
UM TRIBUTO A CARLOS CHAGAS ¹

Anis Rassi ²

No ano em que se comemora o centenário da descoberta do *Trypanosoma cruzi*, agente etiológico da doença de Chagas, faz-se oportuno recordar seu histórico, pois representa a mais expressiva descoberta da medicina brasileira e uma das mais significativas da medicina universal.

A descoberta resultou de um raciocínio lógico e concatenado em torno de fatos cuidadosamente observados, o que demonstra a competência de Carlos Chagas como clínico, entomologista, parasitologista e sanitarista.

Houve um período inicial de glórias, quando foi nacional e internacionalmente reconhecido, seguido de outro no qual ocorreram tentativas de abalar os alicerces da descoberta, que geraram desinteresse, descrédito e até mesmo esquecimento da doença no meio médico. A esse período, seguiu-se o de ressurgimento, agora em todo o continente, no qual ficou comprovada a larga extensão geográfica da endemia, antevista por Carlos Chagas.

Tudo começou assim:

Oswaldo Cruz, diretor do antigo Instituto de Manguinhos, hoje Instituto Oswaldo Cruz, atendendo à solicitação do Ministro Miguel Calmon para promover campanha antipalúdica no vale do Rio das Velhas (Minas Gerais), onde a malária dificultava a construção do leito da Estrada de Ferro Central do Brasil, designou Carlos Chagas para a referida missão. A escolha levou em conta o êxito que obtivera no combate à malária em Itatinga (SP), em 1905, e em Xerém (RJ), com Arthur Neiva e Gomes de Faria, em 1907. Juntamente com Belisario Penna, a quem convidou para auxiliá-lo, Carlos Chagas instalou-se em Lassance (MG), em 1907,

1 Conferência pronunciada na sessão de instalação do I Fórum Latino Americano de Cardiopatía Chagásica. Belo Horizonte (MG), 10 e 11 de dezembro de 2009.

2 Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

Endereço para correspondência: anisrassi@arh.com.br

Recebido para publicação em: 1/12/2009. Aceito em: 20/12/2009

tendo um vagão como residência e tenda de trabalho, dando início à campanha cujos resultados não se fizeram esperar.

Esse era o Carlos Chagas sanitarista

.

Durante mais de um ano Carlos Chagas observou grande número de pacientes da região, palúdicos e não palúdicos, que apresentavam manifestações clínicas não correspondentes a qualquer doença conhecida. A esse respeito, mais tarde escreveu: “Alguma cousa de novo, nos dominios da pathologia, ahi perdurava desconhecida, e se impunha a nossa curiosidade.”

Esse era o Carlos Chagas clínico

.

Fazia mais de um ano que ali estavam Carlos Chagas e Belisario Penna quando, num pernoite de viagem a Pirapora (MG), conheceram o “barbeiro”, que lhes foi mostrado por Cantarino Motta, chefe da comissão de engenheiros da Estrada, com a informação de ser ele um inseto hematófago que abundava nos casebres da região. Cômico do papel desempenhado por hematófagos na transmissão de determinadas moléstias, suspeitou de que o inseto pudesse ser vetor de algum parasito do homem ou de outro vertebrado.

Esse era o Carlos Chagas parasitologista

.

Ao examinar vários exemplares, apanhados por Belisario Penna, encontrou no intestino posterior do “barbeiro” numerosos flagelados com características morfológicas de critídias (hoje denominadas epimastigotas). Formulou, então, duas hipóteses: a de ser o protozoário em questão parasito natural do inseto ou a de representar estágio evolutivo de um hemoflagelado de vertebrado, talvez do próprio homem.

Esse era o Carlos Chagas protozoologista

.

Enviou, então, a Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, alguns exemplares de triatomíneos infectados, pedindo-lhe que fossem alimentados em macacos da espécie *Callithrix penicillata*. Passados 20 ou 30 dias, em um deles foi verificada a presença de tripanosoma no sangue periférico, original, dando-lhe, então, Carlos Chagas o nome de *Trypanosoma cruzi* em homenagem a Oswaldo Cruz.

Em seguida, Carlos Chagas pormenorizou o estudo morfológico e biológico do novo tripanosoma. Conseguindo infecções experimentais em vários animais, descreveu o papel do “barbeiro” na transmissão da moléstia, fato este de grande significação por ser a primeira vez em que se constatou o papel de um hemíptero na transmissão de um parasito.

Esse era o Carlos Chagas pesquisador

Restava a Carlos Chagas demonstrar a infecção humana pelo *T. cruzi*, possibilidade que aventara ante os hábitos domiciliários do “barbeiro”, seu hematofagismo sobre o homem e, ainda, a ocorrência, naquela zona, de um quadro mórbido cuja filiação etiológica às entidades nosológicas conhecidas não era possível (Chagas, 1909a). Para tanto, passou a pesquisar o parasito no sangue de pacientes com a condição mórbida de etiologia obscura, residentes em casas altamente infestadas por triatomíneos. Os resultados foram reiteradamente negativos, o que ele mesmo explicou, pouco tempo depois, como devidos ao fato de a pesquisa ter sido feita numa só gota de sangue de cada doente ou em pacientes com a forma crônica da infecção. Insistindo em seus trabalhos e afirmando que o fazia “com fundamentada segurança de êxito” (Chagas, 1922), teve suas pesquisas confirmadas. Isso se deu quando foi chamado para assistir uma criança (de nome Berenice), de 2 anos de idade, em estado grave (com febre, hepatosplenomegalia, hipertrofia de linfonodos e edema generalizado), na qual a pesquisa resultara negativa anteriormente. Na ocasião, constatou a presença do *T. cruzi* no sangue periférico da criança e, dias antes, havia encontrado um gato infectado pelo protozoário em questão na casa em que ela residia.

