Revista da AMRIGS
Publicação Oficial de Divulgação Científica da Associação Médica do Rio Grande do Sul - www.revistadaamrigs.org.br
Revista da AMRIGS – **BL ISSN 0102 – 2105 – VOL. 62 – Nº1 – JAN.-MAR. 2018 / Suplemento**

22º Congresso Brasileiro de História da Medicina

26, 27 e 28 OUTUBRO

UCS TEATRO

CAXIAS DO SUL - RS

www.22cbhm.vpeventos.com

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL
Entidade filiada à Associação Médica Brasileira – AMB
Fundação em 27/10/1951 – Av. Ipiranga, 5311
CEP 90610-001 – Porto Alegre – RS – Brasil
Tel.: (51) 3014-2001 / www.amrigs.org.br

DIRETORIA DA AMRIGS 2017/2020
Presidente: Dr. Alfredo Floro Cantalice Neto
Vice-presidente: Dr. Dirceu Francisco de Araújo Rodrigues
Diretor Administrativo: Dr. Arthur da Motta Lima Netto
Diretor de Finanças: Dr. Marcelo Scarpellini Silveira
Diretor do Exercício Profissional: Dr. Marcos Vinicius Ambrosini Mendonça
Diretor de Assistência e Previdência: Dr. Itamar Sofia do Canto
Diretora de Normas: Dra. Sônia Elisabete Soares Kunzler
Diretor de Comunicação: Dr. Bernardo Avelino Aguiar
Diretor de Integração Social: Dr. Juliano Nunes Chibiaque de Lima
Diretor Científico e Cultural: Dr. Ercio Amaro de Oliveira Filho
Diretor de Patrimônio e Eventos: Dr. Daltro Luiz Alves Nunes

REVISTA DA AMRIGS
Editor Executivo: Prof. Dr. Antonio Carlos Weston
Editor Associado: Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein
Editora Honorífica: Profa. Dra. Themis Reverbel da Silveira

Conselho Editorial Internacional:
Eduardo De Stefani (Livre Docente, Universidad de la República, Montevidéu, Uruguai), Juan Pablo Horcajada Gallego (Professor Doutor, Chefe da Seção de Medicina Interna/Doenças Infecciosas do Hospital Universidad Del Mar / Barcelona / Espanha), Héctor Geninazzi (Professor Associado de Cirurgia Digestiva, Montevidéu, Uruguai), Lissandra Dal Lago (Research Fellow – Breast Cancer Group at European Organization of Research and Treatment of Cancer – EORTC – Bruxelas, Bélgica), Ricard Farré (Research Fellow – Universidade de Leuven – Bélgica), Tazio Vanni (Research Fellow – International Agency for Research on Cancer/WHO)

Conselho Editorial Nacional:
Airton Tetelbom Stein (Professor Doutor, Departamento de Medicina Preventiva / UFCSPA), Altacílio Aparecido Nunes (Professor Doutor, Departamento de Medicina Social – Faculdade de Medicina / USP – Ribeirão Preto), Antonio Nocchi Kalil (Chefe do Serviço de Cirurgia Oncológica da Santa Casa de Porto Alegre, Professor Associado de Cirurgia da UFCSPA), Antonio Pazin Filho (Professor Doutor, Departamento de Clínica Médica – Faculdade de Medicina/ USP – Ribeirão Preto), Bruno Zilberstein (Professor Dr. Livre Docente e Prof. Associado do Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da USP), Edson Zangiacomi Martinez (Professor Doutor, Departamento de Medicina Social – Faculdade de Medicina / USP – Ribeirão Preto), Eduardo Barbosa Coelho (Professor Doutor, Departamento de Clínica Médica – Faculdade de Medicina / Coordenador Unidade de Pesquisa Clínica HCFMRP-USP/Ribeirão Preto), Eduardo Linhares Riello Mello (PhD, Cirurgia Abdominal do Instituto Nacional de Câncer – INCA), Felipe J. F. Coimbra (Diretor do Departamento de Cirurgia Abdominal do AC Camargo Cancer Center), Geraldo Druck Sant'Anna (Professor, Disciplina de Otorrinolaringologia, UFCSPA), Gustavo Py Gomes da Silveira (Professor Titular de Ginecologia da UFCSPA), Ilmar Köhler (Professor Doutor / Departamento de Cardiologia da Faculdade Medicina da ULBRA), Joel Alves Lamounier (Professor Doutor /Departamento de Pediatria – Faculdade de Medicina/ USP – Ribeirão Preto), Julia Fernanda Semmelmann Pereira-Lima (Professora Adjunta Serviço de Endocrinologia da UFCSPA), Júlio Cezar Uili Coelho (Professor Doutor, Professor Titular do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Paraná), Laercio Gomes Lourenço (Professor Adjunto, Doutor em Cirurgia pela Universidade Federal de São Paulo – Coordenador da Equipe), Lauro Wichert-Ana (Professor Doutor, Departamento de Neurologia e Medicina Nuclear – Faculdade de Medicina/ USP – Ribeirão Preto), Leo Francisco Doncatto (Especialista em Cirurgia Plástica pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e pelo Conselho Federal de Medicina, Doutorado em Medicina, Clínica Cirúrgica pela PUCRS), Lissandra Dal Lago (Research Fellow – Breast Cancer Group at European Organization of Research and Treatment of Cancer – EORTC – Bruxelas, Bélgica), Luane Marques de Mello (Professora Doutora, Departamento de Clínica Médica – Faculdade de Medicina/USP– Ribeirão Preto), Marcelo Carneiro (Professor, Departamento de Infectologia, Faculdade de Medicina/Universidade de Santa Cruz, RS), Maria Helena Itaqui Lopes (Professora Doutora, Faculdade de Medicina da UCS), Paulo Augusto Moreira Camargos (Professor Doutor, Departamento de Pediatria – Faculdade de Medicina/ USP – Ribeirão Preto), Paulo Kassab (Professor Livre Docente do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo), Paulo Pimentel de Assumpção (Professor Doutor, Núcleo de Pesquisas em Oncologia, UFPA), Ramiro Colleoni (Professor Adjunto – Departamento de Cirurgia – Escola Paulista de Medicina / UNIFESP), Ricard Farré (Research Fellow – Universidade de Leuven – Bélgica), Sandra Maria Gonçalves Vieira (Professora Doutora, Departamento de Pediatria, Chefe da Unidade de Gastroenterologia Pediátrica Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Suzana Arenhart Pessini (Doutora em Patologia, UFCSPA), Themis Reverbel da Silveira (Professora Doutora, Departamento de Pediatria, Gastroenterologia Pediátrica, UFRGS), Renato Borges Fagundes (Professor Doutor, Departamento de Clínica Médica da UFSM-RS, Pesquisador Colaborador do NIH/NCI, EUA), Wilson Luiz da Costa Junior (Doutor em Oncologia, Cirurgião Oncológico Titular do Departamento de Cirurgia Abdominal, A. C.)

Equipe administrativa: Ivan Carlos Guareschi (Gerente Executivo),
Claudia Cristina Schmaedecke (Assistente Administrativo), Daniel Bueno (Tradutor)

Revisão: Press Revisão
Editoração: Imagine Design

Comercialização e contato: AMRIGS
Fones: (51) 3014-2016 ou (51) 3014-2024
revista@amrigs.org.br

Indexada na base de dados LILACS.
Filiada à ABEC.

Missão
"Transmitir aos médicos informações úteis para sua prática diária e possibilitar aos pesquisadores, particularmente os mais jovens, a divulgação dos seus trabalhos de pesquisa."

Revista da AMRIGS
Suplemento

VOL. 62 – Nº 1 – JAN.-MAR. 2018

COMISSÃO ORGANIZADORA DO 22º CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Presidente do Congresso:
Carlos Gomes Ritter

Presidente da Comissão Organizadora:
Maria Helena Itaqui Lopes

Presidente da Sociedade Brasileira da História da Medicina:
Lybio Martire Junior

Membros:
Emerson Silva
Asdrubal Falavigna
Jorge Cury
Luiz Gustavo Guilhermano
Paulo Maciel
Jorge Cury
João Gabriel Medeiros
Gerti Piantá
Nixon Antunes
Bruna Cini
Katiele Cassol
Rafaelly Guinzelli
Genaro Laitano
Nicolau Laitano
Luiza Iotti
Éverton Quevedo

22º CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Caros Colegas,

A realização do 22º Congresso Brasileiro de História da Medicina nos traz muita satisfação, e a comissão organizadora está empenhada em fazer deste evento um momento inesquecível para a História da Medicina.

No ano de seu cinquentenário, cabe à Universidade de Caxias do Sul receber cada um de vocês e suas famílias para revisitar a história da nobre arte médica e também darmos seguimento a nossas histórias de convivência, troca de conhecimento e fortalecimento da ideia de *como é bom estarmos juntos novamente*.

Caxias do Sul está localizada na serra gaúcha, e a cultura, arquitetura e gastronomia inigualáveis ficarão marcadas em sua memória. Uma programação científica primorosa com convidados especiais trará temas e histórias interessantes para compor este belo quadro.

Esperamos que desfrutem da programação do evento e tenham uma agradável e profícua estadia em nossa cidade.

