

História das leishmanioses no Novo Mundo: um breve panorama

History of leishmaniasis in the New World: a brief overview

Histoire des leishmanioses dans le Nouveau Monde: un bref tour d'horizon

Jaime L. Benchimol

Casa de Oswaldo Cruz – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil
jailabench@gmail.com

Resumo

“A leishmaniose é uma doença de cães e daqueles que levam uma vida de cão” - declarou um parasitologista do Ceará nos anos 1950. Isso é verdade, mas no Brasil a doença vem rompendo barreiras sociais e geográficas que caracterizavam sua distribuição inicial. Nas publicações a esse respeito feitas no pós-guerra por médicos e cientistas brasileiros observa-se crescente intercâmbio com investigadores dos Estados Unidos e de outros continentes estimulado por programas da OMS e de outras agências, e pelo fato de que as leishmanioses ressurgiam em áreas rurais e disseminavam-se por áreas urbanas e regiões até então consideradas indenes. O processo global de agravamento da mortalidade e morbidade pelas diferentes formas da doença é atribuída a mudanças ambientais e climáticas, a diversos processos económicos e sociais, à urbanização desordenada e as guerras. As leishmanioses apresentavam outro aspeto perturbador. A toxidez, confiabilidade e custo elevado dos terapêuticos usados em seu tratamento. Embora representem um risco grave à saúde, continuam a ser negligenciadas na agenda da saúde pública, e esta condição agravou-se depois que as atenções do mundo se voltaram para a pandemia de COVID-19. No Brasil, observa-se um contraste entre a relativa invisibilidade das leishmanioses nas políticas de saúde pública e o grande interesse por ela como objeto de pesquisas científica.

Palavras-chave: Leishmanioses do Novo Mundo; leishmanioses e redes científicas; leishmanioses e circulação dos conhecimentos; leishmanioses e políticas de saúde pública.

Abstract

“Leishmaniasis is a disease of dogs and those who lead a dog’s life,” said a parasitologist from Ceará in the 1950s. This is true, but in Brazil the disease has been breaking down the social and geographical barriers that characterized its initial distribution. Post-war publications by Brazilian doctors and scientists show a growing exchange with researchers from the United States and other continents, stimulated by programs run by the WHO and other agencies, and by the fact that leishmaniasis re-emerged in rural areas and spread to urban areas and regions that had hitherto been considered undisturbed. The global process of worsening mortality and morbidity from the different forms of the disease is attributed to environmental and climatic changes, various economic and social processes, disorderly urbanization and wars. Leishmaniasis had another disturbing aspect. The toxicity, unreliability and high cost of the therapeutics used to treat them. Although they represent a serious health risk, they continue to be neglected on the public health agenda, and this condition worsened after the world’s attention turned to the COVID-19 pandemic. In Brazil, there is a contrast between the relative invisibility of leishmaniasis in public health policies and the great interest in it as an object of scientific research.

Keywords: New World Leishmaniasis; leishmaniasis and scientific networks; leishmaniasis and circulation of knowledge; leishmaniasis and public health policies.

Résumé

«La leishmaniose est une maladie des chiens et de ceux qui mènent une vie de chien», a dit un parasitologue du Ceará dans les années 1950. C'est vrai, mais au Brésil, la maladie fait tomber les barrières sociales et géographiques qui caractérisaient sa distribution initiale. Les publications d'après-guerre de médecins et de scientifiques brésiliens font état d'échanges croissants avec des chercheurs des États-Unis et d'autres continents, stimulés par les programmes de l'OMS et d'autres agences, et par le fait que les leishmanioses réapparaissent dans les zones rurales et se propagent dans les zones urbaines et dans des régions jusqu'alors considérées comme indemnes. Le processus global d'aggravation de la mortalité et de la morbidité dues aux différentes formes de la maladie est attribué aux changements environnementaux et climatiques, à divers processus économiques et sociaux, à l'urbanisation désordonnée et aux guerres. La leishmaniose présente un autre aspect inquiétant. La toxicité, le manque de fiabilité et le coût élevé des thérapeutiques utilisées pour les traiter. Bien qu'elles représentent un risque grave pour la santé, elles continuent d'être négligées dans l'agenda de la santé publique, et cette situation s'est aggravée après que l'attention du monde s'est tournée vers la pandémie de COVID-19. Au Brésil, il existe un contraste entre la relative invisibilité de la leishmaniose dans les politiques de santé publique et le grand intérêt qu'elle suscite en tant qu'objet de recherche scientifique.

