

# APONTAMENTOS PARA A HISTÓRIA MÉDICO-PERICIAL NA MARINHA DO BRASIL

Recebido em 28/3/2011

Aceito para publicação em 5/4/2011

CA (Md) Sérgio Pereira<sup>1</sup>

CMG (RM1-Md) Regis Augusto Maia Frutuoso<sup>2</sup>

## RESUMO

Os autores apresentam os resultados de pesquisa documental, realizada com a finalidade de conhecer as patologias que mais incidiam nas guarnições da Marinha do Brasil, por meio de consulta de registros médico-periciais, no período compreendido entre o final do século XIX e início do século XX, arquivados no Centro de Perícias Médicas da Marinha. As perícias médicas eram realizadas nas dependências do atual Hospital Central da Marinha, na Ilha das Cobras. Foi observada a alta frequência de tuberculose pulmonar e sífilis como causa de incapacidade definitiva para o Serviço Ativo da Marinha, bem como o beribéri e a malária como importantes causas de incapacidade temporária. Foi desenvolvido ainda um breve relato histórico da vida a bordo dos homens do mar de outrora e as epidemias que assolavam as tripulações. Finalmente, apresentaram documentação e fatos pouco conhecidos, testemunhando o significativo valor histórico do material coletado nos arquivos do Centro de Perícias Médicas da Marinha.

**Palavras-chave:** Beribéri; Medicina Naval/história; Surtos de doenças; Prova pericial; Centro de Perícias Médicas da Marinha; Brasil/epidemiologia; Hospital Central da Marinha.

## ABSTRACT

The authors present the results of a documentary research conducted in order to know the most prevailing diseases among the Brazilian Navy personnel by reviewing the records of medical inspections from the late nineteenth to the early twentieth century filed with the Centro de Perícias Médicas da Marinha (Navy Medical Inspection Center). The medical inspections were conducted on the premises of the current Hospital Central da Marinha (Central Navy Hospital) on Ilha das Cobras. A high frequency of pulmonary tuberculosis and syphilis was observed as the cause of definitive disability for the Navy Active Duty, as well as beriberi and malaria as major causes of temporary disability. The authors also provide a brief historical account of life of seamen onboard in ancient times and the epidemics that ravaged the crews. Lastly, they present little-known documents and facts, attesting the significant historical value of the material collected from the files of Centro de Perícias Médicas da Marinha.

**Keywords:** Naval Medicine/history; Medical inspection in the Navy; Operational Medicine.

## INTRODUÇÃO

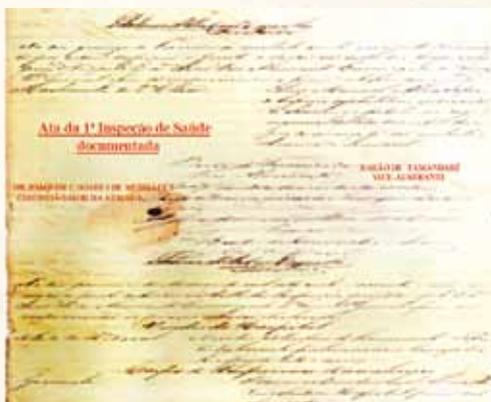
Este artigo apresenta as principais patologias que acometiam os marinheiros ao final do século XIX e início do século XX, por meio de consultas aos registros médico-periciais depositados no Centro de Perícias Médicas da Marinha (CPMM).

Ressalta-se que os registros desse período não representam a totalidade dos casos ocorridos na Marinha do Brasil; muitos marinheiros adoeciam a bordo dos navios, nas longas travessias entre os portos e alguns morriam durante a viagem e eram lançados ao mar, sendo impossível o resgate de seus registros. Apenas alguns doentes chegavam ao porto de destino e eram encaminhados a hospitais.

Na Marinha do Brasil, a primeira Junta de Saúde Oficial, a Junta Médica da Marinha, foi criada em 1858, pelo Imperador Dom Pedro II e o Ministro dos Negócios da Marinha estabeleceu e regulamentou a perícia médica, por meio do Decreto nº 1.981/1857 e do Aviso de 27 de julho de 1858, com a finalidade de executar perícias e inspecionar os oficiais e praças.

