

REFLEXÕES SOBRE A ORIGEM E A EVOLUÇÃO DAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS NO ESTADO DA BAHIA

Rodolfo dos Santos Teixeira

Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia; Salvador, BA, Brasil

Origem das Infecções e das Parasitoses

1. A compreensão da origem e da evolução das doenças infecciosas e parasitárias no Estado da Bahia, como em qualquer outra região, envolve um amplo, variado e complexo universo de informações.

Quem reflete detidamente e busca as verdadeiras e remotas raízes dessas moléstias, sente-se compelido a procurá-las em épocas imemoriais quando a própria vida emergia da matéria inanimada, no seio das imensas massas líquidas que cobriam então o planeta.

As formas mais primitivas de vida na Terra apareceram meio bilhão de anos após a formação do planeta. Inicialmente, organismos unicelulares, sem núcleos, vivendo em ambiente sem oxigênio, os procariotos. Com o progressivo aumento do oxigênio no meio ambiente, apareceram organismos dotados de núcleo, tendo no seu cromossomo material genético – os eucariotos. Da associação deles resultaram os organismos multisseculares.

2. Do “habitat” aquático, os mais capazes buscaram e se adaptaram ao meio terrestre.

A luta pela sobrevivência fez com que eles procurassem um terceiro ambiente – a intimidade do organismo de outros seres, seus companheiros de jornada, em que se incluiu naturalmente o homem.

Esta condição lhes trouxe claras vantagens, tais a de oferecer uma permanente fonte de alimentos, um eficaz e seguro mecanismo de dispersão e um “habitat” adequado.

3. Tornaram-se seres dependentes de outros seres, comensais ou patógenos, de animais ou do próprio homem, os quais, por sua vez, foram capazes de transmiti-los a outros organismos vivos.

Constituíram-se assim os agentes parasitários e infecciosos.

O parasitismo resultante desta associação é próprio da vida de todas as espécies e ocorreu desde os primórdios, quando ainda existiam somente os organismos unicelulares.

4. A presença de patógenos ou mesmo de comensais na intimidade dos órgãos e sistemas do corpo humano, como é fácil de entender, gerou alterações anatômicas e fisiológicas, as quais, ao longo dos milênios, exerceram significativo papel no destino, na evolução e no comportamento dos homens e das comunidades por eles organizadas.

5. Contudo, o parasitismo é possível acontecer sem que haja dano ao hospedeiro.

Eis, pois, o desenho de uma complexa, delicada e universal situação, qual a de um confronto inevitável, que abrange todos os que viveram, vivem e viverão neste mundo, tendo sempre como meta a obsessão pela perenidade física, fugindo da realidade, no momento mesmo, quando se extingue a matéria que os construiu.

6. Quando surgiram no mundo as enfermidades infecto-parasitárias?

Já foi dito que os organismos vivos apareceram há quatro bilhões de anos e desde então ocuparam sucessivos ecossistemas: o aquático, o terrestre e a intimidade dos organismos dos animais e dos homens, de onde resultaram, conseqüentemente, o parasitismo e as infecções.

É de se lembrar que quando tais enfermidades afetaram os animais e, sobretudo, o homem, elas se difundiram e se diversificaram, obedecendo às leis da evolução natural a que estão subordinados todos os seres vivos.

Novas espécies de parasitos e de agentes infectantes surgiram livremente, até que a iniciativa e o progresso advindos da ciência humana modificaram este curso.

7. Traços destes acontecimentos, isto é, a reconstituição da história do parasitismo e das infecções, têm sido esclarecidos por uma nova ciência que é a paleopatologia.

Através dela, foram evidenciados em corpos mumificados e na análise de coprólitos neles encontrados, nos ossos e em tecidos outros, claras marcas de patógenos. Assim como, em outros ambientes, possíveis vetores de microrganismos, tais com os flebótomos, triatomas, anofelinos, etc.

Recebido em 26/10/2007

Aceito em 05/11/2007

Endereço para correspondência: Prof. Rodolfo Teixeira, Rua Basílio Catalã de Castro, lote B, quadra 15 Horto Florestal (Brotas) 41310-485 Salvador, Bahia – Brasil. E-mail: infecto@hportugues.com.br.

Gazeta Médica da Bahia

2007;77: 2(Jul-Dez):158-181.

© 2007 Gazeta Médica da Bahia. Todos os direitos reservados.

Geografia Médica do Estado da Bahia

Considerações Gerais

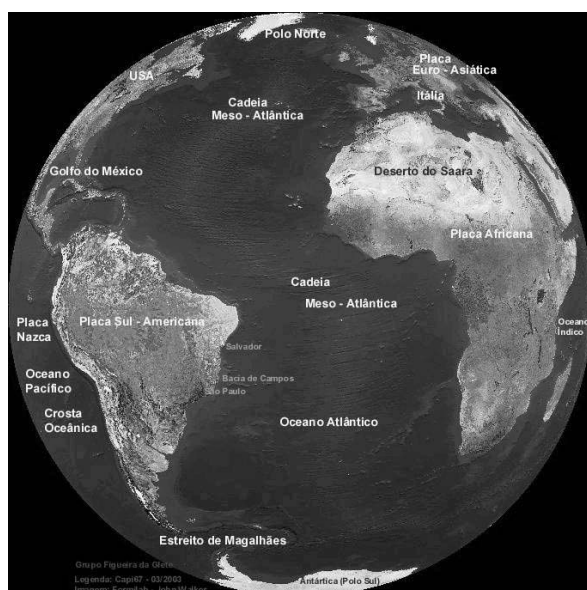
1. “A geografia médica tem por finalidade o estudo da distribuição e da prevalência de doenças na superfície da terra, bem como, de todas as modificações que nela possam

advir por influência dos mais variados fatores geográficos e humanos” (44).

No estudo da geografia médica, aparecem outros ramos da geografia, o que, de certo modo, pode confundir quem aborda este assunto. Fala-se em patologia geográfica, que não é a mesma coisa que geografia médica, pois, o intento dela é estudar as doenças em regiões geográficas distintas sem levar em conta os fatores fisiográficos, que possam facilitar a sua apresentação clínica ou a sua determinação. Fala-se ainda em geomedicina, em geopolítica, todos eles termos com objetivos próprios.

2. O homem é uma parte da natureza e durante toda sua vida com ela interage e dela é dependente. Os desvios da sua saúde estão intimamente relacionados com diversos fatores próprios do ambiente em que vive o homem, tais como geográficos (representados por aspectos físicos – tipologia climática, latitude, índices pluviométricos, relevo e outros); sociais (densidade e distribuição das populações, padrão de vida, alimentação, educação, condições políticas, etc.); e biológicos (fauna, flora, vetores, hospedeiros, etc.).
3. O nordeste brasileiro guarda similitudes com o continente africano, particularmente com o seu litoral ocidental, acima e abaixo do equador. O observador que analisa os aspectos cartográficos dos dois continentes – América do Sul, o Brasil e em particular o nordeste e o seu litoral; e o continente africano, sobretudo, o litoral do ocidente, especialmente o Golfo de Benin – fica impressionado com a semelhança entre as margens das regiões referidas, que se encaixam claramente, sugerindo que elas constituíram no passado uma extensão territorial única (Figura 1).

Figura 1. Brasil e Nordeste Brasileiro – África.



É a conhecida “Teoria da Deriva Continental” de Alfred Wegener, a qual sugere que há 200 milhões de anos, todas as massas de terra emergidas de um mar universal, que revestia o planeta, teria se constituído em um supercontinente, denominado de Pangea, e de Panthalassa, o mar imenso e universal primitivo.

4. Em realidade, o nordeste brasileiro e a África se assemelham além do que foi exposto acima, e esta semelhança não se restringe tão somente aos aspectos fisiográficos; ela se estende às várias condições raciais, sociais, de costumes, econômicas e outras.
5. O Estado da Bahia está situado ao sul da região nordestina. Identificam-se, no território baiano, numerosas zonas com características bem diferentes, de tal forma a possibilitar a divisão do Estado em regiões e sub-regiões, obedecendo a vários critérios: fisiográficos, sociais e biológicos (SEI – 1978). Aceitando, contudo, um critério mais simples, sem fugir ao objetivo que se pretende atingir neste estudo, é possível reconhecer no território baiano três regiões – o litoral, o semi-árido e o cerrado.

O Litoral

1. O litoral do Estado da Bahia se desdobra ao longo de 592 quilômetros. Trata-se de uma faixa de terra, relativamente estreita, com uma largura média de 80 quilômetros. O avanço do mar para o interior do estado foi contido por extenso tabuleiro, uma região caracterizada por terreno arenoso, pedregoso e de vegetação xerófila. Constitui o que é conhecido no nordeste brasileiro como “agreste”. É uma zona de transição entre o mar e o sertão ou mesmo a caatinga. Guarda, com estas últimas, as mesmas características de resistência à vida franca e fácil. A zona litorânea se ajusta a vários fatores que ajudam a defini-la. No que diz respeito à tipologia climática, ela é úmida ou semi-úmida. O relevo é ameno, faz parte da planície litorânea do planalto costeiro; as elevações altimétricas não ultrapassam 400 metros. O solo é rico e profundo, de uma fertilidade incontestável, que permite o cultivo de espécies vegetais nativas ou trazidas de outras plagas. É dotada de lençol freático de acesso fácil. A faixa litorânea foi outrora uma região amplamente coberta por rica vegetação que, associada às condições climáticas favoráveis, permitiu que nela se desenvolvesse uma variada fauna. É o trecho da Floresta Atlântica, a qual não é tão densa e nem tão úmida quando comparada à Floresta Amazônica e, por isso mesmo, é mais acessível de ser penetrada pelo homem. Oferece também amplas possibilidades para que nela se instalem e se multipliquem numerosas espécies de vetores, de hospedeiros e de agentes patogênicos.

2. A Baía de Todos os Santos, a Cidade de Salvador e o Recôncavo vizinho compõem um harmonioso conjunto que, entre outros e tantos motivos favoráveis, reúne razões capazes de clarear a compreensão de como as doenças infecciosas e parasitárias apareceram e se desenvolveram na Bahia (Figura 2 e 3).

Figura 2. Baía de Todos os Santos, Recôncavo e Litoral.

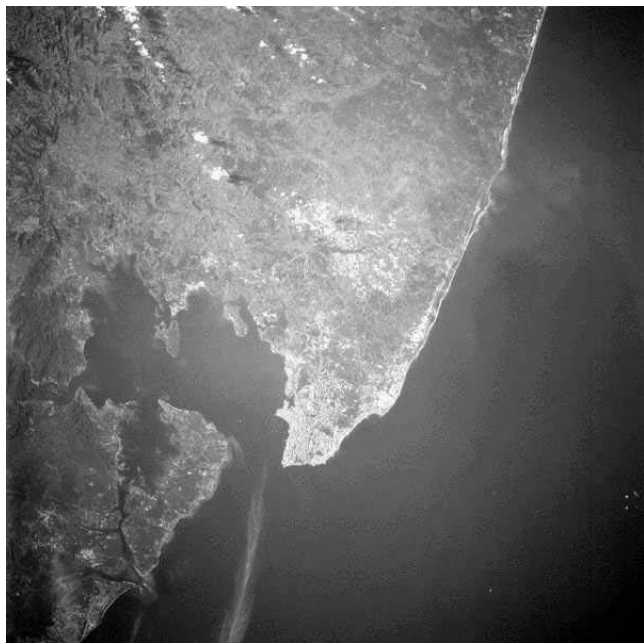


Figura 3. O Estado da Bahia e suas regiões: litoral, semi-árido e cerrado.



Como ela, a Baía, teria se formado? – Interroga a curiosidade do pesquisador. Talvez, quem sabe, surgiu do movimento tectônico das placas da litosfera, deslizando ou colidindo com as outras, através de movimentos convergentes, divergentes ou horizontais, de onde resultaram as condições para que se formassem a ampla e

profunda baía, na qual afloraram ilhas numerosas, e para a qual convergiram rios importantes; e os riachos valiosos para a sobrevivência das coletividades que ali se constituíram.

Quem examina o perfil do litoral nordestino percebe que a Baía de Todos os Santos assume um lugar de destaque, quebrando, de certo modo, a uniformidade do litoral, que se alonga, a partir dela – o seu ponto mais destacado – para o norte e para o sul.

As águas da Baía de Todos os Santos acolheram com segurança as naus que chegavam à nova terra. Traziam homens, os colonizadores, plenos de esperanças, de ambições e de sonhos, mas também, homens doentes de enfermidades não existentes no Brasil; assim como vetores de microrganismos desconhecidos.

O porto da Cidade de Salvador – a Baía de Todos os Santos – durante os séculos que se seguiram ao descobrimento do Brasil, caracterizou-se por intenso tráfico com a Europa, com a África e com o Oriente. É fácil compreender que destes continentes se originaram, em grande proporção, os patógenos responsáveis pela propagação de doenças transmissíveis que existiram no passado e que ainda hoje existem.

3. A Cidade de Salvador, construída e debruçada sobre a Baía de Todos os Santos, transformou-se no primeiro e mais importante pólo de civilização da época colonial e assim se manteve durante os séculos que se seguiram.

Logo no início, antes mesmo da vinda de Tomé de Souza, por volta do ano de 1502, existia uma coletividade organizada por Diogo Alves Pereira, “o Caramurú”, na chamada “Povoação do Pereira”, localizada na Ponta do Padrão, onde hoje se encontra o Farol da Barra.

O interesse de mencionar este registro histórico está no fato de que foram os franceses que assumiram, nos primórdios da colonização, o comércio do pau brasil e Diogo Alves Pereira era o parceiro. Assim, presume-se que coube aos franceses iniciar a história das infecções em terras baianas. O relacionamento deles com os habitantes do povoado era muito próximo, principalmente com as mulheres indígenas. Na época, a sífilis era conhecida na Europa e entende-se que ela poderia ter se transmitido através de contatos sexuais; da mesma forma, as infecções respiratórias de fácil transmissão, há de ter sido introduzida também nesta época.

A cidade cresceu como foi possível. A população de origem diversificada aumentou. As medidas sanitárias, precárias ou nenhuma. E outras tantas circunstâncias abriram amplamente as possibilidades de surgirem infecções, muitas vezes graves e extensas, com altos índices de mortalidade, como serve de exemplo a varíola, a primeira e grande epidemia.

A partir de Salvador, muitas das doenças transmissíveis se interiorizaram.

4. O recôncavo se dispõe ao longo da Baía e se confronta com a cidade, tendo de permeio a Ilha de Itaparica (Figura 4).

Figura 4. Baía de Todos os Santos – Recôncavo – Cidade de Salvador.

A natureza do solo é a sua mais importante característica – o tipo massapé. De exuberante fertilidade que, somada às condições climáticas favoráveis, principalmente o regime de chuvas, torna a região muito adequada às práticas agrícolas.

Esta qualidade foi percebida cedo pelos colonizadores portugueses, os quais se debatiam na época, sem maiores sucessos, em feitorias comerciais estabelecidas nas costas da África e do Oriente.

As terras do recôncavo mostravam-se propícias ao cultivo da cana de açúcar – os portugueses, nas Ilhas Atlânticas da Madeira e do Cabo Verde haviam cultivado essa planta; o que lhes dava as condições básicas de experiência em um cultivo tão exigente. E ainda mais, sabiam da situação financeira do comércio açucareiro no mundo da época, que acenava grandes lucros.

Desta forma, lançaram-se à empreitada de cultivar a cana de açúcar no recôncavo, deixando de lado qualquer possibilidade da região, com um solo tão rico, de ser utilizada para o cultivo de plantas com outros destinos, a exemplo da agricultura de subsistência.

Fizeram do Recôncavo terra arrasada, derrubaram e queimaram matas transformando a Floresta Atlântica local em campo aberto; modificaram o equilíbrio ecológico, as condições climáticas e acabaram, nos anos que se seguiram, por exaurir o solo.

O cultivo exclusivo da cana de açúcar, a monocultura assim implantada, absorveu a quase totalidade das possibilidades econômicas da região, com grandes e absolutas repercussões sobre o modelo social que então estava se implantando, amoldado e contido, de tal forma que nem mesmo o tempo foi capaz de modificá-lo.

