

Saberes em disputa: um estudo de caso em Santa Maria (1918)

Knowledge in dispute: a case study in Santa Maria (1918)

Fabiane Cunha

Mestranda em História

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

fabiane.pacheco@acad.ufsm.br

Recebido: 09/08/2025

Aprovado: 12/12/2025

Resumo: Neste artigo é feito um panorama bibliográfico sobre a história da doença e dos diferentes entendimentos acerca do adoecer, destacando a reação do saber médico ao curandeirismo em Santa Maria nos séculos XIX e XX. A análise prioriza o contexto em que, na hora da chegada da pandemia de gripe espanhola a Santa Maria, RS, em 1918, a região estava envolvida em disputas em torno da saúde, da higiene e da legitimação da medicina. Analisa o contexto higiênico do processo de urbanização e as medidas adotadas pelas autoridades, que muitas vezes ignoravam as concepções de grupos populares. Por fim, examina a forma como a imprensa local, durante a gripe espanhola, manifestou aversão ao curandeirismo e valorizou a medicina oficial.

Palavras-chave: Curandeirismo; medicina; gripe espanhola.

Abstract: This article presents a bibliographical overview of the history of disease and the different understandings of illness, highlighting the response of medical knowledge to folk healing practices in Santa Maria during the nineteenth and twentieth centuries. The analysis prioritizes the context in which, at the moment the Spanish flu pandemic reached Santa Maria, RS, in 1918, the region was already immersed in disputes concerning health, hygiene, and the legitimation of medicine. It examines the hygienist context of the urbanization process and the measures adopted by local authorities, which often disregarded the conceptions held by popular groups. Finally, it explores how the local press, during the Spanish flu, expressed aversion to folk healing and upheld official medicine.

Keywords: Folk healing; medicine; spanish flu.

Introdução

Por muito tempo temas como saúde e doença permaneceram sob o domínio exclusivo dos médicos que, interessados em historicizar sua profissão, “construíram uma narrativa que celebrava a ciência médica, heroizava o papel do médico e projetava uma visão otimista do progresso científico” (Souza, 2007, p. 23). Progressivamente, a ampliação do leque de estudos proporcionada pela *Escola dos*

*Annales*¹ garantiu a existência de uma história das doenças, da morte, do corpo e das emoções. Esses novos temas ganharam espaço no contexto brasileiro da segunda metade do século XX, marcado tanto por progressos da medicina, quanto pelo enfrentamento de novas doenças, como a AIDS. Esses fatores tornaram as pesquisas em saúde uma tendência crescente ao longo dos anos 1970 e 1980 (Souza, 2021, p. 70).

Nesse período, há estabelecimento do campo da História da Saúde e das Doenças feito por historiadores e demais profissionais das Ciências Humanas no Brasil com a finalidade de entender o adoecimento em sociedade, deixando de ser um assunto estritamente tratado por memorialistas e profissionais da saúde, passando a incorporar um ponto de vista científico e social, para além do biológico. A construção de um campo que estude a relação humana e cultural com as doenças é relativamente recente, mas já apresenta análises de epidemias e pandemias próximas, como a Covid-19, além de pandemias anteriores, como a gripe espanhola.

Em 1918, quando a pandemia de gripe espanhola chegou a Santa Maria (região central do Rio Grande do Sul), a cidade estava inserida em um contexto regional de disputas em torno da saúde, da higiene e da legitimação da medicina como prática de cura que supunha mais eficaz. As disputas em torno da afirmação da medicina acadêmica sobre outras práticas tidas como “charlatãs” marcaram o início do século XX.

A ascensão da influência dos médicos diplomados não foi imediata nem natural, procurando a deslegitimação legal dessas outras práticas para que pudessem se impor. De acordo com a historiadora Beatriz Teixeira Weber (1999), o estado do Rio Grande do Sul não respaldava a medicina e tampouco criminalizava outras práticas terapêuticas, em defesa da liberdade individual proposta pelo governo do Partido Republicano Rio-Grandense (PRR), firmado em preceitos positivistas. Mesmo em estados onde as práticas médicas eram legitimadas institucionalmente, é possível afirmar que a medicina foi amplamente contestada diante da incapacidade científica em conter o avanço da doença e dos óbitos. Esse é um fenômeno comum diante de epidemias e pandemias pois “colocam em xeque a eficiência

¹ A Escola dos Annales foi um importante movimento originado na França, no início do século XX, com inovações significativas nos métodos de pesquisa e abordagem histórica. Essa corrente rejeita a narrativa da História Tradicional, propondo novas fontes e novos estudos voltados ao cotidiano, ao corpo e às mentalidades.

dos poderes públicos, evidenciam os limites da medicina, revelam o estado de saúde coletiva, a infraestrutura do serviço de saúde pública e dos cuidados com a saúde” (Souza, 2021, p. 83).

Nesse cenário, nem sempre a ciência médica ganhava. A contestação dos médicos em situações epidemiológicas também promoveu a busca de métodos tradicionais, nunca abandonados, pois questionava-se a ciência pela sua ineficiência. Em 2020, praticamente um século depois, a incidência da pandemia de Covid-19, mobilizada em uma campanha irracionalista calcada no negacionismo por parte do governo federal, também desestimulou as certezas na ciência. Métodos de cura anticientíficos ascenderam, estimulados pelo então presidente Jair Bolsonaro e até por médicos, que recomendavam o tratamento profilático com Hidroxicloroquina (entre outros). Provada ineficaz cientificamente e com efeitos colaterais indesejáveis, o medicamento foi objeto de disputa político-ideológica (Souza, 2021).

Considerando a atualidade de disputas em torno da cura, este trabalho propõe tratar o tema a partir da pandemia de gripe espanhola em Santa Maria, para isso, também discute o campo e as formas de compreensão da doença. Embora, em nosso cotidiano, a doença esteja ligada a arcabouços simbólicos familiares, como em ditados ou costumes, muitas vezes não a compreendemos fora do seu aspecto estritamente biológico. Para que comecemos a desnaturalizá-la, pelo menos de forma inicial, proponho neste artigo um panorama dividido em três tópicos. O primeiro situa brevemente o Campo da História da Saúde e das Doenças. Já o segundo tópico considera noções culturais acerca da doença para sociólogos e antropólogos. Por fim, há a apresentação do cenário de disputas em torno da legitimação dos saberes médicos em Santa Maria entre o século XIX e XXI.

O campo de história da saúde e das doenças

O movimento precursor do estudo das doenças parte da *coleção História: novos problemas, História: novos objetos e História: novas abordagens* – organizada pelos historiadores franceses Jacques Le Goff e Pierre Nora (publicados no Brasil em 1976) assinado por Jean-Pierre Peter e Jacques Revel. O artigo, intitulado *O corpo: o homem doente e sua história*, coloca-se como um ponto de partida para a observação das doenças e sua interação com os humanos:

[...] a doença é quase sempre um elemento de desorganização e de reorganização social a esse respeito ela torna frequentemente mais visíveis as articulações essenciais do grupo, as linhas de força e as tensões que o traspassam. O acontecimento mórbido pode ser o lugar privilegiado de onde melhor observar a significação real dos mecanismos administrativos ou das práticas religiosas, as relações entre poderes, ou a imagem que uma sociedade tem de si mesma (Revel; Peter, 1976, p. 144).

