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 – Nº4 – OUT.-DEZ. 2018 / Suplemento**



VI JORNADA GAÚCHA DE HISTÓRIA DA MEDICINA

PRÊMIO PROFESSOR RUBENS MACIEL

PARA ACADÊMICOS DE GRADUAÇÃO DE **HISTÓRIA** E **MEDICINA**



Realização: Apoio:

Associação Gaúcha de História da Medicina

UCS Universidade de Caxias do Sul

AMRIGS

muhm Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul

Unimed Rio Grande do Sul

UNICRED Integração

Grupo Diagnose

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 da 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 4 – OUT.-DEZ. 2018

COMISSÃO ORGANIZADORA DO VI JORNADA GAÚCHA DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Presidente da Associação Gaúcha de História da Medicina (AGHM)
e da VI Jornada Gaúcha de História da Medicina:
Ildo Sonda

Vice-Presidente da AGHM:
Carlos Gomes Ritter

Presidente da Comissão Organizadora:
Maria Helena Itaqui Lopes

Membros da Comissão Organizadora:
Luiz Gustavo Guilhermano
Luiza Iotti
Gerti Piantá
Éverton Quevedo
João Gabriel Toledo
Nixon Antunes
Bruna Teston Cini
Camila Biehler
Carelise Almeida
Isadora Cará De Carli
Gabriel De Carli
Daniel Pastorio
Gabriela Schmitz
Taiane Cechin
Tiago Marques
Samuel Hadad
William Silva
Leonardo Hermes Lau
Guilherme Ribeiro
Jessica Schiavenin

VI JORNADA GAÚCHA DE HISTÓRIA DA MEDICINA

"*Se queres prever o futuro, estuda o passado.*" Essas palavras do sempre sábio Confúcio nos ajudam a entender por que estamos aqui. Relembrar o passado para bem nos prepararmos para o futuro: é essa a nossa proposta. Mas, principalmente, trazer essa discussão para o ambiente acadêmico e, especialmente, difundir junto aos jovens estudantes dos cursos de Medicina e História essa necessidade.

É com muito orgulho que, pelo terceiro ano consecutivo, Caxias do Sul sedia eventos de relevância regional e nacional sobre a História da Medicina, transformando a Serra Gaúcha, a partir de então, em um novo polo de estudo e investigação dentro desta área. Ao darmos início à VI Jornada Gaúcha de História da Medicina, desejamos saudar a Universidade de Caxias do Sul, na pessoa do seu Magnífico Reitor, Prof. Dr. Evaldo Kuiava, que ofereceu a excelente estrutura deste Teatro Universitário e que muito nos honra com a sua presença nesta cerimônia de abertura. Queremos agradecer a todo corpo docente desta Universidade, representado pelo professor Dr. Asdrúbal Falavigna, diretor da Área de Conhecimento de Ciências da Vida, que muito gentilmente aceitaram o convite em participar das palestras e das diversas bancas de avaliação das dezenas de temas livres inscritos para este evento. E, por fim, gostaria de agradecer efusivamente aos professores convidados, das diversas cidades gaúchas, que abrilhantam o nosso evento e elevam substancialmente o nível científico dos assuntos escolhidos para este certame.

Como Presidente da Associação Gaúcha de História da Medicina, a verdadeira responsável por tudo isso acontecer, sinto-me honrado em declarar abertos os trabalhos desejando que estes dias sejam de muito crescimento e de intenso aprendizado a todos, e, ao despedir-me, fazer uma última menção aos acadêmicos dos cursos de História e Medicina, desta e das outras universidades, dizendo que é por vocês e para vocês que trabalhamos intensamente para a realização desta Jornada. É a partir da efetiva participação dos alunos, seja na organização do evento, sempre impecável, seja no grande número de temas livres confeccionados e programados para apresentação oral, que prometem excelente nível técnico, que obteremos o sucesso deste evento.

Boa Jornada a todos!

Prof. Dr. Ildo Sonda
Presidente da VI Jornada Gaúcha de História da Medicina

Revista da AMRIGS / Suplemento

SUMÁRIO

ASCENSÃO E QUEDA DA LOBOTOMIA: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA
The rise and fall of the lobotomy: a historical perspective

Emanuel Bettoni Nobre, Flávia Menegotto de Aguiar, Asdrubal Falavigna 5

DA NEUROLOGIA PRÉ-TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO ATÉ SUA DESCOBERTA: A BUSCA PELA VISUALIZAÇÃO DO CÉREBRO
From the pre-head computed tomography era until its discovery: seeking brain visualization

Miguel Bertelli Ramos, Frederico Arriaga Criscuoli de Farias, Ildo Sonda 14

AS ENFERMEIRAS DA FORÇA EXPEDICIONÁRIA BRASILEIRA: UMA HISTÓRIA DA SAÚDE EM TEMPOS DE GUERRA, DISCRIMINAÇÃO E CONQUISTA DO ESPAÇO SOCIAL
The nurses of the Brazilian Expeditionary Force: a history of health in time of war, discrimination and conquest of the social space

Gabriela Carvalho Schmitz, Maria Helena Itaqui Lopes 19

Ascensão e queda da lobotomia: uma perspectiva histórica

The rise and fall of the lobotomy: a historical perspective

Emanuel Bettoni Nobre[1], Flávia Menegotto de Aguiar[1], Asdrubal Falavigna[2]

RESUMO

Introdução: No começo do século XX, doenças mentais eram um problema grave, pois não havia métodos eficazes de as combater. Nesse contexto, surgiu a lobotomia, uma psicocirurgia que se propunha a tratar diversas psicopatias, no entanto altamente controversa. O objetivo deste trabalho foi descrever a trajetória histórica da lobotomia e analisar seu impacto no Brasil e no mundo. **Métodos:** A pesquisa foi realizada com propósito exploratório e abordagem qualitativa. Consultou-se a literatura do tema em bases de dados online (Scielo e PubMed). **Resultados:** Desenvolvida por Egas Moniz em 1936, a leucotomia pré-frontal baseava-se no rompimento de conexões neurais na substância branca cerebral, como forma de gerar novos circuitos e, então, curar doenças psíquicas. Mais tarde, Walter Freeman expandiu essa técnica, criando a lobotomia transorbital, a qual se tornou extremamente conhecida nos EUA, sendo realizada massivamente. A cirurgia disseminou-se no mundo e, inclusive, no Brasil, principalmente pelo trabalho do médico Aloysio Pimenta. Após a sintetização do primeiro fármaco antipsicótico, a lobotomia entrou em desuso. Nos anos subsequentes, foi alvo de inúmeras discussões éticas e forte repercussão midiática. **Conclusão:** A lobotomia ficou marcada na história como uma tentativa inicial do estudo científico de doenças psíquicas. Contudo, pela precariedade dos métodos da época, acarretou consequências irreversíveis a muitos pacientes e, por isso, hoje vemos esse episódio como um exemplo do que não se repetir na medicina.

UNITERMOS: Psicocirurgia, História, Ética.

KEYWORDS: *Psychosurgery, History, Ethics.*

INTRODUÇÃO

No final dos anos 1890 e início dos anos 1900, as doenças psiquiátricas estavam cada vez mais sendo debatidas, e o uso dos manicômios estava crescendo significativamente. Juntamente com essas situações, os estudos relativos à psicocirurgia começaram a receber mais atenção e olhares dos especialistas (1). Entre vários nomes, merecem destaque os médicos portugueses Egas Moniz e Almeida Lima, que desenvolveram a técnica da leucotomia ou lobotomia pré-frontal. A lobotomia se caracterizava pela secção e destruição de partes da substância branca do córtex cerebral, visando curar ou amenizar os sintomas de doenças psíquicas, como, por exemplo, a esquizofrenia (2). Influenciado por Moniz, Walter Freeman foi o responsável pela popularização e pelo aperfeiçoamento da técnica. Houve uma melhora dos resultados cirúrgicos, sendo estes difundidos, principalmente, no seu país de origem, os Estados Unidos.

A lobotomia estava sendo realizada em inúmeros países, inclusive no Brasil, nas décadas de 1940 e 1950 (3). Este avanço mundial, sem muito controle do treinamento e qualificação para realização da técnica cirúrgica, fez com que a academia se manifestasse com fortes críticas, sugerindo revisar o real benefício do procedimento, frente a questões éticas e à elevada incidência de complicações clínicas e neurológicas (1). Este processo resultou no declínio da lobotomia, tendo permanecido, então, seu legado para psiquiatria e para a medicina como um todo.

O presente trabalho teve como objetivo principal descrever a trajetória histórica da lobotomia, desde antes da criação até o declínio da prática, e analisar as implicações éticas e sociais da cirurgia no Brasil e no mundo.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada com propósito exploratório e abordagem qualitativa. A pesquisa da literatura foi feita em bases de dados da Scielo e do Pubmed, utilizando os indexadores: "lobotomia", "leucotomia pré-frontal", "mídia" e "Brasil". As principais contribuições foram dos artigos de Barreto (15), Collins e Stam (11), Gallea (1) e Caruso e Sheehan (4).

[1] Estudante de Medicina de Universidade de Caxias do Sul (UCS).
[2] Neurocirurgião. Doutor e Professor do Curso de Medicina UCS. Coordenador da área das Ciências da Vida da UCS.

RESULTADOS

Contexto histórico

A psicocirurgia existe há milhares de anos, havendo registros de craniotomias datando desde 5100 a.C. (1,4). Por falta de conhecimentos comprovados a respeito da psiquiatria e da psicologia, as motivações para a realização de cirurgias tendiam a pensamentos relacionados à interferência de divindades ou demônios no comportamento de uma pessoa. Na Idade Média, realizava-se trepanação com o objetivo de retirar a "pedra da loucura" (1,2), como representado pela famosa pintura de Bosch, "A Extracção da Pedra da Loucura" (Figura 1). No século XIX, a ciência transformou a psicocirurgia para moldes mais semelhantes com os atuais. Iniciou-se, então, uma linha de estudo técnico e científico, a qual foi propulsionada e valorizada com os trabalhos de Burckhardt.



Figura 1 – Pintura "A Extracção da Pedra da Loucura", de Hieronymus Bosch, *circa* 1494. Acervo do Museu Nacional de Prado.

Disponível em domínio público via *Wikimedia Commons,* URL: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cutting_the_Stone_(Bosch).jpg.

Gottlieb Burckhardt

Johann Gottlieb Burckhardt foi um médico suíço, nascido em 1836, que ficou conhecido como o "pai da psicocirurgia moderna". Formou-se na Universidade de Basel, porém também estudou nas universidades de Gottingen e de Berlim. Em 1873, começou a trabalhar na Clínica Psiquiátrica de Waldau, na Universidade de Berna, na qual permaneceu por apenas um ano, pois recebeu o cargo de diretor da Clínica Psiquiátrica de Prefargier (5).

Burckhardt foi o primeiro médico a realizar pesquisas científicas utilizando o tratamento cirúrgico de doenças psíquicas. Trabalhou em uma época em que as teorias sobre a relação do cérebro com o comportamento humano estavam sendo descobertas e usadas na prática dos cuidados com os pacientes. Burckhardt foi fortemente influenciado pelo trabalho de fisiologistas alemães, como Gustav Fritsch e Eduard Hitzig, os quais constataram a presença de respostas motoras decorrente de estímulos elétricos em áreas do córtex cerebral de cães, e Friedrich Goltz, que realizou experiências de retirada do neocórtex de cães, tendo como resultado um comportamento agressivo do animal, e uma passividade, na remoção do córtex temporal (5). Burckhardt passou a acreditar que pacientes com alucinações auditivas poderiam ter melhora dos sintomas com a retirada de parte do córtex cerebral responsável pela audição. De modo geral, sua hipótese seria de que patologias seriam solucionadas retirando-se a parte do córtex correspondente a elas. A partir desse pensamento, concluiu que lesões no cérebro poderiam causar comportamentos específicos, de maneira que aliviariam sintomas psíquicos sem afetar os neurônios. Sendo assim, a topectomia, procedimento de resseção cirúrgica de certas regiões do córtex cerebral, seria uma proposta de tratamento para doentes psiquiátricos.

No ano de 1888, na Clínica Psiquiátrica de Prefargier, o "pai da psicocirurgia" realizou sua primeira cirurgia psiquiátrica (5). Nesse mesmo ano, duas mulheres e quatro homens com esquizofrenia fizeram a topectomia bilateral, nos lobos temporal e parietal direito e esquerdo. O resultado cirúrgico foi de um óbito, três pacientes com melhora dos sintomas e dois inalterados. Burckhardt apresentou seus resultados no Congresso Médico de Berlim, em 1889, com várias críticas e comentários negativos dos participantes. Devido a isso, ele encerrou sua trajetória na psicocirurgia. Johann Gottlieb Burckhardt faleceu de pneumonia, em 1907.