Hoje ainda se encontram traços indeléveis deste modelo sócio-econômico imposto à região, cuja repercussão mais

grave apareceu nas condições de vida, desigual e injusta, da população do recôncavo.

A desnutrição e a educação insuficientes e inadequadas levaram a região à pobreza de raízes profundas, e por isso mesmo, difícil de serem removidas. Sobretudo, dependentes de uma conduta política dominante, sem muito considerar o que estava diante dos seus sentidos e sem mergulhar nas camadas mais profundas dos problemas, onde se encontravam as verdadeiras razões deste quadro. O escravo teve no recôncavo baiano o seu palco maior, posto que, ele significou a energia insubstituível nas circunstâncias do momento, para o cultivo da cana. O recôncavo absorveu grande parte dos negros escravos que chegaram à Bahia.

Assim se desenvolveu o perfil social de uma situação singular, em que se defrontavam o escravo e o senhor do engenho; a “casa grande e senzala”.

A história secular do recôncavo e da monocultura do açúcar marcou firmemente o caminho que a Bahia e o nordeste percorreram.

As doenças infecto-parasitárias são protagonistas indispensáveis dela. Dependentes de fatores biológicos e sociais, depreende-se que elas são conseqüências deste binômio e o seu controle não foi alcançado ainda em pleno século XXI.

5. O litoral sul é uniformemente recoberto pela vegetação que compõe a mata atlântica. Têm as mesmas características fisiográficas, anteriormente referidas para a região da Baía de Todos os Santos e o seu recôncavo.

Poder-se-a dizer, contudo, que nele não existe uma área tão bem caracterizada como o recôncavo e o seu massapé. A exemplo do que aconteceu com a cana de açúcar no recôncavo, no litoral sul o destaque maior foi a cultura do cacau, que ocupou na história da região um papel idêntico ao da cana de açúcar e assim, também de grande relevância. A cultura do cacau foi implementada em época muito posterior a da cana de açúcar, pois, apenas consolidou-se no século XIX. Oriunda da Amazônia. Os limites geográficos do seu plantio estão fixados no mapa estruturado por Wanderley de Pinho, no qual, a monocultura do cacau está enquadrada na chamada “Zona de Baixada de Floresta do Sul”, que se estende até o Espírito Santo, caracterizada por um “conjunto de terreno baixo de sedimentação do litoral e a montanha que nesta região se apresenta próximo da costa”⁽¹⁴⁾.

Repetiram-se na região cacauzeira as mesmas agressões ao ecossistema, ao solo e a sua cobertura.

O latifundiário do cacau e o colonizador da cana de açúcar tinham idênticas ansiedades em obter mais e mais lucros, sem observar princípios éticos face ao ambiente físico, a cobertura vegetal, a fauna, as alterações climáticas, a poluição das águas e, afinal, ao respeito devido às condições da vida dos homens que lá habitavam e das coletividades que eles compunham. Na verdade torna-se

explícita a existência de um conluio, em que se misturaram o social, o econômico e as extorsões danosas ao “habitat”. Quando se estabelece um paralelo entre as duas regiões, a da cana de açúcar e a do cacau, não é difícil reconhecer algumas semelhanças.

O colonizador tinha no escravo tão só uma máquina de trabalho, alvo de maltratos físicos, humilhações e cerceamento de direitos primários; afinal, apenas um objeto, propriedade do senhor de engenho. No entanto, alimentava-os convenientemente – afirmam pesquisadores conceituados. Os mais bem alimentados eram sem dúvida os senhores de engenho e o escravo⁽²⁰⁾. A dieta do escravo era abundante, o que lhe proporcionava a capacidade de realizar as tarefas que lhes eram impostas. Considere-se, porém, que comer muito não é comer bem. Quando esgotada a sua capacidade de produzir, o escravo era deixado nas mesmas condições de assistência e de alimentação daqueles incapacitados pela velhice ou pela doença.

O coronel do cacau mantinha em sua fazenda “o trabalhador”, do qual dependia igualmente, para o plantio e assistência às suas roças. O trabalhador não vivia em senzala, morava em habitações rudimentares; não era, aparentemente, propriedade do fazendeiro, mas no fundo, é como se fossem escravos. Envelhecidos ou doentes, incapacitados de trabalhar, simplesmente seguiam o seu destino de desamparados.

A vida do escravo e do trabalhador pouco valia. O chicote ou a bala e os maltratos, poderiam definir seus destinos. O chicote e a bala eram símbolos apenas, pois a realidade inteira é muito longa para ser expressa neste texto.

A verdade, afinal, é que a grande parte da população de trabalhadores e de escravos sofria simples e principalmente de desnutrição, filha da fome crônica ou aguda, total ou escamoteada, responsável pela figura do homem de pouca estatura, de vida curta, mas que, estranhamente, ainda se esgotava em duras tarefas exigidas pelo trabalho no eito implacável.

A insuficiência calórica da dieta que recebiam reduzia a sua capacidade energética, diminuindo a produtividade limitada pelo cansaço muscular. Tais as razões que explicam a conhecida e injusta imagem de indolência e preguiça, tão divulgada e realçada pelo juízo que deles fazem os homens de outras plagas, que eram ao contrário, bem nutridos e de compleição mais forte. Choca a comparação injusta.

Melhor campo não poderiam encontrar os patógenos, parasitos ou infectantes, para invadir e tornar doentes organismos tão indefesos.

E assim, a imagem de fragilidade, o semblante deprimido e o perfil de indolência passaram a retratar os habitantes da região.

A cobertura do solo na região cacaueira e a ação do homem sobre a mata têm aspectos peculiares. É que a cultura do cacau, principalmente quando a plantação se inicia, requer

proteção especial através de sombreamentos, o que é feito poupando da ação do sol, as árvores mais altas ou plantando árvores exóticas - é o processo do “cabrocamento”.

De outro lado, a pecuária é relativamente bem desenvolvida na região, pelo que grandes pastagens substituem a cobertura primitiva da mata, transformando-a em campo aberto.

Uma outra observação a ser anotada é a atividade condenável por parte da indústria madeireira, que, estimulada pela cobiça, destrói indiscriminadamente as árvores, sobretudo, as de maior porte.

6. O Litoral Norte se apresenta com peculiaridades especiais e próprias que o distingue das duas outras regiões litorâneas.

É representado pelo planalto central e pela planície litorânea, que acompanham o mar desde o litoral sul; a “Bacia Sedimentar do Recôncavo Tucano” o interrompe por breves trechos, próxima a fronteira do estado de Sergipe, através da extensão do tabuleiro arenoso de Camaçari.

A natureza do solo não parece tão fértil como o das outras duas regiões litorâneas; igualmente a precipitação pluviométrica que é menor no litoral norte. Essa região litorânea permaneceu pouco povoada durante muitos anos e somente após a construção de rodovias que lhes davam acesso fácil é que ganhou novos rumos, no que contribuíram a implantação do polo industrial de Camaçari e o desenvolvimento do turismo.

A população tinha o seu sustento baseado principalmente no que o mar oferecia e desta maneira a fome crônica era parcialmente contornada. Não é comum observar-se nela os biótipos enfraquecidos encontrados com mais frequência nas outras regiões do litoral.

O pescador e o praieiro são as referências mais expressivas, pois se trata de indivíduos de compleição mais robustas e musculosas, habituados a um esquema de trabalho livre, sem patrão, seguindo uma filosofia de vida toda sua. O mar, o homem, os versos das músicas de Dorival Caymi. O mar é a principal fonte onde busca a base da sua alimentação.

De outro lado, no litoral norte nunca houve lavoura específica ou dominante que o caracterizasse. Inexistiu o latifúndio fundamentado em monoculturas.

Assim o ecossistema não foi atingido agressivamente.

A região do litoral norte após passar por longo período de quietude, de poucas mudanças, com a criação de rodovias que deram acesso aos estados vizinhos do nordeste, abriu-se a novos horizontes. O turismo advindo da Bahia, de Sergipe e aos poucos de outros estados do país, o turismo internacional, a explosão imobiliária e aos resultantes dela, modificaram o cenário da região, que vai se constituindo em uma extensão da Cidade de Salvador e de outras cidades aparecidas ao longo do litoral, deslocando pouco a pouco

o fulcro de progresso material do estado. Neste sentido, deve ser lembrado o pólo industrial vizinho a ela.

Todo esse movimento gerou modificações fundamentais na região. Primeiro comprovou-se a existência de focos de endemias, que pareciam não existir até então e por isso não entravam na cogitação dos infectologistas. Surpresos, os médicos passaram a diagnosticar em ambulatórios e em consultórios casos de esquistossomose aguda, de doença de Chagas, de leishmaniose cutânea mucosa e também inesperadamente a leishmaniose visceral. Esta última comprovação tem um sentido todo especial. O calazar, sabidamente, não é uma doença que incida no litoral; é próprio das regiões secas do semi-árido. O seu reconhecimento no litoral norte surpreendeu. Resultou da migração de indivíduos doentes de leishmaniose visceral e do seu reservatório habitual, o cão, do nicho biológico em que viviam para o litoral. O episódio que está sendo lembrado, resultou do deslocamento de famílias que viviam em Jacobina para o litoral norte, onde iriam trabalhar. O inquérito canino comprovou a ampla existência de cães infectados.

Esta mesma situação foi registrada no Rio Grande do Norte, em pleno Cabo Branco e em São Luís do Maranhão⁽³⁷⁾.

É aceitável pensar que outras enfermidades infecto-parasitárias possam ser veiculadas para a região que se está considerando, por indivíduos vindos de outras regiões do Estado da Bahia ou de zonas outras.

O Semi-Árido

Considerações Gerais

O Estado da Bahia ocupa uma área territorial de 567.275 km² com uma população de 16815304 habitantes, o que significa 24,46 habitantes por km² (IBGE), censo do ano de 2000.

O semi-árido compreende uma extensão territorial de 358.274 km², o que representa 63% da área de todo o estado. A população que vive no semi-árido é de 6.316.046 habitantes, ou seja, 57% da população do Estado.

O semi-árido é caracterizado por um clima quente, de temperatura elevada durante o dia e baixa nas madrugadas. Baixo grau de umidade do ar, de onde se infere que os escassos mananciais de água sofrem, acentuadamente, os efeitos da evaporação continuam. Precipitação pluviométrica diminuta, com índices médios de 500mm/ano ou menos. Irregularidade no regime de chuvas. Alta luminosidade. Solo pouco profundo, seco, arenoso, rochoso, empobrecido de elementos nutritivos.

Vegetação mirrada e com características pobres e indefinidas.

A flora xerófila se dispõe sempre em uma atitude de defesa face a inclemência dos fatores climáticos.

Mantêm-se em guarda perene buscando reter e evitar perdas de água, a sua suprema esperança de viver.

O sol e o solo são os seus inimigos maiores.

As plantas recobrem-se incessantemente com folhas pequenas, procurando fugir da intensa evaporação.

Os caules têm proporções reduzidas e a eles se apenam galhos secos, muitas vezes privados de folhas. As plantas são quase sempre de pequeno porte.

As raízes não se aprofundam no solo empedernido e se distribuem quase na superfície dele. Em algumas espécies elas se transformam em verdadeiras reservas de água, a exemplo do que acontece com o umbuzeiro – “árvore sagrada do sertão”⁽¹⁷⁾.

Numerosas famílias compõem a flora do semi-árido. Exemplos frisantes são as cactáceas representadas pelo mandacaru, xiquexique, palmatórias, etc. – Às vezes, servem de alimentos aos animais. Nas bromeliáceas as folhas se dispõem de tal forma que as tornam capazes de armazenar água.

A fauna é limitada quase sempre a pequenos roedores, embora existam animais carnívoros e com certa freqüência, aves de rapina e variadas espécies de pássaros.

Alguns rios atravessam o semi-árido. O São Francisco é um deles, o mais importante; o Itapicuru-Assu, o Vasa-Barris, o Jacuípe, etc.

Atravessa a região longos períodos de insolação, interrompidos subitamente por tormentas; então, a água afoga o terreno, enche os tanques, faz correr pequenos riachos e lava a terra. Sucede logo, o reviver rápido e milagroso da flora, acompanhado da recuperação da fauna que conseguira resistir ao inclemente período da seca.

Ressurge vitoriosa a vida, mas, por tempo de curta duração. Ocorre que no solo e na sua cobertura, momentaneamente recuperados, logo cedo, após este momento milagroso, recomeça o ciclo penoso de secura, mas, desta vez, com um agravante: a erosão feriu o terreno, deixa nele sulcos e longas brechas escancaradas. As enxurradas arrastam não somente o terreno arenoso e os seixos neles existentes, mas, também, a débil vegetação, mal fixada no solo.

Avança então, inexoravelmente, a desertificação lenta e continua, o que vem se observando ao longo dos anos.

O clima agressivo do semi-árido, de temperatura elevada e de baixa umidade, antagoniza fortemente a vida dos homens, é certo, mas procede da mesma forma com a vida de outras espécies tais como, os parasitos, os microrganismos, os vetores e os reservatórios. Em contra partida, a vida é facilitada quando existe abundância de água e alta umidade do ar e do solo, como nas regiões da Mata Atlântica e da Mata Amazônica.

E, então, se constitui uma situação aparentemente paradoxal. As doenças infecto-parasitárias incidem com maior freqüência nas zonas úmidas, ao contrário, das zonas secas, como o semi-árido, nas quais as enfermidades infecciosas e parasitárias tem uma incidência menor.

No semi-árido há de se distinguir quatro sub-regiões: o agreste, o sertão, a caatinga e o deserto.

O Agreste

Região de transição entre o litoral nordestino e o semi-árido.

A fisionomia do agreste está relacionada com as duas regiões vizinhas. Próximo ao litoral, o agreste é relativamente úmido; os rios e riachos são habitualmente perenes e quase nunca secam. Os mananciais não se extinguem a não ser nos longos períodos de estiagem. O regime de chuva é irregular, mas com uma precipitação que ultrapassa 800 a 1000mm/por ano. A vegetação não é tão exuberante como aquela da Mata Atlântica do litoral.

À medida que se afasta do mar, a natureza assume uma outra postura, semelhante daquela do sertão e mesmo da caatinga. Então o solo é pouco profundo, arenoso, pedregoso e seco. A vegetação é pouco densa, ainda mais porque o agreste sofreu ao longo dos anos a ação dos homens na sua faina de formar pequenas e médias propriedades rurais.

Fala-se também em “agreste acaatingado” quando é mais nítida a similitude com a caatinga.

O Sertão

O sertão, a caatinga e as zonas semi desérticas formam um conjunto que ocupa grande parte do semi-árido.

A designação de sertão pode ter um sentido amplo e geral, significando, apenas o interior do estado afastado do mar e dos centros urbanos maiores.

Não se pode negar a sua individualidade fisiográfica. Não há, contudo, uniformidade das suas características climáticas, de solo, de flora, de fauna e de precipitação pluviométrica. De regra, aproxima-se mais do perfil que bem caracteriza o semi-árido. Existem zonas em que o terreno se presta para a agricultura, o clima é ameno e o solo é, freqüentemente, fértil. No entanto, são limitadas a estes tipos de situações.

O que predomina é a natureza muitas vezes hostil a vida.

O homem, o sertanejo, que nele passa a sua existência, necessariamente há de ter uma constituição forte, sem a qual não sobreviveria às contingências do meio. “Sua feição reflete na pele acobreada a marca da sua tenacidade secular. Contudo, por trás desta marca de sofrimento, brotam-se-lhe, como de um olho D’água, a bondade e o orgulho, temperos definidores do seu caráter”⁽³⁹⁾.

A Caatinga

A caatinga tem a primeira vista a aparência de um deserto.

Quem se depara com estas paragens selvagens, duvida da possibilidade de alguém viver nelas. A paisagem monótona, o solo branco amarelado, no qual se dispõem esqueletos de árvores atrofiadas, quase sem caule, de folhas pequenas ou ausentes, as raízes mal penetram o solo e se espalham procurando avidamente a água; os frutos e as folhas são diminutos. O sol é o grande inimigo e a penúria de água o seu cúmplice, responsáveis pelo martírio do solo e da vida. Intensa claridade.

A caatinga é o sertão aperfeiçoado no dificultar ao extremo a vida dos homens e de outros seres destemidos, que não hesitam em aceitar e em enfrentar os dissabores que terão de conviver.