Um abraço fraterno,
Prof. Carlos Gomes Ritter
Presidente do 22º Congresso Brasileiro de História da Medicina
Presidente da Associação Gaúcha de História da Medicina (AGHM)

22º CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Prezados Congressistas,

Sentimo-nos honrados por sediar o 22º Congresso Brasileiro de História da Medicina na Universidade de Caxias do Sul. A Comissão Organizadora não tem medido esforços para que apreciem a programação e também não deixem de usufruir os encantos que a serra gaúcha possui.

Escolhemos para ornar o logo deste evento a imagem de um plátano, alusão ao plátano da ilha de Cós, onde Hipócrates aproveitava sua sombra para ministrar seus ensinamentos aos discípulos. Uma homenagem singela também ao Prof. Dr. Joffre Rezende, eminente professor que deixou um rico acervo sobre História da Medicina, incluindo um livro intitulado *À sombra do plátano*. Com essa imagem metafórica, queremos que todos aproveitem muito esse momento e, à sombra de nosso plátano virtual, troquem conhecimento, compartilhem alegria e sintam-se acolhidos.

Um abraço cordial,

Profa. Maria Helena Itaqui Lopes

Presidente da Comissão Organizadora do 22º Congresso Brasileiro de História da Medicina

Vice-Presidente da Associação Gaúcha de História da Medicina (AGHM)

Revista da AMRIGS / Suplemento

SUMÁRIO

O ABANDONO INFANTIL SOB A ÓTICA DA HISTÓRIA DA MEDICINA: A RODA DOS ENJEITADOS
Junara Trespach Cardoso, Marina Valente, William Silva, Maria Helena Itaqui Lopes 6

A EVOLUÇÃO DA MEDICINA EM PELOTAS: DO ONTEM PARA O AMANHÃ
Isabel Hahn Miranda, José Luiz Pozo Raymundo, Natália Zanini da Silva, Kevin Maahs Klein 12

DIGOXINA: UMA HISTÓRIA DE MAIS DE 200 ANOS – DO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ÀS TELAS DE VAN GOGH 15
Aline Magalhães Vargas, Gabriela Dal Sochio, Luiza Maria Costi Menta, Fábio Eduardo Camazzola

O abandono infantil sob a ótica da história da Medicina: a Roda dos Enjeitados[1]

The Child Abandonment under the optics of Medicine History: the Foundling Wheels

Junara Trespach Cardoso[2], Marina Valente[2], William Silva[2], Maria Helena Itaqui Lopes[3]

UNITERMOS: Criança Abandonada, Assistência Social, Caridade, História da Medicina.
KEYWORDS: *Child Abandoned, Social Assistance, Charities, History of Medicine.*

INTRODUÇÃO

A roda dos enjeitados, ou também conhecida como roda dos expostos, foi uma das mais antigas instituições brasileiras, criada ainda no período colonial e tendo longa duração até a década de 1950. No entanto, no mundo foram concebidas em um período muito anterior ao brasileiro, surgindo na Europa na Idade Média, entre 1160 e 1170. O advento das rodas revela que a preocupação com o abandono infantil esteve sempre presente, pautando o surgimento de instituições e de mecanismos a fim de proporcionar o acolhimento desses menores, o amparo social e sua consequente inclusão. Sabe-se que, no Brasil, a longa busca por assistência social a crianças e adolescentes foi iniciada principalmente pelas Santas Casas de Misericórdia e por médicos.

O abandono infantil sob a ótica da história da medicina insere-se nesse panorama, através do primeiro acolhimento desses pequenos abandonados, por meio de cuidados médicos, fundamentais para a sobrevivência da criança que chegava fragilizada às Casas de Misericórdia. Entretanto, com o Iluminismo, com o surgimento do pensamento médico-higienista e com as importantes mudanças de paradigmas políticos e sociais, o funcionamento das rodas passou a ser questionado, restando hoje como legado a história de instituições e de médicos que se engajaram com a problemática social do abandono infantil, dando-lhe uma visão médica humanista em uma época de extremas dificuldades.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo historiar as questões referentes aos expostos das Santas Casas de Misericórdia, que revelam fatos sobre a compreensão das transformações das relações sociais, políticas e culturais através do tempo, e da medicina.

MÉTODOS

Busca de referências em livros e artigos indexados em bases de dados utilizando os termos "criança abandonada", "roda dos expostos", "Santa Casa de Misericórdia" e "história da Medicina".

RESULTADOS

A origem

Ao longo da história, o descaso com crianças sempre esteve presente. Na Antiga Roma, há relatos de que tanto ricos como pobres abandonavam os filhos, ou mesmo praticavam o infanticídio. Por motivos variados, isso acontecia: devido a malformações, por falta de condições econômicas para criá-los, entre outros.

A partir de uma preocupação das autoridades com o frequente abandono de crianças, surgiu na Idade Média e na Itália a roda dos expostos, ou ainda denominada roda dos enjeitados (1). Ela surgiu com a criação das Confrarias de Caridade, por volta do século XII, as quais se caracterizavam por realizar obras de misericórdia, ou seja, ações de caridade. Uma dessas confrarias, conhecida como Confraria do Santo Espírito, nasceu no sul da França, entre 1160 e 1170, juntamente com um hospital, a fim de oferecer assistência aos doentes, expostos e pobres (2).

Tendo em vista a influência da Igreja Católica entre os séculos XII e XIII, o infanticídio e abandono de crianças, duramente criticados pelos dogmas católicos, geraram uma inquietação na Instituição religiosa, que acabou por refletir na decisão do Papa Inocêncio III de transferir a confraria criada no sul da França para Roma, criando assim o Hospital de Santa Maria in Saxia, com o intuito de dar assistência e acolhimento a essas crianças, diminuindo os duros índi-

[1] Trabalho agraciado com Menção Honrosa de melhor Tema Livre do Congresso.
[2] Estudantes de Medicina da Universidade de Caxias do Sul (UCS)
[3] Médica Gastroenterologista, Doutora em Clínica Médica, Professora da Faculdade de Medicina da UCS.

ces de ações repudiadas pela entidade, sendo, dessa forma, a primeira instituição religioso-filosófica a desenvolver uma consciência social de responsabilidade para com os enjeitados (2). Diante da autoridade católica nas sociedades europeias da época, essa ação de proteção aos menores logo foi propagada para várias cidades italianas e inclusive para os demais países, que, com as grandes navegações, espalharam esse assistencialismo em outros continentes.

A chegada em Portugal da Confraria do Santo Espírito, destinada a acolher e tratar dos peregrinos e doentes, distribuir alimentos aos mais necessitados, enterrar os falecidos e cuidar dos expostos, se concretizou com a fundação das primeiras instituições de assistência direta à criança abandonada. Em 1273, a rainha D. Beatriz, sensibilizada com a triste realidade dos bebês órfãos e abandonados, fundou mais um hospital, conhecido como Hospital dos Meninos Órfãos de Lisboa, com o objetivo de preparar esses pequenos para juventude, garantindo-lhes um sustento e um bem-estar social, iniciando desde o recolhimento deles ainda quando pequenos. Além do Hospital de Lisboa, é importante ressaltar que outros locais foram criados por outras rainhas em parcerias com a igreja para amparar essas crianças em cidades como Santarém e Coimbra, além da criação da Casa Real dos Expostos (3).

Dentre as iniciativas medievais portuguesas, a mais relevante e de longa duração por vários séculos foi a Confraria de Caridade da Piedade, formada por homens da alta elite, que se dedicavam a recolher esmolas para amparar os mais necessitados e também as crianças abandonadas. Essa confraria, em 1498, formou um núcleo para a Irmandade da Misericórdia. A partir disso, iniciaram-se desavenças entre esta e o Hospital de Todos os Santos, já que antes, não só em Lisboa, mas também em várias outras cidades europeias, como Florença, essa instituição era encarregada de cuidar dos expostos. Assim, para dar fim aos conflitos, D. Manuel decretou, em 1543, que a Confraria da Misericórdia se encarregasse dos expostos que estavam sob cuidados do Hospital de Todos os Santos. Dessa forma, a Santa Casa de Misericórdia de Lisboa incorporou em seus compromissos a tarefa de dar assistência aos menores abandonados. Além disso, a Câmara Municipal ficou encarregada de auxiliar com subsídios anuais para ajudar a manter a instituição (2).

A chegada ao Brasil

O Brasil colonizado por portugueses incorporou vários costumes e tradições, entre eles o estabelecimento das rodas de expostos, as quais eram um dispositivo de origem medieval italiana. As mesmas foram instaladas nos muros das Casas de Misericórdia e conventos para o recebimento de recém-nascidos abandonados. Após a criança ser colocada em uma porta-giratória, a pessoa que estava entregando o bebê girava a roda e puxava uma corda com um sino, para que então fosse avisado que uma criança acabara de ser entregue (4). Esse sistema teve origem nos mosteiros e conventos medievais, sendo utilizado como suporte para levar alimentos, objetos e mensagens aos moradores, sem que tivesse contato com o exterior (2).