As perícias médicas eram registradas em livro, em ordem cronológica, com nome e posto ou graduação do inspecionado, enfermidade diagnosticada e conclusão de laudo médico-pericial. As Figuras 1 e 2 apresentam o registro de uma Inspeção de Saúde datada de 15 de fevereiro de 1860,

**Figura 1:**  
Registro de Inspeção de Saúde realizada na Marinha do Brasil datada de 15 de fevereiro de 1860.



**Figura 2:**  
Transcrição do registro de Inspeção de Saúde realizada na Marinha do Brasil datado de 15 de fevereiro de 1860.



<sup>1</sup> Título de Especialista em Terapia Intensiva pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e Associação Médica Brasileira.

<sup>2</sup> Título de Especialista em Endoscopia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

a mais antiga existente nos arquivos da Diretoria do Patrimônio Histórico e Documental da Marinha, referente a um “Machinista de 2ª classe, que sofre de infecção sífilítica, endocardite crônica, e fístula na região inguinal do lado direito. Incapaz ao serviço por ter moléstia crônica incurável”.

## UMA GUERRA CONTRA A MORTE

A vida a bordo das naus era muito precária, reunindo três condições ideais para a gênese de doenças: a promiscuidade, o deficiente arejamento e a dieta carente e monótona. Não havia instalações sanitárias a bordo, sendo as necessidades fisiológicas realizadas pela borda, com higiene e segurança precárias, exigindo sempre uma condição física robusta.

Os depósitos de água, vinho e alimentos, como barris, tonéis, pipas, não eram hermeticamente vedados, assim, deterioravam-se com rapidez. Como fatores agravantes, atuavam as péssimas condições de higiene dos tripulantes, convivendo em ambientes insalubres, repletos de ratos, insetos, em reduzido espaço físico, tornando-se assim “viveiros” de doenças que dizimavam tripulações inteiras e populações nativas com as quais entravam em contato.<sup>1</sup>

A temperatura nos conveses das naus chegava a alcançar valores próximos a 50°C. Armazenava-se a água misturada com vinagre, que mesmo assim deteriorava rapidamente. A água doce, um bem precioso, era distribuída para cada tripulante, diariamente, em cotas reduzidas. A água para tornar-se menos turva na hora do consumo era “filtrada” em sacos de lona, retirando-se dela corpos estranhos.

A escassez de água aliada a uma alimentação ricamente salgada e sem verduras, legumes e frutas frescas foi uma das causas mais frequentes de doença e morte a bordo.

Cada homem do mar recebia, diariamente, uma canada<sup>3</sup> de vinho, isto é, um pouco mais de um litro. Utilizava-se carne salgada e também carne embarcada viva: aves de capoeira, cabras e ovelhas degoladas à medida das necessidades. As grandes ondas encarregavam-se de lavar o sangue dos sacrifícios desses animais. A ração cotidiana era de um arrátel (cerca de 459,5 g) por homem e igual quantidade de biscoito.<sup>2</sup>

Os biscoitos eram duros, de água e sal, e cozidos duas vezes, como o nome indica (“bis”: dois; “coctus”: cozido), para durarem mais tempo. Eram conhecidos como “bolachas de marinheiro” ou “biscoito de marear”, constituindo uma bolacha dura e salgada, cuja fabricação se confunde com a própria história da navegação. Existem relatos de que eram assadas em fornos reais, como o do Vale do Zebro, em Lisboa, onde, entre 1505 e 1507, foram fabricadas mais de mil toneladas.

As doenças que os marujos de então portavam eram mais mortíferas do que as armas convencionais e, sem saber, provocavam grandes epidemias, vitimando pessoas que não possuíam defesas imunológicas adequadas para resistir. Algumas doenças eram contraídas em terra e agravadas pelas condições da navegação.

Por tudo isso, não raras vezes, as epidemias a bordo dos navios ofereciam aos marinheiros um risco de morte superior ao que ocorria em combate ou tempestades. Para exemplificar a magnitude das epidemias que atingiam a gente do mar, em 1582, aportou no Rio de Janeiro uma esquadra espanhola, comandada por Diogo Valdez, com aproximadamente 3 mil homens, sendo inúmeros os enfermos, fazendo-se necessário serem assistidos, e não existia um hospital. Naquele tempo de profundo desconhecimento da microbiologia, toda doença grave, de caráter epidêmico, era designada pelo nome genérico de peste.