Mots-clés: Leishmanioses du Nouveau Monde; leishmanioses et réseaux scientifiques; leishmanioses et circulation des savoirs; leishmaniose et politiques de santé publique.

Introdução

O presente trabalho é fruto de uma abordagem qualitativa da pesquisa social em saúde. As unidades de análise são documentos e declarações de profissionais que estiveram ou estão envolvidos nos circuitos doméstico e internacional de produção de conhecimentos sobre as leishmanioses e na formulação e implementação de políticas públicas voltadas para o controle ou para a obtenção de inovações tecnológicas relacionadas a essas doenças endemo-epidêmicas. Igualmente relevante é a produção científica (artigos, livros etc.) e a documentação técnica e administrativa (relatórios, correspondência etc.) gerada por instituições de pesquisa e órgãos de saúde, assim como entrevistas concedidas por pessoas que atuam ou atuaram em seu

âmbito: investigadores, administradores, sanitaristas, clínicos, biólogos, veterinários e outros profissionais de saúde que estão ou estiveram na linha de frente da pesquisa científica e das ações que têm em mira as leishmanioses.

Leishmaniose, palavra usada com frequência no singular, é na verdade um complexo plural 'construído' na virada do século XIX para o XX pela junção de doenças que nada tinham em comum. Úlceras cutâneas com dezenas de nomes em diversas partes do mundo foram relacionadas na década de 1890 a um protozoário - *Helcosoma tropicum*. Por outro lado, o *kala-azar*, doença muito letal que afetava as vísceras e grassava epidemicamente na Índia, foi atribuído em 1903 a outro protozoário. Um novo gênero foi então criado para acomodar esta *Leishmania donovani*. E, em 1906, um protozoologista alemão (Max Lühe) mostrou que havia grande semelhança morfológica entre esses protozoários, sendo o da doença cutânea reclassificado como *Leishmania tropica* [1].

Três anos depois, Antonio Carini, Ulisses Paranhos [2] e Adolpho Lindenberg [3] descobriram *Leishmania* nas úlceras de operários que trabalhavam na construção de uma estrada de ferro. Esta "úlceras de Bauru" podia atacar também as mucosas, com frequência ocasionava graves deformações e até a morte e não grassava em cidades, como no Velho Mundo, mas em zonas florestais. Moléstias semelhantes com outros nomes em outras regiões da América Latina, como *uta* e *espundia* no Peru e Bolívia, *ulcera de los chicheros*, *baysore* ou *pian bois* no sul do México, na América Central e no norte da América do Sul, ferida brava na Amazônia brasileira, logo seriam reconfiguradas como leishmanioses cutâneas ou muco cutâneas. Isso envolveu o diagnóstico diferencial em relação a patologias como sífilis, lepra, boubas, lúpus e blastomicose. Envolveu também interessantíssima interlocução com arqueólogos e museólogos que estudavam vasos cerâmicos do período pré-colombiano, onde eram representadas figuras com lesões que acabaram por corroborar a ideia de uma leishmaniose autóctone [1].

Nas primeiras décadas do século XX, centenas de casos seriam descritos por dermatologistas e otorrinolaringologistas que atendiam doentes vindos das zonas rurais para os hospitais das cidades em busca de tratamento. O primeiro tratamento relativamente eficaz foi aquele proposto por Gaspar Vianna [4], patologista do Instituto Oswaldo Cruz: o tártaro emético, composto antimônio trivalente, naquele mesmo ano testado com sucesso por Carlos Chagas na Amazônia e

logo adotado em muitos países e colônias europeias. No tocante à leishmaniose visceral, a singularidade das Américas parecia residir na virtual ausência dessa forma da doença já diferenciada no Velho Mundo: o *kala-azar* da Ásia, devido à *Leishmania donovani*; e a leishmaniose visceral que grassava na zona do Mediterrâneo, principalmente entre crianças e cães, esta atribuída à *Leishmania infantum* por Charles Nicolle [5], diretor do Instituto Pasteur de Túnis.

