriormente, as crianças após completarem o tempo necessário, seriam novamente realojadas para estabelecerem a última fase deste programa: os meninos iriam para a Escola Profissional de Agricultura em Semide (“A Peste Branca”, 1931; “A Saúde”, 1932b; Barreto, 1935; Bessa, 1936, 1940; “Rumo à Vida”, 1950; Goemaere, 2011 [1952]) e as meninas para escolas profissionais estabelecidas em Sever do Vouga e Monte Redondo (Bessa, 1940; Goemaere, 2011 [1952]). Esta fase do percurso das crianças, que terminaria por volta dos 17, 18 anos, seria a mais importante, pois aprenderiam um ofício próprio, preparando-os para a vida adulta quando saíssem da instituição. As crianças, que desde tenra idade, seriam acolhidos pelos melhores cuidados de nutrição física, desenvolvidos sobre os mais salutareis ideais de enaltecimento físico e moral e instruídos sobre os mais “louváveis” preceitos da higiene, seriam entregues à sociedade como indivíduos sãos e robustos, de mente e corpo⁸⁰, apetrechados de todas as ferramentas para singrarem na vida e contribuindo através dessa massa jovem viril e saudável sempre crescente para o fortalecimento da Nação portuguesa (“A Peste Branca”, 1931; Barreto, 1935; Bessa, 1940; Barreto, 1970). Seriam criados assim os homens, não aqueles que intelectuais e pensadores se entregam exclusivamente aos problemas complexos da vida, e que negligenciam a força física do trabalho, mas aqueles que entram

“...na vida aos 18 anos, quasi todos com a profissão de agricultores, simples capatazes agrícolas, práticos agrícolas, que cavam a terra e dirigem uma preparação agrícola com consciência e conhecimento da sua profissão. Preparam-se ali, dizemos, cavadores que sabem o que fazem, como fazem e porque fazem. Não se criam doutores, nem diplomados que não pegam numa charrua ou numa enxada” (“A Saúde”, 1938: 2).

E seriam criadas assim as mulheres, instruídas na “...aprendizagem de tôdas as indústrias caseiras, preparando-se, assim, capazmente, para a tradicional e admirável função da mulher portuguesa” (Bessa, 1940: 6).

“Do próprio cérebro se poderia dizer que recebe educação física a ginástica intelectual; em todo o caso seja qual fôr a distinção que se queira fazer entre espírito e corpo, quanto a natureza, funções e destinos, não é lícito admitir oposições entre educação intelectual e educação física. Uma educação perfeita compreende estas duas modalidades em graus equivalentes” (“A Saúde”, 1935: 5).

⁸⁰ “O filho de um tuberculoso vivendo no Ninho dos Pequenitos até aos 3 anos, transitando para Penacova e saindo aos 12 para Semide encontrará ali, em plena serra, na vida agrícola, as melhores condições de educação e de instrução para se tornar um cidadão robusto de corpo e alma sã. A vida no campo, em convivência constante com a Terra e a Natureza encerra as melhores condições para que os dos tuberculosos se possam fazer sadios e vigorosos” (“A Saúde”, 1932b: 4).

4.5.3 Dispensário

O Dispensário Central Antituberculoso do Pátio da Inquisição inicia sua atividade em 25 de Novembro (“Conhecer Bissaya Barreto, 2008”) de 1928 (“A Saúde”, 1933d; “Conhecer Bissaya Barreto”, 2008; Martins e Tomé, 2013). Este estabelecimento iria se constituir como o ponto principal no qual todo o programa de luta antituberculosa convergia. Na função do Dispensário, se encabeçava o movimento higienista levado a cabo nas políticas de medicina social, determinando as funcionalidades e ações desenvolvidas no restante planeamento de profilaxia e assistência⁸¹ (d’ Almeida, 1931; “A Peste Branca”, 1931; “A Saúde”, 1931a, 1932; Barreto, 1935; Rocheta, 1944): o Dispensário seria a “...a gare reguladora, que (...) [orientaria] as crianças e os adultos na melhor direção; hospital, sanatório, preventório (...) etc.” (“A Saúde”, 1932b: 2). Nesse sentido, a constituição do Dispensário teria que complementar variadas funcionalidades delineadas para a “...educação, higiênico-social, de descoberta e de diagnóstico da tuberculose⁸², de colocação do tuberculoso e de defesa da respectiva família”⁸³ (“A Saúde”, 1932b: 2), bem como igualmente locais de aprendizagem médica e formação científica (“A Saúde”, 1934a,b; Barreto, 1935).

⁸¹ “O dispensário antituberculoso e o dispensário polivalente tornam-se no ‘pivot’ de todo o movimento higienista, sendo criados posteriormente serviços de protecção à maternidade e às crianças, como creches, casas maternais, obras de puericultura, consultas para grávidas e recém-nascidos” (Martins, 1993 in Pais de Sousa, 1999: 168).

⁸² “O Dispensário (...) é a base da profilaxia anti-tuberculosa. É ali que todos devem dirigir-se ao registarem em si alguns dos pequenos sintomas que todos sabem que podem traduzir o início de uma tuberculose evolutiva. A tosse, o emagrecimento, as pontadas, os suores, a falta de apetite, a febrícula, o mal estar em geral, a expectoração, para não falar nas hemoptises que é de todos os sintomas o que mais alarma o doente, devem encaminhar o padecente para o Dispensário...” (Serra, 1931: 34).

⁸³ De acordo com o jornal “A Saúde” e a revista “A Peste Branca”, ao Dispensário Central Antituberculoso do Pátio da Inquisição correspondiam as seguintes competências:

“1º - Um centro de **diagnóstico** e de **descoberta** da Tuberculose; 2º - Um centro de **observação** e de **vigilância** dos tuberculosos e das pessoas que com eles convivem; 3º - Um centro de **educação profilática** dos doentes e suas famílias afim de realizar a profilaxia anti-bacilar e a profilaxia anti-tuberculosa; 4º - Um centro de **ensino familiar de higiene** (higiene individual e higiene de habitação); 5º - Um centro de **selecção** para a colocação dos adultos e das crianças nas obras sociais anti-tuberculosas; 6º - Um centro de **assistência social** indirecta; 7º - Um centro de **tratamento**” (“A Saúde”, 1933c: 2, negrito de minha autoria), bem como igualmente; 8º - “...um centro de **informação e propaganda**” (“A Peste Branca”, 1931: 21, negrito de minha autoria).

Convocado o indivíduo ao Dispensário pela enfermeira visitadora⁸⁴ (“A Saúde”, 1932b; Rocheta, 1944) (Fig.18), este seria – bem como todos os seus contactos próximos (“A Saúde”, 1933b; Rocheta, 1944)⁸⁵ - submetido a uma observação do “...ponto de vista clínico, bacteriológico e radiológico” (“A Saúde”, 1932b: 2) (Fig.18). Após o exame, se existisse um resultado indicativo da presença de tuberculose, e de acordo com o seu grau de gravidade, o Dispensário deliberaria se o indivíduo: a) deveria ser tratado em casa, munido de “...úteis recomendações e conselhos [de higiene e profilaxia] (...) e auxílios de vária ordem” (“A Saúde”, 1935: 4), nomeadamente do “...tratamento ambulatório da tuberculose (...) por meio do pneumotórax e da

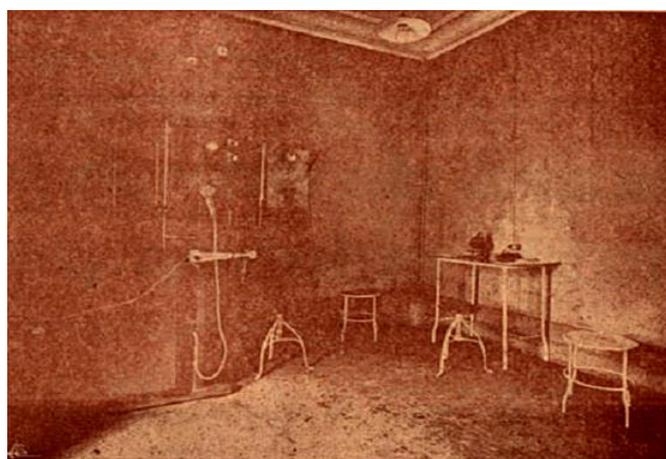


Figura 18 – N.D. Sala de Raio-X do Dispensário do Pátio da Inquisição. 1932. Segundo Alcina Martins e Maria Tomé, e “...esta instalação radiográfica era utilizada pelos doentes tratados nos dispensários concelhios” (Livro de Actas do Conselho Provincial da Beira Litoral, 1937 in Martins e Tomé, 2013: 52). Imagem adaptada de (A Saúde. Jornal popular, bi mensal, de Higiene e Profilaxia Sociais. 1932b. Coimbra, Maio N.º 34).

⁸⁴ Com uma componente formativa englobante nas áreas da “...puericultura, a higiene pré-natal, a higiene alimentar, a higiene geral e a profilaxia das doenças transmissíveis” (Decreto-Lei n.º 20:376, 1931 in Branco, 2013: 54), a figura da enfermeira visitadora seria uma peça chave no exercício da Medicina Social no país. No caso dos Dispensários, a enfermeira visitadora estabeleceria um papel de intermediária, aplicando as instruções atribuídas pelos médicos no Dispensário às populações doentes (“A Peste Branca”, 1931; Serra, 1931). Aí a enfermeira visitadora teria um papel de assistência, fiscalização e educação: “... de casa em casa onde suspeitem ou saibam da existência da tuberculose vão **aconselhando os doentes, respectivamente, a fazerem-se observar e tratar, dando-lhes ao mesmo tempo uma assistência moral e material de grande valor...**” (d’Almeida, 1931: 18, negrito de minha autoria), mas igualmente estabelecendo um papel pedagógico, ensinando de preceitos de higiene (eliminação adequada das expetorações, eliminação de poeiras e de arejamento nas habitações) e de medidas de profilaxia ao doente e sua família. Segundo o Dr. Vaz Serra, para os Dispensários

“...poderem desenvolver a sua acção carecem não só de uma assistência clínica especializada, mas também de um corpo escolhido de enfermeiras visitadoras. Delas depende em grande parte o bom êxito dos dispensários (...) **É por intermédio das visitas que elas fazem aos enfermos que os médicos do dispensário são postos ao facto do seu estado social, recursos, condições de salubridade de habitação, etc. São elas também (...) propagandistas da utilidade dos dispensários, são elas que vigiam a boa aplicação das regras estabelecidas pelos médicos, são elas, enfim, quem leva a cabo a educação dos doentes e suas famílias...**” (1931: 42-43, negrito de minha autoria).

⁸⁵ De acordo com o jornal “A Saúde”:

“... o que caracteriza o Dispensário, o que o distingue de uma simples Médica, é que a acção médico-social não cuida somente do doente, visa sobretudo o foco, o foco atingido pela Tuberculose, foco que deve ser encarado cuidadosamente do ponto de vista clínico e higiénico; não é só o doente que deve ser submetido ao exame do médico e à vigilância das enfermeiras visitadoras, mas sim a sua entourage, isto é, os seus contactos” (“A Saúde”, 1933b: 1).

chrysooterapia...”⁸⁶ (“A Saúde”, 1934a: 4); ou b) direcionado para um estabelecimento próprio (Hospital ou Sanatório, Preventório, etc..), onde seria internado e submetido a tratamento específico; ou, eventualmente, c) submetido a tratamento no próprio dispensário (“A Saúde”, 1933b,c; Barreto, 1935; Rocheta, 1944).

No entanto, a funcionalidade do Dispensário não poderia, nem *deveria* se limitar apenas a medidas de prevenção e tratamento médico, mas igualmente subscrever um serviço de estudo aprofundado e de apoio perante as condições sociais apresentadas pelos indivíduos doentes⁸⁷. Segundo o Jornal “A Saúde”:

“...desde o instante que o Dispensário recolhe á sua guarda um doente não mais o desampara e nele encontra sempre a tutela moral de que tanto necessita; na tuberculose, mais do que em qualquer outra doença crónica, **o doente precisa não só de prescrições médicas, mas de conselhos, direcção e protecção contra todos os males que o ameaçam e à família; para as dificuldades que encontra precisa de uma opinião autorizada e competente; precisa de um amparo que o apoie na luta contra os revezes que a vida lhe oferece, precisa de quem o anime perante as complicações inesperadas, de quem o encoraje em certos momentos de desfalecimento...**” (“A Saúde”, 1931a: 3, negrito de minha autoria).

Em respeito a esses princípios, quer pelo trabalho domiciliário das enfermeiras visitadoras (Serra, 1931; Rocheta, 1994; Registo de Orçamentos de Corporações Administrativas da Junta Geral de Coimbra, 1914 *in* Martins e Tomé, 2013), quer pelo trabalho médico no Dispensário (“A Saúde”, 1933b), dever-se-iam organizar inquéritos que inquirissem sobre as condições sociais, morais e materiais (condições higiénicas de habitação) e

⁸⁶ O tratamento ambulatório através do pneumotórax artificial ou da chrysooterapia (tratamento com sais de ouro), seria uma medida extremamente importante desenvolvida pelos Dispensários, visto que garantia uma maior expansividade nas medidas de profilaxia e assistência à população, bem como garantindo uma maior sustentabilidade na obra antituberculosa, pela diminuição do número de indivíduos institucionalizados. Esta prática não se efetuava somente no Dispensário Central Antituberculoso do Pátio da Inquisição, mas também nos inúmeros dispensários concelhios construídos pela JGDC. Neste sentido, o Dispensário além de estabelecer-se principalmente como um estabelecimento de profilaxia, também seria um local de aprendizagem de metodologias terapêuticas (“A Saúde”, 1934a, 1935; Barreto, 1935). Segundo Bissaya Barreto, todos os diretores dos dispensários concelhios, dirigiam-se ao Dispensário Central para:

“...fazer a sua aprendizagem e a sua educação anti-tuberculosa, exercitando-se na prática de aplicação dos sais de ouro, de modo a poderem exercer com grandes resultados o método ambulatório no tratamento da tuberculose e com vantagens de toda a espécie: vantagem moral para o tuberculoso, porque evita o seu afastamento da família, junto da qual muitos se podem conservar, uma vez que ponham em prática as regras, que o Dispensário lhes ensina; vantagem social, porque muitos doentes tratados pelo pneumo ou pelo ouro podem continuar a trabalhar; vantagem económica, porque o custo do tratamento ambulatório é incomparavelmente mais barato do que o preço da hospitalização.” (Barreto, 1935: 157).

⁸⁷ Segundo o Jornal “A Saúde”, “...em torno de todo o tuberculoso (...) não deve haver (...) **dispensário sem um serviço social conveniente dirigido, cujo trabalho se associa ao trabalho propriamente médico, isto é, à determinação do diagnóstico...**” (“A Saúde”, 1933b: 1, negrito de minha autoria).

económicas, relativas ao doente e seus familiares (Serra, 1931; “A Saúde”, 1933b; Bessa, 1940; “Rumo à Vida”, 1950; Registo de Orçamentos de Corporações Administrativas da Junta Geral de Coimbra, 1914 *in* Martins e Tomé, 2013).

A par destas funções, e dentro das suas competências como um organismo de profilaxia, o Dispensário se determinava como o dispositivo basilar de educação da população para os preceitos de higiene (“A Peste Branca”, 1931; “A Saúde”, 1931a, 1932, 1933b, 1934a, 1935; Barreto, 1935). Segundo Bissaya Barreto

“...o Dispensário exerce (...) uma (...) acção fundamental na luta contra a tuberculose: faz a educação do tuberculoso, dá-lhe conselhos e ensinamentos de higiene ácerca da maneira de recolher e desinfetar a expectoração, de arejar as habitações, de se alimentar, de evitar o contágio; fornece escarradores de bolso e de quarto, desinfétantes, etc., etc..” (“A Peste Branca”, 1931: 22) (ver Anexo F).

Neste domínio, a propaganda desempenharia um papel preponderante. Bissaya Barreto tinha uma capacidade singular de manipulação da filosofia republicana pelo meio da propaganda, no qual o mote do higienismo, do controlo e vigilância sanitária dos corpos individuais, seria figura de destaque (Duarte, 1930; “O Bom Combate”, 1931; Vieira de Campos *et al.*, 1931; Carvalho, 1935; “A Saúde”, 1931-1942). A propaganda na obra de Bissaya Barreto seria desenvolvida principalmente pelo Jornal “A Saúde” (1931-1942), uma publicação periódica de tiragem bimensal, produzida numa associação entre a JGDC e a posterior JPBL e o Dispensário Central Antituberculoso do Pátio da Inquisição, com direcção do Dr. Armando Gonçalves - diretor do respetivo dispensário (“A Saúde”, 1931-1942). Divulgando “...noções científicas claras e princípios higiénicos de aplicação fácil e ajustados aos indivíduos...” (Barreto, 1970 *in* Vieira, 2012: 346), através de “...artigos, cartazes (...) contos, entrevistas (...) affiches, desenhos...” (Barreto, 1970: 11) (Fig. 22) a mensagem propagandística, contínua e persistente, dirigida a cabo pelo jornal, seria um especial “...contributo informativo e educativo para as camadas populares” (Barreto, 1970 *in* Vieira, 2012: 346). “A Saúde”, como instrumento propagandístico de eleição, representava uma ação bastante ambiciosa no projeto de Bissaya Barreto na luta anti tuberculose, visto que atentava – sob o discurso demagógico e da iconografia persuasiva, alicerçadas sempre no conhecimento transparente e superior da ciência – à condução de uma revolução social, uma revolução que agitasse as fundações de uma

população que, pela degradação dos costumes, se conduzia gradualmente ao tormento da epidemia tuberculosa. Através dessa consciencialização coletiva pela palavra e imagem propagandista, que visava para o despertar do espírito individual – sobretudo do indivíduo tuberculoso⁸⁸, que arrastava consigo o germe da calamidade e da destruição da espécie, o germe perpetuado na degenerescência das gerações, criadas na miséria, na ignorância, no excesso e devassidão dos atos, em suma, propensas à negligência de vida saudável (Duarte, 1930; d’Almeida, 1931; “A Saúde”, 1931-1942; Barreto, 1970) - para uma atitude de entrega, dedicação e obediência, aos deveres da higiene e aos interesses da profilaxia, essa revolução social poder-se-ia concretizar.