Este texto é fundamental para a abordagem histórica das doenças, que seria posteriormente ampliada pela obra *As Doenças Têm História* (1985). Nessa publicação, Jacques Le Goff sustenta que “a doença pertence à história, em primeiro lugar, porque não é mais do que uma ideia, um certo abstrato numa complexa realidade empírica, e porque as doenças são mortais” (1985, p. 7). Assim, estudos que antes estavam associados a uma história de cunho memorialista e positivista passaram a integrar a Nova História², incorporando pesquisas sobre os sentidos e as representações atribuídos às enfermidades por diferentes grupos e indivíduos, além de examinar as relações e concepções sobre a doença e o doente, ultrapassando a visão patológica.

Ao longo do século XX, diferentes pensadores internacionais refletiram sobre a saúde e suas implicações sociais, entre eles o norte-americano George Rosen e o francês Michel Foucault. A historiadora Nikelen Witter (2007, p. 150) destaca a obra clássica de Rosen (1958), na qual o autor sustenta que a saúde pública está profundamente vinculada à centralização do poder estatal. Nesse sentido, caberia ao Estado assumir a responsabilidade pelo bem-estar e pela saúde da população. Sua visão, descrita como “progressista, linear e otimista”, valoriza as descobertas científicas e atribui papel central aos indivíduos que, de forma ativa, buscaram prevenir doenças e melhorar as condições sanitárias. Por essa razão, Dorothy Porter (1994) identificou Rosen criticamente como representante da vertente “heroica” da historiografia da medicina, pois este atribui um papel heroico aos que buscaram de forma ativa melhorar a saúde e prevenir doenças, exaltando-os.

Em contraposição, Foucault, crítico dessa abordagem, inseriu a medicina em um sistema disciplinar mais amplo, voltado ao controle e à normatização dos comportamentos, produzindo para isso saberes, instituições e práticas de vigilância (Witter, 2007, p. 150). Essa leitura foi classificada por Porter como “anti-heroica”, justamente por deslocar o foco do heroísmo individual para as engrenagens de poder que estruturam a prática médica, estando em “um complexo sistema disciplinar que buscava controlar, vigiar e normatizar os comportamentos, produzindo para isso saberes, seres e instituições” (Witter, 2007, p. 150).

No Brasil, as primeiras pesquisas de fôlego sobre História da Saúde, da Doença e da Medicina receberam forte influência do pensamento foucaultiano. Entre os principais nomes estão o filósofo

² A Nova Escola é uma abordagem historiográfica que surgiu nos anos 1970, fazendo parte da terceira geração *da Escola dos Annales*. Suas principais características são a ampliação na possibilidade de fontes e nos objetos de pesquisa, além do foco na subjetividade das experiências históricas. Suas contribuições serviram como importante propulsor de pesquisas voltadas às doenças e outros aspectos cotidianos inerentes aos sujeitos históricos.

Roberto Machado et al. (1978) e o psiquiatra Jurandir Freire Costa (1989). Esses autores utilizaram o conceito de higiene para investigar o discurso médico sobre o corpo e a organização familiar, bem como as estratégias para discipliná-los.

Alinhado à vertente anti-heroica, Machado et al. analisa a medicina higiênica emergente no século XIX como instrumento de intervenção na saúde coletiva, capaz de enfrentar problemas sanitários e arquitetônicos e regular a circulação de pessoas e mercadorias. Embora tais ações pudessem parecer benéficas, para o autor, isso “defende e justifica uma sociedade medicalizada, lutando por uma posição em que o direito à educação, a política, a moral, seriam condicionadas ao seu saber” (Machado et al, 1978, p. 194).

De forma complementar, Costa (1989, p. 36) interpreta a atuação dos médicos-higienistas como parte de um esforço para converter a população à nova ordem urbana moderna, afastando hábitos coloniais considerados obstáculos ao progresso. Ocupando posições estratégicas nos órgãos de saúde, esses profissionais se inseriam no núcleo familiar por meio de normas e orientações, moldando um modelo ideal de família. Esta, “deixar-se-ia manipular acreditando-se respeitada; abandonaria antigos privilégios em troca de novos benefícios, auto-regular-se-ia, tornando cada um dos seus membros, num agente da saúde individual e estatal” (Costa, 1989, p. 63). Para o autor, havia uma relação de troca entre Estado e Medicina: o Estado obtinha, de maneira não violenta e menos dispendiosa, a adesão da população a padrões higiênicos aceitáveis, enquanto a Medicina ampliava seu poder de normatizar e reorganizar o espaço social, sendo um sustentáculo de seu poder.

Alojados em instituições cuja capacidade de influir nas decisões do Estado e do capital foi muito menor do que supõem os historiadores de viés foucaultiano, os higienistas, ainda assim, contribuíram para que fossem promulgadas as primeiras leis regulando o crescimento da cidade. Ainda que não tenham conseguido deter as epidemias, ajudaram a promover mudanças, às vezes substanciais, tanto nos padrões de sociabilidade como nas formas de organização do espaço (Benchimol, 2018, p. 188).

A partir dos anos 1980 e 1990, uma historiografia mais recente, sem desconsiderar as contribuições foucaultianas, passa a submeter seus grandes “esquemas explicativos” a análises situadas, buscando verificá-los em contextos específicos. Assim, abdicando delas diante da inaplicabilidade a partir das fontes, para conseguir alcançar realidades específicas (Witter, 2007, p. 153). Sobre essa concepção, novos trabalhos surgiram baseados na exploração documental e alicerçados nas ideias de

Edward Palmer Thompson, buscando uma História “vista de baixo”, isto é, dando destaque às percepções das pessoas comuns sobre os acontecimentos.

No que tange a História da Saúde e das Doenças, o direcionamento no cotidiano das “pessoas comuns” e em suas experiências serviu como norte para se pensar a forma com que as pessoas lidam com determinadas situações nas quais são inseridas e a forma com que reelaboram suas experiências:

A experiência não espera discretamente, fora de seus gabinetes, o momento em que o discurso da demonstração convocará a sua presença. A experiência entra sem bater à porta e anuncia mortes, crises de subsistência, guerra de trincheira, desemprego, inflação, genocídio. Pessoas estão famintas: seus sobreviventes têm novos modos de pensar em relação ao mercado. Pessoas são presas: na prisão pensam de modo diverso sobre as leis. Frente a essas experiências gerais, velhos sistemas conceituais podem desmoronar e novas problemáticas podem insistir em impor sua presença (Thompson, 1981, p. 17).