Egas Moniz

Em 29 de novembro de 1874, na cidade de Estarreja, em Portugal, nasceu António Caetano de Abreu Freire Egas Moniz. Ele formou-se na Universidade de Coimbra, onde também lecionou por alguns anos (6). Egas sempre teve uma vida acadêmica muito ativa, visto que publicou 22 livros e 242 artigos. Um dos importantes estudos e descobertas feitos por ele foi a angiografia cerebral, técnica

utilizada para a visualização de vasos sanguíneos cerebrais. Entretanto, seu principal feito foi o desenvolvimento da técnica cirúrgica da leucotomia ou lobotomia pré-frontal. O objetivo dessa técnica seria o de curar e/ou amenizar sintomas de doenças psíquicas. Os resultados dessas pesquisas proporcionaram a Egas o Prêmio Nobel, em 1949, e o Prêmio de Olso, em 1945.

No momento em que Egas desenvolveu a técnica desse procedimento, já havia no meio médico o conhecimento de que o tálamo estava relacionado com manifestações psíquicas emocionais, mas também já havia a noção de que diferentes regiões do córtex poderiam ter influências sobre as expressões emotivas e comportamentais. A hipótese de Egas seria de que as ligações célulo-conectivas do cérebro eram feitas entre prolongamentos protoplasmáticos e cilindros-eixos e, se destruídas as conexões, na presença de uma patologia psíquica, os sintomas da enfermidade desapareceriam (2). Contudo, seria necessária a interrupção completa dessas conexões para impossibilitar a recomposição anátomo-fisiológica, e, com isso, ocorreria o estabelecimento de novos circuitos reativando a saúde mental. Moniz escolheu o lobo frontal para seccionar essas ligações e retirar parte da substância branca do cérebro, visto seu papel psíquico. Essa técnica foi desenvolvida por Egas, porém a prática foi realizada por outro médico português, Pedro Almeida Lima.

O procedimento era feito sob anestesia local nos pacientes calmos, e anestesia geral nos pacientes mais agitados. A técnica iniciava com a injeção de álcool, seguida da secção cirúrgica pelo leucótomo (2). O leucótomo, desenvolvido por Egas, constituía em um metal com fenda longitudinal em extremidade fixa, a qual possuía uma haste metálica flexível. Através da rotação do leucótomo, a substância branca era seccionada e essa ação era repetida algumas vezes, modificando o ângulo de inclinação do leucótomo e a profundidade da perfuração. Posteriormente, o local era fechado com pontos, sendo os mesmos retirados após oito dias. Os pacientes que conseguiam locomover-se bem e estavam calmos eram encaminhados para enfermaria. Os pacientes agitados eram conduzidos para seções psiquiátricas, onde eram enfaixados e seriam aplicados sedativos com o intuito de que o paciente não retirasse seus curativos e infectasse a ferida (2). A melhora dos resultados era observada em grande parte dos procedimentos e de maneira tardia.

A leucotomia pré-frontal de Egas Moniz nunca foi uma unanimidade. Alguns defendiam a técnica, justificando que beneficiava os doentes, uma vez que diminuía os estados de ansiedade e de agitação, e outros, contrários ao procedimento, frisavam o elevado risco de complicações, tais como aceleração do pulso, elevação da pressão arterial, o estado de desorientação, a hemorragia intracraniana, e as alterações de personalidade. Somado a isso, eram observados sintomas do tipo náuseas e vômitos, incontinência de fezes e urina, fibrilação masseter, queda das pálpebras, perturbações pupilares, abolição do reflexo motor, desaparecimento das expressões faciais e alterações na fala e na voz (2).

Walter Freeman

Walter Jackson Freeman II foi quem se responsabilizou por difundir a teoria de Moniz nos Estados Unidos. Nascido em 14 de novembro de 1895, na Filadélfia, EUA, formou-se em 1920 na Universidade da Pensilvânia (4,7). Quando começou a lecionar na Universidade de Georgetown, em 1931, já usava oxigenoterapia para tratar seus pacientes doentes mentais, evoluindo em 1938 à eletroconvulsoterapia (7).

Em 1935, durante o Congresso Internacional de Neurologia em Londres, acompanhou a apresentação de Fulton e Jacobsen, que haviam testado as mudanças comportamentais de um chimpanzé por meio da ablação dos seus lobos frontais (8). No mesmo ano, Freeman recrutou James Watts como assistente para as lobotomias na Universidade George Washington (4).

Após a primeira leucotomia realizada por Moniz e Almeida Lima, em 1935 (2,8), e a subsequente publicação de seus resultados, Freeman percebeu o potencial "revolucionário" da cirurgia. Enviou cartas à dupla portuguesa pedindo autorização para realizar o procedimento no território norte-americano (4), a qual foi concedida rapidamente. Menos de um semestre depois, a primeira lobotomia em solo norte-americano da paciente Alice Hood Hammatt (4), diagnosticada com depressão profunda, foi feita com uma hora de duração. No pós-operatório, a paciente estava contente e aliviada; entretanto, desenvolveu na semana seguinte dificuldades com a linguagem, desorientação e grande agito. Recebeu alta e a operação foi considerada um sucesso.

Com o sucesso de suas cirurgias, Freeman desenvolveu, em 1945, uma nova técnica, a lobotomia transorbirtal (4,7), realizando-a pela primeira vez no ano seguinte. Nesse procedimento, uma ferramenta comprida e fina denominada orbitoclasto – por se assemelhar a um picador de gelo, se popularizou o termo "icepick method" (4,8,9) –, era inserida no teto da cavidade orbital com o auxílio de uma marreta, fraturando o osso e atingindo o lobo frontal. Como esse método era simples e rápido, o paciente não era sedado com anestesia geral; ao invés disso, se utilizava eletrochoque para induzir coma (4) – a cirurgia era feita em menos de dez minutos. A técnica permitia que fosse possível realizar vinte procedimentos diários, o que propulsionou sua fama e reputação.

A popularização e a mídia

Previamente à Conferência da Associação Médica do Sul, ainda em 1936, Thomas Henry, um privilegiado redator do jornal *The Washington Evening Star*, foi convidado a presenciar a realização da cirurgia pela dupla norte-americana. Após a experiência, Henry publicou o artigo "Brain Operations by D.C. Doctors Aid Mental Ills" (10) (Operações cerebrais por doutores de D.C. curam doentes mentais), ovacionando o procedimento como um marco da ciência e uma das maiores inovações da gera-

ção – o texto recebeu a chamada na capa do jornal. Após esse evento, Freeman decidiu renomear a leucotomia para lobotomia pré-frontal, pois queria enfatizar que tudo acontecia nos lobos frontais e envolvia o rompimento de substância branca e cinza (4), já que o termo leucotomia sugere apenas rompimento da primeira. Serviu, também, para identificar a evolução dos cirurgiões norte-americanos, diferenciando-os dos portugueses.

Em 1941, receberam a publicação de maior alcance até então, no *Saturday Evening Post*, com o artigo "Turning the Mind Inside Out" (Figura 2) (4,9,10) – esse artigo seria a faísca para que, mais tarde, a posição de Freeman e Watts como *showmen* nos EUA fosse ferozmente criticada pelos jornalistas.

No entanto, a lobotomia foi largamente divulgada pelo resto da década de 1940 e espalhou-se de forma rápida. O grande público foi altamente receptivo, parte pelo contexto social da época. Alguns anos antes, entre as décadas de 1920 e 1930, a ideologia da eugenia foi amplamente disseminada e o estigma de que doentes mentais poderiam arruinar vidas e famílias. Por isso, familiares e doutores desesperados atrás de curas para tais doenças abraçaram a esperança prometida por esse tratamento cirúrgico. Os nomes de Freeman e Watts estavam cada vez mais evidentes e acabaram instalados no imaginário popular.



18

Dr. Walter Freeman, left, and Dr. James W. Watts study an X-ray before a psychosurgical operation. Psychosurgery is cutting into the brain to form new patterns and rid a patient of delusions, obsessions, nervous tensions and the like.

Doctor Freeman is the neurologist and analyst, Doctor Watts the surgeon. Here the latter is being helped on with his gloves before operating.

PHOTOGRAPHS TAKEN FOR THE SATURDAY EVENING POST BY HARRIS & EWING

TURNING THE MIND INSIDE OUT

By Waldemar Kaempffert

THERE must be at least two hundred men and women in the United States who have had worries, persecution complexes, suicidal intentions, obsessions, indecisiveness, nervous tensions, literally cut out of their minds with a knife by a new operation on the brain. They are the beneficiaries of psychosurgery, a word which is not yet in the dictionary. From problems to their families and nuisances to themselves, from ineffectives and unemployables, many of the two hundred have been transformed into useful members of society. A world that once seemed the abode of misery, cruelty and hate is now radiant with sunshine and kindness to them.

Physically there is nothing abnormal about the brain on which the surgeon of the mind operates. In appearance and structure it is indistinguishable from that of a solid citizen who pays his bills, observes the conventions, belongs to the right clubs, contributes generously to local charities, and lives an irreproachable life. Yet it cannot think logically. It is the brain not of an insane mind but of a mind that lives in an impossible, illusory world of its own creation. The psychosurgeon thrusts his knife deep into that brain on either side, cuts at exactly the right angle in exactly the right plane and usually succeeds in turning an ingrowing and a harassed mind outward and in transforming a personality.

No rash and sudden attempt is psychosurgery, to succeed where kind words, drugs and arguments have failed for centuries. It benefits from all the knowledge ever acquired of the brain as a piece of mechanism. Even the founders of phrenology, F. J. Gall and J. C. Spurzheim, contributed something; for behind their slightly quackish system of feeling bumps on the head and thus judging human character and capabilities lay the sound conception of a brain in which traits of ability and what we call "character" were localized. Since their time every nook and cranny of the brain has been poked into, dissected, examined, blueprinted, named and otherwise identified as if they were components of an automobile. Different parts of the brains of animals were either removed or stimulated with electric currents and the areas and centers discovered that control movement, seeing, hearing, swallowing, winking, breathing, sweating and other activities.

The effect of injuries on human brains was studied—erratic behavior, convulsions, loss of memory and reasoning power, paralysis of the muscles and organs. Dr. Leonardo Bianchi, a famous Italian neurologist, lived and shared his food with monkeys whose forebrains he had removed and noted their loss of what he called "social sense," initiative and memory. The Russian, Pavlov, showed that the mouths of dogs trained to associate the ringing of a bell with eating would water and the

Figura 2 – Primeira página do artigo *"Turning the Mind Inside Out"*, com figuras de Walter Freeman e James Watts. Texto: Waldemar Kaempffert; fotografias: Harris A. Ewing (*Saturday Evening Post,* 24 de maio de 1941, pág. 18-9).

Disponível em domínio público via Wikimedia Commons, URL: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Turning_the_Mind_Inside_Out_Saturday_Evening_Post_24_May_1941_page_18.jpg.

De forma geral, as publicações na imprensa possuíam um tom muito otimista, representando a operação como uma prática precisa e eficiente (10), incluindo entrevistas com os dois descrevendo a manipulação do orbitoclasto. Muitos dados eram omitidos ou suavizados, sempre ofuscados pela pretensiosa supervalorização dos resultados positivos (9,10). Foram redigidos textos sensacionalistas e sem criticidade nenhuma, apenas reproduzindo informações tendenciosamente, sem fontes ou dados confiáveis (9). As matérias apelavam ao emocional da população utilizando-se de metáforas que tratavam os pacientes pré-operação como animais selvagens e, pós-operação, como criaturas gentis (10), garantindo aspecto reformatório à cirurgia e a Freeman uma personalidade engajada no bem-estar social.

Tudo fazia parte de uma eficiente estratégia de Freeman, que, desde o começo, tinha ciência da importância da mídia para legitimar e trazer simpatia ao seu procedimento. Tudo aconteceu de acordo com o que havia planejado durante o seu auge de popularidade, nomeado pela revista *Time* como "período das lobotomias em massa" (8). Entre os anos de 1949 e 1957, Freeman lobotomizou 2400 pacientes, chegando a operar 225 pessoas em um espaço de 12 dias (8). Somente para parâmetro, no período de 1936 até 1948 operaram "somente" 625 operações (8). Há divergências na quantificação do total de lobotomias realizadas em território norte-americano entre os anos de 1936 e 1957, constando em literatura 20 mil (8), 35 mil (11) ou até 60 mil (4) operações. Apesar do sucesso "comercial", o quesito científico começou a pesar e, nos anos subsequentes, a lobotomia iniciou seu rápido processo de declínio.

O declínio

Com a premiação de Egas Moniz com o Nobel de Medicina, em 1949, despertou na sociedade médica um extremo senso crítico a respeito da lobotomia e publicaram-se inúmeros artigos científicos questionando seus métodos e resultados (1,8). Os prós e os contras foram avaliados, surgindo uma preocupação sobre os pacientes lobotomizados, comparados a vegetais pela imprensa, não sendo mais permitido realizar arbitrariamente o procedimento. A situação gerou diversas polêmicas e controvérsias na mídia. Na mesma época, a eletroconvulsoterapia também passava pelo julgamento popular, o que agravou a rejeição pela lobotomia, uma vez que ambas eram vistas como desumanas e como modos de tortura.

As artes também apresentaram fortes denúncias, sendo a obra com maior impacto social o livro *Um Estranho no Ninho*, de Ken Kesey (4), publicado em 1962, adaptado em um filme de mesmo nome em 1975. Nele, o personagem

principal provoca uma rebelião no manicômio e acaba lobotomizado contra a sua vontade, o que o deixa completamente desabilitado e com sequelas. O filme ganhou cinco das maiores categorias do Academy Awards (Oscar) e foi responsável por consolidar a percepção pública a respeito dos usos abusivos do procedimento em doentes mentais internados em instituições.