“ A SAUDE vem tomar parte também nessa revolução; vem contribuir com o seu esforço para a remodelação dos usos e costumes do nosso Povo, de molde a facilitar a obra de valor incalculável que é a profilaxia da tuberculose.

Pretende levar a todos os lares da sociedade o ensinamento dos princípios fundamentais da higiene, pretende criar nessas mesmas classes o habito de higiene.

Para isso é fundamental fazer a educação conveniente dos nossos trabalhadores; nela está a principal arma a manobrar na luta contra a tuberculose; poderemos mesmo ir mais longe e afirmar que a educação, bem orientada, sob o ponto de vista sanitário é suficiente para libertar a Humanidade do maior flagelo dos tempos d’hoje, que é a tuberculose.

A SAUDE procurará pois, entrar em todas as casas, grandes e pequenas, visitar pobres e ricos com o propósito humanitário de lhes levar, em linguagem simples, os conhecimentos indispensáveis que lhes permitam a defeza do organismo contra a doença para não a terem de a curar (...)

⁸⁸ “Para suprimir todo o perigo de contágio da tuberculose basta isolar a bôca do tuberculoso; torna-se necessário por consequência que cada doente tenha separado o seu serviço de mesa: os talheres, pratos e copos, que facilmente se lavam, desengorduram e desenflectam...” (“A Saúde”, 1932a: 3, negrito de minha autoria.)

“O tuberculoso não deve dar beijos nem ser beijado (...) Não deve dormir acompanhado, deve viver isolado dos filhos e das crianças, das pessoas fracas ou pouco inteligentes para compreenderem a responsabilidade de viver junto de um tuberculoso” (“A Saúde”, 1933e: 5, negrito de minha autoria)

E te-lo-hemos atingido completamente se fôr possível preparar a opinião pública, educando-a e instruindo-a, de maneira a compreender toda a importancia, sob o ponto de vista colectivo e individual, que ha na applicação dos princípios fundamentais de higiene” (“A Saúde”, 1931a: 1).



Figura 19- a) N.D. Selo antituberculoso que representa a figura da assistência à tuberculose – encarnada na figura da mulher –, como o grande elemento protector das crianças e dos indivíduos tuberculosos, capaz de os resgatar dos braços impiedosos da morte. 1931e. A produção do selo antituberculoso servia, além de um instrumento eficaz de sensibilização social, como uma importante fonte de angariação de monetária, necessária para a subsistência de toda obra antituberculosa (“A Saúde”, 1931-1942; Barreto, 1970) “Contribuir com a compra do selo anti-tuberculoso para a extinção da tuberculose, é procurar destruir um terrível inimigo, que amanhã nos pode atacar. É a nossa própria defeza pois, que obriga à compra do selo anti-tuberculoso” (“A Saúde”, 1931e: 1) ; “Se quereis defender a vida dos vossos filhos, auxiliai a luta contra a tuberculose, afixando na correspondência, nos recibos, nas facturadas e em todos os documentos o selo anti-tuberculoso. Lembrai-vos que há em Portugal 100.000 tuberculosos e que morre um tuberculoso em cada quarto de hora!”

b) N.D. Imagem de mais um selo antituberculoso. 1936; c) N.D. Figura que representa o triunfo da força disciplinadora da higiene, sobre a perigosa, venenosa e letal víbora que era tuberculose. 1931b; d) Victorino. A tuberculose como a encarnação da Morte alada, que leva ao sucumbir dos indivíduos e à destruição da sociedade, apenas poderia ser combatida com o auxílio de uma obra que promovesse uma assistência médica e social - aqui representada sob a forma da enfermeira visitadora. 1931c. Fonte de imagens: a) adaptado de (*A Saúde. Jornal Popular, bi-mensal, de Higiene e Profilaxia Sociais*. 1931e.Coimbra, N.º 23); b) adaptado de (*A Saúde. Jornal Popular, bi-mensal, de Higiene e Profilaxia Sociais*. 1936. Coimbra, N.º 135-136); c) adaptado de (*A Saúde. Jornal Popular, bi-mensal, de Higiene e Profilaxia Sociais*. 1931b. Coimbra, N.º 2); d) adaptado de (*A Saúde. Jornal Popular, bi-mensal, de Higiene e Profilaxia Sociais*. 1931c. Coimbra, N.º 12).

CAPÍTULO V – Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra – um contato próximo com formas de conceber a experiência da tuberculose no seio de interações estabelecidas entre profissionais de saúde e pacientes

Após uma constituição historiográfica desenvolvida em torno da obra antituberculosa arquitectada por Bissaya Barreto no distrito de Coimbra e de região das Beiras, através de uma considerável rede institucional direcionada para funções de profilaxia e assistência da população, é necessário estabelecer um enfoque no estudo. Este ponto dirige-se para a análise do objeto etnográfico: o Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra (CDPC).

5.1. Constituição dos Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e suas funcionalidades

Os CDP em Portugal surgem como resultado de reformas legislativas criadas, com vista a uma reestruturação e redinamização da organização antituberculosa nacional, de forma a enquadrarem-se todos os seus serviços de profilaxia e assistência à população, nomeadamente os dispensários, dentro dos padrões modernos europeus.

As mudanças em questão estabelecer-se-iam no ano 1950, com a publicação a 20 de Julho da Lei nº 2044 (Bessa, 1953; Araújo, 1994; LEI n.º 2044/1950 *in* Vieira, 2012) “...que estabelecia as bases da luta antituberculosa no País, competindo ao Estado a orientação e coordenação dos meios de luta, criando e mantendo os estabelecimentos públicos necessários...” (Araújo, 1994: 166), bem como auxiliando igualmente a iniciativa privada. Uma das medidas a implementar na lei n.º 2044, seria a construção de três Centros de Diagnóstico e Profilaxia nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra – somente efetuada em 1952 -, que estariam sob a direção do recém-formado Instituto da Assistência Nacional aos Tuberculosos (IANT). A esses centros correspondia o comando respetivo das zonas Sul, Norte e Centro do país (Bessa, 1953; Araújo, 1994; “Jornal do Médico”, 1950, 1952 *in* Vieira, 2012), “...coordenando toda a atividade

profilática...” (Bessa, 1953: 8) que nestas se realizavam. No caso de Coimbra, o Centro de Diagnóstico e Profilaxia da Zona Centro – sediado na Avenida Bissaya Barreto – viria a substituir as funções e o cargo administrativo ocupado previamente pelo antecessor Dispensário Central Antituberculoso do Pátio da Inquisição (Roxo, 2012a).

Sobre as competências estabelecidas aos Centros de Diagnóstico e Profilaxia, estas seriam as seguintes:

“a) – Organizar o cadastro microrradiográfico da população; b) - Fazer e orientar a vacinação pelo B.C.G. ou a aplicação de outros meios de imunização; c)- Fazer a propaganda dos preceitos relativos á profilaxia da tuberculose e designadamente a da vacinação; d) – Enviar aos dispensários antituberculosos da respectiva área ou, na sua falta, às delegações de saúde os indivíduos cujo exame revele lesões pulmonares de carácter evolutivo; e) – Enviar aos serviços da respectiva especialidade os indivíduos cujo exame radiográfico revele doenças que não tenham o carácter das referidas na alínea anterior; f) – Colaborar com os dispensários, brigadas móveis⁸⁹ e serviços de saúde, assistência e previdência em tudo que respeite à luta antituberculosa.” (Bessa, 1953: 8) (Fig. 20).



Figura 20 – Mário Neves. Cartazes apelando à profilaxia da tuberculose, através dos meios profiláticos: a) a vacinação pelo B.C.G. e o rastreio periódico dos pulmões, pela radiografia. a) 1950 – 1959; b) 1957. Fontes de imagens: a) adaptada de (Neves, M. 1950-1959. *Vale por dois quem for vacinado com o B.C.G.* [Online]. Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. [Consultado em 27-06-2014]. Disponível em: <http://museudasaude.inwebonline.net/ficha.aspx?id=1443&src=insa>); b) adaptada de (Neves, M. 1957. *Mesmo com saúde tire duas vezes por ano uma chapa aos pulmões.* [Online]. Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. [Consultado em 27-06-2014]. Disponível em: <http://museudasaude.inwebonline.net/ficha.aspx?id=73&src=insa>).

⁸⁹ As brigadas móveis foram uma das medidas criadas pela Lei n.º 2044 de 20 de Julho de 1950, constituindo assim uma estrutura que garantia uma maior distribuição da actividade profilática, e de assistência, dos centros de diagnóstico às respectivas Zonas de atuação, quer em contexto rural e urbano (Bessa, 1953, 1955; Araújo, 1994; LEI n.º 2044/1950 in Vieira, 2012).. Cada brigada móvel era constituída por uma unidade (viatura) móvel de microrradiografia, administradas por um médico e uma enfermeira (Bessa, 1953, 1955). Sendo uma extensão dos centros de diagnóstico e profilaxia, as brigadas móveis tinham as mesmas funcionalidades: a) o radiorastreio por microrradiografias de toda a população, em especial em grupos populacionais considerados de risco: função pública, escolas, faculdades, colónias de férias, quartéis, oficinas, fábricas e indústrias – sobretudo naquelas com maior incidência de contágio, a indústria siderúrgica, mineira, metalomecânica, etc.; b) a aplicação da vacinação pelo B.C.G., ou outros meios de imunização, bem como, c) desenvolver propaganda direcionada para a profilaxia da tuberculose (Bessa, 1953, 1955; Araújo, 1994; LEI n.º 2044/1950 in Vieira, 2012).

Os CDP surgiram somente na década de 90, com a implementação do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose (PNT), por ordem do Despacho n.º128 do Director Geral de Saúde de 20 de Setembro de 1995 (ARS do Norte, 2007; DGS, 2011). Estas estruturas representam uma reorganização dos serviços de profilaxia à tuberculose, substituindo os antigos Dispensários e Centros de Diagnóstico e Profilaxia (Roxo, 2012a,b). Os CDP são tutelados pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), devendo (por norma) ser implementada uma unidade em cada Sub-Região de Saúde (SRS). Estes centros, constituem um dos elementos integrantes dos denominados serviços periféricos do PNT, no qual incluem-se os Centros de Saúde e os Hospitais. Estes serviços periféricos trabalham em estreita ligação no domínio do programa nacional antituberculose, tendo ambas competências no que concerne ao estabelecimento de medidas de rastreio, de diagnóstico, e de acompanhamento terapêutico dos casos de tuberculose. No entanto, estas são atribuições que correspondem principalmente aos CDPs, determinando que na presença de casos, com suspeita de tuberculose, ou, com diagnóstico positivo de tuberculose, estes devem ser encaminhados posteriormente ao cuidado do CDP (Comissão Nacional de Luta contra a Tuberculose, 1995; ARS do Norte, 2007; Roxo, 2012a, b). De modo resumido, aos CDPs competem as seguintes funções:

- a) Proceder à consulta de Tuberculose – ou de Pneumologia – a todos os casos que, por suspeita ou indicação de diagnóstico, foram referenciados para a mesma, pelos Centros de Saúde ou Hospitais pertencentes à sua área de influência;
- b) Proceder ao diagnóstico radiológico e bacteriológico de casos referenciados com suspeita de tuberculose, ou, à confirmação bacteriológica de casos previamente diagnosticados;
- c) Proceder ao rastreio dos contactos próximos (conviventes) dos indivíduos referenciados;
- d) Assegurar o acompanhamento terapêutico necessário para indivíduos com tuberculose - ou com outras doenças pulmonares. Em casos que representam uma evolução grave da doença, o CDP tem a obrigação de proceder ao internamento no seu serviço, ou, à hospitalização do indivíduo;
- e) Todos os casos que submetidos à consulta, diagnóstico e tratamento no CDP - bem como seu estado e evolução da doença - devem ser reportados aos serviços periféricos correspondentes, nomeadamente aos Centros de Saúde nos quais os

- indivíduos se encontrem inscritos (Comissão Nacional de Luta contra a Tuberculose, 1995; ARS do Norte, 2007; Roxo, 2012a,b);
- f) Assegurar a administração medicamentosa respectiva, sobre o método de Observação Directa, no seu serviço, ou em outros serviços correspondentes (ARS do Norte, 2007; Roxo, 2012a,b);
 - g) Conduzir as ações de rastreio radiográfico programadas para as suas áreas de influência, tendo em especial atenção para os grupos de riscos associados á tuberculose (Comissão Nacional de Luta contra a Tuberculose, 1995; ARS do Norte, 2007; Costa, 2012; Roxo, 2012a,b);
 - h) Proceder à notificação dos casos de tuberculose, através de suporte de informação standardizada;
 - i) Asseverar que toda a informação criada das actividades desenvolvidas e de competência do CDP, sejam reportadas à ARS do Centro (ARS do Norte, 2007; Roxo, 2012a,b);
 - j) Proceder a ações educativas de promoção à saúde (ARS do Norte, 2007; “Diário de Notícias”, 2013);
 - k) Estabelecer cooperação com outras entidades e serviços no estudo de surtos epidemiológicos (ARS do Norte, 2007);
 - l) Fomentar o desenvolvimento de estudos de investigação no âmbito da tuberculose (ARS do Norte, 2007; Pinto, N.D.).

5.2. O Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra (CDPC)

O serviço do CDPC⁹⁰ tem a função principal de proceder ao rastreio, consulta e/ou tratamento de todos os indivíduos circunscritos na sua área de influência, que por indicação dos Centros Saúde e/ou Hospitais, são enviados por suspeita ou com confirmação positiva de tuberculose, bem como programação de campanhas anuais de rastreio radiográfico – por intermédio de uma unidade móvel - para as populações circunscritas na sua área de influência (Roxo, 2012 a, b). Uma medida recente

⁹⁰ O CDPC é um dos elementos que compõem o Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego (ACES). A área de influência do CDPC, circunscreve todos os concelhos pertencentes ao distrito de Coimbra, juntamente com os concelhos da Mealhada e Mortágua.

desenvolvida pelo CDPC é a realização de ações anuais de rastreio de instituições de solidariedade social presentes na cidade de Coimbra - Farol, Sol Nascente, Casa dos Pobres, Ateneu, Nossa Senhora de Lurdes, Associação Integrar – Centro Acolhimento e Inserção Social (CAIS) –, quer dos seus utentes, que representam populações de risco associadas à tuberculose, quer dos funcionários, que contactam com os utentes (Roxo, 2012a, b, 2014a).

A organização do estabelecimento CDPC encontra-se disposta em dois serviços:

- a) Profilaxia – as funções desempenhadas no âmbito deste serviço circunscrevem-se: a) ao rastreio radiográfico dos utentes⁹¹ convocados ao CDPC; b) à leitura de radiografias provenientes dos Centros de Saúde na área de influência do CDPC, ou, obtidas em campanhas de radiorastreio efetuadas pela unidade móvel. Esta parte é dirigida pela médica radiologista Dr. Luísa Martins⁹² (Roxo, 2012a,b; Martins, 2013a);

- b) Tratamento – neste serviço se estabelece à análise dos resultados obtidos pelos exames de diagnóstico, para avaliação do estado de saúde do utente, e a determinação do acompanhamento terapêutico adequado. Neste serviço se efetua também a administração medicamentosa por Observação Directa⁹³. As consultas são efetuadas pelo Dr. Paulo Cravo Roxo – Director clínico do CDPC – e pela Dra. Celeste Alcobia⁹⁴.

Além destes componentes, o CDPC é também composto por: a) um Laboratório, onde se efetuam os exames bacteriológicos, para efeitos de diagnóstico; b) por um Arquivo, local de armazenamento de processos clínicos; c) por um Gabinete do Cidadão / Gabinete de Serviço Social, dirigido por uma assistente social encarregada de conduzir a consulta do utente⁹⁵ e prestar apoio social a doentes que tenham dificuldades

⁹¹ Os exames radiográficos são efetuados pelos técnicos de radiografia residentes no CDPC (Roxo, 2012a).

⁹² A Dr.^a Luísa Martins tem a responsabilidade de efetuar a leitura dos raios-X obtidos.

⁹³ A Toma por Observação Directa da medicação é supervisionada pelos enfermeiros residentes do CDPC (Roxo, 2012a).

⁹⁴ No entanto, o único médico residente efetivo que efetua o acompanhamento clínico dos utentes é o Dr. Paulo Roxo. A Dra. Celeste Alcobia somente efetua consultas às Segundas-feiras no CDPC, porque tem um posto efetivo no Serviço de Pneumologia dos HUC (Roxo, 2012a).

