

COLONIALIDADE, DECOLONIALIDADE E MEDICINA NA AMÉRICA LATINA - REFLEXÕES NOS REGISTROS DO DR. JAMES FANSTONE

Heliel Gomes de Carvalho¹

RESUMO: O objetivo do texto é apresentar reflexões sobre a trajetória da colonização, colonialidade e decolonialidade com enfoque principal na América Latina e sua influência na cultura e na economia. A inter-relação dos estudos a partir da epistemologia do sul e o entendimento desta na história da medicina com seu hibridismo indígena, africano, norte-americano e europeu. A renovação da postura crítica através da interculturalidade e da noção do “giro decolonial”. O artigo se estrutura a partir da genealogia do pós-colonialismo até o estudo decolonial. Uma breve revisão da visão da saúde na América pré e pós-colombo. Posteriormente, apresentar como o Dr. James Fanstone exemplifica em seus registros o preconceito e exploração europeia em relação a medicina latino americana e especificamente as descobertas de cientistas brasileiros. O trabalho suscita questionamentos em relação a real fonte de desenvolvimento da medicina moderna.

PALAVRAS-CHAVE: América Latina, Decolonialidade, Interculturalidade, Medicina.

COLONIALITY, DECOLONIALITY AND MEDICINE IN LATIN AMERICA - REFLECTIONS ON THE RECORDS OF DR. JAMES FANSTONE

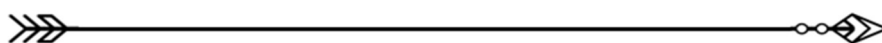
ABSTRACT: The aim of the text is to present the trajectory reflections on colonization, coloniality and decoloniality with a main focus in Latin America with influence on culture and economy. The interrelation of studies from the south epistemology and the understanding of this in the history of medicine with its hybridism, indigenous, African, North American and European. The renewal of the critical stance through interculturality and the notion of the "decolonial turn". The article is structured from the genealogy of postcolonialism to the decolonial study. A review of the vision of health in pre and post-Columbian America. Subsequently, present how Dr. James Fanstone exemplifies in his records the European prejudice and exploration regarding Latin American medicine and specifically the discoveries of Brazilian scientists. The studies bring up questions about the real source of development of modern medicine.

KEYWORDS: Latin America; Decolonialite; Interculturalite; Medicine.

INTRODUÇÃO

O presente artigo objetiva apresentar aspectos da trajetória da colonização, colonialidade e decolonialidade focando a saúde, a doença e a medicina na América Latina, especialmente alguns casos de descobertas científicas no Brasil. Apresentar o médico brasileiro, Dr. James Fanstone e como este percebeu o preconceito do conhecimento científico eurocêntrico, quanto às múltiplas possibilidades do tratamento da saúde na região, além de mostrar o ceticismo quanto as grandes descobertas científicas de atores

¹ Doutor em História. Universidade Evangélica de Goiás. E-mail: heliel.carvalho@unievangelica.edu.br



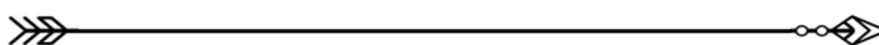
latino-americanos. Apresentar como o estudo da modernidade, colonialidade, sistema-mundo e decolonialidade se organizam de forma correlata desde o início da década de 1990.

DO PENSAMENTO COLONIAL A DECOLONIALIDADE NA AMÉRICA LATINA

Segundo Castro-Gomez e Grosfoguel (2007), intelectuais latino-americanos com parcerias na América do Norte e Europa realizaram um movimento epistemológico fundamental. Houve uma renovação crítica e utópica das ciências sociais latino-americanas no crepúsculo do século XXI. Por meio do conceito do “giro decolonial”, Ballestrin (2013), tratou do embasamento para o tema central da decolonialidade como ideologia epistêmica, envolvendo teoria e política a partir de influências de muitas disciplinas. O resultado aconteceu através de parcerias de várias instituições científicas, grupos de estudos transdisciplinares e plurinacionais, revistas, livros e posicionamentos políticos.

Para um breve histórico, podemos considerar o desenvolvimento do estudo sobre a interculturalidade crítica e decolonialidade na atualidade. Estes nascem ancorados e ao mesmo tempo questionando estudos e autores pós-coloniais, conhecidos como a “tríade francesa”, Aimé Césaire (1913-2008), Albert Memmi (1920-) e Franz Fanon (1925-1961) e ainda Edward Said (1935-2003). Segundo Ballestrin (2013) e Castro-Gomez e Grosfoguel (2007), a tríade francesa questionou a produção do conhecimento “no exercício da dominação do ‘outro’” e colaboraram de forma gradual a transformação da “base epistemológica das ciências sociais” (p. 92). No contexto aconteciam as guerras de libertação da África e Ásia. A diáspora intelectual com trânsito e fronteiras sendo alargadas. Para Miglievich-Ribeiro (2014), as narrativas canônicas foram questionadas e o pensamento crítico deixou a periferia e ganhou voz. A partir dos estudos culturais britânicos, soa a voz do Jamaicano Stuart Hall (2009). Na língua portuguesa destacou-se o pensamento de Boaventura de Sousa Santos (2000). Na América Latina acontece, no mesmo período, a reflexão pós-colonial, “com reprodução daquilo que Casanova (2002) chamou de ‘colonialismo interno’” (p. 91).

A partir da última década do milênio passado, pensadores latino-americanos e americanistas fundaram um grupo latino-americano de Estudos Subalternos, baseado no Grupo Sul-asiático dos Estudos Subalternos, founding statment, publicado em 1993, na



revista *Boundary 2*, pela Duke University Press. No ano anterior, Anibal Quijano reimprimiu seu clássico “colonialidad y modernidade-racionalidade”. Segundo Castro-Gomez e Grosfoguel (2007), em 1996, Quijano da Universidade do Estado de Nova York e Immanuel Wallerstein, diretor do Centro Ferdinand Braudel em Paris, reconhecidos por seus trabalhos em sociologia com estudos sobre a “teoria da dependência” e “análises do sistema-mundo”, encontram o sociólogo porto-riquenho Kelvin Santiago, e a pensadora afro-caribenha, Sylvia Wynters, dentre outros, pesquisando sobre temáticas convergentes.

Ballestrin (2013), Castro-Gomez e Grosfoguel (2007), escrevem sobre oficinas organizadas em Caracas e em Binghamton (1998), por Edgard Lander, sociólogo radicado na Venezuela, além de Grosfoguel e Lao-Montes. Ramón e Agustín promovem um congresso, tanto as oficinas quanto o congresso apontavam na mesma direção. Foram convidados como palestrantes os pensadores, Mignolo, Escobar, Quijano, Dussel e Coronil. Estes reuniram-se na Venezuela e como fruto das conferências publicaram *La Colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales* (2000). Em Binghamton, encontraram-se Quijano, Wallerstein, Henrique Dussel e Mignolo e pela primeira vez focaram as “herencias coloniales em América Latina” a partir da análise sistema-mundo. A América Latina foi inserida no debate pós-colonial, tendo como marco o documento “manifesto inaugural del Grupo Latinoamericano de Estudios Subalternos” traduzido para o espanhol por Santiago Castro-Gomez. Houve a publicação de artigos em “Teorias sin disciplina: latinoamericanismo, poscolonialidad y globalización en debate”. Ainda em 1998 o primeiro grupo latino foi desagregado pois alguns de seus membros consideraram os estudos ainda baseados na episteme do norte. Nasce então o Grupo Modernidade/Colonialidade e o giro decolonial.

Pensadores como Edgardo Lander, Arturo Escobar, Walter Mignolo, Dussel, e Fernando Coronil começaram a aprofundar os estudos sobre interculturalidade crítica e decolonialidade. Na tabela abaixo, do trabalho de Ballestrin (2013), temos um panorama da nacionalidade, áreas, local e países de trabalho dos principais agentes do estudo colonialidade/modernidade (p. 98).