Freeman tornou-se alvo dos tabloides quando foi convocado para operar Rosemary Kennedy, irmã do então presidente John F. Kennedy, a qual sofria de problemas de agressividade, agitação e epilepsia. Com 23 anos, Rosemary passou por uma lobotomia transorbital contra sua própria vontade (4). Após o procedimento, ficou gravemente desabilitada, incapaz de falar ou andar, o que a levou à internação pelo resto de sua vida. Após vários meses de terapia, voltou a se movimentar e a falar de forma parcial e ineficaz. Apesar desse caso ter sido abafado pela família Kennedy, muitos outros tiveram grande repercussão, e o médico sofreu fortes críticas nas mídias. Foram expostos o descaso com os pacientes, uma vez que muitos evoluíam para desabilitação, e sua hipocrisia, pois, no começo da carreira, afirmava que operaria apenas se extremamente necessário e, passados anos, realizava lobotomias em vários pacientes sem critérios rígidos. Independentemente disso, ele mantinha-se firme na defesa da sua criação e de seu ideal de aliviar o sofrimento de seus pacientes.

Em 1950, um evento mudou a história da psiquiatria: foi a descoberta do primeiro fármaco antipsicótico, a clorpromazina (1,4,8,9), sintetizada ao acaso pelo químico Paul Charpentier. Ela foi um brilho de esperança para os doentes mentais e tornou-se um marco definitivo para o estabelecimento da terapia farmacológica. Cinco anos depois, o amplo uso da droga, principalmente para esquizofrênicos, foi liberado nos EUA (4,9), e a lobotomia e outras terapias similares deixaram de ser praticadas.

Aplicação clínica

No mundo

Uma das evidências da fama da lobotomia no mundo foi a ocorrência da primeira Conferência Internacional sobre Psicocirurgia, em 1948, em Lisboa (11). Esse evento, organizado por Walter Freeman e James Watts, reuniu médicos de mais de 20 países e apresentou mais de oito mil casos cirúrgicos de lobotomia. A realização desse evento é um dos motivos, juntamente com o fato de os criadores da técnica serem portugueses, o que permite afirmar que Portugal foi o país com maior significância histórica para lobotomia, mesmo o país não tendo sido o local em que realizou mais procedimentos. Egas Moniz e Pedro Almeida Lima, ao longo do desenvolvimento de suas pesquisas clínicas, coletavam dados a respeito dos resultados, montando um banco de dados com fatores preditivos de prognóstico positivo, negativo ou inalterado. Os dados dos primeiros 20 pacientes foram organizados de acordo com o tipo de doença psíquica que sofriam (2). As enfermidades mais tratadas (n=7) foram a esquizofrenia e a parafrenia, conjunto de problemas mentais que incluem demência precoce e paranoia. Os resultados satisfatórios foram observados em dois pacientes e nos outros cinco sem resultados. Melhor resultado foi verificado na esquizofrenia (n=5), doença como o que chamavam de melancolia ansiosa, com cura clínica em quatro pacientes e melhora parcial no outro paciente. O tratamento de três pacientes com neurose de angústia teve uma cura e duas melhoras, assim como os de outros três pacientes com mania. Houve enfermidades em que a lobotomia foi analisada em somente um paciente, a exemplo da melancolia involutiva e da Síndrome de Cottard, doença em que o afetado delira que está morto, sendo relatado cura no caso da primeira e melhora na segunda. Diante dos resultados da pesquisa e da técnica desenvolvida, profissionais, não somente portugueses, sentiram-se incitados a aderir a essa forma de tratamento psiquiátrico.

Os Estados Unidos foram o país com maior relevância na realização da lobotomia, dado que dezenas de milhares (4,8,11) de procedimentos foram feitos naquele país. Apesar disso, a implementação da lobotomia em território norte-americando foi relativamente lenta. O principal responsável pela disseminação dessa prática nos Estados Unidos foi Walter Freeman. Até o ano de 1942, há relatos de que ele tenha realizado mais de 140 lobotomias juntamente com James Watts, apresentando 98 casos de grandes melhoras, 23 pacientes com melhoras apreciáveis, 12 sem resultado e 11 mortes (2). A análise feita por Freeman a respeito dos óbitos aponta que três decorram diretamente da realização da lobotomia e os outros oito ocorreram devido às consequências da intervenção. Assim como para Moniz, os melhores resultados foram obtidos nos casos de melancolia, e os resultados mais inferiores foram relatados nos pacientes com esquizofrenia. De acordo com o médico norte-americano, os melhores resultados eram quando houvesse "tensão emocional" (12), e a melhora no quadro clínico seria definida caso o paciente readquirisse a capacidade do convívio social ou classificado como vida normal, caso retornasse à sua atuação profissional prévia. Em outro estudo, Freeman operou 190 esquizofrênicos, com 33% incapacitados, sem poder sair de casa, 28% confinados a instituições e com os óbitos representando 2% dos casos (12). Após Freeman ter obtido reconhecimento e sucesso nos Estados Unidos, diversos médicos norte-americanos e latinos foram inspirados, pois seu número de cirurgias foi extremamente superior à de seus inventores portugueses.

Além de Portugal e Estados Unidos, outros países aderiram à onda da lobotomia, embora não tenham alcançado a mesma relevância em estudos e prática que eles. Na Itália, a primeira vez em que a lobotomia foi registrada foi no ano de 1936. No ano seguinte, Moniz foi até aquele país e ministrou aulas a respeito da técnica e demonstrou o procedimento. Além disso, instruiu médicos italianos a respeito da execução da lobotomia (11). Emilio Rizzatti e Borgarello foram figuras importantes dentro desse cenário na Itália,

posto que até 1939 eles trataram quase 200 pacientes com lobotomia através do método de Egas e tiveram seu trabalho reconhecido por Freeman (2). Dos pacientes que os italianos trataram, a prioridade foi dada aos que sofriam de esquizofrenia e é relatado que, desses, 31% obtiveram melhoras. Os médicos italianos combinaram o tratamento cirúrgico ao tratamento insulínico e/ou cardíaco.

A lobotomia foi iniciada tardiamente na Suíça quando comparado aos outros países. Snorre Wohlfahrt e Olof Sjöqvist contataram psiquiatras dos Estados Unidos que realizavam o procedimento e começaram seus estudos e experimentos a respeito da técnica inicialmente desenvolvida por Moniz. Durante os anos de 1944 e 1945, a disseminação da prática da lobotomia na Suíça foi bastante acelerada, sendo que no ano de 1949 já haviam sido feitas 1454 cirurgias (10). Não muito tempo depois, a técnica começou a ser questionada, e alternativas menos invasivas com riscos operatórios menores e menos graves surgiam aos poucos. Já na Inglaterra, o médico Wylie McKissock efetuou diversas variantes da técnica original, como a inserção do instrumento curvo na lateral do quadrante inferior dos lobos frontais (11). Conforme dados do *Proceedings of the Royal Society of Medicine* (Procedimentos da Sociedade Real da Medicina), cerca de 800 procedimentos foram realizados no país.

No Canadá, o psiquiatra McKenzie desenvolveu a leucotomia bilateral do lobo frontal, variando alguns aspectos da técnica original do português Egas Moniz (11). Nos anos posteriores à Segunda Guerra Mundial, foram relatados 27 pacientes em que foi realizada a lobotomia somente na cidade de Toronto.

Na América Latina, há registros de que, no México, o médico Sixto Obrador estava experimentando outra variante da lobotomia (11). Nesse novo método, o acesso ao cérebro seria efetuado por meio de perfurações na base do lobo temporal, alterando significativamente a técnica desenvolvida por Moniz, uma vez que essa era feita no lobo frontal do cérebro. Manuel Velasco-Suarez, também mexicano, relatou 70 pacientes em que realizou a lobotomia. Com um objetivo um pouco distinto, afastando-se do meio psiquiátrico, o médico Jiménez Arango utilizou, na Colômbia, diferentes variações da lobotomia visando ao tratamento de cânceres inoperáveis de 12 pacientes (11).

Além de todos esses países, há relatos do uso da lobotomia na Índia, realizada quatro vezes pelo médico Balakrishna Rao em pacientes com diversas doenças; na Dinamarca, pelo médico Bush, que aplicou a técnica em 25 pacientes, e na Nova Zelândia, pelos médicos McLachlan e Falconer (11). Na então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), o procedimento foi desde o início muito questionado por modificar o comportamento das pessoas e remover sua "humanidade", sendo utilizado apenas como um tratamento de última instância. O procedimento foi banido no país em 1950 (13). No Japão, a cirurgia foi proibida em 1975, sendo anteriormente aplicada apenas em criminosos. Protestos e manifestações civis se opuseram à prática, o que sedimentou um tabu na cultura japonesa quanto às psicocirurgias em geral, as quais são altamente rejeitadas (14).

No Brasil

Em 1928, Egas Moniz esteve no Brasil com o objetivo de divulgar e auxiliar neurologistas brasileiros quanto à prática da angiografia cerebral por contraste (3), criada por ele no ano anterior. Desde então, a comunicação entre o português e médicos brasileiros foi constante e intensa, de forma que sua próxima descoberta, a leucotomia pré-frontal, chegaria no território brasileiro em poucos meses após sua idealização. A aplicação do procedimento em instituições psiquiátricas foi rápida, já em 1936, mesmo ano em que Freeman viria a realizar estudos a respeito da lobotomia. A cirurgia idealizada por Moniz foi a mais utilizada, inclusive por conta de sua proximidade com a classe médica nacional; poucos casos de lobotomia transorbital de Freeman foram documentados. No entanto, ocorreram também algumas variações inéditas.

A primeira foi no Hospital Psiquiátrico do Juquery, no município de Franco da Rocha, na região metropolitana de São Paulo capital, que fora o maior manicômio da América Latina. O médico-cirurgião foi Aloysio Mattos Pimenta, que operou quatro pacientes em agosto de 1936 (3) – porém, relatou o desenvolvimento de apenas duas. Há indícios, inclusive, de ele ter sido o primeiro a realizar a leucotomia fora de Portugal. Sete anos após os trabalhos de Pimenta, o cirurgião Joaquim Calvacanti foi o primeiro a publicar um trabalho documentando o uso da técnica de Freeman em solo brasileiro (3), no qual relatou que, de seus treze pacientes operados, dois ficaram com sequelas (e estado psíquico e corporal piorado) e um faleceu. Entre 1942 e 1956, as publicações foram constantes em todos os anos – e, a cada artigo, procurava-se avançar no sentido de evitar fatalidades, o que nem sempre era atingido. Em 1944, divulgou-se o primeiro trabalho com aplicação em massa da lobotomia pré-frontal, contando com uma equipe extensa de médicos e psiquiatras, na qual estava incluso o cirurgião Antônio Carlos Barreto. Ele foi o responsável por analisar os resultados das cem primeiras operações (com a técnica de Moniz) realizadas em internos do Juquery. A totalidade dessas cem pessoas operadas era de mulheres – corroborando, como discutido anteriormente, que mulheres eram mais lobotomizadas em comparação aos pacientes homens. Quanto aos resultados do estudo, "apenas" uma paciente faleceu e 24% tiveram "remissões completas ou melhoras muito nítidas", dados muito mais promissores em relação aos da literatura internacional (3).

Estatisticamente, poucos médicos dominavam a técnica se comparado ao total de cirurgias realizadas no Brasil. Isso é explicado porque, assim como nos Estados Unidos e em outros países, a lobotomia se popularizou e se tornou uma moda na psiquiatria brasileira, sobretudo no Juquery, o qual se tornara, mais do que nunca, um polo latino-americano de estudo e difusão de tratamentos médico-psiquiátricos.

Em 1945, a técnica já estava amplamente inserida na medicina brasileira. O conhecimento médico nacional a respeito do assunto já era o suficiente para que fossem testados novos métodos de aplicação em busca de melhores resultados. Uma das grandes inovações foi o invento de Antônio Carlos Barretto: utilizava uma haste metálica para conseguir localizar pontos de referência dentro do crânio, como a foice cerebral e a asa do esfenoide – aliado ao instrumento, usava o exame radiográfico, que aumentava a precisão e diminuía os riscos, anulando o "elemento surpresa" da técnica de Moniz, a qual era feita "às cegas" (3). Isso permitiu, inclusive, uma melhor análise dos efeitos das secções de fibras cerebrais pontuais e o reflexo disso no comportamento, propulsionando o estudo teórico. Barretto também elaborou um estudo aplicando a leucotomia pré-frontal em 100 pacientes com variadas moléstias (Tabela 1) (15).