Reviravolta na compreensão da febre amarela e da leishmaniose visceral

Na passagem dos anos 1920 para os 1930, houve grande reviravolta na compreensão da febre amarela. Ela se tornou doença primariamente silvestre, causada por um vírus, tendo vários hospedeiros vertebrados além do homem e vários outros mosquitos transmissores além do *Aedes aegypti*. Os especialistas implicados na campanha contra a febre amarela no Brasil precisaram dimensionar sua verdadeira extensão e uma das ferramentas usadas para isso foram as viscerotomias. Então, a partir do trabalho de Henrique Penna [6], em lâminas negativas para febre amarela foram encontrados dezenas de casos póstumos de leishmaniose visceral. Muitos casos de esquistossomose seriam detetados assim também.

No tocante à transmissão, pesquisas realizadas nos anos 1920 na Argélia e no Brasil incriminaram flebotomíneos, e numerosas espécies desses insetos da família dos Psychodidae acabaram por se impor como os vetores das múltiplas doenças causadas por *Leishmania* em contextos ecológicos os mais diversos [1, p.145-189, 7], ainda que tenham persistido hipóteses sobre vias alternativas como os carrapatos na transmissão da leishmaniose visceral de cão a cão.

A adesão à *Leishmania braziliensis* descrita em 1911 por Gaspar Vianna e a produção de evidências arqueológicas para respaldá-la são aspectos da crescente aceitação do conceito de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), consolidado com a publicação em 1948 de clássico livro com este título de Samuel Pessôa e Mauro Pereira Barretto [8], da Universidade de São Paulo. Nos anos 1930, quando a leishmaniose visceral aflorou como problema de saúde pública nas Américas, Evandro Chagas, filho de Carlos Chagas, liderou uma comissão que visitou diversas localidades do nordeste do Brasil e da Argentina, mas logo concentrou suas

investigações na Amazônia brasileira. Evandro e seus colaboradores fizeram grandes esforços para demonstrar a suposta autoctonia da Leishmaniose Visceral Americana (LVA) e incriminaram uma nova espécie, *Leishmania chagasi*, como seu agente causal. Na Amazônia, prevalecia a leishmaniose tegumentar ou ferida brava, intensa desde o início do ciclo da borracha. Evandro Chagas privilegiou a região, onde foi rara a doença visceral até os anos 1980, pelo fato de terem sido bem-sucedidas *somente lá* as articulações políticas que resultaram na criação de um instituto para abrigar seus estudos, em Belém, capital do estado do Pará¹. Após a prematura e trágica morte do cientista brasileiro em 1940 desaceleraram os estudos sobre esta forma de leishmaniose no Brasil. Os poucos casos encontrados em vida nesse país perpetuaram a ideia de que era uma doença selvática, rara e esporádica.

A primeira epidemia reconhecida de calazar nas Américas

Desde o primeiro diagnóstico publicado pelo médico paraguaio Luis Enrique Migone Mieres [10], apenas 35 casos foram reconhecidos em pacientes vivos na América Latina até 1953. Mas nesse ano irrompeu uma epidemia no Nordeste do Brasil que alterou drasticamente esse quadro. Em apenas cinco anos (1953 a 1957), o total de casos *in vivo* no continente americano saltou para 2.179, dos quais mais de 90% no Nordeste do Brasil [1, p.423-537].

A região vinha sofrendo uma seca devastadora e centenas de flagelados afluíam às cidades à procura de trabalho e comida. Investigações feitas então mostraram que o calazar (a palavra entrou no léxico brasileiro) passava despercebido há muito tempo. O pequeno número de diagnósticos feitos até então era consequência da falta de assistência à população rural e do desconhecimento dos profissionais de saúde que atuavam no interior.