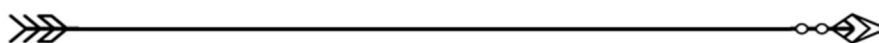


Tabela 1 - Perfil dos membros do Grupo Colonialidade/Modernidade

| integrante | área | nacionalidade | universidade onde leciona |
|-------------------------|--------------|----------------|--|
| Aníbal Quijano | sociologia | peruana | Universidad Nacional de San Marcos, Peru |
| Enrique Dussel | filosofia | argentina | Universidad Nacional Autónoma de México |
| Walter Dignolo | semiótica | argentina | Duke University, EUA |
| Immanuel Wallerstein | sociologia | estadounidense | Yale University, EUA |
| Santiago Castro-Gómez | filosofia | colombiana | Pontificia Universidad Javeriana, Colômbia |
| Nelson Maldonado-Torres | filosofia | porto-riquenha | University of California, Berkeley, EUA |
| Ramón Grosfoguel | sociologia | porto-riquenha | University of California, Berkeley, EUA |
| Edgardo Lander | sociologia | venezuelana | Universidad Central de Venezuela |
| Arthuro Escobar | antropologia | colombiana | University of North Carolina, EUA |
| Fernando Coronil* | antropologia | venezuelana | University of New York, EUA |
| Catherine Walsh | linguística | estadounidense | Universidad Andina Simón Bolívar, Equador |
| Boaventura Santos | direito | portuguesa | Universidade de Coimbra, Portugal |
| Zulma Palermo | semiótica | argentina | Universidad Nacional de Salta, Argentina |

Segundo Castro-Gomez e Grosfoguel (2007), os grupos passaram a se encontrar e ampliar o número de pensadores, encontros, institutos, universidades, grupos de estudos plurinacionais, livros e temáticas sobre o assunto, dentre as quais, as teorias pós-coloniais da Ásia, África y América Latina. Muitos livros resultaram dos estudos como: *Pensar (en) los interstícios. Teoría y práctica de la crítica pós-colonial* (1999); *la reestructuración de las ciencias sociales en América Latina* (2000); *The modern/colonial/Capitalist World System in the Twentieth Century* (2002); *Interdisciplinar las ciencias sociales. Geopolíticas del conocimiento y colonialidad del poder; unsettling Postcoloniality: Coloniality, Transmodernity and Border Thinkin* (2007), dentre outros. Com a participação do Instituto de Estudios Sociales y Culturales, Pensar e parceiros foi organizado o Simpósio Internacional “la reestructuración de las ciencias sociales en los países andinos” (1999) e *Knowledge and the Know* (2001). Nos anos seguintes somaram-se aos grupos intelectuais indígenas e afro-americanos com muitas outras publicações e novos pesquisadores na área, com destaque no Brasil para o seminário “fábrica de ideias”, em Salvador.

Para efeito de conceituação, Castro-Gomez e Grosfoguel (2007) colocam que o termo decolonialidade apresentada em sua obra transcende ao pressuposto de alguns discursos políticos e acadêmicos “segundo o qual, com o término das administrações



coloniais e a formação dos estados-nação na periferia vivemos agora em um mundo descolonizado e pós-colonial”²(p. 13). Vale lembrar que a imagem “centro-periferia” criado por Raúl Prebisch para descrever a configuração mundial pós Segunda Guerra Mundial estava no epicentro da discussão. Assim, para entender a colonialidade, parte-se do

suposto de que a divisão internacional do trabalho entre centros e periferias, assim como a hierarquização ético-racional das populações, formada durante vários séculos de expansão colonial europeia, não se transformou significativamente com o fim do colonialismo e da formação dos estados-nação na periferia (CASTRO-GOMEZ; GROSFUGUEL, 2007, p. 13).³

O que ocorreu então? Segundo os autores retrocitados foi uma transição do colonialismo moderno à colonialidade global. A colonialidade transformou as formas de dominação “implantado pela modernidade, mas não a estrutura das relações centro-periferia em todo o mundo”(tradução do autor)(p.13)⁴. Desta forma, o FMI, BM, OTAN, e agências de inteligência formadas depois da segunda guerra e no pós-colonialismo detém a periferia numa posição subordinada. Finda-se o colonialismo local, contudo, cria-se uma colonialidade mundial. Assim, questiona se o mito da descolonização e a tese que a pós modernidade nos conduz a um mundo desvinculado da colonialidade.

Dentre as frentes de estudos para o entendimento e enfrentamento da matéria temos a periferia tratada como sociedade “do passado”, “pré-modernas” ou “subdesenvolvidas”. O pensamento parte, das elites crioulas latino-americanas de descendência europeia. O que ajuda na subordinação dos estados-nações pós-coloniais implantando seus sistemas como, por exemplo: i) ao compartilhar o mesmo tempo histórico apesar de viver em espaços geográficos e concepções diferentes; ii) ao olhar para a Europa e América do norte como vivendo um desenvolvimento cognitivo, tecnológico e social mais avançado do que o resto do mundo, o que carrega a ideia de superioridade da forma de vida ocidental. E na análise do sistema-mundo, procurar as implicações práticas desse domínio há sempre o perigo do “reduccionismo econômico e dos desastres do reduccionismo culturalista” (2007, p. 16)⁵.

² “según la cual, con el fin de las administraciones coloniales y la formación de los Estados-nación en la periferia, vivimos ahora en un mundo descolonizado e poscolonial”.

³ “supuesto de que la division internacional del trabajo entre centros y periferias, así como la jerarquización ético-racional de las poblaciones, formada durante vários siglos de expansión colonial europea, no se transformó significativamente com el fin del colonialismo y la formación de los Estados-nación en la periferia”.

⁴ “desplegadas por la modernidade, pero no la estructura de las relaciones centro-periferia a escala mundial”.

⁵ “reduccionismo económico y los desastres del reduccionismo culturalista”. (2007, p. 16).



Da perspectiva decolonial, conforme o grupo modernidade/colonialidade, cultura e economia/política se entrelaçam. Há um reconhecimento da sobreposição entre capitalismo e cultura. Segundo Castro-Gomez e Grosfoguel (2007), citando Escobar (2000) e Mignolo (1995), não existe a sobreposição somente da economia senão da realidade social em seu conjunto. Percebe-se que o sistema-mundo funciona como uma rede global de poder, integrada por processos econômicos, políticos e culturais que em suma mantém todo o sistema. Segundo Quijano (2005), a partir da articulação hierárquica racial/étnica e global temos as classificações decorrentes como superior/inferior, desenvolvido/subdesenvolvido e povos civilizados/bárbaros. Há ainda o desenvolvimento de estratégias ideológico/simbólicas no sistema educativo, dentre outros, que privilegia a cultura ocidental sobre as demais. O discurso desenvolvimentista toma forma de conhecimento “científico” que privilegia o ocidente através da Europa e América do norte em detrimento dos demais.

Dentre os aspectos científicos, destaca-se neste artigo a medicina. Um dos pontos básicos da crítica das formas eurocêntricas foi o que denominamos conhecimento. Pois “a superioridade que assinala o conhecimento europeu em muitas áreas da vida foi um aspecto importante da colonialidade do poder no sistema mundo” (2007, p. 20). Assim, as demais formas de conhecimento considerados subalternos foram omitidos, excluídos, ignorados ou silenciados. Conforme Castro-Gomez e Grosfoguel (2007)

Desde o iluminismo, no século XVIII, este silenciamento foi legitimado sobre a ideia de que tais conhecimentos representavam uma etapa mítica, inferior, pré-moderna e pré-científica do conhecimento humano. Somente o conhecimento gerado pela elite científica e filosófica europeia era tida como conhecimento ‘verdadeiro’, já que era capaz de fazer abstração de seus condicionamentos espaço-temporais para resolver condicionamentos em uma plataforma de observação neutra (p. 20).⁶

Pensamento denominado pelo filósofo colombiano Castro-Gomez (2005), como a *hybris* do ponto zero. Conforme o autor “quero dizer o imaginário, segundo o qual, o observador do mundo social pode se colocar em uma plataforma neutra de observação que, por sua vez, não pode ser observada de nenhum ponto”. Significando com isso que

⁶ “Desde la Ilustración, en el siglo XVIII, este silenciamiento fue legitimado sobre la idea de que tales conocimientos representaban una etapa mítica, inferior, pré-moderna y precientífica del conocimiento humano. Solamente el conocimiento generado por la elite científica y filosófica de Europa era tenido por conocimiento ‘verdadero’, ya que era capaz de hacer abstracción de sus condicionamentos espacio-temporales para ubicarse em una plataforma neutra de observación”.



“nosso observador hipotético seria capaz de adotar uma visão soberana do mundo, cujo poder estaria precisamente no que não pode ser observado, nem representados” (tradução do autor) (p.18).

Desta forma, Castro-Gomez e Grosfoguel (2007) escreveram que reconhecer os outros conhecimentos tem a ver com “alteridade epistémica” a “qual não deve ser entendida como uma exterioridade absoluta que irrompe, mas com aquilo que está localizado na intersecção do tradicional e do moderno”⁷ (p.20). Formas de conhecimento “híbridos”, não no sentido de sincretismo, mas como cumplicidade subversiva com o sistema, o que inclui a análise da medicina.

PONDERAÇÕES SOBRE A MEDICINA NA AMÉRICA LATINA

A preocupação com a conservação da saúde do ser humano é notória desde os primórdios. Para Scliar (2002), tanto a procura de abrigo do frio, a rejeição de substâncias amargas e a necessidade de repouso, de comer e beber, são parte do comportamento de conservação. O instinto humano de sobrevivência. A doença, entretanto, segundo Batistella (2007), é parte ativa do desenvolvimento da humanidade. Segundo estudos da paleoepidemiologia há registros de três mil anos passados de doenças como esquistossomose, varíola e tuberculose descobertas em múmias, esqueletos e pinturas no Egito, entre os índios pré-colombianos, além de relatados de epidemias no Velho Testamento e na Ilíada.