Na perspectiva de uma “história vista de baixo”, o historiador Sidney Chalhoub (1996) trouxe contribuições importantes para se pensar o espaço urbano e as doenças que circulavam ali. Ao trabalhar o conceito de Ideologia da Higiene que incidiria sobre as chamadas “classes perigosas”, ou seja, as “classes pobres”, o historiador usou como ponto de partida a narrativa da destruição do mais famoso cortiço carioca, o “Cabeça de Porco”, visto como um “valhacouto de desordeiros” pelas autoridades da época (Chalhoub, 1996, p. 16). Esses lugares significavam não somente um risco para a ordem pública e para a moral do trabalho, mas também um perigo de contágio de patologias no sentido literal:

Os intelectuais-médicos grassavam nessa época como miasmas na putrefação, ou como economistas em tempo de inflação: analisavam a "realidade", faziam seus diagnósticos, prescreviam a cura, e estavam sempre inabalavelmente convencidos de que só a sua receita poderia salvar o paciente. E houve então o diagnóstico de que os hábitos de moradia dos pobres eram nocivos à sociedade, e isto porque as habitações coletivas seriam focos de irradiação de epidemias, além de, naturalmente, terrenos férteis para a propagação de vícios de todos os tipos (Chalhoub, 1996, p. 29)

Assim, a Higiene como ideologia se tornaria um instrumento de condução do país para a “verdadeira” civilização e progresso. Chalhoub informa que ela criaria um modelo de “aperfeiçoamento moral e material” através da suposição de que era possível fazer ciência de maneira neutra e gerir os problemas sanitários da cidade. Quando, na verdade, buscava-se emular a “civilização europeia nos trópicos” enquanto continuava a “fazer política deslegitimando o lugar da política na história” (1996, p. 35). Entretanto, a população não assistiu ao autoritarismo dos médicos-higienistas e sanitaristas passivamente.

Diversos estudos têm se dedicado a examinar os problemas urbanos da capital brasileira durante a República, problemas esses que, vistos em retrospectiva, remontam a um processo de crescimento acelerado iniciado em 1763, quando o Rio de Janeiro se tornou capital dos vice-reis para assegurar o controle do ouro no Sudeste. Esse ritmo se intensificou no início do século XIX, com a chegada da família real portuguesa e, posteriormente, com a elevação da cidade à condição de capital do Império após a Independência.

A partir de meados do século XIX, o Rio de Janeiro experimentou a expansão de seu território com a criação de novos bairros, os quais, contudo, não conseguiram absorver a crescente massa de trabalhadores urbanos. Essa população, descrita por Benchimol (1992, p. 317) como “uma numerosa multidão de ‘pés descalços’ que constituía o heterogêneo e flutuante ‘proletariado carioca’”, vivia e trabalhava, em sua maioria, nas áreas centrais da cidade.

Os cortiços constituíam a principal forma de moradia dessas multidões. Eram, em geral, construções de alvenaria, mas com estruturas precárias, situadas em áreas centrais e insalubres, sem tratamento adequado. Essas habitações eram alvo de preocupação de governantes e médicos higienistas pela concentração de moradores, que causariam epidemias. A ficção do naturalista Azevedo constrói o cenário que preocupava:

[...] as casinhas do cortiço, à proporção que se atamancavam, enchiam-se logo, sem mesmo dar tempo a que as tintas secassem. Havia grande avidéz em alugá-las; aquele era o melhor ponto do bairro para a gente do trabalho. Os empregados da pedreira preferiam todos morar lá, porque ficavam a dois passos da obrigação (Azevedo, 1997, p. 13).

A febre amarela, citada em momentos dramáticos no livro de Azevedo, é uma dessas epidemias, chegando a se estimar que tenha matado cerca de 15 mil pessoas (Chalhoub, 1996, p. 61). De acordo com Benchimol (2018), na segunda metade do século XIX, a febre amarela se tornou uma questão sanitária nacional e criou divergências entre os defensores da ciência (higienistas), e defensores de explicações religiosas que a viam como castigo divino a ser curado com rezas.

Além da febre amarela, a varíola também repercutiu bastante. Em 1904, motivada pelo decreto que tornava obrigatória a vacinação contra a doença, eclodiu a Revolta da Vacina como um símbolo de resistência popular. A questão não era a eficácia da vacina ou a epidemia em si, mas a construção de um discurso radical sem espaço para instrução da população, negando a individualidade na busca

do progresso (Schwarcz, 1993, p. 227). Assim, desconsiderando as noções populares acerca de seus próprios corpos e práticas de cura.

Diante disso, aquelas pessoas viam “as concretizações da modernidade burguesa como símbolos de um poder opressivo, e por isso foram alvos de sua fúria, tanto quanto a vacina” (Benchimol, 2018, p. 205). Fenômeno perceptível nos seus entendimentos da ciência médica expressos em jornais operários, por exemplo, o de que a vacinação e recomendações de descanso, isolamento e higiene quando se trabalhava até a exaustão e se morava em “chiqueiros” de nada serviam (Bertucci, 2020, p. 8). Para os trabalhadores, a medicina não os atendia, já que esses não podiam usufruir dela, sendo apontados como causadores dos males sanitários e sendo afastados constantemente do centro.

O entusiasmo científico que marcou a virada do século XX, impulsionado pela chamada Revolução Pasteuriana — decorrente da compreensão do papel dos micróbios na transmissão de doenças e da conseqüente possibilidade de desenvolver exames, soros e vacinas específicas para o controle de epidemias — revelou-se passageiro. Durante a Primeira Guerra Mundial, a pandemia de gripe espanhola colocou à prova os conhecimentos dos microbiologistas diante dos vírus “invisíveis” e evidenciou a precariedade dos serviços sanitários e hospitalares em diversos países (Benchimol, 2018, p. 206).

Os desdobramentos dessa crise se traduziram em reformas que se estenderam pelas primeiras décadas do século XX, buscando melhorar as condições de saúde pública e o saneamento urbano. Gilberto Hochman (1998) denomina as décadas de 1910 e 1920 como a “era do saneamento”, marcada por medidas como a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola, a criação de uma Justiça Sanitária e a instituição da notificação compulsória de doenças, dispositivos que ampliaram significativamente o poder coercitivo do Estado. No início do século XX, em um mundo cada vez mais interligado, as doenças transmissíveis tornaram-se tema central justamente pela interdependência social e espacial que caracterizava sua disseminação. Para Hochman (1993), essa interdependência estabelece um vínculo direto entre indivíduos e suas ações: em uma epidemia, condutas pessoais podem adquirir alcance coletivo, transformando os infectados em potenciais transmissores e, portanto, em ameaça à coletividade.

Esse raciocínio reforçou a ideologia da higiene, que ganhou força no Brasil no início do século XX, quando a noção predominante era a de que apenas eliminando os males que comprometiam a saúde seria possível concretizar o projeto de construção da nacionalidade. Entretanto, tal ideal não incluía de forma acolhedora as chamadas “classes perigosas”, mas pretendia “curá-las” de supostas doenças associadas a fatores raciais (Schwarcz, 1993).

Hochman (1993, p. 51) ressalta que não foram as endemias rurais que impulsionaram mais fortemente o movimento pelo “saneamento do Brasil”, mas sim uma epidemia urbana: a gripe espanhola. Ela expôs, de forma incontornável, as consequências da crescente interdependência social, demonstrando que soluções restritas a espaços específicos seriam ineficazes e que apenas estratégias mais amplas poderiam conter crises dessa escala.