Por vezes, tripulações inteiras eram dizimadas por epidemias, durante as travessias oceânicas, fato que pode ser a fonte das lendas dos navios fantasmas, que vagavam perdidos no mar, atemorizando muitos navegadores.<sup>3</sup>

Em terra, nos portos, a situação também era dramática, a população vivia em pânico. O historiador Luís Edmundo, em seu livro *O Rio de Janeiro no tempo dos vice-reis*, cita:

*Morria-se como não há memória de se morrer tanto, no Brasil. A população assustada e ignorante quanto às causas das epidemias atirava às ruas manadas de bois, varas de porcos, rebanhos de carneiros, esperando que a divindade os fulminasse, transferindo para eles a cólera que tanto aos homens prejudicava. Faziam-se preces públicas; as igrejas viviam sempre abertas, os altares dia e noite iluminados. Prometiam-se à divindade custódias de ouro, inúmeros objetos de cera, somas em dinheiro, novenas (...)*<sup>4</sup>

A crença do povo era de que a causa das febres, como eram conhecidas genericamente as epidemias, teria origem nos odores dos ares pestilentos dos pântanos, valas estagnadas e cemitérios. Era a teoria dos miasmas.<sup>7</sup>

A literatura da época descreve frequentes surtos de peste bubônica, varíola, febre amarela, cólera, malária, tifo, escarlatina, disenterias e outras doenças como tuberculose, sífilis, sarampo, beribéri e lepra, acometendo os homens do mar e as populações das cidades.

Nos registros médico-periciais obtidos nos arquivos do CPMM, estudados no período compreendido entre o final do século XIX e início do XX, destaca-se a ocorrência de um número significativo de casos de tuberculose, sífilis, malária, beribéri e lepra. Os poucos registros documentais de doenças como febre amarela, febre tifoide e disenterias diversas não significa a escassa ocorrência, e sim o fato de apresentarem uma evolução mais aguda, em curto intervalo de tempo, onde ocorria a cura ou a morte desses marinheiros, portanto não eram encaminhados para perícia médica.

Observa-se, também, um número significativo de marinheiros com sequelas de traumas osteomusculares, poliartalgias crônicas, lesões cardíacas de etiologias diversas e a ocorrência de hepatopatias provavelmente induzidas por álcool, cujo consumo era excessivo.

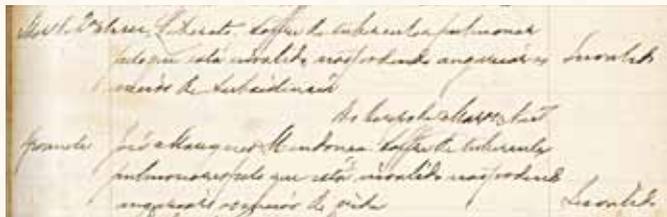
As doenças de maior frequência que incapacitavam definitivamente eram, em primeiro lugar, a tuberculose pulmonar, seguida pela sífilis, e, em relação às que causavam incapacidade temporária, chamou a atenção a prevalência do beribéri seguido pela malária.



**Figura 3:** Embarcações eram responsáveis por levar determinadas epidemias para outras nações.

## TUBERCULOSE

A tuberculose pulmonar foi a principal causa de afastamento definitivo do Serviço Ativo da Marinha.



**Figura 4:** MN de 2ª classe e grumete. "...soffrer de tuberculose pulmonar, pelo que está inválido não podendo angariar os meios de subsistência/ meios de vida".

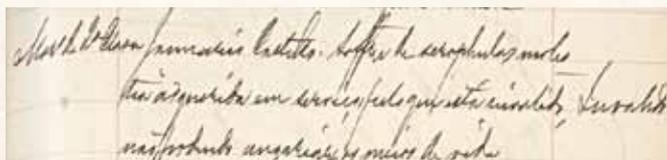
Acredita-se que a doença tenha surgido há 8 mil anos, a partir do contato do homem com auroques (bois extintos no século XVI), contaminados com *Mycobacterium bovis*, bactéria causadora da tuberculose bovina.<sup>3</sup>

A tuberculose acompanha o homem desde o início da civilização. Existem relatos de múmias egípcias de 3 mil anos antes de Cristo, com claras evidências de lesões ósseas de origem tuberculosa. O agente etiológico é o *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch, em homenagem ao pesquisador alemão Robert Koch (1843-1910), que o isolou em 1882. A transmissão é de pessoa a pessoa, principalmente, pelo ar. A fala, o espirro e a tosse de um doente com tuberculose pulmonar bacilífera lançam no ambiente gotículas contendo no seu interior o bacilo.

