



História, Ciências, Saúde-Manguinhos

ISSN: 0104-5970

ISSN: 1678-4758

Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz

Magalhães, Sonia Maria de; Castro, Dorian Erich
Estigmas, pesquisas e embates: uma história do pênfigo brasileiro, séculos XIX e XX
História, Ciências, Saúde-Manguinhos, vol. 28, núm. 1, 2021, Janeiro-Março, pp. 101-122
Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000100006>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386166331006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org



Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Estigmas, pesquisas e embates: uma história do pênfigo brasileiro, séculos XIX e XX

Stigmas, studies, and strife: a history of Brazilian pemphigus, nineteenth and twentieth centuries

Sonia Maria de Magalhãesⁱ

ⁱ Professora, Programa de Graduação e Pós-graduação em História/
Universidade Federal de Goiás.
Goiânia – Goiás – Brasil
orcid.org/0000-0003-2375-6006
soniademagalhaes@yahoo.com.br

Dorian Erich Castroⁱⁱ

ⁱⁱ Professor, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia
de Goiás; doutorando, Programa de Pós-graduação em História/
Universidade Federal de Goiás.
Goiânia – Goiás – Brasil
orcid.org/0000-0001-8441-112X
dorianerich@gmail.com

Recebido em 15 jul. 2019.

Aprovado em 25 nov. 2019.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702021000100006>

MAGALHÃES, Sonia Maria de; CASTRO, Dorian Erich. Estigmas, pesquisas e embates: uma história do pênfigo brasileiro, séculos XIX e XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.28, n.1, jan.-mar. 2021, p.101-122.

Resumo

O artigo apresenta uma narrativa histórica sobre a incidência do pênfigo foliáceo no Brasil ao longo dos séculos XIX e XX. Doença bolhosa autoimune da pele que acomete com mais frequência crianças, adolescentes e adultos jovens que vivem nas áreas rurais de regiões endêmicas. Foi descrita pela primeira vez no país em 1903, pelo médico Caramuru Paes Leme. Os principais focos se situam no Distrito Federal e nos estados de Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná e São Paulo. Temática de pesquisa amplamente visitada pela ciência médica, em especial a dermatologia, não tem merecido a atenção peculiar por parte dos historiadores da saúde e da doença.

Palavras-chave: pênfigo; doentes; medicina; médicos; tratamentos.

Abstract

This paper presents a historical narrative about the incidence of pemphigus foliaceus in Brazil in the nineteenth and twentieth centuries. This autoimmune blistering skin disease is more common in children, adolescents, and young adults who live in rural areas of endemic regions. It was first described in Brazil in 1903 by the physician Caramuru Paes Leme. The main foci of the disease are in the Federal District and the states of Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, and São Paulo. This research topic, which has attracted widespread attention from medical practice, especially dermatology, has not received similar attention from historians of health and disease.

Keywords: pemphigus; patients; medicine; physicians; treatments.



A literatura médica reconhece o pênfigo como uma doença autoimune e com diferentes tipologias. Entre as mais comuns, encontra-se o pênfigo foliáceo endêmico, popularmente conhecido como fogo selvagem, denominado pela literatura médica pênfigo brasileiro. Tem maior incidência no Distrito Federal e nos estados de Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Tocantins, Minas Gerais, Paraná e São Paulo.¹ A medicina admite como primeiro registro aquele feito por Caramuru Paes Leme em tese apresentada na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1903. No Brasil, mais de 15 mil casos de pênfigo foliáceo endêmico já foram registrados desde o início do século XX (Pinheiro, Franco, 2014). Embora seus registros no território brasileiro sejam anteriores à referida centúria, tornou-se intensamente estudado pela medicina a partir dos anos 1940.

Sua percepção no tempo e seu entrelaçamento com as relações políticas e socioculturais situam o pênfigo no amplo campo de estudos da história da saúde e da doença, que vem registrando notáveis avanços desde a década de 1970, a partir de seu encontro com outras áreas do conhecimento, notadamente a antropologia histórica.

A partir daquela década, investigadores renomados, como Jacques Le Goff (1985), Philippe Ariès (1988), Jean Delumeau (2009), Roy Porter (1985), Jacques Revel e Jean-Pierre Peter (1988), desenvolveram pesquisas essenciais para a compreensão histórica da “saúde e da doença”. Entre esses trabalhos, vale lembrar a contribuição de Revel e Peter (1988), que, ao discutir “O corpo: o homem doente e sua história”, perceberam a doença para além de um evento biológico e médico. Nessa perspectiva, o homem enfermo – outrora excluído de sua subjetividade – ganha voz e destaque, despontando do ostracismo histórico para possuir origem, nome, profissão e família, trazendo à luz sua história.

O mesmo ocorre com a doença. Alçada ao estatuto de objeto de reflexão histórica, Le Goff (1985, p.7) observa que essa não pertence exclusivamente à história dos progressos científicos e tecnológicos, mas inscreve-se também na “história profunda dos saberes e das práticas conectadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades”. Nesse sentido, destaca que tanto as doenças quanto os esforços envidados para contê-las provocam transformações profundas nas sociedades e na trajetória histórica da própria humanidade (p.8). Como se vê, os estudos se deslocam da enfermidade para os seres humanos que adoecem, buscando respostas para suas relações, vivências e modos de enfrentamento da doença ou da impossibilidade da cura.

Assim, esses estudos permitem perceber que existe historicidade nas doenças, pois elas se vinculam às construções socioculturais dos grupamentos humanos. Por isso mesmo, trata-se de um fenômeno social construído ao longo do tempo. Como tal, é um objeto de estudo que possibilita “conhecimento sobre estruturas e mudanças sociais, dinâmica demográfica e de deslocamento populacional, reações societárias, constituição do Estado e de identidades nacionais, emergência e distribuição de doenças, processos de construção de identidades individuais, constituição de campos de saber e disciplinas” (Silveira, Nascimento, 2004, p.14).

No que diz respeito às investigações contemporâneas desenvolvidas na América Latina, o campo de estudos história da saúde e da doença vem conquistando espaços cada vez maiores. Na coletânea organizada por Gilberto Hochman e Diego Armus (2004), por exemplo, observa-se uma rica amostragem de inquirições promovidas por autores de diferentes filiações disciplinares, pertencentes às mais diversas instituições acadêmicas.

Os trabalhos publicados na obra *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre a saúde e doença na América Latina e Caribe* (Hochman, Armus, 2004) miram os discursos e as práticas sociais que envolvem a saúde e a doença em distintos cenários regionais. Fazem emergir potentes discussões acerca de temas e dilemas inerentes à medicina, aos tratamentos terapêuticos, à assistência à saúde, aos saberes e fazeres pertinentes aos ofícios de cura. Além disso, iluminam suas relações com personagens, instituições filantrópicas, com a formação dos Estados nacionais e a economia capitalista. No entrecruzamento das reflexões apresentadas, nota-se que, apesar da heterogeneidade política e cultural que caracteriza esse extenso espaço geográfico, as análises confluem em inúmeros pontos, permitindo, por meio da história da saúde e da doença, identificar uma espécie de totalidade latino-americana.²

Também no Brasil o campo vem alargando seus espaços e conquistando a atenção dos pesquisadores. A ampliação do interesse nacional pela temática tem como marco a criação do Grupo de Trabalho História da Saúde e das Doenças no início dos anos 2000. Ligado a ele, tem sido promovida uma série de pesquisas que colocam a doença como objeto legítimo de reflexão histórica. Como exemplo desse amplo panorama de estudos, cabe lembrar a coletânea *Uma história brasileira das doenças*,³ já em seu oitavo volume. Publicada desde 2006, reúne pesquisadores da área, socializando seus trabalhos.

Um apanhado geral nessa importante referência bibliográfica demonstra uma pluralidade de interesses sobre as enfermidades. O Quadro 1 resume os temas de estudo encontrados nos ensaios publicados entre 2004 e 2018.

Quadro 1: Doenças tematizadas na coletânea *Uma história brasileira das doenças* (2004-2018)

Doença	Menções	Doença	Menções
Aids	5	Gripe	1
Alcoolismo	2	Gripe espanhola	3
Ancilostomíase	1	Hepatite	2
Anemia falciforme	1	Lepra	7
Bócio	1	Loucura	5
Câncer	1	Malária	3
Cólera	2	Peste bubônica	1
Doença de Chagas	1	Poliomielite	4
Doença de feitiço	1	Raiva	1
Doença ginecológica	1	Sífilis	1
Doenças de escravos	2	Tabagismo	1
Doenças do trabalho	5	Tuberculose	6
Doenças sexualmente transmissíveis/sífilis	2	Varíola	3
Febre amarela	4	Zika	1
Febres	1	Outros temas	18

Fonte: dados da pesquisa dos autores na referida coletânea (Silveira, Nascimento, 2004; Nascimento, Carvalho, Marques, 2006; Nascimento, Carvalho, 2010; Franco, Nascimento, Maciel, 2013; Franco, Nascimento, Silveira, 2015, 2016, 2017, 2018).

Muitas doenças não estão presentes na obra, sendo ainda pouco abordadas pelos pesquisadores da área. É o que ocorre com o pênfigo foliáceo, também conhecido como fogo selvagem, ainda ausente de estudos sistematizados no campo da história.