⁹⁵ Serviço que visa especialmente para o melhoramento dos serviços prestados ao atendimento ao utente – através da recolha de reclamações ou sugestões efetuadas por estes -, bem como de esclarecimento dos direitos e deveres relacionados aos Serviços de Saúde (Roxo, 2014a).

económicas e um Centro de Atendimento e Detecção do VIH; e d) por Unidade móvel de rádio rastreio digital.

A decisão de efetuar uma investigação etnográfica no CDPC se depreendeu por diversos motivos:

- 1) É uma instituição de saúde, um espaço físico onde se podem observar diretamente, interações estabelecidas entre médico e paciente, e desse modo, determina-se como um contexto etnográfico ideal, pois possibilita a análise de formas diferenciadas de conceber e compreender o corpo, e de que modo essas mesmas conceções se podem influenciar, através da observação do comportamento de seus intervenientes;
- 2) É um estabelecimento de saúde especializado no diagnóstico e tratamento de da tuberculose, possibilitando desse modo, não somente a observação e análise de uma conceção médica sobre o corpo, mas igualmente sobre o corpo com tuberculose;
- 3) Sendo que parte do estudo em questão se interessa sobre um momento específico na história do combate à tuberculose em Portugal, a constituição da obra antituberculosa no distrito de Coimbra sob a direção do Dr. Bissaya Barreto, seria imperioso desenvolver a pesquisa etnográfica no CDPC, porque representa um desenvolvimento na organização de serviços de profilaxia e assistência à tuberculose previamente existentes na cidade, nomeadamente os Centro de Diagnóstico e Profilaxia e o seu antecessor Dispensário Central Antituberculoso do Pátio da Inquisição. Nesse sentido, ao desenvolver uma investigação etnográfica neste estabelecimento, pretendiam-se adquirir informações importantes que permitissem determinar se os procedimentos aplicados no diagnóstico e tratamento da tuberculose se demonstravam, diferenciados historicamente, sempre considerando o tipo de implicações que surgiriam no modo de observar o corpo do doente com tuberculose.

Os procedimentos efetuados no terreno, visaram a recolha de informação que possibilitasse uma posterior interpretação dos pontos acima referidos. Nesse sentido efetuou-se o acompanhamento a) de consultas administradas pelo Dr. Paulo Roxo; b)

acompanhamento da Dra. Luísa Martins, na sua leitura e interpretação de resultados radiográficos; c) acompanhamento numa ação de rádio rastreio efetuada pela unidade móvel, no Centro de Saúde de Figueira da Foz/ Buarcos; d) leitura e análise de processos clínicos presentes no Arquivo e e) realizaram-se entrevistas a pacientes tratados no CDPC.

5.2.1 Consultas do Dr. Paulo Roxo

O período de acompanhamento das consultas administradas pelo Dr. Paulo Roxo decorreu durante o mês de Outubro de 2012. No decorrer desse período, observaram-se o tipo de interações estabelecidas entre o médico e os seus pacientes, e produziram-se anotações de toda os dados adquiridos na duração de cada consulta. O propósito principal neste ponto seria tentar compreender de que modo, numa relação estabelecida entre médico e paciente, conjugar-se-iam diferentes conceções sobre o corpo e de que modo estas poder-se-iam influenciar entre si.

Sobre as consultadas observadas pude constatar que a compreensão dos diferentes intervenientes – médico e seus pacientes – sob o corpo doente, se apresentavam bastante diferenciados. Isso seria mais notável em circunstâncias nas quais os pacientes discutiam com o médico, sobre o tipo de sensações que por vezes experienciavam nos seus corpos, após serem submetidos a procedimentos médicos de diagnóstico ou para o tratamento da doença:

- Caso de paciente (M.T.C.)⁹⁶ - esta referiu que não conseguiu prosseguir com a medicação, visto que sentia já durante algum tempo a “cabeça demasiado quente, com uma temperatura bastante elevada” (M.T.C., 2012), sentindo-se “sempre prestes a arrebentar” (M.T.C., 2012), expondo de seguida a sua língua, como um gesto que permitia justificar, a sua afirmação prévia de que o seu corpo não encontrava-se com uma temperatura corporal estável. A paciente acrescentou que nesse período andava bastante cansada, questionando o médico se teria alguma correlação com análises efetuadas – exames bacteriológicos -, que indicassem resultados pouco satisfatórios. Em contrapartida, o médico indicou que esses sintomas não eram representativos de nenhuma das hipóteses

⁹⁶ Consulta efetuada no dia 09 de Outubro de 2012.

apresentadas pela paciente, mas que provavelmente seriam resultado de acumulação de stress ou esforço exagerado derivado da ocupação profissional.

- Caso de paciente (M. E.)⁹⁷ – esta paciente referiu que sentia nos últimos dias, uma dor de cabeça, a qual receava estar associada à medicação, tendo o médico respondido em seguida com uma afirmação negativa. A paciente prosseguiu com as suas queixas, indicando que sentia, além da dor de cabeça, uma alteração na sua tensão arterial, reiterando a sua suspeita e receio que pudesse ser uma consequência da medicação, que mais uma vez o médico refutou. Contudo a paciente indicou que, consultando um dos enfermeiros do centro, este confirmou que as suas sintomatologias poderiam estar associadas à medicação. O médico refutou uma vez mais essa suspeita, contra-argumentando com o facto de que o enfermeiro deveria ler o que indicava na bula dos medicamentos, que não referia esses efeitos secundários. Momentos seguintes, após o médico ter acompanhado a paciente para a toma da medicação e regressado ao seu consultório, este afirmava com visível irritação que os pacientes estavam sempre a reclamar sobre a medicação administrada para a tuberculose e sobre os possíveis efeitos que esta poderia ter na sua saúde, mas que em contrapartida em terapias que faziam, ou, que teriam efetuado toda a sua vida, nunca colocavam essa hipótese sequer.

Além destas observações, constatei por vezes algumas situações nas quais o médico estabelecia uma atitude de repreensão em relação aos pacientes que informassem ter hábitos de alcoolismo e/ou de tabagismo⁹⁸ - visto que esses hábitos poderiam por em causa quer a eficácia desejada da terapêutica administrada, quer da própria evolução do estado clínico do paciente. Esses dados foram extremamente relevantes para a investigação antropológica em questão, porque me permitiram consolidar algumas das ideias previamente analisadas em fontes bibliográficas que consultei - em específico Foucault (2003 [1963]). Foucault argumenta que o desenvolvimento de uma conceção biomédica do corpo - uma conceção do corpo constituída na base de relações dicotómicas, antagónicas - se constrói na medida em que, o discurso biomédico a qual se associa, se estabelece como uma forma de poder, um elemento de controlo dos corpos individuais – e coletivos -, que não somente se

⁹⁷ Consulta efetuada no dia 12 de Outubro de 2012.

⁹⁸ Igualmente interessante foi ter observado essa mesma atitude de repreensão por parte dos indivíduos que acompanharam em algumas ocasiões os doentes na consulta.

detém pela monitorização minuciosa dos **erros** orgânicos, mas igualmente pela vigia escrutinadora dos **erros** comportamentais. No discurso da biomedicina, o que é saudável/patológico complementa-se ao que é obediente/desviante. A sua ação nesse sentido não se aplica apenas ao estabelecimento da cura terapêutica, mas também conduzir o indivíduo à luz do verdadeiro caminho a tomar: a adoção do paciente a um comportamento salutar. Tudo isto se sucede no espaço confinado do gabinete, no momento limitado da consulta clínica.

- Caso de paciente (A.D.)⁹⁹ – após a escuta do médico às queixas do paciente, o médico interpretou que este estava a desenvolver uma intolerância à medicação, nomeadamente, que a medicação estaria a provocar um funcionamento hepático anormal. Nesse sentido, o médico instituiu um novo esquema terapêutico, que constava na administração de somente um comprimido de um medicamento específico por semana, fazendo posteriormente análises para despistagem, de modo a obter pelos resultados a confirmação de qual dos medicamentos estaria a provocar a deficiência hepática. Em seguida, a filha do paciente referiu que este ingeria uma certa porção de álcool diariamente, ao que o médico retorquiu que poderia ser esse fator e não os medicamentos que estariam na causa da intolerância à medicação;
- Caso de paciente (R.M.)¹⁰⁰ – após a verificação das análises efetuadas ao paciente, o médico constatou que este estava muito bem, e que, observando os resultados obtidos ao longo dos últimos meses, que o tratamento estava a produzir os efeitos desejados. Contudo, após a interrogação por parte do médico, o paciente afirmou prosseguir com o seu hábito tabágico - um hábito que segundo sua explicação, tinha-lhe provocado consequências graves para a sua saúde. Após a sua afirmação, este foi severamente reprimido pelo médico, bem como pela sua cónjuge, por este continuar com um hábito tão prejudicial para a sua saúde, sobretudo quando este apresentava há uns meses atrás, uma condição de saúde tão frágil e preocupante – devido ao estado evolutivo da tuberculose – que receava-se pela sua vida. O paciente que por sua vez,

⁹⁹ Consulta de 09 de Outubro de 2012.

¹⁰⁰ Consulta de 15 de Outubro de 2012.

escutava cabisbaixo e com um semblante triste, parecendo demonstrar ao mesmo tempo um sentimento de culpa, não contra argumentou. Após o médico ter acompanhado o paciente e sua cónjuge e regressado ao consultório, referiu que existiam “pessoas com grande incosequência e que por vezes não demonstram ter amor à vida” (Roxo, 2012)

Apesar da relevância desta informação recolhida durante a investigação etnográfica, faltava contudo ainda compreender de que forma, num contexto relacional de consulta entre médico-paciente, este último expunha as suas ideias, pensamentos, sentimentos, em suma, como representava individualmente o facto de portador de tuberculose. Porém, a informação recolhida através de relato direto dos pacientes foi diminuta.

- Caso de paciente P.F.¹⁰¹ – após o médico ter analisado os resultados provenientes dos exames de diagnóstico – prova tuberculínica e teste de IGRA -, este informou o paciente que era portador do bacilo da tuberculose. Espontaneamente, o paciente ficou um pouco surpreendido, e igualmente alarmado, pela notícia que tinha recebido no prévio momento, perguntando se era tuberculoso. O médico imediatamente refutou essa dúvida, indicando que os exames efetuados, nomeadamente o teste de IGRA, servia para determinar se o indivíduo rastreado seria portador do bacilo, mas ainda em estado latente, possibilitando assim um tratamento preventivo, que permitisse eliminar o agente nocivo, antes de desenvolver um estado infeccioso. O paciente ao escutar essa informação relatada pelo médico, ficou um pouco aliviado, mas ainda de certa forma apreensivo;
- Caso de paciente V.P.¹⁰² – segundo o relato do médico, esta utente tinha realizado teste de Mantoux e de IGRA uns dias antes, pois tratava-se de uma convivente de um indivíduo (primo) que tinha sido convocado ao CDPC por suspeita de tuberculose. Quando a utente tomou conhecimento de que o

¹⁰¹ Consulta do 09 de Outubro de 2012

¹⁰² Consulta de 18 de Outubro de 2012.

resultado da prova tuberculínica era positivo, reagiu de forma muito negativa, visto que pensava estar infetada com tuberculose. Mais tarde, na chegada a casa, a utente relatou a toda a família que estaria doente com tuberculose, culpando o primo pela sua condição. No entanto, a utente, ainda não tinha recebido o resultado do teste de IGRA – um exame de diagnóstico mais precisa que o teste de Mantoux – que verificou-se ser negativo. A utente foi posteriormente convocada ao CDPC, para conhecer o resultado do teste, dia no qual foi efetuada a observação em campo. Após a notificação do resultado e do seu significado à utente, o médico repreendeu-a veemente, visto que considerava que a sua reação e atitude perante esta situação, foi de uma extrema inconsequência, sobretudo porque estava a prejudicar consideravelmente o primo, provocando uma situação estigmatizante perante este, e que tal como no seu caso, veio a revelar que não encontrava-se infetado, porque o teste de IGRA tinha um resultado negativo.

Contudo, após algumas questões efetuadas ao Dr. Paulo Roxo em conversa informal, sob o facto se considerava se a tuberculose poderia ainda ser considerada como um estigma social para os doentes portadores dessa doença, o médico apresentou-me alguns casos de pacientes previamente tratados por si:

- Relato efetuado pelo Dr. Paulo Roxo – num intervalo entre consultas, colocou-se a questão sobre a perspetiva do médico, se considerava que ainda existia um estigma social associado à tuberculose. Em resposta, o médico afirmou que a tuberculose ainda encontrava-se demarcada por um forte estigma social, estando igualmente estreitamente interligado com indícios de carência socioeconómica. Em seguida, o médico relata sobre o caso de uma paciente que tinha consultado no passado. Essa paciente tinha observado a presença de um nódulo mamário, e nesse sentido dirigiu-se aos serviços hospitalares, para ser observada e efetuarem exames que pudessem determinar se esse sinal seria indicativo ou não de um cancro mamário. Após a verificação dos resultados verificou-se que tratava-se de um caso de tuberculose mamária. Segundo o médico, quando deu a notícia à paciente, esta demonstrou-se extremamente constrangida, afirmando que a partir desse momento as pessoas iriam afastar-se da sua presença, bem como teria

preferido que estivesse de facto com cancro e não com tuberculose¹⁰³ - o que para o médico não era de todo verdade, visto que o cancro representava uma patologia bem mais perniciosa, e com um grau de disseminação corporal pior do que da tuberculose. Em seguida se efetuou uma nova questão, no sentido de perceber se esse tipo de reação negativa perante as pessoas adviria apenas de uma população que estivesse menos informada sobre as características da doença. Em resposta, o médico assegurou que isso verificava-se também na população com mais instrução. Como procedido anteriormente, o médico relata um outro caso de uma paciente, que era farmacêutica, que tinha recebido numa das suas consultas quinzenais efetuadas na Figueira-da-Foz, e no qual foi indicada que o resultado do teste tinha dado positivo para a presença do bacilo. De acordo com o médico, a paciente quando recebeu a notícia, entrou num quadro de histerismo considerável, afirmando que a partir desse momento não poderia estar mais em contacto com o filho. O médico relata que nesse momento teve que estar bastante calmo e explicar calmamente à paciente a verdadeira condição do seu estado. (A paciente era de facto portadora do bacilo, mas este encontrava-se em estado latente).

5.2.2 Ações de rádio rastreio

O acompanhamento da unidade móvel de rádio rastreio digital, no Centro de Saúde de Figueira-da-Foz/Buarcos, decorreu entre os dias 22 e 23 de Outubro de 2012. Durante esse período, procedeu-se ao registo de todo o tipo observações que facultassem dados, sobre o funcionamento da unidade móvel: a) atividades desempenhadas pelos profissionais presentes; b) tipo de exames realizados e posteriormente tratamento dos resultados obtidos.

À unidade móvel de rádio rastreio digital, compete principalmente efetuar campanhas em zonas populacionais para despiste de indivíduos com presença de patologias de foro pneumológico - com especial enfoque para a tuberculose. As ações de rádio rastreio podem ser realizadas em centros de saúde, instituições de assistência

¹⁰³ Tendo em consideração a veracidade deste relato, o facto de a paciente ter apresentado uma reação de consternação perante a notícia de ser portadora de tuberculose, permite asseverar que a tuberculose ainda carrega em si o símbolo do estigma social. No entanto, este caso apresenta uma forma singular de compreensão e de experiência individual do corpo. Neste exemplo o corpo verifica-se como uma estrutura de projecção emocional da paciente, uma estrutura onde os seus medos, os seus receios são espelhados.

social, estabelecimentos prisionais e centros de correção juvenil, firmas¹⁰⁴ e empresas¹⁰⁵. As campanhas de rádio rastreio são definidas como um serviço preventivo importante, visto que permitem efetuar o rastreio de todo tipo de doenças pneumológicas, permitindo observá-las ainda numa fase evolutiva incipiente, e desse modo determinar antecipadamente todos procedimentos terapêuticos necessários (Martins, 2013). No entanto, comparativamente com as unidades móveis presentes na segunda metade do séc. XX, estas não incorporam nas suas competências, a assistência em ambulatório às populações, através da implementação de procedimentos terapêuticos.

As ações de rádio rastreio digital, realizadas na unidade móvel do CDPC, são efetuadas por dois profissionais:

- Motorista da unidade móvel – este serviço é da responsabilidade do Sr. Herminio Pereira. Apesar desta função principal, o Sr. Hermínio Pereira também tem a responsabilidade de receber os utentes que dirigem-se à unidade móvel, e de registar informaticamente os seus dados pessoais, e que são enviados para uma consola de consolidação de dados;
- Técnico(a) de radiologia – este profissional é responsável pela realização do exame radiográfico. O técnico deverá observar as radiografias obtidas e analisá-las, de modo a verificar se o utente apresenta algum tipo de sinais ou lesões significativas. No momento em que foi efetuado o acompanhamento da unidade móvel, a técnica responsável era a Dra. Fátima Costa.

Antes que pudesse proceder a uma observação do trabalho dos profissionais, tentaram-se obter algumas informações preliminares, através de algumas questões colocadas à técnica de radiologia.