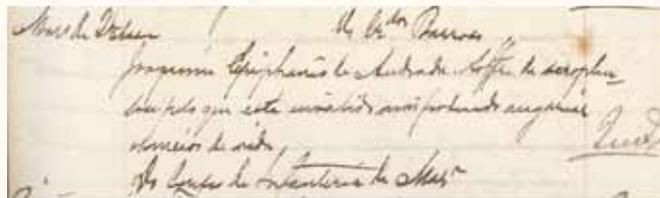
O termo tuberculose é mais recente e refere-se à lesão nodular, o tubérculo, encontrado nos pulmões dos doentes. Outrora, era conhecida como tísica, do grego *phthiso* que significa consumir, definhado. Popularmente, era a "peste branca" ou "mal do peito".

Além dos pulmões, que são os mais atingidos, a tuberculose pode afetar os linfonodos, ossos, intestinos, rins, pele e outros órgãos. Só não ocorre tuberculose nas unhas e no cabelo.<sup>5</sup> Classicamente, os sintomas da tuberculose pulmonar são febre, tosse, escarro sanguinolento e emagrecimento.

A escrofulose, escrófola ou "mal de King", era a denominação para a tuberculose ganglionar, considerada antigamente como uma entidade isolada. Atualmente, a forma linfonodal da tuberculose indica imunodeficiência, principalmente relacionada à síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida/Aids). Decorre da progressão dos focos bacilares, acometendo com maior frequência a cadeia cervical anterior. Inicialmente, o crescimento dos gânglios é lento, são indolores e móveis. Posteriormente, aumentam de volume e tendem a coalescer e fistulizar, drenando material seroso ou purulento por longos períodos (escrofuloderma).<sup>5</sup> Pode ocorrer febre e emagrecimento.



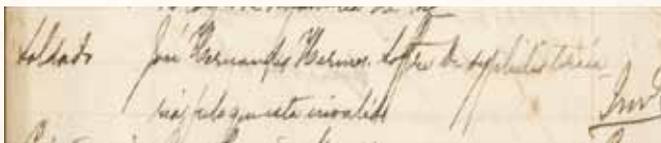
**Figura 5:** "MN de 2ª classe Jurandir Castelo soffre de scrophulas moléstia adquirida em serviço, pelo que está inválido, não podendo angariar os meios de vida" (Obs.: MN – marinheiro).



**Figura 6:** "MN de 2ª classe Joaquim Epiphânio de Andrade soffre de scrophulose pelo que está inválido não podendo angariar os meios de vida" (Obs.: MN – marinheiro).

## SÍFILIS

Foi a segunda causa de incapacidade definitiva para o Serviço Ativo da Marinha, precedida apenas pela tuberculose. Conhecida também como *lues*, termo grego que significa "praga". *Syphilus*, em grego, *syphlós*, tem significado de deformado, impuro, enfermo ou repugnante e sua forma variante safenós, libidinoso.

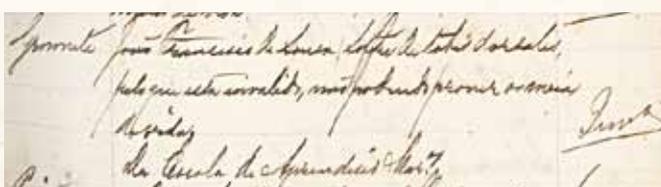


**Figura 7:** "Soldado José Fernandes Hermes soffre de syphilis terciária, pelo que está inválido".

A sífilis foi causadora de epidemias fatais na Europa, na época das Grandes Navegações, quando era incurável, de difícil diagnóstico, facilmente confundida com outras doenças, como a lepra.

A origem da sífilis é motivo de muita controvérsia. Como a lepra, também era uma doença estigmatizante, e nenhum país queria ser reconhecido como o berço do mal. Para os franceses, a sífilis era o "mal napolitano" (dos italianos), para os italianos, o "mal dos franceses". Já os poloneses consideravam como a "doença dos alemães". Os russos tinham temor da "doença dos poloneses" e os holandeses a referiam como "doença espanhola". Os turcos chamavam de "doença de cristão" e os taitianos de "doença britânica". Na realidade, os nomes com as diversas nacionalidades eram consequentes à disseminação da doença por marinheiros durante suas estadias em portos estrangeiros por meio de frequentes contatos sexuais.

