

Debaixo da pele, longe da vista: de como não acabam as epidemias. Durante a crise pandémica causada pelo coronavírus SARS-COV-2, ou COVID-19, aumentou o interesse pelas epidemias históricas e pelo modo como estas terminaram. Na verdade, apenas terminou o seu impacto; em raros casos se verifica a extinção completa da doença. Neste artigo examino alguns casos de epidemias que submergiram, perdendo visibilidade pública, impacto e morbilidade, mas não terminaram. Utilizarei dados de projectos de pesquisa desenvolvidos em diferentes momentos, começando com o HIV/SIDA/AIDS no âmbito do meu doutoramento na década de 1990 e com base geográfica nos Estados Unidos e no Brasil, continuando com a sífilis no contexto de um projecto sobre a história social da saúde em Lisboa em finais do século XIX e inícios do XX, e finalizando com duas morbilidades encontradas nos arquivos do Hawaii durante o meu projecto “The Colour of Labour” sobre sociedades de plantação: os surtos de sarampo em navios de emigrantes e a lepra/hanseníase na colónia de Kalaupapa, Molokai.

PALAVRAS-CHAVE: epidemias; pele; contágio; vigilância sanitária.

Under the skin and out of sight: epidemics that never end. During the pandemic crisis caused by SARS-COV-2, or COVID-19, there was an increasing public interest on past epidemics and on the ways they ended. However, a closer exam of those epidemics reveals they did not really end; they lost visibility. In this article, I analyze some historical epidemics that lost visibility, impact and morbidity, but did not really end. I will use data from different research projects in different times: HIV/AIDS in Brazil and the US, from my PhD; syphilis in early 20th century Lisbon, from my project on science and health transitions; leprosy in Hawaii and measles on board of the migrant ships, from my project on plantation societies and the racialization of labor.

KEYWORDS: epidemics; skin; contagion; health surveillance.

CRISTIANA BASTOS

Debaixo da pele, longe da vista: de como não acabam as epidemias¹

QUANDO ACABAM AS EPIDEMIAS?

Como e quando acabam as grandes epidemias? Sabemos mais sobre o modo como começam do que sobre o seu fim. Aparecem com drama, gerando devastação, medo, sofrimento, violência, quarentenas, confinamentos. Com o tempo, o seu impacto vai diminuindo, a vida retoma a normalidade e, a dado momento, as autoridades suspendem os dispositivos de controlo; e mais tarde, muito mais tarde, chega o esquecimento colectivo (Crosby, 2003; Rosenberg, 1989).

Erica Charters e Kristin Heitman (2021) mostram que o fim das epidemias mais conhecidas é descrito em torno de uma variável transformativa: a mudança dos roedores dominantes no caso da peste medieval europeia; a substituição da fatídica bomba de água para a cólera em Londres; a utilização massiva de uma vacina adequada para a varíola. No entanto, observam as autoras, por trás desta simplificação existem processos multifactoriais que merecem uma análise mais aprofundada.

Note-se também que as epidemias podem simplesmente não acabar, mas reconfigurar-se enquanto endemias, diminuir a letalidade, reaparecer em casos isolados e não em surtos. Até agora, entre as doenças infecciosas humanas mais prevalentes, apenas a varíola foi erradicada com sucesso – fruto de um programa global de vacinação coordenado ao mais alto nível na década de 1970 e que ultrapassou as rivalidades políticas da Guerra Fria, conseguindo

1 Alguns dos conteúdos deste ensaio foram explorados no artigo “The never ending poxes of syphilis, AIDS and measles”, *Centaurus*, 64 (1), pp. 155-170 (<https://doi.org/10.1484/J.CN.T.5.129634>) e no capítulo “Health and medicine: skinscapes of power, knowledge and confinement”, in M. Macedo (ed.), *Bloomsbury Cultural History of Technology, v volume, 1800-1920* (no prelo).

chegar aos lugares mais recônditos e isolados (Bhattacharya, 2006; Garrett, 1994, Manela, 2010). Uma outra erradicação conhecida foi a de uma doença de impacto mais restrito, porém letal: o kuru da Nova Guiné, conseguida com os esforços combinados da investigação médica e antropológica, de intervenções sanitárias e de uma mudança de comportamentos por parte dos grupos atingidos (Lindenbaum, 2015). A poliomielite está perto da erradicação graças a intervenções preventivas sistemáticas. O sarampo, que durante décadas esteve ausente do horizonte imediato da saúde pública, reaparece ocasionalmente, muitas vezes pelo não cumprimento da vacinação existente e fiável. Quanto à malária, à tuberculose, ao VIH/SIDA e a várias outras doenças infecciosas, um horizonte de erradicação parece ainda distante.

Apesar das múltiplas previsões e projecções sobre novas epidemias (Garrett, 1994), quando em 2020 o COVID-19 parou o mundo muitos foram apanhados de surpresa. Surgiram rumores, multiplicou-se o negacionismo via redes sociais, levantaram-se rivalidades e nacionalismos, complexificou-se a situação com novas variantes do vírus. Entretanto, apesar das falhas e críticas às autoridades de saúde, deram-se rápidos desenvolvimentos médico-sanitários que resultaram na disponibilização de testes e vacinas que permitiram ultrapassar o estado de emergência e os confinamentos. Contrariando as previsões de calamidade e de conflito social, as sociedades mostraram-se maioritariamente generosas e solidárias na resposta às dificuldades.

Enquanto durava a incerteza, persistia a pergunta sobre o fim da pandemia: chegaria por vacinação, como a varíola? Ou por uma mudança de hábitos, como o kuru? Teríamos como horizonte um fim “assimptótico”, uma aproximação intangível, como veremos para a sífilis e a lepra/hanseníase? Ou ficaria a fazer parte da paisagem da saúde humana, regressando de vez em quando, como a cólera, o ébola, a dengue, a raiva e outras? Ou num horizonte próximo, como a gripe, a tuberculose ou a malária? Ou seria mais um, mas não o último, de uma série de surtos devastadores até agora mais restritos, como os de zika, de chikungunya e outros? Com a ansiedade colectiva gerada pelo COVID e a explosão do interesse público por assuntos sanitários, com a procura de filmes e livros sobre epidemias reais ou fictícias, debates de especialistas e leigos sobre saúde pública, zoonoses e ecossistemas, extravasou para a cultura de massas o que habitualmente era de domínios académicos e especializados. O interesse pelas epidemias tornou-se ele mesmo epidémico.