Primeiramente, perguntei se considerava que o papel das ações de rádio rastreio, sobretudo como medida de prevenção e controlo da tuberculose, tinha atualmente o mesmo impacto e a mesma relevância de quando foram inicialmente introduzidas. Em resposta, a técnica disse que não, por consequência de alguns fatores preponderantes. O principal fator se deve pela diminuição da taxa de incidência de tuberculose em

¹⁰⁴ Anteriormente era exigido pela medicina de trabalho, que os candidatos inscritos para trabalharem em firmas, necessitavam obrigatoriamente que realizar um exame de rastreio para despiste de tuberculose (Pereira, 2012).

¹⁰⁵ As empresas por vezem requerem os serviços da unidade móvel, para efetuarem rastreios nos seus funcionários (Costa, 2012a).

Portugal, em relação a décadas anteriores. Isso refletiu-se nomeadamente na realização dos rastreios efetuadas à população, sendo que anteriormente eram de carácter obrigatório¹⁰⁶. Além disso, o tipo vigilância que anteriormente se efetuava à doença, de modo a controlar a sua propagação, atualmente já não existe. No entanto, também afirmou, que atualmente verificam-se cada vez mais casos de tuberculose, em indivíduos que não enquadram-se em padrões de comportamento tipicamente associados a esta doença – nomeadamente grupos com comportamento de risco, como os toxicodependentes – como, por exemplo, indivíduos pertencentes a determinados estratos sociais – de estatuto mais elevado - que à partida não apresentariam os sinais típicos da anormalidade clínica.

Segundo, perguntou-se de que modo achava importante, a presença das tecnologias de imagiologia, nos métodos de diagnóstico clínico, e de que forma poderiam contribuir igualmente para um melhor acompanhamento terapêutico futuro. De acordo com a sua opinião, a técnica considerou que se não fosse a existência dos exames de visualização médica, não era possível determinar a maioria dos diagnósticos e com a mesma eficácia, que se efetuam atualmente. A técnica deu o exemplo do método por auscultação, que é extremamente útil, visto que através da interpretação do som, pode auxiliar no diagnóstico de algumas patologias, como o caso das pneumonias, mas que no entanto, se não fossem os exames de visualização médica, não conseguiria determinar se tratasse de facto de uma pneumonia ou de uma outra doença pulmonar (Costa, 2012a).

No que respeita à realização do exame radiográfico, este demonstrou ser, no decorrer do trabalho etnográfico, um procedimento mais pormenorizado, do que à partida poder-se-ia imaginar¹⁰⁷. Primeiramente, é obtida uma imagem radiográfica inicial, no qual o técnico estabelece uma primeira leitura, de modo a verificar o aspeto da radiografia e indicar sob esta o(s) local(ais) que possam sinalizar algo de suspeito. Em seguida, a imagem inicial é submetida a um processo de calibragem - uma renderização digital – que aperfeiçoa a imagem recebida, garantido uma segunda

¹⁰⁶ Além da informação facultada, complementam-se as evidências provenientes da observação no acompanhamento da unidade móvel. Durante os dois dias que a unidade esteve a realizar o rádio rastreio no centro de saúde, o número de utentes que acorreram aos seus serviços, foi extremamente diminuto – média de cerca 30 a 35 pessoas em cada dia. Algo que contribuiu também para essa fraca afluência, foi o facto da equipa responsável pelo centro de saúde, ter-se esquecido de notificar os seus utentes, que estaria programada essa ação de rastreio para esses dias.

¹⁰⁷ A observação desse procedimento, permitiu constatar que a formação de um profissional deste domínio, necessita de conter além dos conhecimentos médicos necessários, para a interpretação dos resultados, necessita igualmente de conter conhecimentos técnicos de processamento e manipulação da imagem.

imagem com maior qualidade. A constituição desta imagem possibilita que o técnico possa efetuar uma segunda leitura, mais precisa do exame de diagnóstico.

A necessidade de garantir uma imagem radiográfica com qualidade e detalhe visual era o ponto de sustentação do trabalho desenvolvido pela técnica, o ponto que assegurava a certificação válida da sua interpretação, ao resultado obtido. Para alcançar esse objetivo, a técnica teria que determinar corretamente a quantidade de radiação a ser projetada no indivíduo durante o exame. Vários fatores teriam que ser então considerados durante a realização do exame: a) a compleição física do indivíduo; b) a determinação da área corporal a examinar – se tórax ou outra área específica; b) a disposição do indivíduo perante o aparelho de raio-x – apical (frontal) ou de perfil... Estes fatores, corretamente ou incorretamente considerados, iriam garantir a produção de uma imagem radiográfica considerada visualmente fidedigna ou de uma imagem radiográfica constituída por várias incongruências visuais, que a técnica denominaria de grãos.

A complementar a estes dados obtidos na observação do desempenho da técnica de radiologia, efetuou-se também o registo de uma situação, que pelo conteúdo da mesma, veio a consolidar a interpretação previamente indicada. Durante o período da tarde, houve um momento em que afluíra um número maior de utentes, o que formou uma pequena fila de espera. O motorista, que ia registando os dados pessoais de cada utente para serem associados posteriormente aos resultados dos exames, começou a implicar com a técnica de radiologia, pela demora com que esta realizava o exame de rastreio, indicando que em situações como aquela, onde se formava uma fila, o trabalho teria que ser acelerado - nomeadamente que esta efetua-se apenas uma imagem inicial por utente, submetendo-a imediatamente para armazenamento. A técnica de radiologia ao ser confrontada com estas afirmações, ficou extremamente aborrecida e indignada. Após ter efetuado os rastreios a todos os utentes que estavam naquele momento à espera, a técnica aproveitou para discutir com o motorista, indicando que o que este tinha mencionado anteriormente era inadmissível, visto que a qualidade dos resultados obtidos nos exames, das radiografias, era o ponto essencial de toda a sua atividade, e que de modo algum poderiam ser aldrabadas. Posteriormente, em conversa com a técnica sobre o episódio ocorrido anteriormente, esta afirmou a sua indignação perante o motorista, porque estaria a colocar em causa a sua função enquanto técnica de radiologia. Segundo o seu comunicado, esta indicou que as imagens recebidas pelo

exame radiográfico não podiam ser imediatamente armazenadas numa base de dados. Estas teriam que ser previamente processadas – e nesse sentido precisava-se de saber em que área corporal incide o exame, se o exame é frontal ou de perfil, etc.. - e manuseadas digitalmente em fase posterior. Depois terão que ser examinadas: por vezes existem áreas que precisam de ser esclarecidas, no sentido de determinar se o que observa-se provém de algum tipo de anormalidade física, ou, se é por ventura consequência do próprio exame – por exemplo de órgãos, ou, de peças de vestuário que sobrepõem-se nas radiografias. Isso deve-se ter em conta, visto que os exames serão posteriormente enviados à médica radiologista do CDPC, que os analisará. Dessa forma, se não existisse um prévio tratamento e exame, efetuado pelo técnico, da imagem radiográfica, esta poderia mais tarde induzir em erro de avaliação do médico, podendo originar situações de grande constrangimento para o utente. A técnica chegou a mencionar um exemplo de um utente que foi convocado ao CDPC, para esclarecimento de uma radiografia efetuada num dos rastreios realizados pela unidade móvel. Foi efetuado um novo exame de raio-x e, na comparação do último resultado com o obtido pelo rastreio, verificou-se que o que parecia indicar um carácter patológico, apenas tratava-se de uma sobreposição da imagem proveniente do vestuário do utente. Segundo a técnica, esse equívoco correspondeu a uma falha grave do técnico responsável pelo rastreio. (Costa, 2012b).

Nesse sentido, confrontando estes registos empíricos com alguns dos conceitos teóricos expostos previamente, a argumentação de que as imagens resultantes das tecnologias de imagiologia médica podem ser concebidas como objetos totalmente “transparentes”, como uma transcrição “real” do corpo que exibem, cai novamente por terra. A pretensa rotulagem de “objeto natural” incutido sobre estes produtos imagéticos cai por terra no exato momento em que são submetidas a um tratamento minucioso, no momento em que são processadas, manipuladas, convertidas a melhores versões destas próprias. De facto, de acordo com a informação prévia, se as suas primeiras aparições fossem as únicas consideradas para interpretação, consequências perniciosas poderiam surgir.

5.2.3 Arquivo

A observação e recolha de dados, no arquivo dos processos clínicos, ocorreu entre Fevereiro a Abril de 2013. Nesse período de tempo, efetuou-se o registo fotográfico de vários processos clínicos – tendo o cuidado indispensável de estabelecer medidas, que assegurassem o anonimato dos pacientes referentes nos processos -, efetuando transcrições de informação, que pudesse ser relevante para o estudo. O propósito desta parte seria a recolha de informação, que permitisse compreender a presença ou ausência de formas diferenciadas de conceção do corpo tuberculoso, a partir da análise dos métodos de diagnóstico e terapêuticos discriminados nos processos clínicos, circunscritos a um período correspondente entre o Dispensário Central Antituberculoso do Pátio da Inquisição até ao atual CDPC. Previamente determinou-se que seria desejável estabelecer uma linha temporal referente à constituição dos processos – de 15 em 15 anos -, com intuito de estabelecer uma comparação entre dados. Contudo, após a consulta prolongada no arquivo, pode-se constatar que os resultados esperados ficariam aquém do desejado.

Em primeiro lugar, aponta-se para as dificuldades encontradas referentes à análise dos processos clínicos. As dificuldades apresentadas encontradas foram:

- a) A inexistência de um espaço e infraestrutura necessárias, que permitisse o acondicionamento dos processos clínicos de uma forma adequada;
- b) A catalogação dos processos era bastante deficitária, devido sobretudo às condições previamente apresentadas, que não permitiam a exposição ordenada e sistematizada dos processos. A única forma de referência dos processos, que poderiam indicar a sequenciação cronológica destes, era somente através do número de processo;
- c) A grande maioria dos processos clínicos pertencentes ao Dispensário, que foram trasladados para o CDPC – sendo aliás este o único tipo de documentação, remanescente desse antigo estabelecimento – não se encontravam presentes. Segundo o Dr. Paulo Roxo, de acordo com a lei portuguesa, todos os processos clínicos com mais de 20 anos, que nunca

mais foram consultados, quer para efeitos de acompanhamento clínico do paciente, quer para efeitos de estudos¹⁰⁸, podem ser destruídos.

Os processos clínicos que foram analisados, são referentes aos n.ºs 20097, 21588, 21635, 21720, 22338, 22363, 22976, 23029, 23218, 23326, 23414, 23744, 24378, 24388, 24549, 24591, 24593, 25475, 25544, 25662, 25665, 25838, 26163, 26336, 26449, 26450, 26467, 26628, 26978, 27017, 27296, 27525, 27581, 28230, 28656, 28985, 29028, 30321, 30359, 30418, 30612, 30654, 30698, 30827 – todos estes n.ºs, correspondem a processos clínicos provenientes do antigo Dispensário – 35370, 35375, 36632, 36640, 36647, 36657, 37930, 38020, 38074 e 38627 – já referentes ao funcionamento do CDPC. Contudo, estes números correspondem à inscrição mais recente do doente no serviço. A maioria destes processos contém outros mais antigos, indicando que estes pacientes teriam já sido submetidos a uma vigilância e acompanhamento médico mais prolongado. Porém, só a partir de 1980, data correspondente do n.º 20097, a informação apresenta-se de forma contínua. Devido à lei já indicada, que permite a destruição dos processos com mais de 20 anos, tudo anterior a esse número não está presente. Nesse sentido, os processos consultados com data anterior a 1980 foram bastante reduzidos. Os processos anteriores a 1980 correspondem: n.º 104 de 1959 - pertencente ao processo n.º 28925 - ; n.º 1132 de 1974, pertencente ao n.º 30359 -; n.º 14026 de 1971 – relativo do processo n.º 25475 -; n.º 17407 de 1975 e n.º 19115 de 1978 – relativo ao processo n.º 24549 – e o processo n.º 19406 de 1979 – relativo ao processo n.º 24378.

Tendo em consideração a escassez de dados referentes a um período anterior a 1980, o estabelecimento de uma comparação entre formas de conceção do corpo na medicina, através da análise desses processos clínicos, é bastante difícil. Contudo, podem-se apresentar alguns registos relevantes. Observando, por exemplo, o processo n.º104 com o n.º 28925, pode-se constatar uma diferença interessante, na forma como são obtidas as informações sobre o estado de saúde do indivíduo consultado (anamnese). No processo n.º104, de 1959, os campos estabelecidos para as observações, tendem a discriminar dados referentes à “Inspeção do tórax”, à “Percussão” à “Auscultação” – dados relativos à semiologia - juntamente com dados representativos

¹⁰⁸ Segundo o Dr. Paulo Roxo, é normal dos Internados de Pneumologia consultarem o arquivo do CDPC, para efeitos de estudos de investigação (Roxo, 2012b).

do diagnóstico radiográfico, e da terapêutica instituída inicialmente (ver Anexo G (a)). Igualmente, se observa os dados apresentados na folha denominada “Estado Actual”. Além dos campos referentes aos sinais e sintomas associados à tuberculose – “Tosse”, “Expectoração”, “Dores Torácicas”, “Dispneia”, “Suores”, “Emagrecimento”, “Cansaço” e “Hemoptises” – encontram-se outros dados relativos ao funcionamento hormonal das mulheres (“Funções Menstruais”), bem como ao “Estado Nutricional”, e “Alterações noutros órgãos”. Nesse sentido pode-se extrapolar, que, pela recolha de dados clínicos complementares, existiria uma necessidade em estabelecer uma correspondência mais abrangente – não tão repartida -, das várias interações físicas estabelecidas entre o corpo do indivíduo e a doença (ver Anexo G (b))¹⁰⁹.

Em comparação com o processo n.º 104, o processo n.º 28925, de 1989, representa uma forma diferente de desenvolver a anamnese: 1) os campos disponíveis para introdução de informação sobre o estado de saúde do doente, são extremamente mais reduzidos, obrigando a informação recolhida na anamnese pelo médico 2) ser mais condensada, e específica. Estabelecendo uma comparação com outros processos de entrada mais recente, como o n.º 30698 de 1992 (ver Anexo G (d)), ou n.º 38627 de 2002 (ver Anexo G (e)) pode-se verificar que não existe uma alteração, na forma de estruturação do ficheiro clínico. As informações recolhidas nestes ficheiros, circunscrevem-se sobretudo com a necessidade de apresentar a) resultados obtidos por métodos de diagnóstico – nomeadamente o Raio-x e baciloscopia; b) descrição técnica do tipo de tuberculose; c) indicação da terapêutica medicamentosa a administrar; por vezes assinalando d) dados recolhidos através da semiologia. As observações ulteriores produzidas nos processos somente vêm a reproduzir os mesmos parâmetros, indicando nos seus resultados se a evolução do doente está a decorrer ou não.

Analisar processos clínicos é, não somente observar discursos técnicos sobre o estado do doente, mas igualmente – ou sobretudo – observar resultados produzidos nos exames complementares de diagnóstico. Análises hematológicas, bioquímicas, bacteriológicas - exame direto e de cultura), antibiogramas¹¹⁰ -, Velocidade de

¹⁰⁹ Em conjugação com estes dados, estão representadas figuras anatómicas no qual poder-se-iam indicar os sinais físicos provocados pela patologia. Repare-se que as figuras apresentadas, evidenciam não somente a imagem dos pulmões, mas da parte osteológica correspondente ao tronco, visto que a tuberculose também provoca danos ao nível do esqueleto humano (Santos, 2000). Apesar de ser uma representação fragmentada do corpo humano, visa contudo a uma representação mais una e coesa deste (ver Anexo G (a)).

¹¹⁰ O antibiograma é um "exame de laboratório, de modo a determinar qual o antibiótico mais adequado para tratar de uma doença provocada por um microrganismo, testando a sua resistência a vários antibióticos" (Infopedia, 2014).

Sedimentação¹¹¹ (V.S.), espirometrias expressam-se com os valores numérico, o mesmo que as imagens provenientes dos Raios-x, das TAC - para interpretar estas imagens é necessário um conhecimento técnico quase tão aprofundado, quanto do conhecimento do próprio corpo (físico) -, são os outros elementos que complementam esses processos, e que apresentam uma linguagem tão ou mais codificada, quanto a linguagem exposta nas observações descritas pelos médicos. Contudo, é através dessa linguagem codificada, dessa simbologia que condensa nos seus números, nas suas imagens, bem como nas suas nosologias, nesses registos tão díspares e isolados de si para um observador leigo, que resulta a compreensão do estado físico do “corpo” pelo médico.

No que concerne aos métodos de diagnóstico por aquisição de imagem – nomeadamente o Raio-X - devem ser sempre apoiados com outros métodos de diagnóstico, como a baciloscopia. Porém, é no rastreio contínuo efetuado ao paciente, durante tratamento efetivo ou fase de vigilância, que a importância deste instrumento é mais verificada: através da sua imagem, o médico pode verificar visualmente se o quadro clínico do doente encontra-se ou não em evolução, ou, se por ventura, se se encontra curado. Por várias vezes constatou-se no campo das observações clínicas, que o médico descrevia um resultado de uma radiografia com a frase *de aspecto sobreponível ao anterior*; noutro exemplo, concretamente no processo n.º 23326 de 1983 o médico indicava nas suas observações:

10 de Abril de 1984: “Rad. do tórax – bastante melhor em relação à anterior.
Desaparecimento quase total das lesões micronodulares”

29 de Outubro de 1984: “Rad. do tórax – bastante melhor. está curado radiologicamente” (Processo clínico n.º 23326).