Em nota prévia, em 22 de abril de 1909, aos 29 anos de idade, deu ciência ao mundo da comprovação da existência de nova tripanosomíase humana.

Depois desse primeiro caso de fase aguda, Carlos Chagas identificou mais 28, descreveu-os um a um e conseguiu necropsiar quatro deles. O primeiro era uma criança do sexo feminino, de 4 meses de idade, chamada Alberta e que faleceu em 7 de junho de 1910 (observação 2, Chagas, 1916). Em discurso que pronunciou na Academia Nacional de Medicina por ocasião de sua posse como membro honorário, em 15 de setembro de 1921, Belisario Penna relatou como Carlos Chagas e ele conseguiram realizar a necrópsia em Alberta. Ocorrido o óbito:

Carlos Chagas declarou que, custasse o que custasse havia de autopsial-a e recolher o material para estudos. Lembrou-se de exumar o cadaver, á noite, e no proprio cemiterio, fazer a autopsia. Oppuz-me formalmente a esse alvitre, que daria lugar a graves desgostos e contratempos, se de leve se suspeitasse

do facto. Comprar o cadaver, por maior que fosse a somma offerecida, nem pensar em tal naquelle meio. Recorremos então a um ardil sentimental e piedoso, que deu resultado completo. Por absoluta carencia de recursos dos paes da criancinha, ia ser ella inhumada, sem feretro, e simplesmente envolvida em lençol. Propuzemos-lhe então que levassem para nossa casa o pequeno cadáver, porque o vestiríamos com decencia, e mandaríamos preparar um bonito feretro, realizando-se no dia seguinte pela manhã o enterro. Para justificar a offerta, allegamos os nossos sentimentos piedosos, e o facto de havermos tratado a criancinha. Gratos e enternecidos acceitaram os paes a offerta, levando para nossa residencia o pequeno cadaver, que, á noite, portas e janellas fechadas e calafetadas, foi por nós autopsiada, retiradas as visceras, o cerebro e a medulla. Cheias as cavidades de algodão, recomposto o cadaver, foi vestido, coberta a cabeça com uma bella touca e mettido num caixão. Pela manhã realizou-se o enterro, sem que os paes, ou quem quer que fosse suspeitasse, sequer, do que se passára. No dia immediato eu embarcava para aqui, afim de entregar a Oswaldo Cruz esses despojos preciosos, que intensa luz projetaram sobre a grande descoberta de Chagas.

E continuou Belisario Penna:

Como conseguir, sem hospital, a autopsia num caso chronico da doença? Adoeceu gravemente um homem de cerca de trinta annos de idade, residente a duas leguas da povoação, meu companheiro de varias caçadas, e caso typico da modalidade cardiaca da doença, sem bocio nem perturbações do systema nervoso. Era um caso perdido. Convencemos os parentes de que a unica probabilidade de salvação do doente, consistia numa assistencia medica ininterrupta, não praticavel na sua morada. Propunhamos, pois, recebê-lo em nossa casa, onde o trataríamos com todo o desvello. Está claro que só dispunhamos de accommodação para o doente. Aceita a proposta, foi elle removido para nossa residência, onde falleceu dez dias depois, á tardinha, sendo autopsiado durante a noite por nós dois e pelo saudoso Gaspar Vianna, então presente em Lassance. Eis como se realizaram as duas primeiras autopsias, que evidenciaram a acção pathogenica do *Trypanosoma cruzi*, e cujos estupendos resultados se acham registrados em notaveis trabalhos de Carlos Chagas, de Gaspar Vianna e do Instituto Oswaldo Cruz.

Esse relato de Belisario Penna corrige engano bibliográfico cometido por De Lamare e Aguiar (1952), que informaram ter sido a necrópsia praticada em Berenice, em verdade ainda viva em 1961, ocasião em que foi submetida a uma revisão clínica complementada com exames auxiliares (Salgado et al., 1962).

Carlos Chagas, desde cedo, visou à caracterização de uma possível fase crônica da doença, para a qual era induzido seu raciocínio ante o quadro clínico

insólito de muitos pacientes da região. As manifestações cardíacas, nervosas e o bócio polarizaram desde cedo sua atenção e mereceram amplo estudo clínico e anátomo-patológico.

Em numerosos trabalhos, Chagas focalizou genialmente os múltiplos aspectos da doença, não lhe tendo escapado sequer as possibilidades da etiologia chagásica do megaesôfago e da transmissão congênita da moléstia no ser humano, posteriormente comprovadas de maneira irrefutável. Estava vencida, assim, mais uma etapa de seu trabalho.

Em suas investigações, Carlos Chagas teve como colaboradores principais: Arthur Neiva, no estudo do transmissor; Gaspar Vianna e Magarinos Torres, nos aspectos anátomo-patológicos; Eurico Villela, na parte clínica; Belisario Penna, como sanitaria; Ezequiel Dias, nos aspectos hematológicos e Cézár Guerreiro e Astrogildo Machado, no diagnóstico sorológico.