É nesse contexto de reflexão sobre o fim das epidemias que proponho visitar algumas daquelas que outrora foram devastadoras e temidas mas que não “terminaram” propriamente, antes desapareceram da primeira linha das notícias: SIDA, sífilis, lepra/hanseníase e sarampo. Abordarei a SIDA/AIDS na cidade de Nova Iorque e no Rio de Janeiro nos anos 1980-90; a sífilis no final dos anos

1800 e início dos anos 1900 na cidade de Lisboa; a lepra/hanseníase como foi vivida no Hawaii nos séculos XIX e XX, em particular na colônia de Kalaupapa, ilha de Molokai; e o sarampo a bordo de navios de emigrantes que viajavam da Madeira para o Hawaii na década de 1880. Esta sequência evoca, em parte, a minha própria trajetória na abordagem de epidemias, presentes ou passadas, com uma perspectiva etnográfica/antropológica que dá atenção às estruturas sociais de desigualdade, à multiplicidade de processos de intervenção e acção, às experiências subjectivas e aos significados contraditórios envolvidos.

Todas estas doenças têm uma forte componente de expressividade cutânea, como o sarcoma de Kaposi para a SIDA, as marcas de pústulas e manchas na pele para a sífilis, a degeneração neurovegetativa da lepra com expressão nas extremidades e na pele, e a erupção cutânea avermelhada para o sarampo. Essa expressividade influencia a percepção geral de cada doença: quando visível, exponenciando o estigma; quanto retraída, dando uma falsa percepção de epílogo. Mas debaixo da pele, longe da vista, as infecções não deixam de existir e de persistir.

SIDA/AIDS

Entrei na idade adulta académica durante o auge da SIDA num dos seus epicentros, a cidade de Nova Iorque, no final da década de 1980 e início da década de 1990. Nesses anos, o rosto da SIDA já não era apenas o jovem emaciado com as lesões da pele associadas ao sarcoma de Kaposi – a patologia que, juntamente com a pneumonia por *pneumocystis carinii*, levou à identificação de uma nova síndrome no início da década de 1980. A SIDA estava em todos os cantos da cidade, em todas as ruas, esquinas, casas e hospitais, e tinha muitas faces. Era como um vórtice que devorava vidas jovens, comunidades e energias. Mas era também um dínamo de respostas apaixonadas, comprometidas, intensas e inovadoras envolvendo cuidados, prevenção e luta por mais pesquisa, mais resultados, tratamentos, uma cura. O impacto da epidemia na vida da cidade capturou e cativou o interesse de alguns de nós, estudantes e pesquisadores na convergência das disciplinas das ciências sociais e da saúde. Tornou-se o tema da minha dissertação de doutoramento e a base para outros trabalhos (Bastos, 1999; 2008).

A SIDA era excepcional, inesperada e inovadora em várias frentes: pela peculiar epidemiologia que apresentava, afectando desproporcionadamente homens *gays* jovens e habitualmente saudáveis, para além dos utilizadores de drogas injectáveis ou de produtos de sangue (hemofílicos ou operados) e, num primeiro momento, também as pessoas vindas do Haiti; pelo seu padrão clínico invulgar, que juntou em sinergias fatais doenças menos comuns, desde o

sarcoma de Kaposi à pneumonia, herpes, criptosporium, CMV, EBV, e outras; e pela perplexidade que causou perante a multiplicação de mortes por “meras” infecções num tempo e lugar em que as infecções eram em geral ultrapassadas por quem tivesse os devidos meios. Parecia impensável que num ambiente próspero e moderno grassasse uma epidemia mortal – como no passado, como em lugares distantes dali, esquecendo-se os nova-iorquinos dos seus episódios passados de cólera, febre tifóide, gripe, poliomielite, tuberculose (Aimone, 2010; Rosenberg, 1987).

A acrescentar complexidade à situação, e aumentando a frustração e o desespero entre os afectados, estava a demora na resposta governamental à SIDA, que a desqualificava e, num registo homofóbico, a via pelo prisma arcaico do miasma e do castigo para os grupos transgressores e desviantes. Nesse contexto, as comunidades tomaram iniciativas em várias frentes – nos cuidados e na assistência, na prevenção e na pressão para o desenvolvimento de uma cura (GMHC, 2020; Hubbard, 2012; Schulman, 2021).

Note-se ainda que a SIDA trouxe à luz algumas das fracturas sociais e sanitárias da cidade, mostrando que aquilo que para alguns era uma ruptura radical e inesperada era, para outros, apenas mais um dos muitos riscos a que diariamente se expunham, juntamente com balas, violência, dependências, ruína, perda de emprego, vida nas ruas (Susser e González, 1992). Essas enormes desigualdades e vulnerabilidades marcavam também o panorama da saúde mundial. A SIDA podia ser a mesma doença, unificando sectores do mundo com padrões sanitários opostos, mas era vivida de modos diferentes consoante o local, o género, a classe e outras variáveis sociais (Bastos, 1999; Susser, 2009).