Pensando o termo “doença”

A compreensão social da doença e da morte não se limita a aspectos médicos, mas envolve significados simbólicos que variam conforme o tempo, o lugar e a cultura. Ao longo da história, diferentes enfermidades despertaram reações e representações distintas, moldando não apenas as formas de enfrentamento, mas também os modos de perceber o risco, o sofrimento e a perda.

É nesse contexto que se inserem as distinções dos sentidos atribuídos às doenças crônicas e às doenças infecciosas. As sociólogas Claudine Herzlich e Janine Pierret, em 1984, associaram a doença crônica e individual, ao âmbito privado; e a doença infecciosa, como as epidemias, como incidentes na esfera pública, cada uma dessas, se revestindo de significados distintos de morte e estigma em cada época (Nascimento, 2005). As interpretações culturais sobre a morte também variam significativamente. Viveiros de Castro (2002) observa que, para certos grupos, é mais valoroso participar da morte através de rituais simbólicos de vingança honrosa do que sucumbir em decorrência de uma doença. Segundo o autor, a vingança funciona como um elemento essencial para a construção coletiva de sentido e memória nas relações com o outro, mantendo a continuidade da identidade social. Assim, morrer pelas mãos de um inimigo é considerado uma morte honrosa para o indivíduo e uma afronta ao seu grupo, estabelecendo uma imortalidade simbólica por meio da relação de vingança com o grupo adversário (2002, p. 234).

[...] sua morte é honrada, e que mais vale morrer assim do que em sua casa, de alguma doença contagiosa, pois, dizem eles, não podemos nos vingar da morte, que ofende e mata os homens, mas podemos vingar aqueles que foram mortos e massacrados no trato da guerra (Thevet, 1551, p. 196, *apud* Viveiros de Castro, 2002, p. 233).

Em consonância, o antropólogo Marshall Sahlins (2003), ao analisar o encontro entre os havaianos e o capitão Cook, aponta que a morte não pode ser entendida biologicamente, como na busca de seu diagnóstico intestinal de Cook, mas no significado criado no esquema cultural onde ocorre. Assim, ações e condições como a morte só ganham sentido histórico quando se tornam culturalmente significativas, ou parte de uma “sequência ritual”, uma “metáfora histórica de uma realidade mítica” de um evento que, ainda que anual, era único. A perspectiva do autor evidencia a importância de considerar não somente o fato em si, mas também o simbolismo que ele adquire no contexto cultural em que ocorre, sendo um importante norte para pensar o adoecimento.

Nesse sentido, Sahlins (2003, p. 143) chama atenção para a compreensão do evento “como ação individual e como representação coletiva”. Da mesma forma, Herzlich e Pierret (1984) ao estudarem as representações da doença entendem que “o indivíduo doente, em toda parte e em cada época, é doente aos olhos da sociedade, em função dela e segundo as modalidades por ela fixadas” (Herzlich; Pierret, 1984, *apud* Nascimento, 2005, p. 39). Assim, para captar um evento, “seria insuficiente assinalar que certas pessoas agiram de certos modos, a não ser que soubéssemos o significado dessas ações” (Sahlins, 2003, p. 144).

Os acontecimentos históricos não apenas atualizam representações pré-existentes, mas também contribuem para sua reconfiguração dinâmica. Herzlich e Pierret (1984) consideram que em momentos epidêmicos, sendo esses marcados por um elevado número de vítimas, pela impotência diante da morte e pela marginalização dos pacientes, o significado e explicação para a mortalidade pode se transformar: o que em uma época era visto como punição divina, em outra, pode gerar revolta, medo e discriminação (Nascimento, 2005, p. 32).

Nesse sentido, a morte e a doença são vivências que não podem ser vistas como experiências universais e estáticas, pois cada cultura as inventa e elabora a partir de seus próprios repertórios de sentido. Suas singularidades, no entanto, foram pouco consideradas na construção da ciência ocidentocêntrica. A vivência do corpo e dos fenômenos vividos neles possuem valorização particular no pensamento ocidental, sendo central para a ordem social, onde a biologia é construtora de diferenças e hierarquias sociais.

De fato, na experiência ocidental, a construção social e o determinismo biológico têm sido dois lados da mesma moeda, uma vez que ambas as ideias continuam se reforçando mutuamente. Quando categorias sociais como gênero são construídas, novas biológicas da diferença podem ser inventadas. Quando as interpretações biológicas são consideradas convincentes, as categorias sociais extraem sua legitimidade e poder da biologia. Em suma, o social e o biológico se retroalimentam. A biologização inerente à articulação ocidental da diferença social não é, no entanto, universal (Oyèwùmí, 2021, p. 37).

Ao longo do tempo, mesmo em um mesmo espaço, tais significados se transformam através da criação diferenciante, construindo novas relações de sentido. Assim, usando um símbolo de modo diferenciante, por exemplo, uma metáfora, surge junto com essa nova forma de expressão um novo sentido que antes dela não existia (Roy, 2010, p. 85). Os ditados populares de uma dada época podem revelar muito sobre como a sociedade que os criou interpreta o mundo e as informações que circulavam por ela. Entre os ditados “Cautela e caldo de galinha nunca fizeram mal a doente!” e “Para um pé doente há sempre um chinelo velho!”, o escritor naturalista Aluísio de Azevedo, em sua obra *O Cortiço* (1890), cria uma visão sobre o cotidiano popular no Rio de Janeiro.

Embora o foco de Azevedo não seja diretamente a doença, esses ditados nos oferecem pistas sobre como a saúde e a doença transcendem seus significados literais. Assim, por meio de expressões populares e metáforas, percebemos a doença como intrínseca a outros aspectos da vida cotidiana, sendo mobilizadas como analogias que constroem novos sentidos. Nessa teia de entendimentos, Claudine Herzlich (2005) propõe que a dimensão social da doença é intrínseca à construção do que chamamos enfermidade, pois ao ameaçar ou modificar “nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo, a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira” (Herzlich, 2005, p. 33). Assim,

O objeto da representação parece, para os que dela partilham, pura e simples percepção: tal é seu caráter original. O pesquisador, quanto a ele, deve tentar articular em sua análise o fato de que a representação não constitui um simples reflexo do real, mas sua construção, que ultrapassa cada um individualmente e chega ao indivíduo, em parte, de fora dele (Herzlich, 2005, p. 62-63).

A interpretação coletiva dos estados do corpo coloca em questão a ordem social, revelando-nos relações entre o biológico e o social. Essa perspectiva é defendida pelo historiador Charles Rosenberg (1987, *apud* Silveira, 2008) que conclui que a doença é um amálgama envolvendo sua natureza biológica e os sentidos atribuídos pelas sociedades, sendo, por isso, “uma construção intelectual complexa”. Ou seja, as doenças devem ser entendidas como fenômenos mutáveis a

dependem do tempo e do ambiente, sendo que produzem perspectivas que se diferenciam em determinados momentos e grupos sociais.