A descoberta de Carlos Chagas tornou-o merecedor de múltiplas honrarias de variada ordem, no Brasil e no exterior (EUA e vários países da Europa), oriundas de instituições de mais alta qualificação científica. Prêmios (dentre os quais se destaca, em 1912, o prêmio Schaudinn do Instituto de Moléstias Tropicais de Hamburgo, conferido de 4 em 4 anos a trabalho excepcionalmente notável de protozoologia), condecorações, títulos de Cavaleiro e de Comendador de várias Ordens da Europa, títulos de Doutor *Honoris Causa* de várias Universidades, participação em sociedades médicas como membro honorário, encontro com reis e outras autoridades governamentais que desejavam conhecê-lo, representação oficial do Brasil em congressos médicos internacionais, convites para pronunciar conferências, ingresso na Academia Nacional de Medicina, em 1910, como membro titular extranumerário (independente de vaga) etc. foram homenagens que recebeu. Um prêmio em dinheiro (50 contos de reis) que recebeu do governo federal foi por ele doado para a construção de monumento em homenagem a Oswaldo Cruz. Como administrador, foi diretor do Instituto Oswaldo Cruz e Diretor Geral de Saúde Pública. Fundou a Escola de Enfermagem Anna Nery, escola que introduziu o ensino de enfermagem no Brasil. Como docente, foi nomeado catedrático da cadeira de Medicina Tropical da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, criada especialmente para ele, por decreto presidencial com o critério de “notório saber”. Sua bibliografia é composta de 78 publicações nacionais e estrangeiras, a maioria sobre a doença que leva seu nome e muitas sobre malária, endemia da qual também era grande conhecedor, tendo sido ele quem introduziu a noção de sua transmissão intradomiciliar, universalmente aceita. Publicou o livro *Manual de Doenças Tropicais e Infectuosas*, em colaboração com o filho Evandro Chagas.

Em Lassance, Carlos Chagas recebeu, em 1910, uma comissão constituída por membros da Academia Nacional de Medicina (Miguel Couto, Oswaldo Cruz, Miguel Pereira, Antonio Austregésilo, Juliano Moreira, Fernandes Figueira e do Instituto de Manguinhos, Figueiredo de Vasconcellos e Gaspar Vianna), cuja visita se destinava a conhecer a nova doença. Nessa ocasião, por proposta de Miguel

Couto, aceita por todos os membros da comitiva, a doença foi cognominada de Moléstia de Chagas.

Embora toda a glória de Carlos Chagas fosse reconhecida, enaltecida e admirada pelas figuras exponenciais da medicina brasileira e internacional, fizeram-se ouvir vozes dissonantes. A primeira partiu da Argentina, em 1915, quando Rudolph Kraus, microbiologista da Universidade de Viena que fazia pesquisas naquele país, juntamente com C. Maggio e F. Rosenbusch, publicou trabalho no qual contestava alguns conceitos emitidos por Carlos Chagas. Os pesquisadores assinalaram que os triatomíneos de lá também se apresentavam infectados pelo *T. cruzi* e comprovaram, em animais de experiência, sua ação patogênica sobre o miocárdio. Contudo, salientaram que na Argentina não havia casos da doença e que o bócio de lá não guardava relação com a infecção pelo *T. cruzi* e não era diferente do bócio endêmico da Europa. Consideraram válido o diagnóstico clínico da fase aguda, porém ponderaram que, em casos crônicos, as lesões tissulares deveriam vir acompanhadas do parasito. Aventaram até a hipótese de que o *T. cruzi* da Argentina não causaria doença de Chagas por ter sua virulência atenuada em razão do clima!

Carlos Chagas teve oportunidade de responder a esse questionamento em conferência que durou uma hora e meia - ilustrada com projeções e preparações microscópicas-, que pronunciou no Primer Congreso Nacional de Medicina, realizado em Buenos Aires em 1916. Demonstrou a presença do parasito no miocárdio, assinalando ser ela constante nos casos agudos e presente em muitos casos crônicos e vir acompanhada de intenso processo inflamatório e lise celular das mais notáveis características sintomáticas. Referiu-se a arritmias cardíacas de excitabilidade e de condutibilidade na fase crônica já constatadas em publicação feita anteriormente (Chagas, 1911). Digno de menção é o fato de que, nessa publicação, utilizando o polígrafo de Jacquet e analisando o choque de ponta do coração e os pulsos jugular, carotídeo e radial, diagnosticou arritmias cardíacas e comentou-as com tanta propriedade que guardam impressionante atualidade, à luz da eletrocardiografia só mais tarde empregada.³ Exemplificando: sobre a extrassístolia, assinalou a atrial e a ventricular, destacando sua presença quase constante em adultos e sua ausência em crianças e indagou se o fato seria devido a uma miocardite crônica ainda ausente em crianças. Reconheceu o bloqueio atrioventricular de 2º e de 3º grau e a relação desse último com a síndrome de Stokes-Adams. E mais: frisou como fato digno de menção a constância de extrassístoles nos casos de bloqueio, hoje em dia considerada associação preocupante que deve ser investigada com Holter e teste ergométrico após o implante de marca-passo cardíaco artificial e, se complexa – como frequentemente ocorre –, tratada visando à profilaxia da morte súbita por taquiarritmia ventricular. Diminuiu a importância do acometimento da

3 A esse respeito, cabe assinalar que Carlos Chagas foi pioneiro na introdução da eletrocardiografia no Brasil (Chagas, 1912); à época, o eletrocardiógrafo, inventado em 1901, era de galvanômetro de corda, de difícil manejo, o registro era feito em papel fotográfico e existiam apenas as derivações bipolares (D1, D2 e D3).

tireóide na fase aguda e, sobre o bócio, considerou-o como questão passível de discussão, não mais o considerando como expressão de relevo. Salientou que a doença era de evolução essencialmente crônica e progressiva. Sobre a alegação de que, na Argentina, em regiões com triatomíneos infectados, não se havia identificado nenhum caso humano da moléstia, argumentou que a doença ainda estava em fase de adaptação ao homem e este fato mostrava que ainda não se havia completado o ciclo biológico na região. No Brasil, a lembrança dessa hipótese hoje não se faria necessária, uma vez que, aqui, o “mal de engasgo” (megaesôfago) – marcador ímpar para diagnóstico clínico da infecção chagásica em áreas endêmicas – já havia sido descrito várias décadas antes da descoberta de Carlos Chagas. Informou estar formulando modificações na classificação da moléstia com base no aumento de sua casuística e na observação demorada e minuciosa dos casos. Discorreu sobre tipos de morte - por insuficiência cardíaca e súbita-, referindo-se a jovens que, aparentemente saudáveis, faleciam repentinamente.