O meu interesse de pesquisa concentrou-se nos modos como a nova pandemia era vivida e abordada nos lugares onde as doenças infecciosas se mantinham na ordem do dia. Foi assim que cheguei ao Brasil, onde bolsas de desenvolvimento sanitário e investigação biomédica e epidemiológica conviviam com um largo panorama de epidemias e endemias – leishmania, leptospirose, tripanossomíase, Chagas, tifo, febre-amarela, dengue e cólera, entre outras; onde o combate a estas doenças pelos heróis da medicina tropical fazia parte da narrativa da nação (Benchimol, 2000; Hochman, 1998; Stepan, 1976); e onde a correlata especialidade médica em Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), herdeira da medicina tropical, continuava a ser referência na investigação, na saúde pública e na assistência. Médicos e médicas de DIP tinham como doentes habituais as populações mais pobres, destituídas, rurais, com doenças obscuras e do passado, e um cenário de cura total ou perda total. Com a SIDA/AIDS vieram os pacientes urbanos com todo um outro perfil, sendo a própria doença carregada de visibilidade social e mediática. Uns e outros aprenderam a trilhar conjuntamente os territórios não cartografados de

uma epidemia nova que não tinha fim à vista e para a qual não se sabia quando, se e em que condições viriam os tratamentos eficazes.

Esse modo de trabalhar em conjunto, identificado pelos participantes como formando uma “cultura da AIDS”, deixou uma marca na saúde e na consciência pública brasileira. Essa marca traduzir-se-ia em políticas inovadoras que acabaram por ter um impacto muito para além do Brasil (Bastos, 1999; 2008; Biehl, 2004; Parker, 2011; Terto e Garcia 2008). Assim aconteceu com os inovadores tratamentos anti-retrovirais combinados (ARV) que surgiram em 1996. Ao tempo, prevendo-se o elevado custo destes, temia-se que se viesse a reabrir a fractura sanitária que a SIDA/AIDS tinha simbolicamente suspenso, e de novo ter para um lado os países desenvolvidos, com meios e tratamentos, onde as doenças infecciosas eram negligenciáveis, e para o outro os chamados países em desenvolvimento, com predominância de doenças infecciosas e sem meios suficientes para as tratar. E assim se especulava que o Brasil poderia voltar à fractura interna anterior, com acesso a cuidados de saúde diferenciados para alguns e exclusão para a maioria. Mas algo alterou essa fatalidade – precisamente algo gerado pela “cultura da AIDS”. Em São Paulo e no Rio, activistas e pessoas com SIDA/AIDS conseguiram, através de processos judiciais ao abrigo dos princípios constitucionais do direito à vida, que o governo brasileiro custeasse os tratamentos de ARV a quem deles necessitasse (Scheffer, Salazar e Grou, 2005). Esta acção judicial abriu um caminho que acabou por conduzir à redução do custo dos ARV e à sua subsequente disponibilização mais alargada, ao fazer baixar os custos associados às patentes e aos *royalties* por via do seu fabrico como genéricos. Essa dinâmica veio a expandir-se por todo o mundo (Bastos, 2008; Berkman *et al.*, 2005; Follér, 2010; Galvão, 2005; Galvão, Bastos e Nunn, 2012; Nunn, Fonseca e Gruskin, 2009; Schechter e Charles, 2008).

Mas o fim da SIDA/AIDS continua a ser um processo inacabado (Agostini *et al.*, 2019; Cueto e Lopes, 2021; Kenworthy, Thomann e Parker, 2018); e aquilo que tomávamos por certo no século XX, o almejar de um horizonte de Saúde para todos, parece desmoronar-se num século XXI em que as desigualdades se ampliam, as perspectivas de solidariedade internacional diminuem e os rastilhos anticiência proliferam desacreditando a promoção da saúde pública global.

SÍFILIS

Na década de 2000, os meus interesses de investigação deslocaram-se para epidemias mais antigas. Entre estas incluía-se uma infecção tão enraizada nas sociedades de todo o mundo que se enquadra melhor na categoria de endemia: a sífilis. Foi a sífilis o centro de interesse de uma pesquisa nas colecções do

Hospital do Desterro, em Lisboa, especializado em dermatovenerologia, complementada com o estudo dos diários pessoais do responsável clínico entre 1897 e 1933, Thomaz de Mello Breyner, e com a utilização de uma variedade de outras fontes, incluindo uma colecção de moldagens de cera de patologias dermatovenereológicas (Bastos, 2011; 2017).

No início do século xx, a sífilis era uma infecção de grande impacto em todo o mundo. Acredita-se que a sua variante sexualmente transmissível, letal e desfigurante, que começou a devastar a Europa no século xvi, tenha sido trazida das Américas pelos primeiros viajantes transatlânticos europeus; foi contrapartida da varíola, do sarampo, da gripe e de outras infecções letais levadas da Europa para as Américas na chamada “troca colombiana” (Crosby, 1972). A sífilis – ou *lues*, ou doença gaulesa, mal de Nápoles e outras designações – passou a fazer parte das morbilidades da Europa e espalhou-se pelo mundo através das viagens marítimas e terrestres, do comércio, da conquista, da guerra e da colonização (Brown, 2006; Levine, 2003; Watts, 1997). Afetava homens e mulheres, ricos e pobres, negros e brancos, velhos e jovens, e até recém-nascidos, cuja sífilis congénita (transmitida durante a gravidez ou o parto) foi durante muito tempo vista como destino hereditário e como sinal de degeneração de certos grupos (Brown, 2006).

Durante séculos, não houve tratamentos eficazes para a sífilis; os paliativos incluíam mercúrio, guaiacum, terapias com água termal sulfúrea e uma série de remédios locais que variavam de lugar para lugar. A maquilhagem para disfarçar as marcas faciais sifilíticas, bem como as perucas para cobrir a alopecia, tornaram-se moda generalizada entre as elites para além das funções iniciais de encobrimento dos sintomas. Pairava um consenso a respeito de as profissionais do sexo serem a fonte principal da sua transmissão. No século xix, alguns governos optaram pela proibição total do comércio sexual, tornando ilegal a prostituição. Outros regularam-na, mantendo-a como uma actividade legal cujas praticantes eram vigiadas e controladas periodicamente pela polícia sanitária. Os termos dessa vigilância variava consoante a posição social de quem exercia: nos bordéis de luxo, as doentes podiam ser examinadas e tratadas no local; enquanto quem andava nas ruas e em casas de passe tinha de se apresentar na polícia sanitária e, caso manifestasse sintomas, era compulsivamente internada num hospital-prisão. Em Lisboa de finais do século xix esse confinamento era feito nas enfermarias-prisão de Santa Maria Madalena e de Santa Egipcíaca, no Hospital do Desterro (Bastos, 2011; 2017).