A precipitação pluviométrica é ainda mais baixa. Mas, nas raras ocasiões em que chove, tudo se transmudeia. A vida

ressurge em todos os seus estratos. O homem esquece o sofrimento que é a constância da sua vida, que lhe obriga nos períodos de seca a fugir; mas regressa atraído por uma inexplicável e misteriosa razão, à terra dos seus sonhos, quando lhe chega a notícia do bom tempo, mesmo sabendo que tudo em certo dia, haverá de se repetir.

É possível delimitar a zona mais definida de caatinga. O rio São Francisco abraça-a pelo nordeste, o Itapicuru pelo sudoeste – estas são as linhas que marcam o ápice da região seca.

Apesar de tudo a caatinga é cortada por leitos de rios importantes como servem de exemplos o Paraguassu, o Vasa-Barris e o próprio rio São Francisco.

É de surpreender que nestas regiões, caatinga e sertão, se concentrem numerosos agrupamentos que formam pequenas vilas. Ambos têm uma característica inesperada quando comparados com outras regiões do mundo com iguais atributos climáticos. É que nestas regiões a população se concentra onde existe água e se empenha no controle rigoroso da natalidade. O semi-árido do nordeste brasileiro é uma das regiões mais povoadas do mundo; a população se distribui onde é possível sobreviver, não levando em consideração a multiplicação dos seus filhos. Uma situação paradoxal, gente demais e meios quase nenhum.

Não obstante, na vegetação do bioma, reconhecem-se doze tipos diferentes de caatinga, o que sugere a capacidade de adaptação da flora e da fauna em condições ambientais adversas e diferentes.

Óbvio está que as possibilidades de parasitos patogênicos de sobreviverem é sobremodo difícil e assim as doenças infecciosas e parasitárias devem necessariamente ser mais raras.

Regiões Desérticas

Existem indícios claros da contínua desertificação da caatinga em função do aprofundamento das condições climáticas e também das ações do homem entre as quais as queimadas se constituem em triste exemplo.

O Cerrado

O cerrado se desdobra no além São Francisco, Estado da Bahia, em duas regiões distintas.

Uma delas volta-se para o nordeste e se identifica com a caatinga. A outra, situada no sudeste da região, é uma pequena parte de uma macro-unidade, que ocupa grande parte do Planalto Central do Brasil, interessando a vários estados da região do centro oeste, do norte, do leste e do nordeste. A Bahia se inclui neste conjunto.

O cerrado ocupa uma área superior a 2 milhões Km², quase um quarto do território brasileiro.

A diversidade de sua cobertura vegetal é significativa, constituída de mais de 10 mil espécies distribuídas em vários ecossistemas, tais como, as matas, os campos (limpos e sujos), os brejos, as veredas e ambientes úmidos com plantas aquáticas; assim como, na decorrência da condição do solo,

apresentam-se com várias denominações tais como, cerradão, rupestre, vereda, etc.

Ao longo dos anos o cerrado baiano permaneceu aquietado. Nas últimas décadas com a construção de Brasília, ocorreram grandes mudanças na sua geografia humana, social, política e econômica, com evidentes e esperadas conseqüências nosológicas.

As Etnias – A sua Evolução e Distribuição no Estado da Bahia **Considerações Gerais e Conceitos**

1. A primeira vista a caracterização de uma possível raça – “o brasileiro” – parece relativamente simples. Os troncos raciais básicos, que lhes deram origem – o índio, o branco e o negro, se definiram desde o início.

Contudo se misturaram de tal forma e sobre eles incidiram fatores vários (sociais, características do meio e do clima, econômicos e etc.) e ainda mais, porque a eles se agregaram outras raças, que ainda hoje, não é clara a natureza antropológica da massa do povo que habita o país.

Segundo a visão de Artur Ramos⁽⁴⁹⁾, distingue-se no Brasil, áreas especiais em que se concentram grupos populacionais distintos, distribuídos em zonas. No norte e no oeste do país, reuniram-se grandes massas de índios puros ou miscigenados a que ele denominou “área do caboclo”; no leste e no centro do Brasil em que a raça negra e os mulatos dominaram, caracterizando a “área do negro e do mulato”; e, no sul, os europeus e os que se somaram a eles, vindos de outras regiões do mundo, mas que se europeizaram, constituindo a “área do europeu”. Deste modo, é perfeitamente compreensível e aceita a conclusão de Euclides da Cunha: “No Brasil não tem unidade de raça. Não a teremos, talvez, nunca. O brasileiro, tipo abstrato que se procura, só pode surgir de um entrelaçamento consideravelmente complexo”⁽¹⁷⁾.

2. A miscigenação proporcionou a origem de novos tipos étnicos: do branco e do índio resultou o mameluco, ou o caboclo, ou o curiboca do norte; do branco e do negro resultou o mulato; do negro e do índio resultou o cafuz ou caburé. Mesmo entre os miscigenados distinguem-se dois subgrupos: o pardo escuro e o pardo claro.

Durante muitos anos várias linhas de pesquisadores viram na miscigenação uma das causas da inferioridade e das dificuldades da civilização brasileira. Falou-se no “branqueamento” que progressivamente iria, através de mecanismos eugênicos, abrir caminhos diferentes daqueles percorridos até hoje.

Contudo, é muito claro, que as misturas das raças, os miscigenados resultantes, no que pessoalmente me ponho inteiramente a favor, não os torna inferiores aos indivíduos brancos aparentemente puros. O que os inferiorizou, na realidade, foram os fatores que os cercaram ao longo dos anos, tais, as dificuldades de nutrição, de educação e a miséria econômica. Desde que lhes sejam oferecidas oportunidades para ultrapassar tais obstáculos, se igualem

aos elementos raciais puros, não somente sobre o aspecto físico, como também pelo intelecto, embora em todos, puros ou miscigenados, conservem os traços peculiares dos respectivos grupos raciais.

3. No litoral da Bahia, primeiro em Porto Seguro e logo depois na Baía de Todos os Santos, e no núcleo de civilização que se criou em torno deles, chegaram os primeiros civilizados, brancos colonizadores portugueses e aventureiros provindos da Europa a que se agregaram em seguida elementos vindos da África. O porto da cidade do Salvador cedo se tornou quase um ponto obrigatório, de apreciável movimento.

Encontraram uma humanidade nova, sobre a qual não havia até então, nenhuma menção nos escritos conhecidos, inclusive na Bíblia.

Denominaram-nos de “índios” na suposição de serem eles habitantes da Índia, a que julgaram ter atingido pelo caminho do ocidente.

A Cidade de Salvador e seu porto se transmudaram no sítio onde as doenças infecto parasitárias, na sua maior proporção, foram introduzidas, seja através de indivíduos doentes ou de vetores provenientes de outras regiões.

Também serviu de base onde partiram grupos de homens - as bandeiras do nordeste - em demanda ao interior, o sertão, onde esperavam encontrar riquezas - as miragens das minas de prata de Belchior Dias e das misteriosas “Sabara-Buçã”, jamais encontradas; o aprisionar índios e torna-los escravos, o conhecer e ocupar imensos espaços vazios e aparentemente sem donos.

Gabriel Soares de Souza⁽⁶²⁾ foi um dos primeiros e mais importantes desbravadores do sertão. Reuniu muitas informações, e, entre outras, mencionou doenças várias por ele observadas, principalmente no vale do rio Paraguassu, onde faleceu. De passagem, cumpre referir outros desbravadores tais: Sebastião Tourinho, Dias Adorno, Martins Carvalho, e, principalmente, no dizer do padre Antonil: “o sertão da Bahia pertence quase todo a duas principais pessoas da mesma cidade: os da família Garcia D’Avila da Casa da Torre e o mestre de campo Antônio Guedes de Brito”. Os primeiros partindo do litoral baiano, se dirigiram até ao Piauí, implantando “os currais” e criando núcleos populacionais em torno deles; o segundo buscando ouro nas terras de Jacobina.

O rio São Francisco se tornou caminho preferido dos que buscavam o sertão: “bateram-lhe por igual os bandeirantes, os jesuítas e os vaqueiros”⁽¹⁷⁾; aos quais é justo acrescentar os franciscanos e as suas missões.

Os bandeirantes buscavam riquezas e mãos de obra escravizando os indígenas; a missão dos jesuítas e franciscanos era bem outra, implantavam núcleos de povoação, ensinavam e protegiam os silvícolas; “o vaqueiro” é um exemplo fecundo de um tipo especial de cruzamento, no porte físico e nas características de caráter, perfil este, que foi conservado puro durante muitos anos.

O índio, o branco, o mameluco e “os paulistas” vindos do sul, constituíram este tipo racial.

Contudo, desde o século XVIII, que bandeiras “paulistas” – denominação genérica que englobava indivíduos originados do sul (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais), da mesma forma que “baianos” significava povoadores vindos do norte e do nordeste do litoral – seguindo o Vale do São Francisco, se estabeleceram nas terras do sertão. Divergiam assim das bandeiras de “paulistas” do sul, que acompanharam o rio Tietê, cujo curso, ao contrário do São Francisco, segue do litoral para o interior.

Desta forma, os povoadores do sertão têm uma dupla origem: provenientes do litoral nordestino, particularmente da Bahia e Pernambuco e os povoadores do sul, “os paulistas”.

A progressão de ambas as correntes se detiveram diante das dificuldades em vencerem os obstáculos impostos pela caatinga e pelas regiões semi-áridas.

Contudo, não voltavam, o meio lhes agradava.

Em resultado, constituíram-se dois padrões étnicos:

O do litoral de um modelo em que o branco, o negro e o mulato, principalmente os dois últimos, predominavam. Somava-se o regime de escravidão que durou mais de quatro séculos; a economia baseada na cana de açúcar; um desequilíbrio de camadas sociais, o senhor do engenho e o escravo, aquele levando a vida tranqüila de quase ócio e este, representando a força de trabalho, direitos limitados e as duras leis da escravidão.

O do sertão seguindo os passos de uma vida simples; o vaqueiro e o fazendeiro, quase iguais nas suas pretensões de viver bem, sem luxo e sem ambições descabidas, em que a economia se fundamentava na pecuária e o relacionamento comercial simplificado, não necessitavam de documentos nos seus negócios, valendo tão só a palavra empenhada e a condição mais importante “o fio do bigode”.

O litoral não tomava conhecimento do que se passava no sertão; e vice e versa. Ignoravam-se simplesmente.

4. Compreende-se que a incidência de doenças infecciosas e parasitárias na zona da mata litorânea e na zona seca da caatinga tinha que ser diferente.

Na zona da mata litorânea, com vegetação exuberante, com abundância de água e um solo fértil, se constituíram em atributos indiscutíveis para que a vida se desenrolasse sem obstáculos maiores. Na caatinga, bem ao contrário, o direito de viver, necessariamente, deveria ser conquistado. Foi através do mar que chegaram os agentes infecciosos responsáveis pelas graves epidemias, logo no início da colonização, de varíola e febre amarela, e mais tarde, no século XIX, de cólera e peste. E, ainda, veiculada pelos rios que desembocam na Baía de Todos os Santos, essas epidemias se propagaram para o recôncavo.

5. O padrão alimentar diverge também. Ele é insuficiente nas duas comunidades. No litoral, embora seja a fome

endêmica, na caatinga também o é nos períodos de normalidade, posto que se agudize dramaticamente na ocasião das “secas”; então, o catingueiro, como último recurso, migra.

O homem do sertão parece mais resistente às infecções, que são, ainda, bem menos frequentes. O homem do litoral é mais frágil e mais exposto às infecções.

6. De referência ao cerrado o período de observação desta região tem que ser analisado em dois momentos distintos, em que a construção de Brasília foi o divisor de águas. Quando da região pouco se tinha notícias, a não ser os registros importantes que vinham sendo feitos em Goiás por Joffre, Rassi e outros interessados no campo da patologia da doença de Chagas em particular. Estes estudos abriram perspectivas de real interesse, particularmente, nas contribuições referentes ao megaesôfago e ao megacólon e nas repercussões cardíacas da ação do *T. cruzi*.

Após a construção de Brasília, grande afluxo de indivíduos provenientes de várias regiões do país e com eles muitos agentes infecciosos e parasitários, foram levados.

De outro lado, as agressões ao meio ambiente, como as práticas agrícolas (plantio de soja por exemplo) e outras agressões (desmatamento e queimadas) modificaram, sensivelmente, as condições do solo, do clima e dos aspectos ambientais.

Os agentes patogênicos que existiam na região, é claro, devem ocupar um papel significativo no desenho epidemiológico dela.

No caso da Bahia, o cerrado tendo como vizinho a caatinga, progrediu nitidamente. Para a região se deslocaram populações vindas de vários pontos do país, em que se destacaram empresários do sul empenhados, sobretudo, no plantio de soja. As agressões ao meio ambiente se repetiram.

B) Os Índios

A complexa e ampla constituição do povo que hoje habita o território brasileiro se originou de três troncos raciais: o índio, o branco e o negro aos quais se acrescentaram os miscigenados.

Com o decorrer dos anos, estes cruzamentos foram acontecendo continuamente, surgiram novos tipos raciais, que se aproximam ou que se afastam dos troncos primeiros: os pardos escuros e os pardos claros.

A procedência do homem americano, o índio, tem sido objeto de várias proposições: a da origem bíblica, as originadas de continentes desaparecidos ou mesmo de um continente ainda hoje existente; e ainda de uma origem autoctôna (Figura 5).

O que se admite atualmente é que os índios americanos se constituem em uma raça única distribuída desde a Terra do Fogo, ao sul do continente americano até os povos indígenas da Norte América.

Figura 5. Índio

No que diz respeito a origem racial ela é mongolóide, modificada em seu fenótipo pela influência de variações e condições ambientais.

O homem americano procedeu das regiões setentrionais da Ásia Oriental, aproximadamente 10 a 20 mil anos atrás e aqui chegou acompanhando a migração das renas, percorrendo o estreito de Behring em sucessivas ondas.

No que diz respeito ao Brasil, presume-se que 7 mil anos depois de ultrapassarem a Amazônia, dividiram-se de tal forma que um grupo se dirigiu para o oeste e o outro para o litoral. Este ramo, sempre acompanhando a faixa litorânea, atingiu as costas do nordeste e naturalmente da Bahia.

Os tapuias foram os silvícolas que viveram primitivamente no litoral baiano bem antes da chegada dos portugueses. Pertenciam ao grupo lingüístico e cultural dos “gês ou botucudos”. Eram os índios “de língua travada”, de costumes bem primitivos, muito agressivos, nômades, fisicamente atarracados, cabelos longos escuros e lisos.

Quando da descoberta, já não viviam no litoral. Confrontados por silvícolas de outro grupo cultural, os Tupis, foram obrigados a procurar refúgio no interior do estado, em regiões de características bem difíceis, despovoadas que ficaram conhecidas como “tapuia-retoma”.

Os tapuias sobreviveram e se constituíram em um sério obstáculo ao povoamento do interior.

Os tupinaés foram os primeiros tupis que habitaram o litoral. Expulsaram os tapuias, mas, em contra partida, não permaneceram por muito tempo no litoral pois foram escorraçados pelos tupinambás. Foram estes amoipiras, habitantes da região do São Francisco até o litoral sul, representados pelos tupinambás e tupiniquins.

Deles, registram padres jesuítas, leigos e viajantes – Fernão Cardin no seu “Tratado da terra e da gente do Brasil”; Gabriel Soares de Souza no “Tratado descritivo do Brasil”; Pêro Gandavo “História da Província de Santa Cruz”; Jean de Lery “Viagem a Terra do Brasil”; Vilhena “Recopilação de Notícias Soteropolitanas e Brasília”; Ives D’Evreux “Viagem ao norte do Brasil”; Sigaud “Du climat et des maladie du Brasil”

– confirmaram os dizeres do escrivão da armada de Pedro Alvares Cabral “A terra cá achamo-la boa e sã e todos estamos de saúde, Deus seja louvado, mais são do que partimos”; e a do padre Manuel da Nobrega sobre os habitantes da Terra: “naturalmente sadios, com freqüência encontramos longevos, poucos são os que tem na velhice os cabelos brancos”. Viviam os indígenas, praticamente despídos, tal como o clima permitia, alimentavam-se satisfatoriamente, poucos indivíduos nas aldeias e a natureza pródiga em lhe proporcionar uma alimentação fácil. Banhavam-se constantemente.