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica causada pelo espiroqueta *Treponema pallidum*. A via de transmissão é quase sempre pelo contato sexual, na área genitoanal. A transmissão pode ocorrer da mãe para o filho no útero: sífilis congênita. A sífilis inicia como uma lesão endurecida e indolor, geralmente na genitália externa (sífilis primária). Posteriormente, após um período de seis a oito semanas, ocorre a disseminação pelo organismo (sífilis secundária). Alguns pacientes evoluem para uma forma terciária, que acomete principalmente o sistema nervoso.



**Figura 8:** "Grumete João Francisco de Sousa soffre de tabis dorsalis, pelo que está inválido, não podendo prover os meios de vida".

## FEBRE AMARELA

A febre amarela foi o maior problema de saúde pública do país desde meados do século XIX até meados do século XX. Na última década do século XIX, a doença causou mais de 20 mil óbitos no Brasil.

É assinalado seu aparecimento no final de 1685, procedente da América Central, iniciando em Recife, atingindo toda a capitania e irradiando para Bahia, São Paulo e Paranaguá.<sup>6</sup>

Outrora dizia-se “Ano de mangas, ano de febre amarela”, pela relação que os médicos estabeleciam entre o calor, a umidade, as chuvas e as epidemias de febre amarela que iniciavam em novembro e terminavam em março ou abril.<sup>7</sup> Em 1686, o padre Antonio Vieira, narra os efeitos da moléstia, na cidade de Salvador.

*Tudo lá e cá são fatalidades; e digo lá e cá, porque, sendo este clima o mais benigno e estes ares os mais puros e as terras da Bahia as mais sadias, desde abril a esta parte padece um novo gênero de peste, nunca visto nem entendido dos médicos, de que já morreram dois. Na gente do mar tem feito maior estrago, e neste número entrou um fidalgo, Antonio de Sousa, que veio na frota, creio que homiziado, e em poucos dias o sepultaram.<sup>6</sup>*



Figura 9: Lápide de vítima de febre amarela – 1899.



Figura 10: Detalhe da lápide: “1899 – Victim of Yellow Fever...” – Cemitério dos Ingleses – Salvador, Bahia.

Os relatos médicos fixam o início da epidemia do século XIX, na chegada do *Navarre*, um navio negreiro, procedente de Nova Orleans, com escalas em Havana e Salvador antes de atracar no porto do Rio de Janeiro, em 3 de dezembro de 1849.<sup>7</sup>

A febre amarela ocorre, preferencialmente, nas baixadas litorâneas das cidades portuárias. É uma doença infecciosa transmitida por mosquitos contaminados com um flavovírus. Possui como principal hospedeiro vertebrado o sagui e outros pequenos roedores. Do reservatório natural, a doença é transmitida ao homem pelo mosquito *Aedes aegypti*, que se reproduz em coleções líquidas domiciliares, propagando-se rapidamente em regiões urbanas.<sup>8</sup>

A doença é aterrorizante pela rapidez da propagação e pela intensidade dos sintomas, caracterizados por insuficiência renal e hepática grave que pode levar à morte rapidamente. Na época era comum a citação: “Quantos valiosos homens, quantas lindas senhoras, tomavam café da manhã com seus parentes e na mesma noite jantavam com seus ancestrais no outro mundo”.

Em 1888, um Oficial de Navegação de nacionalidade sul-africana, descreveu a viagem de seu navio até o porto de Santos para o carregamento de café e ficou surpreendido com a existência de mais de 50 embarcações fundeadas, algumas das quais há meses, tendo seus tripulantes falecido pela epidemia de febre amarela, que naquela época assolava a região. Algumas embarcações não tinham número suficiente de homens para conduzi-las aos seus portos de origem.

Em 1895, o navio da Marinha italiana *Lombardia* atracou no Rio de Janeiro, com 340 tripulantes, 333 adoeceram de febre amarela e 234 morreram. A notícia teve repercussão internacional fazendo com que as agências de turismo europeias anunciassem viagens de navio direto para Buenos Aires, sem escalas no Brasil.

## BERIBÉRI

O beribéri é hoje, estatisticamente, uma página virada da história, não ocorrendo mais no pessoal embarcado, desde que foi desvendada a sua etiologia, possibilitando a pronta prevenção e tratamento. No meio naval, graças aos recursos técnicos (armazenagem e refrigeração), foi totalmente erradicada.