Um levantamento breve realizado na bibliografia sobre o pênfigo demonstra que existem muitas investigações médicas acerca da doença. Essas, inegavelmente, aguardam a inclusão no debate historiográfico a respeito da referida enfermidade. Nessa tarefa relativamente recente, o diálogo com os médicos – detentores do conhecimento clínico – é necessário, profícuo e promissor, conforme defende o pesquisador Jaime Benchimol (2007, p.1108):

Não obstante suas diferenças, médicos-historiadores e historiadores da medicina e da saúde compartilham uma preocupação fundamental: a humanização da medicina. Podem ter uma agenda comum, a de fortalecer a inserção da história da medicina tanto nas escolas médicas como nas faculdades de história e disseminar o interesse por ela entre o grande público. Ambos os grupos têm muito a lucrar com o estreitamento de seus laços, pois se é notável a carência entre os primeiros de conteúdos e ferramentas metodológicas da história, é igualmente grande a carência entre os historiadores de familiaridade com as diversas linguagens da medicina.

Refletir historicamente sobre o pênfigo, recolocando-o no campo das relações humanas e de suas expressões socioculturais e políticas, impõe se debruçar sobre pesquisas desenvolvidas na medicina, revisitando o discurso médico.

Nessa perspectiva metodológica, na qual médico e paciente são igualmente sujeitos, é possível perceber o processo de construção histórica do pênfigo ao longo da busca pelo diagnóstico, pelo tratamento e pela cura da moléstia. Doença estigmática, responsável por um sem fim de angústias, sofrimentos e mortes, ensejou um notável avanço da ciência médica, sobretudo da dermatologia. Entretanto, de modo concomitante, conviveu – e convive – com muitas práticas e representações populares de cura, igualmente constituídas ao longo do tempo. Um e outro campo não são alheios entre si. Ao contrário, seus saberes não apenas se tangenciam como circulam, em constante reelaboração. Cabe, pois, aos historiadores desvelar esse processo.

Registros e ocorrências do pênfigo ao longo do tempo

Na condição de doença autoimune, o pênfigo foliáceo endêmico se manifesta quando o sistema imunológico ataca e destrói tecidos saudáveis do organismo humano. Essa circunstância acarreta uma perda de aderência entre as células, provocando bolhas que se espalham pelo corpo. O rompimento dessas vesículas ocasiona episódios de descamação, perda de pelos, vermelhidão, crostas e ardor. Devido ao quadro em que a pele fica exposta “em carne viva”, causando extrema ardência, a sensação generalizada de se “estar pegando fogo” levou à sua denominação popular de fogo selvagem.

A literatura médica atual tende a reconhecer a inter-relação genética e ambiental como a principal condicionante da resposta autoimune que desencadeia o pênfigo. Vão nessa direção Aoki et al. (2005), cuja pesquisa notou a influência de fatores genéticos, ambientais e imunológicos. Ou seja, caso os indivíduos possuam predisposição genética ou tenham a

influência de algum estímulo ambiental, tal como exposição repetida à picadura de insetos hematófagos, esse mal cutâneo pode ser deflagrado.

As suspeitas de que o mosquito conhecido popularmente como borrachudo (*Simulium nigritanum*) seria vetor da doença não são novas. Em busca da etiologia do pênfigo, em 1963, o médico Anuar Auad, professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás e diretor do Hospital do Pênfigo de Goiânia, defendia que:

O pênfigo foliáceo é uma dermatose, uma virose, tendo como vetor alado o mosquito vulgarmente chamado de borrachudo. Minha teoria é baseada no princípio de que onde há borrachudo há o pênfigo. O mosquito é um alado. Picando o indivíduo, transmite a doença, tal como o anofelino, no caso da malária. O período de incubação da doença varia de três a seis meses. Tirei essa conclusão analisando um doente que veio de Pernambuco (onde não existe caso algum do mal) para trabalhar em Brasília, onde foi contaminado (Gueudeville, 14 mar. 1963, p.3).

A pesquisa contemporânea (Magalhães, 2014) admite que a doença foi diagnosticada no Brasil pelo médico Hugh Algernon Weddell, integrante da expedição de Castelnau.⁴ A moléstia foi verificada na localidade de Boa Vista, Goiás, em uma mulher negra que sofria da enfermidade havia mais de oito anos. Weddel⁵ observou que a pele já estava inteiramente comprometida, fazendo-a a sentir dores terríveis, pois “na parte posterior de um dos punhos apresentava diversas vesículas grandes, pelas quais pude sem dificuldade fixar a posição que devia ocupar a moléstia no quadro dermatológico, toda a pele restante era coberta por crostas cinzentas de aspecto mais ou menos foliáceo, fendilhadas e como que imbricadas” (Castelnau, 2000, p.212). É importante salientar que a denominação científica da doença, pênfigo, já aparece nesse registro de 1843.

Lesões cutâneas em forma de bolhas são referidas desde a Antiguidade pela literatura médica. Já o termo pênfigo, em sua especificidade, parece ter sido cunhado no século XVIII pelo médico-botânico francês Boissier de Sauvages de la Croix (1706-1767). O médico utilizou o termo justamente para caracterizar um caso de erupção bolhosa, de curta duração. Posteriormente, o conceito foi reformulado por Johann Ernst Wichmann (1740-1802), que concebeu o seu significado contemporâneo, definindo-o como uma enfermidade bolhosa “crônica”.

Entre os diversos debates travados sobre assunto no século XVIII, descobriu-se que a doença se manifestava de formas diferenciadas, sendo classificada como pênfigo vulgar, foliáceo e vegetante.⁶ A forma que se manifestou endêmica no Brasil é o foliáceo – doravante nomeado neste texto apenas pênfigo –, sendo identificado pela primeira vez como uma manifestação específica pelo médico Pierre Louis Alphée Cazenave (1795-1877) em 1844.

No Brasil, as referências e fontes destoam quanto à precisão dos registros iniciais sobre as vítimas da doença. Sem dúvida essas diferenças dificultam que o pesquisador estabeleça uma ordem cronológica para os casos identificados. Entretanto, de acordo com Auad (1972), seus primeiros registros foram feitos na Bahia, no século XIX, pelo médico Alexandre Cerqueira (1853-1931). Também naquele século, as anotações dos viajantes estrangeiros reportariam a existência do pênfigo em diversas localidades: na zona do rio São Francisco, os alemães

Carl Friedrich Phillipp von Martius e Johann Baptist von Spix encontraram evidências do “fogo selvagem” (citado em Vieira, 14 ago. 1942). E em 1843, em Goiás, como mencionado, Francis de Laporte de Castelnau (2000) assinalou um caso no diário *Expedição às regiões centrais da América do Sul*.

No campo médico, em 1903, Caramuru Paes Leme defendeu tese de doutorado em medicina notificando a presença do *tokelau* no Brasil (Lindenberg, 1937). Com essa identificação, Paes Leme diagnosticou um primeiro caso num paciente indígena, pertencente ao grupo étnico carajá, no estado de Goiás.⁷ Para o médico, a moléstia seria comum àquela etnia, inclusive denominada *rooro* pelos próprios índios, palavra cujo significado seria “moléstia que voa”.

A definição cunhada pelos indígenas inseria-se numa tradição curativa dentro da qual a disseminação da doença se daria pelo “ar”: soprada por aldeias inimigas, era trazida pelo vento. Para combater o mal, o tratamento dos carajás consistia na fricção de uma raiz conhecida como pé-de-perdiz, seguida por um banho de cinzas (Lindenberg, 1937, p.118).

O diagnóstico de *tokelau* foi rechaçado *in loco* pelo doutor Roquette-Pinto (1884-1954),⁸ integrante da Missão Rondon (1907-1915).⁹ Em conformidade com o conhecimento da época, definia-se o *tokelau* como uma micose particularmente incidente sobre as populações da Oceania. Identificá-la entre os índios seria, assim, um erro nosogeográfico, posto que, de acordo com Roquette-Pinto (1975, p.357), a moléstia correspondente era, na verdade, o “fogo selvagem”:

Fica desse modo prejudicada a validade do diagnóstico do tokelau em relação à dermatose dos índios carajás, lançando-se uma séria dúvida sobre a natureza da doença ou das doenças a que Paranhos e Leme se querem referir. Se mais de perto se analisar, porém, principalmente a tese de doutoramento de Caramuru Paes Leme, então, nenhuma dúvida poderá restar do erro desse pesquisador que tomou por tokelau nada mais nem nada menos que a dermatite polimorfa dolorosa tão conhecida em todo o Brasil sob o nome de fogo selvagem.

O médico higienista do Exército brasileiro Murillo de Souza Campos, que também fez parte da comitiva de Cândido Mariano da Silva Rondon, em seu livro *Notas do interior do Brasil: do Rio de Janeiro a Cuiabá (via Goiás)* noticiou a incidência do “fogo selvagem” na vila de Araguari, Minas Gerais, em 1913, de acordo com Vital e Hochman (2013). Porém, ao contrário do que esses autores cogitaram, o apontamento de Campos não parece ser “um dos primeiros registros médicos do que é conhecido hoje como pênfigo foliáceo endêmico” (p.88).

Caberia ao médico Adolpho Carlos Lindenberg (1872-1944), um dos responsáveis pela institucionalização da dermatologia no país, a pesquisa mais contundente acerca do pênfigo no começo do século XX.¹⁰

Para Lindenberg e outros pesquisadores,¹¹ o que Paes Leme havia diagnosticado como *tokelau* era a “mesma” enfermidade identificada por Cazenave em 1844, passando a ser caracterizada no Brasil central como “pênfigo foliáceo brasileiro”.

No artigo “Contribuição para a etiologia do pênfigo”, de 1937, ao analisar os casos estudados por Caramuru Paes Leme, Lindenberg identifica equívocos relativos à nosogeografia e aos diagnósticos, que descreveu como aberrantes. Embora reconheça um

único aspecto positivo no trabalho, relativo à percepção de sua infectuosidade – o que era forte indício da etiologia da doença –, na sua opinião o pênfigo era transmitido por vírus.