Tudo isto contrastava com os portugueses de indumentária inadequada ao meio, após longas travessias, desabitados em se banharem e, no dizer de Darci Ribeiro “...todos barbados, todos fedorentos, de escorbuto, fétidos, meses sem tomar banhos...” Veiculadores de doenças, sobretudo as sexualmente transmissíveis e as originadas do aparelho respiratório (gripes, sarampo, varíola, etc.). “Deus mandou para cá seus demônios”.

As pesquisas realizadas em fosséis arqueológicos têm revelado interessantes conhecimentos sobre infecções, parasitismos e aspectos epidemiológicos da pré-história na América e em outros locais do mundo.

Assim é que se tem comprovado a presença de parasitos intestinais, responsáveis por quadros clínicos de ancilostomíase, de trichiuríase, de oxiuríase, giardíase e amebíase em múmias, encontradas no sul do Egito e no Sudão, de indivíduos que viveram há mais de 6 mil anos. Iguais observações comprovaram que boa parte das infecções intestinais, causadas por helmintos e protozoários já ocorriam na era pré-colombiana. Contudo, não foram identificados nas Américas em coprólitos, ovos de *S. mansoni*.

De outro lado, tem se observado que embora de existência comprovada, os níveis de parasitismos eram baixos nestas épocas remotas. Contrastavam com isto, o que aconteceu no período colonial no Brasil, onde se registraram abundância de parasitos após a chegada dos portugueses e dos africanos.

A tuberculose foi demonstrada em múmias e em corpos congelados na América do Sul, principalmente no Chile e no Peru, embora nunca no Brasil. Demonstra-se assim, que esta infecção já existia na América, possivelmente há 8 mil anos atrás. A tuberculose aumentou muito entre os índios americanos após a chegada do homem branco. Entre os incas, existiam evidências paleopatológicas de que eles já sofriam de tuberculose há milênios. A literatura médica registra que até o presente já se comprovou a tuberculose em 133 casos através do estudo de fosséis arqueológicos pré-históricos.

Existem indícios que justificam a possibilidade da doença de Chagas “ser tão antiga, antes mesmo da chegada de humanos nas Américas” e que ela se tornou presente na patologia humana, quando espécies do gênero de *Triatoma* se domiciliaram.

Um outro achado de interesse é a demonstração de existirem em épocas imemoriais flebotomíneos, reconhecidamente capazes de transmitir patógenos tais leishmanias, a *Bartonella bacilliformes* e outros agentes.

Os índios brasileiros, provavelmente, poderiam ter sido parasitados pelos helmintos e protozoários citados, não existem, contudo, registros neste sentido. O que se sabe ao certo, é que no período colonial, a frequência de infecções intestinais, inclusive nos índios, síndromes diarréicas eram muito constantes, principalmente após a chegada de europeus e africanos.

A simples comprovação em uma região de parasitos e de agentes infectuosos, não é suficiente para afirmar a existência das doenças que eles provocam. As peculiaridades do meio, é certo, modificam a maneira como eles se apresentam e agem. Há de se considerar a necessidade de pesquisas na área de parasitologia e microbiologia, e também a concentração demográfica e a distribuição da população nas cidades, as distorções resultantes da economia voltada exclusivamente para o lucro e outros. É importante lembrar que doenças tropicais, caracterizadas por um número específico de moléstias, não são resultados da ação de patógenos restritos às zonas tropicais. Esses agentes existem em todo o mundo. Apenas as condições ambientais permitem que eles atuem mais ou menos intensamente em determinados países.

O comportamento dos colonizadores portugueses, franceses, judeus e outros europeus, ávidos de conquistas imediatas e lucrativas, desestabilizaram a estrutura social primitiva dos indígenas.

As “cunhãs”, de acesso fácil e descompromissado, foi o primeiro passo de onde resultou a implantação no ventre das mulheres indígenas, seres que não eram mais indígenas e muito menos europeus.

Os portugueses, reconhecida a sua sensualidade exaltada, foram pródigos nesse singular ofício. Por exemplo, um deles, João Ramalho, povoador destacado no planalto paulista, teria convivido com mais de trinta mulheres das quais nasceram mais de oitenta filhos. “Um escândalo” comentou o padre Manuel da Nobrega.

Os franceses da Bretanha e da Normandia, principalmente no Povoado do Pereira, a terra de Diogo Alvares Pereira “o Caramuru”, no próprio ano de 1500 e nos seguintes, deixaram uma descendência de mamelucos “louros, alvos e sardos” que viviam bem, como se índios fossem. Aplaudida também a beleza de índias baianas alvas e de olhos azuis.

A mistura dos estratos sociais que estavam sendo formados se definia por indivíduos que esperavam e podiam tudo e por outros que deveriam apenas e obrigatoriamente servir, violentados e escravizados.

O comércio do pau-brasil a necessidade de mão de obra, o escambo, a adulação estudada, a troca por apitos, colares, chocalhos ou assemelhados, escamotearam os interesses das comunidades indígenas ingênuas e incapazes de perceberem a intenção verdadeira destes procedimentos.

E, assim, a convivência entre os portugueses colonizadores e os brasis entrou em franca hostilidade, as propriedades dos brancos foram duramente atingidas e, em contra partida os colonizadores trucidaram impiedosamente os silvícolas, no que se destacou, particularmente o governador Mem de Sá.

Mesmo assim, o censo realizado em várias ocasiões mostrou um crescente aumento na população de Salvador, ao tempo em que, no recôncavo se iniciava a cultura da cana de açúcar.

Salvador possuía um comércio considerado ativo, principalmente a estratégica posição do seu porto, para onde convergiam navios vindos da metrópole em demanda da Índia, a grande meta dos portugueses e vice-versa. A carreira das Índias. Com a África, estabeleceu-se apreciável intercâmbio, fundamentado no comércio de escravos de alta rentabilidade.

Quem analisa as condições sociais da colônia nos anos que se seguiram a descoberta, conclui que a população de Salvador era composta de comerciantes, de escravos negros e mulatos, índios e mestiços e de uma faixa de população de uma fecundidade crescente, pobre, sem profissão definida, pouco afeita ao trabalho, que desprezavam quase sempre, considerando-o como uma atividade própria de escravos. Acima de toda esta massa, comodamente situados estavam os funcionários do governo e os senhores de engenho, acomodados, os segundos por uma estabilidade econômica sustentada pelo comércio internacional do açúcar e os primeiros, os funcionários gozando as benesses do poder.

A fome e a desnutrição conseqüente caracterizaram o perfil das condições dos habitantes da cidade, a exceção, claro dos comerciantes, dos senhores de engenho, do clero e dos funcionários do governo.

O tráfico intenso de mercadorias e de escravos proporcionava evidentes oportunidades na introdução de patógenos provenientes da África, da Europa e em parte da Índia.

A população indígena ainda existente na Bahia se resume a grupos de 27 povos, distribuídos no sul, na zona litorânea (12 povos); no nordeste (10 povos); e no além São Francisco (5 povos).

Embora habitando áreas específicas, não tem a sua identidade racial conservada, relacionando-se com as populações das cidades vizinhas do local onde vivem e se descaracterizando conseqüentemente.

As doenças que afligiam aos silvícolas na época do descobrimento não foram muitas e nem graves. De resto, não existem referências confiáveis delas.

O que se sabe, está fundamentado na impressão inicial do próprio Pero Vaz de Caminha, nos relatórios dos padres jesuítas e de alguns viajantes que por aqui chegaram. Descrevem indivíduos de compleição forte, de massa muscular desenvolvida, de cabelos duros e longos, pretos e lustrosos. Pareciam longevos. Raramente encaneciam, só o fazendo em idades muito avançadas. Há quem refira existirem exemplos de longevos que ultrapassavam 120 anos. Evidente que estas informações não devem ser aceitas sem os devidos reparos, levando-se em conta ao menos, a maneira como os silvícolas registravam o tempo.

As afecções que os atingiam, decorriam em boa parte das condições precárias do alojamento coletivo e dos hábitos primitivos de convivência entre eles.

As doenças da pele eram as mais comuns.

Referências a elas, podem ser encontradas em relatos feitos em exames de índios, que ainda não tinham tido contato com os brancos ou outras raças, em pleno século XIX. Tais, as descrições feitas por Von Martius e Roquette Pinto; (24;52) embora não sendo médicos, as informações são confiáveis, apesar da terminologia nem sempre ser adequada.

As dermatoses provenientes das repetidas picadas de insetos tinham que ser inevitáveis. Os indígenas chamavam-nas de “piera”.

A escabiose é uma referência freqüente.

Há de se convir, que doenças outras poderiam ser lembradas. Algumas decorrentes das condições higienodietéticas, tais os distúrbios gástricos, as diarreias, etc.

É de se presumir, face às referências frequentes, que o tétano do recém-nascido, foi possivelmente freqüente.

Foram relatados, com uma certa freqüência, casos de afecções “catarrais agudas”, termo vago e impreciso.

O *Treponema pertenue* é o responsável pela boubá e suas variantes, a gangosa e o gundu, alguns autores consideram-na como autóctone e outros como provenientes da África. O fato é que estas infecções são frequentes nos climas quentes, situados entre os trópicos de câncer e de capricórnio. Encontradas na África, na Ásia, na América do Sul e na Austrália e em países que não adotaram a escravidão do negro. No Brasil e na Bahia, mesmo antes da chegada dos colonizadores, a moléstia era conhecida entre os índios. Incidiu durante os séculos que se seguiram e existe ainda hoje, sobretudo no nordeste e no centro-oeste do país, mas não nos estados do sul. Há muitos anos, no decorrer das décadas de 50 e 60, recordo-me de ter visto em Salvador casos de boubá. Desde então, embora estivesse atento, não mais identifiquei pacientes com esta suposição diagnóstica.

Apresenta-se clinicamente sob vários aspectos, tais como, nódulos, ulcerações; os primeiros referidos como “botões e cravos”. Em fases mais avançadas desenvolvem-se quelóides e principalmente, quadros clínicos mais graves, quando recebem denominações especiais: a “gangosa” que é uma rinofaringite multilante, em que o processo começa no palato e progride destruindo as regiões limítrofes, as asas próprias do nariz. Por esta razão se confunde com a leishmaniose cutânea mucosa, a sífilis e neoplasias da face. O “gundu”, uma periostite com exostose dos ossos próprios do nariz podendo atingir outros ossos da face.

A planta dos pés é freqüentemente lesada, o que dificulta o andar dos pacientes.

O *Treponema carateum* é responsável por uma condição clínica denominada de “pinta, mal del pinto, carate, purupuru”. Tem sido reconhecido em algumas regiões do país. Flaviano Silva na Bahia (1945) (44) diagnosticou alguns casos. É possível que tenha havido entre as dermatoses descritas nos índios do Brasil, esta enfermidade.

Entre as doenças infecto-parasitárias, são referidas duas possivelmente, autóctones.

A malária é uma delas. Gabriel Soares de Souza (62), por volta do ano de 1587, observou em índios acometidos de febre e calafrios, em episódios que se repetiam com regularidade e em intervalos de três a quatro dias (febre terça e quarta). Além do seu testemunho, não há nenhuma referência da malária entre os naturais da nova terra. Contudo, o anofeles é um inseto que existia há muitos anos na América antes do descobrimento do Brasil. Com a respeitável autoridade científica de Artur Neiva e Afrânio Peixoto, a malária é uma doença trazida pelos portugueses e/ou africanos.

A outra enfermidade possivelmente autóctone é a doença de Chagas. Não há documentação a este respeito. A reflexão que se faz é de que o *Triatoma* e os reservatórios do *T. cruzi* já existiam em épocas pré-históricas, obedecendo aos ciclos silvestres. A presença do homem e das suas habitações proporcionaram a oportunidade de algumas espécies de *Triatoma* se domiciliarem, constituindo-se, em um novo ciclo urbano, em que o homem passou a ser parte dele e assim adoeceu.

Apenas uma reflexão possível.

Pesquisadores entre os quais os da Escola de Manguinhos vêm se empenhando nesta linha.

Os Brancos

Os brancos têm, entre os colonizadores, no português, naturalmente, seu representante maior. Mas não o único. Indivíduos oriundos de outras nações, logo no início do povoamento, deram também a sua contribuição. Entre eles, os franceses, que antecederam mesmo, em determinado momento, aos considerados donos da terra, os portugueses (Figura 6).

Os holandeses quando invadiram a Bahia no século XVII, contribuíram, embora em bem menor escala, na origem de mestiços. É certo que a sua permanência na Bahia foi curta, mas é possível supor a sua contribuição na mestiçagem, pelo registro de indivíduos encontrados, ainda hoje, na periferia de Salvador, principalmente nas ilhas espalhadas pela Baía de Todos os Santos, indivíduos de cabelos e olhos claros, sugerindo a origem européia, possivelmente, oriundos de holandeses ou franceses.

Figura 6. Foto do descobrimento do Brasil. Chegada do homem branco.



O semita é uma raça que contribuiu na gênese da formação étnica brasileira. Provindos muitas vezes de regiões outras, passaram a viver em Portugal, acobertados pela aceitação, ao menos na aparência, do catolicismo – “o cristão novo” – para fugir da inquisição. A inquietação em se fixar em um determinado local, a mobilização constante, o gosto pelos negócios e muitas vezes a sensibilidade cultural, são marcas definidoras do seu perfil, encontradas em exemplos freqüentes na índole do povo brasileiro.

Outros povos não de ter contribuído na formação do grupo de brancos que iniciou o povoamento, embora em menor escala, tais como, o espanhol, o italiano, o polonês e outros.

Portugal, por volta do fim do século XV e XVI, era um “país pobre e despovoado” (9). A sua população, muito provavelmente, não ultrapassava pouco mais de 1 milhão de habitantes e Lisboa atingia 200 mil habitantes.

A situação econômica do país era por demais desequilibrada; gastava quatro vezes mais do que arrecadava, embora fosse flagrante a ostentação e os gastos perdulários da corte. A população na grande maioria, enfrentava graves obstáculos para sobreviver, face as condições de pronunciada pobreza. A fome aguda verificada em 1503 é uma prova do que se acaba de ler⁽⁹⁾.

Terra pouco fértil, seca, em grande parte difícil para a agricultura. Não havia emprego para a diminuta população, que assim sonhava permanentemente, em emigrar. O índice de natalidade era grande, mas a mortalidade também.

Submetidas a seguidos episódios de terremotos em que há de se destacar o de 1300 e o de 1770. População açoitada por condições sanitárias bastante precárias de onde resultaram surtos epidêmicos graves, como os ocorridos em 1500, 1530 e 1569.

A Inquisição em Portugal assumiu um aspecto de franca crueldade, de que resultou serem atingidos mais de 26 mil pessoas entre as quais 1450 queimados. O Padre Antônio Vieira foi também uma vítima da prisão.

Acresciam as guerras com as suas vicissitudes. O exemplo mais significativo é a desastrosa aventura do rei Dom Sebastião, a “guerra santa” contra os mouros, de onde resultou a triste e desalentadora batalha de Alcácer Quibir, na qual Portugal perdeu parte mais saudável e hígida da sua população, os jovens de um país paupérrimo. Lembrar que o país na época se esforçava por colonizar terras em vários pontos do mundo, inclusive o Brasil.

Não obstante, os portugueses realizaram em distantes paragens, na Índia, na África e no Brasil um trabalho precioso e hábil. Conseguiram manter-se nessas regiões distantes, com as suas limitadas posses e competindo com nações bem mais estruturadas e ambiciosas. Os escassos meios econômicos e populacionais não foram obstáculos suficientes para impedir as suas conquistas. A navegação foi o seu grande instrumento. Assumiram riscos. Quase sem recursos construíram navios, sacrificaram a maior parte da sua população, transformando-a em marinheiros, mobilizados em viagens de destino incerto e de retorno mais incerto ainda, navegaram em “mares nunca

dantes navegados” e chegaram a desconhecidas terras, a que cumpria ocupar e nelas viverem.

E assim, embevecidos pelas supostas riquezas da Índia que nunca alcançaram e pelo insucesso das feitorias africanas, chegaram ao Brasil e tiveram ânimo para colonizar terras desconhecidas e hostis.