O continente sul americano, semelhante aos demais, vive um entrelaçamento entre doença, saúde, sofrimento e medicina. Segundo Cueto e Palmer (2016), desde a “conquista” que dizimou a população indígena, os indicadores da saúde motivaram modernizadores, revolucionários e neoliberais a atuarem na região. Especialmente depois da Segunda Grande Guerra Mundial, marco da colonialidade mundial, escreveu Castro-Gomes e Grosfoguel (2007). Contudo, até recentemente, “as questões sobre medicina e cura não eram alvo de discussão séria entre os historiadores” (2016, p. 9). O desastre da

⁷ “Con ello me refiero al imaginario según el cual, un observador del mundo social puede colocarse en una plataforma neutra de observación que, a su vez, no puede ser observada desde ningún punto. Nuestro hipotético observador estaría en la capacidad de adoptar una mirada soberana sobre el mundo, cuyo poder radicaría precisamente en que no puede ser observada ni representada.”

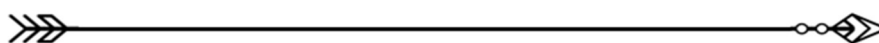


mortalidade entre os astecas e incas foi debatido e identificado por geógrafos e demógrafos. A discussão histórica ligada a medicina se restringia a um pequeno grupo de médicos aposentados interessados pela história pré-colombiana, onde se fazia mapeamento da chegada a América Latina com tecnologia usada na Europa e estados Unidos.

Nos últimos anos, contudo, houve uma mudança drástica na situação e agora é possível estudar sobre a ilha de Cuba na perspectiva da febre amarela. Perceber a história intelectual alternativa da América Latina e Caribe analisada a partir de habilidosos cirurgiões que eram escravos ou ex-escravos com suas praticas trazidas da África e estudar os cientistas médicos latino-americanos e como estes tiveram interferência internacional na saúde. Esta possibilidade, segundo Cueto e Palmer (2016), se deu porque a história da medicina na América Latina e Caribe tornou-se um campo importante “de pesquisa para historiadores profissionais que são parte de um grande florescimento mundial da história social e cultural da medicina e dos estudos nas áreas de ciência e tecnologia” (p. 10). Grande parte da contribuição veio da revista brasileira História, Ciências e Saúde - Manguinhos, publicada desde 1994.

As instituições de saúde da América Latina tinham seu enfoque nacional e orientação própria, mas ao mesmo tempo fizeram parte de um sistema internacional de regulamentação sanitária e “ativismo em saúde característico das américas sob a hegemonia dos Estados Unidos” (p. 13). O resultado do equilíbrio na América Latina “foi uma arena mais ativa e inovadora em termos de iniciativas pioneiras na área da saúde internacional, fornecendo as linhas gerais do sistema de saúde internacional verdadeiramente mundial” no pós Segunda Guerra. Atores latino-americanos tornaram-se figuras de alto nível participando entre os arquitetos da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-Americana da saúde.

Nesse sentido, alguns conceitos perpassam a medicina na América Latina. Primeiro, o pluralismo médico, caracterizado pela terapêutica latino-americana progressivamente hibridizado no século XX tornando-se uma “hegemonia biomédica moderna” a partir da medicina tradicional. Ao contrário do que se pensa a cura latino-americana moderna “é a maneira pela qual formas vitais de medicina popular e étnica envolvem instituições e práticas biomédicas dominantes mesmo nos centros urbanos,



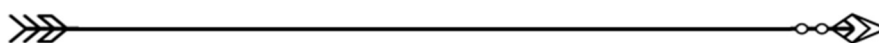
apesar dos discursos de exclusão e das reivindicações dos profissionais da saúde com a formação universitária" (p. 15).

Uma segunda proposição assume que a saúde pública na América Latina desenvolveu com um compromisso entre as “intervenções oficiais parciais” de um lado e do outro com os “esforços da classe média e de setores populares” (p. 16), visando enfrentar as adversidades. Assim criou-se a ideia de “cultura da sobrevivência” e “saúde na adversidade”. Quanto à primeira, as intervenções feitas não trataram dos problemas fundamentais, mas, adotou um modelo de saúde pública, limitado a “assistência, paliativo e temporário” (p. 16), a partir de soluções mágicas encarando a população como receptores passivos. Assim intervenções de curto prazo tornam-se a norma da ação. Junto a isso procuram “reprimir as ricas tradições indígenas e africanas baseadas em práticas de saúde informais” (p. 16). O que permanece é a cultura da sobrevivência.

Em relação a “saúde na adversidade” refere-se ao ganho sanitário alcançado apesar dos desmandos e das imposições que nasceram nos questionamentos e na resistência. Aconteceu, então, a busca por “negociar, rejeitar ou adaptar projetos sanitários concebidos e impostos de cima” (2016, p. 16). Segundo Cueto e Palmer (2016), foi necessário “estabelecer alianças e agendas com redes internacionais de conhecimento; minimizar o papel da tecnologia; e dar maior peso a participação da comunidade, comprometendo-se, ao mesmo tempo, com medidas preventivas de saúde” (p. 16).

Como Cueto e Palmer (2016) o objetivo do trabalho visa ir além da visão da medicina como “instrumento de controle social para oprimir grupos subordinados”, mas também “a visão contemporânea sobre o papel da medicina em processos de negociação entre diferentes atores sociais” (pp. 10,11). Estudo este que revela o caráter intercultural da medicina na região.

Para entendimento da matéria, a seguinte delimitação é necessária. Os fundamentos da saúde e da medicina na América Latina é fruto de uma complexa interação de três séculos e meio entre três civilizações, escreveram Cueto e Palmer (2016). i) “uma delas era formada pela grande variedade de sistemas de cura dos índios americanos, muitos dos quais foram desmembrados pelo contato e pela conquista;” ii) a medicina foi “composta de elementos trazidos da África pelos escravos, alguns deles curandeiros especializados, e reinventada por praticantes afrodescendentes que tiveram contato tanto com a medicina



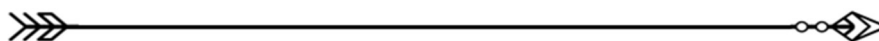
índigena quanto com a europeia.” iii) “a medicina dos países dos colonizadores, tanto a popular quanto a oficial, que foi exportada para as Américas, teve sua face oficial remodelada para se tornar um importante pilar de legitimação do regime colonial” (p. 19).⁸

A interposição das culturas possibilitou uma interseção entre o tradicional e o moderno. Um conhecimento híbrido e até mesmo subversivo ao sistema. A nova história da medicina e da saúde reescreve suas páginas, revelando uma interação “de atores locais, incluindo os indígenas e afrodescendentes, na circulação global de materiais, ideias e práticas médicas” (p. 20). Assim, a história confirmada pelos estudos decoloniais considera “insuficientes a unidirecionalidade e a dicotomia implícitas nos modelos anteriores, que enfatizavam as noções de difusão cultural, centro-periferia ou imperialismo científico como elementos para análise” (p. 20).

Voltando a era pré-colombiana, escreveu Nascimento, et al (2015), é possível perceber a medicina envolta em crenças sobre os seres humanos, a natureza e a divindade. Algumas doenças estavam ligadas aos deuses, outras provocadas por feiticeiros. A medicina “era praticada pelos curandeiros, que pertenciam a casta de sacerdotes. O médico desfrutava de grande consideração na sociedade pré-colombiana” (p. 385). Os astecas tinham conhecimento avançado na medicina que era praticada por homem e mulher, sendo possível “tratar lesões, controlar a dor e lidar com o nascimento, a agonia e as doenças graves e visíveis” (2016, p. 21). Hernán Cortéz, chefe dos “conquistadores” dos astecas, sugeriu ao rei da Espanha, em carta, que não mais enviassem médicos europeus, porque os curandeiros indígenas locais estavam cuidando bem deles. Os historiadores, hoje, têm dificuldades de reconstruir essa triste história, dentre outros fatores, especialmente porque para estes povos não houve um sistema de grafia como aconteceu na Índia e China (2016).

A forma de encarar a saúde e doença eram diferenciadas, apesar do enfoque ser mais na cura que na prevenção como nos demais povos, havia uma cerimônia andina anual, o festival *Citua*, onde um ritual era “destinado a limpar as cidades e expulsar doenças e calamidades em potencial” (2016, p. 22). Segundo Harvey (1981), os astecas *Tenochtitlán*

⁸ Como escreveu Cueto e Palmer (2016), “a discussão é complementada por uma análise da chamada medicina iluminista praticada ao longo da segunda metade do século XVIII, quando foram promovidas uma vigilância sanitária e medidas de limpeza urbana insignificantes. Nesse contexto, discutimos de que maneira, durante o processo de independência – na maioria dos países latino-americanos, ocorridos no início do século XIX –, houve um certo retrocesso na ordem institucional, inclusive no campo da medicina” (p. 11). Contudo com a criação de agências de saúde nacionais e o conseqüente contato internacional, no fim do século XIX, houve melhorias.



da época, hoje cidade do México, “contavam com indivíduos específicos dedicados a limpar a poeira da sua ilha-cidade, plantar árvores aromáticas e manter os canais limpos” (pp. 157-165). Rosen (1994) escreveu que no norte da Índia pesquisas revelam uma civilização antiga que apresentava indícios de planejamento urbano, com ordenamento de casas, ruas largas, pavimentadas e canais funcionando como esgoto, há cerca de quatro mil anos. Conhecimentos semelhantes se percebe no antigo Egito (3.100 a.C), na cultura cretômica (1.500 a.C) e entre os quéchuas, no império Inca (1.200 d.C).