Convém ressaltar que essa preocupação com o papel biológico deve ser compreendida como característica ocidental, já que “o corpo não é lido como um modelo da sociedade, as invocações da biologia são menos prováveis de ocorrer porque tais explicações não têm muita importância no campo social” e nem baseiam a hierarquia (Oyěwùmí, 2021, p. 37). Assim, as diferenciações culturais marcam a compreensão sobre essas vivências corpóreas entre povos distintos, como melanésios e europeus, mas, também, para moradores do mesmo espaço, como o que hoje chamamos de Santa Maria, em diferentes tempos, como o século XIX e o século XXI.

Disputas em torno da cura em Santa Maria

A diversidade das práticas e agentes de cura perdurou na segunda metade do século XIX. Conforme aponta a historiadora Nikelen Witter (2001, p. 51), entre 1845 e 1880 havia uma disputa de clientela em Santa Maria, sendo de arbítrio da população escolher aquele que preferisse. Ou seja, não haveria uma hierarquia entre médicos e outros curadores, ao contrário do que a historiografia tradicional antiga defendia. Sem distinção de cor, as escolhas baseavam-se na confiança adquirida ao longo do tempo na comunidade, nem sempre preferindo um profissional formado.

Essa constatação ultrapassa uma antiga concepção de que as pessoas estariam entregues aos curandeiros pela falta de alcance a médicos formados no interior do país ou pela ignorância do povo, já que diplomas e licenças oficiais não cativavam a confiança do povo por si sós. Até porque, na última década do século XIX, atuavam na cidade 9 médicos formados, um número considerável diante dos 37 médicos da capital Porto Alegre. (Weber, Quevedo, 2001, p. 59).

Nesse período, muitas práticas de cura populares se assemelhavam com as formas de tratamento consideradas científicas pelos médicos. Os próprios “homens do progresso” e da “ciência”, ao mesmo tempo que considerassem “charlatões” aqueles que pudessem manifestar propostas de cura tradicionais, eram moldados através da crença religiosa de dependência divina e em milagres, acreditando em explicações mágicas para fenômenos desconhecidos (Weber, 1999, p. 14).

Mesmo limitados, os médicos procuraram impor seus conhecimentos através de formas distintas, esbarrando na falta de coesão da classe e na liberdade profissional que não lhe legitimava

como autêntico detentor da saúde. Beatriz Weber e Éverton Quevedo (2001) argumentam que após a virada do século XIX para o XX, durante a modernização da medicina, os médicos de Santa Maria alçaram relevância com base em estratégias locais, mesmo onde qualquer pessoa poderia mobilizar práticas de cura graças à liberdade profissional, bastando se inscrever na Diretoria de Higiene.

Ao contrário de outros estados brasileiros, a liberdade profissional resistiu no Rio Grande do Sul até a década de 1940, pois fazia parte da prerrogativa do Partido Republicano Rio-Grandense, principalmente nos governos de Borges de Medeiros, em que valoriza a livre manifestação de práticas, não interferindo na escolha religiosa e profissional, em teoria, por acreditar que deva ser feita individualmente, como a escolha da sua crença. Nesse sentido, os médicos deveriam conquistar sua clientela, sobrepondo-se ao curandeirismo, através da conquista de confiança da população, não pela imposição do estado (Weber, 1999).

Dessa forma, o interesse na criminalização dos “charlatões” tornou-se o elemento aglutinador para que os médicos se organizassem e convergissem em torno do comum propósito da regulamentação de sua profissão. Vistos pejorativamente, entre os não formados que poderiam mobilizar práticas de cura graças à liberdade profissional, muitas vezes estavam pessoas de origem indígena e africana. Desses, o primeiro grupo era relevado por vezes, valorizando seu conhecimento sobre ervas, mas o segundo grupo carregava estigmas de uma sociedade escravista.

De acordo com as concepções da época, os saberes de cura dos negros estavam estigmatizados, fosse pelo atraso com que se qualificava sua cultura, fosse pela inferioridade na hierarquia social que englobava tudo que os pertencesse, fosse pela ligação que se fazia entre suas práticas e as “coisas que não eram de Deus”, ideia herdada da Colônia. A ignorância, bem como a perplexidade, com que se contemplavam os costumes africanos aproximaram-nos, no senso comum, da feitiçaria (Witter, 2001, p. 102).

A historiadora Daiane Rossi (2019), ao mapear as ações de saúde pública no município, aponta para três estágios importantes para o desenvolvimento da saúde pública em Santa Maria no século XIX. O primeiro seria a retirada do Cemitério da Matriz da área central, o segundo está relacionado com a criação do Código de Posturas que demonstra maior atenção sobre a higienização da cidade, e, o terceiro, a conquista de credibilidade médica profissional em Santa Maria, marcada pela atuação do influente Pantaleão Pinto.

Pensando neste cenário em que práticos e médicos conviviam através de solidariedades, percebe-se que a partir do momento em que esses indivíduos que conviviam na cidade e possuíam outros laços, além dos profissionais, passam a atuar no local, a aceitação da população aumenta. Ou seja, quando um santa-mariense

formou-se médico e regressou para atuar no local, isso conferiu-lhe um status oficial, elitista, mas também lhe manteve próximo daqueles que conviviam com ele desde seu nascimento. Acredita-se que confiar os seus doentes a quem se conhecia, independente do diploma, era uma forma de garantir que eles seriam atendidos de maneira diferenciada. Semelhante pode se dizer sobre entregar os doentes àqueles a quem seu conhecido indicava. Sabe-se que no período estudado, o poder da palavra era valorizado e, sendo assim, muitas relações se formavam por indicação. Ou seja, por exemplo, se Pantaleão, aquele em que a população confiava, por conhecer e possuir laços familiares ou sociais, indicasse um amigo de sua confiança, é possível que essa credibilidade fosse transferida também ao amigo (Rossi, 2015, p. 117).

Mesmo não se podendo confirmar a medicina como consolidada nesse período, Pantaleão Pinto passou uma confiança inicial alicerçada na sua influência sobre os médicos com quem se relacionava, como é o caso do fundador do Hospital de Caridade, Astrogildo de Azevedo³, ligado a ele por sua filha, a qual desposou (Rossi, 2015). Através do prestígio inicial de Pantaleão, pode-se pensar que os médicos foram adquirindo a confiança da população através de outros meios para garantir que sua profissão prosperasse na região. Por isso, os médicos de Santa Maria construíram suas estratégias para se distinguirem e se sobreporem à confiança da população diante da liberdade profissional. Além das denúncias constantes contra parteiras e farmacêuticos, visando tirá-los do mercado, de que esses e outros curadores não pagavam os impostos devidos (Weber; Quevedo, 2001, p. 64).