5.2.4 Entrevistas

O período de realização das entrevistas a pacientes do CDPC efetuou-se entre 17 de Julho e 7 de agosto de 2013. As entrevistas realizadas seguiram o modelo semi-estruturado (ver Anexo I). Constituíram-se algumas questões, que serviriam de guião para a entrevista. No entanto, estas poderiam ser flexíveis na sua exposição, ou serem

¹¹¹ A V.S. é a “velocidade com que os glóbulos vermelhos do sangue sedimentam e cuja determinação, em laboratório, permite calcular o grau de atividade inflamatória” (Infopedia, 2014).

submetidas a alterações, de acordo com o desenvolvimento da entrevista determinado pelo relato do entrevistado. Estas entrevistas tinham como objetivo conferir ao paciente um maior espaço de intervenção, um maior espaço para darem uso à sua voz e expor livremente as suas ideias, opiniões ou sentimentos, sobre como seria viver, experienciar o dia-a-dia, com um corpo afetado pela tuberculose. Todos os pacientes que foram entrevistados tinham sido submetidos a uma fase prévia de tratamento, encontrando-se nesse momento em período de vigilância. Foram entrevistados 13 pacientes¹¹².

De acordo com os relatos dos entrevistados, pôde-se constatar que, para um indivíduo ser portador de tuberculose, representa um fardo bastante difícil de suportar, quer numa componente física (e psicológica), como numa componente social. Por vezes, a experiência de vivenciar com a tuberculose, de habitar no mesmo espaço corporal com esta doença, é uma experiência tão traumatizante para o indivíduo que determina de forma irreversível a capacidade do indivíduo construir uma identidade positiva e construtiva sobre si:

Paciente 8 (D.B.)¹¹³: “Eu tinha desmotivação da vida (...) porque eu enfraquecer... não tinha gosto de viver (...) Acho que ficamos traumatizados para toda vida, porque eu sou muito sincera, eu não me sinto a mulher que eu era... Eu era trabalhadora, não tinha desmotivação, agora tenho muita desmotivação...”

Sob o ponto de vista da experiência da dor física, a tuberculose tinha uma forma de representação do corpo, de certo modo similar a indicações históricas antecedentes. Para os pacientes, a tuberculose revelava-se como uma doença de *consumo* do corpo. A tuberculose teria uma espécie de relação parasitária com o corpo do indivíduo: ao consumir gradualmente as energias do corpo, a fonte de alimento e sustentação deste, a tuberculose retribuía ao hospedeiro – além da tosse - um efeito de cansaço, quer motor, quer mental, retirando ao indivíduo toda a sua capacidade voluntária para agir perante a doença, como para agir perante a sua vida normal, quotidiana:

Paciente 2 (S.O.): “Eu tive tuberculose logo após o parto. A minha criança tinha 9 meses, e já estava muito mal e perdi muito peso... Desde o parto, até ele ter 9

¹¹² Devido ao tempo que teria disponível para o desenvolvimento da parte etnográfica, mas também considerando o exceder do limite de páginas, decidi proceder apenas à transcrição de excertos de algumas entrevistas, pelo fato do seu contributo ser indispensável para esta dissertação.

¹¹³ Esta paciente também sofria de uma depressão, que foi diagnosticada 3 anos antes do diagnóstico da tuberculose.

meses perdi 30 quilos... É muito... Ah tinha muita tosse, sentia-me fraca, psicologicamente, não estava bem. Eu sabia que qualquer coisa estava errada, porque eu não era assim... e fui muito abaixo não tinha força e não era só a tosse (...) eu tinha uma tosse estranha e senti que não estava bem, porque o meu corpo não era assim... Eu conhecia-o bem e tinha força, tinha muita energia. Sempre fui magra, mas sentia muita energia e vontade de fazer tudo... Comecei a ir abaixo [com a doença]... não consegui pegar no garoto, não tinha paciência para ele, tinha tosse, tinha sono, tinha tudo”

Paciente 7 (Fátima): “É doloroso... É uma que cansa muito... Debilita... Andaram muito tempo até conseguir diagnosticar o que é que era... e eu chegava a um ponto e eu já dizia ACUDAM-ME, porque quero respirar e não consigo, eu canso-me... Já só dizia ACUDAM-ME, FAÇAM-ME ALGUMA COISA (...) porque era uma doença mesmo... difícil... No início... eu não tinha ar, queria encher o pulmão de ar não conseguia (...) Depois era o cansaço... um cansaço horrível... não apetecia fazer, não apetecia fazer nada mesmo. À noite era uma tosse, que era...expectativa... não me deixava dormir, não me deixava descansar... Nunca tinha tido uma doença assim.”

Por vezes, as dificuldades surgidas durante a doença derivavam inclusive pela própria terapêutica administrada aos pacientes, que produziam efeitos desgastantes e agressivos nos seus corpos.

Paciente 4 (P. M.): “A medicação foi um pouco (...) agressiva... é agressiva... O estômago ressent-se, o corpo ressent-se (...) Tomar 9 comprimidos ao início... claro que afecta sempre”

Paciente 5 (F. S.): “Foi um pouco difícil... Foi um pouco difícil, foi (...) Porque para todos os dias tomar 9 comprimidos ao pequeno-almoço... não é fácil (...) Sabe que...tanto remédio é complicado, nós pr’a tomarmos tanto remédio... p’aguentar essa carga de remédio, por vezes cura-se uma coisa e estraga-se a outra. [No qual foi colocada a pergunta: Você teve sequelas, por assim dizer, teve efeitos secundários na tomada dos medicamentos? A resposta em seguida foi:] Exacto, exacto, porque estas coisas por vezes nos intestinos que aparecerem... e fígado e essas coisas... para curar umas estraga as outras ”

Paciente 8 (M. A.): “A gente a começar o tratamento, aquilo é horrível. Aquilo dá para trepar paredes... Foi mesmo horrível, horrível (...) Comecei o tratamento, aquilo afetou-me o estômago... vomitava (...) Primeiro mês foi muito difícil... Corri muitas vezes para as urgências...”

Os efeitos psicológicos e/ou emocionais provocados pela doença, eram considerados na maioria dos pacientes, com um impacto superior aos efeitos físicos. Vários pacientes destacaram o sentimento de isolamento, reclusão, da circunscrição da liberdade individual de interagir com os seus pares, próximos, com os seus entes queridos, ou seja, de viver como um ser social.

Paciente 10 (Débora): “A nível psicológico é mais difícil, porque é ficar fechada em casa, é não poder ‘tar em contacto com pessoas (...) Para mim foi muito difícil porque, porque (...) ter que estar fechada em casa sem contacto com ninguém... ainda é muito difícil de aceitar... muito mesmo, muito complicado”

Paciente 2 (S.O.): “Para mim foi horrível, e com uma criança de nove meses, não poder estar com ela, ter que usar máscara... foi horrível (...) Para mim o pior disso, se calhar não é um caso atípico, era não poder ‘tar com o bebé, porque ele era muito pequenino”

No entanto, esse sentido de reclusão, de isolamento, de distância criado entre o paciente e os demais de seu círculo social, derivava-se não só pelo facto de a tuberculose ser uma doença potencialmente contagiosa – visto que nem todos os pacientes entrevistados tinham sido diagnosticados com tuberculose nesse estado evolutivo -, mas sobretudo pela ideia pré-concebida que ainda persiste, que ainda habita no pensamento social – se bem que por ventura, de forma mais reclusa e inconsciente, do que em períodos históricos anteriores -, da simbologia do estigma social da doença, incorporada no corpo do doente. Nesse domínio, o estigma da tuberculose é alimentado não somente pela sociedade que aponta, ou discrimina, mas é igualmente partilhado pelo próprio indivíduo, que suporta em si o fardo pesado da malignidade, do elemento invisível, desconhecido, e por isso mesmo temido, que encerra na sua essência, o significado da contaminação e da corrupção corporal.

Paciente 1 (R.L.G.): “Quando me apareceu a doença... eu tive sempre uma percepção de que era uma doença contagiosa. E então, logo a primeira coisa que

fiz em casa foi... por os talheres... de parte. Os meus talheres eram aqueles e aqueles... fosse p'ra o que fosse, eram aqueles talheres. Os copos... não queria que mais ninguém se servisse naqueles copos. Ao princípio... mas a partir do momento que disseram que não, que não era contagioso (...) Ainda andei uma temporada boa a fazer o mesmo, até que. Toda a gente dizia que não... que já não era assim, que já não funcionava assim... que era mais a ideia que a pessoa tinha... E então... voltei ao normal”

Paciente 2 (S.O.): “Eu tinha medo da reação às outras pessoas, porque eu acho que ainda há... existe algum... preconceito, estigma em relação á tuberculose. Eu não dizia a ninguém. Aliás a minha médica disse-me para não, não falar assim tão abertamente a todas as pessoas... É mau ter de o fazer mas, também sabemos que do outro lado nem sempre existem mentalidades iguais à nossa (...) que não possam entender, ou saber que realmente não é assim... Claro que eu não me aproximava das pessoas. E mesmo depois de estar curada e mesmo hoje parece que, não me consigo aproximar, ainda ‘tá aqui assim um bocadito escondido o não me aproximar demasiado das pessoas... Mas na altura não saía de casa. Tenho um sobrinho pequeninito que começou a andar e eu não (...) conseguia ver, eu não consegui ‘tar com ele, tinha medo... O meu companheiro é que levava o miúdo ao infantário. Eu não ‘tava em contacto com quase ninguém, só quando me iam visitar a casa... Eu acho que exagerava um bocado, eu não queria que ninguém apanhasse, eu não queria que ninguém passasse por isso... E isolei-me um bocado. E acho que foram... 3, 4 meses, cerca disso, que tive praticamente em casa. Eu quando saí à rua o pessoal até metia confusão. E minha mãe é que me obrigou mesmo a sair, porque eu tinha medo de ser um bicho contagioso (...) Mesmo eu e o meu companheiro, eu não dormia com ele, não. Ele dormia no quarto dele com o menino e eu dormia noutra (...) Mesmo a minha relação com ele também foi complicada, porque também tinha medo, porque sabia que eu precisava que ele tivesse saudável para tomar conta do garoto, e então não queria que ele ficasse doente (...) Eu também acho que foi complicado, mas poderia ter sido mais simples... Acho que fiz um monstro”

Paciente 4 (P.M.): “[Após colocada a pergunta: A tuberculose para si trouxe-lhe algumas modificações no seu dia-a-dia, no seu quotidiano? Desde que soube que tinha tuberculose, se teve que fazer algumas modificações, ou, se você próprio

tomou alguma iniciativa para modificar alguns hábitos? A resposta em seguida foi:] Claro que trouxe... Falamos de convivência... Se bem que é diferente... d'há muitos anos atrás. Tentava evitar um pouco as pessoas, 'tar em sítios fechados... não falar às vezes com certas pessoas que não conheciam do assunto porque, podiam criar bichos na cabeça, ideias na cabeça e ficar um à parte... Não valia a pena contar (...) P'a quem tem menos cultura, ou quem tem pouca sensibilidade, pode, pode deixar-nos um pouco de lado (...) Não houve muita gente que me visitou, ou quase ninguém [que sabiam sobre a sua doença] (...) Ao início, pronto, tudo bem compreendi, tudo bem, mas depois que a coisa 'tava controlada [o paciente sentiu alguma mágoa, em relação a essa circunstância]. (...) Nunca falaram no assunto, nunca me deram assim, grande apoio (...) Uma pessoa se fala muito ainda muito mais à margem fica”

Paciente 5 (F.S.): “[Após a realização da pergunta: Trouxe-lhe alguma mudança no seu dia-a-dia, no seu quotidiano, nomeadamente no contacto com outras pessoas, o facto de ter estado com a doença? A resposta produzida foi a seguinte:] Nos princípios sim... nos princípios, as pessoas afastavam-se... afastavam-se um pouco, que eu percebia (...) No princípio foi difícil, muitos não me queriam a trabalhar com eles (...) Às vezes, malta a sair a um café, ou coisas assim do género (...) eu notava que as outras pessoas s'afastavam... Aquilo pr'a mim dava-me pena (...) Até o médico de família... chegou-me a dizer que eu não devia d'andar... portanto, a sair na rua, nem nos cafés devia d'andar, devia de estar em casa... não devia de ter contacto com as outras pessoas”

Paciente 7 (Fátima): “[Após colocada a questão: O que é que sentiria se, pelo facto de estar doente tivesse infectado alguém que lhe fosse querido? A resposta em seguida foi:] Foi o meu grane medo... Ia-me sentir horrível... Horrivelmente mal comigo. Não me perdoava (...) Aqui [no CDPC] diziam que não valia a pena fazer exames a ninguém, porque no hospital fizeram todos os testes e não 'tava...pronto a contagiar e eu pedi p'a fazerem pelo menos à minha filha e à minha sobrinha... Pedi (...) Porque eu não sossegava se, se... sei lá, se algum dia eles começassem a ter também os sintomas e eu ficava muito... Eu lembra-me e estar no hospital... internada... e a minha sobrinha ficou também com umas alergias na altura, e eu pedi-lhe desculpa e disse-lhe: Desculpa se te peguei alguma coisa, desculpa”

Paciente 9 (M.V): “Como tenho família, então a minha atuação é uma atuação discreta... Nunca deixei uma sala e estar, fechada. Deixei sempre ar para poder circular... abertamente. E nunca juntei nem talhere, nem copo, com a minha família. Fiz isso a regime, discreto, em segredos... para que não houvesse dessas coisas (...) Mesmo a minha água, com a minha comida, eu é que lavava o prato quando acabasse de comer (...) Evitava, que fosse eu, a custear mais uma outra situação, não é? Porque é da minha inteira responsabilidade. Então contive-me e evitei, também de entrar em contacto... com certas pessoas (...) Aliás perdi várias conferências e vários estágios, para evitar que houvesse mais contágio, embora a minha situação não era, não era situação de contágio. [Após esse relato foi colocada a pergunta: Só a sua família é que sabia, mais alguém fora do seu círculo? A resposta em seguida foi:] Uma situação negativa dessa, convêm que a informação fosse circulada mais ou menos dentro da família, sempre que haja, porque... a tuberculose, isso não se encara de forma negativa hoje em dia Portugal como na Guiné. Porque há situação... há situação de rótula. A pessoa fica rotulada de que... já tem tuberculose... e é um pensamento negativo que a sociedade tem, desse tipo de doenças”.

Conclusão

Chegados ao final da dissertação eis que devem-se apresentar as conclusões obtidas. Contudo, neste ponto não se trata de estabelecer um termo inegável a possíveis discussões sobre o tema, mas precisamente fomentar e estimular o desenvolvimento a futuras investigações que possam contribuir com um *insight* mais profundo e enriquecedor sobre o mesmo. Tal como qualquer outro estudo de âmbito científico, o propósito desta investigação não é conduzir à descoberta da verdade absoluta – algo de paradoxal à própria ciência. Apesar das múltiplas recentes investigações, este não é um assunto esgotado, sobretudo para aqueles vivem com a doença diariamente. Para estas pessoas esta dissertação foi dirigida.

É importante também referir as diversas dificuldades sentidas ao longo desta investigação. Tendo em consideração o projeto ambicioso de cruzar diferentes áreas do saber, senti que deveria, pelas necessidades apresentadas, mas também por uma inquestionável característica de curiosidade individual - que, por vezes, conduzem a um estudo demasiado exaustivo sobre os conteúdos -, proceder a uma pesquisa bibliográfica bastante extensiva e intensiva. No entanto, o período despendido para consultar, mas sobretudo para coligir coerentemente essa informação recolhida condicionou por último a possibilidade de uma aplicação mais estruturada e refletida na parte destinada à etnografia, que tem um papel chave nesta dissertação. Uma segunda dificuldade prendeu-se com o facto da minha inexperiência na realização de uma investigação de carácter etnográfico. Apesar de previamente esboçado os passos necessários que deveriam orientar o trabalho de campo, somente em contato direto com o objeto de estudo - e observando as interações estabelecidas entre os pequenos grupos locais existentes no seu domínio - poderia verdadeiramente ser determinada a investigação etnográfica. Contudo, foi um processo moroso. Por vezes no início da investigação existiriam dúvidas sobre como a informação obtida poderia ou não estar em articulação com os propósitos da dissertação. Isso foi sobretudo experienciado na análise dos processos clínicos – que devido à linguagem técnica presente, a tarefa de conseguir interpretar os dados reunidos, foi por inúmeras vezes extremamente difícil. No entanto, a passagem por circunstâncias deste género são inerentes à realização de qualquer processo de investigação.

As considerações finais desta dissertação são as seguintes. Podemos ver, através da etnografia, como os dispositivos de visualização médica são frequente utilizados na produção de conhecimento biomédico sobre a tuberculose. A oposição entre *disease* biomédica e a *illness* do doente proposta por Eisenberg e Kleinman foi por várias vezes observada na informação etnográfica disposta.