Por conseguinte, Cueto e Palmer (2016) registrou que na América,

Curas, bem-sucedidas foram alcançadas utilizando-se uma série de métodos e materiais, não só plantas, mas também animais e pedras entre outros elementos naturais que, acredita-se, seriam eficazes se administrados juntamente com orações e encantamentos. Assim, as motivações entremeciam o naturalístico, o mágico e o religioso, mais do que o simplesmente terapêutico, e as lógicas subjacentes variavam tanto que são difíceis de decifrar. As plantas medicinais eram utilizadas para febres, feridas, úlceras e alguns tipos de tumores e ossos quebrados, bem como para pomadas e emplastos (p. 22).

Nesse período o preconceito ainda não tinha entrado na alma do europeu, de maneira geral. Assim, segundo Padilla (2006) nos Andes e no México há evidências do uso de sangrias, banho termal, dietas e abertura de abscessos, fato considerado de alto padrão médico pelos europeus.

Os cirurgiões europeus se impressionavam com o uso da trepanação craniana com utilização de pedras afiadas para fazer abertura no crânio, procedimento normal na cultura andina. Havia conhecimento anatômico, além das sofisticadas técnicas cirúrgicas como raspar, cerrar, cortar e perfurar. Para a trepanação craniana se utilizava de anestesia, como milho fermentado e tabaco, além do caco de San Pedro e a coca andina. Contudo, os espanhóis temiam que os efeitos alucinógenos levassem ao transe e ao contato com os deuses indígenas, rituais considerados como encantamentos heréticos. Cirurgiões e neurologistas levaram crânios andinos pré-colombianos para a Europa e exibiam tal intervenção. Outras práticas cirúrgicas poderiam ser citadas a partir de restos de esqueletos e objetos de cerâmicas que mostram indivíduos com braços e pernas amputadas utilizando membros artificiais. Todos achados de uma cultura costeira dos Andes, conhecida como mochica (2016).

Percebe-se que abscessos de dentes podiam ser drenados. Sangrias eram feitas com a crença de melhorar o estado de indivíduos doentes. Havia amputação de membros



feridos e feridas eram aspiradas para extrair espíritos malignos ou veneno. Vários recursos como jejuns, expurgos, dietas e amuletos, dentre outros eram usados para tratar tanto o corpo como a alma. José Flores (1751-1824) discutiu em publicação uso de remédios indígenas para tratar o câncer. Segundo Portugal e Hurtado (2015), o colono Gabriel Soares Sousa, apresentou uma planta natural da costa da Bahia, chamada mucunã. Suas folhas eram peçonhentas para comer, contudo tinham “grande virtude para curar feridas velhas, desta maneira: depois de serem estas favas bem secas, hão-se de pisar muito bem, e cobrir as chagas com os pós delas, as quais comem todo o câncer e carne podre” (p. 94).

Nos Andes e no México, ainda no período colonial, era comum o banho de vapor medicinal. “Todas essas práticas tem em comum a busca pela harmonia do corpo com a comunidade, com a natureza e com as forças sobrenaturais” (2016, p. 23). Para Batistella (2007), um pensamento holístico, fundamental, para uma sociedade onde havia ferozes epidemias, deficiências nutricionais graves, guerras frequentes, sacrifícios rituais de prisioneiros e crianças, como em outras regiões, e desastres naturais devastadores, segundo sugerem pesquisas recentes. As diversas linhas de pesquisa procuram resgatar a dimensão subjetiva do tratamento em oposição ao pensamento positivista e mecanicista médico ocidental.

A flora americana, (já se demonstrava) rica em propriedades medicinais, elemento que chamou a atenção de pesquisadores europeus no “Novo mundo” desde o século XVI. Diego de Alvarez, médico que acompanhou Cristóvão Colombo, além de cuidar dos doentes, catalogou plantas e animais e publicou trabalhos sobre a potencialidade destes. Hernán Cortés escreveu para o monarca espanhol e mencionou o respeito que tinha pelos curandeiros que vendiam suas ervas medicinais na Plaza de Tlatelolco, acentuam Cueto e Palmer (2016) e Portugal e Hurtado (2015). No século XVII, na universidade de San Marcos, em Lima, a maioria dos professores fez oposição a criação do curso de medicina devido a eficiência dos curandeiros indígenas.

Um grupo étnico que vivia próximo a La Paz, denominado Kallawayá, se dedicava a cura especializada. Segundo o antropólogo e ex-missionário Joseph Bastien (1987), estes curandeiros itinerantes levavam consigo “plantas, ervas, amuletos, talismãs e animais das montanhas para o resto do continente, reverenciados por seu domínio da farmacopeia vegetal, mineral e animal, bem como por sua perícia no diagnóstico e no tratamento de



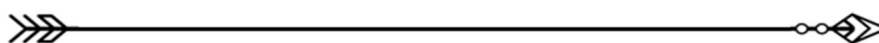
muitas doenças” (2016. p. 24). O sistema médico da região é comparável aos encontrados na China, Índia ou Europa durante o século XV. George Foster, antropólogo americano vai em direção contrária a Bastien. E o debate sobre o assunto continua, segundo Cueto e Palmer (2016).

Como se deu a transição das práticas pré-colombianas para os diferentes tipos de curandeiros populares como adivinhos, curandeiros, parteiras, colocadores de ossos e botânicos é difícil precisar afirmam Cueto e Palmer (2016). O fato é que sobreviveu um conhecimento geralmente “criticado e tolerado – e só ocasionalmente perseguido – por médicos ocidentalizados” (p. 25). O antigo sistema sofreu pela falta da cultura escrita e consequente transmissão à nova geração, com a intervenção de charlatões e a tendência dos usuários dessa medicina de valorizar mais o que era útil e desejável na visão contemporânea. Somente no fim do século XX, com o restabelecimento das populações indígenas em países como Guatemala, Equador, México, Peru e Bolívia, a cultura e medicina indígenas foram reavaliadas nos círculos oficiais. Assim instituições estatais e agências internacionais perceberam a importância da “saúde intercultural” e da medicinal “tradicional” dos povos indígenas.

Albornoz (2003) e Bacci (2003) defendem o não consenso entre historiadores sobre quais doenças foram trazidas pelos europeus e quais doenças os europeus, em contato na América Latina, levaram para a Europa. Estudos indicam que durante o período colonial, mesmo “desarmados” em maior ou menor grau, os praticantes e as curas indígenas sobreviveram com força. E segundo os colonizadores, estas deveriam predominar nas colônias, além da mistura com a medicina africana e asiática.

O resultado foi uma medicina híbrida, escreveram Cueto e Palmer (2016), “produto não de um processo unilateral, de cima para baixo - a partir de uma medicina ortodoxa, alicerçada na universidade - mas sim, de um que incorporava elementos de todas as medicinas e religiões” e naturalmente, “era solicitado, de uma forma ou de outra, pela maioria da população da América Latina colonial” (p. 28).

Textos médicos mexicanos produzidos no contato com europeus do início da colonização foram utilizados para doutrinar povos indígenas ou para apresentar a um público ocidental como civilizações iguais às da Europa. Um deles foi o códice de Martin de la Cruz e Juan Badiano, *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis* (1552), referindo-se



ao curandeiro indígena que ofereceu as informações a Cruz e ao professor indígena, Badiano, que o traduziu para o latim. No trabalho enviado a Espanha havia ilustrações e explicações de 183 plantas medicinais. Outra obra denominada Uma história Natural de Nova Espanha, identificou cerca de três mil plantas, conhecidas, compreendida e incorporadas por algumas culturas mesoamericanas. Além deste, houve o código enciclopédico florentino, pelo cronista e padre franciscano Bernardino de Sahagún (1499-1590). Um dos livros, da coletânea de 12 volumes se concentrava nas plantas medicinais. Para Padilla (2006), tais textos divergem da imagem tradicional do obscurantismo espanhol do início do mundo moderno europeu (2016).