Diante da urgência de se compreender a moléstia, que se espalhava pelo estado de São Paulo, para testar a hipótese da etiologia viral do pênfigo, Lindenberg realizou uma série de experimentos tentando inoculações em coelhos (Rivitti, 2002, p.8). Diante de seus resultados, confronta os trabalhos de diferentes autores brasileiros, entre eles o de Caramuru Paes Lemes,¹² e oferece as seguintes conclusões:

Rematando esta pequena resenha de trabalhos nacionais, convém assinalar que todos os autores brasileiros insistem na etiologia infectuosa ... Com esta documentação experimental e histológica, sinto-me autorizado a concluir o seguinte: 1) O fogo selvagem é uma moléstia infectuosa, produzida por um vírus que circula no sangue e é transmissível a animais de laboratório ... Acredito, portanto, que o pênfigo foliáceo europeu e o brasileiro são uma e a mesma moléstia, esporádica na Europa e endêmica no Brasil. ... E as outras variedades a dermatite de During, o pênfigo vegetante e o pênfigo vulgar? Essas se me afiguram que sejam diferentes do pênfigo foliáceo, porque, se fossem simples formas clínicas da mesma entidade mórbida, deveriam acompanhar no Brasil a marcha progressiva do fogo selvagem nas suas características endêmicas. Ora, o contrário é o que se verifica. Essas três variedades de pênfigos são raríssimas nas zonas atacadas pelo fogo selvagem. ... E assim impôs-se a conclusão penosa de que a solução do problema etiológico do pênfigo veio desvendar no estado de S. Paulo mais um problema sanitário de grande relevância. O fogo selvagem não é só uma moléstia infectuosa, é também o mais infectuoso dos pênfigos (Lindenberg, 1937, p.126).

Por outro lado, tratando-se da “marcha progressiva” do fogo selvagem pelo Brasil, Lindenberg corrobora o estudo de Orsini de Castro, feito em 1927, no qual o médico relaciona a expansão do pênfigo ao deslocamento dos doentes em busca de tratamento (Auad, 1972).

Para Lindenberg, a abertura de vias para o interior, interligando os estados do Sudeste ao Centro-sul, permitira aos enfermos, antes isolados nos sertões, viajar para outras regiões à procura de recursos terapêuticos. Assim, a migração das vítimas do pênfigo – vindas do Triângulo Mineiro, de Mato Grosso e Goiás para São Paulo ou Belo Horizonte – espalharia o vírus que provocava o mal.

As concepções e impressões de Adolpho Lindenberg sobre o pênfigo se disseminaram rapidamente entre os médicos, por intermédio das publicações especializadas que já começavam a se popularizar no meio. Além das revistas e periódicos, as comunicações de pesquisas realizadas nos congressos ou nas associações médicas funcionaram como excelentes veículos de difusão, entre os profissionais da medicina, do conhecimento acumulado acerca da mazela.

Como exemplo, vale citar a conferência dos médicos Hugo Ribeiro e Carlos Tietboehl, ministrada na Sociedade Médica de Porto Alegre em outubro de 1937. Na apresentação, eles citam os trabalhos de Orsini Castro, a tese de infecção defendida pelo professor Lindenberg e ainda o estudo publicado pelo médico militar Santayana de Castro, em Mato Grosso, que sustenta a hipótese de que o fogo selvagem seria provocado pela intoxicação com o chá de carobinha-do-campo, planta de uso comum para o tratamento de manifestações sifilíticas (Carrión, 29 out. 1937).

No entanto, as certezas de Adolpho Lindenberg sobre a natureza viral do pênfigo seriam colocadas em xeque pelos próprios pares paulistas. Diante de novos questionamentos, outras investigações se desenvolviam, atualizando as teorias até então aceitas. Entre os trabalhos a respeito do pênfigo realizados entre o final dos anos 1930 e início dos 1940, destacam-se aqueles difundidos por meio dos institutos Conde de Lara e Butantan, em São Paulo.

Nessa nova leva de estudos, Artigas e Mourão, em 1939, e Vieira e Mourão, em 1940, concluíram que o pênfigo não era uma enfermidade de origem viral, e sim de origem bacteriana (Mourão, 1943). Também em 1940, Rabello Júnior observou certas diferenças entre o desenvolvimento das fases do pênfigo foliáceo brasileiro, ou tropical, e o pênfigo europeu (Aua, 1972). Diferentemente do que havia observado Lindenberg, concluiu tratar-se de manifestações distintas da moléstia.

Importa lembrar, porém, que 30 anos depois de Lindenberg, o microbiologista alemão Ernest H. Beutner e sua equipe de pesquisa conseguiram reproduzir bolhas de pênfigo, de forma experimental, por meio de procedimentos semelhantes aos de Adolpho Lindenberg com coelhos. Em artigo de 1968, por meio de técnicas de imunofluorescência,¹³ Beutner et al. (1968) apresentam as primeiras evidências de que o pênfigo era de fato uma doença autoimune.

Conforme explicam Aoki et al. (2005, p.2), a comprovação da patogenicidade dos anticorpos na manifestação do pênfigo foliáceo brasileiro só viria em 1985, por Roscoe et al. (1985), do grupo cooperativo de estudos do fogo selvagem criado por Luiz A. Diaz (citado em Aoki, 2005, p.2). Contudo, as memórias do médico Nelson Guimarães Proença (3 dez. 2013) demonstram que Adolpho Lindenberg estava correto em sua linha investigativa, equivocando-se apenas na interpretação viral dos resultados que havia obtido.

No entanto, a tese de Lindenberg que relacionava a expansão geográfica do pênfigo com a dilatação das fronteiras do país se manteria. Em 1975, com base nos dados fornecidos pelo Serviço de Pênfigo Foliáceo do Hospital Adhemar de Barros, em São Paulo, Leme e Coimbra (1975, p.73) elaboraram um mapa (Figura 1) com o objetivo de demonstrar que “o pênfigo foliáceo brasileiro constitui problema apreciável de saúde pública na parte central e meridional do Brasil”.

Contemplando o período de 1948 a 1975, o mapa registra o movimento dos últimos 27 anos do referido hospital. Entretanto, os autores indicam que nas áreas em que o pênfigo aparece escassamente representado já existia incidência significativa da moléstia, o que seria um subproduto do desenvolvimento: “Tal é, por exemplo, o caso da região Norte do país, que com o atual surto desenvolvimentista secundário e abertura de estradas e a colonização intensiva já apresenta focos significativos da moléstia” (Leme, Coimbra, 1975, p.73).

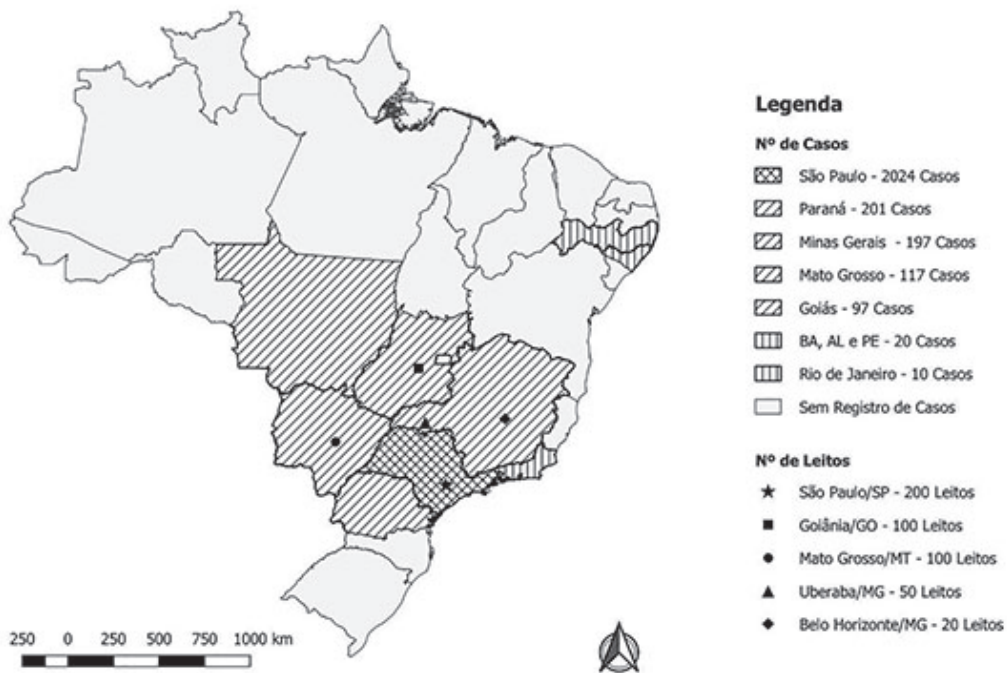


Figura 1: Mapa da incidência do pênfigo no Brasil, 1948-1975 (Leme, Coimbra, 1975, p.74)

Além da convergência dos autores com a tese da expansão de fronteiras e a disseminação do pênfigo, o mapa elaborado expressa seu caráter endêmico na região meridional do Brasil, mas também demonstra sua ausência em outras áreas do país, notadamente no Sul. Essa lacuna seria um dos propulsores do preconceito de que o pênfigo era uma doença trazida pelo “outro” (Carrara, 1996).

Não por acaso, também em 1937, na já citada conferência proferida por Hugo Ribeiro e Carlos Tietboehl na Sociedade Médica do Rio Grande do Sul, mais do que a socialização do conhecimento acerca do pênfigo, os clínicos tinham por objetivo apontar os primeiros casos naquele estado. Entretanto, ao relatar o estudo clínico de dois pacientes – pai e filha, migrantes de São Paulo –, os médicos se justificam assim:

O nosso fim, com a publicação desses casos, é tão somente registrá-los como os primeiros verificados no Rio Grande do Sul, ‘importados do interior de S. Paulo’, pelo que, se algum dia o fogo selvagem for endêmico em nosso estado como o é em outros, os que estudarem a história dessa endemia encontrem neles a possibilidade de sua origem (Carrión, 29 out. 1937; destaque nosso).