Sob a perspectiva do médico a experiência do corpo com a tuberculose seria sobretudo concebida como uma anormalidade “...na estrutura e função dos órgãos e sistemas do corpo” (Eisenberg, 1977: 11, tradução de minha autoria) (*disease*) e não como uma experiência estabelecida por transformações corporais que influenciam o estado do indivíduo enquanto ser social, mas também como ser humano. Nesse sentido, a conceção da experiência com a tuberculose encontra-se sobretudo (de)limitada, pelo tipo de dados (sinais) obtidos por método de observação e exame do paciente – nomeadamente os exames complementares de diagnóstico - que permitem corroborar (ou não), um conhecimento biomédico pré-adquirido sob o comportamento fisiopatológico da tuberculose. Como Kleinman indica sobre a

“[A] disease é aquilo que os médicos foram treinados para ver através das lentes teóricas da sua forma particular de prática (...) O médico (...) interpreta o problema de saúde dentro de uma nomenclatura e taxonomia particular, uma nosologia de doença, que cria uma nova entidade diagnóstica, como “coisa” – a disease (...) Nos termos biológicos restritos do modelo biomédico, isto significa que a enfermidade é reconfigurada apenas como uma alteração na estrutura do funcionamento biológico” (Kleinman, 1988: 5, tradução e negrito de minha autoria).

No entanto, para o paciente a experiência corporal da tuberculose não é sentida de acordo com um modelo sistémico da doença, previsível e pré-determinado. Para o paciente a tuberculose é sentida corporalmente através de uma interação singular de processos corporais que, apesar de não se enquadrarem numa construção nosológica ou circunscrita numa taxonomia específica, não obstante, exigem uma apreciação médica sobre essa experiência como expetável, séria e para a qual se requiere tratamento. Igualmente, por várias vezes em relatos de pacientes (sobretudo nas entrevistas), a experiência da tuberculose é descrita como tendo uma forte complementaridade entre aspetos corporais, mas também psicológicos, o que vai em oposição com uma conceção

biomédica da doença extremamente dicotomizada (divisão entre corpo-mente). Isto porque a experiência de sofrimento individual determinada pela tuberculose, revela quer o resultado de uma vivência, por vezes, difícil e conturbada entre o indivíduo e o seu corpo, mas também o fruto da persistência de uma representação social (*illness*) que estigmatiza o portador da doença e que é remanescente de um período histórico recente do nosso país.

“[A] doença [(illness)] refere de como a pessoa doente e os membros da família ou da rede social mais extensa percebem, vivem com e respondem aos sintomas e deficiência. [A] doença é a experiência vivida de monitorizar processos corporais tais como sibilos respiratórios, dores abdominais, tendões cheios, ou articulações dolorosas. [A] doença envolve a apreciação desses processos como expectáveis, sérios ou requerendo tratamento (...)E quando falamos de doença, devemos incluir a opinião do doente sobre como melhor lidar com o sofrimento e com os problemas que cria na vida diária”
(Kleinman, 1988: 3-4, negrito de minha autoria)

Apesar de a consciência social poder ter sofrido transformações perante a tuberculose – e alguns dos relatos de pacientes assim parecem indicar -, quando a sombra da tuberculose paira sobre um indivíduo, a sociedade tende a reagir de forma negativa perante o doente. Por vezes, os receios, medos, desconfianças, dúvidas que existem sobre a tuberculose são apenas desenvolvidos no domínio da experiência do indivíduo com a doença. Contudo, em ambos exemplos, a experiência da tuberculose é semelhante, pois para ambos a tuberculose incorpora a marca vergonhosa do corpo que está degradado e corrompido.

A medicina praticada no âmbito da obra antituberculosa de Bissaya Barreto, pode se retratar, numa primeira instância, como uma medicina direcionada para uma ação profilática e de tratamento perante o agente da tuberculose, mas sobretudo fortemente direcionada para uma atuação social, nos quais em comparação com o exercício atual da biomedicina, pode se apresentar com uma expressividade muito mais reduzida. No entanto, essa observação não permite que se possa afirmar que o tipo de medicina praticada no período de Bissaya Barreto, nomeadamente na sua componente assistencial, teria uma postura de escuta e aceitação perante a experiência individual da tuberculose. Não obstante a sua forte componente assistencial, a obra de Bissaya

Barreto visava sobretudo uma educação das massas, nos quais deveriam seguir escrupulosamente os preceitos de higiene e de disciplina dos corpos. Porque o que estava sobretudo em risco – e a propaganda desenvolvida em torno da sua obra o indica – não era apenas a eliminação do flagelo da tuberculose e a salvaguarda da população de Coimbra, mas sobretudo a condução a uma purificação individual e coletiva que seria necessária para o fortalecimento do regime da Nação.

Bibliografia

Fontes bibliográficas principais

Livros

- Araújo, A. T. 1994. *História da Pneumologia Portuguesa*. Lisboa, Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Assistência Nacional aos Tuberculosos. 1928. *A lucta contra a tuberculose e a Obra da Assistência Nacional aos Tuberculosos*. Lisboa, Tipografia Alphonso de Mendonça Ltda.
- Barreto, B. 1970. *Uma Obra Social (Vol.I)*. Coimbra, Coimbra Editora Ltda.
- Carvalho, L. 1935. *A luta contra a tuberculose em Portugal*. Lisboa, Imprensa Adolpho de Mendonça.
- Douglas, M.:
 - 2001 [1966]. *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. London, New York, Routledge.
 - 2002 [1970]. *Natural Symbols: Explorations in Cosmology*. London, New York, Routledge.
- Duarte, A. A. 1930. *Luta patriótica contra a tuberculose: Leitura para os sãos, para os fracos e para os doentes*. Porto, Tipografia Sequeira Ltda.
- Foucault, M. 2003 [1963] (e-book). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. Taylor & Francis [Acedido em 08-08-2013]. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/61812885/Michel-Foucault-The-Birth-of-the-Clinic>
- Good, M. J. D. V.; Brodwin, P. E.; Good, B. J.; Kleinman, A. (eds.) 1994. *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.
- Kleinman, A.:
 - 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing & the Human condition*. United States of America, Basic Books.

- 1997. *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.
- Garrison, F. H. 1921. *An Introduction to the History of Medicine: With Medical Chronology, Suggestions for Study and Bibliographic Data*. 3th Edition, Philadelphia, London, W. B. Saunders Company.
- González-Crussi, F. 2008. *A Short History of Medicine*. New York, Modern Library.
- Latour, B. 1997 [1987]. *Ciência em Ação – como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. Editora Unesp, São Paulo.
- Latour, B.; Woolgar, S. 1997 [1979]. *A Vida em Laboratório – A produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro, Relume Dumará.
- Lupton, D. 2003. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London, Thousand Oaks, New Delhi, SAGE Publications.
- Mauss, M. 2005 [1950]. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo, CosacNaify.
- Porter, R. 1996. *The Cambridge illustrated history of medicine*. Cambridge, University Press.
- Sicard, M. 2006 [1998]. *A fábrica do olhar: Imagens de ciência e aparelhos de visão (século XV-XX)*. Lisboa, Edições 70.

Artigos

- Almeida, L. 1931. Valor da propaganda educativa. *In: Vieira de Campos, A.; d’Almeida, L.; Serra, V.; Trincão, M.; d’Oliveira, G. e Beja, M. (eds.) Remédios Sociais Contra a Tuberculose: Conferência popular de propaganda educativa*. Coimbra, Oficinas Atlantida: 12-21.
- Alves, M. V. 2010. A arte médica e a arte de representar o corpo e o mundo através da anatomia. *In: Biblioteca Nacional de Portugal (org.) Arte médica e imagem do corpo: de Hipócrates ao final do século XVIII*. Lisboa, Biblioteca Nacional de Portugal: 31-50.
- *A Peste Branca. Entrevista concedida ao Diário de Notícias do Funchal pelo ilustre catedrático Dr. Bissaya Barreto*. 1931. Separata do “Diário de Notícias”.

- Assistência Nacional aos Tuberculosos. 1915. Prophylaxia da Tuberculose. *Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos*, 4.º ano (2.ª série) 1: 35-44.
- Barreto, B. 1935. Medicina Social: Necessidade e Urgência da sua organização em Portugal. *In: I Congresso da União Nacional*. Lisboa, Edição da União Nacional, Vol.2: 135-142.
- Bessa, J. S.:
 - 1936. *Profilaxia da Tuberculose Infantil – Tese apresentada ao Congresso Beirão (1936)*. Coimbra: [s.n];
 - 1940. A Luta Anti-tuberculosa da Junta de Província da Beira Litoral. *In: Extracto das Actas do “Congresso Nacional de Ciências da População”*, vol. 1. Porto, Imprensa Portuguesa: 1-20.
 - 1953. O BCG e a microrradiografia na luta contra a tuberculose: sua aplicação em Portugal. *Separata de “O Médico”*, 99(1): 1-28.
 - 1955. XII Conferência da União Internacional contra a Tuberculose – Corapport ao 3.º tema (questão social) – Influência das novas terapêuticas sobre a organização da luta antituberculosa. *Separata de “O Médico”*, 176.
- Chazan, L. K. 2003. O Corpo Transparente e o Panóptico Expandido: Considerações sobre as Tecnologias de Imagem nas Reconfigurações da Pessoa Contemporânea. *PHYSIS: Revista Saúde Colectiva*, 13(1): 193-214.
- Monteiro, M. 2011. Teatro anatómico digital: práticas de representação do corpo na ciência. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 18(3): 641-660.
- Ortega, F.:
 - 2005. Corpo e Tecnologias de Visualização Médica: entre a Fragmentação na Cultura do Espectáculo e a Fenomenologia do Corpo Vivido. *PHYSIS: Revista Saúde Colectiva*. 15(1):237-257
 - 2006. O corpo transparente: visualização médica e cultura popular no século XX. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. 13(suplemento): 89-107
- Scheper-Hughes, N; Lock, M. M. 1987. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*. [Published online: 28-10-2009] DOI: 10.1525/maq.1987.1.1.02a00020.

- Tucherman, I.; Saint-Clair, E. 2008. O Corpo Transparente: dispositivos de visibilidade e mutações do olhar. *Intexto*, 2(19): 1-17.
- Vieira de Campos, A. 1931. Valor da propaganda educativa. In: Vieira de Campos, A.; Almeida, L.; Serra, V.; Trincão, M.; Oliveira, G. e Beja, M. (eds.) *Remédios Sociais Contra a Tuberculose: Conferência popular de propaganda educativa*. Coimbra, Oficinas Atlantida: 3-11.

Jornais/Revistas

- *A Saúde. Jornal popular, bi-mensal, de Hygiene e Profilaxia Sociais*. 1931-1942:
 - 1931a. Coimbra, Janeiro N.º 1.
 - 1931b. Coimbra, Janeiro N.º2.
 - 1931c. Coimbra, Junho N.º 12.
 - 1932a. Coimbra, Janeiro N.º 26.
 - 1932b. Coimbra, Maio N.º 34.
 - 1932c. Coimbra, Novembro N.º 45.
 - 1933a. Coimbra, Janeiro N.º 50.
 - 1933b. Coimbra, Março N.º 54.
 - 1933c. Coimbra, Maio N.º 57.
 - 1933d. Coimbra, Junho N.º 59.
 - 1933e. Coimbra, Setembro N.ºs 65-66.
 - 1934a. Coimbra, Fevereiro N.ºs 75-76.
 - 1934b. Coimbra, Junho N.ºs 83-84.
 - 1935. Coimbra, Março N.º 101-102.
 - 1938. Coimbra, Setembro N.ºs 185-186.

Monografias

- Obra Anti-Tuberculosa do Distrito de Coimbra. 1932. *Regulamento do Hospital-Sanatório de Celas e Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil*. Coimbra, Tipografia da Gráfica de Coimbra.

Fontes Bibliográficas complementares

Livros

- Academia das Ciências de Lisboa, 2001. *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa – I Volume (A-F)*. Lisboa, Editorial Verbo.
- Ackerknecht, E. H. 1982. *A Short History of Medicine*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Beane, L. S. 1872. *Disease germs; their nature and origins*. 2th edition. London, J & A Churchill.
- Charcot, J. M. 1878. *Iconographie photographique de la Salpêtrière*. Paris, V. Adrien Delahaye & C^e, Libraires-Éditeurs.
- Descartes, R. 2004 (e-book). *The World and Other Writings*. Cambridge University Press [Consultado em 26-10-2013]. Disponível em: <http://http://www.scribd.com/doc/18555601/World-and-Other-Writings-Cambridge-Texts-in-the-History-of-Philosophy-Rene-Descartes>
- Dumas filho, A. 2011 (e-book). *A Dama das Camélias*. Zero papel [Consultado em 21-02-2014]. Disponível em: <http://store.kobobooks.com/en-pt/books//a70d5d6d-3727-4d27-8e94-b0c1031ed059>.
- Dickens, C. 1910. *The life and adventures of Nicholas Nickleby*. London, Toronto, J. M. Dent & Sons, Ltd.
- Ember, C. R.; Ember, M. (eds.) 2004. *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Culture (Volume 1: Topics)*. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow, Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Goemaere, P. 2011 [1952]. *Os Grandes Contemporâneos: Bissaya-Barreto*. Coimbra, Fundação Bissaya-Barreto.
- Hardy, M. A.; Montméja, M. A. 1868. *Clinique photographique de l'hôpital Saint-Louis*. Paris, Librairie Chamerot et Lauwereins.
- Harvey, W. 1923. *The Circulation of The Blood*. London, New York, Everyman's Library.

- Hoyle, B. 2008. Tuberculosis. *In*: Lerner, B. W.; Lerner, K. L. (eds.) *Infectious Diseases: In context*. Detroit, New York, San Francisco, New Haven, Waterville, London, Thomson Gale: 837-844
- Kuhn, T. S. 1998 [1962]. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. 5ª Edição. Editora Perspectiva, São Paulo.
- Lock, M.; Nguyen, V. K. (eds.) 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. Chichester (Western Sussex, USA), Wiley-Blackwell .
- Mann, T. 2011 [1924]. *A Montanha Mágica*. 4ª. edição. Alfragide, Publicações Dom Quixote.
- Osler, W. 2009 [1913]. *The Evolution of Modern Medicine: A Series of Lectures Delivered at Yale University in April 1913*. New York, Kaplan Publishing.
- Pais de Sousa, J. 1999. *Bissaya Barreto: Ordem e Progresso*. Coimbra, Livraria Minerva Editora.
- Reis, J. C. 1998. *O Sorriso de Hipócrates: A integração biopsicossocial dos processos de saúde e de doença*. Lisboa, Vega.
- Rifkin, B. A.; Ackerman, M. J.; Folkenberg, J. (eds.) 2011. *Human Anatomy: Depicting the Body from the Renaissance to Today*. London, Thames & Hudson.
- Rocheta, J. 1944. *O estado actual da luta contra a tuberculose em Portugal*. Lisboa, Livraria Luso-Espanhola, Lda.
- Rose, N. 2007. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton, Oxford, Princeton University Press.
- Schaaf, H. S.; Zumla, A. 2009. *Tuberculosis: A comprehensive clinical reference*. Europe, Saunders (Elsevier).
- Singer, C. 1957. *A Short History of Anatomy & Physiology from the Greeks to Harvey*. New York, Dover Publications.
- Silva, A. M. H. 1891. *Tuberculose externa e seu tratamento*. Lisboa, Imprensa Nacional.
- Stafford, B. M. 1993. *Body Criticism: Imaging the Unseen in Enlightenment Art and Medicine*. Cambridge, London, MIT Press.