O médico Nicolás Monardes, ficou rico comercializando plantas medicinais em Sevilha no século XVI, com produtos e ideias das américas. Monardes (1554) escreveu um best-seller traduzido para o latim, inglês e italiano denominado história de las cosas que traen de Nuestras Indias Occidentales y Sirven al Uso de la Medicina. O conhecimento médico na América Portuguesa, não contou com instituições como as universidades das colônias espanholas, por isso, foi mais fluida e cosmopolita. O contato regular com os outros, o interesse no conhecimento médico e na farmacopeia local foram incentivados por militares e missionários visando tratar sua saúde em locais difíceis, conforme discutido por Viotti (2012) e Badinelli (2014). Assim, as ordens religiosas foram zelosas em conhecimento de medicamento e cura na Ásia, América do Sul e África. Os saberes foram utilizados para os europeus como mercado consumidor e público alvo.

Nas américas, escreveu Cueto e Palmer (2016), surgiu uma segunda tradição médica, distinta daquela dos espanhóis.

Trazida de diferentes regiões da África pelos escravos, essa nova medicina floresceu especialmente nas cidades portuária do Brasil, do Caribe e no Atlântico Ibérico, confirmando a crença popular de que a saúde e a doença eram ligadas por dimensões terrenas, espirituais e sobrenaturais (p. 35).

Os escravos com conhecimento de medicina eram tanto acusados de prática de bruxaria como considerados essenciais para os colonizadores e proprietários de terras. Estes criam que os africanos conheciam tratamentos específicos para os escravos. Segundo Ponte e Falleiros (2010), historiadores, sociólogos e filósofos, dentre outros cientistas, entenderam como tema fundamental que as doenças e a busca por tratamento estão intimamente unidas pela organização social. Assim, os curandeiros africanos tornaram-se negociadores no “intercâmbio cultural de rituais, tratamentos, plantas medicinais e animais,

35



e artefatos de cura de diferentes continentes, às vezes, incorporando a veneração a santos católicos específicos” (2016, p. 36). Muitos procuravam os curandeiros aceitando sua autoridade como a dos médicos europeus. O tratamento foi tornando cada vez mais importante durante o período colonial devido a dificuldade de trazer medicamento de Lisboa ou Madri em quantidade e condições suficientes.

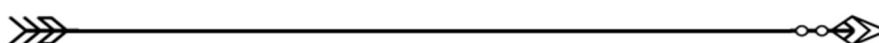
A despeito das dificuldades de obter medicamentos da Europa, a cultura médica dos subjugados era tratada de forma diferente da medicina das elites. A medicina, segundo Padilla (2006) e Badinelle (2014) foi constantemente interrompida, perseguida e reorientada visando afastar suas origens e objetivos, reproduzindo a saúde da ordem colonial. Ao longo dos anos, tanto as crenças como as práticas médicas indígenas, europeias e africanas foram transformadas. Tornou-se difícil para o historiador da medicina perceber um paradigma médico puro. As crenças e práticas encontraram na multiculturalidade pontos de conflito e convergências.

A população indígena do Peru, Guatemala e México utilizavam tão bem a medicina local que não necessitavam mais de médicos na região. Ordens religiosas, como os jesuítas, chegavam a exportar plantas como o quinino de Lima, sabendo que a mesma era eficaz no tratamento da malária, conhecida como “febres intermitentes”. Apesar do papel de certas ordens religiosas na promoção da medicina local, depois do fim do século XVI, o estado colonial começou a rejeitar tal conhecimento devido o poder da igreja e da inquisição. Com a Reforma Católica, a atividade médica foi perseguida e vista como magia (Badinelle, 2014).

DR. JAMES FANSTONE: TESTEMUNHA DO PRECONCEITO EUROPEU QUANTO AOS MEDICAMENTOS E CIENTISTAS LATINO-AMERICANOS.

O Dr. James Fanstone (1890-1937), foi um médico brasileiro com formação na Europa. Através de seus estudos e trabalhos no Brasil deixou evidente o preconceito europeu em relação aos medicamentos e pesquisadores latino-americanos, mais especificamente, brasileiros. Fanstone estudou a quinina, quando realizou a validação de seu diploma para atuar no Brasil. Seus estudos ofereceram dados relevantes para a interculturalidade crítica e a colonialidade.

Dr. Fanstone nasceu em Pernambuco, filho do Rev. James Fanstone (1851-1937), missionário inglês que aportou no Brasil, em 1879, para ajudar o médico missionário

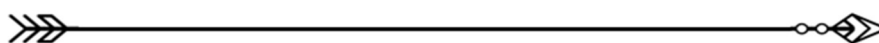


escocês Robert Kalley (1890-1987). Segundo Carvalho (2015), com poucos meses de vida, James Fanstone filho seguiu com a família para Portugal e depois para a Inglaterra e desde dez anos de idade fala de voltar ao Brasil como médico. Coursou medicina na universidade de Londres e ao terminar sua formação em 1915 foi convocado para servir na Primeira Guerra Mundial nas fronteiras da França e Bélgica. Depois passou o ano de 1919 no exército da ocupação na Alemanha. Ao retornar a Inglaterra obteve o grau de doutor em Medicina e Higiene Tropical (1921), pois a sequência dos estudos tinha sido interrompida pela guerra. No mesmo ano, ocupou a cadeira de livre Docente no Hospital Of Tropical Medicine da Universidade de Londres.

Em 1922, em Hassocks, na Inglaterra, Fanstone foi incentivado por Archibald Tipple (1888-1972) sobre a ideia de trabalhar como médico missionário na região de Goiás. Tipple tinha formação na área de saúde e atuava no Brasil desde 1914. Dr. Fanstone e D. Dayse casaram-se na Inglaterra e chegaram a São Paulo em 1922. Enquanto aprendiam a língua pátria atuou como anestesista no Hospital Samaritano em São Paulo e defendeu as teses que o qualificaram para a prática no Brasil pela Faculdade de Medicina de Belo Horizonte (1922-1923). Com 32 anos de idade, Fanstone estava qualificado em Terapêutica, Farmacologia e Patologia. Nesse período nasceu Stanley, o primeiro filho do casal e após cinco semanas faleceu devido aos problemas de aclimatização de sua mãe (FANSTONE, 1972).

Dr. Fanstone, chegou a Anápolis em 1925. A capitania de Goiás tinha alcançado independência de São Paulo em 1748. No ano seguinte, os médicos com formação universitária entram pela primeira vez na história goiana. A disputa entre a religião, a medicina científica e as diferentes formas de cura eram intensa, escreveram Cueto e Palmer (2016). Segundo Godinho (2014) até o ano de 1831, cerca de 19 profissionais da medicina passaram pela capitania de Goiás atendendo especialmente os militares. Os curandeiros, benzedeiros, raizeiros e práticos com conhecimentos parcos da arte de curar chegavam aos montes e eram idolatrados.

De fevereiro de 1831 até a década de 1920 apenas 21 médicos atuaram na região. E até 1889 todos os médicos eram funcionários públicos. As enfermidades continuavam sendo a verminose, o bócio, três espécies de lepra, malária, raquitismo, sífilis, hepatite, sarampo, caxumba, dentre outras. Um relato da época registrou a morte de todos os



habitantes de uma aldeia Xavante devido a varíola. Na cidade de Porto Nacional havia cerca de 200 pessoas leprosas. Décadas antes, com a Independência do Brasil, Dom Pedro I planejou implantar um hospital em cada capital do Império, escreveu Godinho (2014).

Segundo Magalhães (2004), em 27 de agosto de 1827 o Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara começou a funcionar na capital do estado, a Cidade de Goiás. Houve melhora na saúde pública com a implementação da primeira farmácia e das normas de higiene. Dr. James Fanstone (1972) implantou o segundo hospital de Goiás em Anápolis em 1927. Em seu relato memorialista descreveu o valor e ao mesmo tempo o preconceito e exploração europeia em relação aos medicamentos indígenas e aos pesquisadores brasileiros. Portanto, veremos a fala do Dr. Fanstone sobre a doença de chagas e a descoberta e uso da quinina.

Fanstone (1972), em relato memorial, escreveu que enquanto cursando medicina em Londres, ouviu algo e ficou surpreso.

Agucei os ouvidos quando um dia me disseram que no Brasil, minha terra nativa, tinha descoberto uma nova doença e que as seções das paredes do coração de brasileiros estavam a caminho para nos mostrar o novo parasita enrolado entre as fibras musculares cardíacas. Disse que era para ser um flagelado, um parente próximo da doença do sono africana, tripanosoma e do asiático tripanosoma Leishmaniose, embora as três doenças fossem totalmente diferentes, os sintomas da doença brasileira foram descritos como uma tendência para a demência, e uma falha crescente do coração (tradução do autor) (p. 55,56).

Fica claro o descobrimento de “uma nova doença” e esta vinda do Brasil. O inseto transmissor é considerado um primo do percevejo comum, “um grande besouro reduvídeo chamado pelos brasileiros de ‘barbeiro’. O besouro vive nas fendas e rachaduras de casas mal construídas do interior, e sai à noite para picar os adormecidos desafortunados” (tradução do autor) (p. 56).