Outro protagonista no trabalho acerca da lobotomia foi o médico Mario Yahn, que, em 1948, em conjunto com Aloysio Mattos Pimenta e Afonso Sette, publicou o maior artigo do gênero da literatura psiquiátrica brasileira (3). Nele, descreveu a sua tentativa de inovar a lobotomia, operando, ao invés do lobo frontal, o lobo parietal, em 1945. Na publicação, Yahn argumenta que esse seria o modo mais prático e seguro de cortar as ligações entre os lobos frontal e occipital, que, por sua vez, supostamente corrigiria o comportamento considerado dentro da anormalidade (16). Entretanto, baseado em 22 pacientes operadas, os resultados foram inconclusivos. Subsequentes estudos foram realizados com 9 crianças, entre 9 e 16 anos de idade, todas meninas internas do Juquery. Nesse caso, houve diversas complicações envolvendo desde a anestesia até a dificuldade de localizar as estruturas no cérebro infantil. Por conta dessas casualidades, duas pacientes faleceram de hemorragia intracraniana (16). Yahn afirma que não atingiu os objetivos pretendidos – volta ao convívio social –, sendo sua conclusão prejudicada pelo baixo número de pacientes (3,16).

Ao longo dos 20 anos seguintes à primeira lobotomia por Pimenta, aproximadamente mil pacientes foram lobotomizados no Brasil (3), mas o número exato de procedimentos efetuados é impreciso, afinal, um mesmo paciente frequentemente era submetido a múltiplas cirurgias. Durante a década de 1950, a operação foi deixando de ser praticada por conta de sua alta periculosidade, baixa eficácia, irreversibilidade, imprevisibilidade e, também, por suas implicações éticas. Com o declínio no país e no resto do mundo, por um breve período, a classe psiquiátrica voltou seus estudos aos efeitos dessas psicocirurgias, analisando criticamente os resultados obtidos, assim como os malefícios que representavam. Passados os anos 1950, a lobotomia foi deixada na história e, de certa forma, esquecida pela psiquiatria brasileira, de modo que, atualmente, não se percebem grandes reflexos fora da esfera filosófica e bioética.

Tabela 1. Resultados clínicos da aplicação de lobotomia em 100 pacientes pelo Dr. Antônio Carlos Barretto

Moléstia	nº de doentes	Cura	Melhora	Sem resultados	Óbito
Esquizofrenia	93	13	6	73	1
Personalidade psicopática	3	2	-	1	-
Debilidade mental	3	1	1	1	-
Psicose maníaco-depressiva	1	-	1	-	-

Impasse ético e legado

Nas décadas subsequentes ao fim da lobotomia, essa tornou-se um assunto muito retratado na mídia, seja em filmes, livros ou séries televisivas (4,11). As condições dos manicômios nos anos de 1940 e 1950 foram expostas, gerando fortes debates éticos. Tudo isso contribuiu para a solidificação de uma rejeição popular à prática. Além disso, foi um marco para a medicina, remodelando inúmeras percepções e noções a respeito do *modus operandi* da psiquiatria e da relação médico-paciente, o que foi ao encontro dos princípios da medicina psicossomática, a qual dava seus primeiros passos na época.

É difícil sintetizar por que a ética médica é tão relevante nesse cenário, afinal, são inúmeros fatores em jogo, interligados ou não. Já na década de 1950, começaram a surgir controvérsias devido às pessoas lobotomizadas, das quais muitas se encontravam em estado quase vegetativo e outras vinham a falecer no período pós-operatório. Freeman sempre foi muito categórico em dizer que prezava pela total reintegração de seus pacientes à sociedade, mas esse era o caso apenas para uma pequena minoria. Mesmo para aqueles que não passassem por grandes sequelas, a atividade cerebral e a sua produção diária eram reduzidas, o maior exemplo dessa condição sendo o já mencionado caso de Rosemary Kennedy.

É importante notar também que, comumente, ocorriam violações dos direitos humanos (os quais já existiam em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos); nos manicômios, o cuidado com os internados não era muito civilizado (3), e, muitas vezes, a operação era feita contra a própria vontade do paciente. A cirurgia era realizada sob coma induzido por eletrochoque, o que pode ser visto como meio de tortura, afinal, era um procedimento muito doloroso e traumático, sendo possível sua realização sob anestesia. Estudos revelaram que a maior parte das pessoas lobotomizadas era do sexo feminino (17); de 1340 pacientes operados em hospitais franceses, suíços e belgas, 84% eram mulheres – no entanto, esses números não representavam a proporção de pacientes portadores de psicopatias, evidenciando a disparidade do tratamento psiquiátrico com base no gênero (vale lembrar também do fenômeno da histeria feminina no século XIX, quando variações hormonais em mulheres eram tratadas como patologia).

Em menor escala, a lobotomia também fora usada como ferramenta para o controle ideológico e social (4,11). Um exemplo foi o de Eva Perón (Evita), esposa de Juan Perón, que, em 1952, foi operada com o pretexto de aliviar a dor do câncer que possuía, mas evidências atualmente estudadas apontam que o motivo foi outro: reduzir a agressividade e alterar o comportamento e a sua personalidade (18). No fim de sua vida, Evita estava politicamente engajada em milícias e realizando discursos políticos sem a permissão de seu marido (4,18). Por isso, Juan teria encaminhado a cirurgia em sua esposa para acalmá-la. Procedimentos similares ocorreram no resto do mundo, que, em meio à Guerra Fria, temia a manipulação ideológica do comunismo. Portanto, comunistas, dissidentes e criminosos passavam por cirurgias com fins corretivos (10).

Outra discussão válida é se a lobotomia foi realmente um erro da ciência. Sob uma perspectiva atual, com todos os avanços tecnológicos, é muito fácil acreditar que sim – e, ainda, resumir tudo a uma falha e colocar todo o peso nas "costas" da classe científica da época. Todavia, já havia conhecimento suficiente na época em que se aplicava esse procedimento. A classe médica possuía fortes críticas à prática (1,4,8) e, principalmente, argumentos empíricos. Artigos desde 1942 já mostravam os resultados ambíguos de médicos que operavam seus pacientes (10): a taxa de pessoas beneficamente afetadas era muito baixa e a de negativamente afetadas era relativamente alta para seguir com a aplicação desses métodos. Somado a isso, a maioria não apresentava diferença alguma após operada, e uma minoria ficava desabilitada permanentemente ou até falecia. Sendo assim, as causas da persistência da lobotomia foram o fruto do ego dos médicos idealizadores da prática, os quais insistiam que os resultados eram positivos o suficiente, sendo esta fala amplificada pela mídia, que, constantemente, os exaltava como heróis, vendendo seus procedimentos como uma revolução na psiquiatria. Tudo era retratado com muito sensacionalismo, ignorando toda base científica. Evidentemente, é preciso levar em consideração o contexto histórico do período, quando doentes mentais eram muito marginalizados e negligenciados e, por isso, para o grande público, pouco importava o que era feito com eles. Pode ser que a ciência tenha tido sua parcela de culpa por deixar esse fenômeno seguir em frente, mas, sem dúvidas, o principal agravante foi o espetáculo midiático criado em cima da lobotomia.

CONCLUSÃO

Apesar da técnica da lobotomia não ser mais utilizada atualmente, sua importância para história da medicina e, principalmente, da psiquiatria não pode ser negada. Desenvolvida por Egas Moniz, foi posteriormente aprimorada por médicos como Freeman e Pimenta, disseminando-se pelo mundo com a ajuda da imprensa, a qual gerou um espetáculo midiático a respeito da cirurgia. Por conta disso, as áreas da psiquiatria e da psicocirurgia receberam uma atenção inédita. Naturalmente, tais áreas evoluíram muito nos anos seguintes.

Na época de sua ascensão, o procedimento foi de grande importância por ser um marco na busca de entendimento e cura de doenças psíquicas. Apesar disso, a doença mental ainda era extremamente estigmatizada na sociedade, inclusive dentro da área médica. Portanto, as motivações para a realização da lobotomia nem sempre eram louváveis, o que abriu precedentes a violações de direitos humanos, afinal, na época, os "loucos" não ocupavam uma posição social muito digna.

Além disso, são inquestionáveis os riscos e as consequências graves que a operação acarretava aos pacientes, além de ser um procedimento extremamente invasivo. Devido a isso, a questão ética acerca da técnica foi sendo, aos poucos, mais e mais explorada, gerando críticas nos mais diversos setores da sociedade, expondo-se os aspectos negativos e perigosos que ela poderia ocasionar, completamente se sobressaindo aos questionados resultados positivos. Em contrapartida, o progresso da psiquiatria e da psicocirurgia não seria o mesmo sem os estudos e o desenvolvimento da lobotomia, visto que esse procedimento auxiliou no entendimento sobre o córtex cerebral e suas relações com doenças psíquicas e seus sintomas, além de abrir maiores precedentes para julgamentos éticos, desde então intrínsecos à profissão médica.

AGRADECIMENTOS

À professora Maria Helena Itaqui Lopes, pelo incentivo e pela oportunidade; ao professor Asdrúbal Falavigna, pelo suporte e pela orientação no desenvolvimento do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Gallea MA. A brief reflection on the not-so-brief history of the lobotomy. BCMJ. 2017;59(6):302-4.
2. Yahn M. Sobre a leucotomia pré-frontal de Egas Moniz. Arquivo de Neuro-Psiquiatria. 1946;4(3):213-38.
3. Masiero AL. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2003;10(2):549-72.
4. Caruso JP, Sheehan JP. Psychosurgery, ethics, and media: a history of Walter Freeman and the lobotomy. Neurosurg Focus. 2017; 43(3): E6.
5. Manjila S. Modern psychosurgery before Egas Moniz: a tribute to Gottlieb Burckhardt. Journal of neurosurgery, 2008;25(1):E9
6. Correia M, Pina ME. Egas Moniz (1874-1955): cultura e ciência. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2012;19:432-49.
7. Kara R. Walter Jackson Freeman II. Encyclopædia Britannica, inc. 2018. Disponível em: https://www.britannica.com/biography/Walter-Jackson-Freeman-II. Acesso em 02/10/2018.
8. Kopell BH, Rezai AR. Psychiatric neurosurgery: a historical perspective. Neurosurg Clin N Am. 2003;14:181-97.
9. Diefenbach GJ, Diefenbach D, Baumeister A, West M. Portrayal of lobotomy in the popular press: 1935-1960. Journal of the History of the Neurosciences. 1999;8(1):60-9.
10. Department of Social Work, Umea University. Portrayals of lobotomy in American and Swedish media. Progress in Brain Research. 2013;206:201-17.
11. Collins BM, Stam HJ. A transnational perspective on psychosurgery: beyond Portugal and the United States. J Hist Neurosci. 2014;335–54.

12. Watts JW, Freeman WJ. Prefrontal Lobotomy: indications and results in schizophrenia. The American journal of surgey, 1948;75(1):227-30.
13. Zajicek B. Banning the soviet lobotomy: psychiatry, ethics and professional politics during late Stalinism. Bulletin of the History of Medicine. 2017;91(1):33-61.
14. Nudeshima J, Taira T. A brief note on the history of psychosurgery in Japan. Neurosurgical Focus. 2017;43(3): E13.
15. Barreto AC. Leucotomia pré-frontal a Egas Moniz: técnica, resultados imediatos e tardios em 100 casos. Arquivo Neuro-Psquiatria. 1944;2(3):248-54.
16. Yahn M, Pimenta AM, Sette A. Leucotomia Parietal: resultados em 22 pacientes. Arquivo Neuro-Psiquiatria. 1948;6(3):225-33.
17. Terrier, LM, Levêque Marc, Amelot A. Brain surgery: most lobotomies were done on women. Nature. 2017;548:523.
18. Nijensohn DE. Prefrontal lobotomy on Evita was done for behavior/personality modification, not just for pain control. Neurosurg Focus. 2015;39(1): E12.

✉ Contato do autor
Emanuel Bettoni Nobre
☎ (54) 99101-6822
💻 emanuelbn@gmail.com

Da neurologia pré-tomografia computadorizada de crânio até sua descoberta: a busca pela visualização do cérebro

From the pre-head computed tomography era until its discovery: seeking brain visualization

Miguel Bertelli Ramos[1], Frederico Arriaga Criscuoli de Farias[1], Ildo Sonda[2]

RESUMO

Atualmente, a visualização do encéfalo é obrigatória na investigação de boa parte das patologias neurológicas. Contudo, até o surgimento da tomografia computadorizada (TC) de crânio – que permitiu a visualização do encéfalo pela primeira vez – em 1971, o raciocínio diagnóstico em neurologia era dedutivo e indireto. Diante disso, realizou-se uma revisão acerca dos estudos de neuroimagem na era pré-TC de crânio, bem como acerca da sua descoberta e de seu impacto na Medicina. Antes de 1971, a neurologia dispunha de técnicas radiográficas invasivas e de segurança questionável (i.e. ventriculografia, pneumoencefalografia e arteriografia cerebral) ou de pouca utilidade para boa parte das patologias encefálicas, como o Raio X de crânio e a tomografia convencional. Nenhum desses exames era capaz de demonstrar o encéfalo de forma direta. A interpretação dos exames dependia de modificações estruturais e posicionais dos ventrículos, da circulação, das calcificações, etc. Com os avanços matemáticos e computacionais da década de 1960, foi possível a construção do primeiro aparelho de TC em 1971, idealizado por Godfrey Hounsfield. Desde a primeira aquisição de imagens, com a visualização do encéfalo, ficou evidente para os radiologistas presentes de que estavam diante de algo revolucionário e de uma utilidade clínica inimaginável. Hoje em dia, a TC de crânio é imprescindível para a investigação de uma série de patologias, especialmente no âmbito das urgências e emergências. Entretanto, o exame neurológico e o contato com o paciente devem ser somados e não substituídos pela tecnologia, no intuito de manter a essência humana da Medicina.