Brilhante, porque bem documentada, esclarecedora e convincente, sua conferência mereceu calorosos aplausos, inclusive de Rudolph Kraus que o homenageou com uma festa em sua residência e o convidou para, juntos, fazerem estudos sobre a doença na Argentina.

Foi em julho de 1919 que os ecos contestatórios iniciais argentinos chegaram ao Brasil, inicialmente na palavra do parasitologista Henrique Aragão, pesquisador do Instituto de Manguinhos, em conferência que pronunciou por ocasião de sua posse na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Levantou alguns questionamentos sobre o trabalho de Carlos Chagas, tais como: a filiação etiológica do bócio à doença por falta de provas seguras e que o bócio seria entidade superposta; apontou o pequeno número de casos com diagnóstico de certeza (menos de 40) da doença em dez anos; estranhou que não se encontrasse número de casos proporcional ao avultado número de triatomíneos infectados; aventou a hipótese de que o *T. cruzi* não fosse facilmente transmissível ou fosse de difícil adaptação no organismo humano, especialmente do adulto, o que proporcionaria menos facilidade de infecção ou evolução para a cura espontânea em muitos casos. Atribuiu a Oswaldo Cruz a autoria da descoberta do *T. cruzi*, assunto que motivou acirrada polêmica na Academia Nacional de Medicina posteriormente e lembrou que Clementino Fraga, em 1911, havia compartilhado dessa opinião e proposto, para a doença, a denominação de moléstia de Cruz e Chagas.⁴

Henrique Aragão foi secundado na mesma sessão por Henrique Figueiredo de Vasconcellos, também do Instituto de Manguinhos, fazendo objeção ao fato de se atribuir a Carlos Chagas tudo sobre a moléstia, *de princípio a fim*, salientando que vários investigadores do Instituto Oswaldo Cruz foram seus colaboradores,

4 Clementino Fraga retificou essa opinião em sessão da Academia Nacional de Medicina em 1923, baseado em conferência de Oswaldo Cruz e em carta de Bento Oswaldo Cruz, às quais nos referiremos à frente.

com contribuições valiosíssimas, e não simples auxiliares, cabendo-lhes, portanto, parte das glórias. Também ele atribuiu a Oswaldo Cruz a autoria da descoberta do *T. cruzi* por tê-lo encontrado no sangue do sagui contaminado. Sobre a questão da patogenicidade do *T. cruzi*, que alguém considerou como saprófita, assinalou ser esse parasito seguramente patogênico, uma vez que “produz uma molestia que se manifesta por casos agudos”, sendo “mais pathogeno para as crianças em baixa idade, do que para os adultos”, conforme assinalara o próprio Carlos Chagas. Considerou como verdade a existência de triatomíneos infectados em grande parte do território nacional, porém ressaltou que, em grande número desses lugares, a doença não havia sido comprovada. E fez a seguinte observação: “Ora, nossa terra necessita urgentemente de immigrantes, e, creio que não será o melhor meio de attrahil-os, fazel-os, saber da existencia de uma molestia terrivel nos lugares onde terão que ir trabalhar, e que não tem de facto sua existencia scientificamente comprovada.”

A conferência de Figueiredo de Vasconcellos foi publicada no Jornal do Commercio (21 e 23 de agosto de 1919) e, em carta ao periódico, Carlos Chagas fez retificações: nunca reivindicou a totalidade de glórias, pelo contrário, em conferências e publicações teve sempre o empenho de nobilitar o nome de companheiros e, principalmente, salientar a *magna pars* de seu saudoso mestre Oswaldo Cruz, a quem devia toda sua orientação em medicina experimental. Contou ter sido Belisario Penna, seu grande amigo, quem capturou diversos triatomíneos no intestino dos quais encontrou as critídias. Assinalou ter sido ele quem colheu sangue de um dos dois macacos que Oswaldo Cruz havia feito sugar pelos “barbeiros” que lhe enviou, sangue no qual encontrou o tripanosoma. Com sincera alegria aceitou a proposta de Clementino Fraga de chamar a doença de “moléstia de Cruz e Chagas”, pois foi ele próprio quem denominou a espécie descoberta de *cruzi*, em homenagem a seu insigne mestre.

Também na Academia Nacional de Medicina Carlos Chagas rebateu os questionamentos de Henrique Aragão e de Henrique Figueiredo de Vasconcellos, poucos dias após seus pronunciamentos, antes de proferir conferência sobre a forma cardíaca. Reconheceu haver pontos a esclarecer e alguns discutíveis, porém não aceitava as contestações dos colegas porque eles não se deram ao trabalho de apreciar fatos concretos, como os casos de Lassance e as experiências em animais.