No século XVII, reivindicou-se à Coroa Portuguesa a permissão para estabelecer a primeira roda na cidade de Salvador, até então capital colonial, nos moldes daquela de Lisboa e junto à sua Misericórdia. Os motivos para a instalação das instituições de assistência na época não foram diferentes das europeias: as autoridades se preocupavam com o crescente abandono de bebês na cidade da Bahia, conforme é lido em atas da Mesa da Santa Casa de Misericórdia baiana de 1844 (2). O propósito de sua instalação era o de evitar a desumanidade praticada com esses recém-nascidos por mães 'ingratas' e 'desamorosas', que expunham seus filhos a lugares sórdidos e sujos, causando a morte desses (2).

Contudo, para que isso ocorresse, era necessária a aprovação do rei de Portugal e a aceitação da própria Santa Casa, que assumiria esse papel assistencialista desde que o rei auxiliasse financeiramente a instituição. Assim, a primeira roda dos expostos aberta no Brasil, ainda colônia, foi estabelecida em 1726, na cidade de Salvador. Já em 1738, foi instalada a segunda roda dos expostos localizada na cidade do Rio de Janeiro. Acredita-se que essa roda dos expostos recebeu em torno de 8.713 crianças. A terceira e última roda do Período Colonial foi instalada na Santa Casa de Misericórdia de Recife, ao final do século XVIII (2), por meio de cartas dirigidas ao Conselho Ultramarino de Lisboa, persuadindo as autoridades.

Com a Independência do Brasil, as três rodas coloniais continuaram em atividade, assim como toda a assistência aos expostos era obrigação das Câmaras Municipais (5), visto que essa repassava as verbas advindas do rei para ajudar a financiar as irmandades. Entretanto, assistir aos pequenos desamparados sempre foi um serviço feito com relutância pelas Câmaras. Diante disso, foi aprovada, em 1828, a Lei dos Municípios, a qual eximia algumas Câmaras dessa obrigação. Através dessa nova regra, a Assembleia Legislativa Provincial ficaria responsável por dar um subsídio para auxiliar o trabalho das Santas Casas, oficializando, de certa forma, a roda dos expostos e colocando essas a serviço do Estado. Porém, esperava-se que o número de rodas aumentasse com a criação dessa lei, o que, de fato, não ocorreu. Foram criadas apenas algumas em cidades provincianas ou menos importantes. Com a lei de 1828, a partir de 1830 as Câmaras Municipais pararam de pagar sua quota de subsídios às instituições com as rodas (2).

Todavia, antes da promulgação dessa lei, foi instalada uma roda em São Paulo, no ano de 1825, na Santa Casa de Misericórdia, tendo em vista que no início do século XIX a taxa de exposições de crianças nessa cidade era a mais alta do Brasil. Com isso, o governador da Capitania de São Paulo solicitou ao rei a abertura de uma roda dos expostos aos moldes daquela de Lisboa (2).

Percebeu-se que essa lei de 1828 favoreceu o encorajamento das iniciativas privadas a assumirem a tarefa de criar e dar auxílio a crianças abandonadas, isentando o Estado e o



Figura 1. Santa Casa de Porto Alegre mostrando a janela com a roda dos enjeitados que funcionou de 1837 até 1940.

Fonte: Apresentação Raul Vallandro. Disponível em: http://pt.slideshare.net/Festival_ABCR_2013/apres-do-depart-flac-abr-2013.

município das responsabilidades com essa prática social. A partir disso, surgiram, através de um novo espírito de filantropia e utilitarismo, algumas rodas dos expostos, embora diminuídas de dimensão e algumas de precárias condições (2).

A primeira província a entrar nessa nova sistemática foi a do Rio Grande do Sul, com a criação de três rodas, sendo que a primeira situava-se na cidade de Porto Alegre (Figura 1). A Câmara local, logo depois de promulgada a Lei dos Municípios de 1828, tentou passar a assistência aos expostos para a Santa Casa de Misericórdia, que não aceitou. O fim dessa disputa de responsabilidades acabou em 1837 por meio de um decreto, o qual impôs o encargo dos enjeitados à Santa Casa de Misericórdia, que criou, então, a Casa dos Expostos. A chamada Casa dos Expostos possuía função bastante distinta (2). Eram consideradas expostas as crianças que não tinham filiação reconhecida. Em geral, eram abandonadas nas igrejas, nas residências de pessoas de prestígio, na casa de parentes ou simplesmente deixadas nas ruas. Ao longo do século XVIII, a questão dos expostos tornou-se uma grande preocupação para os Estados modernos e, especificamente, para as elites que governavam a colônia portuguesa (6). A preocupação era, sobretudo, com que os contingentes de expostos fossem melhor aproveitados pelo Estado, senão diretamente, nos exércitos, por exemplo, ao menos no povoamento dos reinos. Por isso, a legislação, os hospitais e outras instituições se voltaram cada vez mais para soluções conjuntas que evitassem a mortandade dos expostos e promovessem sua inserção na sociedade (6). Desta forma, a atual capital gaúcha ganhou uma solução, pela primeira vez, para as crianças desamparadas.

Tardiamente abertas, se comparadas com as rodas do restante do Brasil, as cidades de Rio Grande (1838) e de Pelotas (1849) também foram contempladas com a casa de rodas dos expostos, ainda que com dimensões menores. A de Rio Grande, entre janeiro de 1839 e junho de 1858, recebeu em torno de 125 expostos, por exemplo. Já a de Pelotas, em um período de aproximadamente oito anos, assistiu cerca de 48 crianças (2).

Ao todo, treze rodas dos expostos foram instaladas no Brasil, dentre as quais três foram criadas ainda no período colonial, uma no início do Império, em São Paulo, e as outras com a Lei dos Municípios, a qual isentava as Câmaras Municipais de sua responsabilidade com os enjeitados, desde que na cidade houvesse uma Santa Casa de Misericórdia. O que se pode observar é que, após essa lei de 1828, várias outras rodas foram abertas em todo Brasil em cidades que já eram contempladas e em cidades mais interioranas, como Vitória, do Espírito Santo, e Cuiabá (2). Isso demonstra um alto número de crianças abandonadas por diversos fatores, entre eles a pobreza da população, o conservadorismo e o patriarcalismo da sociedade brasileira em seu período colonial e imperial.

O funcionamento

No século XIX, os menores abandonados receberam a denominação de "enjeitados" ou "expostos". Devido às condições socioeconômicas da época e dos julgamentos sociais existentes que muitas mães solteiras recebiam, muitas crianças foram abandonadas nos mais diversos locais, pois o abandono se caracterizava como um refúgio seguro contra o escândalo e a reprovação de gravidez indesejável. Não somente isso, as mães que enfrentavam dificuldades viam as rodas como a única saída, sendo que as mães escravas enxergavam nelas uma possibilidade de livrar seus filhos da escravidão (7). A Igreja e a Monarquia, por sua vez, viram-se obrigadas a adotarem práticas efetivas para realizar o recolhimento dessas crianças. Desse modo, os menores passaram a ser entregues e recebidos nas Casas de Misericórdia, onde também residiam doentes e mendigos. Ademais, outro motivo relevante, que induziu a Igreja a adotar medidas eficazes para reverter a situação do abandono em ambientes públicos, foi também para que fosse evitado que os menores morressem sem o batismo (8). Conforme a doutrina cristã, aqueles que não recebessem esse sacramento poderiam ficar eternamente privados da visão de Deus e relegados ao limbo entre o purgatório e o paraíso.

As Câmaras Municipais, caso pretendessem ajudar na criação dos expostos, podiam pagar por criadores que encontravam as crianças nas ruas, instituir e administrar uma Casa da Roda ou, ainda, instituir um contrato com as Misericórdias locais, encarregando-as da administração dos expostos por meio de um pagamento mensal (2). Aconteceram recorrentes tensões entre a entidade religiosa e o poder local, principalmente pela obrigação pública de contribuir financeiramente para a manutenção da Santa Casa.

O enjeitamento de bebês foi visto como alternativa para práticas duramente recriminadas pela doutrina da Igreja Católica, como o aborto e o infanticídio. Quando alguém

deixava uma criança na roda, sua procedência não necessitava ser reconhecida, tendo um funcionamento anônimo, cabendo unicamente aos pais, caso quisessem reaver seus filhos, deixar sinais, bilhetes ou objetos que pudessem identificá-los, buscando-os no dia do primeiro aniversário que coincidia com o final do aleitamento (8).

Uma vez recebida pela casa, a criança seria criada por uma ama-de-leite, geralmente até os três anos. As amas, mulheres pobres e, na maioria, sem nenhuma instrução, recebiam um pagamento pelos serviços prestados, o que podia prolongar o período de permanência se a casa tivesse condições de pagá-la durante esse tempo (2). Essa situação possibilitou a ocorrência de diversos tipos de fraudes, como mães que abandonavam seus bebês e, logo em seguida, se ofereciam como amas-de-leite. Após a criação e quando já crescidos, em torno de sete anos (5), a instituição procurava logo empregar esses órfãos, tanto como aprendizes, no caso dos meninos, como domésticas, no das meninas, a fim de possibilitar o crescimento individual (9).