Nos primeiros 30 anos depois da descoberta, os portugueses pareciam não ter dado maior importância à Nova Terra. É que estavam subjugados pela esperança das riquezas, acenadas por Vasco da Gama. E, ainda, porque o atrativo maior era o encontro de metais valiosos, o ouro e a prata, não vislumbrados, porém no Brasil. Apenas árvores frondosas, índios incultos, semi-bárbaros, uma imensidão de costa e de terras a desafiar as forças que não tinham. Confrontaram-se com os franceses e outros aventureiros atraídos pelo extrativismo do pau brasil. Não que abandonassem o território descoberto. Aos poucos começaram a se fixar. Enviaram esquadras e instalaram feitorias, relacionaram-se melhor com os silvícolas, enfrentaram os franceses que já se julgavam os donos da terra.

O ano de 1532 marcou o início da formação social do Brasil “tendo a família rural ou semi-rural como base”⁽²⁰⁾. A família, não o indivíduo, passou a ser a força colonizadora do Brasil.

A fundação da Cidade do Salvador em 1549 foi um marco.

O comércio de escravos trouxe a força do trabalho, um instrumento que gerou a cultura da cana, a riqueza maior do Brasil colonial.

O que é o povo português afinal? Uma raça uniforme de linhas definidas? Ou um conjunto desalinado de origens variadas?

Não é difícil perceber na pátria lusa biótipos diferentes, bem caracterizados no sul e no norte do país. As razões são múltiplas.

No que diz respeito às terras do sul, nelas, principalmente as aproximadas com a África, está ancorada boa parte do seu passado étnico, representado de um lado pelo elemento mouro e de outro pelo africano.

É inquestionável a influência destas duas linhas raciais na constituição e nas características dos indivíduos do sul do país. Não só nas características físicas, como também nos aspectos culturais e de costumes.

Tais razões explicam a adaptação dos portugueses em climas tropicais, o que gerou a facilidade de se ajustarem às condições encontradas no Brasil. Outras etnias habituadas aos climas temperados ou frios não repetiriam os resultados positivos alcançados pelos portugueses ao colonizar o Brasil.

Acrescente-se também, a facilidade com que eles conviveram e coabitaram com outros grupos raciais, índios e negros, gerando mestiços, os quais foram de significativa importância no povoamento de extensos espaços.

No norte de Portugal, verifica-se uma tendência a cultura europeizante, caracterizada por biótipos específicos, resultantes da proximidade com os países vizinhos e, no passado, com a invasão dos celtas, germanos, romanos e normandos.

Como foi possível aos portugueses assumir compromissos administrativos, políticos e sociais em regiões tão distantes e habitadas por povos com características diferentes das suas?

Os deslocamentos sucessivos dos administradores, ora na África, ora na Índia, ora no Brasil, foi de inestimável e indispensável valor. Somado a isto, a capacidade de se misturarem com outras raças aqui encontradas, o que facultou a solução de um problema real e grande, qual o de povoar territórios imensos, com as limitadas possibilidades de Portugal na época. É bem verdade que a miscigenação implantada, foi complementada pela vinda de degradados, muitos de qualidades desfavoráveis, mas outros obrigados a saírem da sua pátria por motivos pequenos, discutíveis e de razão inexplicada. Em pouco tempo, emigrar para o Brasil se tornou uma solução para os que não tinham oportunidades na “Terra Mãe”.

É fácil compreender que o tráfico proveniente da Europa, da África e da Índia, motivou a instalação e o incremento das doenças infecciosas e parasitárias no Brasil.

Nem sempre é possível definir com segurança a real origem delas. Na situação específica que estamos analisando, os exemplos são múltiplos ou quase todos, isto é, as doenças infecto-parasitárias brasileiras se originaram na Europa ou na África, ou simultaneamente nas duas e na Índia. É o que se depreende das considerações que se seguirão.

A sífilis. Qual a sua origem? Autóctone? Européia? Africana? ou Africana e Européia?

O certo é que nos silvícolas aqui encontrados pelos portugueses não se descreveram quadros presumíveis de sífilis. No entanto, há quem aceite a possibilidade da existência da sífilis entre os incas e os maias. Os marinheiros de Colombo em 1493, teriam se infectado na América Central e introduzido a doença na Europa, onde em pouco tempo se disseminou. Os portugueses foram atingidos também e consta que lavaram a infecção para a Índia, para o Japão e para a China. Em muitos países do Oriente na época, a doença era conhecida como “mal dos portugueses”.

Roquette Pinto, séculos depois, não encontrou vestígios de sífilis em índios que não tinham tido contato com os civilizados⁽⁵²⁾.

O certo é que o “mal gálico” (denominação resultante da epidemia provocada pelos franceses em 1494, na campanha para a conquista de Nápoles) se espalhou rapidamente pelos países da Europa.

No dizer de Gilberto Freyre, “o Brasil teria se sifilizado antes de se haver civilizado”⁽²⁰⁾.

Se admitirmos que o *T. palidum* tenha sido introduzido na Europa em 1494, um ano após o retorno dos marinheiros de Colombo, não teria sido fácil, embora possível, que, no mesmo ano, contaminasse milhares de soldados franceses e seis anos após, atingido o Brasil. Convenhamos que isto seria uma pandemia de evolução rápida para a época.

Ainda para acrescentar subsídios importantes, é do interesse registrar estudos de Hrdalishr que não encontraram em esqueletos pré-colombianos um único exemplo de patologia sifilítica⁽²⁰⁾.

Acreditamos que a sífilis não é autóctone na Bahia, que ela teria sido introduzida primeiro pelos franceses e depois pelos portugueses e outros brancos, através do relacionamento sexual com mulheres índias.

A contribuição africana ocorreu mais tarde e foi menor que a dos brancos. Possivelmente o senhor de engenho se contaminou primeiro e disseminou a doença entre os negros. Ressalte-se que os africanos relacionavam-se tão só com as mulheres da sua raça, menos com as indígenas e nunca com as mulheres brancas.

As outras doenças sexualmente transmissíveis seguiram o mesmo caminho, assim é o caso da gonorréia, do cancro mole, das pediculoses e similares.

As infecções respiratórias devem ocupar um lugar de destaque, sobretudo pela facilidade de transmissão das viroses das vias aéreas superiores em todas as faixas etárias, em uma população de baixa resistência. Registrou-se entre os índios logo no início da colonização um grave e extenso surto de doenças respiratórias com altos índices de mortalidade no ano de 1549.

O caso da tuberculose é diferente. Em estudos de paleopatologia, a doença já tinha sido detectada em épocas pré-históricas, não no Brasil, mas em alguns países da América do Sul (Chile e Peru) e da América do Norte. Não se pode, porém, afirmar, que a tuberculose não existisse entre os silvícolas antes da chegada do homem branco.

Com a colonização os fatos se modificaram significativamente. A incidência da doença foi alta, não só entre os colonos, como também entre os padres jesuítas e os índios. Nos aldeamentos os índios afastavam-se dos padres que estavam em atividades de caçatense, fugindo das aldeias, dos “encatarrados e dos tossidores”. O receio imenso da tuberculose, posto que se contaminavam e a doença evoluía rapidamente. Um episódio que evidencia claramente a gravidade e difusão da moléstia. O padre Manuel da Nobrega morreu no curso de uma síndrome febril em que ocorreram frequentes e copiosas hemoptises⁽⁶⁹⁾.

A hanseníase é uma microbacteriose de importância e que continua, como a tuberculose, a incidir, após séculos, no Brasil.

Embora os autores europeus não duvidem que a doença tenha a sua origem na América, não foi encontrado nenhuma menção dela ter existido entre os índios brasileiros, antes de 1500. É sabido que a incidência da hanseníase na Europa na idade média, assim como nos países da bacia mediterrânea do lado europeu e do oriente próximo.

Piso também não registrou a moléstia no Brasil holandês.

A varíola é uma enfermidade que não acometia as populações indígenas na época pré-cabralina.

Seguramente, “a peste das bexigas” foi descrita pelos jesuítas em 1561. Dois anos após, em 1563, instalou-se uma grande epidemia na Bahia, responsável pela morte de mais de 30 mil selvagens aldeados, o que representa três quartos deles. Durante anos seguintes, sucessivas epidemias de varíola ocorreram (1598, 1615, 1617, 1641, 1650, 1662, 1705, 1715 e outras tantas) entremeadas por períodos endêmicos.

Após competentes campanhas de vacinação de âmbito mundial, a doença não aparece em nosso meio desde 1955.

Entre as doenças exantemáticas, o sarampo surge entre as afecções que mais causaram índices elevados de mortalidade entre os indígenas. “O sarampo” não foi referido na época pré-cabralina.

A febre amarela era endêmica nos países da América Central. Diz-se que ela teria sido propagada pelos marinheiros de Colombo.

A realidade é que esta doença não existia no Brasil e muito menos na Bahia. Apareceu em fim do século XVII, precisamente, em novembro de 1685. Manifestou-se inicialmente em Pernambuco, trazida por uma nau proveniente da ilha de São Tomé. Logo a seguir atingiu Salvador, onde se manteve segundo o padre Antônio Vieira, até o ano de 1692.

É responsável pela segunda grande epidemia, denominada, na época, “bicha ou males”. Nos anos que se seguiram, nenhuma epidemia de febre amarela foi reconhecida no Brasil. No século XIX, em 1849, reapareceu na Bahia e em Pernambuco, de onde se disseminou para vários estados com intensidade e mortalidade significativamente altas. Ainda no século XIX ela se tornou endêmica, seguindo até os primeiros anos do século XX.

Os Negros

A identidade fisiográfica do continente africano e do nordeste brasileiro é um elo que fortalece a trilogia étnica de onde resultou o que se denomina hoje “o brasileiro”.

A dramática diáspora, que movimentou milhões de africanos através do Atlântico, subjugados pela escravidão, é um dos momentos mais deprimentes na história da humanidade. E, ainda porque, programada e consumada pelos povos reconhecidos como os civilizados da época.

Quando se iniciou o tráfico de escravos nos anos de 1445-1446, Portugal assumiu a iniciativa; foi logo seguido por quase todos os países mais projetados da Europa, entre os quais se alinharam a Inglaterra, a França, a Alemanha, a Suécia e a Dinamarca. A Inglaterra assumiu um papel de acentuado destaque no tráfico negreiro, a partir do século XVII e assim se conservou até 1807.

Ainda no século XV, os negros foram levados para as cidades portuguesas entre as quais, principalmente, Évora.

O mundo aceitou como natural a sangria demográfica, empobrecendo mais ainda regiões despossuídas, tendo como objetivo único, o comércio e o lucro.

O tráfico de escravos para as Américas se iniciou em 1518, quando desembarcaram no Caribe, africanos provenientes da Costa de Guiné. E a escravidão se alongou até 1880. Contudo, em Cuba, desde 1501 já existiam escravos.

No Brasil a vinda dos africanos aconteceu na segunda metade do século XVI, exatamente quando a cultura da cana de açúcar iniciou o seu ciclo de sucesso econômico. Em 1826, o governo brasileiro declarou livre todo escravo desembarcado a partir desta data. Contudo, o tráfico continuou apesar da lei, até 1870.

A importação de escravos na Bahia obedeceu a ciclos bem definidos, que se baseavam na região da costa ocidental africana de onde os escravos provinham. Assim, o ciclo da Guiné corresponde ao século XVI; o ciclo de Angola, século XVII; o ciclo da Costa da Mina e Golfo de Benin, século XVIII até 1815 e a última fase de 1816-1851⁽⁶⁸⁾.

A Bahia recebeu 1.067.080 africanos e o Brasil, 4.300.000.

Os negros que chegaram a Bahia pertenciam a dois grupos distintos, de cultura, índole e origem diferentes: os sudaneses e os bantos. Em cada um deles se agruparam várias nações (Figura 7).

Figura 7. O negro sudanês.



Os sudaneses provinham da região superequatorial do litoral ocidental da África. Possuidores de um caráter forte e insubmisso relacionavam-se relutantemente com os brancos, confrontando sempre o comando deles. Vários levantes de negros aconteceram no início do século XIX na Bahia, em que se misturaram à busca da liberdade, o inconformismo e um claro fundo religioso, o Islamismo. Bem conformados fisicamente, as mulheres graciosas e os homens de estatura superior e musculatura bem distribuída e harmônica; concentravam-se na grande maioria na Cidade do Salvador; a sua religiosidade se assentava sobre tudo no Islamismo, embora muitos não a praticassem.

Os nagôs, os haussas, os mandingas, são exemplos de nações do grupo sudanês.

Os bantos se originaram da região subequatorial. Índole dócil, mais sociável, de habilidades na agricultura, adaptando-se facilmente as atividades domésticas; ajustaram seus princípios religiosos ao cristianismo, adaptando suas divindades aos santos correspondentes do catolicismo; criaram “irmandades”, organizaram festas e atos religiosos, obedecendo sempre às mesmas normas do catolicismo. Presentes nas festas de rua, na capoeira, nas rodas de samba, nas cheganças, no batuque, no bumba meu boi, no berimbau, ect. Contribuíram apreciavelmente no vocabulário do português que se falava no Brasil, com numerosas palavras e expressões quibundas, que enriqueceram o vocabulário popular. Ao contrário dos sudaneses, mostraram ampla facilidade de se adaptarem a sociedade branca, sobre a qual, por sua vez, influíram também (Figura 8).

Figura 8. O negro banto e a família branca.



Ao tempo que o sudanês se isolou, o banto se integrou à sociedade branca.

Os bantos predominavam no recôncavo e os sudaneses na cidade.

Há divergência quanto ao predomínio na Bahia de um dos dois grupos. Nina Rodrigues e Artur Ramos, por exemplo, se inclinam pelos sudaneses; Luís Viana Filho pelos bantos.

Os negros se concentraram no litoral, principalmente no recôncavo e na Cidade de Salvador. A sua interiorização foi limitada. O recôncavo e a cultura da cana de açúcar gerando riquezas contrastavam nitidamente com o sertão modesto e pobre, que, assim não atraía e nem poderia adquirir o escravo, que era de custo significativamente elevado para eles. As atividades no sertão não exigiam trabalho de muitos: o vaqueiro bastava. O encontro de negros no sertão era fortuito. A não ser em regiões de mineração, que não foram muitas, e que exigiam a força de trabalho que os negros reconhecidamente possuíam. Em outras situações, fatos semelhantes aconteceram. A fuga de escravos aglutinando-se em Quilombos proporcionou também condições para o deslocamento de africanos para o interior, alcançando mesmo,

distantes territórios.

Aos africanos têm sido atribuídas doenças infecciosas e parasitárias que compõem o quadro nosológico da Bahia.

Embora à primeira vista certas doenças tenham sido imputadas aos escravos, algumas poderiam advir do colonizador branco, pois muitas delas acometiam tanto aos negros como aos europeus. Há de se lembrar que os negros como escravos já existiam em Portugal um século antes do descobrimento do Brasil.

A procedência dos escravos das regiões da África, em que incidiam determinadas patologias, deve também ser lembrada. Assim como, as moléstias adquiridas durante as duras travessias: o escorbuto, as oftalmias, a escabiose, as diarreias e disenterias, etc.

O “maculo” tem sido considerado como uma doença própria dos negros do Brasil. A doença é também conhecida por uma variedade de denominações, tais como, “corrupção do bicho”, achaque do bicho, mal del culo, bicho del culo, mal do sesso, relaxação do sesso, retite gangrenosa epidêmica.

Numerosas referências existem a esta moléstia, desde Guilherme Piso – que a denominou de “anis et Inflammation” – assim como, Silva Lima, Langaard e outros.

A doença se caracterizava por um processo inflamatório necrotizante, com intenso comprometimento do ânus e do reto, que se dilatavam e por onde fluía secreção mucosa, extremamente fétida. Manifestações sistêmicas, torpor, sonolência, febre, sugerindo um processo séptico em que é possível se aceitar a participação de bactérias anaeróbias. Em algumas ocasiões, apareciam larvas de insetos, “miíases”.

No entanto, o maculo não é uma doença exclusivamente da África. Gabriel Soares de Souza⁽⁶²⁾ descreveu-a entre os indígenas. Em outras regiões, ela também tem sido referida, inclusive na Europa e na Indonésia. Foi registrada entre os seringueiros da Amazônia.