UNITERMOS: Neuroimagem, Tomografia Computadorizada por Raios X, História da Medicina, Pneumoencefalografia, Ventriculografia Cerebral, Angiografia Cerebral.

KEYWORDS: *Neuroimaging; Tomography, X-Ray Computed; History of Medicine; Pneumoencephalography; Cerebral Ventriculography; Cerebral Angiography.*

INTRODUÇÃO

A visualização do encéfalo por exames de imagem é imprescindível para a avaliação de patologias neurológicas. Um dos exames mais solicitados para tal, principalmente no âmbito das emergências e urgências neurológicas, é a tomografia computadorizada (TC) de crânio. No entanto, o diagnóstico neurológico nem sempre foi assim, sendo que a visualização do encéfalo só foi possível através de um exame de imagem – a TC de crânio – em 1971 (1, 2).

Na era pré-TC, a neurologia contava principalmente com o exame neurológico, lapidado ao longo de centenas de anos. Muitos dos exames disponíveis eram extremamente invasivos e associados a um grande percentual de complicações, como a ventriculografia e a pneumoencefalografia (2,3). Outros exames, como o Raio X de crânio, a arteriografia e a tomografia convencional, traziam pouca informação adicional às patologias encefálicas (3,4).

Não há dúvidas de que a TC de crânio revolucionou o diagnóstico neurológico, justamente por ser um exame não invasivo e, ao mesmo tempo, permitir a visualização direta do encéfalo. Dado o exposto, os autores realizaram uma revisão da literatura no intuito de abordar os principais aspectos relacionados à neuroimagem na era pré-TC, bem como na época da descoberta da TC e suas implicações.

REVISÃO DE LITERATURA

A revisão foi feita no PubMed e Google Acadêmico, no período de agosto de 2018. Os tópicos buscados foram: (1) as técnicas de neuroimagem utilizadas antes do surgimento

[1] Acadêmico do curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul (UCS).
[2] Professor de Anatomia e Medicina Legal do curso de Medicina da UCS.

da TC de crânio (i.e. ventriculografia, pneumoencefalografia, arteriografia e tomografia convencional), com ênfase nas suas descobertas, limitações e complicações e (2) o surgimento da TC de crânio, especialmente a sua descoberta, superioridade e impacto no diagnóstico neurológico.

A era pré-TC de crânio: como visualizar as patologias encefálicas?

Raio X de Crânio

Em 1895, o professor de Física Wilhelm Conrad Röentgen descobriu uma forma desconhecida de radiação em seu laboratório, sendo batizada de Raio X (2). A descoberta surpreendeu a comunidade científica e foi adotada quase que imediatamente pela comunidade médica. Inicialmente utilizada para investigação de fraturas e corpos estranhos, seu uso rapidamente difundiu-se para as mais diversas áreas da medicina. O primeiro grande trabalho a respeito da radiografia de crânio foi publicado em 1912, pelo neuropsiquiatra Arthur Schüller (Figura 1). Considerado o pai da neurorradiologia, descreveu o desvio da pineal em tumores cerebrais, o diagnóstico diferencial entre tumores intra e extrasselares e alterações ósseas na hipertensão intracraniana (3). Contudo, o exame era incapaz de visualizar o encéfalo, permitindo apenas inferências por meio da análise de estruturas ósseas ou calcificadas. Além disso, a sensibilidade diagnóstica para tumores intracranianos em estágios avançados era baixa (45-50%) (2).

Ventriculografia e Pneumoencefalografia

O passo seguinte foi dado por Walter Edward Dandy (1886-1946), reconhecido como um dos pais da neurocirurgia (3). Baseando-se em trabalhos sobre pielografia, o neurocirurgião considerou o uso de contraste em estruturas cerebrais. Supondo que a maioria das lesões expansivas intracranianas modificava a estrutura dos ventrículos, estes pareciam o local ideal para começar. Após todos os testes com contraste em cães terem consequências fatais, ele optou por utilizar ar, visto que sua presença em estudos radiográficos abdominais já permitia uma melhor delimitação anatômica (2,3).

Em 1918, Dandy nomeou aplicação de ar nos ventrículos de pneumoventriculografia ou ventriculografia (Figura 2). A técnica consistia na punção do ventrículo lateral através de uma fontanela patente ou de uma trepanação, remoção de líquor e injeção de ar em quantidades semelhantes, permitindo a delimitação ventricular após uma radiografia (3,5). Incidentalmente, Dandy percebeu que o ar também atingia o espaço subaracnoideo. Tendo em vista que a difusão do ar pelo espaço subaracnoideo após punção ventricular era inconsistente, Dandy propôs, em 1919, que ele fosse injetado por punção lombar, nomeando esse procedimento de pneumoencefalografia (Figura 3) (3). Houve grande resistência a esses exames pelo fato de serem pouco sensíveis em casos iniciais e apresentarem elevados índices de complicações – de cefaleia intensa a crises convulsivas. Ademais, segundo neurocirurgiões da época, a taxa de mortalidade chegava aos 30% (2).

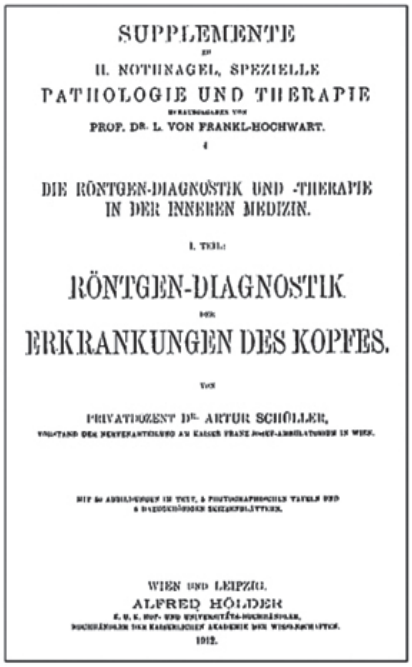

SUPPLEMENTE
zu
H. NOTHNAGEL, SPEZIELLE
PATHOLOGIE UND THERAPIE
PROF. DR. L. VON FRANKL-HOCHWART.
DIE RÖNTGEN-DIAGNOSTIK UND -THERAPIE
IN DER INNEREN MEDIZIN.
I. TEIL:
RÖNTGEN-DIAGNOSTIK
DER
ERKRANKUNGEN DES KOPFES.
von
PRIVATDOZENT DR. ARTUR SCHÜLLER,
WIEN UND LEIPZIG.
ALFRED HÖLDER
1912.

Figura 1. Capa do artigo original de Arthur Schuller sobre raio X de crânio. Fonte original (8): Schindler E. Arthur Schuller: pioneer of neuroradiology. AJNR American journal of neuroradiology. 1997;18(7):1297-302.

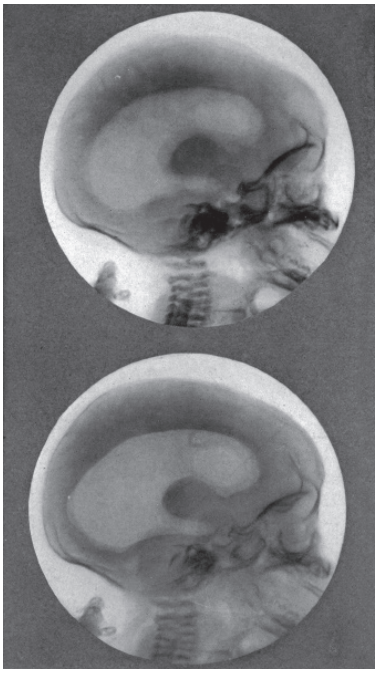


Figura 2. Ventriculografia demonstrando ventrículos laterais distendidos, em um paciente pediátrico com hidrocefalia comunicante. Fonte original (9): Dandy WE. Ventriculography following the injection of air into the cerebral ventricles. Annals of surgery. 1918;68(1):5-11.

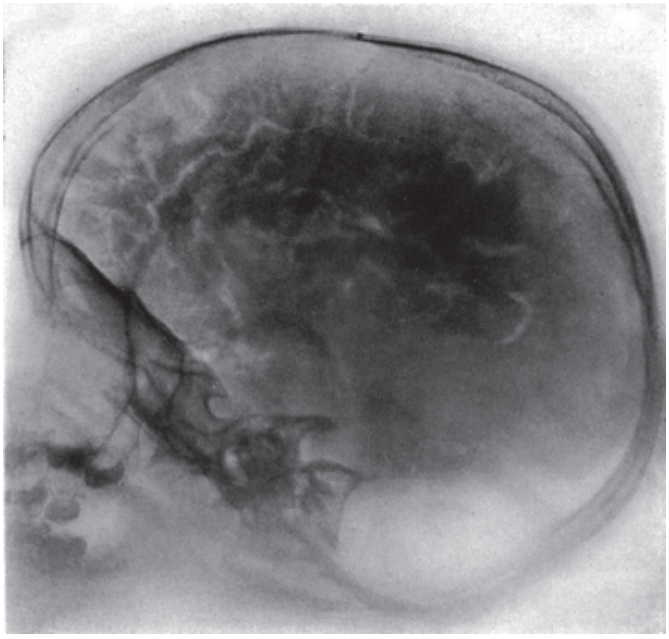


Figura 3. Pneumoencefalografia demonstrando realce, pelo ar, dos sulcos e cisternas. Fonte original (10): Dandy WE. Rontgenography of the Brain after the Injection of Air into the Spinal Canal. Annals of surgery. 1919;70(4):397-403.

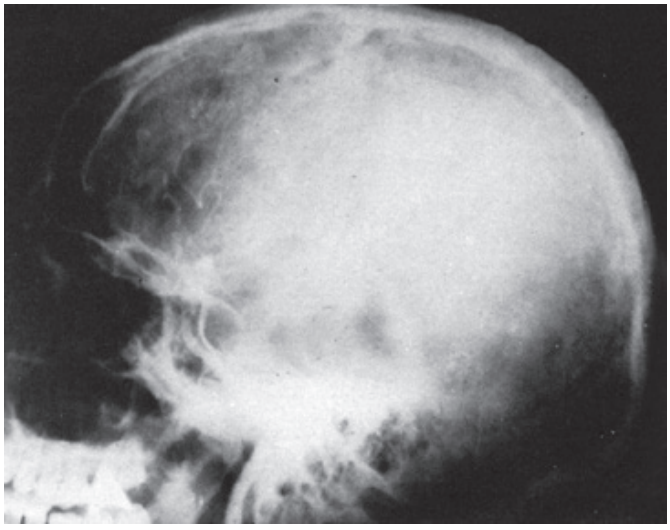


Figura 4. Primeira angiografia realizada com sucesso por Moniz, no dia 27 de junho de 1927. A imagem mostra um sifão carotídeo esticado e em ângulo aberto, compatível com um tumor de hipófise. Fonte original (11): Antunes JL. Egas Moniz and cerebral angiography. Journal of neurosurgery. 1974;40(4):427-32.

Arteriografia

Diante da insatisfação com técnicas anteriores e das publicações sobre uso de contraste, o neurologista português Antonio Egas Moniz buscou um meio de visualizar a circulação intracraniana (3). Moniz tentou, sem sucesso, opacificar o interior do crânio pela administração intravenosa e oral de brometo. Decidiu então realizar a aplicação direta do composto na circulação cerebral e, devido a uma artrite limitante, empregou a ajuda do neurocirurgião Almeida Lima (3). Após experimentos iniciais com animais e cabeças decepadas de cadáveres, a dupla iniciou testes em pacientes. Depois de uma série de dificuldades envolvendo a punção carotídea e o meio de contraste, Moniz obteve sucesso ao aplicar iodeto de sódio 25% via punção carotídea por visualização direta (3). Em sua 9ª tentativa, em 1927 (Figura 4), foi possível delimitar diversos ramos arteriais da região sylviana e, no mesmo ano, Moniz apresentou em Paris o trabalho "Encefalografia Arterial: sua Importância na Localização de Tumores Cerebrais" (2). A arteriografia produzia várias complicações, ainda que inferiores às apresentadas por outros estudos. Graças a novos métodos de acesso e meios de contraste, a técnica tornou-se mais segura, lentamente adquirindo espaço e substituindo os métodos anteriores (5).



Figura 5. Godfrey Hounsfield, o idealizador do primeiro aparelho de tomografia computadorizada. Fonte original: Nobel Foundation.

Tomografia Convencional

Tomografia, do grego *tomos* (corte ou fatia) e *graphō* (escrever), é o modo de visualização de imagem que utiliza algum tipo de onda penetrante, como o Raio X. Para este fim,



Figura 6. Primeiro aparelho de tomografia computadorizada de crânio. Paciente em posição para a realização do exame. Fonte original (6): Hounsfield GN. Computerized transverse axial scanning (tomography). 1. Description of system. The British journal of radiology. 1973;46(552):1016-22.

