

Clima, Miasmas e Febre Amarela



Foto: Acervo MIS Campinas



Foto: Acervo MIS Campinas

Ao longo da história humana as doenças sempre foram percebidas como oriundas da natureza e de relações interpessoais. Entretanto, durante muitos séculos esta percepção esteve atrelada a interpretações místicas que conseguiam explicar o então inexplicável. Ao mesmo tempo em que se apontavam possíveis pecados como a causa de uma moléstia, acenava-se que a solução para seu combate seria a purificação das almas, do pensamento e do corpo.

A partir de meados do século XVIII procuraram-se outras justificativas para a eclosão de doenças, mediante um maior entendimento sobre o meio ambiente e suas relações com os seres vivos. Até então, a noção de clima era astrológica; mas com o progresso das ciências, esta noção estendeu-se a observações minuciosas que poderiam ser objetivamente medidas, analisadas e comparadas.

Na era dos impérios europeus, os quentes e úmidos trópicos por eles colonizados serviam como

explicação de como algumas doenças estavam deliberadas a certas regiões, com impactos e padrões endêmicos distintos para diferentes populações. Um indivíduo fora de seu ambiente original poderia sofrer graves consequências e perder sua saúde. Um exemplo notório destes estudos está em James Lind (1707-1782), que em 1768 escreveu "*Essay on diseases incidental to Europeans in hot climates*", produto de sua experiência nas Índias Ocidentais. O autor observou que algumas doenças comuns entre a população nativa eram particularmente fatais para os europeus.

Durante o século XIX manteve-se o conceito de que os trópicos levavam o homem branco precocemente ao túmulo e à febre amarela, entre outras doenças. No entanto, a febre amarela em alguns momentos parecia ser a exceção à regra, à medida que seu comportamento fugia ao conceito de "tropical". A

doença não somente alcançava alta mortalidade no oeste da África, Caribe e América Central, como também no sul dos Estados Unidos, onde causava terror em áreas portuárias de Memphis, Mobile e Nova Orleans. Da mesma forma, surtos irrompidos em Lisboa, Barcelona, Cádiz e Málaga durante o século XVIII e em portos britânicos e franceses nas décadas de 1840 e 1870, desvirtuavam quaisquer ideias etiológicas pré-concebidas. Mas foram grandes derrotas militares, particularmente na Colômbia (Cartagena), na Índia e no Haiti, onde soldados foram dizimados pela febre amarela, que despertavam nas nações europeias especial interesse na sua etiologia e combate.

Duas escolas médicas digladiavam-se sobre sua origem. Os contagionistas defendiam que a doença era transmitida por contato físico direto, por objetos manipulados pelos doentes, ou ainda através do ar que por

eles tivesse sido respirado. Por outro lado, para os adeptos da teoria da infecção (não contagionistas), a febre amarela surgia através da ação de produtos em putrefação e sua influência exercida no ambiente, representado por elementos tão tênues, quanto enigmáticos – os miasmas.

O termo “miasma” era derivado do grego e significava mancha ou poluição, mas estava implícito que as doenças miasmáticas espalhavam-se pelo ar. A despeito da diferença conceitual, estas duas linhas de pensamento não eram excludentes e, não raro, se combinavam nas explicações médicas e leigas sobre as mais diversas epidemias.

Ambas as teorias aceitavam que o clima quente e úmido parecia piorar os surtos de febre amarela, e as áreas litorâneas reuniam estas condições que se acreditavam ideais. Igualmente divididos entre contagionistas e não contagionistas, os médicos brasileiros sustentavam essas ideias. O doutor Antenor Guimarães, colaborador do *Jornal de Ciências Médicas e Cirúrgicas*, em artigo publicado em julho de 1874 defendia a não contagiosidade da febre amarela e a entendia como própria de nosso país pelo intenso calor, além de ligada a misteriosas causas termoelétricas imigratórias. O autor acreditava que a doença poderia atacar Campinas ainda que, em seu parecer, a cidade não reunisse condições suficientes para seu maior desenvolvimento, e defendia que ela nunca teria caráter epidêmico se as condições higiênicas fossem cuidadas.

A história desmentiria o doutor Guimarães a partir da grande epidemia de 1889 em Campinas. Um problema para a medicina da época foi explicar a presença desse surto em uma cidade economicamente relevante, que causava um grande aporte

de trabalhadores para suas fazendas cafeeiras, incipiente indústria e para seu comércio, mas que estranhamente localizava-se bem longe do litoral. Esse era um mistério que seria resolvido apenas no século seguinte quando Reed, membro da comissão americana de investigação da febre amarela, comprovou as ideias de Finlay (1881) e antes dele de Daniel Beauperthuy (1854) sobre a transmissão através da picada de um mosquito.

De fato a elucidação das doenças, inclusive epidêmicas, tomou impulso no momento em que seu foco principal deslocou-se do olfato e do tato para o sentido da visão. O mau cheiro fora milenarmente apontado como a causa de varias moléstias, assim como a sensação tátil promovida pelos ventos, calor ou umidade. Mas foi o olhar médico voltado para as anomalias anatômicas, estruturais e por fim, funcionais, que ajudaram a impulsionar a descoberta das verdadeiras causas das enfermidades, embora ele se complementasse através de uma primordial estrutura plurissensorial.

A partir de 1880 observou-se um sensível aumento nos investimentos em educação médica e, em especial, em laboratórios experimentais, impulsionados pelas primeiras descobertas bacterianas; e foi só então que as epidemias foram aceitas como resultado da presença de micro-organismos específicos, transmitidos de maneiras diversas e que agiam sob certos determinantes. 