Uma das estratégias seria a modernização de técnicas e aparelhos médicos menos dolorosos, outra a instalação de médicos em cargos públicos (Weber; Quevedo, 2001). Em 1898 começava a se organizar a Sociedade de Caridade Santa-mariense, esses organizam uma série de arrecadação de recursos que culminaram em uma Instituição que fazia parte dessas estratégias em 1903: o Hospital de Caridade⁴ (Beltrão, 2013, p. 486). Erguendo-se como um símbolo de modernização da saúde na cidade e os seus médicos, como porta-vozes da medicina, da higiene e da modernização, além de modelo de

³ Sendo um dos seus fundadores mais influentes, Astrogildo de Azevedo, formado em Medicina na Faculdade do Rio de Janeiro, veio para a cidade em 1889 a fim de substituir um médico amigo seu que precisaria se ausentar por questões de saúde. Se estabelecendo na cidade, foi um dos responsáveis pela consolidação do projeto que, idealizado por anos pela Sociedade Beneficente Artística, não saía do papel (Isaia, 1983).

⁴ Apesar do Hospital de Caridade de Santa Maria, oficialmente fundado em 1903, geralmente ser colocado como uma fundação do médico Astrogildo de Azevedo, ele foi, na verdade, promovido por um grupo muito mais amplo de pessoas. Para além do nome mais conhecido, existiram outros médicos que também foram importantes para a construção e consolidação da Instituição como um símbolo da saúde na cidade, atuando como porta-vozes das ideias médicas. Mas, também outros grupos estão envolvidos no processo, entre eles: a sociedade civil, com destaque para as elites locais, homens e mulheres que se comprometeram com a fundação do hospital, através de articulações políticas e busca de donativos; a Intendência Municipal e o Estado, ambos ofereceram subvenções ao hospital em troca da prestação de assistência pública aos pobres e o atendimento aos militares da Brigada Militar. E a *Compagnie Auxiliaire de Chemins de Fer au Brésil*, que concedeu empréstimo para a construção da estrutura hospitalar, o qual seria pago por meio do atendimento aos seus empregados (Rossi, 2019, p. 4).

edificação sanitária, o Hospital também proporcionava pesquisa e aperfeiçoamento de técnicas para médicos formados a partir do subsídio do necrotério. Também compunha um ambiente de estreitamento de laços entre os médicos através da convivência e solidariedade da classe em Santa Maria (Isaia, 1983, p. 52).

Um dos argumentos usados para a construção do estabelecimento era de que no período final do século XIX, diversas cidades do interior do estado já possuíam seus próprios hospitais, como a Santa Casa de Pelotas (1857) e a Santa Casa de Caridade de São Gabriel (1855); e Santa Maria, que crescia rapidamente, não possuía sequer lugar adequado para cirurgias, sendo elas realizadas nos fundos de farmácias, nos consultórios particulares ou em casa (Isaia, 1983). Ao refletir sobre as motivações da instalação de hospitais no interior do estado, principalmente a partir do início da República, Rossi afirma que:

[...] essa ampliação das instituições de saúde e assistência foram incentivadas através de subvenções geridas pelos políticos do PRR (Partido Republicano Rio-Grandense) para o interior do Rio Grande do Sul em função de relações pessoais que possuíam com os líderes locais. Assim, a esta expansão da assistência à saúde dinamizada pelo PRR em consórcio com as elites locais, soma-se o crescimento das 78 cidades onde a criação de um hospital passa a ser entendida como uma forma de gerir os problemas urbanos motivados pela pobreza (Rossi, 2019, p. 77).

Sendo assim, a colaboração para a criação do Hospital de Caridade também fez parte de um jogo de relações políticas. Isso se deu através da relação entre autoridades do PRR e dos médicos locais, que, em diversos momentos foram representantes do partido na cidade, como durante a Intendência de Azevedo (1916-1918), mesmo que essa tenha sido conturbada. Assim como as Santas Casas, o Hospital de Caridade também associava a medicina às questões sociais urbanas de sua época. Nesse sentido, a filantropia, no período inicial do século XX, “age como complementar à atuação do Estado, sobretudo, por estarmos falando de um período de estado mínimo, que só atua em casos de grandes calamidades, como as epidemias, por exemplo” (Rossi, 2019, p. 11).

Ao comparar esse Hospital com Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Weber (2000, p. 11) afirma que apesar de ambas as irmãs serem da Congregação de São Francisco, as do Hospital de Caridade estavam integradas com a perspectiva médico-científica, diferentemente da Santa Casa, onde elas comandavam a perspectiva religiosa. Em Santa Maria, as irmãs franciscanas, para além do tratamento dos doentes, eram responsáveis pela administração interna do estabelecimento e “vigilância sobre tudo que diz respeito à boa ordem, economia e moralidade da casa”. Mas, não teriam poder de

interferência sobre a liberdade religiosa dos funcionários e dos doentes, mesmo sobre aqueles que não professassem a religião católica (Isaia, 1983, p. 46-47).

Até que medida as suas ações eram ou não consideradas como interferências religiosas é nebuloso, já que, em suas crônicas, as irmãs relatam que durante o ano de 1909, somente um ou dois doentes morreram sem se reconciliar com Deus, insinuando que fizeram parte dos processos de reconciliação (Isaia, 1983, p. 72). Além disso, reclamam que os doentes eram ignorantes e nunca tinham ouvido falar de Deus, sendo obrigação delas a apresentação (Isaia, 1983, p. 71). Portanto, não se pode dizer que a fé católica não fosse importante na rotina do Hospital de Caridade, sendo ela um fundamento atravessador da moralidade e da própria crença médica.

Além da interferência religiosa nas disputas em torno da saúde, a imprensa também tinha um papel narrativo importante, um exemplo disso antecede em dias a chegada da gripe espanhola (1918) em Santa Maria. Em meados de outubro, o jornal local *Diário do Interior* ironiza uma “charlatã” que estava na cidade pois detinha numerosos clientes os quais enganava.

[...] A espertalhona não quis declinar seu verdadeiro nome à autoridade, dizendo apenas chamar-se Zezé, a moça misteriosa... Em poder da «médica», foram apreendidas oito garrafas com água, com a qual ela simulava curar males alheios. Além de receber visitas no hotel, tinha ela já instalado a sua tenda de explorações em uma casa da rua Silva Jardim. O consultório da espertalhona vivia cheio durante o dia e à noite. Era uma verdadeira romaria de incautos que lá iam consultá-la. A moça misteriosa, quando tomou o carro para ir à delegacia, disse ao boleeiro que se ela quisesse, fazia com que os cavalos não puxassem o veículo. O cocheiro não quis aceitar a experiência e fustigou os animais que arrastaram o veículo, que só parou na frente da Intendência⁵.

Nessa nota, o jornal cita que “Há presentemente, entre nós, umas três ou quatro dessas adivinhadeiras, que outra coisa não fazem se não extorquir dinheiro de quem lhes cai nas unhas”. Entretanto, em 1918, ano crítico para saúde, somente esse relato acerca das “adivinhadeiras” aparece. Esse silêncio é relevante, pois os curandeiros, “tradições culturais e saberes populares possuíam espaço na confiança popular, a qual era um fator preponderante quando da escolha do agente da cura” (Witter, Farinatti, 2000, p. 3).