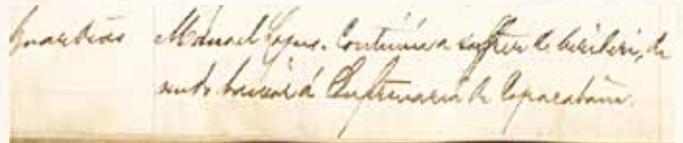


Figura 11: “Guardião Manuel Lopes. Continua a sofrer de beribéri, devendo baixar à Enfermaria de Copacabana”.

O termo beribéri, adotado na terminologia médica, provém do cingalês (sinhalês), língua originária da Índia e atualmente um dos idiomas em uso no Ceilão (antigo Sri Lanka). O significado da palavra *beri* é fraqueza e *beri-beri*, extrema fraqueza, assim escrito pois, no singalês, o superlativo é formado pela repetição da palavra.<sup>9</sup>

Existem outras considerações etimológicas: Jacob Bontius refere que *Bhayree* (*beri*), é uma espécie de ovelha existente na Índia, apresentando um modo peculiar de trotar, que é semelhante ao caminhar de um beribérico, e Carter, médico inglês, que estudou a doença entre os tripulantes da Marinha da Índia relata que o vocábulo tem origem árabe – *bhur bhari* – significando “asma do marinheiro”, *bhair*, marinheiro e *bhur*, dispneia, sintoma frequente da doença que



Figura 12: Beribéri – forma seca e forma úmida.



Figura 13: Beribéri – forma polineurítica.

acometia os marinheiros indianos. Herklots assegurava que o termo *bhar-bari* era vocábulo oriundo de um dialeto indiano que significava edema, outra manifestação comum da doença, como referido em 1868, no *Dictionnaire de Médecine* de Leroy de Méricourt.

O beribéri era conhecido com várias denominações: *morbus in-nominatus* ou *doença dos trabalhadores de açúcar*, na Bahia, *doença ruim*, no Ceilão e *kakké*, no Japão.<sup>10</sup>

O beribéri, estado de carência nutricional, é desencadeado pela depleção e não reposição das reservas de vitamina B1 ou tiamina. A tiamina é importante para várias reações químicas do organismo, principalmente na condução dos impulsos nervosos. A doença se caracteriza, sintomaticamente, por fraqueza importante, anorexia, dificuldade de movimentação com rigidez nas extremidades dos membros, alterações de sensibilidade, confusão mental, dificuldade em

respirar, edema subcutâneo e dos músculos dos membros inferiores, podendo evoluir para as cavidades serosas.

O início é súbito ou gradual, progredindo lenta ou rapidamente, apresentando surpreendente melhora e recaída no curso da doença.

À época, eram descritos dois tipos de beribéri, conforme a apresentação clínica:

- seco ou forma polineurítica, que é caracterizado por neurite periférica, confusão mental, atrofia de grupos musculares; e
- úmido ou forma edematosa, manifesto por edema, taquicardia, cardiomegalia e congestão pulmonar.

## MALÁRIA

A malária ou impaludismo foi a segunda causa de afastamento temporário dos marinheiros do Serviço Ativo da Marinha.

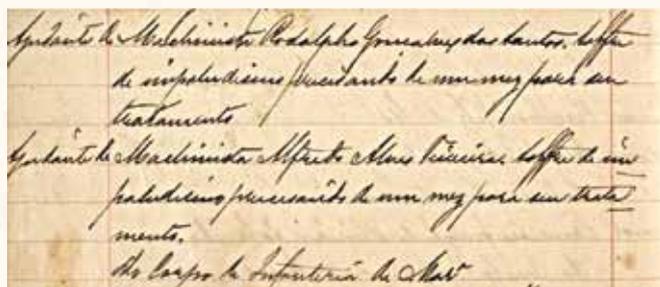


Figura 14: Dois “Ajudante de Machinista” com impaludismo “precisando de um mez para seu tratamento”.

Acredita-se que o termo “malária” seja proveniente do italiano “mal aira”, mau ar. Conhecida como impaludismo, paludismo (*palus* em latim, significa pântano), maleita, febre palustre, miasmática, marmática, telúrica, febre terçã, febre quartã, sezão.