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia

Um fator primordial para a criação de entidades assistencialistas foi a necessidade de oferecer amparo aos indivíduos que viviam em situação de extrema pobreza. No ano de 1498, em Lisboa, foi fundada a Irmandade da Misericórdia, por ordem da Rainha Leonor, irmã de D. Manoel, formada por católicos leigos que destinavam solidariedade e caridade aos desvalidos (10). A irmandade organizava-se em torno das chamadas 14 obras de caridade, sete espirituais e sete corporais, inspiradas pelo Evangelho segundo São Mateus, e no primeiro compromisso de 1516, a saber: "ensinar os ignorantes, dar bom conselho, punir os transgressores, consolar os infelizes, perdoar as injúrias recebidas, suportar as deficiências do próximo, orar a Deus pelos vivos e mortos, resgatar cativos e visitar prisioneiros, tratar os doentes, vestir os nus, alimentar os famintos, dar de beber aos sedentos, abrigar os viajantes e os pobres, sepultar os mortos" (6). Os homens que formavam as irmandades detinham posições sociais destacadas. A base do poder desses homens, como também das mulheres, advinha do *status* social político-econômico.

O âmbito de atuação, portanto, correspondia a esferas bem mais amplas daquele que hoje entendemos como sendo as de um hospital. Contando com patrocínio régio, a Santa Casa espalhou-se rapidamente pelo império português, tornando-se a irmandade leiga de maior poder e expressão no que concerne às obras de caridade. Tornou-se uma marca da colonização portuguesa. Conforme Isabel dos Guimarães Sá (1995), antes de 1750 já havia, além das inúmeras Misericórdias em Portugal, 11 nas ilhas de Açores e Madeira, 3 em Angola, 29 por toda a Ásia e 16 no Brasil. As Misericórdias de maior poderio em terras brasileiras foram as do Rio de Janeiro e da Bahia, centros vitais do projeto colonizador português (6).

As Santas Casas, para poderem exercer suas atividades, detinham muitos privilégios conferidos pelo rei, como subsídios recebidos diretamente do Estado e formavam uma instituição forte economicamente, além dos *status quo* firmado na sociedade (2).

O fim das Rodas no Brasil

Para as Santas Casas de Misericórdia, o trabalho de cuidar e manter as crianças expostas era árduo. Durante o período colonial, o espírito de ajudar, de ser caridoso para com o próximo, fazia com que a população auxiliasse a manter essas instituições. Muitas pessoas de maior posse, preocupadas com a salvação de suas almas, ajudavam as misericórdias por meio de testamentos e esmolas.

A chegada do Iluminismo no século XIX, que trouxe um pensamento mais racional, e o surgimento de uma nova medicina higienista, além do liberalismo, fizeram com que surgissem novas formas de exercer filantropia, reduzindo, de uma forma muito considerável, a assistência e a caridade aos mais necessitados. Assim, as Santas Casas passaram a enfrentar problemas financeiros, visto que, somado à redução das filantropias, as Câmaras Municipais, através da lei de 1828, suspenderam os subsídios, como já referido. A partir disso, para melhorar o cuidado com os pequenos, devido às dificuldades enfrentadas, os bispos do Rio de Janeiro e de Salvador, com o apoio dos governos provinciais, trouxeram da França as Irmãs de Caridade, com destaque para aquelas das ordens de São Vicente de Paula (Paris) e as Irmãs de São José de Chambery, para assumirem a administração das casas e rodas dos expostos de Salvador, Rio de Janeiro e de outras mais. Observaram-se, então, alterações na organização e disciplina dessas casas, sendo que as principais mudanças foram a introdução do ensino religioso, junto de trabalhos manuais, leitura e escrita, trazendo uma nova visão da Igreja Católica brasileira (7). Desse modo, as províncias foram obrigadas a subvencionar essa assistência e contratar os serviços das Santas Casas e dessas Irmãs de Caridade para cuidar das crianças (2).

Seguindo os rumos europeus, que construíam cada vez mais uma sociedade baseada na ordem, ciência e progresso contínuo, deixando a fé em segundo plano, iniciou-se uma forte campanha para acabar com a roda dos expostos tanto na Europa, como no Brasil. A roda, que antes era vista como algo bom, por solucionar o problema de crianças indesejadas e abandonadas, começou a ser vista como imoral e contra os interesses do estado iluminista (9), uma vez que abrigava filhos de prostitutas, produtos de uniões ilegais, crianças com defeitos físicos ou problemas mentais (11). Igualmente, iniciaram-se no Brasil movimentos para a sua obliteração, devido à onda de melhoria da raça humana, levantada com base nas teorias evolucionistas.

Ao contrário das épocas anteriores, na passagem para o século XX, firmou-se uma prática diferenciada de atendimento à criança, em que a assistência seria menos importante e a educação assumiria um espaço determinante.

Assim, enraizou-se cada vez mais a nova noção de 'educar pelo trabalho e para o trabalho', pensamento esse em pleno acordo com a fixação de um novo tempo, o período do trabalho industrial (5).

Surgiram, então, vários pensamentos para criar novas leis, como o Decreto 17.943, de 2 de outubro de 1927, o qual consolidou e reuniu em um Código de Menores as leis de assistência e proteção à infância (1). Esses decretos foram promulgados por juristas, com o intuito de proteger as crianças abandonadas e corrigir as questões sociais que passavam a perturbar a sociedade. Esse tema passou a ser abordado até mesmo em romances literários da época.

Por fim, a mobilização contra as rodas na Europa não chegou suficientemente forte no Brasil para já extingui-las, no século XIX. As mais importantes sobreviveram até o século XX. No Rio de Janeiro, em 1938, as rodas pararam de funcionar; já em Porto Alegre, isso ocorreu em 1938, enquanto que em São Paulo e Salvador as rodas perduraram até a década de 1950, sendo as últimas do gênero a existirem no mundo ocidental (2).

A Medicina e as Rodas dos Expostos

Os hospitais assumiram o papel de assistência social, além do cuidado aos doentes, solucionando em parte um problema de saúde pública. Nas Santas Casas, havia também a assistência do médico, que era de extrema importância para garantir a saúde dos bebês que, muitas vezes, chegavam fragilizados e com diversos problemas de saúde (1). Cabia a esses profissionais: visitar o estabelecimento, ao menos uma vez por dia, no caso de haver algum exposto enfermo, e mais de uma vez, quando moléstias graves o exigissem; determinar o curativo dos expostos enfermos; dirigir o tratamento dos expostos quanto ao estado de saúde, indicando à regente e às criadeiras externas os alimentos mais convenientes, e a aplicação dos meios que a higiene aconselhava para que se criassem os expostos com saúde e robustez; inscrever os números e nomes dos expostos que adoeciam em um livro que havia na Santa Casa para esse fim, com designação das moléstias que padeciam ou que morriam, entre muitas outras funções (12). Cabia ao médico da Santa Casa examinar e vacinar, quando necessário, procurando atender a criança abandonada o mais rápido possível, dando-lhe os primeiros cuidados, principalmente para os debilitados. A seguir, a criança era encaminhada para o batismo garantindo-se a proteção divina, visto que a religião influenciava totalmente no trabalho e amparo dela, que era cuidada por freiras (2).

Tendo em vista as mudanças sociais ocorridas ao longo do século XIX, o trato dado à criação dos menores tomou um rumo novo. Com a reformulação da lei referente às Câmaras Municipais (1828), a administração do Império modificou a maneira de lidar com a infância desvalida (2). Associado a isso, surgiu o pensamento do saber médico-higienista, cujos temas se tornaram frequentes nas teses das Faculdades de Medicina, as quais eram feitas a partir de um ponto elaborado pelo centro educacional (7). Isso abriu espaço para a discussão de justificar a existência da roda dos expostos pela classe médica. Além disso, o movimento médico passou a preocupar-se em discutir, entre vários aspectos, a infância abandonada, dando início à campanha contra doenças e contra a mortalidade infantil, criando uma área da medicina especializada no trato com a criança, a pediatria, e dos cuidados com o corpo, como práticas de exercício, amamentação e alimentação adequadas (9).

Em vista disso, o movimento para extinção das rodas dos expostos também partiu dos médicos, preocupados com os índices de mortalidade dentro dos próprios centros encarregados para acolher e assistir os abandonados, visto que, após a lei de 1828, as Santas Casas passaram a sofrer dificuldades para manter a estrutura e as crianças. Os obstáculos eram principalmente na carência qualitativa e quantitativa de alimentação, e também no aumento de doenças agudas e crônicas, como gastroenterites, sífilis e infecções gerais (7). Como exemplo, cita-se a cidade de Florianópolis, antiga Desterro, que, dos 367 registros de entrada na Casa dos Expostos desde 1828 até 1840, 223 vieram a óbito, correspondendo a 61% do total (13).

Foi durante o século XIX que a medicina social ganhou mais respaldo na sociedade e mais poder político, já que se iniciou o questionamento com fortes críticas à estrutura urbana e moral da época.