A nomeação do médico Thomaz de Mello Breyner para o Hospital do Desterro, em 1897, trouxe várias melhorias ao serviço. Humanista, aristocrata bem relacionado e amigo pessoal do rei D. Carlos, angariou doações de equipamento médico, roupa, loiça e outros meios que ajudaram a mitigar

a indigência em que encontrou o Desterro. No ambulatório, onde frequentemente se queixava da falta de medicamentos, conseguiu elevar o nível de cuidados e ministrar gratuitamente os tratamentos de mercúrio então dominantes – injeções, comprimidos, tónicos, óleos e pomadas.² As suas conexões internacionais eram firmes: fizera uma pós-graduação em Paris, onde regressava ocasionalmente, participava regularmente em reuniões e congressos, e estava atento aos novos desenvolvimentos terapêuticos. Não é de admirar que tenha sido um dos primeiros entusiastas do Salvarsan, ou 606, e que tenha começado a utilizá-lo assim que foi disponibilizado.

A nova droga era um composto de arsénico desenvolvido na Alemanha pela dupla Paul Ehrlich e Saachiro Hata.³ Trabalhos anteriores sobre tratamentos arsenicais contra a tripanossomíase (doença do sono) tinham levado ao desenvolvimento, também na Alemanha, do Atoxyl; mas enquanto o interesse por este estava circunscrito à medicina tropical-colonial, o Salvarsan, enquanto promessa de cura para a omnipresente sífilis, despertou interesse mais amplo. Usado pela primeira vez em humanos em 1909 (Williams, 2009), o Salvarsan chegava a Lisboa em 1910 através das conexões do director da Escola de Medicina Tropical, Ayres Kopke. Kopke enviou-o de imediato para o Desterro, onde um médico assistente o administrou a uma doente internada. Era o mês de Agosto e Breyner encontrava-se em pausa estival, mas no regresso elogiou o tratamento com entusiasmo, e adoptou-o tanto no hospital como na clínica privada (Bastos, 2011).

Por toda a Europa, o Salvarsan foi aplaudido: era a “bala mágica”, o remédio que potencialmente acabaria com o grande flagelo da sífilis (Brandt, 1985). Cedo, porém, apareceram os efeitos secundários. Ehrlich desenvolveu entretanto uma versão melhorada, o Neo Salvarsan, ou 914, também este com problemas. O bismuto foi paralelamente adoptado como terapia, mas com resultados limitados. A cura, essa, só chegaria com a penicilina. Adoptada com cautela, dada a experiência frustrante com o Salvarsan, a penicilina entrou lentamente no repertório terapêutico e revelou-se, esta sim, uma bala mágica (Brandt, 1985; Williams, 2009). E assim se criou um horizonte de fim da sífilis. Concomitantemente, alterou-se o tenso equilíbrio entre proibicionismo e

2 Colecção de Dermatologia do Hospital do Desterro, *Moléstias Sifilíticas e Venéreas, Registos de Consulta (1897-1909)*; ver também Thomaz de Mello Breyner, *Diários*, colecção particular depositada no Arquivo Nacional da Torre do Tombo (Lisboa), consultada com o gentil consentimento dos seus descendentes.

3 Ehrlich recebeu o Prémio Nobel em 1908 pelos seus trabalhos sobre corantes e visualização microscópica. Hata foi nomeado três vezes para o Prémio Nobel, mas este nunca lhe foi atribuído. Embora famoso no Japão, o papel de Hata na biomedicina alemã é muitas vezes ignorado (Vernon, 2019).

regulamentarismo, perdendo este os seus argumentos enquanto instrumento único de controlo e prevenção. Em 1963, a prostituição deixa de ser legal no nosso país (Saraiva, 2014).

Terá a sífilis terminado? Não totalmente. Podemos pensar nela como tendo um quase-fim assintótico – um desvanecimento da preocupação pública, um desmantelamento do aparelho de controlo e vigilância e das políticas públicas específicas. Embora o agente patogénico continue em circulação, em formas endémicas ou reemergências epidémicas, deixou de existir o complexo de vigilância e regulamentação da sífilis.

HANSENÍASE: A PELE DO EXÍLIO

O estigma da lepra é antigo e generalizado, levando à expulsão social dos seus portadores e projectando neles noções de impureza, contaminação e decadência (Watts, 1997, pp. 40-83). Tecnicamente, deveria ser considerada uma doença infecciosa e não uma condição moral-fisiológica desde o momento em que foi identificado, pelo médico norueguês Gerhard Hansen em 1873, o bacilo que tomaria o nome de *Mycobacterium leprae*. Mas essa transição demorou muito tempo e o estigma persistiu.

O efeito do *Mycobacterium leprae* no corpo humano é predominantemente neurológico, com a lesão nervosa a traduzir-se na perda de sensibilidade referida por muitos como o sintoma inicial, seguida de deterioração progressiva da pele, boca, nariz, ouvidos e, por fim, a perda de todos os sentidos. Os tratamentos químicos adequados só surgiram no século xx; e a compreensão e aceitação da sua baixa transmissibilidade também tardaram. Ao longo de grande parte do século xx, a lepra e seus portadores continuaram a sofrer de um forte estigma e a ser empurrados para o confinamento e o exílio dos leprosários.

O Hawaii oferece um exemplo dessa dolorosa experiência, bem como de uma experiência radical na criação de um local de exílio permanente para as pessoas afectadas: a colónia de Kalawao, na península de Kalaupapa, ilha de Molokai. A população do arquipélago, originalmente composta por navegantes polinésios vindos cerca de mil anos antes das ilhas que hoje conhecemos como Tahiti e Marquesas, manteve-se durante séculos sem contactos externos – e livre, portanto, do tráfego global de pessoas, bens, ideias e germes que afectaram o mundo inteiro a partir da Idade Moderna.