Artigos

- Blaser, M. J.; Kirschner, D. 2007. The equilibria that allow bacterial persistence in human hosts. *Nature*. DOI:10.1038/nature06198
- Branco, F. 2013. A visitadora como figura paradigmática da profissionalidade emergente na área social: contributos para o estudo do itinerário das Profissões Sociais em Portugal na I e II República. In: Matos, A. T. (coord.). *Actas do Colóquio “Sociedade, Cultura e Conflito nos 100 anos da República Portuguesa”*. Lisboa, Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa: 51-79.
- Chipault, A. 1896. Deformations de la main et des doigts consécutives à l’osteíte syphilitique. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 9 : 153-157.
- Coelho da Silva, A. M. C.; Sousa, P. A. 1988. Visão social da tuberculose. *Separata de “Jornal do Médico”*, 125(2291): 647-654.
- Daniel, T. M.
 - 2009. The history of tuberculosis: Past, present, and challenges for the future. In: Schaaf, H. S.; Zumla, A. (eds.) *Tuberculosis: A comprehensive clinical reference*. Europe, Saunders (Elsevier): 1-7.
 - 2011. Hermann Brehmer and the origins of tuberculosis sanatoria. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 15(2): 161-162.
- Eisenberg, L. 1977. Disease and Illness: Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1(1): 9-23.
- Galison, P. 1998. Judgment against Objectivity. In: Jones. C., Galison, P. (eds.). *Picturing Science, Producing Art*. New York, London, Routledge: 327-359
- Godreuil, S., Tazi, L., Bañuls, A-L. 2007. Pulmonary Tuberculosis and Mycobacterium Tuberculosis: Modern Molecular Epidemiology and Perspectives. In: Tibayrenc, M. (ed.) *Encyclopedia of Infectious Diseases: Modern Methodologies*. Hoboken, Wiley: 1-29
- Haraway, D. 1998. Deanimations: Maps and Portraits of Life Itself. In: Jones. C., Galison, P. (eds.). *Picturing Science, Producing Art*. New York, London, Routledge: 181 - 207
- Kwoon, W. *et al.* 2006. The Effectiveness of Embolotherapy for Treatment of Hemoptysis in Patients with Varying Severity of Tuberculosis by Assessment of

- Chest Radiography. *Yonsei Medical Journal*, 47(3): 377-383. DOI: 10.3349/ymj.2006.47.3.377
- Martins, A.; Tomé, M. R. 2013. Bissaya Barreto e a Política Assistencial da Junta da Província da Beira Litoral. In: Paiva, J. P.; Nascimento, P. V. *Bissaya Barreto (1886-1974): Percorrer uma vida e uma obra*. Coimbra, Arquivo da Universidade de Coimbra e Centro de Documentação Bissaya Barreto: 45-85.
 - Porto, A. 2007. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Revista Saúde Pública*, 41(suplemento1): 43-47.
 - Schaaf, H. S.; Reuter, H. 2009. Practical approaches to ordering diagnosis tests. In: Schaaf, H. S.; Zumla, A. (eds.) *Tuberculosis: A comprehensive clinical reference*. Europe, Saunders (Elsevier): 216-226.
 - Schiebinguer, L. Lost Knowledge, Bodies of Ignorance, and the Poverty of Taxonomy as Illustrated by the Curious Fate of *Flos Pavonis*, an Abortifacient. In: Jones. C., Galison, P. (eds.). *Picturing Science, Producing Art*. New York, London, Routledge:125 – 144.
 - Schultz, S. G. *in press*. William Harvey and the Circulation of the Blood: The Birth of a Scientific Revolution and Modern Physiology. *News In Physiological Sciences*. [Published online: 1-10-2002]. DOI: 10.1152/nips.01391.2002
 - Schumacher, G. H. 2007. Theatrum Anatomicum in History and Today. *International Journal of Morphology*, 25(1): 15-32
 - Serra, V. 1931. Contágio massivo, de coabitação e de família. In: Vieira de Campos, A.; d’Almeida, L.; Serra, V.; Trincão, M.; d’Oliveira, G. e Beja, M. (eds.) *Remédios Sociais Contra a Tuberculose: Conferência popular de propaganda educativa*. Coimbra, Oficinas Atlantida: 26-44.
 - Singer, M. 2004. Critical Medical Anthropology. In: Ember, C. R.; Ember, M. (eds.) *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World’s Culture (Volume 1: Topics)*. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow, Kluwer Academic/Plenum Publishers: 23 – 30.
 - Vale, S. 2009. Corpo, fotografia & e medicina: por uma genealogia das iconografias do sofrimento. In: Unifor (org.) *Mídia Alternativa e alternativas midiáticas. Anais do VII Encontro de História da Mídia, Fortaleza (Ceará), 19-21 Agosto*. Porto Alegre, Associação Brasileira de Pesquisadores de História da Mídia. [Consultado em 18-12-2013]. Disponível em:

<http://www.ufrgs.br/alcar/encontros-nacionais-1/7o-encontro-2009-1/Corpo-%20fotografia%20-%20medicina.pdf>.

- Von Staden, H. 1992. The Discovery of the Body: Human Dissection and Its Cultural Contexts in Ancient Greece. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 65: 223-241
- Warren, P. 2006. The Evolution of The Sanatorium: The First half-Century, 1854-1904. *Canadian Bulletin of Medical History*, 23(2): 457-476.
- Whitelaw, A. C.; Sturm, W. A. 2009. Microbiological testing for *Mycobacterium tuberculosis*. In: Schaaf, H. S.; Zumla, A. (eds.) *Tuberculosis: A comprehensive clinical reference*. Europe, Saunders (Elsevier): 169-187.

Monografias

- Carvalheira, D. 2012. *Preventório de Penacova: “O significado dentro de um conceito médico e social, até à sua reconversão turística Contemporânea”*. Dissertação de Mestrado em Antropologia Médica, Departamento de Ciências da Vida, Instituto de Antropologia, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra.
- Matos, V. M. J. 2003. *Incursões no trilho da Tuberculose Pulmonar: Diagnóstico diferencial com base no estudo da Coleção de esqueletos identificados no Museu Bocage*. Dissertação de Mestrado em Evolução Humana, Departamento de Ciências da Vida, Instituto de Antropologia, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra.
- Administração Regional de Saúde do Norte, IP. 2007. *Proposta de Programa de Luta contra a Tuberculose na Região de Saúde do Norte Parte I: Documento apresentado em reunião com as Sub-Regiões de Saúde os Adjuntos do Delegado Regional de Saúde do Norte*. [Online]. Porto, Ministério da Saúde, Administração Regional de Saúde do Norte, IP. 2009. [Consultado em 28-06-2014]. Available at: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Proposta%20Programa%20Luta%20contra%20Tuberculose%20Regi%C3%A3o%20Sa%C3%BAde.pdf>.

- Comissão Nacional de Luta contra a Tuberculose. 1995. *Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose* [Online]. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde. 2011. [Acedido em 27-06-2014]. Available at: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-luta-contra-a-tuberculose-1995-pdf.aspx>.
- Direcção-Geral da Saúde. 2011. *Tuberculose: Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose (PNT)*. [Online]. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde. [Consultado em 28-06-2014]. Available at: <http://www.dgs.pt/prevencao-e-controlo-da-doenca/doencas-transmissiveis/areas-de-intervencao/tuberculose.aspx?cpp=1>.
- Direcção-Geral da Saúde. 2014. *Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose: Ponto da Situação Epidemiológica e de Desempenho (dados provisórios)*. [Online]. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde. [Consultado em 03-04-2014]. Available at: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-luta-contra-a-tuberculose-ponto-da-situacao-epidemiologica-e-de-desempenho-dados-provisorios-jpg.aspx>
- Santos, A. L. 2000. *A skeletal Picture of Tuberculosis: Macroscopic, radiological, biomolecular, and historical evidence from the Coimbra Identified Skeletal Collection*. Dissertação de Doutoramento em Antropologia, Departamento de Ciências da Vida, Instituto de Antropologia, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra.
- Wilsey, A. H. 2012. *“Half in Love with Easeful Death:” Tuberculosis in Literature*. Capstone Project for Bachelor of Arts, College of Arts and Science, Pacific University.
- Vesalius, A. B. 1543. *De humani corporis fabrica libri septem* (Basileia, ex officina Ioannis Oporini). Coimbra, ALMA MATER- Biblioteca Digital de Fundo Antigo da Universidade de Coimbra.

Jornais/Revistas

- *A Saudinha*. 1932. Coimbra, Maio N.º4.
- *Conhecer Bissaya Barreto. Revista do Jornal o Campeão das Províncias*. Coimbra, Maio ano 8º, N.º 418.

- *Diário de Notícias*. 2013. Não podemos internar quem não se quer tratar. 29 de Março.
- *O Bom Combate*:
 - 1931a. Coimbra, Maio 1.º ano Nº1.
 - 1931b. Coimbra, Junho 1.º ano Nº2.

Atas/Relatórios

- Livro de Actas da Comissão Administrativa da Junta Geral do Distrito de Coimbra – 16/05/1935 a 07/01/1937 (AUC-AD-38). Coimbra, Centro de Documentação Bissaya Barreto.
- Santos, J. C. 1952. Relatório efectuado por uma enfermeira visitadora sobre o carácter da assistência antituberculosa e materno-infantil promovida pela Junta de Província. Coimbra, Centro de Documentação Bissaya Barreto.

Processos clínicos

- *Processo clínico n.º 23326*. Retirado do Arquivo do Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra. Avenida Dr. Bissaya Barreto, Coimbra.

Documento audiovisual

- *Rumo à Vida: A Obra de Assistência na Beira Litoral*. Filme de João Mendes. 1950.

Páginas de Internet

- Borelli, G. B. 2011. *De Motum Animalium*. [Online]. Archivio Flavio Beninati. [Acedido em 31 – 10 -2013]. Disponível em: <http://www.archivioflaviobeninati.com/2013/09/giovanni-alfonso-borelli/10022127-giovanni-alfonso-borellis-de-motu-animalium/>.
- Center for Disease Control and Prevention. 2011. *Tuberculosis (TB): Fact Sheets*. [Online]. [Atlanta], Center for Disease Control and Prevention. [Acedido

- em 03-04-2014]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/diagnosis.htm>.
- Center for Disease Control and Prevention. 2012. *Tuberculosis (TB): Basic TB facts*. [Online]. [Atlanta], Center for Disease Control and Prevention. [Acedido em 03-04-2013]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/tb/topic/basics/default.htm>.
 - Center for Disease Control and Prevention. 2014. *Tuberculosis (TB): Data and Statistics*. [Online]. [Atlanta], Center for Disease Control and Prevention. [Acedido em 03-04-2014]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/tb/statistics/>.
 - Center for Disease Control and Prevention. 2013. *Tuberculosis (TB): Testing & Diagnosis*. [Online]. [Atlanta], Center for Disease Control and Prevention. [Acedido em 03-04-2014]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/tb/topic/testing/default.htm>.
 - Enciclopaedia Britannica. 2013. *Herophilos*. [Online]. Enciclopaedia Britannica [Acedido em 04-09-2013]. Disponível em: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/263634/Herophilus>.
 - Enciclopaedia Britannica. 2013. *Erasistratus Of Ceos*. [Online]. Enciclopaedia Britannica [Acedido em 04-09-2013]. Disponível em: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/191003/Erasistratus-Of-Ceos>.
 - Fox, G. H. 2010. *Dermatology in the 19th Century: Lecture at the American Dermatological Association Annual Meeting*. [Online]. The Burns Archive [Acedido em 06-01-2013]. Disponível em: http://theburnsarchive.blogspot.pt/2010/08/dermatology-in-19th-century-lecture-at_25.html.
 - Fundação Portuguesa do Pulmão. 2014. *Como se diagnostica a tuberculose?*. [Online]. [Lisboa], Fundação Portuguesa do Pulmão. [Acedido em 03-04-2014]. Disponível em: <http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/tuberculose.html>.
 - Gaillard, F. 2008. Normal midline brain. [Online]. *Radiopedia.org* [Acedido em 17-01-2014]. Disponível em: radiopaedia.org/images/3892
 - Infopedia. 2014. *Antibiograma*. [Online]. [Porto], Infopedia. [Acedido em 04-07-2014]. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/pesquisa-global/antibiograma>
 - Infopedia. 2014. *Astenia*. [Online]. [Porto], Infopedia. [Acedido em 04-04-2014]. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/astenia>.

- Infopedia. 2014. *Caquexia*. [Online]. [Porto], Infopedia. [Acedido em 11-04-2014]. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/caquexia>.
- Infopedia. 2014. *Cintigrama*. [Online]. [Porto], Infopedia. [Acedido em 04-07-2014]. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/pesquisa-global/cintigrama>.
- Infopedia. 2013. *Discrasia*. [Online]. [Porto], Infopedia. [Acedido em 31-08-2013]. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/pesquisa-global/discrasia>.
- Infopedia. 2014. *Escrófula*. [Online]. [Porto], Infopedia. [Acedido em 15-04-2013]. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/pesquisa-global/escr%C3%B3fula>.
- Infopedia. 2013. *Eucrasia*. [Online]. [Porto], Infopedia. [Acedido em 31-08-2013]. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/pesquisa-global/eucrasia>.
- Infopedia. 2014. *Hemoptise*. [Online]. [Porto], Infopedia. [Acedido em 04-04-2014]. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/hemoptise>.
- Infopedia. 2014. *Induração*. [Online]. [Porto], Infopedia. [Acedido em 04-04-2014]. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/indura%C3%A7%C3%A3o>.
- Infopedia. 2014. *Velocidade de Sedimentação*. [Online]. [Porto], Infopedia. [Acedido em 04-07-2014]. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/pesquisa-global/sedimenta%C3%A7%C3%A3o>.
- Langner, J. 2006. Positron emission tomography. [Online]. *Wikipedia*. [Acedido em 17-01-2014]. Disponível em: en.wikipedia.org/wiki/Positron_emission_tomography
- Mirmillon. 2006. Perfil de um embrião de 14 semanas. [Online]. *Wikipedia*. [Acedido em 17-01-2014]. Disponível em: en.wikipedia.org/wiki/File:Embryo_at_14_weeks_profile.JPG.
- N.D. 1910. A Comic Stereo Image Parodying 'X-Ray Photography' [Online] The Burns Archive. [Acedido em 10-01-2014] Disponível em: <http://theburnsarchive.blogspot.pt/2010/11/im-looking-though-you-dawn-of-x-ray.html>.
- N.D. 2013. Escáner Médico. [Online]. *Física Colegio Alberto Pérez*. [Acedido em 17-01-2014]. Disponível em: fisica-alperit.blogspot.pt/2013/06/escaner-medico.html.

- N.D. 2013. Os princípios básicos do diagnóstico eléctrico em cardiologia – Electrocardiograma. [Online]. *Misodor – Centro de estudo e treinamento online para provas e concursos de medicina*. [Acedido em 31-01-2014]. Disponível em: <http://www.misodor.com/ELETROCARDIOGRAMA.php>
- N.D. 2013. Pneumologia – Espirometria simples com ou sem prova de broncodilatação. [Online]. *LabMED Saúde*. [Acedido em 31-01-2014]. Disponível em: <http://www.labmed.pt/Pneumologia.asp>.
- Neves, M. 1957. *Mesmo com saúde tire duas vezes por ano uma chapa aos pulmões*. [Online]. [Lisboa], Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. [Acedido em 27-06-2014]. Disponível em: <http://museudasaude.inwebonline.net/ficha.aspx?id=73&src=insa>.
- Neves, M. 1957. *Vale por dois quem for vacinado com o B.C.G.* [Online]. [Lisboa], Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. [Acedido em 27-06-2014]. Disponível em: <http://museudasaude.inwebonline.net/ficha.aspx?id=1443&src=insa>.
- Pinheiro, P. 2013. *Hemograma – entenda seus resultados*. [Online]. *MD.Saúde*. [Acedido em 31-01-2014]. Disponível em: <http://www.mdsaude.com/2009/11/hemograma.html>.
- Pinto, C. N.D. *Investigadores da Universidade de Coimbra desenvolvem estudo pioneiro sobre a terapêutica para a tuberculose*. [Online]. [Lisboa], Fundação Portuguesa do Pulmão. 2014. [Acedido em 29-06-2014]. Disponível em: <http://www.fppulmao.org/index11.html>.
- Restos de Coleção. 2011. *Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos*. [Online]. [Lisboa]. Restos de Coleção. [Acedido em 13-05-2014]. Disponível em: <http://lh6.ggpht.com/-gP1PKw0HW6A/T-WYfxepsSI/AAAAAAAAAZCk/AyXwV9-6qsg/s1600-h/ANT%25255B5%25255D.jpg>.
- Restos de Coleção. 2012. *Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil*. [Online]. [Lisboa]. Restos de Coleção. [Acedido em 19-05-2014]. Disponível em: <http://restosdecoleccion.blogspot.pt/2012/10/sanatorio-da-colonia-portuguesa-do.html>.
- Silva, R. J. P. A. 2013. *Arquitectura Hospitalar e Assistencial promovida por Bissaya Barreto*. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura, especialidade e

Teoria e História da Arquitectura, Departamento de Arquitectura, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra.

- Valério. 1949. *Cartaz “Cinquentenário da Assistência Nacional aos Tuberculosos 1899-1949”*. [Online]. [Lisboa], Museu da Saúde – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. [Acedido em 08-05-2014]. Disponível em: <http://museudasaude.inwebonline.net/ficha.aspx?id=51&src=insa&t=o>.
- Wong, E. M. 2014. *Prueba de la Tuberculina: Principio Immunológico*. [Online], [Cuahutémoc], Universidad Autónoma de Chihuahua. [Acedido em 03-04-2014]. Disponível em: http://www.fcq.uach.mx/phocadownload/Academico/Material_de_Estudio/micobacterias/diagnostico/diagnostico.html.
- World Health Organization. 2011. *The Global Plan to Stop TB: 2011-2015*. [Online]. [Geneva], World Health Organization. 2011. [Acedido em 03-04-2014]. Disponível em: http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf.
- World Health Organization. 2014. *Health Topics: Tuberculosis*. [Online]. [Geneva], World Health Organization. 2014. [Acedido a 03-04-2014] Disponível em: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/en/>.
- World Health Organization. 2014. *Media Centre: Tuberculosis*. [Online]. [Geneva], World Health Organization. [Acedido em 03-04-2014]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/index.html>
- Yang, N. 2010. Pulmonary tuberculosis. [Online]. *Radiopedia.org* [Acedido em 17-01-2014]. Disponível em: <http://radiopaedia.org/images/377585>.

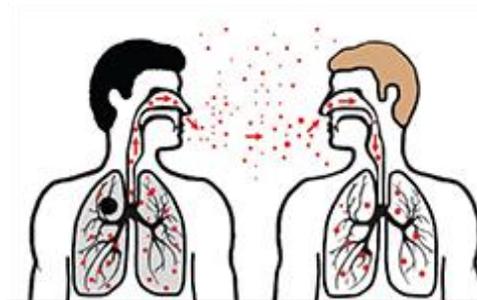
Comunicações orais

- Costa, F.:
 - 2012. Comunicação oral, 22 de Outubro de 2012. [Não Publicado].
 - 2012. Comunicação oral, 23 de Outubro de 2012. [Não Publicado].
- Martins, L. 2013. Comunicação oral, 08 de Julho de 2013 [Não Publicado].
- Pereira, H. Comunicação oral, 22 de Outubro de 2012. [Não Publicado].
- Roxo, P. C.:

- 2012a. Comunicação oral, 08 de Outubro de 2012 [Não Publicado].
- 2012b. Comunicação oral, 17 de Outubro de 2012 [Não Publicado].
- 2014. Comunicação oral, 30 de Junho de 2014 [Não Publicado].