A malária é causada por protozoários do gênero *Plasmodium* transmitidos ao homem por fêmeas infectadas de mosquitos do gênero *Anopheles*. São responsáveis pela transmissão nos seres humanos: *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* e o *P. falciparum*, que é o mais perigoso, por causar a forma mais grave da doença, a forma cerebral, que, na maioria dos casos, leva à morte.

A malária *vivax*, conhecida como “terçã” benigna, é caracterizada pela intermitência dos ataques paroxísticos da doença que ocorrem a cada três dias. É a forma mais comum no Brasil. A malária *ovale* é, basicamente, uma forma terçã da doença, que ocorre quase exclusivamente na África. A malária *malariae* é a forma “quartã”, com intermitência a cada quatro dias. A febre terçã maligna é causada pelo *P. falciparum*, responsável pela maioria das mortes, provavelmente foi trazida da África a bordo dos navios negreiros.

O *Plasmodium* causa o rompimento de hemácias e células hepáticas, proliferação no sistema retículo-endotelial, ocasionando febre intermitente que, dependendo do tipo de *Plasmodium*, ocorre a cada 3 ou 4 dias. Pode ainda ocorrer anemia, cefaleia, vômitos, hepatoesplenomegalia, mialgia intensa e a pele adquire uma cor amarelo-terrosa.

É uma doença que acomete o homem desde a pré-história. Originada provavelmente na África, berço da humanidade, acompanhou a saga migratória do homem pela Ásia, Mediterrâneo, Mesopotâmia e Índia. A chegada ao Novo Mundo é rica em hipóteses como viagens pelo Pacífico em tempos remotos e viagens de colonizadores espanhóis e portugueses a partir do século XVI.

A malária teve grande impacto nas campanhas militares ao longo da história. Vários exércitos foram dizimados ou seriamente enfra-

quecidos. Acredita-se que Alexandre, o Grande, morreu de malária no auge do poder. Para ilustrar a agressividade da doença, na campanha francesa em Madagascar, em 1895, foram 13 mortos em combate e 4 mil mortos por malária.<sup>11</sup>

Na Segunda Guerra Mundial, o Exército dos Estados Unidos registrou mais de 500 mil casos de malária e a Marinha, 90 mil. O desenvolvimento e o uso de antimaláricos – como quinina, cloroquina, amodiaquina, primaquina, proguanil e pirimetamina – foram uma grande contribuição para o combate da malária.

Na Coreia (1950-1953), as tropas americanas lotaram os hospitais, que chegaram a registrar 629 casos por semana. No Iraque, Afeganistão e Libéria (2001-2003), foram registrados mais de 200 casos, contabilizando 53 mortos.<sup>11</sup>

Atualmente, todas as nações com forças militares em áreas endêmicas sofrem com a malária. Até mesmo os soldados brasileiros envolvidos em missões de paz das Nações Unidas foram acometidos pela malária. Em 1995, na missão Unavem (Missão de Verificação das Nações Unidas em Angola), foram registrados 78 casos com três mortes de militares do Exército Brasileiro, apesar da quimioprofilaxia preconizada. No Haiti, na missão Minustah, com início em 2004, já foram registrados mais de 20 casos de malária sem referência a óbitos.<sup>11</sup>

Nos Estados Unidos, são investidas altas somas, em média 10 milhões de dólares anuais, em pesquisas na busca de novos medicamentos e vacinas.

## LEPRA (MAL DE HANSEN)

Causava terror, não só pela morte, mas pelo isolamento social. Em 1873, Gerhard Armauer Hansen, descobre o *Mycobacterium leprae* ou *Bacillus leprae*.

É uma doença crônica, granulomatosa, de alta infectividade, porém com baixa patogenicidade, ou seja, capacidade de infectar elevado número de pessoas, no entanto poucos adoecem. O homem é o único reservatório conhecido da bactéria, logo o contágio é interpessoal. O trato respiratório é a mais provável porta de entrada do *M. leprae*.

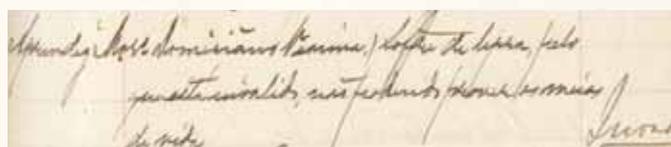


Figura 15: Aprendiz de marinheiro “sofre de lepra...”.