CONCLUSÃO

A Roda dos Expostos foi fundamental para promover o acolhimento e a humanização em tempos que a assistência social não era vista como política de Estado. Percebe-se que, no passado, o problema era quase único de saúde pública, que na época necessitou da atenção das Santas Casas, com médicos e freiras, que tinham a função não só de cuidar da saúde, mas de formar cidadãos e incluí-los na sociedade. Hoje é considerado como um problema social que abrange outras esferas políticas e ideológicas. Diante disso, é nítida a importância que as Rodas de Enjeitados tiveram para a garantia dos direitos da criança e sua proteção. O Brasil foi pioneiro em criar uma legislação para os menores, em 1927, mesmo sendo o último país a acabar com as rodas. Esse Código partiu de um resultado da influência de juristas e de médicos higienistas engajados em mudanças nas políticas públicas da época. Ao longo de 71 anos, continuou-se estabelecendo legislações que tentassem amparar os menores. Mas, somente com o advento da Constituição da República Federal do Brasil de 1988, associada com o Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, houve a importante conquista social da elevação dos menores à condição de sujeitos de direitos inerentes à pessoa humana, condenando de forma legal o abandono e qualquer forma de maus-tratos. Assim, consolidou-se o fim de uma busca longa por assistência social a crianças e adolescentes, iniciada, principalmente, por médicos e pelas Santas Casas.

REFERÊNCIAS

1. Jorge DR. Histórico e Aspectos Legais da Adoção no Brasil. Rev. Bras. Enferm.[online]. 1975; 28(2): 11-22.
2. Marcílio ML. A Roda dos Expostos e a Criança Abandonada na História do Brasil. 1726-1950. In: Freitas MC (Org.). História Social da Criança Abandonada. 6ª ed. São Paulo: Cortez/ EDUSF; 2006, 53-79.
3. Ribeiro V. A Santa Casa de Misericórdia de Lisboa (subsídios para sua história). 1ª ed. Lisboa: Academia Real de Ciências de Lisboa; 1902.
4. Valdez D. "Inocentes Expostos": O Abandono de Crianças na Província de Goiás no Século XIX. Inter-Ação: Rev. Fac. Educ. UFG, 2004; 29: 107-129.
5. Sena Pessoa T. Resgate Histórico do Instituto da Adoção no Direito Brasileiro: da Assistência aos Órfãos do Período Colonial ao Estatuto da Criança e do Adolescente. In: Wolkmer AC, Siqueira Silveira G, Pierdoná ZL. História do Direito. 1ª ed. Florianópolis: Conpedi. 2015; 559-582.
6. Gandelman Mendes L. A Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro nos Séculos XVI a XIX. Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos [online]. 2001; 8(2): 613-630.
7. Trindade Barboza JM. O Abandono de Crianças ou a Negação do Óbvio. In: Freitas M. C. (Org.). História Social da Criança Abandonada. 6ª ed. São Paulo: Cortez/ EDUSF; 2006; 35-58.
8. Del Priori M. História das Crianças no Brasil. 6ª ed. São Paulo: Contexto; 2008.
9. Ritter da Silva Prado DC. A Infância Desvalida: Abandono de Crianças na Santa Casa de Misericórdia em Porto Alegre (1840-1880). Trabalho de Conclusão-Univates (Lajeado); 2011; 106f.
10. Franco Júnior R. O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa. Est Hist. 2014; 27 (53): 5-25.
11. Corazza SM. A Roda do Infantil. Edu Real. 1998; 23 (1): 87-141.
12. Torres LH. A Casa dos Expostos na Cidade de Rio Grande. BIBLOS – Rev Inst Ciên Hum Info. 2007; 20 (1): 103-116.
13. Oliveira HLP. Os filhos da falha: assistência aos expostos e remodelação das condutas em Desterro (1828-1887). Dissertação de Mestrado, São Paulo: PUC.1990.

✉ Contato da autora
Maria Helena Itaqui Lopes
mariahelena.itaqui@yahoo.com

A Evolução da Medicina em Pelotas: do ontem para o amanhã[1]

The evolution of medicine in Pelotas: from yesterday to tomorrow

Isabel Hahn Miranda[2], José Luiz Pozo Raymundo[3], Natália Zanini da Silva[2], Kevin Maahs Klein[2]

UNITERMOS: História, Medicina, Pelotas, Evolução, Idosos.
KEYWORDS: *History, Medicine, Pelotas, Evolution, Seniors.*

INTRODUÇÃO

A primeira instituição hospitalar do Brasil foi a Santa Casa de Misericórdia de Santos, fundada em 1542. Já a primeira escola médica do país só veio séculos mais tarde, em 1808, quando Dom João VI sentiu a necessidade de desenvolver o estudo científico em saúde para uma melhor assistência à família real, que acabava de chegar à colônia. Desde então até os dias atuais, muitas mudanças ocorreram em nosso país, ficamos independentes, viramos república e conquistamos a democracia e, enquanto todos esses primeiros passos foram sendo dados pelo ainda jovem Brasil, nossa medicina também caminhou. A história política está presente em nossos livros, já nossa história médica muitas vezes se perdeu nos corredores de hospitais, enfermarias e leitos de pacientes. E, por esse motivo, resolveu-se criar em Pelotas/RS um projeto de resgate da história da medicina da cidade, com a finalidade de resgatar as linhas da história já escritas pelos tantos médicos que por ali passaram e que estavam perdidas nas paredes dos hospitais, nas salas cirúrgicas, nos laboratórios de patologia e também nas salas da Leiga e da Católica (apelidos carinhosos dos pelotenses para as duas faculdades de Medicina da cidade, a da UFPel e da UCPel, respectivamente). Este trabalho, por sua vez, pretende apresentar esse projeto ainda em andamento e mostrar como ele conseguiu reunir e integrar médicos de todas as gerações com o objetivo de contar a história da nossa medicina e valorizar aqueles que a escreveram.

OBJETIVOS

O projeto desde sua idealização tem como focos principais reconhecer os médicos antigos que desbravaram a medicina no interior quando ainda se tinha muito pouco recurso, e contar a história da medicina de Pelotas através da voz dessas pessoas que a viveram e integrar as diversas gerações de médicos hoje presentes em nossa cidade.

MÉTODOS

O projeto é composto de reuniões mensais em que em cada encontro uma especialidade é abordada, começando com a introdução dessa por um médico residente que situa a especialidade no contexto mundial, brasileiro e pelotense. Esse jovem médico usa cerca de 15 minutos para contar à plateia quando a especialidade surgiu no mundo, quando começou a ter expressão em nosso país e quais os momentos relevantes, então passa a palavra para os médicos mais antigos. No desenvolver do projeto, preocupamo-nos com os principais diferenciais para cada encontro até os mínimos detalhes. A escolha das especialidades se deu conforme a prevalência na cidade de médicos experientes nessa área e também pela importância que essa possuía para a comunidade acadêmica. Nessa escolha, também foi levada em consideração a idade já avançada de muitos médicos que foram marcantes para Pelotas, colocando-os em prioridade. Os médicos participantes como porta-vozes de nossa história foram escolhidos pelos critérios de idade, atuação acadêmica e pelo seu envolvimento com a população. O dia e horário dos encontros ficaram fixados como sendo toda a primeira sexta-feira de cada mês, às 19h. Consideramos isso importante, pois, como esse projeto se destina à integração entre as gerações médicas, acreditamos que se precisava de um horário em que não fosse difícil para os mais velhos saírem de suas casas, mas que também não ocupasse horário nobre de trabalho dos mais atuantes.

[1] Trabalho agraciado com Menção Honrosa de melhor Tema Livre do Congresso.
[2] Acadêmicos de Medicina do quinto ano da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).
[3] Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de São Paulo (USP). Professor Associado e Chefe do Departamento de Medicina Especializada da UFPel.

O local do evento escolhido foi a Associação Médica de Pelotas, lugar este que mantém sempre suas portas abertas para todos os médicos e acadêmicos de Medicina da cidade, sempre incentivando projetos de cunho médico com relevância científica e social. Outra preocupação importante no desenvolver do projeto foi como atingir profissionais médicos de todas as idades, uma vez que as diferentes gerações interagem e se comunicam de maneiras distintas. Para isso, foram criados três modos de divulgação do evento: mídia eletrônica, por meio da criação de eventos na rede social Facebook e enviando convites por e-mail; mídia visual, com a colocação de cartazes de divulgações nos painéis dos principais hospitais e centros universitários da cidade; e, finalmente, mídia impressa e unipessoal, a qual é considerada a mais importante, pois foi com o desenvolvimento de convites nominais (Figura 1) para os médicos mais velhos que se conseguiu a presença de figuras que já se retiraram do cenário clínico, mas que, ao sentirem-se valorizados e honrados com esta carta pessoal, fizeram-se presentes em sucessivas reuniões do projeto.

RESULTADOS

O projeto, que se iniciou em abril de 2017, já conta com seis reuniões realizadas e, no transcorrer desses eventos, ficou evidente a importância que o projeto ganhou na cidade de Pelotas. A sociedade médica ganhou uma nova vida, os esquecidos foram lembrados e os desconhecidos apresentados. Assim se deu a valorização dos mestres que fizeram história na nossa medicina e a introdução dos jovens na comunidade médica, que hoje se faz mais viva e atuante, além, é claro, de mais integrada. Esses encontros permitiram que todas as gerações pudessem participar da caminhada que começou com o projeto e, juntos, passearam pela história da medicina em nossa cidade sentados na sombra da Associação Médica de Pelotas, permitindo-lhes a percepção que eram ali todos iguais, cada um com suas experiências, eram todos alunos de Hipócrates, sentados à sombra do plátano.