Ao destacar o fato de que o pênfigo viera “de fora”, Ribeiro e Tietboehl (Carrión, 29 out. 1937) fortaleciam a ideia de que a moléstia era trazida pelo “forasteiro”, fosse ele proveniente de Minas Gerais, São Paulo, Mato Grosso ou Goiás. Tal qual a lepra e a sífilis, o pênfigo também seria considerada uma mazela do “estrangeiro”, de algo ou alguém que existe para além do “eu social” e que deveria ser mantido a distância.

A vida sob o estigma

Na primeira metade do século XX, pouco se sabia sobre a etiologia do pênfigo, abundavam incertezas acerca de suas formas de contágio, tratamento e cura. Por ser uma dermatose degradante, odorífera, deformadora e causadora de dores intensas, gerava pavor nas populações, sobretudo a rural (Moura, 2013), acarretando uma série de estigmas aos seus portadores: preconceitos, segregação, isolamento.

A situação dos penfigosos se assemelhava à dos leprosos, uns e outros portadores de mazelas repugnantes, afastados ou excluídos do convívio social. Sobre os leprosos, George Rosen (1994, p.61) lembra a impressionante cerimônia fúnebre dos “mortos vivos” registrada por uma famosa novela inglesa do século XIV, *A mão dourada*, de Edith Simon:

O isolamento dos leprosos tinha regras muito minuciosas e precisas. A realização do serviço funerário, com a participação da vítima, simbolizava a terrível exclusão da sociedade humana. O leproso vinha vestido com uma mortalha, lia-se a missa solene para os mortos, jogava-se terra sobre o doente; então os padres o conduziam, acompanhado de parentes, amigos e vizinhos, até uma choupana, ou um leprosário, fora dos limites da comunidade.

No Brasil do século passado, a maioria das vítimas era pobre, analfabeta e moradora de áreas rurais. Por motivos inequívocos, esses sujeitos não escreveram suas memórias, não deixando registros de seu cotidiano ou da vida sob o estigma da enfermidade. Suas existências nos chegam ao longo do tempo pelo filtro daqueles que se propuseram a descrever seu sofrimento, como jornalistas, médicos e parlamentares.

“Aspecto horripilante”, disse deles o deputado federal paulista Lauro Gomes. Porém, ao adjetivar de forma geral os portadores de pênfigo, lepra e tuberculose no projeto de lei n.3.903/1958, Gomes (Brasil, 14 abr. 1958) nos deixa uma sugestiva pista documental: a existência de farta correspondência, sobre a qual o projeto visava legislar, isentando-a do imposto postal:

Tais doentes, ou por prescrição médica, ou por causa do aspecto horripilante que adquirem, ou ainda, em grande parte, graças ao preconceito social, ficam separados do seu grupo, dos seus amigos, das pessoas mais queridas. Só lhes resta um passatempo com que matar as longas horas do tratamento hospitalar: a correspondência. Nem todos, porém, podem pagar a taxa, hoje em dia bem pesada, do serviço postal. Para esses foi feito o presente projeto, que o Congresso por certo apoiará, num ato de piedade. São destinatários da isenção postal apenas os leprosos, penfigosos e tuberculosos que se encontrarem hospitalizados, em estabelecimentos públicos ou particulares, e não aqueles que continuarem indiferentes ao progresso da moléstia; e o projeto de lei, deste modo, se não estimular, ao menos favorecerá o tratamento, contribuindo para diminuir a contaminação do mal.

O projeto de lei não seguiu adiante, sendo arquivado. Mas, além de nos alertar acerca das correspondências, o documento oferece um penoso quadro da segregação social daqueles indivíduos, cujos corpos, ao lado dos corpos de tuberculosos e leprosos, a lei se esforçava para enclausurar nas instituições hospitalares.

Como demonstra o trecho destacado, o corpo enfermo – desfigurado e “horripilante” – era percebido como perigoso e desestruturante das relações humanas, portador da

contaminação potencial do corpo coletivo. Sendo assim, era carregado de representações sociais que ultrapassam os aspectos biológicos, tornando-se alvo de políticas de saúde nas quais sobressaía o isolamento e a segregação.

Não raro os doentes eram abandonados pelas próprias famílias. Pobres e sem recursos, vítimas do medo e do estigma, os penfigosos de Serra das Cordilheiras, município da região Norte de Goiás, romperam os liames do tempo e chegaram às vistas dos pesquisadores por intermédio de uma entrevista do doutor Anuar Auad (Gueudeville, 14 mar. 1963, p.3) publicada no jornal goiano *4º poder*: “gostaria de que algum político visitasse a Serra das Cordilheiras, próxima ao município de Miracema do Norte, onde o índice de doentes abandonados pelas próprias famílias é impressionante. Medo. Calculo que Goiás tem mais de dois mil penfigosos”.

O medo social da transmissão obrigava os molestados a se deslocarem a pé, rechaçados pelos responsáveis por transportes aéreos, de barco ou caminhão na busca por alívio. Sobre os pobres infelizes que chegavam a Goiânia para tratamento no Hospital do Pênfigo, Anuar Auad nos oferece uma narrativa terrível: “chegam em carne viva, enrolados em folhas de bananeira, repletos de bicho, apodrecendo o corpo em vida” (Gueudeville, 14 mar. 1963, p.3).

Nessas condições, os moribundos caminhavam por centenas de quilômetros, como aqueles que se deslocavam a partir de Miracema e Pedro Afonso, hoje pertencentes ao estado de Tocantins. Os que vinham da primeira cidade caminhavam 890km até Goiânia, os que vinham da segunda, 1.008km. À beira da BR-153, sob sol, chuva e poeira, arrastavam-se “invisíveis” por meses a fio à beira da estrada (Gueudeville, 14 mar. 1963, p.3).

Também em São Paulo, as narrativas médicas nos deixaram rastros da vida estigmatizada, horrível e dolorosa dos penfigosos. José Aranha Campos, assistente técnico do Serviço do Pênfigo Foliáceo de São Paulo, em entrevista intitulada “Como vivem os doentes de ‘fogo selvagem’” à Rádio Excelsior, no dia 8 de agosto de 1939, deixou registrado:

Quando andam – se andam –, andam curvados e trôpegos, no fundo dos quintais, fugidos de todos, quase escorraçados, pois seu aspecto provoca horror e o sentimento de piedade. Por onde passam deixam escamas finas e reluzentes. A pele lhes arde, queimando-lhes as carnes. E como se tudo não bastasse, ainda exalam um mau cheiro, característico próprio da moléstia. ... Outros passam os dias sentados em caixotes, lugubrememente, envolvidos em camisolões que lhes vão até os pés, e com a cabeça e o rosto recobertos por um pano, que os defende das moscas. E os anos se lhes resumem em dois gestos: com uma das mãos se coçam e com a outra, atada a um trapo, espantam os mosquitos. ... Estes são os mais felizes. Porque outros há, ainda mais infelizes, que vivem dezenas de anos envolvidos em folhas de bananeira, perseguidos pela tortura do fogo, cobertos da cabeça aos pés pelo lençol que lhes serve de mortalha, enquanto as pernas, encolhidas e duras, lentamente se inutilizam pela anquilose. ... Caem-lhes os cabelos, os cílios, as unhas e os dentes e passam assim o resto da vida!, assistindo ao espetáculo da própria ruína e contemplando o círculo vicioso da pele enferma, que se desprende sem cessar, e que depois renasce, escamosa e repuxada para repetir de novo o doloroso ciclo (Campos, 1939, p.56-57).

As poucas ações empreendidas pelo Estado brasileiro frente às enfermidades contagiosas se apoiavam em políticas de controle sobre os corpos, a partir das quais muitos dos adoentados

foram privados do convívio familiar. Nesse particular, não destoou das políticas encetadas por outros Estados, sobretudo na Europa (Foucault, 1977, 1987).

A situação desoladora dos boubáticos, portadores de boubá, era semelhante à dos penfigosos. Doença cutânea também conhecida como framboesia, é uma treponematose não venérea, semelhante à sífilis nos sintomas iniciais e que pode ser debilitante de tecidos e ossos se for não for adequadamente tratada. Essa enfermidade, disseminada entre as populações rurais do Brasil, tornou-se foco dos programas de erradicação por parte do governo do presidente Juscelino Kubitschek (1956-1961). Considerada uma “doença de massas”, conjuntamente com as enfermidades endêmicas que afligiam o interior do país (tuberculose, lepra, doença de Chagas, leishmaniose, esquistossomose, bócio endêmico e tracoma), ameaçava as condições de vida dos trabalhadores rurais. Mesmo não situados na pauta de prioridades dos governos da época, reconhece-se que os serviços sanitários e as campanhas no Brasil desempenharam função importante, por meio dos programas de erradicação ou controle de endemias, o denominado sanitário desenvolvimentista, viabilizando o progresso da nação. O Programa de Erradicação da Boubá (PEB), criado em 1956 e vinculado ao Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), ficou responsável pela organização da campanha. O PEB, tal como o Serviço de Pênfigo Foliáceo de São Paulo, revelou a realidade dos habitantes do sertão do Brasil, que viviam abandonados, famintos e desnutridos, colocando em evidência as ambiguidades e aspirações das campanhas e as concepções de saúde e desenvolvimento naquele tempo (Muniz, 2012; Hochman, 1998). Ainda nessa época, a maioria da população vivia dispersa em um dilatado território, sua gente, composta em sua maioria de camponeses analfabetos e pobres, habitava a área rural, quase totalmente isolada do restante do país e do mundo. A medicina, aliada ao poder público, consistia no instrumento para operar uma transformação. A ciência propiciaria um lenitivo fundamental para os intelectuais, que até então não avistavam alternativas para um país que parecia condenado a fracassar na construção de seu projeto nacional (Lima, 2013).