Em mais de meio século, atendendo pacientes negros, em serviços de infectologia, nunca registrei um caso, e não tenho notícias neste período que outros o tenham feito, inclusive proctologistas.

A boubá – esta moléstia foi analisada anteriormente neste texto, quando foi aceita a noção dela existir em brancos, embora muitos autores consideraram-na como oriundas da África. A origem autóctone, foi aceita também, como é o caso de Silva Lima. Referências a doença existem como endêmicas na Ásia.

No entanto pesquisadores confiáveis mantêm a opinião que a boubá teria sido importada da África. Lembro, porém, que ela, ao contrário da sífilis, embora sendo uma treponematose, não é uma doença sexualmente transmitida, o que dificulta admitir que a moléstia tenha atingido aos indígenas antes mesmo do início da escravidão no Brasil. Além do mais, a boubá é confundida com a sífilis, a hanseníase, lúpus eritematoso, leishmaniose cutânea mucosa, etc.

“Frialdade” – uma condição clínica mencionada por vários autores com este nome, caracterizada por quadros clínicos resultantes de intenso descoramento de mucosas, com repercussões sistêmicas, identificadas facilmente como

anemias graves. Acometiam agricultores que trabalhavam descalços. Não é difícil entender que tais quadros decorriam de ancilóstomose grave e que não se poderia responsabilizar aos africanos, unicamente, por esta parasitose, pois o ancilóstomo existia é certo, na África, como também, na Europa e em outras regiões do mundo, em que se inclui o Brasil.

A esquistossomose – não restam dúvidas que o *S. mansoni* foi introduzida no Brasil pelos africanos. Aqui encontrou o hospedeiro intermediário adequado, o caramujo. Ao contrário do *S. hematobium*, que também deveria ter sido trazido pelos africanos, mas que não encontrou meios de completarem o seu ciclo pela inexistência do hospedeiro intermediário competente.

A parasitose se distribuiu nas regiões úmidas do litoral e, em parte, no agreste vizinho. No caso da Bahia, no recôncavo e na Cidade do Salvador, onde, de outro lado, se concentraram os escravos. Fato semelhante ocorreu em Pernambuco, Sergipe, Paraíba e Rio Grande do Norte.

A presença da doença no semi-árido não é freqüente.

É de se registrar que os negros no Brasil, embora parasitados pelo *S. mansoni*, apresentam quadros clínicos mais brandos do que aqueles que ocorrem em indivíduos brancos. A forma hepato-esplênica é bem mais freqüente nos brancos do que nos negros.

A dracunculose – é uma parasitose produzida por um helminto, o *Dracunculus medinenses*.

Na Bahia existia um foco em uma lagoa próxima a Feira de Santana. A doença de há muito deixou de ser diagnosticada. Foi também conhecida com o nome de bicho da costa, corrupção do bicho e bicho do pé (não confundir com a *Tunga penetrans*).

No período colonial a dracunculose foi mais freqüente. Atualmente está extinta em todo Brasil. Entre os escravos, os que mais veicularam o parasito foram os que procediam da Costa da Mina.

Ainhum – em janeiro de 1867, na Gazeta Médica da Bahia, Silva Lima⁽³³⁾ descreveu, com muita clareza, um quadro clínico, que acometia escravos, provindos todos da costa ocidental da África⁽³³⁾.

Caracterizava-se por evolução prolongada, às vezes de vários anos, sem repercussão sistêmica, tendo como principal manifestação um processo degenerativo e progressivo, que acometia quase que exclusivamente os dedos mínimos dos pés (Figura 9).

Começava com uma depressão na face interna dos dedos, sem ulceração ou fenômenos inflamatórios, indolor, atingindo quase sempre os dedos mínimos de ambos os pés. As unhas conservavam-se inalteradas. Os dedos atingidos se destacavam dos demais, aumentados de volume, com a sua base garroteada e, com o passar do tempo, tendiam a se destacar com ou sem intervenção cirúrgica.

O termo Ainhum é um vocábulo dos negros nagôs, que quer dizer “serra”. Não é exclusividade da raça negra, pois, tem sido referido na América do Norte, no Canadá, em países da América do Sul, nas Antilhas, na Jamaica e em Barbados⁽⁵⁾.

Figura 9. Ainhum.



A doença não se extinguiu. Pessoalmente, no ano de 2006 registrei um caso de Ainhum na Bahia.

A etiologia da doença não é conhecida, apesar de ter sido sugerida a possibilidade de ser uma forma especial de hanseníase.

Filariose – tem se aceito que esta doença foi introduzida no Brasil pelos negros africanos. O gênero *Wuchereria* (*W. bancrofti*) é encontrado na costa ocidental da África e mesmo em outras regiões deste continente. Não existia no Brasil antes da chegada dos africanos.

O parasito é encontrado em vários estados do nordeste, sobretudo nos estados de Pernambuco e Bahia; na região amazônica (Pará e Amazonas) e mesmo em estados do sul (Santa Catarina e Rio Grande do Sul).

O *Culex fatigans* é o único responsável no Brasil pela transmissão da doença.

A *W. bancrofti* foi descrita na Bahia por Otto Wucherer.

A doença clinicamente se caracteriza por fenômenos inflamatórios (linfangite e linfadenite), obstrutivos (linfangiectomia, linforragia, quilorragia e elefantíase) e alérgicos.

No Estado da Bahia, os dois focos principais se localizavam em Salvador (particularmente na península itapagipana) e na cidade de Castro Alves em pleno semi-árido. A moléstia, no momento, tem baixa incidência e na Bahia praticamente tem sido considerada como extinta.

Etapas Evolutivas das Doenças Infecciosas e Parasitárias no Estado da Bahia

Para bem compreender as etapas evolutivas das doenças infecciosas do Estado da Bahia é necessário considerar alguns aspectos relevantes. A prevalência delas é função das

divergências fisiográficas da Bahia, das condições socioeconômicas, dos acontecimentos históricos, das correntes migratórias, etc.

Admite-se que a história das doenças infecciosas e parasitárias no Estado da Bahia pode ser desdobrada nos seguintes períodos:

- a) pré-colombiano;
- b) colonial, compreendendo os séculos XVI, XVII e XVIII;
- c) século XIX;
- d) século XX;
- e) contemporâneo.

As características do período pré-colombiano são imprecisas. Apenas suposições, posto que as possíveis informações paleopatológicas referentes a Bahia não são do meu conhecimento. Contudo, ilações baseadas em vetores e reservatórios e os seus respectivos “habitats”, existentes em épocas pré-históricas, hoje bem conhecidas, teriam nelas, suas raízes. No particular, a doença de Chagas, por exemplo, vem sendo cogitada, pois, foram encontrados em pesquisas arqueológicas o *Triatoma*. Outras enfermidades podem ser consideradas como autóctones; é o caso da boubá, das parasitoses intestinais e possivelmente da tuberculose.

O período colonial é o mais longo, pois se estendeu durante três séculos. É verdade que pouco se conhece sobre as enfermidades dos indígenas, tidos nos registros de viajantes e dos jesuítas que os conheceram na época do descobrimento, com aparência de boa saúde e longevidade.

Nesta comunidade foi introduzida inopinadamente, através dos colonizadores brancos e logo a seguir pelos africanos, uma variedade de doenças desconhecidas pelos indígenas, que eram assim, imunologicamente frágeis.

De início, no século XVI, as doenças sexualmente transmissíveis, em que se destaca a sífilis; um estigma presente nas sucessivas gerações de brasileiros.

As infecções respiratórias apareceram a seguir. Nas “Crônicas da Companhia de Jesus do Estado do Brasil”, foram relatadas pelo autor, Simão de Vasconcelos, notícias de que em 1549, aconteceu um surto epidêmico “de terrível peste de tosse e catarro mortal”, principalmente, entre as populações indígenas. Tais quadros eram acompanhados de “peste terrível de priorizes”. Possivelmente, os vírus deveriam ter sido os principais responsáveis; mas, a tuberculose poderia também, ter contribuído. É bem conhecida a atitude dos “brasis” fugindo da proximidade dos padres “emagrecidos, tossidores e encatarrados”. A tuberculose como a sífilis, marcou desde então, o perfil nosológico dos brasileiros até a presente data.

Por volta de 1563, uma segunda grande epidemia apareceu – a varíola. Trazida por uma nau que aportou na Bahia e, como uma labareda em palha seca, atingiu a população da cidade, morrendo muitas pessoas, entre elas, milhares de indígenas. “A peste das bexigas é o açoite do Senhor”. A varíola esteve presente até a metade do século XX, em sucessivas epidemias, intercaladas por períodos de endemias, conservando-se assim presente até quando foi contida por uma campanha mundial de vacinação. Na Bahia, há mais de cinquenta anos ela não tem sido diagnosticada.

No século XVII surgiu a febre amarela, também conhecida na época como “males” ou “bicha”. Originada da ilha de São Tomé. A epidemia que se instalou em 1685 dizimou boa parte da população da Bahia, não só de pessoas pobres, mas também, entre suas vítimas, se incluíram figuras de destaque, religiosos, aristocratas e elementos do governo. A febre amarela desapareceu após o século XVII e permaneceu por aqui em episódios isolados até meados do século XIX.

No período colonial não se tinha conhecimento da etiologia dos processos infecciosos, que eram referidos e reconhecidos apenas pelas características clínicas e epidemiológicas que apresentavam. Muito comum era o diagnóstico de “febre”, vocábulo que servia para designar moléstias capazes de serem transmitidas e quase sempre indicavam a expectativa de perigo e gravidade. Não se conhecia a causa delas e assim recebiam várias denominações tais como: febre biliosa, febre sinoca, febre nervosa, febre maligna, febre dos pântanos, maleitas, sezões, febres pútridas, febre ética ou lenta (consuntiva, tísica, tuberculose?), febre láctea, etc.

A malária é uma doença de origem discutível. Autócne? (Gabriel Soares de Souza); introduzida pelos brancos? (Artur Neiva e Afrânio Peixoto); pelos negros? (“as carneiradas de Vilhena”).

O certo é que o paludismo sempre existiu no Brasil desde o século XVI e permanece desde então, em muitas regiões do país em caráter endêmico e muitas vezes epidêmico (região amazônica).

Na Bahia a incidência da doença é pouco significativa.

No período colonial é uma referência importante a menção dos primeiros livros publicados sobre as doenças infecciosas no Brasil.

O primeiro deles, proveio do período do domínio dos holandeses em Pernambuco, no século XVII, por volta do ano de 1630. Entre os membros da comitiva do príncipe de Nassau, encontravam-se Willem von Millaene, físico; George Marcgraf, astrônomo e posteriormente Willem Piso, médico e botânico.

Do trabalho de observação deste grupo, surgiu um livro de fundamental papel na história natural e na medicina do Brasil – “História Naturalis Brasiliae”. Dele consta uma parte intitulada “De Medicina Brasiliense” de autoria de Piso, traduzida em 1948 sob o nome de História Natural do Brasil Ilustrada, publicada pela Companhia Editora Nacional; e a “De Medicina Brasiliense”. Neste último volume constam informações valiosas sobre as doenças ocorridas em Pernambuco. Piso foi o primeiro a realizar necropsia no Brasil.

Merece ser referida o livro de Simão Pinheiro Morão, publicado sobre o anagrama de Romão Mosia Reinhp. É intitulado “Tratado Único das Bexigas e Sarampo”, 1683.

O terceiro livro de evidente interesse histórico, tem a autoria de João Ferreira da Rosa, com o título de “Tratado Único da Constituição Pestilencial de Pernambuco”, 1694. Trata, sobretudo, da febre amarela.

Miguel Dias Pimenta, um mascate, fez publicar “Notícias do que é o Achaque do Bicho”, em que apresenta descrição detalhada do maculo.

O século XIX. Importantes e decisivos acontecimentos surgiram no século XIX, que deram ao perfil das doenças transmissíveis uma nova feição.

A criação da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus contribuiu logo no início do século para reunir valores humanos interessados na compreensão da natureza das enfermidades que existiam na época.

Acresce que os avanços da era pasteuriana abriram novos e amplos horizontes. Os agentes etiológicos responsáveis pelas doenças infecciosas conhecidas, apenas, pelas suas manifestações clínicas, foram sucessivamente esclarecidos. A difteria, a febre tifóide, o tétano, a tuberculose, a hanseníase e várias outras são exemplos que facultaram iniciativas de grande alcance utilizadas na prática médica. A soroterapia e as vacinas modificaram condutas terapêuticas e preventivas.

A Escola Tropicalista Baiana, estruturada na segunda metade do século XIX, significou grandes avanços em vários setores da medicina que era exercida na Bahia. As suas realizações, na busca de novos conhecimentos, têm um significado especial, pois, com elas se iniciaram no Brasil as pesquisas médicas no vasto campo da então chamada medicina dos trópicos.

As atenções dos pesquisadores baianos se voltaram para os desafios representados pelas patologias que se apresentavam sem etiologias conhecidas, e ainda as alterações que provocavam em órgãos e em tecidos. Introduziram a prática de necropsias realizadas no antigo Hospital da Caridade da Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Utilizaram-se também do microscópio e assim tiveram acesso as alterações teciduais e a busca dos possíveis agentes responsáveis pelas manifestações observadas no paciente.

Fundaram no dia 10 de julho de 1866, a Gazeta Médica da Bahia, onde publicaram seus achados; os acontecimentos epidemiológicos ocorridos na terra em que viviam e em vários países do mundo. A Gazeta Médica se manteve atenta aos acontecimentos relacionados com o ensino médico, aos progressos concretizados em outros países e vigiavam o modo como eram obedecidos os princípios éticos na prática da medicina na Bahia.

A Gazeta Médica continua a ser editada ainda hoje, muito embora, em algumas fases, deixasse de circular.

No fim do século, surgiu uma outra escola médica, a de Nina Rodrigues, que reuniu valores, os quais se projetaram através das publicações dos seus trabalhos de pesquisa, não só na Gazeta Médica, como também, em jornais especializados no Brasil e em países outros. É certo que a meta principal de Nina Rodrigues e seus seguidores, se polarizava no sentido da antropologia, medicina legal e, sobretudo, de cuidadosas pesquisas sobre os escravos africanos.

Durante o século XIX ocorreram surtos epidêmicos. Um deles, a febre amarela, que, após um longo período aquietada, eclodiu em 1849 quando fundeu na Bahia o brigue Brasil, proveniente de Nova Orleans, com doentes e seguramente com o transmissor, o *Aedes aegypti*. Aqui se iniciou o segundo grande surto de febre amarela no país que se manteve, embora com fases de baixa incidência, até o início do século XX.

Contudo o *Aedes*, somente desapareceu do Brasil no início dos anos 30, após as campanhas encetadas por Oswaldo Cruz e Clementino Fraga. Porém, decorridos 70 anos, foi novamente introduzido a partir do norte do país e se espalhou em todo território nacional.

Disto resultou a dengue, que se tornou endêmico desde então com fases de recrudescência.

A outra grande e severa epidemia registrada no século XIX foi a da cólera morbus. Originada na Índia, produziu vários surtos epidêmicos em todo mundo, mas, somente atingiu o Brasil em abril de 1855. Nesta data uma nau portuguesa introduziu a doença em Belém do Pará. Em julho do mesmo ano chegou a Salvador e de Salvador às cidades do recôncavo por onde passavam rios que desembocavam na Baía de Todos os Santos.

A epidemia da cólera se espalhou por todo Brasil. Na Bahia morreram aproximadamente 50 mil pessoas e no país a mortalidade foi de 240 mil pessoas.

A tuberculose esteve sempre ativa no decorrer deste século.

O século XX se inicia com uma epidemia de moléstia desconhecida até então no Brasil: a peste. Introduzida em Santos em 1899, chegou a Bahia, também por via marítima, em 1904. O número de vítimas foi significativo, sem, contudo, atingir as cifras de mortalidade observadas com a cólera. A bactéria com relativa rapidez se interiorizou e fixou-se no semi-árido. Desapareceu a forma urbana da peste. Esporadicamente surgem novos casos, nos meses mais quentes do ano provenientes do semi-árido. É importante ser mantida a vigilância, posto que, na forma silvestre da doença, continuam a existir o reservatório e os transmissores silvestres.