É em 1778 que ali chega esse tráfego, através da frota do capitão Cook, na senda de uma hipotética passagem do Pacífico ao Atlântico pelo Norte polar. A partir desse encontro, tudo muda rapidamente. O arquipélago vai ser unificado politicamente às mãos de Kamehameha. Vai acolher largos números de comerciantes, baleeiros, marinheiros, aventureiros, negociantes e missionários

europeus, russos e norte-americanos. Estes últimos vão instalar nas ilhas uma economia de plantações de açúcar e recrutar largos contingentes de trabalhadores estrangeiros (chineses, japoneses, portugueses, escandinavos, alemães e, mais tarde, coreanos, porto-riquenhos e filipinos); no processo, depõem a monarquia havaiana e abre-se caminho para a anexação pelos Estados Unidos.

O Hawaii viveu, assim, um período de intenso tráfego microbiano e este teve efeitos devastadores numa população com séculos de isolamento biótico. Existe um *mo'olelo*, uma história contada ao longo de gerações, sobre visitantes que atravessaram todas as ilhas e trouxeram consigo doenças e sofrimento (Inglis, 2013, p. 28). E assim aconteceu com o que conhecemos como sarampo, varíola, tosse convulsa, gripe, tuberculose, sífilis, doenças venéreas e lepra, levando a um colapso demográfico que, poucos anos após os primeiros contactos havaiano-europeus, tinha reduzido a metade a população do arquipélago e, em menos de um século, a um décimo. No final do século XIX, os havaianos autóctones eram menos de 40 000.

A lepra marcou o Hawaii como nenhuma outra dessas doenças, entrelaçando-se na sua história com uma ferida na memória colectiva (Inglis, 2013), abrindo hagiografias de cuidadores que serviram em Molokai, como o padre Damian e a irmã Marianne Kopp (Daws, 1973; Tayman, 2006), alimentando narrativas ficcionadas ou realistas que lembram a experiência do exílio e do confinamento (Breitha, 2016; De Stefano, 2018; Bushnell, 1975; Brennert, 2003; Stevenson, 1973) ou a resistência aos mesmos (London, 2013; Inglis, 2013, p. 71). É possível que as primeiras chegadas do *Mycobacterium leprae* ao Hawaii tenham ocorrido nos corpos de trabalhadores ou marinheiros da Noruega, onde esta doença tinha mais expressão (Watts, 1997, p. 65). No entanto, um mito persistente atribuiu a responsabilidade aos trabalhadores chineses contratados (Inglis, 2013, p. 33) e a lepra ficou conhecida como *Ma'i Pake* (doença chinesa).

Enquanto muitos resistiram às políticas de confinamento escondendo-se, fugindo das autoridades e escapando dos campos vigiados, muitos mais foram forçados ao exílio na colónia de Kalawao-Kalaupapa, Molokai, que, juntamente com as estações de Kalihi e, mais tarde, de Kaka'a'o (ambas em Honolulu, Oahu), representa a política oficial de contenção, separação e exílio das pessoas com lepra. A proposta de uma colónia de isolamento perpétuo terá partido do naturalista e conselheiro alemão William Hillebrand e foi bem acolhida pelo rei Kamehameha V, preocupado com o que parecia ser a extinção iminente do seu próprio povo.

Os primeiros colonos/pacientes/internos chegaram a Kalaupapa em Dezembro de 1865, e outros foram chegando nos meses seguintes. Em teoria cuidariam de si mesmos, cultivando as suas hortas de *taro*, fazendo o seu

próprio *poi*, pescando e arranjando as suas próprias cabanas e roupas. Mas nem o meio nem as suas condições físicas ajudavam, pois, tendo perdido dedos e sensibilidade manual, não podiam executar muitas das tarefas previstas. Para mitigar este abandono dos internos, foi autorizada a presença de alguns *kokuas* (ajudantes) na colónia, mas mesmo assim esta passou por grandes dificuldades, com a constante chegada de novos doentes e respectivas necessidades. A fome, o isolamento e a angústia de ali viver somavam-se aos males somáticos sentidos na pele, no tacto e, eventualmente, no hálito, no olfacto, no paladar, na audição e na visão. Mas por entre o suplício emergiam também impulsos de criatividade, resiliência, amor e solidariedade.

A criação e manutenção desta colónia – por vezes retratada como um campo de extermínio que estigmatizava o Hawaii – não estava isenta de polémicas que opunham o rei e os movimentos antimonárquicos, a Igreja Católica e as missões protestantes, a Junta de Saúde e a imprensa. Os comerciantes temiam que a reputação das ilhas afectasse os negócios. Os havaianos temiam estar a caminho da sua extinção como povo. Os médicos disputavam doutrinas e teorias sobre a lepra, muitas vezes misturadas com comentários racializados sobre a corrupção moral e o carácter degenerado dos havaianos. Alguns médicos argumentavam que a lepra era um estágio avançado da sífilis.

Entretanto, a teoria microbiana tornou-se o paradigma central nas ciências médicas, demorando porém a substituir os modelos de miasma, de contágio ou de constituição, muitas vezes combinando-se com estes em vários registos. O médico Edward Arning, discípulo de Hansen e forte defensor da teoria microbiana, foi para o Hawaii com o objectivo de fazer estudos experimentais sobre a lepra e demonstrar o seu carácter infeccioso. Ambicionava experimentar num sujeito humano. Conseguiu-o quando teve acesso a Keanu, um condenado à morte por ter assassinado o seu rival num triângulo amoroso. Em 1884, o corpo de Keanu tornou-se o laboratório de Arning, que o injectou com matéria leprosa. No entanto, o ritmo da infecção era lento, e só três anos depois da inoculação é que surgiram os primeiros sintomas. Arning já tinha desistido de esperar e regressara à Alemanha (Inglis, 2013; Watts, 1997).