Anexos

Anexo A – Representação do modo de transmissão do bacilo. De acordo com Godreuil *et al.*: “Tuberculous bacilli are spread out by infected patients coughing, sneezing, or speaking, and they can be inhaled by another individual in close contact. The inhalation of these sprays, called Flugge’s droplets — small aerodynamic particles — presents a risk of tuberculous infection. These particles can also remain in the air and play the role of reservoir” (Godreuil *et al.*, 2007: 3). Imagem de 2014, adaptada de (<http://www.cdc.gov/tb/topic/basics/default.htm>).



Anexo B – Teste de Mantoux. Após um período de 48 – 72 horas o indivíduo inoculado é observado para medição da reação cutânea. Se o resultado for superior a 10 mm é normalmente indicativo de infecção por bacilo de tuberculose (Schaaf e Reuter, 2009; Roxo, 2012a; CDC, 2013). Imagem de 2005, adaptada de (http://www.fcq.uach.mx/phocadownload/Academico/Material_de_Estudio/micobacterias/diagnostico/diagnostico.html).



Anexo C – Aparelho de pneumotórax. Este aparelho seria utilizado para o tratamento por colapsoterapia médica. A colapsoterapia assentava na máxima da “...colaboração da cirurgia no tratamento da tuberculose pulmonar [que] visa uma modificação de natureza mecânica em ordem em reduzir o volume do órgão na sua totalidade ou só na sua porção lesada, provocando a sua imobilização,

reduzindo ou anulando a actividade funcional...” (Lopo de Carvalho, N.D. *in* Araújo, 1994: 38). “Este método terapêutico teve grande expansão (...) mantendo-se em uso até 1960” (*in* Araújo: 144). Imagem retirada por Fábio Resende em 16 de Março de 2013 na Fundação Portuguesa do Pulmão em Coimbra, no âmbito da exposição “Luta contra a Tuberculose em Portugal: Apontamentos Históricos”, realizada entre 16 de Março a 30 de Junho.



Anexo D – Armamento Antituberculoso. De acordo com os estatutos estabelecidos pela Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT), a luta contra a tuberculose a desenvolver no país, deveria comportar a criação de infraestruturas concebidas para a realização de um programa eficaz de assistência e profilaxia da população portuguesa: hospitais, sanatórios, preventórios e dispensários. Segundo uma descrição detalhada de Lopo de Carvalho (Filho), o armamento antituberculoso constituía-se da seguinte forma:

“ O armamento antituberculoso compõe-se essencialmente de sanatórios, hospitais, preventórios e dispensários (...)

O sanatório é, na verdade, além de verdadeiro instrumento de cura, poderoso meio de profilaxia pela reclusão dos doentes bacilíferos, propagadores do mal. É, simultaneamente, escola de educação e exemplo vivo de que a tuberculose é curável, quando o organismo é surpreendido no limiar da doença. É, porém, inútil quando o estado consumptivo se instalou. Nestes casos, de manifesta incurabilidade, sendo nulo o efeito terapêutico, é apenas aproveitável a ação profilática do estabelecimento pelo isolamento do doente (...)

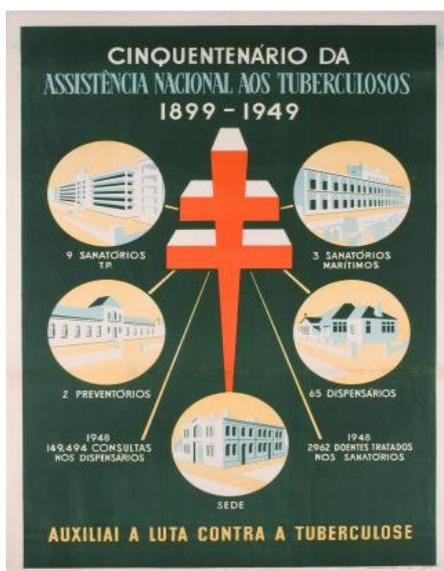
Estes são, infelizmente, em pequeno número, pois, regra geral, o tuberculoso somente toma a direcção da clínica ou do consultório depois de profundamente tocado pelo mal que o feriu, quando a tosse e a expetoração o não largam, os suores noturnos o incomodam, a magreza o depaupera, a fadiga o importuna (...) **E, para cúmulo de infelicidade, como se a tuberculose que o mina não lhe bastasse, torna-se ainda triste agente da disseminação do mal, pernicioso elemento social que propaga e desenvolve o morbus pela expulsão de**

pequeníssimas partículas bacilíferas que, com a tosse e com a fala, lança em torno de si. O seu isolamento, a sequestração da família, com quem coabita, e da sociedade, onde a sua acção se exerce, constituem, sem dúvida, uma medida absolutamente necessária. É preciso isolar tais doentes.

[No] hospital] (...) seria o doente primeiramente admitido, para minuciosa observação, que precederia sempre o seu internamento senatorial. Constituíra, por assim dizer, um centro de seleção **onde seriam joirados** os indivíduos cujo estado lesional, sendo susceptível de cicatrização, exigisse estágio em clima especial de alta montanha ou de planície (...)

Além dos hospitais e dos sanatórios, são também necessários os preventórios. Na organização antituberculosa de um país não poderá deixar de se atender, na verdade aos **débeis da sociedade, àqueles cujas forças defensivas contra a doença são precárias, aos filhos dos tuberculosos e dos sífilíticos, com taras hereditárias a pesar-lhes na vida. É necessário não esquecer essa multidão de desgraçados que um dia se tuberculizarão, dada a sua falta de resistência orgânica e a sua consequente predisposição para o mal. Deverá evitar-se que amanhã eles se tornem pesado encargo para a sociedade, inutilizando-se pela doença que adquiram e criando, por sua vez, novos focos de infecção e de morte (...)**

Os dispensários são instituições que vigiam os suspeitos de tuberculose por exames clínicos sucessivos e que amparam os débeis e os fracos, susceptíveis de ulterior **tuberculização**; são, em determinados casos, instrumentos de assistência, quando os tuberculosos que os frequentam possam beneficiar da aplicação de determinada terapêutica, como a do pneumotórax artificial; **são, finalmente, estabelecimentos destinados a educar e a averiguar a existência da doença, servindo, como tal, de canalização, para hospitais e sanatórios, dos indivíduos que careçam de internamento imediato**” (Carvalho, 1935:12-15, negrito de minha autoria).



Litografia de Valério de 1949, adaptada de <http://museudasaude.inwebonline.net/ficha.aspx?id=51&src=insa&t=o>.

Anexo E – Cartaz “Assistência Nacional aos Tuberculosos Sob a Protecção de Sua Majestade a Rainha”.

Este corresponde ao primeiro “...cartaz de divulgação (...) da A.N.T., enquanto instituição de apoio disseminada pelo país, (...) [bem como uma] mensagem de prevenção da doença, contextualizando-se nas fortes campanhas junto da população contra (...) [o] flagelo que atingia Portugal” (AAVV, 1906 e Rosa, 1979 *in* www.insa.pt, 2012). Nele se destaca a figura central da autoridade governativa feminina, que suporta e dirige um armamento antituberculoso composto por hospitais, dispensários e sanatórios, dispostos pelo país. Evidenciam-se igualmente representações pictóricas que visam consolidar a mensagens transmitidas sobre a prevenção, a higienização, e aquisição de hábitos diários que promovem a saúde e o bem estar individual: estabelecem-se um paralelismo entre a aparência de um individuo com tuberculose e um indivíduo são; 2) comparam-se o hábito diário de uma mulher que se queda em casa, entrega à ociosidade e aos prazeres dissimulados e nocivos do álcool e um homem que se encontra no campo a desfrutar do ar puro da natureza, a receber banhos de sol – esse instrumento exímio na cura do corpo doente e no fortalecimento do corpo saudável – enquanto aproveita o tempo para crescer intelectualmente; 3) uma figura representando um individuo alcoólico; 4) a figura de um local de habitação fechado, lúgubre, onde habita a poeira nefasta, onde o ar não corre e o sol não entra; 5) figuras de objectos indispensáveis no desenvolvimento físico e espiritual do homem (livro e cabo de enxada) – visto que a medicina na época no qual se desenvolvia a luta contra a tuberculose encontra-se extremamente interlagada aos ideias políticas do regime republicano, onde os valores da ciência e do trabalho eram máximas. Nesse sentido, a imagem apresentada do cartaz da ANT, permite testemunhar um dos pontos essenciais nos quais se estabelecia o movimento profilático no projecto antituberculoso português, a propaganda (d’ Almeida, 1931; “O Bom Combate” 1931a,b; Vieira de Campos 1931; “A Saúde”, 1931-1942; Santos, 2000; Carvalheira, 2012; Vieira, 2012). Segundo Dr. A.Vieira de Campos, o meio ou remédio social no qual se sustenta o desenvolvimento e eficácia de uma medicina social no país é a propaganda:

“Dentre eles o primeiro, o de maior valor porque todos os outros dêle se originam, é o da propaganda educativa do povo. Duvidará alguém que assim seja? Parecerá que a propaganda é arma de somenos importância para dar batalha a tão terrível inimigo? Em poucos minutos será fácil mostrar que assim não é. Um povo que conheça o mal que faz a tuberculose e os meios complexos mas eficazes de a combater, em pouco tempo se arma contra ela e a domina. São caras essas armas, o campo de batalha estende-se a todo o país, é necessário uma estratégia complicada, distende-se bastante dinheiro, mas feita a propaganda tudo aparece como por encanto, o combate desenrola-se quasi insensivelmente, em cada dia que passa é uma vida que se vai salvando, é a cura duma criatura até ali votada à morte, é uma família que se alivia pesado fardo que a oprimia” (Vieira de Campos, 1931: 5, negrito de minha autoria).

Igualmente, outro ponto a constatar sobre a questão da propaganda prime-se com o facto da importância estabelecida na produção das imagens. A eficácia propagandística efetuada no país – influenciada em grande medida por campanhas previamente desenvolvidas no centro e norte europeu, e Estados Unidos –

Anexo F – Escarradores. As medidas de profilaxia estabelecidas na luta antituberculose, tinham como principal objectivo a restrição da disseminação do agente bacilífero, responsável pelo tremendo flagelo social que era a tuberculose. A propaganda higienista que visava a educação dos comportamentos degradantes da população, estabelecia como o escarro o principal alvo a combater, visto que seria “... o escarro do tuberculoso (...) o grande inimigo; (...) porque contém os bacilos de Koch com toda a sua vitalidade e virulência” (“A Saúde”, 1931b: 2). O ato de escarrar seria, respeitando aos princípios inerentes à medicina social, não apenas um comportamento colectivo de característica sanitária pouco recomendável, mas sobretudo um atentado deplorável à saúde, ao bem-estar e à subsistência da sociedade, representando um ato condenatório deplorável, de índole criminoso (“A Saúde”, 1931a,b; Araújo, 1994; Mora, 1931 e Darmon, 1997 *in* Vieira, 2012): “Escarrar no chão é um crime. Escarrar no chão é atentar contra a vida do seu semelhante.” (“A Saúde”, 1931a: 3). Nesse sentido, assumia grande importância a sensibilização dos indivíduos, com tuberculose ou não, recorrem aos escarradores, recipientes que continham no fundo um antisséptico, normalmente um líquido antisséptico que neutralizava a patogenicidade do bacilo. Estes utensílios poderiam ser fixos ou de bolso (“A Saúde”, 1931b; Ennes, 1898; Gião, 1899 e Carmo, 1927 *in* Vieira, 2012), como o apresentado na imagem. Imagem retirada por Fábio Resende em 16 de Março de 2013 na Fundação Portuguesa do Pulmão em Coimbra, no âmbito da exposição “Luta contra a Tuberculose em Portugal: Apontamentos Históricos”, realizada entre 16 de Março a 30 de Junho.



Anexo G – Processos clínicos.

(a)

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS
SERVIÇO DOS DISPENSÁRIOS

N.º da ordem 401
N.º da ficha 104
Data da 1.ª observação 14-8-59 17-8-59
Médico Director (ou quem o substitui): ? 8-1937
Médico assistente [assinatura]

1.ª Parte
A preencher pela enfermeira

Nome [obscuro] Idade 20 anos Profissão Trabalhador rural
Estado solteiro Naturalidade Alentejo Residência Alentejo
Peso habitual _____ Peso actual _____ Altura _____

A preencher pelo médico

Conviveu com algum tuberculoso? sim Houve casos de tuberculose na família? sim
Qual o parentesco? irmão Conviveu ou ainda convive com algum desses doentes? sim
Quantos faleceram? nenhuno O último há quanto tempo? _____ Tem algum parente a tratar-se no Dispensário? sim Qual o n.º da sua ficha? 103 (Profilaxia ou doença?)
De que se queixa? tosse, transtorno à expectoração
Como e quando começou a sentir-se doente? há uns meses
Já deixou de trabalhar? sim Desde quando? há poucos dias devido aos sintomas da doença
Outras informações? sim
Representação gráfica dos sinais físicos _____

Inspecção do tórax normal
Percussão sub normal à esquerda
Auscultação normal de murmúrio à esquerda
Rádio sem lesões locais e anormais
Terapêutica: 1962

Conclusão . . .

Em observação	Não inscrito	Inscrito por	Profilaxia
			Doença

2.ª Parte

Tuberculose pulmonar: Unilateral ou bilateral? unilateral
Grau da evolução das lesões: 1.º 2.º 3.º _____
Tuberculose extra pulmonar (mencionar a localização) _____

Med. D.º

Ex. dirigido da expectoração em homogêneo.
 " alguns bacilos são álcool-resistentes.
 Referência das queixas há cerca de 3 meses.
 Tosses persistentes produtivas. Suores noturnos.
 Febre baixa sem hemoptises ou exudatos hemáticos.
 Há antigo doente há muitos anos.
 Mãe falecida com neoplasia meningea (42A)

Antecedentes familiares - Prof. - agricultor.
Antecedentes pessoais - Hábito alcoólico moderado.
Tratamento feito (esquemas e quantidades) - Hábito tabáquico > 40 cigarros/dia.
 Substado de Psicótico há 7 anos por desintoxicação alcoólica.
 Pneumotórax cístico. (há vários anos)

Exame físico - Rozoável estado geral e de nutrição.
 J.P. - Sem alterações relevantes.
 J.C. - Regular. Sem rales.

P = 59 Kilos

Situação Inicial						
Provas tuberculinicas		Pesquisa de BK		Exame anatomo-patológico		Exame funcional
Valmor	RT ₂₃	Ex. dir.	Cult.	Produto	Resultado	Insuficiência respiratória restritiva <input type="checkbox"/>
						Insuficiência respiratória obstrutiva <input type="checkbox"/>
						Insuficiência respiratória mista <input type="checkbox"/>

Pe. tórax feito hoje -> lesões extensas a nível dos 2/3 sup. do hemitórax d.to compatíveis com processo tuberculoso típico.

Volta em 21/11/91 por leitura de prova tuberculinica. volta em 31/11/95 por renovação de baixa.

Exames requisitados - Bactiologia (ex. dirigido e cultura)
Tratamento proposto - Fármacos tuberculínicos a 2 UT.
 Rifampina - 5 ch (em A.D.)
 Zanadon - 1 ch. *Medico*

(d)

Doença atual - Doença proveniente do surto de Pneumotórax A do H.U.E
 com início insidioso de 18/10/2002 a 20/12/02 por
 tuberculose pulmonar com pleurite
 calcificada à d.to e nível hidro-céreo na Kistite
 biocapilares.
 As baciloscopias de expectoração, para positivas
 nos B.A.R.s (+++), a cultura partiu para M.
 Tuberculose.

Antecedentes familiares -
Antecedentes pessoais - Antibiógramas revelam resistência à INH.
 Durante o internamento teve um episódio
 (colite pseudomembranosa) com diarreias profusas
 e polipoides em cultura com metronidazol.
Exame físico - Ex. físico em N+R+2+E em 24/10/02.
 Diabético insulino dependente

P. do tórax

Situação Inicial						
Provas tuberculinicas		Pesquisa de BK		Exame anatomo-patológico		Exame funcional
Valmor	RT ₂₃	Ex. dir.	Cult.	Produto	Resultado	Insuficiência respiratória restritiva <input type="checkbox"/>
						Insuficiência respiratória obstrutiva <input type="checkbox"/>
						Insuficiência respiratória mista <input type="checkbox"/>

Exames requisitados - Bactiologia
Tratamento proposto - H + R + Z + E
 370 600 1200 1200 *Medico*

(e)

Anexo I – Guião de Entrevistas

- Como lida com o facto de estar doente, neste caso/nomeadamente, com tuberculose? É uma experiência, para si, de alguma forma diferente de outro tipo de doença que já teve/experienciou?
- Trouxe alguma mudança no seu dia-a-dia, o facto de estar doente com tuberculose? (Se sim) De que forma?
- Sentiu diferenças no modo de estar com outras pessoas, depois do conhecimento que teve da doença? (Perguntar caso se na anterior pergunta este dado não tenha sido abordado)
- Diga-me, se for possível, o que sentiu no momento em que comunicaram-lhe que estava doente com tuberculose?