No mesmo contexto, Fanstone escreve sobre o preconceito da medicina Europeia em relação aos cientistas brasileiros. “Mas em Londres nós éramos inclinados a sermos céticos” (p. 56). Fica clara a imagem criada de centro-periferia, revelando a “superioridade” europeia, nas questões culturais e políticas, das quais se percebe em relação a medicina. Contudo, apesar do preconceito, Fanstone assume o fato da descoberta dos Brasileiros, inclusive citando seus nomes e declarando o sucesso dos pesquisadores: “No



entanto, os descobridores, os Drs. Carlos Chagas e Oswaldo Cruz, foram todos muito bem” (p. 56).

Cueto e Palmer (2016) colocam que embora muitos médicos fossem da “classe dominante”, outros tinham famílias advindas das cidades da província e não na capital nacional. Carlos Chagas (1879-1933), por exemplo, cresceu em uma fazenda de café em Bom Retiro, próximo a uma cidade mineira. Depois, frequentou a Escola de Medicina no Rio de Janeiro. O resultado da pesquisa do Dr. Chagas tinha sido publicado em abril de 1909 no periódico *Brazil Médico*, informando a nova doença, o parasita que a provocava e o inseto que a transmitia.

Temos aqui, segundo Pittella (2009), um feito único na história da medicina. Revela a genialidade e ineditismo da “descoberta na história das doenças infecciosas e parasitárias,” pois “1) identificou em cerca de dois anos de trabalho uma nova doença, o agente etiológico e seu ciclo evolutivo, o modo de transmissão, o reservatório natural do parasita e reproduziu experimentalmente a doença em animais;” e “2) contrariamente ao que ocorre na história das doenças infecciosas e parasitárias, [...] ele seguiu um caminho inverso, partindo do inseto transmissor infectado para a doença por ele provocada” (p. 69). Desta forma, Fanstone (1972) escreveu, cerca de cinquenta anos mais tarde: “Estes dois renomados higienistas morreram a longo tempo.” E continua, “cinquenta anos mais tarde o Brasil ainda luta com o seu problema rural numero um – a fatal doença de chagas, e sua causal *Trypanosoma cruzi*. Nem mesmo tratamento atenuante tem sido encontrado” (tradução do autor) (p. 56).

Ao escrever sobre o processo de avaliação em ciência e a indicação de Carlos Chagas ao prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina, Pittella (2009) mostra que a primeira indicação oficial, aconteceu em 1913. Pirajá da Silva “conhecia os trabalhos de Carlos Chagas e escreveu um texto bem fundamentado sobre a descoberta da doença” (p. 70). Charles Richet (1850-1935) foi o ganhador do prêmio pelas contribuições ao estudo da anafilaxia. A indicação de Pirajá da Silva não foi avaliada, nem recomendada.

Em 1921, a segunda indicação oficial foi feita por Hilário Soares de Gouvêa (1843-1923), professor de oftalmologia e otorrinolaringologia na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, atual UFRJ. Gouvêa escreveu uma carta onde mostrou a reputação, talento, “altruísmo e dedicação de Carlos Chagas à ciência, descrevendo resumidamente a



sequência de descobertas sobre o agente transmissor, o tripanossomo, o modo de transmissão e as repercussões clínicas e anátomo-patológicas graves da doença” (p. 70). Mais uma vez, a indicação de Carlos Chagas não recebeu avaliação e recomendação pelo Comitê Nobel. Naquele ano e em 1925, não houve concessão do prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina apesar de todo procedimento para tê-lo. Dentre as razões para Chagas não ganhar o prêmio, Pittella coloca as ligações da comunidade científica internacional com membros do Instituto Karolinska e do Comitê Nobel. Estas eram “centradas quase que exclusivamente em cientistas europeus e norte-americanos, [que] influenciavam nas escolhas dos indicadores, indicados e premiados, e sobre o que era considerada realização científica na época” (p. 71).

O preconceito com os cientistas brasileiros continuava. Para o bioquímico Walter Colli, pesquisador e estudioso da doença de Chagas do Instituto de Química da Universidade de São Paulo, não há dúvida que Carlos Chagas deveria ganhar o prêmio Nobel de medicina pelo seu feito, o que não ocorreu. “Tenho a convicção de que ele não ganhou porque o Brasil está na periferia. Teria sido diferente se o mesmo trabalho tivesse sido feito nos Estados Unidos ou na Europa” (pp. 56-59), escreveu Marcolin (2009).

A descoberta de Carlos Chagas homenageou Oswaldo Cruz ao denominar o novo protozoário *Trypanosoma Cruzi*. Os feitos de Cruz foram consideráveis sendo outro médico brasileiro digno de atenção. Seja no controle da febre amarela, da peste bubônica e da tuberculose no Rio de Janeiro ou na criação do Instituto Soroterápico Federal (1900) e na capacidade de desenvolver especialidades relacionadas à saúde pública e a higiene. Cruz foi premiado no Congresso Internacional de Higiene e Demografia, em Berlim (1907), escreveu Bomeny (2015) e tratado como o “herói da nacionalidade” dentre outros reconhecimentos. Oswaldo Cruz foi um entre outros médicos brasileiros com renome internacional. Contudo, é na descrição que Fanstone faz da quinina que vemos mais claramente o desenvolvimento de curas na América Latina e o processo de colonialidade.

Enquanto realizava a validação de sua atuação médica no Brasil, (1922-1923), Dr. James Fanstone, defendeu as teses: Breve discussão sobre os meios auxiliares para a administração de quinina em casos de malária, da cadeira de terapêutica e Os alcaloides da cinchona, da cadeira de farmacologia. Em sua pesquisa (,) Fanstone revela dados interessantes sobre o preconceito de médicos europeus em relação ao conhecimento das



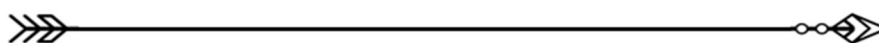
curas indígenas a partir da América Latina; a apropriação de matéria prima para medicamentos pelos Europeus; o abuso contra indígenas na extração da casca da cinchona pelos colonizadores e o enriquecimento dos europeus com a descoberta indígena em detrimento dos latinos americanos.

Começando pelas descobertas. Fanstone (s/d), quando discutindo sobre Os alcaloides da Cinchona, escreveu: “até aqui, o tratamento da malária tem sido sintetizado numa só palavra – ‘quinina’” (p.3). O estudo gira em torno dos métodos de se utilizar o alcaloide e o espaço de tempo a ser usado. Na época era reconhecida três tipos de febres, derivadas de três parasitas distintos. Destes dois exigem diferentes alcaloides da casca da cinchona. As pesquisas da época revelam que o alcaloide levorotatorio quinina trata a malária terçã maligna e o alcaloide dextrorotatorio quinidina trata especificamente o parasita da terçã benigna. O objetivo do Dr. Fanstone (s/d) foi “resumir o que se sabe atualmente a respeito das substâncias retiradas da casca da cinchona” (p. 03).

Em nota histórica sobre a quinina Fanstone (s/d) escreveu que em 1638, a condessa del Cinchon, esposa do vice-rei do Peru, atacada de febre terçã, jazia enferma na cidade de Lima. A notícia foi dada a Canizares, corregedor de Loxa, cidade situada entre os Andes, atual Equador. Embora os peruanos não conhecessem as propriedades curativas da casca da Cinchona esta era muito apreciada pelos povos mais setentrionais e “foi deles que o corregedor obteve o segredo” (p. 4).

Canizares enviou um pacote da casca da árvore à vice-rainha. De Viga, o médico oficial, consentiu com o emprego da medicação e a vice-rainha rapidamente se restabeleceu. Dois anos mais tarde a condessa voltou à Espanha e levou “grande quantidade da preciosíssima casca, a qual repartiu entre pessoas da sua terra natal, nas vizinhanças de Madrid” (p. 4). De Viga também voltou à Espanha e levou grande porção da casa que “vendeu em Madrid a cem orrales a libra” (p. 4).

De acordo com Fanstone (s/d) e confirmado por outros pesquisadores como Pollito e Tomazello Filho (2006), a condessa empregou o “remédio tão extensivamente” que durante muito tempo, o remédio ficou conhecido como “pó da Condessa” ou Pulvis Comitissae. O nome dado à árvore pelos europeus homenageava a condessa Chinchón, por isso, o gênero foi denominado Chinchona. No final do século dezessete(,) quando os jesuítas passaram a utilizar a casca da cinchona para debelar as febres, a mesma foi



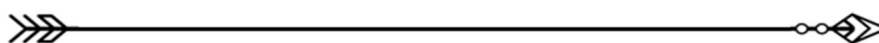
conhecida como “casca dos jesuítas”. A usurpação do nome e omissão em citar os indígenas como verdadeiros descobridores da planta são notórios. Conforme López (2013) (,) as premissas epistemológicas do pensamento ocidental a partir do século XVIII, e até mesmo antes “contribuiu para legitimar a ignorância e o silenciamento de todo conhecimento não ocidental, e o indígena não foi a exceção” (tradução do autor) (p. 316).