Durante a década de 1880, o Hawaii viveu grandes tensões políticas, acabando por ser anexado pelos Estados Unidos em 1898, tornando-se equiparado a uma colónia norte-americana. Cristalizara uma economia açucareira próspera, governada por uma elite predominantemente *haole*. Os sucessivos contingentes de trabalhadores contratados fizeram reconfigurar por inteiro a paisagem étnica do arquipélago. Também eles se foram juntar aos internos de Kalaupapa.

A colónia manteve-se como um campo de confinamento ao longo do século xx, tendo sido palco de muitas das experiências para desenvolver tratamentos

específicos – desde o óleo de chaulmoogra às quimioterapias que vieram a ser adoptadas noutros lugares. Ainda hoje existe, com um número diminuto de residentes que ali continuaram, e recebe anualmente um grande número de peregrinos que vão homenagear o padre Damien junto ao seu túmulo.

SARAMPO

No contexto da minha pesquisa sobre sociedades de plantação, regimes de trabalho e dinâmicas de racialização, estudei com pormenor os percursos dos contratados dos Açores e da Madeira para as plantações de cana-de-açúcar no Hawaii. O Conselho de Imigração do Hawaii e a Associação de Plantadores tinham iniciado uma política de diversificação da mão-de-obra, que ao tempo era maioritariamente constituída por trabalhadores chineses, havaianos e, mais tarde, japoneses. A partir de 1878 promoveu-se a contratação de madeirenses e açorianos, que se deslocavam com as famílias e raramente regressavam às ilhas de origem. Depois dos contratos de três a cinco anos, podiam permanecer nas plantações ou passar a outros sectores. Moldaram no Hawaii novas identidades, passando a constituir um dos chamados grupos étnicos do arquipélago, cultivando o seu património, culinária e cultura, recordando orgulhosamente que alguns dos ícones do Hawaii, como o *ukelele* e a *malasada*, vieram das ilhas atlânticas (Bastos, 2020b; Tranquada e King, 2012).

Nesse contexto de investigação deparei-me com uma série de três devastadores surtos de sarampo a bordo dos vapores *Hankow*, *City of Paris* e *Bordeaux*, nos anos de 1883 e 1884. A viagem dos Açores e da Madeira para o Hawaii era já de si uma grande provação. Atravessar o Atlântico de norte a sul, contornar o Cabo Horn perto do círculo polar e atravessar o Pacífico de sul para norte demorava um total de cerca de seis meses em veleiros e quase dois meses em navios a vapor. A provação incluía os desafios de viver prolongadamente a bordo, aguentar mares agitados, variações climáticas, comida medíocre e uma tripulação nem sempre amistosa. Para os infelizes que embarcaram nos anos de 1883 e 1884 também significou viver uma epidemia mortal de sarampo que tirou a vida a dezenas de crianças e a alguns adultos. No vapor *Hankow*, que partiu do Funchal (Madeira) para Honolulu em 1883, morreram 54 crianças a bordo. No ano seguinte, numa viagem que levava famílias açorianas e madeirenses para o Hawaii a bordo do *City of Paris*, morreram 53 crianças e dois adultos, numa epidemia que afectou cerca de 400 pessoas. Na viagem seguinte, a bordo do *Bordeaux*, o número de mortos por sarampo foi ainda maior: 69 crianças e três adultos (Bastos, 2020a).

Embora não se possam comparar com as brutais câmaras de morte e abuso que foram os navios de transporte de escravizados de África (Barcia, 2020;

Rediker, 2007) e vinculados da Índia (Brown, 2013), ou de migrantes fugindo à fome da Irlanda em 1847 (MacMahon, 2021), os barcos com madeirenses e açorianos a caminho do Hawaii foram também em muitas instâncias lugares infernais – sobretudo para quem perdeu os filhos para o sarampo. No microcosmo daquele navio, a epidemia acabou por terminar, quer por esgotamento dos corpos disponíveis, quer pela chegada ao destino. Mas o número de mortos foi tão elevado que o cônsul português em Honolulu exigiu um inquérito sobre o desenrolar da epidemia.⁴

Infelizmente, os resultados do inquérito não descrevem as más condições em que os emigrantes passaram de uma ilha subtropical no Atlântico Norte para uma ilha subtropical no Pacífico Norte via temperaturas polares; em vez disso, o documento culpabiliza as mães das crianças que os não agasalhavam suficientemente numa viagem que tinha temperaturas de toda a ordem, sendo a exposição ao frio o caminho para doenças pulmonares letais e diarreias que se seguiam à infecção por sarampo. Segundo o relatório, nada poderia salvar as crianças se essas não eram devidamente cuidadas pelas mães (*Hawaii Bureau of Immigration Report 1884/86*, p. 220). E assim se repete um procedimento demasiado frequente, o de responsabilizar indivíduos e comportamentos em vez de abordar as questões epidemiológicas e os constrangimentos sociais da epidemia.

O sarampo continuou a assolar o mundo ao longo de todo o século xx, provocando frequentemente efeitos secundários graves e a morte. Na década de 1960, foram desenvolvidas vacinas eficazes. Mais tarde, a vacina contra o sarampo foi combinada com a vacina contra a papeira e a rubéola (MMR), criando uma ferramenta poderosa para a prevenção destas doenças infecciosas e letais nas primeiras idades.

Tecnicamente, a vacinação preventiva poderia ter acabado com o sarampo; mas este ficou apenas longe da vista. Já no século xxi, a crença de que poderia haver uma ligação entre as vacinas MMR e o autismo aumentou a recusa da vacina por parte de algumas famílias. Essa ligação hipotética tinha sido sugerida num artigo “científico” mais tarde desmascarado e retirado pelo seu próprio autor. No entanto, a desinformação espalhou-se, encorajando a resistência às vacinas que, aliada a uma falsa sensação de segurança criada por uma relativa invisibilidade do sarampo, fez regressar a doença a locais inesperados.