No Brasil, o pênfigo tornou-se um problema de saúde pública em meados do século XX. Já na terceira década do século, o estado de São Paulo encampou iniciativas pioneiras para contê-lo e atender aos desamparados espalhados pelo interior. Como justificativa, o discurso médico enfatizava que a doença se desenvolvia “com progressão impressionante e o aumento de casos verificados determinando o aparecimento de focos em muitos municípios” (Vieira, 12 ago. 1939, p.5).

Por meio do decreto estadual n.9.523 de 17 de setembro de 1938, expedido pelo governo do médico interventor Adhemar Pereira de Barros, foi criado o Serviço do Pênfigo Foliáceo, instalado no Instituto Conde de Lara, na cidade de São Paulo. Situado na rua Domingos de Moraes, 2.463, na Vila Conceição, estava submetido à Diretoria do Serviço de Profilaxia da Lepra, com a dotação de 300:000\$000 réis (trezentos contos de reis).

A iniciativa não foi bem vista por todos. Aos incrédulos, incluindo membros da categoria médica, João Paulo Vieira, já diretor do Serviço do Pênfigo Foliáceo do Estado de São Paulo, disse em 1939, por meio de um artigo escrito para o jornal *Correio Paulistano*:

Para muitos leigos na matéria, e mesmo médicos não afeitos à especialidade, pareceu de início que o benemérito decreto 9.523 de 17 de setembro de 1938, que criou o Serviço

do Pênfigo Foliáceo, não se justificava, talvez por não ser ainda o ‘fogo selvagem’ uma calamidade pública. Mas, criando o serviço de estudos e pesquisas de tão terrível moléstia, o interventor federal dr. Adhemar de Barros o fez ante à exposição do grande problema sanitário. Não só [nos] entregamos a exaustivas pesquisas clínicas e experimentais com dedicados auxiliares, mas saímos a campo para mostrar aos incrédulos o grande valor científico e humanitário do decreto que criou o serviço de assistência aos doentes do ‘fogo selvagem’. E mais do que julgávamos, a propagação do pênfigo foliáceo excedia as nossas expectativas. E mais ainda, além de problema de saúde, o ‘fogo selvagem’ tornava-se um problema social (Vieira, 12 ago. 1939, p.5).

Independentemente das dúvidas iniciais, na já citada Semana do Fogo Selvagem, realizada de 7 a 12 de agosto de 1939, o Serviço de Pênfigo Foliáceo apresentou números impressionantes para a época, relativos ao censo da doença no estado de São Paulo. O levantamento registrou 350 casos crônicos, que reclamavam atendimento, e apontou focos concentrados nas cidades de Franca, São Carlos, Batatais e Ribeirão Preto.

Em defesa dos desvalidos e da política pública que começava a se desenhar no estado, João Paulo Vieira (12 ago. 1939, p.5) ainda observa: “Como resolver a situação de numerosas pessoas de classes rurais, de desprotegidos da sorte, afugentados e corridos por uma moléstia que infunde terror? Impunha-se a necessidade inadiável de pleitearmos hospitais aos enfermos, os quais nem mesmo à caridade pública podiam recorrer”.

É importante lembrar que, na década de 1940, a população brasileira permanecia eminentemente rural. Embora tenha aumentado 26%, passando de 41,2 milhões de pessoas para 51,9 milhões, um crescimento que tocava tanto a população urbana quanto a do campo, o Brasil continuava sendo “rural”. Em termos numéricos, 33,2 milhões de pessoas viviam no interior, o que representava 64% do total da população (IBGE, 2006). Nesse contexto, os doentes de pênfigo, em sua larga maioria pertencente ao meio rural, seguiam invisíveis, apartados até das incipientes medidas de saúde pública, concentradas nos centros urbanos.

A partir de 1930, quando se criou o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde no governo de Getúlio Vargas, registram-se várias iniciativas do poder público para tratar as inúmeras mazelas que acometiam os brasileiros do interior e das zonas rurais. Entre elas, pode-se citar o Serviço Nacional de Febre Amarela, de 1937, o Serviço de Malária do Nordeste, de 1939, e vários hospitais, colônias e asilos para o tratamento de outras endemias, como a tuberculose e a lepra.

Contudo, apesar dos esforços, ainda que embasados por uma política segregacionista, o pênfigo continuou ausente das preocupações do Estado. Como único lenitivo, aos doentes restariam apenas, ainda por muito tempo, os saberes populares de cura.

Saberes curativos em disputa

Embora os primeiros médicos a combater o pênfigo tenham apresentado a doença como uma nova patologia, fato é que a moléstia estava presente havia séculos no cotidiano das populações brasileiras. Conforme já mencionado, apesar dos equívocos nosogeográficos, Caramuru Paes Lemes registrou a doença no início do século XX, em 1903, demonstrando

que o mal era amplamente conhecido pelos indígenas carajás, a ponto de possuir uma terminologia e uma terapêutica próprias: o *rooro*, a doença trazida pelo vento, que era tratada com pé-de-perdiz. Da mesma forma, conhecida das camadas populares, ensinou práticas de cura oriundas do universo cultural dos sujeitos – curadores e doentes.

Os registros históricos demonstram que a moléstia causava pavor. Entre os benzedores da Bahia, devido à extrema agressividade da doença, havia a recusa de se pronunciar o nome popular do achaque, optando por novos termos. Ao ser reproduzida oralmente, a expressão “fogo selvagem” reafirmaria o poder incontrolável da doença, escapando ao domínio e ao necessário controle do curador. Assim, os curandeiros baianos preferiam tratar o pênfigo como fogo morto – impedindo a moléstia de evoluir – ou fogo de Santo Antônio, evocando a virtudes de cura do beato (Moura, 2013).

No campo do tratamento medicamentoso, até meados do século XX o pênfigo permaneceu um enigma. Por isso, medicina alopática e medicina popular conviviam, reeditando a já conhecida tensão entre os dois campos curativos, mas também abrindo uma peculiar relação simbiótica. Na ausência de respostas científicas, os médicos utilizavam, atualizando e reelaborando, as soluções já encontradas pela medicina popular. O certo é que até a década de 1930 os medicamentos produzidos ao redor do mundo, mesmo por laboratórios farmacêuticos, eram provenientes da natureza. Esse cenário mudaria a partir da década de 1940, quando ocorreu a intensificação das técnicas de produção sintética de substâncias químicas nos países industrializados mais aparelhados no setor químico-farmacêutico (Santos, Souza, Siani, 2008).

Além disso, as medidas profiláticas disponíveis eram diversas e conflituosas. Em 1953, por exemplo, o médico Mario Fonzari, encarregado das pesquisas terapêuticas do Serviço do Pênfigo Foliáceo, no Instituto Adhemar de Barros, recomendava cuidados gerais com a alimentação, o uso de proteínas, banhos diários, deambulação, aplicação de antimaláricos como a quinina, bicloridrato de quinacrina, acridina, cortisona, corticotropina, vitamina D2 e a inoculação do bacilo de Calmette-Guérin, BCG (Fonzari, 1953).¹⁴

Da mesma forma, o uso de plantas medicinais e práticas populares de cura faziam parte de vários tratamentos médicos, como aqueles disponibilizados pelo Hospital do Pênfigo de Mato Grosso, mencionados em tom de denúncia pelo deputado goiano Taciano de Melo (Brasil, 6 nov. 1957):

O tratamento ora empregado é, por assim dizer, indagativo, sendo que certos processos adotados são empíricos, sem nenhuma base científica e até extravagantes pelo aspecto que dão ao doente e porque não se sabe, ao certo, a própria constituição do elemento usado, nem como ele atua. Deve-se acrescentar que tais processos são empregados em maior escala em Mato Grosso, sendo condenados por São Paulo.

O Hospital do Pênfigo de Mato Grosso chamava a atenção de Melo pelo uso de um medicamento à base de piche, conhecido à época como Jamarsan. Ora, a história dessa instituição e a utilização da pomada Jamersan se confundem, valendo a pena visitá-la, ainda que de maneira sucinta.

A instituição foi inaugurada por religiosos ligados à Igreja Adventista do Sétimo Dia, que estão à frente de sua administração até hoje. O nascimento do então Hospital Adventista

do Pênfigo se deu a partir do tratamento de doentes dentro de algumas palhoças, distantes da cidade e do olhar vigilante dos agentes públicos. Conforme a memória adventista, sua fundação remete à inusitada história de um pastor adventista e um curador argentino:

o pastor Alfredo Barbosa, chefe de um templo sabadista ... lutou em vão para obter a cura de sua esposa, que estava atacada de ‘fogo selvagem’. Essa moléstia é um dos flagelos das zonas insalubres das regiões limítrofes entre Brasil e a Bolívia, e foi ali, justamente, durante uma peregrinação evangélica que a Sra. Alfredo Barbosa contaminou-se. ... Pois depois de haver consultado todos os especialistas de São Paulo, já desesperançado, o pastor ouviu falar de um homem que tinha uma fórmula milagrosa para o mal. Levado pela ânsia de pôr termo aos padecimentos da companheira rumou imediatamente para Cidrolândia, onde vive o possuidor do remédio. Ao fim de alguns dias, foram-se atenuando os efeitos da doença na Sra. Barbosa, até que, transcorrido um mês, ela se apresentou completamente curada. ... É incontável o número de doentes que se curaram com o uso do remédio fornecido pelo ‘curador’ de Cidrolândia. Também nesta capital o fato alcançou igual repercussão. Uma ilustre família mato-grossense doou um prédio destinado ao tratamento dos doentes do ‘fogo selvagem’. Ali o pastor Alfredo Barbosa continua a obter curas milagrosas com a aplicação da mesma fórmula (Teria sido..., 1 jul. 1949, p.8).