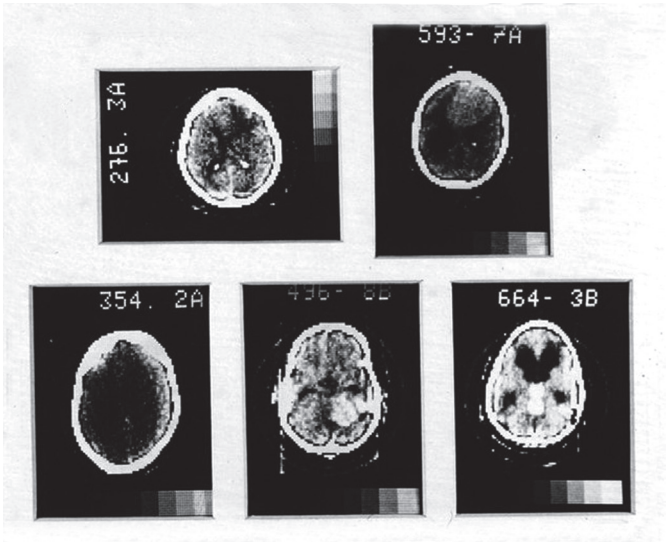


Figura 7. Primeiras imagens clínicas obtidas do primeiro aparelho de tomografia computadorizada de crânio, no Atkinson Morley's Hospital. Fonte original (1): Filler A. The History, Development and Impact of Computed Imaging in Neurological Diagnosis and Neurosurgery: CT, MRI, and DTI. 2010. 1-85 p.

existem dois tipos de tomografia: a convencional (praticamente obsoleta) e a TC. A primeira baseia-se na visualização de um ponto de foco predeterminado. Isto é, a fonte de radiação é movida para um lado e a placa receptora de imagem para o outro, sendo que, quanto maior a distância do ponto de foco, menor a nitidez da imagem visualizada (4). Assim, foi possível analisar estruturas dentro da caixa torácica sem a interferência das estruturas ósseas. Contudo, essa nova técnica não teve o impacto almejado. Baseado em raios X convencionais, o exame não propiciava a análise do parênquima encefálico. Não há consenso quanto à data, ao local ou quem a inventou, tendo surgido entre 1921 e 1936 (1,4).

O surgimento da TC e a visualização do encéfalo

Os avanços matemáticos e o desenvolvimento da tomografia axial e dos computadores possibilitaram o surgimento da TC, em 1971 (1). Godfrey Hounsfield (Figura 5), engenheiro eletricista britânico, foi quem desenvolveu o primeiro aparelho que permitiu a realização da chamada "tomografia computadorizada axial" (Figura 6), a qual mudaria para sempre a abordagem diagnóstica em neurologia (6). A técnica possibilitava distinguir pequenas variações na densidade dos tecidos, proporcionando a visualização de tecidos moles, como o encéfalo, através da emissão de raios X e processamento e reconstrução da imagem por um computador (1,6).

Porém, antes da construção do primeiro aparelho de TC, a ideia foi considerada absurda por especialistas na área. Hounsfield, que na época trabalhava secretamente em seu projeto para a empresa EMI, agendou uma reunião com o chefe da neurorradiologia do National Neurological Hospital, em Londres. O radiologista lhe explicou que as técnicas de neuroimagem vigentes (i.e. ventriculografia, pneumoencefalografia, tomografia convencional e arteriografia) eram capazes de detectar todas as lesões encefálicas, não havendo espaço para a TC. Hounsfield, insatisfeito, solicitou contato com o chefe da neurorradiologia do Atkinson Morley's Hospital, em Wimbledon, chamado Jamie Ambrose. Ocorrido em 1967, o encontro foi bem-sucedido, e Ambrose apoiou a ideia. Finalmente, em 1971, as primeiras imagens clínicas de uma TC de crânio foram obtidas no Atkinson Morley's Hospital (Figura 7). Imediatamente, os radiologistas presentes viram o exame como algo espetacular e de uma utilidade clínica inimaginável. Era a primeira vez que o encéfalo era diretamente visualizado através de um exame de imagem (1,5).

A partir de então, a procura comercial pela TC cresceu exponencialmente. No Brasil, o primeiro aparelho foi instalado em 1977, no Hospital da Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência de São Paulo (7). Em 1979, Hounsfield e Allan Cormack – sul-africano que desenvolveu métodos matemáticos aplicados na TC – receberam o Prêmio Nobel pela sua invenção (1). A TC de crânio foi uma revolução na história do diagnóstico neurológico, sendo incomparavelmente mais útil e menos invasiva que as outras técnicas presentes. Hoje em dia, o exame é amplamente disponível e indispensável em situações como acidentes vasculares encefálicos e traumatismos cranioencefálicos moderados a graves.

CONCLUSÃO

Havia um ditado no Atkinson Morley's: "*Uma TC de crânio vale uma sala cheia de neurologistas*". A maravilha tecnoló-

gica de Hounsfield parecia ter superado a arte dos grandes neurologistas do passado. Graças a ela, milhares de vidas são salvas todos os dias, e a neurociência avança de forma exponencial. Entretanto, conforme o homem cede seu espaço à máquina, o médico distancia-se do paciente. Cabe agora ao médico um desafio tão grandioso quanto a busca pela visualização do encéfalo: ser tão arte como Babinski e tão ciência como Hounsfield.

REFERÊNCIAS

1. Filler A. The History, Development and Impact of Computed Imaging in Neurological Diagnosis and Neurosurgery: CT, MRI, and DTI2010. 1-85 p.
2. Hoeffner EG, Mukherji SK, Srinivasan A, Quint DJ. Neuroradiology back to the future: brain imaging. AJNR American journal of neuroradiology. 2012;33(1):5-11.
3. Alper MG. Three pioneers in the early history of neuroradiology: the Snyder lecture. Documenta ophthalmologica Advances in ophthalmology. 1999;98(1):29-49.
4. Seynaeve PC, Broos JI. The history of tomography. J Belge Radiol. 1995;78(5):284-8.
5. Leeds NE, Kieffer SA. Evolution of diagnostic neuroradiology from 1904 to 1999. Radiology. 2000;217(2):309-18.
6. Hounsfield GN. Computerized transverse axial scanning (tomography). 1. Description of system. The British journal of radiology. 1973;46(552):1016-22.
7. Carvalho ACP. História da Tomografia Computadorizada. Revista da Imagem. 2007;29(2):61-6.
8. Schindler E. Arthur Schuller: pioneer of neuroradiology. AJNR American journal of neuroradiology. 1997;18(7):1297-302.
9. Dandy WE. Ventriculography following the injection of air into the cerebral ventricles. Annals of surgery. 1918;68(1):5-11.
10. Dandy WE. Rontgenography of the Brain after the Injection of Air into the Spinal Canal. Annals of surgery. 1919;70(4):397-403.
11. Antunes JL. Egas Moniz and cerebral angiography. Journal of neurosurgery. 1974;40(4):427-32.

✉ Contato do autor
Ildo Sonda
☎ (54) 99122-4880
💻 ildosonda@yahoo.com.br

As enfermeiras da Força Expedicionária Brasileira: uma história da saúde em tempos de guerra, discriminação e conquista do espaço social

The nurses of the Brazilian Expeditionary Force: a history of health in time of war, discrimination and conquest of the social space

Gabriela Carvalho Schmitz[1], Maria Helena Itaqui Lopes[2]

RESUMO

A pesquisa possui como tema a inclusão das enfermeiras no serviço da Força Expedicionária Brasileira durante a Segunda Guerra Mundial. O objetivo do trabalho é abordar a história da saúde, ressaltando a inclusão das enfermeiras *febianas* no Exército. O método usado é o analítico, com procedimento de revisão bibliográfica. Em 1943, o Brasil, até então neutro na Guerra, criou a 1ª Divisão de Infantaria Expedicionária, que levou para a Itália 186 profissionais de saúde, sendo 73 enfermeiras. Depois de selecionadas voluntárias, as enfermeiras participaram de um treinamento e, após, receberam um posto exclusivo que não conferia titulação militar. As enfermeiras tiveram que enfrentar diversas dificuldades tanto no Brasil quanto na Itália. Após 239 dias de atividade, a FEB concluiu suas operações naquele país e acabou sendo desmobilizada pelo governo brasileiro. Essa atitude levou à exclusão das enfermeiras do Exército, que foram privadas dos títulos e representações de outrora. A partir desse esquecimento, as *febianas* iniciaram um novo processo de tentativa de reinclusão no Serviço Militar Ativo do Exército. Foi em 1957 que elas foram incluídas definitivamente no Serviço Militar. Entende-se que a atuação das enfermeiras e a posterior reivindicação por espaço nas Forças Armadas abriram um precedente histórico para o reconhecimento da igualdade de participação da mulher, não só no Exército Brasileiro, como também na esfera pública, ajudando a definir uma nova maneira de a mulher ocupar o espaço social, estabelecendo um novo lugar na cultura e na área da saúde no século XX.

UNITERMOS: Enfermeiras, História da Saúde, II Guerra Mundial, Mulheres no Brasil.

KEYWORDS: *Nurses, History of Health, World War II, Women in Brazil.*

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa possui como temática a inclusão das enfermeiras no serviço da Força Expedicionária Brasileira durante a Segunda Guerra Mundial. Naquela época, o Brasil se mostrava essencialmente masculino e patriarcal, subjugando as mulheres a uma posição quase que exclusivamente voltada ao âmbito familiar (1). No entanto, a Guerra marcou um divisor de águas, visto que transformou uma realidade de preconceito e dominação em uma esfera social de valorização e possibilidades de igualdade.

Neste cenário de um Brasil arcaico, surgiu um grupo de mulheres com o ideal de seguir para a Guerra em defesa de seu país, contrariando o padrão determinado pela sociedade da época. Iniciava-se a formação de um grupo pioneiro dentro do Exército Brasileiro, um grupamento de Enfermagem formado por mulheres que surgiram de um mundo provinciano e se dispuseram a enfrentar uma nova realidade de dificuldades e heterogeneidade, não mais protegida pelo núcleo familiar (1,2).

OBJETIVO

Diante disso, o objetivo deste trabalho é abordar a história da saúde, ressaltando a inclusão das enfermeiras *febianas* no Exército como forma de incorporação das mulheres em ambientes até então dominados por homens e nunca antes abertos ao público feminino. Para tanto, analisar-se-á como ocorreu a inserção das enfermeiras nesse serviço, transcorrendo sobre o processo preparatório, os hábitos de

[1] Estudante de Medicina da Universidade de Caxias do Sul (UCS).
[2] Médica Gastroenterologista, Doutora em Clínica Médica, Professora da Faculdade de Medicina da UCS.

guerra e, por fim, a maneira como elas foram desmobilizadas e lutaram por seus direitos.

MÉTODOS

Para cumprir os objetivos expostos, adotou-se o método analítico, com procedimento de revisão bibliográfica. Foram analisados artigos científicos indexados na SciELO e no Google Scholar, bem como textos extraídos do website da Força Expedicionária Brasileira. Deu-se enfoque em bibliografias que trouxessem depoimentos das enfermeiras que estiveram no Teatro de Operações, buscando ressaltar a história das *febianas* contadas por elas próprias, em um registro direto e verídico de como essas mulheres se sentiram na época dos acontecimentos estudados.

RESULTADOS

A entrada do Brasil na Segunda Guerra Mundial e a criação da Força Expedicionária Brasileira

A Segunda Guerra Mundial, conflito militar global que envolveu países aliados e potências do Eixo, aconteceu no recorte temporal brasileiro da Era Vargas (3). A Guerra teve início em 1º de setembro de 1939, com a invasão da Polônia pela Alemanha, estendendo-se até 2 de setembro de 1945. O Brasil, neutro durante o período inicial do conflito bélico, sofreu grandes pressões para se definir, devido à posição geográfica estratégica em cenário internacional e à condição política ditatorial (1). Após o ataque japonês à base norte-americana de Pearl Harbor, em 7 de dezembro de 1941, os Estados Unidos entraram definitivamente para a Guerra, e o Brasil declarou solidariedade a este país, afastando-se de vez da Alemanha, antes sua parceira. Tal posicionamento gerou grandes perdas ao Brasil, incluindo parte de sua frota naval, destruída por submarinos alemães, e a morte de centenas de brasileiros, o que propiciou um grande sentimento de indignação do povo, que foi às ruas cobrar uma posição do governo. Assim, Vargas iniciou a defesa do litoral brasileiro e começou a estruturar o envio de um Corpo Expedicionário à Guerra (1,4).