Ao relatar a chegada de uma curandeira à cidade, a imprensa evidencia seu alinhamento com a medicina oficial, ao mesmo tempo em que desqualifica outros praticantes de cura. Esse movimento também aparece nos espaços publicitários: em um anúncio de pílulas, narrado por um suposto

⁵ *DIÁRIO DO INTERIOR*. Santa Maria, n. 248, 23 out. 1918, p. 2. Arquivo Histórico Municipal de Santa Maria (AHMSM).

consumidor, lê-se que ele havia feito “tudo quanto humanamente possível” para tratar seus males, “dores de cabeça, tonteiras, vômitos e palpitações do coração” e que chegara inclusive a recorrer a curandeiros. O título do anúncio, “**Até** em mãos de curandeiros”⁶, reforça a ideia de que tais práticas constituíam um último e indesejável recurso, utilizado antes de descobrir o medicamento “eficaz” que seriam as Pílulas Antidispépticas do Dr. O. Heinzelmann.

No contexto da gripe espanhola, proliferaram anúncios de remédios caseiros, o que motivou críticas contundentes do redator do *Diário do Interior*. Em tom de ironia, o articulista afirmava que muitos estariam morrendo da cura antes do “micróbio”:

Uns anunciam o filtro como um dos melhores preservativos. O camarada compra o filtro e começa a limar o seu barro, que mistura com a água e leva à breca em dois tempos. Outros tomam casca de anta para matar o micróbio, mas o micróbio se envenena de tal jeito que mata a velharada toda no primeiro tirão. Não há mais folhas de sabugueira, nem limões, nem quinino, nem japecanga, nem raiz de milho pururuca, nem arroz gelado, nem cachaça no mercado. Um meu amigo tinha grande quantidade de sebo em bexigas e mais de quinhentas latas de mel velho, que não podia vender. Inteligente como é, receitou à uma negra velha, pílulas de sebo feitas em mel, com o melhor preservativo contra a espanhola. Em três dias o meu amigo vendeu todo o estoque e teve que dizer à freguesia que não podia vender mais o infalível preparado porque o governo havia proibido a venda da “maravilha”. O Tobias, sabedor disso, e tendo em depósito 200 fardos de alfafa, para os quais não conseguiu transporte, anunciou logo, como o único específico da peste: - Chá de alfafa, cinco vezes por dia -. Em questão de poucas horas vendeu toda a fatura a 500 réis a grama, tendo o cuidado, à medida que aumentava a freguesia, de subir o preço, conforme condicionava a “grama do marmá” que levava, no invólucro, os dizeres: - Chá de alfafa, às tigelas, de 2 em 2 horas. - Ontem Tobias suspendeu as vendas por falta do artigo... Não haverá por aí quem tenha ovos podres para “empurrar” aos metros, em nome de todos os deuses, da humanidade e da peste?!

O uso de chás, raízes e misturas de plantas era comum entre curandeiros, herbanários e indivíduos identificados como feiticeiros, e amplamente empregado pelos setores populares. Contudo, essas práticas, muitas vezes semelhantes às prescrições médicas da época, eram com frequência reinterpretadas e estigmatizadas em uma concepção moral e racial. Cruz e Almalleh (2019), ao analisarem o processo-crime envolvendo Fausta, mostram como práticas de cura exercidas por pessoas negras ou indígenas eram associadas à feitiçaria como forma de desqualificação social. No caso estudado, o agressor afirmava que Fausta era “uma negra feiticeira, mulher ruim”, alegando que ela se teria “malquistado” com ele e sua família “porque não lhe davam a ganhar nas suas bruxarias” (Cruz,

⁶ *DLÁRIO DO INTERIOR*. Santa Maria, n. 265, 13 nov. 1918, p. 2. Arquivo Histórico Municipal de Santa Maria (AHMSM). Destaque da autora.

Almalleh, 2019, p. 179). Assim, considerando o contexto pós-abolição, práticas terapêuticas de matriz africana ou indígena tornavam-se alvo de estigma e perseguição. As autoras indicam que Fausta pode ter exercido tais atividades como complemento de renda ou como herança de saberes ancestrais; também é possível, porém, que a acusação tenha servido unicamente para justificar a agressão.

Em contraste, a figura do médico aparece frequentemente revestida de prestígio e legitimidade, mesmo quando alvo de críticas. Um exemplo é o caso noticiado pelo *Gaspar Martins*, no qual, ao denunciar a cobrança de honorários considerados abusivos por um médico durante a epidemia, o jornal ainda assim afirmava que os médicos eram “nosso segundo Deus”. A crítica recaía não sobre a profissão, mas sobre o comportamento individual:

Para nós, o médico é sempre e sempre um homem respeitado, um homem útil ou indispensável porque exerce uma profissão toda de humanidade, toda de bem fazer, e é por isso mesmo que tomamos a liberdade de estranhar que o ilustríssimo senhor doutor Max H. Lubke não houvesse compreendido a aflição de um povo atacado por uma epidemia por uma peste tão cruel e tão traiçoeira como esta que aqui está levando ao leito milhares e milhares de criaturas e ao túmulo os Centenares. [...] Nessa ocasião de tantas apreensões, de tantas lágrimas, tanto luto, tantos males, enfim, o senhor doutor Max H. Lubke não podia, não devia pensar no aumento de sua fortuna, apresentando conta de contos de réis a uma vítima da terrível peste, ainda mesmo que essa vítima possuísse 3 ou 4 centos de contos de réis⁷.

Acessar a percepção popular sobre práticas de cura nas fontes é desafiador, mas é possível observar que nem todos os enfermos buscavam a hospitalização; aqueles que o faziam representavam uma fração específica da população, que, por diferentes motivos, recorreu à medicina oficial. Essa hipótese é reforçada pela escassez de determinados grupos nos registros hospitalares. Brunhauser (2018), por exemplo, mostra que, entre 1917 e 1921, apenas três crianças classificadas como “pretas” aparecem nos registros hospitalares de Santa Maria, duas delas durante a pandemia de 1918. Tal dado sugere que, seja pela preferência por outras formas de tratamento, seja pelo peso dos estigmas raciais no pós-abolição, determinados grupos evitavam buscar atendimento médico formal, exceto em situações extremas. Considerando que a maior parte dos pacientes registrados era branca, pode-se supor que crianças “pretas” e “pardas”, conforme as categorias dos documentos, eram tratadas prioritariamente por curandeiros e por métodos tradicionais, fora do espaço hospitalar.

⁷ *GASPAR MARTINS*. Santa Maria, 5 dez. 1918, p. 2. Arquivo Histórico Municipal de Santa Maria (AHMSM).

Conclusão

Entre os séculos XIX e XX, Santa Maria foi cenário de intensas disputas sobre a legitimação da medicina como verdadeira prática de cura. Ainda assim, concepções ancestrais sobre a doença, tratamentos corpóreos e a confiança nos práticos eram elementos centrais, sobretudo no século XIX. Na conformação estadual, a defesa da liberdade profissional provocou a insatisfação de médicos diplomados, que se recusavam a compartilhar o espaço terapêutico com curandeiros, rotulados pejorativamente como “charlatões”. A análise evidencia que a pandemia de gripe espanhola, em Santa Maria, não pode ser compreendida apenas como um evento sanitário, mas como um momento em que diferentes concepções de cura coexistiram. As práticas populares, baseadas no uso de plantas, raízes e chás, continuaram presentes no cotidiano da população. A proliferação de receitas caseiras e remédios milagrosos durante o período epidêmico, seguida de sua ridicularização, revela tanto a diversidade de respostas populares à doença quanto a tentativa de estabelecer fronteiras mais nítidas entre práticas de cura que muito se pareciam nesse período. Casos como o de Fausta ilustram como acusações de feitiçaria e criminalização de curandeiras eram mobilizadas para desqualificar esses saberes, muitas vezes associando-os à marginalidade.