Os conflitos religiosos entre católicos e protestantes também estiveram presentes na criação do Hospital do Pênfigo, de Mato Grosso. No entanto, o que chama atenção nesse mito fundacional é o encontro de Alfredo Barbosa com Isidoro Jamar.

Jamar é descrito pela memória histórica do hospital como um argentino alcoólatra, ora curandeiro ora farmacêutico, frustrado por não poder exercer a medicina. Amargurado, entregou-se ao vício da bebida. Todavia, químico brilhante, seria o inventor de uma miraculosa pomada à base de piche com a qual vinha efetuando curas nas vítimas de fogo selvagem na cidade de Sidrolândia, próxima a Campo Grande, atualmente Mato Grosso do Sul.

Por sua vez, Alfredo Barbosa vivia o drama da doença na própria família. Sua esposa, Aura, buscava em vão a cura em diversos hospitais no Brasil e no exterior. Depois de algumas internações em São Paulo, sem a resposta clínica desejada e piorando a cada dia, Alfredo teria tido uma “revelação” ao encontrar uma jovem que trazia marcas pelo corpo. Ao indagar sobre as sequelas na pele, ela afirma ter sido vítima do fogo selvagem, sendo tratada e curada pelo argentino Isidoro Jamar, em Sidrolândia. Alfredo então se desloca até a cidade em busca do medicamento para a esposa, e, em pouco tempo, ela se recupera.

A saga de Alfredo Barbosa, porém, não se encerra com a cura da esposa. Diante de uma nova vítima do fogo selvagem, ele retorna à Sidrolândia, desta vez em busca da fórmula do medicamento. Encontrando um Isidoro Jamar devastado pela tuberculose e à beira da morte, adquire ou “recebe” a fórmula da pomada mediante a promessa de que o medicamento seria utilizado “de graça” para a cura dos necessitados. Nesse momento da narrativa, a trajetória de Alfredo Barbosa converge para a missão adventista, pois ele se converte à Igreja Adventista do Sétimo Dia, tornando-se pastor e responsável pela implementação do que se tornaria o Hospital do Pênfigo, de Mato Grosso.

O encontro entre o tratamento popular e a medicina alopática se daria em 1960, com a chegada ao hospital de um médico alemão chamado Günter Hans. Por seu intermédio, a pomada à base de piche conhecida como Jamarsan seria reformulada, adotando os

seguintes princípios ativos: óleo, enxofre, piche, ácido bórico, óxido de zinco e cal, recebendo um novo nome, Neo-Jamarsan. De acordo com Chagas (2002, p.24), o medicamento ainda é utilizado. Porém, novamente atualizado, na chamada Pomada 36. Sua fórmula atual contém sorbitol, cetiol, lanolina, glicerina, lanete, cresólio, água destilada e conservantes.

A apropriação e reelaboração dos conhecimentos populares pelos médicos encontra na Jamarsan um de seus grandes exemplos. Em reportagem publicada em 1952, o jornal *A Noite* aborda uma investigação promovida pelos médicos mineiros acerca dos reais efeitos do medicamento, produzido pelos colegas de Campo Grande. Além disso, promove uma sabatina na Seção Mineira da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, inquerindo o doutor Edgar Bentes Rodrigues sobre o tratamento de seus pacientes no Hospital do Pênfigo, de Mato Grosso.

A matéria traz uma manchete sugestiva (“Uma esperança para os enfermos do ‘fogo selvagem’”) e refere-se justamente à utilização da Jamarsan por médicos de outros estados:

Vários tratamentos foram e são ensaiados nesta capital, como em São Paulo e outros centros médicos, mas tanto os casos excepcionais de cura como as origens e meios de combate ao mal continuam inexplicáveis, a desafiar a perícia e dedicação da nossa pesquisa médica. ... Daí o grande interesse demonstrado pelos círculos médicos mineiros pelo tratamento do pênfigo, que vem sendo experimentado em Campo Grande, Mato Grosso, e já agora, com o mesmo remédio empírico utilizado, o ‘Jamarsan’, também nas clínicas médicas desta capital (Uma esperança..., 14 jun. 1952, p.3).

Em Goiânia, as atenções médicas seriam atraídas por outro produto da farmacopeia popular: o barbatimão. Erva medicinal usada como cicatrizante de feridas da pele, bem como para tratar gastrite, úlcera, infecção no útero, corrimento vaginal, coceira e sangramento proveniente da extração de dentes, era utilizada no hospital da mesma maneira que em ambiente doméstico. Para o doutor Anuar Auad, a melhor terapia do mundo para o tratamento dos casos de pênfigo era oferecida no Hospital do Pênfigo, de Goiânia, justamente por seu recurso à erva. A terapia, à base de cortisona, antibióticos, aureomicina e “banhos de barbatimão”, exibiu um sucesso de cerca de 92% de cura.

Em matéria de 1963, “Barbatimão, santo remédio”, o doutor Auad observa:

Frisamos que o barbatimão tem importância preponderante no tratamento, ainda que seja ‘um medicamento empírico’, como alegam determinados médicos. Outros hospitais que não o utilizam apresentam uma porcentagem de cura nunca superior a 40%. ... usamos antibióticos de larga espécie e também o corticosteroide, de preferência o sal triacínolon, o melhor para tratamento do pênfigo, além do eficiente banho de barbatimão. Seu teor em tanino equivale a 41%, e para cada 100 gramas da casca vegetal, juntamos 50 a 100 litros de água, em banho de imersão. Preciso frisar aqui que o primeiro hospital a usar essa terapêutica já descrita é o nosso, de Goiânia, com absoluto sucesso (Gueudeville, 14 mar. 1963, p.3; destaque nosso).

Medicamento “empírico”, ou seja, sem comprovação da “ciência”, o barbatimão ocupava a mesma posição do Jamarsan: lenitivos testados pelos saberes populares que, na ausência de respostas para a urgência social do pênfigo, foram apropriados e reelaborados pela medicina alopática, num complexo processo de circularidade cultural.¹⁵

O uso da chaulmoogra no tratamento da lepra passou por esses mesmos processos de assimilação e transformação de saberes e práticas terapêuticas que envolvem o uso de plantas medicinais (Santos, Souza, Siani, 2008). O óleo das sementes dessa planta era usado na Ásia havia muitos séculos para o tratamento de doenças de pele. A partir do século XIX, com a expansão do império britânico na Índia, o emprego do óleo de chaulmoogra se tornou conhecido entre os cientistas e médicos ocidentais, e sua ação terapêutica foi admitida por laboratórios e clínicas. No parecer de Santos, Souza e Siani (2008, p.31):

Esse processo de transformação e integração de um objeto a princípio não reconhecido cientificamente como possuidor de qualidades terapêuticas em um remédio validado pelos padrões médicos de estilo ocidental é, por definição, coletivo e longo. Ele se desenvolve à medida que o objeto em questão – neste caso, as chaulmoogras – passa a ser definido com base na associação de elementos já utilizados pela medicina ocidental e em sua inclusão na classificação científica com uma nomenclatura apropriada. Isso configura sua tradução para o contexto dessa nova rede de saberes e práticas.

Esses pesquisadores enfatizam que foi a partir das análises realizadas por médicos e cientistas que surgiu o óleo de chaulmoogra, num processo de tradução científica – validação de elementos não científicos dentro dos padrões da medicina ocidental –, fazendo os cientistas pensarem que a lepra poderia ser curável. O emprego desse óleo perdurou até a década de 1940, quando as sulfonas passaram a ser empregadas no tratamento específico da lepra.¹⁶

Os exemplos citados nos permitem perceber que a medicina científica dialogava constantemente com os saberes populares, ainda que em permanente tensão. Em um contexto em que não se sabia a etiologia das doenças, notadamente do pênfigo, não se podia afirmar a prevalência de um único saber médico, mas de vários saberes que dialogavam e também digladiavam entre si.

Havia, portanto, um trânsito entre os saberes curativos, apropriados e reelaborados tanto pela medicina alopática quanto pela medicina popular. Circulando entre um e outro campo, esses saberes reeditavam conflitos, recusas, persistências, costumes, tradições e reelaborações, transformando-se ao longo do processo. Compreendendo a questão por esse viés, observamos que não só a alopatia se apropriava e reelaborava os conhecimentos milenares sobre o pênfigo, mas também farmacêuticos práticos, curandeiros e benzedores reatualizavam suas formulações curativas, devolvendo-as aos doentes que tratavam.

Considerações finais

O pênfigo foliáceo brasileiro, ou fogo selvagem, como é conhecido popularmente, ainda permanece com sua etiologia desconhecida. Nos anos 1960 e 1970, a enfermidade passava a ser controlada com o uso de corticoides, uma grande conquista da medicina sobre essa endemia, que continuava a assolar, sobretudo, o interior do país. Devido às suas características dermatológicas, desencadeia estigmas e preconceitos tanto por parte dos portadores da doença quanto pela sociedade, que a associam a uma moléstia contagiosa, espalhando temor e discriminação, como pode ser percebido na narrativa histórica delineada

neste artigo. A fala dos enfermos, suas dores e anseios permanecem silenciadas. Nesse sentido, escrever uma história do pênfigo brasileiro trazendo à luz o ponto de vista daqueles que padeceram da doença se faz urgente, embora seja um empreendimento tortuoso.