Não obstante o grande valor da Cinchona, como excelente remédio, passaram-se muitos anos sem seu uso generalizado. Fanstone (s/d) descreveu o preconceito dos europeus e a fúria da religião colonizadora da época quando escreveu “o fanatismo dos sábios daquela época impedia que um remédio descoberto pelos índios fosse aceito ou considerado. Os que se atreviam a ir de encontro a esses preconceitos eram alvo da perseguição religiosa” (p. 4). Desta forma, a tese de Castro-Gomez e Grosfoguel (2007) é corroborada. A colonialidade do poder no sistema-mundo faz com que os conhecimentos subalternos sejam “excluídos, omitidos, silenciados e ignorados” (tradução do autor) (p.20).

O preconceito gerava a ridicularização pelos sábios e ódio dos fanáticos e a situação só alterava quando a elite europeia se beneficiava da matéria prima. Fanstone (s/d) acentua: “Foi somente depois que um charlatão inglês conseguiu curar, por seu intermédio, muitas pessoas da alta aristocracia, e da roda elegante, que ruíram os preconceitos que o bom senso não pudera remover” (p. 4).

Segundo Fanstone (s/d) até 1868, obter a quinina a partir da cinchona dependia inteiramente da América do Sul. O produto era retirado das matas da Nova Granada, Equador, Peru e Bolívia. Os indígenas eram explorados no processo de retirada da casca. O trabalho “era árduo em extremo, acarretando grandes fadigas e sofrimento aos indígenas empregados na diligência de retirar a casca” (p. 5). Isso porque as árvores “crescem isoladas ou em pequenos grupos e têm de ser procuradas pelo perito ‘cascarillero’, ou cascador, que vai se embrenhando pelas matas, laboriosamente cortando caminho através da densa floresta, até encontrar a desejada árvore” (p. 5).

Além disso, é preciso cuidado para livrar a casca de parasitas e trepadeiras, e depois cortar tiras alongadas “até onde alcança o braço e bater de leve nos pedaços recortados até que esses se despreguem do tronco” (p. 5). Em seguida, derrubar a árvore e retirar a casca da parte superior e dos ramos sendo o tratamento a exposição aos raios do sol. Os pedaços da casca são enrolados formando canudos que constituem as quininas para o



comércio. As cascas depois de secas são colocadas em fardos ou caixotes ou de preferência em peles de boi, frescas. O peso é de 60 a 80 quilos, depois de pronta são enviadas ao litoral para a exportação.

Segundo Oliveira e Szczerbowski (2009), “a extração e exportação para a Europa era um processo tão lucrativo que o governo peruano proibiu a exportação de semente de Kina (nome indígena da árvore) para manter o controle sobre este mercado” (p. 1971). E o processo se amplia. “Ingleses e alemães contrabandearam algumas sementes e formaram novas plantações: os alemães [e holandeses] na ilha de Java, Indonésia e os ingleses na Índia e no Ceilão (Sri Lanka)” (p. 1971), onde, segundo Fanstone (s/d) se espalharam pelas “encostas do Himalaia, na Indochina, e também na ilha de Jamaica” (p. 4). As plantas contrabandeadas não eram as melhores na produção de quinina, então finalmente, escreveu Oliveira e Szczerbowski (2009), os alemães compraram “por US\$ 20,00 uma libra de sementes (453,592 g) de *Cinchona ledgeriana*, que possui a maior porcentagem de quinina e rapidamente estabeleceram plantações extensivas desta espécie, dominando o mercado mundial” (p. 1971). Uma das faces da colonialidade do poder fica evidenciada aqui e será comentada a seguir.

Pouco antes dos estudos do Dr. Fanstone no Brasil, em 1918, a grande parte “do mercado mundial era suprido pelos alemães que obtiveram enormes lucros com este comércio, enquanto o Peru e a Bolívia, de onde o medicamento foi originado, quase nada receberam” (2009, p. 1971). De acordo com Fanstone (s/d) o trabalho dos indígenas na extração era extremamente “difícil e penoso e efetuado sob condições mui desfavoráveis” (p. 5). Com isso, houve grande consumo, desperdício e dificuldade na permanência da matéria prima e o receio do esgotamento das florestas. Uma exploração violenta. Segundo López (2013), acontece uma colonialidade do saber, que tem a ver com a usurpação do conhecimento e posterior patente. Quijano (2005) comenta das duas faces da colonialidade do poder exemplificadas a partir do descrito acima.

Por um lado, a codificação das diferenças entre conquistadores e conquistados na ideia de raça, ou seja, uma supostamente distinta estrutura biológica que situava a uns em situação natural de inferioridade em relação a outros. Essa ideia foi assumida pelos conquistadores como o principal elemento constitutivo, fundacional, das relações de dominação que a conquista exigia. [...] Por outro lado, a articulação de todas as formas históricas de controle do trabalho, de seus recursos e de seus produtos, em torno do capital e do mercado mundial (p. 117).



Fanstone (s/d), então, comenta como os experimentos em Java e no Hindostão puderam ter uma produção e aproveitamento melhor do produto sem precisar derrubar as árvores.

A título de reflexão, a pergunta que se levanta é: Será que a América Latina teve um papel imitativo e passivo em relação à medicina ocidental? Cueto e Palmer (2016) colocam, “sabemos que certas práticas que estão no centro da tradição médica ocidental – como o uso de quinino para tratar a febre da malária, por exemplo – vem da América Latina” (p. 18). Assim grupos indígenas introduziram a casca da árvore da quina em suas práticas de cura e rituais. Eles foram os primeiros a explicá-las aos colonizadores que a introduziram na farmacopeia europeia, segundo López (2013), evidenciando colonialidade do saber, utilizando indevidamente, descobertas de outros. As questões são complexas, conforme sinalizam Cueto e Palmer (2016), contudo, pelo que vimos nos relatos do Dr. Fanstone (s/d), Oliveira e Szczerbowski (2009), e Pollito e Tomazello Filho (2006), a descoberta da matéria prima é indígena e o desenvolvimento dos medicamentos não foram feitos somente por estímulos externos.

Para pensar em médicos brasileiros de destaque, podemos citar ainda o próprio Dr. James Fanstone que sobressai na história da medicina regional. Ao chegar em Goiás, entrevista dois médicos da região, Genserico Gonzaga Jayme e Alarico visando obter um retrato mais preciso da medicina na região. Segundo Alarico: “Uma vez, há algum tempo atrás, [...] estávamos em consulta sobre um caso de ‘Nó nas tripas’”, obstrução intestinal aguda. Alarico continuou: “Nós consideramos o caso para a operação de uma e outra maneira, até que, finalmente, percebemos que não tínhamos nem o equipamento nem a habilidade de operar.” A conclusão: “Deixamos o homem morrer”. De fato, concluiu o Dr. Alarico, “em todos os anos de minha prática no estado de Goiás eu não me lembro de ninguém ter sido operado” (p. 70).

Assim, Fanstone (1972) escreveu em seu relato memorialista: você não pode imaginar que eu fui embora com o desejo de construir “um hospital e iniciar a cirurgia naquela vasta área no coração do Brasil” (p. 70), muitas vezes, o tamanho da Grã-Bretanha e com uma população de meio milhão de almas, onde, algo tão simples como uma cirurgia de apendicite não tinha sido realizada.



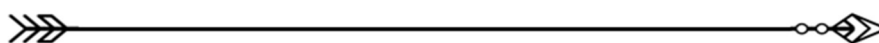
Segundo Godinho (2014), em 1925, o médico James Fanstone comprou uma casa na rua desembargador Jaime, em Anápolis e adaptou-a para o uso médico. E em 1927 “criou o primeiro hospital moderno e particular do estado, o Evangélico Goiano” (p. 61). Na cidade não havia estrada de ferro, nem um carro sequer, não havia luz elétrica, saneamento básico, açougue, padaria, matadouro, cimento, dentre muitas outras coisas que faltavam. Fanstone (1972) registrou, antes mesmo do hospital ser construído, a primeira operação foi realizada numa mesa da cozinha, um caso de obstrução intestinal. No pequeno local que improvisamos operamos numerosos casos com sinal de sucesso.

Nas palavras de Friedmann (1955), Fanstone era um médico diferente. “A todos atendia com a mesma solicitude” (p. 128). Além disso, segundo Feitosa (2002), o Hospital Evangélico Goiano, “não atua somente em suas dependências, mas várias clínicas são oferecidas à população carente” (p. 55). E para atender a demanda que só aumentava, Fanstone precisou estabelecer uma escola de Enfermagem. Segundo, Medeiros, Tipple e Munari (2015), o ensino da Enfermagem no Brasil surge no final do século passado num confronto de poderes entre Estado, igreja e medicina. Em 1923, foi criada e institucionalizada a Enfermagem por meio da Lei Federal 775 e pela luta da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas.