Assim, em 9 de agosto de 1943, foi criada a 1ª Divisão de Infantaria Expedicionária, com um total de 25.334 cidadãos. Essa Divisão se caracterizou como uma organização combatente da FEB, força militar diferenciada que reuniu as Forças Armadas brasileiras para lutar, e partiu para o campo de batalha comandada pelo General João Batista Mascarenhas de Moraes. Nessa ocasião, foram para a Itália 186 profissionais de saúde, sendo 73 enfermeiras – 67 do Exército e 6 da Força Aérea Brasileira (Figura 1) (3,4,5). Este grupamento de enfermagem foi mobilizado para prestar apoio de saúde aos soldados brasileiros que iriam atuar nos campos de batalha e passou a servir de base ao discurso do governo de que não faltaria assistência aos cidadãos que se voluntariassem, através da FEB, a defender a Nação. (4)



Figura 1. Desembarque das tropas da FEB em Nápoles, Itália

Fonte: Atlas Histórico do Brasil – FGV

A necessidade de criar um Quadro de Enfermeiras para atuar na Guerra aconteceu por uma solicitação dos norte-americanos, que alegavam que as enfermeiras de lá já estavam sobrecarregadas e não falavam a língua dos futuros pacientes brasileiros (3). Para dar conta dessa demanda, o Exército buscou apoio da diretora da Escola Anna Nery, a fim de que as alunas oriundas da instituição participassem no Serviço de Saúde da FEB. No entanto, a proposta do Exército se baseava em não conferir a essas enfermeiras posto militar e remuneração condizente, levando a uma adesão precária por parte das enfermeiras. Essa recusa fez com que o Exército procurasse novas alternativas para alcançar o número de profissionais esperado, tendo que implementar, em caráter de urgência, a busca por voluntárias (3,4).

As candidatas iniciaram seu voluntariado quando o jornal *O Globo*, em 9 de outubro de 1943, publicou uma chamada, solicitando que se apresentassem para seleção mulheres entre 18 e 36 anos, solteiras, viúvas ou separadas e que possuíssem diploma de enfermagem, certificado de curso de samaritana ou voluntária socorrista ou, ainda, declaração de um estabelecimento constatando que a candidata exercia a função de enfermeira no local (3,6). As mulheres que possuíam experiência na área de enfermagem podiam ou não aceitar a convocação; todavia, um forte apelo patriótico se mostrou presente na propaganda veiculada pela mídia, que aclamava a possibilidade de ingressar em um campo eminentemente masculino e fazer história (2).

O trecho a seguir ilustra essa situação:

> *O Jornal O Globo publicou o voluntariado e inúmeras foram as patrícias que de imediato acorreram à sua chamada...Reuni meus documentos e apresentei-me sem comentar com a minha família, pois se agisse diferente, nada conseguiria... É lógico e humano que as primeiras reações daqueles que eu tanto amo*

foram as mais difíceis de acatar... O Globo publicou minha apresentação. Os telefonemas foram inúmeros: uns orgulhosos do meu ato, outros achando uma ingratidão para com todos que me estimavam. E assim, analisada, comentada, eu enfrentei entusiasmada o meu ato (4).

A preparação das *febianas* e o discurso patriota do Estado Novo

Cursos de guerra para voluntárias e profissionais se intensificaram entre 1942 e 1943. Além do curso para enfermeiras profissionais, que tinha duração de três anos, existia também o de samaritanas, com duração de um ano, e o de voluntárias socorristas, com duração de três meses. A primeira turma de voluntárias socorristas que fez o curso formou-se em maio de 1943 (6).

A utilização da enfermagem pelo governo Vargas constituiu-se peça-chave na mobilização das mulheres durante a Segunda Guerra Mundial no Brasil: a imagem da pátria-mãe, que estendia os cuidados maternos aos soldados nos campos de guerra. Esta imagem, construída pelo Estado Novo, pretendia criar a experiência de guerra como uma ideia coletiva para unir todos os homens e mulheres, sem quaisquer estratificações ou divisões sociais. *Salve a mulher brasileira*, marcha de Rubens Campos e Sebastião Lima, composta no Rio de Janeiro em 1942, antes da criação da FEB, destacava a participação das mulheres como enfermeiras. O trecho pode ser observado a seguir:

Ofenderam a nossa bandeira/ a mulher brasileira/ também teve opinião/ Nós somos enfermeiras/ e se for preciso/ manejamos o canhão/ - 2 - /Não temos medo/ da afronta de ninguém/ nós as mulheres/ vamos lutar também/ cada brasileiro representa um fuzil/ para defender a Pátria amada Brasil! (6)

Em junho de 1944, a *Nação Armada* noticiou uma homenagem às enfermeiras da FEB:

Valorosas moças que deixaram tudo – afetos, família, relações, prazeres e divertimentos –, para irem realizar, sob o fogo e a metralha, a divina missão da mulher: a caridade; nunca terá sido a mulher mais feminina e, ao mesmo tempo, mais desassombrada e útil aos seus semelhantes, do que ao envergar o branco uniforme de heroína passiva de todos os combates deste conflito. Jamais se pediu tanto de estoicismo e de dedicação constantes a seres tão belos, de moral tão elevada! (6)

As características da enfermagem veiculadas durante a Guerra consolidavam um imaginário que estava ligado às aspirações de ascensão social e de *status* das mulheres. Nessa época, o serviço da enfermeira *febiana* era definido como "Divina missão", algo que elevaria, que ascenderia suas características como mulher patriota e detentora de uma virtude "sagrada"(6).

Depois de selecionadas como voluntárias, as enfermeiras participaram, obrigatoriamente, do Curso de Emergência de Enfermeiras da Reserva do Exército, com o intuito de formar o Quadro de Enfermagem. O curso comportou três módulos diferentes, com parte teórica, preparação física e instrução militar (3). O Major Médico Dr. Augusto Marques Torres coordenou a parte teórico-prática, abordando conteúdos sobre epidemiologia e profilaxia da malária, além de serviços de oftalmologia e otorrinolaringologia. A preparação física contou com a direção da professora Iris Rodrigues Belo, que submeteu as enfermeiras a marchas rastejantes, subidas em cabo, saltos, corridas e natação (Figura 2). O capitão Carlos de Meira Mattos e o 1º Tenente Médico Dr. Fernando Mangia foram os responsáveis pela instrução militar que objetivava adaptar as jovens aos regulamentos militares (7). Segundo Virgínia Portocarrero, uma das enfermeiras da FEB, o curso durou cerca de oito meses e era ministrado de segunda a sábado, em regime integral com provas teóricas e plantão (5).



Figura 2. Treinamento físico das enfermeiras da FEB durante o Curso de Emergência das Enfermeiras da Reserva do Exército.

Fonte: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2004, p.373.

O Curso se baseava em uma estratégia para que as enfermeiras estivessem em conformidade com as estruturas objetivas do campo militar, mediante a incorporação de um *habitus* militar, o que contribuiria para a padronização do comportamento dessas enfermeiras no Teatro de Operações, na Itália (3). Após o curso, elas foram intituladas enfermeiras de terceira classe do círculo de oficiais subalternos do Exército Brasileiro, posto criado exclusivamente para elas e que não conferia titulação de posto militar, em desigualdade com as enfermeiras brasileiras formadas pela Escola de Enfermagem Anna Nery, com título de tenen-

tes da Força Aérea Brasileira (1,2). Em 13 de dezembro de 1943, foi assinado o Decreto-Lei nº 6.097, que criou o Quadro de Enfermeiras da Reserva do Exército (8).

Vale ressaltar que muitas foram as dificuldades que tiveram de ser enfrentadas por aquelas mulheres no curso, incluindo o fato de as aulas serem ministradas em diversos locais e elas terem sido impedidas de fazer as refeições no hospital onde treinavam, o que tornava extremamente difícil o deslocamento das enfermeiras. Tal situação pode ser melhor entendida no seguinte trecho:

> *Eram dadas aulas em vários lugares do Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da Praia Vermelha, Hospital Central do Exército, Cruz Vermelha, Forte São João. Quando chegava a noite, eu estava exausta. Havia aulas que eu achava desnecessárias, de ordem unida, de educação física, de fazer continência. Depois, na Itália, eu percebi que as coisas importantes não haviam sido ensinadas, como fazer a conversão dos graus Fahrenheit, dos termômetros americanos em graus Celsius dos nossos. Os médicos americanos, lá, desconfiavam da tomada de temperatura por nossas enfermeiras. (4)*

Além disso, as primeiras enfermeiras foram enviadas à Guerra de maneira escondida, sem que a escolha se baseasse em notas ou rendimento no curso. Nas próprias aulas, favoritismos eram notados quando algumas alunas ficavam isentas das aulas de educação física. Dessa forma, pode-se constatar que não houve uma formação adequada das tropas que seguiram para a Itália, o que pode ser percebido no seguinte trecho:

> *Como amostra de previsão intelectual, a direção do Curso nos obrigou a umas intoleráveis e ridículas aulas de francês [...] Não saberiam os responsáveis pelo Curso (ou teria sido difícil prever) que iríamos permanecer dias e dias em bases americanas?[Em contrapartida,]continuávamos a ignorar, por exemplo, o emprego do termômetro Fahrenheit. (7)*

Esse despreparo foi prejudicial para a imagem das enfermeiras brasileiras que, em sua maioria, tinham pouca ou nenhuma formação. Em um caso que se tem conhecimento, uma enfermeira norte-americana anotou no prontuário de uma brasileira: *not good nurse, not good girl, not good to stay here (não é boa enfermeira, não é boa garota, não é boa para estar aqui)* (4).

A introdução das enfermeiras à FEB não foi bem vista pela sociedade e nem aceita pelo Exército, que possuía em seu contingente, até então, apenas indivíduos do sexo masculino (2). Segundo Joaquim Xavier da Silveira, ex-pracinha da FEB, o corpo de enfermagem era um quadro inexistente no Exército e causou uma série de problemas no processo de implementação e aceitação (5). Essa insatisfação pode ser percebida no seguinte trecho:

> *A reprovação social veio a se revelar com toda força, quando a Sra. Santinha Dutra, esposa do ministro da Guerra, foi nomeada patrona das enfermeiras da FEB [pela Comissão de Assistência às Enfermeiras da FEB]. Às moças que lhe levaram a notícia, ela apontou a porta da rua, dizendo em voz alta que era contra o fato de mulheres entrarem no Exército e que isso era coisa de moças que 'não prestavam'. (2)*

O processo de inserção daquelas mulheres no meio militar foi bastante dificultoso, pois elas foram notadamente marginalizadas neste processo. Tal afirmação pode ser confirmada por este relato: "As primeiras voluntárias do Brasil sofreram difamações horríveis. Até a mulher de um militar de alta patente do Exército tachou-nos de 'prostitutas que queriam ir para a guerra para fazer a vida'. A nossa guerra, na realidade, começou aqui mesmo" (4).

As enfermeiras no Teatro de Operações na Itália e a desmobilização da FEB

Ao chegarem aos hospitais de campanha na Itália, as enfermeiras enfrentaram diversas dificuldades, entre elas o fato de o material fornecido para vestuário ser inadequado, de má qualidade, e pouco prático para as atividades do dia a dia (Figura 3). Além disso, o serviço de saúde norte-americano se recusou a aceitar enfermeiras que não fossem oficiais em seus hospitais, situação que foi parcialmente resolvida pelo chefe do Serviço de Saúde da FEB, que distribuiu entre as enfermeiras as estrelas de insígnia de 2º Tenente (4). Porém, mesmo sendo efetivadas oficiais, elas não recebiam soldo correspondente à nova posição e ainda eram tidas em plano hierarquicamente inferior em relação às enfermeiras norte-americanas, uma vez que essas últimas chefiavam os serviços de enfermagem



Figura 3. As enfermeiras *febianas* no Teatro de Operações da Itália.
Fonte: Portal da FEB

dos hospitais de campanha (2,4). Somaram-se a isso as condições inóspitas do inverno europeu, as barreiras linguísticas e as dificuldades relacionadas aos cuidados de saúde prestados aos soldados, visto que cada enfermeira precisava cuidar de cerca de 64 homens acamados – apenas 67 enfermeiras foram enviadas para prestar serviço a 25 mil soldados brasileiros. Elas passaram a integrar um grupo heterogêneo de brasileiros e estrangeiros, com formações técnicas e culturais diferentes. Neste mundo militar, com disciplina rígida, as mulheres tiveram que lutar para buscar autoafirmação e respeito da comunidade da qual participavam (1,4,9).

Ainda sobre a rotina na Segunda Guerra Mundial, a Capitão Enfermeira Virgínia Portocarrero relata o seguinte:

> *O revezamento do serviço de enfermagem era feito de 12 em 12horas. As que trabalhavam durante o dia, observando um período seguido de 15 dias, cumpriam o horário de 07 às 19 horas. Após esse período, gozavam de um dia de folga (day off). A seguir, passavam para a escala noturna, de 19 às 07 horas do dia seguinte, por 15 noites consecutivas. As nossas barracas, igualmente de lona impermeável, abrigavam quatro enfermeiras e eram dotadas de catres de lona, sem colchão, desmontáveis, sobre os quais estendíamos as nossas camas-rolo, também de lona, em que guardávamos as nossas vestimentas. Era uma enorme bagagem para transportarmos, individualmente, nos deslocamentos do Hospital. No 16th. Hosp., suportamos bombardeios da aviação inimiga, incêndio, blackout, tempestade e os rigores do inverno, com temperatura de 20 graus negativos. Quando a aviação alemã rondava nosso acampamento, permanecíamos apreensivas e num alerta constante, mantendo o blackout durante a noite, quando os trabalhos eram feitos sob a luz de lanternas protegidas para não irradiarem qualquer luminosidade. Esses blackouts eram fiscalizados pela Polícia Militar americana, que rondava o acampamento. (10)*

Após um período de 239 dias de atividade, a FEB concluiu suas operações na Itália, obtendo diversos elogios dos comandantes do Exército Norte-Americano. No entanto, ainda antes do fim da Guerra, em julho de 1945, enquanto a FEB esperava seu retorno ao Brasil, o governo, percebendo que a nova visão dos expedicionários poderia ser discordante do Estado Novo, decidiu desmobilizar a Força Expedicionária Brasileira, ato oficializado através do Aviso Ministerial 217-185, de 6 de julho de 1945. Assim, acabava a participação de milhares de cidadãos brasileiros, incluindo as enfermeiras, na força combativa de guerra (2,4). Essa atitude levou à exclusão das enfermeiras do Exército, que passaram a estar privadas dos títulos e representações de outrora, o que reafirmava a ideia previamente estabelecida em campo militar sobre a divisão relativa ao gênero de trabalho (8).