DISCUSSÃO

Apesar de todos esses cuidados no desenvolvimento do projeto, foram encontradas diversas dificuldades, que inicialmente surpreenderam. Os convites nominais foram entregues pessoalmente nos consultórios dos médicos ainda atuantes e nas casas dos já aposentados, e nessa busca alguns endereços foram difíceis de encontrar, enquanto outros nem foram encontrados. Outra surpresa, muitas vezes, foi que, ao chegar em algumas dessas residências, deparamo-nos com velhos mestres já abalados pelos adventos da idade, alguns já com comorbidades limitantes. Então, percebemos que esses, apesar de demonstrarem satisfação com o convite e com a ocorrência dos encontros, que lhes permitiriam rever velhos amigos, possuíam dificuldades de locomoção e foi aí que ficou evidente a importância de se oferecer algum auxílio para tê-los nas reuniões. Por essa razão, eles eram buscados em suas casas. Quando escolhidos os convidados mais velhos, uma das dificuldades encontradas foi delimitar-lhes o tema com clareza, pois é preciso ter tato quando se pede para alguém muito experiente abrir as portas de sua história, contando apenas fatos marcantes da evolução de uma especialidade, tentando deixar de lado conquistas de cunho muito pessoal. Já em relação à duração de cada reunião, a ideia inicial era que o residente usasse 15 minutos para introduzir e, na sequência, os convidados ganhassem a palavra para contar ao público as suas vivências desbravando a especialidade no Interior quando os recursos ainda eram muito escassos e, para isso, acreditava-se que precisariam de cerca de 30 a 40 minutos cada um dos dois médicos da mesa. Contudo, notamos que a maioria deles se sentia tão valorizado e tão bem revivendo esse passado que, em muitas situações, se confundiram a

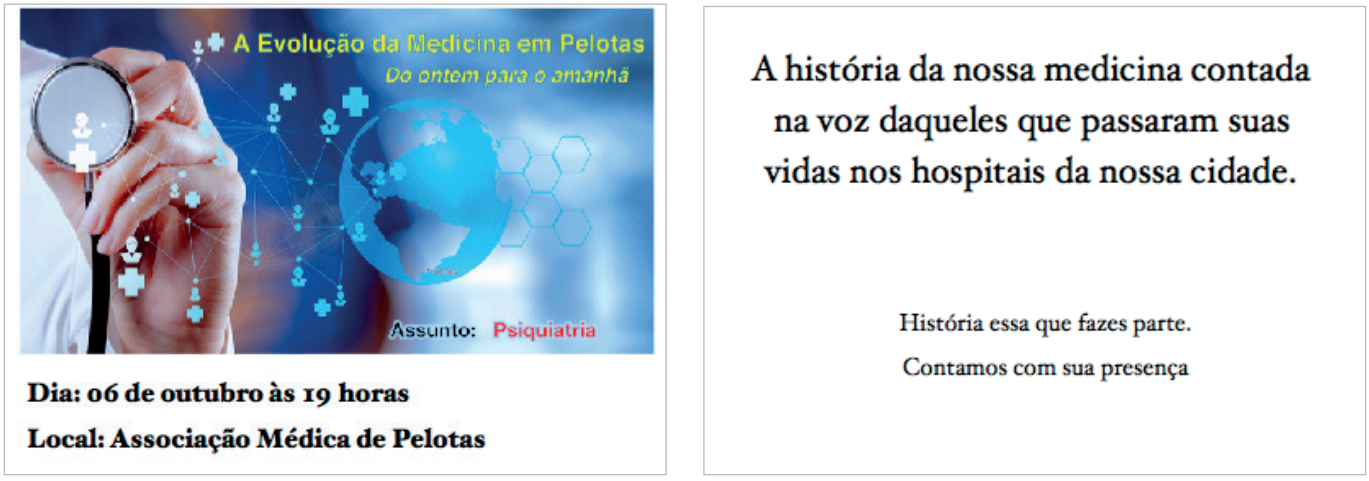


Figura 1. Frente e verso do convite que era entregue em um envelope nominal.

história da medicina com a história de suas próprias vidas, tomando assim mais tempo do que era esperado.

CONCLUSÃO

Agora, com o passar de quase um ano, foi possível perceber que o projeto vem alcançando os objetivos almejados, contando história, integrando e entregando o merecido reconhecimento aos tantos alunos de Hipócrates que por aqui semearam plátanos. O sucesso do projeto nos ficou evidente com a satisfação dos médicos idosos, o brilho em seu olhar ao relatar suas vivências nos deu não só o reconhecimento pelo trabalho, que é o desenvolver dos eventos, mas também um outro olhar da medicina de ontem, reafirmando-nos a importância da relação médico-paciente, dando-nos ainda mais vontade de fazer a medicina do amanhã com a mesma humanidade dos que nos sucederam. E assim evolui não só a medicina em Pelotas, mas também sua história que estava perdida e hoje se encontra, uma vez ao mês, na Associação Médica da cidade.

REFERÊNCIAS

1. HOLLINGHAM, Richard. Sangue e Entranhas: a assustadora história da cirurgia. São Paulo: Geração Editorial, 2011.
2. GORDON, Richard. A assustadora história da medicina; 9ª ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.
3. ROONEY, Anne. A história da medicina: das primeiras curas aos milagres da medicina moderna. São Paulo, SP: M. Books do Brasil, 2013.
4. PORTER, Roy. Cambridge: história da medicina. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 2008.
5. ALLAMEL-RAFFIN, Catherine; LEPLÉGE, Alain; MARTIRE JÚNIOR, Lybio. História da medicina. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2011.
6. JOSÉ, Babini; BELLO-RODRÍGUEZ, L. Historia de la Medicina. Gedisa Editorial, 1998.
7. QUEVEDO, Éverton; POMATTI, Angela Beatriz; MENDES, Paulo de Argollo. Museu de História da Medicina – MUHM: um acervo vivo que se faz ponte entre o ontem e o hoje. Porto Alegre, RS: Evangraf, 2016.

✉ Contato da autora
Isabel Hahn Miranda
💻 isabelhmiranda@gmail.com

Digoxina: uma história de mais de 200 anos – do tratamento da insuficiência cardíaca às telas de van Gogh[1]

Digoxin: a history of more than 200 years – from the heart failure treatment until van Gogh's canvas

Aline Magalhães Vargas[2], Gabriela Dal Sochio[2], Luiza Maria Costi Menta[2], Fábio Eduardo Camazzola[3]

UNITERMOS: *Digitalis purpurea*, Insuficiência Cardíaca, Digoxina, Xantopsia.
KEYWORDS: *Digitalis purpurea, Heart Failure, Digoxin, Xanthopsia.*

INTRODUÇÃO

O tratamento da Insuficiência Cardíaca cursa com uma história de dificuldades. Em contrapartida às diretrizes bem definidas atualmente, baseadas em ensaios clínicos sobre a fisiopatologia da doença, até a década de 1960, os médicos dispunham de apenas dois medicamentos para vencer essa cardiopatia: os diuréticos e os digitálicos.

O objetivo desta pesquisa é apresentar a evolução histórica do uso dos digitálicos, ressaltando sua importância como peça essencial no tratamento da Insuficiência Cardíaca, em um período em que a medicina era incipiente, e os recursos para comprovação da eficácia dos medicamentos, escassos. Ademais, visa-se também abordar a hipótese de intoxicação digitálica por parte do artista Vincent van Gogh, a partir da correlação entre a sintomatologia e os sinais deixados nos quadros do pintor.

Da toxicidade à terapêutica: a descoberta da *Digitalis*

Botânica e medicina não são uma combinação recente. O potencial medicamentoso de extratos vegetais é notório desde que os seres humanos passaram a se agrupar em tribos primitivas, encontrando, na natureza, a fonte de cura para diversas de suas enfermidades. Até o início do século XX, os próprios médicos produziam artesanalmente medicamentos provenientes de plantas, sendo a disciplina de botânica parte essencial do curso médico das escolas europeias (1).

A *Digitalis purpurea* é uma planta conhecida pela medicina por sua instabilidade entre o fatal e o benéfico. Seus efeitos tóxicos sobre o organismo foram evidenciados ainda na antiguidade: acredita-se que, no ano de 1500 A.C, guerreiros já a utilizavam em suas lanças como forma de envenenamento. Tamanha a fama de sua toxicidade que, posteriormente, a *Digitalis* ficou conhecida na Irlanda sob o nome de *dead man's thimble* – dedal do homem morto. Os primeiros relatos da aplicação medicinal da *Digitalis* remontam aos galeses do século XIII, que a incluíam na preparação de medicamentos externos para machucados, inchaço e limpeza de feridas e úlceras (2).

Foi através de estudos do médico William Withering, no entanto, que a perspectiva sobre as possibilidades de uso da *Digitalis* se ampliou. Depois que um de seus pacientes, a quem a terapia não vinha sendo efetiva, apresentou melhora ao tratar-se com ervas receitadas por uma antiga herbalista, Withering instigou-se a descobrir o ingrediente ativo de tal formulação. Em sua publicação de 1785, intitulada *Account of the Foxglove and Some of its Medical Uses*, o médico reuniu notas sobre ensaios clínicos e efeitos observados com a aplicação da planta (1).