Segundo Matos (2011), em agosto de 1933, foi fundada a Escola de Enfermagem Florence Nightingale na Rua Antônio Carlos, atual Manoel D’Abadia, anexo ao HEG, sendo o Dr. Fanstone o fundador e diretor até 1937. O reconhecimento estadual se deu em 1937 e o federal dez anos depois quando foi considerada Escola de Nível superior (1947). Segundo Feitosa (2002), “Dr. James Fanstone organiza o Hospital Evangélico Goiano que não atua somente em suas dependências, mas várias clínicas à população carente são oferecidas” (p. 55). Havia a interconexão imperiosa do ethos protestante trabalhando a integralidade da existência contemplando o “material e espiritual” de forma “intermitentemente ligados, não vendo nenhuma dissociação de nenhum desses elementos em sua vida” (Weber, 2002, p. 83). Segundo Feitosa (2002) “havia quatro clínicas externas por semana; duas para leprosos e duas para os pobres” (pp. 67,68).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em todos os elementos da cultura e da política na América latina pode-se perceber os processos da colonização e após a Segunda Guerra da colonialidade. Entre os



elementos da cultura encontra-se a medicina. Refletir sobre estes processos é perceber que os saberes da saúde e doença pré-colombianos, indígenas e africanos foram, em parte, explorados, adaptados e comercializados. O que permanece hoje foi hibridizado com conhecimentos locais mais a medicina africana, europeia, norte americana e até mesmo asiática. A decolonialidade do poder e do saber visa questionar as bases do conhecimento atual da medicina, mas também resgatar o conhecimento local pré-colombiano e mesmo colonial, inclusive fazendo uma releitura do que é saúde e doença em nosso contexto vivencial.

REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, Nicolaz S. El debate inagotable. **Revista de Indias** 58. 227, 2003. p. 9-18.

AZEVEDO, Nara. CRUZ, Oswaldo. **Médico, Cientista e sanitaria** [s/d]. Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/CRUZ,%20Oswaldo.pdf>. Acesso 15 jun. 2017.

BACCI, Massimo Livi. Las multiples causas de la catástrofe: consideraciones teóricas y empíricas. **Revista de Indias**, 58, 227. 2003, pp. 31-48.

BADINELLI, Isaac Facchini. **Saúde e Doença no Brasil Colonial**: Práticas de cura e uso de plantas medicinais no Tratado Erário Mineral de Luís Gomes Ferreira (1735). Monografia de graduação em história. Florianópolis, Univerisade Federal de Santa Catarina, 2014.

BALLESTRIN, Luciana. América Latina e o Giro decolonial. **Revista Brasileira de Ciência Política**, nº11. Brasília, maio - agosto de 2013. pp. 89-117.

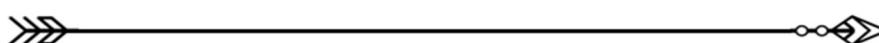
BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. pp. 25-50.

BOMENY, Helena. **Médicos Intérpretes do Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2015.

CARVALHO, Heliel Gomes de. **James Fanstone**: Protestantismo, medicina como vocação e legado social na Fronteira Goiás na Primeira Metade do Século XX. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente. Anápolis: Universidade Evangélica de Goiás, 2015.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago de. **La Hybris del punto cero**: ciência, raza e liustracion em la Nueva Granada (1750-1816). Bogotá: Editorial Pontificia Universidade Javeriana, 2005.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago de y GROSGOUEL, Ramón. **El giro decolonial**: reflexiones par auna diversidad epistémica más allá del capitalismo global/compiladores. Bogotá: Siglo del Hombre Editores/Instituto Pensar, 2007.



CUETO, Marcos e PALMER, Steven. **Medicina e Saúde Pública na América Latina.** Uma história. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016.

FANSTONE, James. **Breve discussão sobre os meios auxiliares para a administração de quinina em casos de malária.** Faculdade de Medicina de Bello Horizonte. São Paulo: Imprensa Methodista, s/d.

FANSTONE, James. **Missionary Adventure in Brazil:** the Amazing Story of the Anapolis Hospital, with Reminiscences by Its Founder Dr. James Fanstone, O.B.E. Edited by His Sister Baird [B.B. Smith]. England. Errey's Printer, 1972.

FANSTONE, James. **Os alcalóides da chinchona.** These apresentada a faculdade de Medicina de Bello Horizonte. Cadeira de Farmacologia. São Paulo: Imprensa Methodista, [s/d].

FEITOSA, João Marcos. **A Influência evangélica na Sociedade Anapolina.** [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião. Goiânia: PUC, 2002.

FRIEDMANN, João. **Anápolis:** Guia Prático de Anápolis. Anápolis: Governo Municipal, 1955.

GODINHO, Iuri Rincon. **História da Medicina em Goiás.** Do séc XVIII aos dias de hoje. Goiânia: Contato comunicações, 2014.

HARVEY, H. R. **Puclic Health in Aztec society.** Bulletin of the new York, Academy of Medicine, 1981. pp. 157-165.

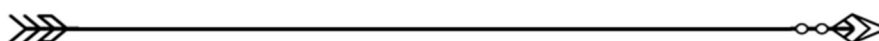
LÓPEZ, Pedro Garzón. **Pueblos indígenas y decolonialidad.** Sobre la colonización epistemológica occidental. Vol 10, no 22, mayo-agosto, 2013, pp. 305-331.

MAGALHÃES, Sonia Maria de. Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara: assistência e saúde em Goiás ao longo do século XIX. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, vol. 11(3): Set/Dez. 2004. pp. 661-683.

MARCOLIN, Neldson. **CHAGAS, há 100 anos o medico brasileiro descobria o ciclo completo da doença que leva seu nome.** Pesquisa Fapesp, ed. 163, setembro de 2009. Disponível em: <<http://revistapesquisa.fapesp.br/2009/09/01/chagas-2/>>. Acesso realizado em 10 jun 2017.

MATOS, Sandra Correa. A visibilidade evangélica no meio social Anapolino. In: Museu Histórico Alberico Borges de Carvalho. **Caderno de pesquisas.** Ano 2, no 2, Anápolis-GO, 2010, Goiânia: Kelps, 2011.

MEDEIROS, Marcelo; TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga; MUNARI, Denize Bouttelet. A Expansão das Escolas de Enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** 2008;10(1), disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista1_1/Escolenf.html>. Acesso realizado em 22 maio 2015.



MIGLIEVICH-RIBEIRO, Adelia. Por uma razão decolonial. Desafios ético-político-epistemológicos à cosmovisão moderna. **Civitas**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, jan.-abr. 2014. pp. 66-80.

MIGNOLO, Walter. El pensamiento decolonial: desprendimiento y apertura. Un manifesto. In: CASTRO-GÓMEZ, Santiago y GROSFUGUEL, Ramón. **El giro decolonial Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global**. Bogotá: Siglo del hombre Editores/Instituto Pensar, 2007.

NASCIMENTO, Eric L. M. do, et al. A medicina e as manifestações religiosas: uma relação através da história. XV Safety, **Health and Environment World Congress**. July 19-22, Porto, 2015. pp. 384-388.

OLIVEIRA, Alfredo R. M. de e SZCZERBOWSKI, Daiane. Quinina: 470 anos de história, controvérsias e desenvolvimento. **Quim. Nova**, Vol. 32, no 7, 1971-1974, 2009.

PADILLA, Analicia Hinojosa. La medicina en el México colonial. In: PEREIRA, A.L.; PITA, J.R. **Rotas da natureza**. Cientistas, viagens, expedições e instituições. Coimbra: universidade de Coimbra, 2006.

PITTELLA, José Eymard Homem. O processo de avaliação em ciência e a indicação de Carlos Chagas ao prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 42(1):67-72, jan-fev, 2009.

POLLITO, Percy A. Z. e TOMAZELLO FILHO, Mario. Cinchona amazonica Standl. (Rubiaceae) no estado do Acre, Brasil. **Boletim Museu Paraense Emílio Goeldi**. Ciências Naturais, Belém, v. 1, n. 1, p. 9-18, jan-abr. 2006.

PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê (Orgs.). **Na Corda Bamba de Sombrinha: A saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC, 2010.

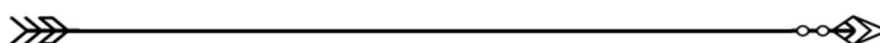
PORTUGAL, Ana Raquel, e HURTADO, Liliana Regalado de. (Orgs.). **Representações culturais da América indígena**. [online]. São Paulo: Editora UNESP/Cultura Acadêmica, 2015.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Edgardo Lander (org.). Colección Sur Sur, Clacso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Setembro de 2005, pp. 227-178.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Unesp, Abrasco, 1994.

VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho. **As práticas e os saberes médicos no Brasil Colonial (1677–1808)**. [Dissertação de Mestrado] Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Franca, 2012.

WALSH, Catherine. Interculturalidade crítica e pedagógica decolonial: in-surgir, re-surgir e re-viver. In: CADAU, Vera Maria (Org.) **Educação Intercultural na América Latina: entre concepções, tensões e propostas**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009, p. 12-42.



WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. 15.ed. São Paulo: Pioneira, 2000.