A doença meningocócica tem apresentado surtos epidêmicos. O primeiro deles foi registrado em 1896, por Pirajá da Silva em militares do Quartel dos Aflitos; rapidamente o surto se extinguiu. Em 1927, numerosos casos advindos do subúrbio ferroviário, foram internados no Hospital de Isolamento, 42 pacientes. Novo surto em 1944, atingindo Salvador e cidades do recôncavo. O quarto surto da doença meningocócica ocorreu em 1961, em Salvador ao mesmo tempo que fato semelhante acontecia em São Paulo. Três anos após, a epidemia atingiu o seu clímax. Foi o mais grave de todos os surtos.

Observa-se a periodicidade com que os episódios se sucederam com intervalo aproximado de 20 anos. A doença meningocócica é endêmica em todo Estado da Bahia.

A cólera reapareceu em 1991, originada do Peru. Desta vez as manifestações clínicas foram bem mais brandas, face a ser, a variedade "El tor" responsável, menos patogênica do que o *Víbrio cólera*. E ainda, as medidas atuais de terapêutica e preventivas são bem mais eficazes que no século passado.

A dengue foi diagnosticada na Bahia, no início do século, em marinheiros franceses, que haviam estado na África. Até a década dos anos 60 não foram descritos novos casos. Com a reintrodução do *Aedes aegypti*, a doença reapareceu. O número de casos desde então vem aumentando, ao tempo em que, situações clínicas graves vêm sendo registradas.

A tuberculose continua uma séria ameaça, embora, exista terapêutica eficaz. No entanto, a existência de bacilos resistentes aos medicamentos usados, a associação com a AIDS e a pobreza são fatores que obstaculizam o controle da enfermidade.

Numerosas doenças infecciosas estão sob controle, em resultado de campanhas de vacinação bem conduzidas, tais como: varíola, poliomielite, difteria, sarampo, rubéola. Não obstante, casos raros de difteria, sarampo, rubéola, têm sido diagnosticados, conseqüência da inobservância dos respectivos esquemas vacinais.

Algumas doenças infecciosas continuam a ser observadas nas populações mais pobres, a exemplo da febre tifóide e do tétano. As meningites virais ocorrem também com freqüência.

Na Bahia, as micoses profundas não são tão frequentes como acontece em outras áreas do país. A blastomicose sul-americana, a histoplasmose e a criptococose, compõem, principalmente, o quadro nosológico das micoses profundas no Estado. O “micetoma pedis” raramente se diagnostica. Da mesma forma, a actinomicose. Com o advento da AIDS, a histoplasmose e a criptococose assumiram papel de importância.

Entre as protozooses a doença de Chagas e as leishmanioses, merecem especial destaque. A leishmaniose visceral endêmica, em certas regiões do semi-árido, apareceu como já foi referido no texto, no litoral norte. É uma doença que incide principalmente nas faixas pobres da população, e aumenta nos períodos de seca. A leishmaniose cutânea e mucosa é bem mais freqüente nas regiões úmidas. Nelas os transmissores e os hospedeiros são múltiplos e peculiares das áreas afastadas do domicílio. Ao contrário da forma visceral, em que o vetor é domiciliado e os reservatórios, o principal deles, o cão, é conhecido. E assim, esta doença é de mais fácil controle. A doença de Chagas continua endêmica e seu controle esta longe de ser efetivado, embora, o *T. infestans* tenha sido considerado como extinto pela Organização Mundial de Saúde. O número de casos com a forma aguda diminuiu. As formas crônicas – a miocardite, megacólon e o megaesôfago - persistem. O controle da doença de Chagas não é simples, apesar dos conhecimentos sobre o transmissor, fatores sócio-econômicos influem. Não existe tratamento específico confiável para a doença.

A esquistossomose se distribui principalmente nas áreas úmidas do estado, próximas ao litoral e menos nas áreas do interior, somente onde existe o reservatório. Antes do uso da medicação específica, a oxaniquine e praziquantel, eram bem mais frequentes pacientes com as formas graves da doença, tais a forma hepatoesplênica e a arterite pulmonar.

O advento de medicações apropriadas modificou grandemente a prevalência dos parasitos intestinais, antes tão frequentes, e que passaram hoje a serem bem menos encontrados; a freqüência de casos graves de estrogiloidíase, de obstrução intestinal por áscaris, das anemias severas devido à ancilostomíase, dos abscessos amebianos do fígado e outras situações semelhantes - diminuiu.

Há de se registrar os grandes avanços dos conhecimentos das doenças infecciosas e parasitárias no Estado da Bahia, suas origens e suas etapas evolutivas, decorrentes de três acontecimentos:

- a criação da Universidade Federal da Bahia;
- a implantação da Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Bahia no Hospital das Clínicas (Figura 10);
- a iniciativa do governador Octavio Mangabeira em instituir a Fundação Gonçalo Moniz.

Figura 10. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Universidade Federal da Bahia



A Universidade Federal da Bahia, fundada em 1948, trouxe as condições que modificaram o relativo desinteresse pela pesquisa e pelo estilo de ensino observado na Bahia. Formaram-se núcleos, comprometidos com a busca de novas fontes de progresso. Estabeleceram-se relacionamentos com os centros mais evoluídos do país e do estrangeiro, proporcionando oportunidades a valores jovens, reconhecidamente frequentes na Universidade de aprimorarem conhecimentos e conhecerem outros modelos universitários.

No bojo desta atmosfera de progressos, em 1959, instalou-se a Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus no Hospital das Clínicas.

Aluizio Rosa Prata, assumiu a Cátedra da Disciplina. Este acontecimento, na realidade e com justiça significou a continuidade da Escola Tropicalista da Bahia. Atento as atividades na formação de pessoal qualificado nas áreas que lhe competia atuar, realizou um programa de ensino em que se incluíam desde os jovens estudantes matriculados na disciplina, aos residentes e estagiários; e, por fim, estruturou um curso voltado para médicos não só do Estado da Bahia, como também de outros estados e de outros países da América do Sul e da Europa. Durante 13 anos este curso funcionou.

As atividades de pesquisa se multiplicaram, não só no próprio Hospital Universitário, mas em áreas do interior do Estado, em que se concentravam endemias importantes. Em

Jacobina, Caatinga do Moura, Taquarandi, São Felipe, Brejões, Teotônio, Una, Cana Brava e Nova Esperança, foram instalados projetos de pesquisa com apoio de organizações nacionais e internacionais. Tais pesquisas objetivaram a esquistossomose, a doença de Chagas a leishmaniose cutânea mucosa, a leishmaniose visceral, além de outros estudos sobre leptospirose, estrogiloidose, abscesso amebiano do fígado, enterobacteriose septicêmica prolongada, esplenomegalia tropical. Tais pesquisas abrangiam aspectos de epidemiologia, história natural das doenças, terapêutica, inquéritos clínicos e laboratoriais. Intercâmbios com organismos nacionais (CNPq, Ministério da Saúde) e internacionais (Projeto Bahia Cornell, Organização Mundial de Saúde, Universidade de Harvard). Da mesma forma, participou das atividades da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, da Sociedade Brasileira de Infectologia; assim como vários dos seus professores especializaram-se no Instituto de Medicina Tropical de São Paulo.

A Fundação Octavio Mangabeira, criada em 1950, se constituiu em um outro núcleo de igual importância. A sua atuação se concentrou, principalmente, em pesquisas sobre esquistossomose, doença de Chagas, calazar, micoses profundas, salmoneloses, leishmaniose cutânea mucosa e visceral.

Estruturou laboratórios especializados – de bacteriologia, patologia, micologia, bioquímica, imunologia, helmintologia, entomologia, protozoologia e outros – que apoiaram amplamente os projetos de pesquisas; neles se reuniram técnicos de boa formação, assim como, cumpriu programas de educação continuada. A exemplo da Clínica de Doenças Infecciosas da UFBA, atuou em áreas endêmicas.

Manteve uma biblioteca do melhor padrão e uma tipografia, onde, além das atividades comerciais, imprimia o Boletim da Fundação Gonçalo Moniz e durante alguns períodos, a Gazeta Médica da Bahia e o Boletim do IBIT. Editou várias teses. Funcionou, desta maneira, como um verdadeiro centro editorial.

No final da década dos anos 50, a Fundação adquiriu as instalações do Instituto Baiano de Biologia e Farmácia, instalado em um extenso terreno em Brotas, com intenção de localizar nele os laboratórios de pesquisas e de ampliar a biblioteca.

Em 1979, através de termo de comodato e convênio, assinado com a Fundação Oswaldo Cruz do Ministério da Saúde, foi criado o Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz, ao tempo em que manteve a Coordenação do Laboratório Central de Saúde Pública Prof. Gonçalo Moniz.

O período contemporâneo se iniciou no final do século XX e continuou no século atual.

As atividades da Clínica Tropical do Hospital da UFBA, foram atingidas pelas sucessivas dificuldades que o Hospital Prof. Edgard Santos vem atravessando. Embora continue a contar com pesquisadores bem intencionados, os trabalhos didáticos e de pesquisa vivem situações incertas.

Em contra partida, o Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz mantém o mesmo padrão de qualidade, tornando-se um centro

de cultura médica de valor, com produção científica de destacado nível, reunindo pesquisadores do que de melhor tem a Bahia no momento.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, reconhecida no ano de 1981, representa grave problema médico e de saúde pública, envolvendo o mundo inteiro. Da América do Norte e da Europa, a doença se espalhou por todos os demais continentes. As características clínicas e epidemiológicas são bem conhecidas. No que diz respeito a Bahia, a incidência da doença é elevada; cidades do interior do estado estão sendo atingidas; os indivíduos empobrecidos e com baixo nível educacional são os mais atingidos; a incidência entre as mulheres cresceu muito quase se igualando a dos homens; existe uma preocupação especial com a transmissão vertical do vírus. Os esquemas terapêuticos utilizados nos dias de hoje podem controlar a evolução da doença, mas não curam, em resultado do que o número de pessoas infectadas sintomáticas ou não tem crescido progressivamente.

As infecções hospitalares se constituem na atualidade uma outra séria realidade a ser enfrentada. Resultam de infecções em que a microbiota do homem, a mais das vezes, é a maior responsável. De outro lado, a flora infectante é múltipla e variada, o que exige o uso de esquemas complexos de antibióticos. As infecções hospitalares, muitas vezes, podem decorrer da metodologia diagnóstica e terapêutica, necessariamente utilizadas, mas que inferiorizam em parte, as defesas orgânicas.

O aparecimento dos antibióticos e as boas respostas clínicas obtidas no início com o seu uso levantaram a esperança de se ter encontrado o caminho efetivo do controle e da cura das doenças infecciosas. Após alguns poucos anos, sentiu-se que essa esperança não se concretizou e nem se concretizará. Os agentes microbianos se tornaram continuamente mais resistentes aos antibióticos; novos antibióticos foram lançados e da mesma forma, ao cabo de algum tempo, a resistência a eles se instalou, exigindo custos cada vez mais elevados.

As hepatites representam hoje outra importante razão de preocupação.

A tuberculose ainda ocupa uma destacada posição embora a eficácia dos medicamentos utilizados no seu tratamento. A resistência da bactéria está se tornando um fator sempre presente.

Não se pode esquecer as infecções emergentes que têm surgido com certa frequência em todo mundo. Muitas delas decorrem dos descaminhos sociais. Uma ameaça a ser considerada são os “prions”, agentes ainda não bem conhecidos.

8. É justo que se mencione a papel de alguns hospitais da Cidade do Salvador que através dos tempos contribuíram no entendimento das infecções assim como trabalharam formando gerações de especialistas nesse campo.

O Hospital de Isolamento, o conhecido Hospital Couto Maia, merece um destaque especial. Da mesma forma o Hospital Santa Terezinha e as Instalações do IBIT, fazem parte

da história da tuberculose no nosso meio. O Hospital Santa Isabel que atendeu em prolongados anos pacientes hepato-explênicos, chagásicos e outros. Os Hospitais da Santa Casa de Misericórdia da Bahia desde o século XVI, vem atuando também neste campo. Primeiro o Hospital da Caridade, instalado na Misericórdia e depois o Hospital Santa Isabel. Merece especial referência o Hospital da Caridade, pois foi nele no século XIX, que começou a se estruturar a Escola Tropicalista da Bahia. Uma outra justa menção, deve ser feita ao Hospital Naval de Salvador, que em determinado período se tornou um centro de pesquisas, principalmente, na esquistossomose, na doença de Chagas e na leishmaniose visceral.

Comentários e Conclusões

1. As razões e o correto encaminhamento das ações no trato das doenças infecciosas e parasitárias na Bahia, no Brasil ou em outras áreas assemelhadas, escapam, muitas vezes, às providências dos médicos e pesquisadores que atuam neste campo.
As condições impostas pelo clima, pela precipitação e distribuição das chuvas, pelos aspectos fisiográficos e outros – são imutáveis, conquanto possam ser minorados pelo trabalho de administradores bem intencionados e capazes.
2. Refletindo as condições de saúde dos que vivem no Estado da Bahia, em regiões tão diversificadas, torna-se bem claro que os grandes problemas a que se subordinam o controle das doenças infecciosas e parasitárias são múltiplos: a pobreza, a desnutrição, a educação precária, o subdesenvolvimento, os descaminhos do equilíbrio entre as classes sociais, a visão desfocada de muitos que têm a responsabilidade de cuidar dos problemas sanitários básicos, o descontrole demográfico, a concentração do poder econômico e político.
3. A urbanização incontrolada, “a favelização” das cidades. O êxodo rural, os movimentos migratórios, a facilidade nos deslocamentos da população, o crescimento dos meios de comunicação, a liberalidade dos costumes - facilitaram a disseminação e o perfil das doenças transmissíveis na Bahia.
4. A incidência das helmintoses intestinais diminuiu acentuadamente devido a moderna terapêutica específica. Outras helmintoses a exemplo da filariose, se extinguíram. A esquistossomose é uma situação especial. É certo que continua a incidir nas áreas úmidas, mas, lentamente, está se estendendo para o semi-árido. Com o surgimento da oxaniquine e do praziquantel, as formas mais graves desta parasitose, diminuíram. O observador, raramente, não tem mais diante de si, nas enfermarias dos hospitais universitários ou de outras instituições, o habitual quadro de pacientes hepatoesplênico, episódios de hematêmese, arterite pulmonar, etc, no passado, que configuravam as situações mais graves. No particular, o que se tem registrado nos tempos atuais, com uma certa frequência, são as manifestações neurológicas.
5. De referência as protozooses, tem-se a impressão de terem diminuído as manifestações graves da amebíase, em que se incluem os abscessos hepáticos, de relativa frequência registrada, em outros tempos.
A leishmaniose visceral continua a incidir nas regiões onde habitualmente é encontrada. O que se registra de interesse é a sua expansão, inclusive para o litoral. A sua prevalência está intimamente ligada a desnutrição das populações atingidas, mormente nas épocas de grandes secas.
A leishmaniose cutânea mucosa mantém o seu perfil.
A doença de Chagas continua a ser um grave problema, muito embora, tenham escasseados os casos da forma aguda. O megaesôfago e o megacolon, assim como a miocardite continuam a serem observados. Talvez, pacientes que tenham sido contaminados em outros tempos. É possível que isto seja devido a extinção de vetores habituais como o *T. infestans*. A invasão de ecossistemas tem proporcionado as contaminações por outros vetores que não os habituais.
Um outro aspecto a ser lembrado é o da contaminação pela via oral, registrado com frequência maior nos últimos tempos; mas ainda não foram verificados casos semelhantes na Bahia.
6. As micoses profundas foram fortemente incrementadas por duas circunstâncias: a epidemia de AIDS e as infecções hospitalares. As candidíases, a histoplasmose, criptococose – predominam nestas circunstâncias. Era de se esperar que as paracoccidioidomicoses pudessem seguir o mesmo caminho, mas isso não tem acontecido. A sua incidência tem se conservado no território baiano com as mesmas características.
7. A sífilis, nas suas várias formas, praticamente, tem sido detida pelo uso da penicilina, sem que tenha havido, até o momento, referência de resistência do *Treponema pallidum* a este antibiótico. Não é que a sífilis tenha desaparecido. No momento, incide, quase que exclusivamente, em indivíduos empobrecidos e pouco esclarecidos.
A boubá e suas variantes na Bahia, não têm sido mais notificadas.
As doenças produzidas por clamídias, em particular, o tracoma, estão sob controle, resultado do uso de medicação específica eficaz.
8. Das doenças bacterianas, uma das mais importantes continua a ser a tuberculose. E isto vem acontecendo desde o período colonial. Com a introdução no arsenal terapêutico de tuberculostáticos eficazes, teve-se a impressão de que a humanidade teria afinal se libertado deste mal. Ledo engano. A resistência ao *M. tuberculosis*, face aos antibióticos e quimioterápicos específicos, a epidemia de AIDS e as condições de pobreza de grande contingente da população – alertaram para uma verdade difícil de aceitar: nós estamos ainda longe de alcançar o controle desejável desta doença.
A sua irmã – produzida também por uma micobactéria – a hanseníase, continua um problema dos nossos tempos.