> No ano de 1775 tive minha atenção despertada para uma receita popular para a cura da hidropisia. Dizia-se que esta receita fora mantida em segredo por uma velha de Shropshire, que algumas vezes havia conseguido curar depois que os médicos haviam falhado. Fui informado também que tal medicação produzia vômitos violentos e efeito purgativo; os seus efeitos diuréticos haviam passado despercebidos. A receita compõe-se de vinte ou mais diferentes ervas; porém, não foi muito difícil para um conhecedor destes assuntos perceber que a planta ativa não poderia ser outra senão a digital.

[1] Trabalho agraciado com Menção Honrosa de melhor Tema Livre do Congresso.
[2] Acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade de Caxias do Sul (UCS).
[3] Médico Cardiologista. Professor da Faculdade de Medicina da UCS. Orientador.

(Traduzido do texto original de Withering; Aronson, 1985, p.2).

Demonstrando que a hidropisia era decorrente da insuficiência cardíaca, e não uma doença isolada, como se acreditava, Withering fez análises com diferentes partes da planta e encontrou maior eficácia com as folhas. Visto ser a dose tóxica muito próxima à terapêutica, o médico recomendava sua diluição e ingestão em pequenas quantidades até que o efeito benéfico se tornasse evidente. Na época, sua conclusão foi a de que o órgão-alvo de atuação dos digitálicos, por seus efeitos diuréticos, seria o rim, e não o coração; a comprovação de que a *Digitalis* exerce efeitos cardíacos ocorreu em 1910 (1).

Atualmente, sabe-se que as substâncias presentes nessa planta são glicosídeos cardíacos, especialmente a Digoxina e a Digitoxina, denominados comumente de digitálicos. Esse grupo de fármacos é aplicado como tratamento de arritmias, insuficiência cardíaca e outras patologias do coração. A despeito dos inúmeros avanços da área médica, a dose terapêutica permanece próxima à dose tóxica.

A conturbada história médica de van Gogh

Disfunção mental, depressão, suicídio. Esses são aspectos que constituíram a vida curta e trágica de Vincent van Gogh. Embora hoje seja lembrado como um importante pintor pós-impressionista, quando vivo, sua carreira não cursara com o respeito e a admiração do mundo artístico.

A personalidade difícil e o temperamento forte logo renderam a van Gogh a fama de instabilidade psicológica e emocional. Dentre os diagnósticos que já recebera, estão o de epilepsia psicomotora e transtorno afetivo bipolar, com sinais psicóticos (3). O pintor permaneceu internado por cerca de um ano e meio em um hospital psiquiátrico, período em que transmitiu, através de sua arte, o fardo e a desesperança imposta pela doença aos pacientes do local.

Uma grande amizade na vida de van Gogh foi a de seu médico Paul-Ferdinand Gachet, que muito incentivou seu trabalho, uma vez que considerava a pintura como uma excelente terapia. Para tratar a epilepsia de van Gogh, Gachet pode ter receitado digitálicos, uma prática homeopata comum naquela época.

O possível uso de derivados da *Digitalis purpurea*, por parte de van Gogh, gerou especulações sobre o real significado de sua característica Fase Amarela – em meio a uma personalidade afligida por doenças mentais, a intoxicação por digitálicos poderia ser mais uma marca perpetuada por suas telas.

Dilema entre gosto e influência da *Digitalis*

Sob uma análise simplista, o retrato que van Gogh pintou de seu médico, o doutor Paul Gachet, representa a intimidade e consideração do pintor por aquele que o tratou durante seus últimos meses de vida. Entretanto, o detalhe do quadro está representado na mesa em que o médico se apoia – uma flor da dedaleira.



Figura 1. Enfermaria do Hospital de Arles. Van Gogh, 1889.

Disponível em http://lacmfurg.blogspot.com.br/2015/05/medicina-arte-enfemaria-do-hospital-de.html

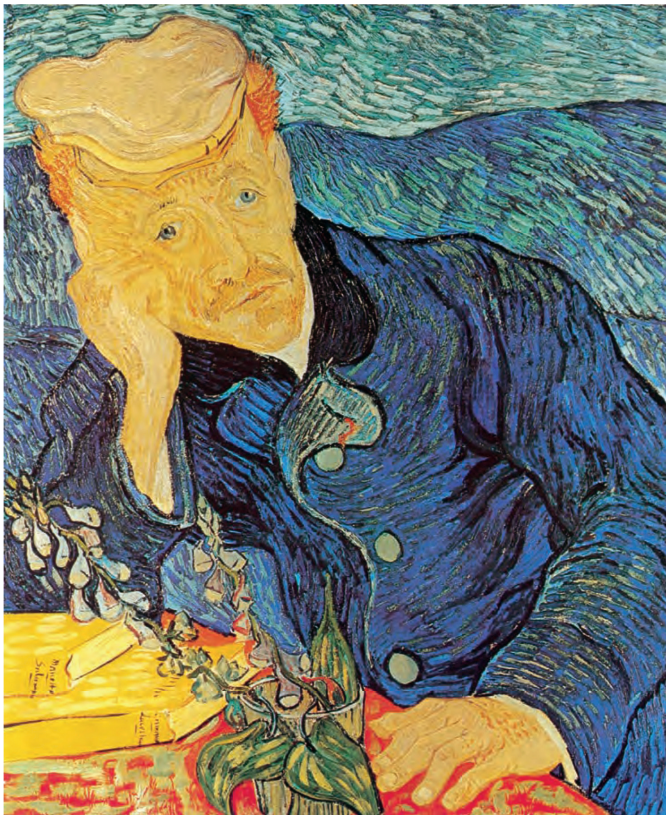


Figura 2. Le docteur Paul Gachet; Vincent van Gogh, 1890.

Disponível em http://epilepsia.org.br/wp-content/uploads/2017/06/A-doenca-e-a-arte-de-Vincent-Van-Gogh.pdf

Segundo a opinião do próprio artista sobre sua obra, a representação melancólica de Gachet simboliza a "expressão desolada do nosso tempo", sendo o único aspecto de esperança depositado sobre a figura da *Digitalis*. Essa planta, de fato, representara um modelo de tratamento generalizado na época, sendo que, especialmente durante o século XIX, demência, mudanças de humor, manifestações violentas, entre outros distúrbios psiquiátricos, eram alvo desse tipo de tratamento (3).

No período entre 1886 e 1890, ano da morte do artista, tonou-se notória a predominância de espectros amarelo-vibrantes, combinados a tons de vermelho, nas pinturas de van Gogh. O fato de que tal fase artística tenha iniciado após se tornar paciente de Paul Gachet e perdurado até sua morte sugere, para muitos críticos, a possibilidade de que van Gogh não escolhera simplesmente essa tendência; ela pode ter-lhe sido imposta pela condição médica de intoxicação digitálica.

A sintomatologia de intoxicação por *Digitalis* varia desde manifestações neurológicas, como cefaleia e desorientação, até envolvimento cardíaco, incluindo bradicardia e hipotensão. A evidência mais característica dos efeitos dessa planta, porém, é a xantopsia – alteração visual que tende a perceber objetos e ambientes em um tom amarelado (2).

Um artigo publicado na revista *Nature*, em 1991, descreve um estudo que definiu a percepção alterada induzida pela xantopsia não só como uma visão excessiva em amarelo, mas também carente em azul, violeta e branco. A mesma pesquisa analisou 276 telas de van Gogh, encontrando esse padrão em dez por cento delas. Trinta por cento foram encaixadas em um modelo já extravagante em amarelo, porém, ainda com a presença de azuis (4).

O ambiente de vida e de trabalho do pintor também fornece espaço a outros causadores de xantopsia. Seu abuso de absinto, bem como o nível de insolação a que se expôs podem, juntamente com a intoxicação digitálica, ter contribuído com a especulada alteração visual do artista (4).

Embora a saúde frágil e a história perturbada reforcem a ideia de que van Gogh desenvolveu xantopsia em decorrência da *Digitalis*, muitos percebem o caso como uma simples preferência do artista. O fato de que o amarelo representava um simbolismo especial para Vincent já fora afirmado em uma de suas cartas, em que descreveu a cor como uma "luz de puro ouro" (carta 604) (4).

A parcialidade de van Gogh pelos espectros amarelados foi assunto de muita especulação. A intoxicação digitálica tem suficientes subsídios médicos para ser sustentada no caso do pintor, porém, é a falta de documentação das dosagens aplicadas que não permite uma conclusão definitiva. A despeito das divergências de opinião, as obras de van Gogh exemplificam a arte como reflexo de uma saúde abalada e uma vida melancólica. Já dizia Edgar Degas, contemporâneo de van Gogh: "A arte não é o que você vê, mas o que você faz os outros verem" (5).

Os digitálicos como peças da medicina contemporânea

A potencialidade da *Digitalis Purpúrea* já vinha sendo utilizada pelos antigos herbalistas, em geral, bem distante da maneira que a tornou útil nas mãos dos médicos modernos. Desde que o estudo de Withering demonstrou a eficácia da planta frente à hidropsia, a dedaleira tem sido um dos instrumentos terapêuticos da insuficiência cardíaca.

O grupo dos glicosídeos cardíacos atua inibindo reversivelmente o mecanismo de troca sódio-potássio na membrana dos miócitos, de tal forma que ocorre um aumento intracelular de sódio e decréscimo de potássio plasmático. O aumento intracelular de sódio previne o antiporte de cálcio, essencial para a contratilidade do coração. Com a elevação do cálcio plasmático, há um efeito inotrópico positivo, isto é, aumento da força de contração cardíaca (6).