Os debates foram reiniciados tendo como ponto de partida palavras de Afrânio Peixoto que, durante saudação ao grande amigo Henrique Figueiredo de Vasconcellos, em sua posse na Academia Nacional de Medicina, como membro honorário em 30 de novembro de 1922, enunciou:

[...] Poderieis ter achado alguns mosquitos, inventado uma doença rara e desconhecida, doença de que se fallasse muito, mas quasi ninguem conhecesse os doentes, encantoada lá num viveiro sertanejo de vossa provincia, que magnanimamente distribuirieis por alguns milhões de vossos patricios accusados de cretinos.

Era clara a alusão a Carlos Chagas, gratuita e ignóbil. Iniciou-se, então, o que ficou conhecido como o *episódio da Academia* (dezembro de 1922 a dezembro de 1923), cujos debates ultrapassaram seus umbrais, alimentando o noticiário da imprensa leiga⁵ com notícias e comentários sobre a contenda (Afrânio Peixoto e seguidores *versus* Carlos Chagas e partidários). Por meio de cartas a Miguel Couto - presidente da Academia Nacional de Medicina - e acalorados pronunciamentos em plenário, discussões foram feitas em torno da autoria da descoberta do *T. cruzi*, da extensão geográfica da doença, do bócio, da possibilidade do *T. cruzi* ser saprófita, da falta de associação entre “barbeiros” infectados e doença humana e da frequente ausência do parasito em cortes histológicos. De lado a lado, palavras às vezes cáusticas ou ironicamente pronunciadas. Paralelamente, Carlos Chagas solicitou que a Academia nomeasse uma comissão para se pronunciar sobre a autenticidade de seus estudos e a importância científica e médico-social da descoberta, porque nela não poderia continuar “[...] desde que se provasse haver actuado com improbidade e não merecerem credito as suas conclusões.” A comissão foi constituída por Alfredo Nascimento e Silva, Henrique Duque, Joaquim Moreira da Fonseca e Affonso Mac Dowell. Trabalhou durante cerca de um ano, com elementos que lhe foram fornecidos por Carlos Chagas, como trabalhos, peças anatômicas, preparações histológicas, parasitos em lâmina e vivos, bem como 40 novos pacientes mandados vir de Lassance.

A autoria da descoberta do *T. cruzi* foi motivo de frequentes debates nas sessões da Academia. Quiseram os detratores de Carlos Chagas retirar-lhe a glória da descoberta do parasito, atribuindo-a a Oswaldo Cruz, simplesmente porque este teria sido o primeiro a vê-lo em amostra de sangue colhida do sagui por ele feito contaminar-se a pedido de Carlos Chagas. A leitura de publicações de Carlos Chagas realmente dá margem a dúvida; ora foi ele quem encontrou, ora foi Oswaldo Cruz e ora “*foi encontrado*” (sem dizer por quem). O assunto foi apreciado pela comissão, que assinalou que ninguém contestava que fora Carlos Chagas quem descobriu as crídiás no intestino do “barbeiro”; que os saguis de Manguinhos haviam sido picados por insetos infectados a seu pedido; que o parasito, depois de bem estudado, fora por ele considerado responsável pelos casos clínicos insólitos que observou em Lassance. Ninguém contestava também que fora Carlos Chagas quem reconheceu o *T. cruzi* no sangue de uma criança (Berenice). E concluiu a comissão:

No correr dessa série coordenada de factos, o descobridor do parasito, que não foi achado por acaso mas procurado numa illação logica, não seria, portanto, quem por ventura, primeiro o visse, mas forçosamente quem nessa concatenação tudo dispuzera para que fosse encontrado. Infectado o sagui nas condições experimentaes referidas, nada mais logico do que procurar-lhe no

5 A Ephoca, A Noite, A Noticia, A Rua, Correio da Manhã, Gazeta de Noticias, Jornal do Commercio, O Brasil, O Jornal, O Imparcial etc.

sangue o que ali se esperava poder encontrar; e fosse Oswaldo, fosse qualquer assistente, ou mesmo um servente de laboratorio quem primeiro tivesse visto no sangue gottejado de uma picada no sagui, o trypanosoma que se procurava, esse facto material só por si não o faz logica e scientificamente o seu descobridor, e a interferencia occasional de quem quer que fosse, encontrando o que Chagas procurava, e por indicação d'elle, não tiraria a este a autoria de quanto de direito lhe cabe na descoberta do parasito [...].

A comissão reproduziu palavras de Oswaldo Cruz em conferência por ele pronunciada em 1915, na qual considerou a descoberta “[...] verdadeiro paradigma de achado em que o raciocínio foi tudo e em que o acaso não trouxe a menor parcella de luz que pudesse ter orientado o experimentador”, acentuando que “[...] nunca ate agora nos dominios das pesquisas etiologicas se tinha feito descoberta tão completa e brilhante em tão curto prazo e, o que é mais, por um só experimentador”.

Não bastasse tudo isso, há ainda o fato de Oswaldo Cruz jamais ter-se proclamado descobridor do *T. cruzi*; pelo contrário, Bento Oswaldo Cruz, seu filho, também médico, em carta dirigida a Miguel Couto em 19 de dezembro de 1922, assinalou:

Oswaldo Cruz distinguia o Dr. Carlos Chagas com a mais affectuosa amizade, tinha em alta conta suas qualidades moraes e seus dotes intellectuaes, apreciava o seu carater nobre, altivo e impoluto, a sua sinceridade, a sua probidade profissional e habituou-se a julgal-o também assim. A essas qualidades deve elle a sua rapida e brilhante carreira, que lhe tem valido tantas animosidades. Trazemos, assim, a V. Ex. o nosso depoimento, que é, ao mesmo tempo, um protesto, profundamente magoado, ante esta disputa ingrata e odiosa, em que se procura amesquinhar a reputação de um cientista illustre, servindo-se do nome de Oswaldo Cruz, que, vivo, repelliria indignado a parte indecorosa que lhe querem dar no processo de espoliação de um dos seus mais acatados discipulos.