Como vimos, ao longo dos séculos XIX e XX, as limitadas ações empreendidas pelo Estado brasileiro no combate das enfermidades contagiosas consistiam basicamente em políticas de controle dos corpos. Inseridos em tal contexto, os doentes de pênfigo que obtinham acesso aos tratamentos hospitalares eram privados do convívio familiar e segregados socialmente. Entretanto, os registros que chegam dos penfigosos aos historiadores da doença e da saúde são justamente os oriundos do cadastro médico. De modo geral, os milhares de doentes que sofriam na zona rural, analfabetos e pobres, não raro abandonados por suas famílias, ainda permanecem ocultos da história.

Diante desses dilemas, a inspiração de Roy Porter (1985) é sempre bem-vinda. Ao escrever a história da medicina pelo viés dos sofredores, o historiador se guiou por suas próprias pesquisas sobre a psiquiatria. Em *The patient's view: doing medical history from below: theory and society*, Porter nos provoca a escrever uma história “vista de baixo”, contemplando práticas e praticantes diversos da medicina, como autênticas expressões da cultura. Sob esse ponto de vista, a doença e as práticas de cura devem ser consideradas não apenas eventos, mas fenômenos sociais com suas próprias práticas e rituais.

Na convocação de Porter, que fez coro com uma história social recém-revisitada, colocaram-se pacientes na categoria de outros grupos tradicionalmente sub-representados. Alçando-os à categoria de sujeitos dentro do fazer da medicina, o historiador tornou visível uma gama de experiências, passíveis de reflexão no campo da história e inerentes à própria construção histórica das práticas médicas.

Não obstante, escrever uma história da medicina pelo ponto de vista do paciente é uma tarefa desafiadora. Sobretudo porque, como já dito, a maioria das narrativas é proveniente da interpretação médica, como aquela descrita por José Aranha Campos em 1939. Já as fontes que poderiam conceder visibilidade e voz ao paciente, como prontuários, documentos institucionais – entradas, saídas, óbitos, tratamentos etc. –, muitas vezes foram destruídas ou ocultadas por médicos e instituições.

Fica o dilema: como ouvir as vítimas do fogo selvagem que sofriam no Brasil da primeira metade do século XX? Como comparecer a esse encontro que foi marcado por uma história comprometida em ser escrita a “contrapelo”, conforme nos expõe Walter Benjamin (1986)?

A resposta, mais uma vez, se encontra “nos vãos”. Cabe ao historiador “auscultar” seus pacientes no tempo, investigando seus indícios e seguindo seus “sinais”. Como nos ensinou Ginzburg (1999), suas vozes, dores, trajetórias, experiências de vida, visões de mundo e a cultura na qual estiveram imersos podem ser rastreados nas entrelinhas de um número expressivo de documentos que, embora não digam respeito diretamente aos pacientes, os tangenciam: projetos de lei, receitas, recortes de jornais, memória histórica, comunicações de pesquisa, sabatinas médicas, conferências, entrevistas...

NOTAS

¹ É descrito eventualmente do México ao norte da Argentina, principalmente Paraguai, Bolívia, Peru e Venezuela. Também em algumas zonas tropicais no continente africano, como a Tunísia.

² De modo geral, a coletânea organizada por Hochman e Armus permite traçar um panorama das possibilidades e direções que as pesquisas no campo da história da saúde e da doença tomam atualmente na América Latina e no Caribe. Dentro do leque narrativo que se oferece, observam-se três grandes tendências historiográficas: (1) uma história biomédica que se propõe a compreender as tensões entre a história natural da doença e algumas dimensões de seu impacto social e as relações entre natureza e sociedade; procura, ainda, contextualizar o saber médico e explora as transformações do desenvolvimento científico; (2) uma história da saúde pública que focaliza o poder, o Estado, as políticas, as instituições e os profissionais de saúde e sua relação com o impacto das intervenções sanitárias nas tendências das taxas de morbidade e mortalidade, bem como as respostas públicas e sociais à chamada transição epidemiológica. Essa tendência se mostra atenta também às relações entre instituições de saúde e estruturas econômicas, sociais e políticas; (3) uma história sociocultural da doença, com forte influência da antropologia e dos estudos culturais, que investiga os processos de profissionalização e burocratização; as relações entre medicina, conhecimento e poder; as dimensões sociais e culturais da doença em sentido amplo.

³ Desde o primeiro número, lançado em 2006, a coletânea *Uma história brasileira das doenças* conta com a professora Dilene Raimundo Nascimento – pesquisadora do Programa de Pós-graduação das Ciências e da Saúde da Casa Oswaldo Cruz e coordenadora do Grupo de Trabalho Nacional História da Saúde e das Doenças – como principal organizadora.

⁴ De acordo com a pesquisa empreendida por Rezende (2017), em 1843 o doutor Weddell se uniu a Francis de Laporte de Castelnau em sua expedição à América do Sul. Junto à expedição, percorreu no Brasil os territórios que compreendem Rio de Janeiro, Belo Horizonte e a cidade de Goiás. Entretanto, em 1845, deixou a expedição e resolveu prosseguir seus estudos de botânica na Bolívia e no Peru.

⁵ Hugh Algermon Weddell fez parte da expedição científica empreendida pelo naturalista inglês Francis de Laporte de Castelnau, entre 1843 e 1847, que atravessou o Brasil, partindo do Rio de Janeiro em direção à Amazônia, adentrando também Paraguai, Peru e Bolívia.

⁶ Conforme definição da Sociedade Brasileira de Dermatologia, o pênfigo vulgar se manifesta por meio de bolhas que geralmente começam nas mucosas, principalmente na boca: gengiva, lado de dentro das bochechas, língua, céu da boca e garganta, podendo surgir também dentro do nariz e na região genital. O paciente pode passar alguns meses tendo bolhas e feridas somente nessas mucosas. Já o pênfigo foliáceo, o tipo mais comum no Brasil, ocorre, sobretudo, nas áreas rurais, onde é também chamado de “fogo selvagem”. Nessa forma de pênfigo, as bolhas e feridas não aparecem nas mucosas, somente na pele. Por fim, o pênfigo vegetante é uma variante leve do pênfigo vulgar, doença vesicobolhosa crônica, caracterizada por bolhas intradérmicas flácidas e erosões. Inicia em idade precoce e há predominância de lesões faciais e intertriginosas, atingindo também partes genitais (Pênfigo, 2017).

⁷ À época, o estado de Goiás compreendia também o território do atual estado de Tocantins. Entretanto, a demarcação cultural do território Carajá compreende a extensão das margens do rio Araguaia, que banha os estados de Goiás, Tocantins, Mato Grosso e Pará.

⁸ Embora tenha se tornado conhecido pela radiodifusão no país, Roquette-Pinto atuou como médico legista, professor, escritor, antropólogo, etnólogo e ensaísta. Fez parte da sociedade eugênica de São Paulo e, por cinco meses, integrou a Missão Rondon. Seria dele, aliás, a sugestão de homenagear Cândido Rondon, alterando o nome do território de Guaporé para Rondônia.

⁹ Em princípios de 1907, o “então major Cândido Rondon foi escolhido para proceder à instalação de uma rede de linhas telegráficas, do Mato Grosso ao Amazonas. Este terá sido o seu maior desafio profissional e representa uma das maiores explorações geográficas na América. Esta exploração decorreu nos anos de 1907, 1908 e 1909, sob a forma de três grandes expedições levadas a cabo uma em cada ano e que, em concreto, ligaram Cuiabá a Santo Antônio do Madeira. Nestas três expedições, fez-se a travessia de territórios nunca antes percorridos pelo homem branco” (Rondon... 8 dez. 2012).

¹⁰ Adolpho Carlos Lindenberg formou-se na faculdade de medicina do Rio de Janeiro, em 1896. Estudou em Berlim, Viena e Paris com professores renomados, tornando-se um dos pioneiros da dermatologia no país. Na vanguarda de sua época, desenvolveu atividades de docência, clínica e pesquisa. Entraria para a história da medicina brasileira por suas contribuições nos estudos do pênfigo e descobertas do protozoário que causava a leishmaniose tegumentar. Foi um dos responsáveis pela institucionalização do ensino de dermatologia no Brasil. Em 1916, à frente da cadeira de dermatologia na Faculdade de Medicina e Cirurgia, futura Faculdade

de Medicina da Universidade de São Paulo, empreendeu diversas pesquisas sobre a leishmaniose tegumentar americana, a hanseníase e o pênfigo foliáceo (fogo selvagem) (citado em Rivitti, 2002, p.7-8).

¹¹ Além de Adolpho Lindenberg, os médicos Luciano Gualberto, Fonseca Filho e João Paulo Vieira concordavam que se tratava de pênfigo, e não *tokelau*, os casos apresentados por Paes Leme.

¹² Lindenberg analisa as conclusões apresentadas pelos seguintes pesquisadores brasileiros: Caramuru Paes Leme, Bertarelli e Ulysses, Orsini de Castro, João Paulo Vieira, Paulo Artigas e Benedicto Mourão.

¹³ Imunofluorescência é uma técnica que utiliza anticorpos marcados com corantes fluorescentes e permite a visualização de antígenos – toda substância estranha no organismo que desencadeia a produção de anticorpos – nos tecidos ou em suspensões celulares.

¹⁴ Em 1908, os cientistas Albert Calmette e Camille Guérin conseguiram isolar uma cepa do bacilo da tuberculose obtida pela preparação da bactéria *Mycobacterium bovis*, de origem bovina, para produzir culturas vivas atenuadas a serem usadas como vacina. Essa cepa recebeu a denominação Calmette e Guérin – de onde surgiu a nomenclatura BCG –, aplicada pela primeira vez em 1921 em um recém-nascido, cuja mãe tinha tuberculose.

¹⁵ Tomamos aqui o conceito de circularidade cultural, a partir da leitura apresentada por Ginzburg (2006) com base nos escritos de Bakhtin (2008).