Ao mesmo tempo, a imprensa local desempenhou papel central na legitimação da medicina oficial. Mesmo quando criticava comportamentos específicos de médicos, os jornais reiteravam a autoridade da ciência médica e denunciavam práticas alternativas, apresentando-as como ineficazes, perigosas ou moralmente condenáveis. A tensão em torno das práticas consideradas anticientíficas ficou evidente, por exemplo, na figura mística da “Zezé, a moça misteriosa”, surgida às vésperas da gripe de 1918. Essas disputas ultrapassavam a esfera biológica, manifestando-se em metáforas, narrativas e políticas que afetavam de maneira mais intensa os grupos populares, como evidenciado na Revolta da Vacina.

No século XXI, a pandemia de Covid-19 reatualizou muitos desses embates. Embora a medicina já tivesse sua legitimidade consolidada⁸, o discurso negacionista promovido pelo Governo Federal e amplificado por seus seguidores desafiou novamente a confiança nas instituições científicas. O crescimento dos movimentos antivacina e de práticas negacionistas evidenciou que as disputas

⁸ Quando menciono essa consolidação, não aponto como um abandono de outras práticas de cura pela população, mas em que a medicina ganhou espaço de prestígio na sociedade.

ideológicas em torno da saúde e do controle dos corpos permanecem atuais, mostrando continuidades históricas entre o passado e o presente.

O desafio que se impõe aos historiadores da saúde e das doenças é reconhecer e legitimar a pluralidade de práticas de cura que marcaram o passado e perduram, sem perder o compromisso com a defesa da vacinação e da ciência. Trata-se de reafirmar a legitimidade histórica de diferentes agentes e significados atribuídos ao corpo e à doença, sem cair em relativismos que possam sustentar discursos anticientíficos. Essa é uma inquietação que persiste e se renova a cada distorção discursiva da história. Este artigo buscou apontar algumas dessas complexidades, ciente de que o tema está longe de se esgotar.

Bibliografia

AZEVEDO, Aluísio de. **O Cortiço**. Klick Editora, 1997.

BENCHIMOL, Jaime Larry. **Pereira Passos: um Haussmann tropical: a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, 1992.

BENCHIMOL, Jaime Larry. Reforma urbana e revolta da vacina na cidade do Rio de Janeiro. In: FERREIRA, Jorge; NEVES, Lucília de Almeida (Orgs.). **O Brasil republicano: economia e sociedade, poder e política, cultura e representações**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

BRUNHAUSER, Felipe Farret. **Menores populares na Primeira República (Santa Maria, 1917-1921)**. Monografia (Licenciatura em História) - Universidade Federal de Santa Maria, 2018

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro, Graal, 1989.

CRUZ, Lisiane Ribas.; ALMALEH, Priscilla. “É UMA NEGRA FEITICEIRA, MULHER RUIM”: RELAÇÕES DE GÊNERO, RAÇA E MASCULINIDADE. ANÁLISE DE UM PROCESSO-CRIME, 1918 (SANTA MARIA –RS). **História em Revista**, v. 24, n. 2, 2 dez. 2020.

HERZLICH, Claudine. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 1, p. 23-36, 2005.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.

- HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Revista estudos históricos**, v. 6, n. 11, p. 40-61, 1993.
- ISAÍÁ, Antônio. **Os 80 anos do Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo 1903- 1983**. Santa Maria, RS:Pallotti, 1983.
- LE GOFF, Jacques (Org.). **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1985.
- MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- NASCIMENTO, Dilene Raimundo. **As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- OYĚWÙMÍ, Oyèrónke. Visualizando o corpo: Teorias ocidentais e sujeitos africanos. In: **A invenção das mulheres: construindo um sentido africano para os discursos ocidentais de gênero**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, [1997] 2021, p. 27-66.
- REVEL, Jacques; PETER, Jean-Pierre. O corpo: o homem doente e sua história. **História: novos objetos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, p. 141-159, 1976.
- ROSENBERG, Charles. **The cholera years: the United States in 1832, 1849 and 1866**. Chicago: The University of Chicago Press, 1987.
- ROSSI, Daiane. **Ações de saúde pública em Santa Maria/RS na segunda metade do século XIX**. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria. 2015.
- ROSSI, Daiane. **Assistência à saúde e à pobreza no interior do sul do Brasil (1903- 1913)**. Tese (Doutorado em História das Ciências) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, RJ, 2019.
- SAHLINS, Marshall. **Capitão James Cook; ou o Deus Agonizante; Estrutura e História**. In: Ilhas de História. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, [1985] 2003, pp. 7-21; 140-171; 172-194.
- SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil do século XIX**. Editora Companhia das Letras, 1993.
- SOUZA, Christiane Cruz de. **A GRIPE ESPANHOLA NA BAHIA: saúde, política e medicina em tempos de epidemia**. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- SOUZA, Christiane Cruz de. Da gripe espanhola à COVID-19: uma análise comparativa de epidemias e pandemias do século XX ao XXI. **Diálogos**, Maringá, v. 2, pág. 68-85, 2021.
- THOMPSON, Edward Palmer. **A miséria da teoria ou um planetário de erros**. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **“O mármore e a murta: sobre a inconstância da alma selvagem”**. In: *A Inconstância da Alma Selvagem*, São Paulo: Cosac Naify, [1992] 2002, p. 183-264.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **O mármore e a murta: sobre a inconstância da alma selvagem**. In: **A Inconstância da Alma Selvagem**. São Paulo: Cosac Naify, [1992] 2002, p. 183-264.

WAGNER, Roy. **A presunção da cultura; A cultura como criatividade; O poder da invenção**. In: **A invenção da cultura**. São Paulo: Cosac Naify, [1985] 2010, pp. 27-46; 49-72; 75-119.

WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense (1889-1928)**. Tese (Doutorado em História Social) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. 1997.

WEBER, Beatriz Teixeira; QUEVEDO, Everton Reis. **Santa Maria e a medicina na passagem do século**. **Revista Sociais e Humanas**, v. 14, n. 1, p. 55-67, 2001.

WITTER, Nikelen Acosta. **Dizem que foi feitiço: as práticas da cura no sul do Brasil (1845 a 1880)**. Porto Alegre: Edipucrs, 2001.

WITTER, Nikelen Acosta. **Males e Epidemias: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)**. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2007.

WITTER, Nikelen Acosta; FARINATTI, Luís Augusto. **Curandeirismo no século XIX: As escolhas do povo**. *Educação*, p. 33-42, 2000.