A comissão emitiu parecer favorável a Chagas, informando, porém, que escapava ao seu alcance investigar a extensão geográfica da doença, mas que tinha conhecimento da existência de outros focos no continente americano.

Apesar disso, Chagas não se deu por satisfeito, pois ficou sem resposta taxativa o quinto dos seis quesitos que formulara à comissão, no qual indagava: “A nova doença, pela sua grande diffusão no interior do paiz, representa ou não representa um problema de ordem social, da mais alta relevancia, merecedor da attenção do Estado e do zelo dos hygienistas?” Por outro motivo, também não satisfêz a Afrânio Peixoto que, em carta a Miguel Couto (6 de dezembro de 1923), continuando com a obstinada minimização geográfica do “mal de Lassance” - era assim que, sarcasticamente, referia-se à doença - lamentou que a comissão não

pudesse responder sobre a extensão do mal, “que se disse espalhado pelo paiz, atingindo 15% da população do Brasil, ou mais de 4,5 milhões de Brasileiros.” E acrescentou, jocosamente, que na quarta edição de seu livro *Hygiene* assinalaria “[...] que se conhecem mais 40 casos, fornecidos também pelo Dr. Chagas, isto é, agora 80, o que nos deixa ainda com o pequeno deficit de 4.499.920 casos a demonstrar.”

Tivesse Afrânio Peixoto a ventura de viver até 1980-1985, teria a oportunidade de ver que o vaticínio que, ironicamente, fizera na saudação a Figueiredo de Vasconcellos (de alguns milhões de chagásicos no Brasil) viria a ser verdadeiro. Naquele lustro, a Organização Mundial da Saúde, com base no resultado de inquérito sorológico nacional realizado, estimou em 6.180.000 as pessoas infectadas (4,2 % da população) e em 41.054.000 (32% da população) o número de indivíduos expostos à infecção em nosso país. Quanto às cifras de toda a América Latina (inclusive o Brasil), a estimativa foi de 17.395.000 pessoas infectadas e de 92.895.000 expostas à infecção.

Perguntavam os opositores de Carlos Chagas: Por que, ante a comprovada larga distribuição por todo o continente americano de “barbeiros” infectados pelo *T. cruzi*, à exceção dos casos de Lassance, só um ou outro caso humano da doença era encontrado? Parreiras Horta, pesquisador também de Manguinhos, chegou a lembrar que alguns tripanosomas de animais, inclusive um com ciclo evolutivo no hospedeiro idêntico ao do *T. cruzi*, eram avirulentos. Sem afirmar ser o *T. cruzi* um saprófita, fica na mente do leitor essa impressão, a ponto de Belisario Penna, na época colaborador de Carlos Chagas, ter feito um desafio por ele referido em carta dirigida ao jornal *A Noite*, do Rio de Janeiro, e publicada na edição de 20 de agosto de 1920:

Já se disse que o protozoario causador da molestia é saprophyta e hospede sem perigo para o homem, nas regiões infestadas por “barbeiros”, que inoculam no homem o negregado hospede. Certa ocasião propuz aos que isso affirmam, deixar-me inocular por um protozoario, que, de facto é saprophyta para o homem – o Trypanozoma lewisi – uma vez que elles se deixassem inocular pelo “Trypanozoma cruzi”, na sua opinião, também saprophyta e calumniado como o causador da Doença de Chagas. O meu desafio está de pé, desde muitos mezes, mas sem resposta.

Ainda que Carlos Chagas tenha saído vitorioso da contenda com Kraus e colaboradores e com Afrânio Peixoto e seguidores, o interesse pela doença ficou bastante abalado. Além disso, com a morte de Oswaldo Cruz em 1917, Carlos Chagas assumiu o cargo de Diretor do Instituto Oswaldo Cruz e, cumulativamente, em 1919, também o de Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, atividades que tomavam muito de seu tempo.

Cabe, agora, uma indagação: Por que a campanha contra Carlos Chagas e sua obra, que lhe causou drama íntimo de grandes proporções, segundo Carlos Chagas Filho? Não menos do que inveja e despeito! Afrânio Peixoto foi preterido

para o cargo de diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, cargo que Carlos Chagas assumiu em 1919. Por sua vez, Figueiredo de Vasconcellos, o mais antigo dos colaboradores de Oswaldo Cruz, também viu interesse pessoal frustrado ao perder para Carlos Chagas a nomeação para diretor do Instituto de Manguinhos após a morte de Oswaldo Cruz.

Pode-se deduzir que a doença de Chagas humana “corria à solta”, coincidentemente com as áreas triatomínicas da América Latina, apenas não sendo reconhecida - por ignorância, parca sintomatologia ou por sua ausência, confusão com outras entidades mórbidas ou falta de interesse -, pois, lembrada ou procurada, ela seria encontrada tanto na fase aguda como na crônica.

Citamos, a propósito, observação pessoal: interessados no estudo da fase aguda, encaminhamos carta-circular aos colegas que clinicavam em áreas endêmicas do estado de Goiás, alertando para o quadro clínico e pedindo o encaminhamento dos casos que nele se enquadrassem; em curto período (14 meses) recebemos 18 casos parasitologicamente comprovados (Rassi et al., 1958). Antes havia, na literatura, o registro de apenas seis casos agudos em Goiás, três registrados por um autor, dois por outro e um por um terceiro (entre 1941 e 1956). Outra experiência vivenciada foi a de Montalvânia; naquele município de Minas Gerais, com cerca de 15 mil habitantes, dois médicos que se familiarizaram com o diagnóstico de fase aguda, encaminharam, entre 1978 e 1985, para tratamento específico 62 pacientes de período inicial da infecção (51 parasitologicamente comprovados pelo exame direto do sangue e 11 clinicamente reconhecidos), 39 procedentes do município referido (Rassi et al., 2003) e 23 de municípios próximos, como Carinhanha, Wanderley, Cocos, Barreiras e Bom Jesus da Lapa (BA) e Manga (MG).