4 “Evidence taken June 17th and subsequently at the Enquiry into the Causes of the Great Mortality among Children during the Voyage of the ss City of Paris”, Hawaii State Archives, FO & Ex 31, 1884, *Immigraton jan-jun*; e *Documentos apresentados ás cortes na sessão legislativa de 1885, pelo ministro e secretário d'estado dos negócios estrangeiros, negócios consulares e comerciais, secção VI, emigração portuguesa para as ilhas havaianas* (Lisboa: Imprensa Nacional, 1885).

NOTA FINAL

SIDA, sífilis, lepra/hanseníase e sarampo foram, em momentos diferentes, vividos como doenças letais e devastadoras. Cada uma delas está relacionada com um agente infeccioso específico – o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), no caso da SIDA; o *Treponema pallidum*, no caso da sífilis; o *Mycobacterium leprae*, no caso da lepra/hanseníase; e o *Sarampo morbilivírus*, no caso do sarampo. Este último é altamente contagioso, causando ocasionalmente o tipo de devastação colectiva descrita para as viagens Madeira-Hawaii. Já o agente da lepra/hanseníase é muito lento e o perigo de contágio é muito baixo – embora interpretado com temor e sujeito a pesadas políticas de exclusão. Os outros dois são transmitidos principalmente através de relações sexuais, levando a devastações historicamente documentadas em diferentes geografias e períodos. Hoje, todas estas doenças têm tratamento e, no caso do sarampo, existem vacinas eficazes. O desenvolvimento e a utilização de ferramentas biomédicas diminuíram a letalidade de cada uma delas e reduziram o seu impacto. Diminuiu a sua visibilidade pública, mas não a sua existência.

Numa década que começou com o COVID, que deu forma ao que muitos tinham antecipado e gerou uma crise mundial – mas também respostas rápidas e manifestações de solidariedade e resistência muito diferentes das catástrofes apresentadas em obras de ficção –, devemos mais que do nunca aprender com as epidemias do passado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGOSTINI, R., ROCHA, F., MELO, E., MAKSUD, I. (2019), "A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise". *Ciência e Saúde Coletiva*, 24 (12), pp. 4599-4604.
- AIMONE, F. (2010), "The 1918 influenza epidemic in New York City: A review of the public health response". *Public Health Reports*, 125 (supp. 3), pp. 71-79.
- BARCIA, M. (2020), *The Yellow Demon of Fever: Fighting Disease in the Nineteenth-century Transatlantic Slave Trade*, New Haven, CT, Yale University Press.
- BASTOS, C. (1999), *Global Responses to AIDS: Science in Emergency*, Bloomington, IN, Indiana University Press.
- BASTOS, C. (2008), "From global to local and back to global: The articulation of politics, knowledge and assistance in Brazilian responses to AIDS". In M. Follér, H. Thorn (eds.), *Politics of AIDS: Globalization, the State and Civil Society*, Nova Iorque, NI, Palgrave Macmillan, pp. 225-241.
- BASTOS, C. (2011), *Clínica, Arte e Sociedade: A Sífilis no Hospital do Desterro e na Saúde Pública*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- BASTOS, C. (2017), "Displayed Wounds, Encrypted Messages: Hyper-Realism and Imagination in Medical Moulages". *Medical Anthropology*, 36 (6) pp. 533-550.
- BASTOS, C. (2020a), "Febre a bordo: migrantes, epidemias, quarentenas". *Horizontes Antropológicos*, 57, pp. 27-55.
- BASTOS, C. (2020b), "Plantation memories, labor identities, and the celebration of heritage: the case of Hawaii's plantation village". *Museum Worlds*, 8 (1), pp. 25-45.
- BENCHIMOL, J. L. (2000), "A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil". *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (2), pp. 265-292.
- BERKMAN, A., GARCIA, J., MUÑOZ-LABOY, M., PAIVA, V., PARKER, R. (2005), "A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: Lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries". *American Journal of Public Health*, 95 (7), pp. 1162-1172.
- BHATTACHARYA, S. (2006), *Expunging Variola: The Control and Eradication of Smallpox in India 1947-1977*, Nova Deli, Orient Longman.
- BIEHL, J. (2004), "The activist state: Global pharmaceuticals, AIDS, and citizenship in Brazil". *Social Text*, 22 (3), pp. 105-132.
- BRANDT, A. (1985), *No Magic Bullet: The Social History of Venereal Disease in the United States since 1880*. Nova Iorque, NI, Oxford University Press.
- BREITHA, O. R. (2016), *Olivia: My Life of Exile in Kalaupapa*, Waipahu, HI, Pacific Historic Parks.
- BRENNERT, A. (2003), *Moloka'i*, Nova Iorque, NI, St. Martins.
- BROWN, K. (2006), *The Pox: The Life and Near Death of a Very Social Disease*, Thrupp, Sutton Publishing.
- BROWN, K. (2013), *Passage to the World: The Emigrant Experience 1807-1940*, Barnsely, Seaforth.
- BUSHNELL, O. A. (1975), *Molokai*, Honolulu, University of Hawaii Press.
- CHARTERS, E., HEITMAN, K. (2021), "How epidemics end". *Centaurus*, 63 (1), pp. 210-224.
- CROSBY, A. (1972), *The Columbian Exchange: Biological and Cultural Consequences of 1492*, Westport, CT, Praeger.
- CROSBY, A. (2003), *America's Forgotten Pandemic: The Influenza of 1918* (2nd ed.), Cambridge, UK, Cambridge University Press.
- CUETO, M., LOPES, G. (2021), "Backlash in global health and the end of AIDS exceptionalism in Brazil, 2007-2019". *Global Public Health*, 17 (6), pp. 815-826.