Embora a digoxina continue a ser vista como benéfica em pacientes com insuficiência cardíaca e fibrilação atrial, seu papel nessas patologias tem sido alvo de muitas pesquisas. Até a década de 1980, argumentava-se que não havia melhora da capacidade de exercício, tampouco dos sintomas da IC com o uso da digoxina, e que havia muitos efeitos tóxicos. Nos anos 1990, por meio de estudos clínicos randomizados, ficaram demonstradas a eficácia e a segurança da digoxina no tratamento da IC com ritmo sinusal. Assim, a digoxina tornou-se o glicosídeo cardíaco mais prescrito, destacando a disponibilidade de técnicas de mensuração do nível sérico da droga.

Habitualmente, usa-se uma única tomada diária. Nos pacientes com disfunção renal significativa, é necessário diminuir a dose de digoxina ou substituí-la pela digitoxina. Os preparados digitálicos devem ser utilizados com cautela em pacientes que apresentem arritmia ventricular complexa, bloqueios atrioventriculares (BAV), bradiarritmias, idosos, pacientes hipoxêmicos ou com infarto do miocárdio (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia).

A grande diferença entre a Digoxina e a Digitoxina é referente ao tempo de ação. Enquanto a primeira dispunha de uma atuação mais curta, com eliminação de cerca de um terço a cada dia, a segunda apresentava um tempo de ação mais prolongado, sendo que o paciente metabolizava 10% da dose por dia, na época, considerado vantagem. "A Digoxina, com menor tempo de ação e sendo eliminada mais rapidamente, e também por poder ser prescrita sem dose de ataque, foi substituindo a boa e velha Digitoxina, hoje só presente na memória de alguns" (Antonio Carlos Pereira Barreto, Jornal SBC, maio de 2017).

Três ensaios clínicos prospectivos, multicêntricos, randomizados e duplo-cegos, então, forneceram nos anos 1990 o embasamento científico de eficácia e segurança da terapia com digoxina na IC: o PROVED, o RADIANCE e, principalmente, o DIG. Esses estudos demonstraram que, em pacientes com IC com fração de ejeção reduzida (ICFER), a digoxina foi associada à melhora da classe funcional, ao alívio de sinais e sintomas de IC e à redução

de hospitalizações por todas as causas e por IC. Embora os estudos não tenham demonstrado benefício da digoxina sobre mortalidade, a análise secundária do banco de dados do DIG mostrou benefícios maiores em subgrupos de alto risco, que incluiu pacientes com classes funcionais III ou IV, fração de ejeção < 25%, e/ou relação cardiotorácica > 55%.

Apesar dos benefícios descritos, o uso da digoxina vem diminuindo progressivamente nos últimos anos. Nos EUA, entre janeiro de 2005 e junho de 2014, as taxas de prescrição de digoxina na alta hospitalar caíram de 33,1% para 10,7% em pacientes com ICFER. A razão para isso é que a digoxina tem uma janela terapêutica muito estreita, na faixa de 0,5 a 0,9 ng/mL, e há evidência de maior mortalidade em subgrupos de risco para intoxicação digitálica como mulheres, idosos e pacientes com insuficiência renal. No DIG, a incidência de hospitalização por suspeita de intoxicação digitálica foi duas vezes maior nos pacientes tratados com digoxina, apesar de a taxa total ter sido relativamente baixa (ou seja, 2% vs. 0,9%) (7).

As diretrizes de IC recomendam o uso de digoxina em pacientes com ICFER, sintomáticos, apesar da terapia otimizada e em ritmo sinusal, com objetivo de reduzir hospitalizações por IC. Também há uma indicação informal da digoxina como terapia adjuvante no controle da frequência cardíaca em pacientes com fibrilação atrial (FA) de alta resposta ventricular, quando nenhuma outra opção terapêutica puder ser empregada. Na prática, análises observacionais indicam que as principais motivações para médicos prescreverem digoxina na ICFER têm sido a presença de FA, DPOC, diabete melito, CDI, hipotensão e função renal preservada. No entanto, não há dados randomizados sobre eficácia e segurança da digoxina em pacientes com FA (no DIG, por exemplo, FA era critério de exclusão) (7).

Recentemente, alguns estudos têm demonstrado achados controversos sobre o risco da digoxina em portadores de FA. Os resultados do maior trabalho observacional sobre digoxina e FA apontaram aumento do risco de morte em 19% para cada 0,5 ng/mL de elevação na digoxinemia (8).

É importante destacar que, a despeito das ações benéficas sobre o músculo cardíaco, os digitálicos exercem uma ação oposta quando acima das doses recomendadas. Dentre as manifestações de toxicidade da digoxina, encontra-se o seu potencial arritmogênico; sintomas gastrintestinais, como anorexia, náuseas, vômitos e diarreia; sintomas neurológicos, incluindo cefaleia, fraqueza, e confusão mental, e os efeitos visuais de visão borrada e xantopsia. Ressalta-se, portanto, a necessidade de controle e monitorização quando prescrita a droga (6).

CONCLUSÃO

A trajetória da *Digitalis* já permeou caminhos turbulentos. Seu histórico de utilização cursa com algumas consequências fatais ao aflorar o espectro tóxico e extremamente perigoso, em função de episódios de administração equivocados e imprudentes. Sob distinta perspectiva, o fármaco se revelou em uma das alternativas terapêuticas mais adequadas para comorbidades comuns no tocante à cardiologia, como a IC com ritmo sinusal, se aplicado de forma correta. Faz-se imprescindível citar, ainda, o impacto dos digitálicos na vida e na arte de um dos maiores artistas pós-impressionistas conhecidos pela humanidade, Vincent van Gogh – a intoxicação por digoxina exerceu possivelmente influência em sua obra, que pode ser evidenciada na "Fase Amarela" do pintor.

A hipótese da relação entre van Gogh e a *Digitalis* é sustentada a partir da tendência vinculada à xantopsia, apontada em diversas obras de Van Gogh, a exemplo, "Le docteur Paul Gachet". Além desse sintoma, os glicosídeos cardíacos podem promover sintomatologias que se estendem desde manifestações cardíacas até patogenias relacionadas ao sistema neurológico e gastrintestinal. Entretanto, perante a prudência e o equilíbrio clínico impostos para a obtenção de sua prescrição adequada, a droga se apresenta como uma das alternativas mais eficazes para o combate da deterioração clínica, da exaustão física e, do mesmo modo, à recuperação parcial do funcionamento do ventrículo esquerdo.

Destaca-se, por fim, a importância da pesquisa efetivada acerca desse fármaco. É essencial reconhecer o valor intrínseco à prudência e à responsabilidade no que concerne à avaliação clínica e à prescrição de determinado método terapêutico e farmacológico. Conhecer a história da medicina e as nuanças de sua aplicação colabora de forma singular para a atuação de qualquer profissional inserido no contexto médico. O estudo possibilitou reflexões impactantes sobre a melhor utilização da *Digitalis* e sobre as consequências devastadoras de uma prescrição má sustentada.

> O que sou eu aos olhos da maioria das pessoas? Uma não entidade, ou um homem excêntrico e desagradável – alguém que não tem e nunca terá posição na vida, em suma, o menor dos menores. Muito bem, mesmo que isso fosse verdade, devo querer que o meu trabalho mostre o que vai no coração de um homem excêntrico e desse joão-ninguém (Carta de Vincent ao irmão Théo, 21 de julho de 1882. Disponível em http://obviousmag.org/archives/2013/07/van_gogh_e_o_elogio_a_loucura.html).

REFERÊNCIAS

1. Rezende, JM. À sombra do plátano: crônicas da história da medicina. São Paulo. Editora Unifesp, 2009.
2. Vasconcelos, AT. Digitalis Purpurea. 2014. Disponível em http://www.cehl.com.br/avaadmin/files/Pasta%20de%20Arquivos/Cadernos%20do%20CEHL/DIGITALIS%20PURPUREA.pdf.
3. Ciszewska, J, Ciszewska, A. Vincent van Gogh and Digitalis. 2013. Disponível em http://pamw.pl/sites/default/files/127_Ciszewski_0.pdf.

4. Arnold, W, Loftus, L. Xanthopsia and van Gogh´s Yellow Palette. 1991. Disponível em https://www.nature.com/eye/journal/v5/n5/pdf/eye199193a.pdf?foxtrotcallback=true.
5. Ruener, A. Vincent van Gogh´s yellow vision. 2013. Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3693787/.
6. Lopes, AC. Digital e sua importância atual no tratamento da insuficiência cardíaca. 1997. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ramb/v43n1/2062.pdf.
7. Patel N., Ju C., Macon C., et al. Temporal trends of digoxin use in patients hospitalized with heart failure: analysis from the American Heart Association Get With The Guidelines-Heart Failure Registry. J Am Coll Cardiol HF 4:348–356. 2016.
8. Lopes R.D. Digoxin And Mortality in Patients With Atrial Fibrillation With and Without Heart Failure: Does Serum Digoxin Concentration Matter? American College of Cardiology (ACC). 2017. Scientific Sessions.

✉ Contato da autora
Luiza Maria Costi Menta
💻 luizacostim@outlook.com