Fato semelhante já havia sido observado em Bambuí (MG). A criação do Posto do Instituto Oswaldo Cruz (Centro de Estudos e Profilaxia da Moléstia de Chagas), em novembro de 1943, foi um “divisor de águas” no reconhecimento da fase aguda, pois, entre 1937 e 1942, haviam sido diagnosticados apenas 24 casos de período inicial, enquanto entre 1943 e 1955 foram reconhecidos 276 casos (Dias, 1955).

Observação interessante também foi a de Teixeira (1977), que, acompanhando moradores de domicílios infestados por triatomíneos ou sujeitos à infestação, pôde diagnosticar, em 16 meses, 14 casos de fase aguda (5 com manifestações clínicas e 9 nos quais a sintomatologia foi nula ou tão discreta que passou despercebida dos pacientes e de seus familiares, mesmo com assistência médica disponível).

Com respeito à fase crônica, ainda nos dias atuais, com frequência seu portador a ignora ou o diagnóstico da doença é fortuito. Isso porque mais da metade dos pacientes se encontra na forma indeterminada ou na cardíaca assintomática, sendo o reconhecimento da infecção feito por provas sorológicas solicitadas em função de doação de sangue, exame admissional, *check-up*, história familiar, antecedente epidemiológico, achado eletrocardiográfico indicativo (como o bloqueio completo do ramo direito) etc.

Na Argentina, onde se sabia existir vasta zona com triatomíneos infectados, mas a doença era desconhecida, negada ou não tinha o menor significado, Salvador Mazza fundou, em 1926, a Sociedad Argentina de Patología Regional del Norte e, em 1928, criou a Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (M.E.P.R.A.). Seu objetivo era, juntamente com seus colaboradores, levar aos médicos do interior, especialmente aos da área rural, conhecimentos a respeito das doenças regionais, entre as quais a doença de Chagas foi incluída, e deles receber a devida colaboração. Foi o início de uma nova era na história da doença de Chagas. Enquanto no Brasil a vergonhosa campanha contra Carlos Chagas comprometeu o interesse pela doença, na Argentina o diagnóstico da fase aguda era cada vez mais frequente, com realce para a região do Chaco, local em que Kraus havia negado a existência da moléstia. De casos isolados, nossos vizinhos passaram a contá-los em série e, em pouco tempo (1938), a casuística atingia a cifra de 370 pacientes e, em 1946, 1.244 casos (dos quais 1.033 diagnosticados pela microscopia) distribuídos por várias de suas províncias. Animais domésticos e silvestres também foram identificados naturalmente infectados.

O exemplo de Mazza e colaboradores foi o ponto de partida para investigadores de outros países do continente que, simultânea ou sucessivamente, foram reconhecendo casos agudos em áreas triatomínicas.

O trabalho de Mazza foi motivo para que R. V. Talice propusesse a denominação de *enfermedad de Chagas-Mazza* para a doença - desde logo adotada por autores argentinos -, à semelhança do ocorrido no Brasil, onde alguns chegaram a denominá-la de doença de Cruz e Chagas, em ambos os casos, epônimos injustificáveis e que não se consagraram por falta de judicioso fundamento.

Ampla frente de investigações foi aberta, merecendo destaque os estudos de J.F. Torrealba e F. Pifano na Venezuela, R.V. Talice no Uruguai, A. Neghme no Chile e R.A. Torrico e J. A. Espinoza na Bolívia, dentre outros. Ficou então comprovada, definitivamente, a extensa distribuição geográfica da endemia, antevista por Carlos Chagas desde os primórdios de sua descoberta.

Claro é que a obra científica de Carlos Chagas merecia sua candidatura ao Prêmio Nobel de Medicina e assim entenderam grupos dela admiradores, apresentando seu nome, oficialmente, à instituição sueca para o de 1913, o de 1921 e o de 1935. O de 1913 foi concedido a Charles Robert Richet pela descoberta da anafilaxia; teria sido prematura essa primeira apresentação? Também não recebeu o de 1921; naquele ano a ninguém foi outorgado o prêmio; teriam influenciado negativamente na avaliação do júri as críticas e contestações que Carlos Chagas vinha recebendo - quase todas sem respaldo -, por desconhecimento, inveja ou interesses particulares, como se dizia na época? Foi o único ano, desde sua primeira concessão em 1901 até hoje, em que isso aconteceu, exceto durante os anos da 1ª Guerra Mundial (1914 /1918) e anos da 2ª (1940 a 1942). O de 1935, candidatura que a morte anulou (só a personagens vivos o prêmio é concedido), teve a indicação de von Jauregg, Nicolle, Ramon y Cajal e Pitalluga, segundo Eurico Villela.

Infelizmente, Carlos Chagas não teve a oportunidade de ver, em toda plenitude, a extensão de sua descoberta, com a doença espalhada por todo o continente americano e a ameaçar países não endêmicos em virtude da migração de infectados. Também, não pôde saber que constam da bibliografia milhares de publicações científicas sobre a moléstia à qual emprestou seu nome.

Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas (Carlos Chagas) nasceu em 9 de julho de 1879 em Oliveira (MG) e faleceu subitamente (por evento coronariano?) no Rio de Janeiro, em sua mesa de trabalho, em 08.11.1934. Durante quatro anos viveu em Lassance e, durante pouco mais de um ano, na Amazônia (1912 – 1913) para fazer avaliação dos problemas médico-sanitários existentes, ocasião em que contraiu malária. Juntamente com Pacheco Leão e João Pedroso ocupou-se de fazer observações sobre as endemias existentes (malária, leishmaniose, purupuru, boubá, hanseníase, ancilostomose etc.), assistir pacientes e, no final, elaborar o competente relatório.

A têmpera de Carlos Chagas pode ser medida também pelo papel que desempenhou durante a “gripe espanhola” (1918). Já era Diretor do Instituto Oswaldo Cruz e atendeu o chamado para combater a epidemia que assolava o Rio de Janeiro. Foi “general” e “soldado” ao mesmo tempo.

Embora doente êle próprio, sua atividade se multiplica: cria hospitais improvisados em algumas horas, mobiliza a parte ainda ativa da população e os convalescentes para a luta, visita doentes, percorre serviços; fã-lo todos os dias para só chegar a casa altas horas da noite, exausto, quase vencido pela dificuldade da luta, sem poder dar aos seus – a mulher gravemente atingida e os dois filhos, dos quais também um em estado grave – a atenção e o carinho desejados. (CHAGAS FILHO, 1958).

Com certeza seu nome é pronunciado várias vezes ao dia em muitos locais, pois é epônimo também de cidade de Minas Gerais, fundação, bairros, vias públicas, hospitais, clínicas, laboratórios de análises clínicas, faculdade, centros acadêmicos, cursos, escolas, cédulas de papel moeda, embarcação marítima, edifícios etc. Adjetivado para chagásico, também é escrito e falado frequentemente em várias línguas.

REFERÊNCIAS

1. Boletim da Academia Nacional de Medicina (Rio de Janeiro) – Edições de 1922 e 1923.
2. Chagas C. Nova tripanozomíase humana. Estudos sobre a morfologia e o ciclo evolutivo do *Schizotrypanum cruzi* n. gen., n. sp., agente etiológico de nova entidade morbida do homem. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 1: 159-218, 1909a.
3. Chagas C. Nova entidade morbida do homem. Resumo geral de estudos etiológicos e clínicos. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 3: 219-275, 1911

4. Chagas C. Tripanosomiase americana. Forma aguda da molestia. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 8: 37-60, 1916.
5. Chagas C. Descoberta do *Tripanosoma cruzi* e verificação da Tripanosomiase Americana. Retrospecto histórico. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 15: 67-76, 1922.
6. Chagas Filho C. *Meu Pai*. Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993. 293 p.
7. Coura JR (Ed.) - International symposium on the advances in knowledge of Chagas disease. 90 years after its discovery. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 94 (supl. I): 432, 1999.
8. De Lamare R, Aguiar A. Ubicação pediátrica da doença de Chagas. *An Nestlé* 29: 3-23, 1952.
9. Dias E. Informações acerca de 300 casos de doença de Chagas com período inicial conhecido, fichados no Centro de Estudos de Bambuí. *O Hospital* 47: 647-653, 1955.
10. Dias JCP e Coura JR (orgs.). *Clínica e terapêutica da Doença de Chagas. Uma abordagem prática para o clínico geral*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997. 486 p.
11. Kropf SP. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909 - 1962)*. Tese. Universidade Federal Fluminense. Vols. I e II, 2006. 533 p.
12. Maudin I, Holmes PH, Miles MA (Eds.). *The Trypanosomiasis*. CABI Publishing, Oxfordshire, 2004. 614 p.
13. Ministério da Saúde. *Tratamento etiológico da Doença de Chagas*. 2ª ed., Fundação Nacional de Saúde, Brasília, 1997. 32 p.
14. Ministério da Saúde. Consenso Brasileiro em Doença de Chagas. *Rev Soc Bras Med Trop* 38 (supl III): 1-29, 2005.
15. Organización Panamericana de La Salud. *La Enfermedad de Chagas y el sistema nervioso*. Publ. cient. nº 547. Washington, OPS, 1994. 394 p.
16. Prata A (Org.). *Carlos Chagas. Coletânea de trabalhos científicos*. Editora Universidade de Brasília. Brasília, 1981. 883 p.
17. Rassi A, Borges C, Rezende JM, Carneiro O, Salum J, Ribeiro IB, Paula OH. Fase aguda da doença de Chagas. Aspectos clínicos observados em 18 casos. *Rev Goiana Med* 4: 161-189, 1958.
18. Rassi A, Luquetti AO, Ornelas JF, Ervilha JF, Rassi GG, Rassi Junior A, Azeredo BVM, Dias JCP. Impacto do controle químico extensivo de *Triatoma infestans* sobre a incidência de casos agudos e a prevalência da doença de Chagas. O exemplo de Montalvânia, Minas Gerais. *Rev Soc Bras Med Trop* 36: 719-727, 2003.
19. Salgado JA, Garcez PN, Oliveira CA, Galizzi J. Revisão clínica atual do primeiro caso humano descrito da doença de Chagas. *Rev Inst Med trop São Paulo* 4: 330-337, 1962.
20. Silveira AC e outros (orgs.). El control de la enfermedad de Chagas en los países del Cono Sur de América. História de una iniciativa internacional. 1991/2001. Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, 2002. 316 p.
21. Teixeira MGLC. Doença de Chagas. Estudo da forma aguda inaparente. Tese de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 1977.