- DAWS, G. (1973), *Holy Man: Father Damine of Molokai*. Honolulu, HI, University of Hawaii Press.
- DESTEFANO, L. (2018), *Shipment Day – A Play*. <https://shipmentdayplay.com/>.
- FOLLÉR, M.-L. (2010), “Civil society organizations and Brazilian south-south AIDS cooperation”. *The Global South*, 4 (1), pp. 199–218.
- GALVÃO, J. (2005), “Brazil and access to HIV/AIDS drugs: A question of human rights and public health”. *American Journal of Public Health*, 95 (7), pp. 1110–1116.
- GALVÃO, J., BASTOS, F.I., NUNN, A.S. (2012), “The Brazilian response to AIDS from the 1980s to 2010: Civil society mobilization and AIDS policy”. *Global Health Governance*, 6 (1), pp. 3–22.
- GARRETT, L. (1994), *The Coming Plague*, Nova Iorque, NY, Farrar, Strauss & Giroux.
- GMHC (2020), “History”. Consultado em <https://www.gmhc.org/history/>.
- HOCHMAN, G. (1998), *A Era do Saneamento: As Bases da Política de Saúde Pública no Brasil*, São Paulo, Hucitec e Anpocs.
- HUBBARD, J., SHULMAN, S. (2012), *United in Anger: A History of ACT UP* [Filme], Nova Iorque, Jim Hubbard Films.
- INGLIS, K.A. (2013), *Ma'i Lepera: Disease and Displacement in Nineteenth-Century Hawai'i*, Honolulu, University of Hawai'i Press.
- KENWORTHY, N., THOMANN, M., PARKER, R. (2018), “From a global crisis to the ‘end of AIDS’: New epidemics of signification”. *Global Public Health*, 13 (8), pp. 960–971.
- LEVINE, P. (2003), *Prostitution, Race, and Politics: Policing Venereal Disease in the British Empire*, Nova Iorque, NY, Routledge.
- LINDENBAUM, S. (2015), “An annotated history of kuru”. *Medicine Anthropology Theory*, 2 (1).
- LONDON, J. (2013), “Koolau the Leper”. In *The House of Pride' and Other Tales of Hawaii*, Middletown, Will Johnson, pp. 22–39.
- MACMAHON, C. T. (2021), *The Coffin Ship; Life and Death at Sea during the Great Irish Famine*, Nova Iorque, NY, New York University Press.
- MANELA, E. (2010), “A pox on your narrative: writing disease control into Cold War history”. *Diplomatic History*, 34 (2), pp. 299–323.
- NUNN, A., FONSECA, E., GRUSKIN, S. (2009), “Changing global essential medicines norms to improve access to AIDS treatment: lessons from Brazil”. *Global Public Health*, 4 (2), pp. 131–149.
- PARKER, R. (2011), “Grassroots activism, civil society mobilization, and the politics of the global HIV/AIDS epidemic”. *Brown Journal of World Affairs*, 17 (2), pp. 21–23.
- REDIKER, M. (2007), *The Slave Ship: A Human History*. Londres, John Murray.
- ROSENBERG, C. (1987), *The Cholera Years: The United States in 1832, 1849, and 1866* (2nd ed.), Chicago, IL, The University of Chicago Press.
- ROSENBERG, C. (1989), “What is an epidemic? AIDS in historical perspective”. *Daedalus*, 118, pp. 1–17.
- SARAIVA, L. (2014), *O Renascer de Vénus: Prostituição, Trabalho e Saúde em Tempos de Sida*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- SCHECHTER, M., CHARLES, M. (2008), “Universal access to antiretroviral therapy: The Brazilian experience”. In P. A. Voberding, M. Sande, J. Lange, W. Greene, J. Gallant (eds.), *Global HIV/AIDS Medicine*, Filadélfia, PA, Saunders-Elsevier, pp. 695–702.
- SCHEFFER, M., SALAZAR, A., GROU, K. (2005), *O Remédio via Justiça. Um Estudo sobre o Acesso a Novos Medicamentos e Exames em HIV/AIDS no Brasil por meio de Ações Judiciais*, Brasília, Ministério da Saúde.

- SCHULMAN, S. (2021), *Let the Record Show: A Political History of ACT UP New York, 1987–1993*, Nova Iorque, NY, MacMillan.
- STEPAN, N. (1976), *Beginnings of Brazilian Science: Oswaldo Cruz, Medical Research, and Policy, 1890-1920*, Nova Iorque, Science History Publications.
- STEVENSON, R. L. (1973), *Travels in Hawaii*, edição e introdução de A. Grove Day, Honolulu, University of Hawaii Press.
- SUSSER, I. (2009), *AIDS, Sex, and Culture: Global Politics and Survival in Southern Africa*, Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell.
- SUSSER, I., GONZÁLEZ, M. A. (1992), “Sex, drugs and videotape: The prevention of AIDS in a New York City shelter for homeless men”. *Medical Anthropology*, 14 (2-4), pp. 307-322.
- TAYMAN, J. (2006), *The Colony: The Harrowing True Story of the Exiles of Molokai*, Nova Iorque, Scribner.
- TERTO JR., V., GARCIA, J. (2008), “Mechanisms of representation and coordination of the Brazilian AIDS responses: A perspective from the civil society”. In M. Foller, H. Thorn (eds.), *Politics of AIDS: Globalization, the State and Civil Society*, Nova Iorque, NY, Palgrave Macmillan, pp. 242-254.
- TRANQUADA, J., KING, J. (2012), *The ‘Ukulele—A History*, Honolulu, HI, University of Hawaii Press.
- VERNON, G. (2019), “Syphilis and salvarsan”. *The British Journal of General Practice*, 69 (682), p. 246.
- WATTS, S. (1997), *Epidemics in History: Disease, Power and Imperialism*, New Haven, CT, Yale University Press.
- WILLIAMS, K. J. (2009), “The introduction of ‘chemotherapy’ using arsphenamine: The first magic bullet”. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 102, pp. 343-348.

Recebido a 11-04-2025. Aceite para publicação a 11-06-2025.

BASTOS, C. (2025), *Ensaio “Debaixo da pele, longe da vista: de como não acabam as epidemias”*. *Análise Social*, 256, LX (3.º), e42034. <https://doi.org/10.31447/42034>.

Cristiana Bastos » cristiana.bastos@ics.ulisboa.pt » Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa » Avenida Professor Aníbal Bettencourt, 9 — 1600-189 Lisboa, Portugal » <https://orcid.org/0000-0001-5387-4770>.