A resistência aos antibióticos e quimioterápicos continua a ser uma condição na atualidade, ainda fora de controle. As bactérias, sobretudo as gram-negativas, têm evidenciado de maneira crescente, uma grande capacidade de estabelecer mecanismos de resistência. Novos antibióticos são lançados para tratá-las mas, depois de algum tempo, a resistência se instala.

Este é um dos problemas agudos na terapêutica das doenças infecciosas, na atualidade, e é de particular importância nas unidades de tratamento intensivo e nos casos de sepse, pois, nestas circunstâncias, é possível responsabilizar mais de um agente.

As doenças bacterianas classicamente conhecidas, em que uma única bactéria é responsável, tal como a difteria, o tétano, a febre tifóide ou outros quadros de infecção intestinal, as pneumonias, as meningites bacterianas – se constituem exemplos em que a terapêutica específica obtém quase sempre respostas; dependentes é certo das complicações e das restrições advindas das condições do paciente. Muitas delas são evitadas através da observação dos esquemas vacinais.

9. As viroses ocupam um amplo espaço entre as infecções. Apresentam algumas peculiaridades, tal como, a evolução favorável em grande proporção dos casos.

As arboviroses: a dengue e a febre amarela, que têm como etiologia o mesmo vírus, embora, epidemiologicamente, atuem de maneira diversa: O ciclo urbano e o ciclo silvestre. A dengue, preferentemente, é urbana; a febre amarela, pode se apresentar com um ciclo silvestre, em que o vetor e os hospedeiros são diferentes da forma urbana. Nesta última como é sabido o *Aedes aegypti* é o vetor de ambas as infecções virais. Observa-se uma tendência a se apresentar epidemicamente, embora intercalados tais episódios por longos períodos endêmicos. Na Bahia a febre amarela praticamente desapareceu no início do século XX, ao contrário da dengue. A Bahia sofre desde os anos 60, surtos repetidos de dengue; a doença é endêmica com episódios repetidos de recrudescência.

As meningoencefalites virais. Quadros clínicos de evolução favorável, de múltiplas etiologias de espécies diferentes de vírus, são as meningites; as situações mais graves dizem respeito às encefalites, que têm no vírus do Herpes simples e outras encefalites mais raras, exemplos específicos. Na Bahia, o diagnóstico de encefalite é feito clinicamente; a comprovação laboratorial quase sempre não se faz.

As enteroviroses em que a poliomielite, no passado, ocupou um espaço bastante significativo, como uma doença de graves riscos. As campanhas vacinais controlaram praticamente os surtos desta doença.

As viroses exantemáticas – a varíola (extinta), o sarampo, a varicéola, a rubéola, a parotidite epidêmica – estão sobre controle desde que obedecidas aos esquemas de vacinação respectivos.

Os vírus da hepatite representam quase sempre, uma possível situação de risco, sobretudo, o vírus da hepatite C e o da hepatite B. O da hepatite B, pode ser evitado através de vacinação adequada; não há vacina para o vírus da hepatite C.

Os herpetoviridae devem ser mencionados. São vírus que acompanham o paciente uma vez infectados por toda vida. Quando existem razões que deprimam as defesas orgânicas, eles afloram através de quadros clínicos bem conhecidos. O vírus da varicela zoster, o vírus da herpes simples, da mononucleose – são exemplos muitos frequentes na Bahia.

10. Os “prions” e as doenças emergentes. O futuro, o mundo do infinitamente pequeno – o que nos reservará?

Agradecimentos

Agradeço sinceramente, o empenho do Dr. Raimundo Otoni, de D. Iata Soares e de D. Soraya Carriço.

Referências Bibliográficas

1. ABREU, J.L.N. Das Enfermidades e dos Saberes sobre o Corpo dos Africanos no Brasil: Historiografia, Práticas e Apropriações: História e Perspectivas, Uberlândia, Vol. 32/30:179-194, jan.-jul./ago.- dez. 2006.
2. ANDRADE FILHO, J. A. e BRAZIL, R. P. Relationship of New World Phlebotomine Sand Flies (Diptera; Psycholidae) Basal on Fossil Evidence, Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Vol. 98 (Suppl.1):145-149,2003.
3. ANDRADE, Z. Entrevista – 2007.
4. ARAÚJO, A.; JANSEN, A.M.; BOUCHET, F.; REINHARD, K. e FERREIRA, L. F. Parasitism, The Diversity of Life and Paleoparasitology. Mem. Inst. Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. Vol. 98 (Suppl. D): 5-11, 2003.
5. ARGUMOSA. Medicina Neotropical Afro americana. Madrid: Editorial Paz Montalvo, 405,1959.
6. ATHAYDE, J. L. Salvador a Grande Epidemia de 1855. Universidade Federal da Bahia. Centro de Estudos Baianos, 7-41, 1985.
7. AZAR, D. e NEL, A. Fossil Phychodoid Flies and Their Relation to Parasitic Diseases. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Vol. 98 (Suppl.1): 35/37, 2003.
8. AZEVEDO, T. Os médicos e a antropologia brasileira. Rev. da Academia de Medicina da Bahia, Vol. 2:139-177,1979.
9. AZEVEDO, T. Povoamento da Cidade do Salvador. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 504, 1955.
10. BARRETO, M. P. Movimentos Migratórios e sua Importância na Epidemiologia de Doenças Parasitárias no Brasil. Rev. Soc. Bras. Med. Tropical. Vol. 1 – n.º 3, 91/102.
11. BERNARD, J. Da Biologia à Ética. São Paulo: Editorial Psy II, 256, 1994.
12. BOUCHET, F. e COLS. Parasit Remain in Archeological Sites, Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Vol. 98 (Suppl.1): 47-32, 2003.
13. BOUCHET, F.; HARTE, S. e LE BAILLY, M. The State of the Art of Paleoparasitological Research in the Old World, Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Vol. 98 (Suppl.1): 95-101, 2003.
14. CASTRO, J. Geografia da Fome, 3ª edição, Rio de Janeiro: Livraria Editora da Casa do Estudante do Brasil, 268, 1952.
15. CHAGAS, C. Nova Entidade Mórbida do Homem. Resumo Geral de Estudos Etiológicos e Clínicos. Mem. Inst. Oswaldo Cruz; 3(2): 19-75, 1911.
16. COSTA E SILVA, A. Castro Alves: um poeta sempre jovem. 1ª edição. São Paulo: Companhia das Letras,198, 2006.
17. CUNHA, E. Os Sertões. 7ª edição. São Paulo: Livraria Francisco Alves, 620, 1923.
18. DEFOE, D. Um diário do ano da peste. Tradução de Eduardo Serrano San Martin. Porto Alegre: L e PM Editores S. A., 216, 1987.
19. FIGUEIREDO, J. M. e SANT'ANNA, E. P. O Laboratório Central de Saúde Pública Gonçalo Moniz (LACEN) 80 anos de história, 21, 1969.
20. FREYRE, G. Casa Grande e Senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 18ª edição. Rio de Janeiro: Editora José Olympio, 573, 1977.

21. FREYRE, G. Nordeste: aspectos da influência da cana sobre a vida e a paisagem do nordeste brasileiro. 2ª edição. São Paulo: Editora José Olympio, 297, 1951.
22. FREYRE, G. Sobrados e Mocambos: Introdução a História da Sociedade Patriarcal no Brasil, Decadência do Patriarcado Rural e Desenvolvimento do Urbano. 5ª edição. Rio de Janeiro: Editora José Olympio, 758, 1977.
23. FREITAS, O. Doenças Africanas no Brasil. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 226, 1935.
24. VON MARTIUS, P. Natureza, Doenças, Medicina e Remédios dos Índios Brasileiros. Edição Ilustrada. Tradução, prefácio e notas de Pirajá da Silva. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 286, 1939.
25. GONÇALVES, M. L. C. ; ARAÚJO, A. e FERREIRA, L.F. Human Intestinal Parasites in the Past: New Findings and a Review, Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Vol. 98 (Suppl.1): 103-118, 2003.
26. HABSBURGO, M. Bahia 1860: Esboços de Viagem. Salvador: Tempo Brasileiro; Bahia, Fundação Cultural do Estado da Bahia, 257, 2004.
27. HAN, E. e COLS. Detection of Parasit Eggs Archeological Excavation in the Republic of Korea. Vol. 98 (Suppl.1): 123-126, 2003.
28. HARTER, S.; LE BAILLY, M.; JANOT, F. e BOUCHET, F. First Paleoparasitological Study of an Embalming Rejects Jar Found in Saqqara, Egypt, Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Vol. 98 (Suppl.1): 119-121, 2003.
29. INIGUEZ, A. M.; REINHARD, K.; ARAÚJO, A.; FERREIRA, L. F. e VICENTE, A.C.P. Enterobius Vermicularis: Aciént: DNA from North and South America Human Coprolites. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Vol. 98 (Suppl.1), 67-69, 2003.
30. IPIX, V. e MARCIUS, V. Através da Bahia. 2ª edição melhorada e completa. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 263, 1928.
31. KEAN, B. H.; MATT, K. E. e RUSSEL, A.I. Tropical Medicine and Parasitology Classic Investigation. USA, Cornell University Press, 671, 1978.
32. LACAZ, C. L.; BARUZZI, R. G. e SIQUEIRA JR, W. Introdução à Geografia Médica do Brasil. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 568, 1972.
33. LIMA, J. F. S. Estudo sobre o Ainhum moléstia não descrita peculiar da raça etiópica afetando os dedos mínimos dos pés. Bahia: Gazeta Médica da Bahia, n.º 13-10, 146-151, 1867.
34. MARTINS, C. F. Natureza, Doenças, Medicina e Remédios dos Índios Brasileiros (1844), Edição Ilustrada. Tradução, prefácio e notas de Pirajá da Silva. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 286, 1939.
35. MARTINS-NETO, R.G. The Fossil (Diptera Tabanidae): When They Began to Appreciate Warm Blood and When They Began Transmit Diseases? Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Vol. 98 (Suppl.1): 29-34, 2003.
36. MATTOSO, K. M. Q. Bahia, Século XIX: Uma Província no Império. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S.A., 747, 1992.
37. MENDES, W.S.; SILVA, A. A. M.; TROVÃO, J.; RIBAMAR ; SILVA, A. R.; COSTA, J. e MARTINS, L. Expansão Espacial da Leishmaniose Visceral em São Luiz, Maranhão, Brasil, Rev. Soc. Brasileira de Medicina Tropical 35 (3): 227-231, 2002.
38. MONTEIRO, A. Notas sobre Negros Males na Bahia. Salvador: Edições Iananá, 129, 1987.
39. MONTEIRO, C. S. e KAZ, L. Sertão Sertanejos. Edições Alumbamentos, Rio de Janeiro, 253, 1994-1995.
40. MONTEIRO, C. S. e KAZ, L. Cerrado Vastos Espaços. Edições Alumbamentos, Rio de Janeiro, 250, 1992-1993.
41. NAZAIS, J. P. The Origin and Dispersion of Human Parasitic Disease in the Old World (África, Europa e Madagascar), Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Vol. 98 (Suppl.1):13-19, 2003.
42. NEIVA, A. e PENNA, B. Viagem Científica pelo Norte da Bahia, Sudoeste de Pernambuco, Sul do Piauí e de Norte a Sul de Goiás, 227, 1908.
43. PEIXOTO, A. Breviário da Bahia. 2ª edição. Livraria Agir Editora, 358, 1946.
44. PEREIRA, A. P. As moléstias infectuosas na Bahia e sua prophylaxia official. Typ. Bahiana de Cincinnato Melchiades, 145, 1906.
45. PESSOA, S.B. Ensaios Médico-Sociais. 2ª edição. Livraria Agir Editora, 358, 1946.
46. PIERSON, D. Brancos e Pretos na Bahia. 2ª edição. São Paulo: Editora Nacional, 429, 1971.
47. PORTO, A. O Sistema de Saúde do Escravo no Brasil do Século XIX: Doenças, Instituições e Práticas Terapêuticas. Hist. Ciências, Saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro 13, 4: 1019-27, out.- dez. 2006.
48. PRATA, A. Parasitologia e Medicina Tropical. Conferência na Soc. Mexicana de Parasitologia, 12.
49. PRAT, J. G. e MENDONÇA DE SOUZA, S. Pré-história Tuberculosis in America: Adding Comments to a Literature Review. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Vol. 98 (Suppl.1): 151-159, 2003.
50. RAMOS, A. A Mestiçagem no Brasil. Maceió: Editora da Universidade Federal de Alagoas, 179, 2004.
51. RISÉRIO, A. Uma História da Cidade do Salvador. 1ª edição. Rio de Janeiro: Versal Editores, 619, 2004.
52. RODRIGUES, N. Os africanos no Brasil. 5ª edição. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 283, 1977.
53. ROQUETTE PINTO, E. Rondônia. 6ª edição. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 285, 1975.
54. PESSOA, S. B. Parasitologia Médica. 8ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1031, 1972.
55. SANT'ANNA, E. P. e TEIXEIRA R. Gazeta Médica da Bahia; Índice cumulativo 1866/1976 apresentado ao XX Congresso Brasileiro de Medicina Tropical. Salvador, 347, 1984.
56. SANTOS FILHO, L. C. História Geral da Medicina Brasileira. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Vol. 1 e 2, 747, 1992.
57. SÃO PAULO, F. Linguagem Médica Popular no Brasil. Salvador: Editora Itapoã, 384, 1970.
58. SCHUVARCZ, L. M. O Espetáculo das Raças: Cientistas, Instituições e Questão Racial no Brasil 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 286, 1993.
59. SHEPPARD, D. S. Literatura Médica Brasileira sobre a peste branca: 1870-1940. História, Ciências, Saúde – Manguinhos Vol. 8:172-192, mar.- jun. 2001.
60. SILVA, A. A tuberculose no Brasil pré-cabralino. São Paulo. Rev. Arq. Municipal LXXV, 1941. (Citado por Thales de Azevedo em Povoamento da Cidade de Salvador).
61. SNOW, J. Sobre a Maneira de Transmissão da Cólera. 2ª edição brasileira. São Paulo e Rio de Janeiro: 249, 1990.
62. SOURNIA, J. C. e RUFFIE, J. As Epidemias na História do Homem. Lisboa: Edições 70 Ltda, 243, 1984.
63. SOUZA, G. S. Tratado descritivo do Brasil em 1587. 2ª edição. Rio de Janeiro: Tipografia de João Ignácio da Silva, 382, 1879.
64. SOUZA, R. D. O Degredado: Desventuras, Aventuras e Venturas do Primeiro Português no Brasil. Empresa Gráfica da Bahia. Salvador, 83, 1996.
65. TAVARES, L. H. D. Comércio proibido de escravos. São Paulo. 1ª edição, Editora Ática S.A. 158, 1988.
66. TEIXEIRA, L. A. Da Raça à Doença em Casa Grande e Senzala. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. IV (2): 231-245, jul.-out. 1997.
67. TEIXEIRA, R. Memória Histórica da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus. 3ª edição. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 279, 2001.
68. TEXEIRA, R. O Ciclo Recidivante das Epidemias na Bahia. Revista de Cultura da Bahia, 18-21, 1999-2000.
69. VIANA FILHO, L. O Negro na Bahia: Um ensaio clássico sobre escravidão. 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S. A., 243, 1988.
70. VILHENA, L. S. Recopilação de notícias soteropolitanas e brasílicas. Bahia. Imprensa Oficial do Estado, 975, 1921.