Após a desmobilização, os expedicionários foram proibidos de dar declarações públicas, andar uniformizados pelas ruas ou portar medalhas e condecorações. Essa proibição pretendia impedir a visibilidade dos expedicionários, o que, de certa forma, foi efetiva na medida em que poucos deles quiseram se envolver em política na época do Estado Novo. Logo após a chegada dos *febianos* ao Rio de Janeiro, foi determinado que eles desfilariam e ficariam aguardando, nos quartéis, suas dispensas (2).

Sobre a desmobilização da FEB, duas enfermeiras se expressaram:

> *... apresentei-me na Diretoria de Saúde no Rio de Janeiro, era o General Souza Ferreira diretor de Saúde no Rio de Janeiro. Este não me deu a menor atenção! Ele estava escrevendo no gabinete. Nem levantou os olhos, mal me cumprimentou, e disse assim: 'Apresente-se à 3ª Seção! Será desligada!' Eu, nessa hora, tive vontade até de chorar. Eu não esperava discurso, mas esperava um aperto de mão com a mão direita e um abraço de agradecimento... Encerrou, encerrou... Eles não deram satisfação! (Enfermeira Virgínia Portocarrero) (2)*

> *[...] chegar tropa da Itália já era coisa vista e não interessava mais. O desejo insopitável era agarrar a bagagem o mais cedo possível e sumir. E foi assim que, no Armazém 13 do cais do porto do Rio, desliguei-me para sempre, melancólica e silenciosamente, do que restava da FEB. (Bertha Moraes) (9)*

Ao ter desmobilizado as Enfermeiras da FEB, o Serviço de Saúde do Exército sofreu uma grande perda, pois deixou de ter em seu quadro um grupamento de mulheres que já havia incorporado um *habitus* profissional de guerra. Sobre este enfoque, uma das enfermeiras referiu:

> *[...] Nós todas ficamos muito aborrecidas com a situação, porque era obrigação do Exército nós termos continuado, e não ter jogado a gente na rua... Os hospitais [do Exército] necessitavam de nós! [...] Nós já tínhamos um treinamento grande! O nosso treinamento era como o de todas as Escolas de Enfermagem... Não tem uma profissional dessas daqui que tenha conhecimento da metade do que nós tivemos durante a campanha. (Enfermeira Elza Cansanção) (2)*



Figura 4. Retorno dos *febianos* ao Brasil: Manifestação Popular com desfile na ''Parada da Vitória''

Fonte: Portal da FEB

Houve grande descontentamento sobre o pouco destaque que se deu às enfermeiras *febianas* em seu retorno ao Brasil, o que evidenciou um processo de obscurecimento da participação dessas enfermeiras no Exército Brasileiro (4). Em 18 de julho de 1945, o 1º escalão de retorno da FEB chegou ao Brasil, sendo recebido por uma grande manifestação cívico-popular, com desfile na "Parada da Vitória" (Figura 4). Nesse dia, as Enfermeiras *febianas* não participaram do desfile, o que pode ser comprovado pelo relato da Enfermeira Virgínia Portocarrero: "Nós não desfilamos quando chegamos aqui, e eles não convocaram a gente... Nós não fomos chamadas... Não convocaram as enfermeiras para desfilar!" (2). Em setembro de 1945, as últimas enfermeiras brasileiras da FEB chegavam ao Rio de Janeiro. Com o desembarque desse grupo, concluía-se a missão das *febianas*, sendo que sua participação no conflito foi por muito silenciada pela imprensa. Segundo a Enfermeira Elza Cansação, elas nunca receberam o agradecimento merecido por terem saído de seu país, de sua zona de conforto, pelo patriotismo em defender o povo brasileiro e o soldado em campo de guerra (4).



Figura 5. 1° Congresso Brasileiro de Medicina Militar, em 1954. Enfermeira Olímpia Camerino *(em destaque)* foi a porta-voz do grupo no processo de reinclusão ao Serviço Ativo do Exército.

Fonte: Texto Contexto Enfermagem, 2017, p.9.

O novo *front* de batalha das enfermeiras: luta por reinclusão no serviço militar

A partir desse esquecimento, as *febianas* iniciaram um novo processo de tentativa de reinclusão no Serviço Militar Ativo do Exército. No período pós-guerra imediato, as primeiras conquistas alcançadas pelas enfermeiras aconteceram mediante alianças com expedicionários desmobilizados. Um exemplo foi a publicação do Aviso Ministerial 1.052, em 15 de agosto de 1946, que dizia: "tendo em vista os serviços prestados pelas enfermeiras que serviram na FEB, o Ministro Góis Monteiro encareceu a todas as autoridades administrativas do Serviço de Saúde do Exército a conveniência de se dar preferência a essas enfermeiras, no caso de nomeações para as vagas que se derem nos hospitais militares e repartições congêneres" (8).

Essa contratação, no entanto, não foi efetivada para a maioria das *febianas* devido ao salário pouco atrativo e à posição hierárquica inferior que assumiriam no Serviço de Saúde do Exército, tendo em vista que, como civis contratadas, receberiam ordens dos enfermeiros que outrora foram seus subordinados hierárquicos nos hospitais de campanha durante a Guerra. Mesmo assim, a contratação de algumas enfermeiras da FEB ajudou a intensificar a força que elas tinham e tornou mais constante a interação delas com os militares. O trecho a seguir, da enfermeira Elza Cansação, auxilia na compreensão dessa ideia: "com a chegada das civis contratadas é que começou o movimento. [...] todo mundo queria voltar à ativa, mas a campanha contra a gente era grande" (8).

No plano legal, a própria Constituição Brasileira de 1946 limitava as mulheres quando o tema era Serviço Militar, mesmo afirmando prezar pela igualdade de todos os cidadãos, o que pode ser observado no artigo: "todos os brasileiros são obrigados ao Serviço Militar ou a outros encargos necessários à defesa da Pátria, nos termos e sob as penas da lei. As mulheres ficam isentas do Serviço Militar, mas sujeitas aos encargos que a lei estabelece". Desse modo, a partir de 1947, começaram a ser apresentados à Câmara dos Deputados alguns argumentos para a concessão de benefícios às veteranas, dentre elas o Projeto de Lei 3.832/1953, o qual pedia o aproveitamento das enfermeiras integrantes da FEB no Serviço Ativo do Exército (Figura 5) (8).

Em 1º de junho de 1957, deu-se origem à Lei nº 3.160, que incluiu as enfermeiras da FEB em definitivo no Serviço Militar Ativo do Exército Brasileiro. Dessa maneira, elas tiveram sua permanência assegurada na Força depois de 12 anos de afastamento e passaram a ter direitos como oficiais. Nessa ocasião, elas foram distribuídas pelas organizações militares de saúde do Exército no país. Das 67 veteranas, 44 requisitaram retorno para a Força (8). Ainda assim, no final dos anos 1980, as campanhas de alistamento feminino nas Forças Armadas afirmavam que não houvera antes outras mulheres brasileiras militares (9). Embora a admissão de enfermeiras no campo do Exército Brasileiro tenha sido durante o Estado Novo, a reinclusão efetiva deste grupamento só ocorreu após a redemocratização do país (8).

CONCLUSÃO

Como visto nesta pesquisa, durante a Segunda Guerra Mundial, um grupo de enfermeiras foi convocado e treinado pelo Exército Brasileiro para ser enviado à Europa a fim de prestar apoio de saúde aos soldados que iriam atuar nos campos de batalha. Apesar das dificuldades enfrentadas

e da admirável atuação em campo, as enfermeiras foram desmobilizadas do efetivo do Exército, antes mesmo de regressarem ao Brasil após o fim da Guerra (2).

Essa exclusão das enfermeiras *febianas* reforça a diferença existente entre os gêneros e o quanto as guerras refletem um espaço/tempo de reafirmação de desigualdades. Ao terem sido desmobilizadas, as enfermeiras da FEB também foram socialmente esquecidas, o que dificultou sobremaneira o reconhecimento de suas ações no primeiro grupo regularmente organizado de enfermeiras do Exército (2).

Nesse contexto, a atuação das enfermeiras e a posterior reivindicação por espaço nas Forças Armadas abriram um precedente histórico para o reconhecimento da igualdade de participação da mulher, não só no Exército Brasileiro, como também na esfera pública (5). A Guerra pôde ser considerada um marco de afirmação de seus direitos, onde as enfermeiras brasileiras puderam escrever, na história da saúde e da enfermagem brasileira, o ingresso em um campo praticamente inédito à profissão (4,6).

Nesse sentido, entende-se que a conquista do serviço militar representou uma arma simbólica que destruiu as barreiras que lhes impedia o acesso ao mundo masculino (4). Assim, elas conseguiram romper a dominação que as subjugava e estiveram no centro da história brasileira, ajudando a definir uma nova maneira de a mulher ocupar um espaço social, definindo um novo lugar na cultura e na área da saúde do século XX. Sobre isso, o trecho a seguir, escrito por Bertha Moraes em 1949, é emblemático:

> *E nunca mais se diga que a zona de combate não é lugar para mulher! Venham ver o que uma enfermeira pode fazer de bom e milagroso a um homem ferido! Muitas e muitas vezes, uma mão carinhosa sobre uma testa escaldante, um lençol bem esticado, um sorriso, uma face de mulher fazem mais pelo ferido do que um litro de plasma. (4)*

REFERÊNCIAS

1. Bernardes MMR, Lopes GT. As enfermeiras da força expedicionária brasileira no *front* italiano. Rev Esc Enferm USP, 2007, 41(3): 447-453. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300015#f1>. Acesso em: 17 jul. 2018.
2. Oliveira AB, SantosTCF. Entre ganhos e perdas simbólicas: a (des) mobilização das enfermeiras que atuaram na Segunda Guerra Mundial. Esc Anna Nery R Enferm, 2007, 11 (3): 423 – 428. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a05.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2018.
3. Bernardes MMR, Lopes GT, Santos TCF. O cotidiano das enfermeiras do exército na força expedicionária brasileira (FEB) no teatro de operações da 2ª Guerra Mundial, na Itália (1942-1945). Rev Latino-Am Enfermagem,2005, 13(3):314-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a05>. Acesso em: 18 jul.2018.
4. de Oliveira AB,Santos TCF, de Barreira IA, Lopes GT, de Filho AJA, de Amorim WM. Enfermeiras brasileiras na retaguarda da segunda guerra mundial: repercussões dessa participação. Texto Contexto Enferm, 2009, 18(4):688-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/10.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2018.
5. Souza LV. Memórias da FEB: Uma abordagem de gênero. A inserção de Virgínia Maria Niemeyer Portocarrero na carreira militar. In: Pereira APL, de Oliveira Jr CM, Tavares CCS, Calainho DB, de Almeida GR, et al. Anais do XV Encontro Regional de História da ANPUH-Rio. 1° ed. São Gonçalo: ANPUH-Rio; 2012, 1-11. Disponível em: < http://www.encontro2012.rj.anpuh.org/resources/anais/15/1338424322_ARQUIVO_TextoAnpuhLarissafinal.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2018.
6. Cytrynowicz R. A serviço da pátria: a mobilização das enfermeiras no Brasil durante a Segunda Guerra Mundial. Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos, 2000,7(1):73-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 17 jul. 2018.
7. Bernardes MMR, Lopes GT, Santos TCF. As enfermeiras na força expedicionária brasileira: a criação de um habitus militar na 2ª guerra mundial. Esc Anna Nery R Enferm, 2004; 8 (3): 370-377. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/15.pdf>. Acesso em: 17 jul.2018.
8. de Oliveira AB, Bernardes MMR,Kneodler TS,Lourenco MBC. Memórias reveladas: discursos de enfermeiras veteranas sobre a sua luta por reinclusão no campo militar. Texto Contexto Enferm, 2017, 26(3):1-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072017000300326&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 19 jul. 2018.
9. Leite JL. Diários de Guerra: mulheres, livros e testemunhos. In: Ferreira MM. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH. 1° ed. São Paulo: ANPUH-SP; 2011, 1-16. Disponível em: < http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300940511_ARQUIVO_Anpuh2011-JucaraLeite.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2018.
10. Portal FEB. Uma Homenagem às Enfermeiras Veteranas de Guerra. Disponível em: <http://www.portalfeb.com.br/uma-homenagem-as-enfermeiras-veteranas-de-guerra/>. Acesso em: 17 jul. 2018.

✉ Contato do autor
Gabriela Carvalho Schmitz
☎ (54) 99654-7383
gabiischmitz@hotmail.com