O bacilo tem atração pela pele e nervos periféricos, responsáveis pela maioria das manifestações clínicas: lesões cutâneas e espessamento de nervos periféricos acompanhado por alteração de sensibilidade. O *M. leprae* é a única espécie de micobactéria que infecta os nervos periféricos, especificamente as células de Schwann.

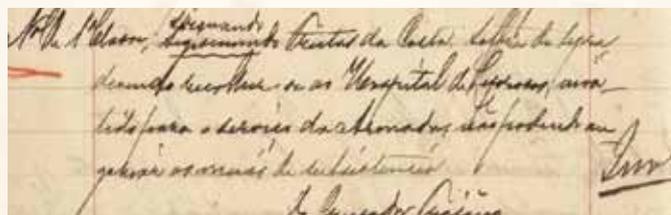


Figura 16: “Marinheiro de 1ª classe, ...sofre de lepra devendo recolher-se ao Hospital de Leprosos, inválido para o serviço da Armada, não podendo angariar os meios de subsistência”.

Em 1969, foi solicitada a mudança do nome para doença de Hansen ou hanseníase.

## CONCLUSÃO

Este artigo sintetiza uma revisão dos registros históricos relevantes, relacionados às doenças que mais incapacitavam definitiva ou temporariamente os militares da Marinha do Brasil no final do século XIX. São também descritas as condições sanitárias e higiênicas das antigas embarcações para melhor compreensão de como os médicos lidavam com as epidemias entre a tripulação dos navios à época.

As patologias apresentadas afligem a humanidade desde a Antiguidade e muitas ainda constituem uma ameaça global à saúde pública apesar de todo o conhecimento dos agentes etiológicos, sua prevenção e os recursos terapêuticos disponíveis.

Este artigo representa uma reflexão histórica sobre os tempos difíceis que desafiavam os médicos, marinheiros, a população e os governantes da época.

## REFERÊNCIAS

1. van Loon HW. Navios e de como eles singraram os sete mares. Porto Alegre: Livraria do Globo; 1936, 301 p.
2. Bouchon G. Vasco da Gama: biografia. Silva, AS, et al, tradutor. Rio de Janeiro: Record; 1988, 333p.
3. Gurgel C. Doenças e Curas: o Brasil nos primeiros séculos. 1ª ed., 1ª reimpressão. São Paulo: [Editora Contexto]; 2010, 185 p.
4. Edmundo Luís. O Rio de Janeiro do tempo dos Vice-Reis: 1763-1808. Rio de Janeiro: Imprensa. Nacional; 1932, 550 p.
5. Lopes AJ, Capone D, Mogami R, et al. Tuberculose extrapulmonar: aspectos clínicos e de imagem. Pulmão RJ. 2006; 15(4): 253-61.
6. Ribeiro L. Medicina no Brasil Colonial. Rio de Janeiro: [Editoria Sul Americana]; 1971, 470 p.
7. Bechimol JL. Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001, 470 p.
8. Teixeira LA. Da transmissão hídrica a culicidiana: a febre amarela na sociedade de medicina e cirurgia de São Paulo. Rev Bras Hist. 2001; 21(41): 12 p.
9. Rezende JM. Eijkman, o detetive do beribéri. 2002 [Acesso em 04/11/2002]. Disponível em: <http://usuários.cultura.com.br/jmrezende>.
10. Silvado J. O beribéri na Marinha Militar do Brazil. Bernard Frères; 1907, 40 p.
11. França TCC, Santos MG, Figueroa-Villar,JD. Malária: aspectos históricos e quimioterapia. Quim Nova. 2008; 31(5): 1271-78.
12. Botelho JB. Epidemias: a humanidade contra o medo da morte. Manaus: Editora Valem; 2009, 182 p.
13. Lima EJC. O problema do beribéri na Marinha Brasileira. Rio de Janeiro: Imprensa Naval; 1923, 63 p.
14. Lopes MB. Rio em Movimento: quadros médicos em história 1890-1920. Rio de Janeiro: Editora FioCruz; 2001, 136 p.
15. Nabuco JT. Um médico do Brasil Colônia: o cirurgião-mor Manuel Fernandes, Nabuco e sua gente. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986, 369 p.

Como citar este artigo: Pereira S, Frutuoso RAM. Apontamentos para a história médico-pericial na Marinha do Brasil. Arq Bras Med Naval. 2011 jan/dez; 72(1): 10-15.

Article translated into English on the website [www.mar.mil.br/dsm](http://www.mar.mil.br/dsm)