¹⁶ De acordo com Santos, Souza e Siani (2008, p.30), “a terapia baseada nas sulfanilamidas para as infecções lepróticas, introduzida em 1941 no laboratório do Leprosário Nacional dos Estados Unidos da América, situado em Carville, foi feita por Faget, Johansen e Ross”.

REFERÊNCIAS

AOKI, Valéria et al. Perfil histórico da imunopatogenia do pênfigo foliáceo endêmico (fogo selvagem). *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v.80, n.3, p.287-292, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n3/v80n3a10>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

ARIÈS, Philippe. *O homem perante a morte*. Porto: Europa América, 1988.

ARTIGAS, Pablo T.; MOURÃO, Benedictus Mário. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, n.23, p.133. 1939.

AUAD, Anuar. Pênfigo foliáceo sul-americano no estado de Goiás. *Revista de Patologias Tropicais*, n.1, v.2, p.293-345, 1972.

BAKHTIN, Mikhail. *A cultura popular na Idade Média e no Renascimento: o contexto de François Rabelais*. São Paulo: Hucitec; Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2008.

BENCHIMOL, Jaime Larry. Carta do editor. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.14, n.4, p.1107-1108, 2007.

BENJAMIN, Walter. *Magia e técnica, arte e política* (Obras escolhidas, v.1). São Paulo: Brasiliense, 1986.

BEUTNER, Ernest H. et al. Immunofluorescent studies of antibodies to intercellular areas of epithelia in Brazilian pemphigus foliaceus. *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*, n.127, p.81-86, 1968.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n.3903/1958. Isenta de taxa postal a correspondência expedida pelos doentes de pênfigo, lepra e tuberculose, internados em hospitais. Rio de Janeiro: Comissão de Justiça, 14 abr. 1958.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n.3416/1957. Inclui o pênfigo foliáceo entre as moléstias do Departamento Nacional de Endemias Rurais. Rio de Janeiro: Comissão de Justiça, 6 nov. 1957.

CAMPOS, José Aranha. Entrevista: Como vivem os doentes de “fogo selvagem”. In: Vieira, João Paulo. *Semana de Combate ao “Fogo Selvagem”*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1939. p.55-57.

CARRARA, Sérgio. A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.3, n.3, p.391-408, 1996.

CARRIÓN, Carlos M. Ata da sessão realizada em 29 out. 1937. *Arquivos Rio Grandenses de Medicina*, p.124. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/riograndemed/article/viewFile/34183/21849>>. Acesso em: 23 ago. 2016. 29 out. 1937.

CASTELNAU, Francis. *Expedição às regiões centrais da América do Sul*. Belo Horizonte: Itatiaia, 2000.

CHAGAS, Aucely Corrêa Fernandes. *Comportamento do pênfigo foliáceo endêmico no estado de Mato Grosso do Sul, 1990-1999*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2002.

DELUMEAU, Jean. *História do medo no Ocidente, 1300-1800*. São Paulo: Companhia de Bolso, 2009.

FONZARI, Mário. Tratamento do pênfigo foliáceo. *Revista de Medicina*, v.37, n.208, 1953. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/issue/view/5057>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: o nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. São Paulo: Forense Universitária, 1977.

FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do Nascimento; MACIEL, Ethel Leonor Noia (org.). *Uma história brasileira das doenças*. v.4. Belo Horizonte: Fino Traço, 2013.

FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres (org.). *Uma história brasileira das doenças*. v.8. Belo Horizonte: Fino Traço, 2018.

FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres (org.). *Uma história brasileira das doenças*. v.7. Belo Horizonte: Fino Traço, 2017.

FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres (org.). *Uma história brasileira das doenças*. v.6. Belo Horizonte: Fino Traço, 2016.

FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres (org.). *Uma história brasileira das doenças*. v.5. Belo Horizonte: Fino Traço, 2015.

GINZBURG, Carlo. *O queijo e os vermes*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

GINZBURG, Carlo. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: Ginzburg, Carlo. *Mitos, emblemas e sinais*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. p.143-179.

GUEUDEVILLE, Roberto. Borrachudo no Congresso provará a etiologia do pênfigo: AUAD, Anuar [Entrevista]. *4º Poder*, p.3, 14 mar. 1963. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=F2799787F19DFC6AE48D86303FE482F1.pr oposicoesWeb?codteor=1197691&filename=Do ssie+-PL+311/1963>. Acesso em: 10 nov. 2020.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec; Anpocs, 1998.

HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (org.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre a saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas do século XX*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em: <<https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/seculoxx.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2019.

LE GOFF, Jacques. *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1985.

LEME, Caramuru Luiz Paes. *Contribuição ao estudo do Tokelau*. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 7 out. 1903.

LEME, Luis Eugênio Garcez; COIMBRA, Marco Antônio. Pênfigo foliáceo brasileiro. *Revista de Medicina de São Paulo*, v.59, n.4, p.73-81, 1975. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/51640/55711>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

LIMA, Nísia Trindade de. *Um sertão chamado Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2013.

LINDENBERG, Adolpho. Contribuição para a etiologia do pênfigo. *Arquivos de Dermatologia e Sifilografia de São Paulo*, v.1, n.2, p.116-135, 1937.

MAGALHÃES, Sônia. *Males do sertão: alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX*. Goiânia: Cànone, 2014.

MOURA, Deije Machado de. Benzeduras: tradição popular cujos sentidos entrelaçam, signos verbais e não verbais. In: Seminário Nacional sobre Linguagens e Ensino, 7, 2013, Pelotas. *Anais...*, Pelotas: Universidade Católica de Pelotas, 2013. Disponível em: <http://www.ucpel.tche.br/senale/cd_senale/2013/Textos/trabalhos/86.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2017.

MOURÃO, Benedictus Mário. O papel do estreptococo no pênfigo foliáceo (fogo selvagem): estudo clínico-bacteriológico. *Memórias do Instituto Butantan*, t.17, 1943. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.butantan.gov.br/arquivos/90/PDF/19.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

MUNIZ, Érico Silva. “Basta aplicar uma injeção?": concepções de saúde, higiene e nutrição no Programa de Erradicação da Boubá no Brasil, 1956-1961. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.19, n.1, p.197-216, 2012.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de (org.). *Uma história brasileira das doenças*. v.3. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2010.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de; MARQUES, Rita de Cássia (org.). *Uma história brasileira das doenças*. v.2. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006.

PÊNFIGO. *Sociedade Brasileira de Dermatologia*, 2017. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/penfigo/17/>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

PINHEIRO, Francimeire Gomes; FRANCO, Antônia Maria Ramos. Pênfigo foliáceo endêmico (fogo selvagem) em indígena Yanomami no município de São Gabriel da Cachoeira, Estado do Amazonas, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, v.5, n.2, p.53-56, 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232014000200007>. Acesso em: 4 nov. 2019.

PORTER, Roy. The patient's view: doing medical history from below. *Theory and Society*, v.14, n.2, p.175-198, 1985.

PROENÇA, Nelson Guimarães. *O fogo selvagem, Lindenberg e a Santa Casa de São Paulo*, 3 dez. 2013. Disponível em: <http://proencaderma.com.br/publicacoes/historia_da_medicina/o_fogo_selvagem,_lindenberg_e_a_santa_casa_de_sao_paulo.html>. Acesso em: 13 jan. 2021.

REVEL, Jacques; PETER, Jean-Pierre. O corpo: o homem doente e sua história. In: Le Goff, Jacques; Nora, Pierre (org.). *História: novos objetos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988. p.141-159.

REZENDE, Fernanda Soares. *Médicos estrangeiros em Goiás no século XIX: Johann Emmanuel Pohl, George Gardner e Hugh Algernon Weddell*. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.

RIVITTI, Evandro A. Departamento de dermatologia: históricos, seus professores e suas contribuições científicas. *Revista de Medicina*, v.81 (especial), p.7-13, 2002.

RONDON e sua missão na Amazônia. *Portal News Rondônia*, 8 dez. 2012. Disponível em: <<https://www.newsrondonia.com.br/noticias/rondon-e-sua-missao-na-amazonia/26549>>. Acesso em: 11 dez. 2018.

ROQUETTE-PINTO, Edgard. *Rondônia*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1975.

ROSCOE, Justin T. et al. Brazilian pemphigus foliaceus autoantibodies are pathogenic to BALB/c mice by passive transfer. *The Journal of Investigative Dermatology*, v.85, n.6, p.538-541, 1985.

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Editora Unesp, 1994.

SANTOS, Fernando Sergio D. dos; SOUZA, Letícia Pumar A. de; SIANI, Antonio Carlos. O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprótica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.15, n.1, p.29-47, 2008.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres da; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. A doença revelando a história: uma historiografia das doenças. In: Nascimento, Dilene Raimundo do; Carvalho, Diana Maul de (org.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004. p.13-30.

TERIA SIDO descoberta a cura do 'fogo selvagem'. *Diário de Pernambuco*, ano 124, n.152, p.8, 1 jul. 1949. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=029033_12&Pesq=isidoro%20jamar&pagfis=34611>. Acesso em: 18 nov. 2020.

UMA ESPERANÇA para os enfermos do fogo selvagem. *A Noite*, p.3, 14 jun. 1952. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/>>. Acesso em: 27 set. 2016.

VIEIRA, João Paulo. O pênfigo foliáceo. *Correio Paulistano*, p.3. 14 ago. 1942.

VIEIRA, João Paulo. Combate ao 'fogo selvagem': uma grande cruzada. *Correio Paulistano*, p.5. 12 ago. 1939.

VITAL, André Vasquez; HOCHMAN, Gilberto. Da malária e da 'corrupção': medicina e saberes locais no Noroeste do Brasil (Comissão Rondon, 1907-1915). *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi, Ciências Humanas*, v.8, n.1, p.77-94, 2013.