Em 1953, foi instituída uma Campanha contra a Leishmaniose Visceral no Ceará, o estado do nordeste do Brasil mais afetado. Samuel Pessôa, da Universidade de São Paulo, enviou para lá dois de seus assistentes – Leônidas Deane e sua mulher, Maria Deane, ex-integrantes da equipe de Evandro Chagas. Em estudos primorosos, verificaram os Deane que *Lutzomyia longipalpis* era o principal vetor do calazar na região. E identificaram a raposa da espécie *Lycalopex vetulus*

¹ Os trabalhos da comissão liderada por Evandro Chagas e a criação do Instituto de Patologia Experimental do Norte, atual Instituto Evandro Chagas, são analisados em detalhes em Benchimol e Jogas Jr. [1, p.243-331]; ver também Gualandi [9].

como animal hospedeiro de *Leishmania*, corroborando o reservatório silvestre que Evandro Chagas tanto buscara [11, p. 431-444, 12, p. 419-421, 13, p. 75-87]. Contudo, descreveram uma doença que independia das matas; ocorria com caráter ‘focal’ e não disperso nas zonas rurais, nos chamados boqueirões ou pés de serra, sendo a transmissão urbana comprovada por doentes e cães que se infectavam nas pequenas cidades interioranas. Como as raposas também adoeciam gravemente, os Deane concluíram que a doença viera da Península Ibérica no período colonial em cães e humanos infetados com a *Leishmania infantum*.

Como em outras partes do mundo, a Campanha no Ceará envolveu a aplicação nas casas e abrigos de animais domésticos do DDT; a descoberta e a eliminação de milhares de cães suspeitos de hospedar *Leishmania*; e ainda o tratamento dos pacientes, em sua maioria crianças, com os antimoniais então disponíveis, especialmente o recém-lançado Glucantime (antimoniato de meglumina), que passou a ser fornecido gratuitamente pelo Ministério da Saúde a hospitais e postos de saúde (o Brasil é pioneiro nisso).

Leishmanioses, redes científicas e inovações no último quarto do século XX

Inquéritos feitos nos anos 1950 e 1960 mostraram que o êxodo de trabalhadores rurais do Nordeste para outras regiões do país disseminava a doença. Tais inquéritos foram viabilizados pela expansão da malha institucional capaz de abrigar os estudos sobre as leishmanioses. As faculdades de medicina de São Paulo e de uma cidade no interior deste estado, Ribeirão Preto, e o Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, eram os principais elos dessa rede. Dela faziam parte o Instituto Evandro Chagas, em Belém, e três centros de pesquisa vinculados ao Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), órgão do Ministério da Saúde criado em 1956 (em 1970, esses centros seriam atrelados à Fundação Oswaldo Cruz): refiro-me ao Núcleo de Pesquisas da Bahia, atual Instituto Gonçalo Moniz; o Centro de Pesquisas de Belo Horizonte, que viria a se chamar René Rachou; e o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, que existia há mais tempo em Recife. Um marco na consolidação dessa rede de pesquisas foi a primeira Jornada sobre Calazar, realizada em 1960 em Salvador, capital da Bahia, no decurso da qual foi proposta a criação da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.

Nesse mesmo período, importantes mudanças na ma-

neira de encarar a leishmaniose tegumentar advinham de investigações sobre seus hospedeiros e vetores silvestres feitas por quatro equipes da América Central e do Norte: a de Oswaldo Paulo Forattini na Universidade de São Paulo; a do Gorgas Memorial Laboratory, no Panamá, onde atuavam Marshall Hertig e outros; a equipe de Francisco Biagi Filizola, na Universidad Nacional Autónoma de México, que incriminou a *Leishmania mexicana* como agente causal da *ulcera de los chicleros*; e a equipe da London School of Hygiene & Tropical Medicine, que inaugurou nas Honduras Britânicas a Dermal Leishmaniasis Research Unit. Depois de fazer pesquisas na colônia britânica, Percy Cyril Claude Garnham, grande nome da parasitologia europeia, enviou para lá um discípulo seu, Ralph Lainson. Lainson e o entomologista John Strangways-Dixon [14, 15, 16] publicaram no começo dos anos 1960 trabalhos fundamentais sobre os reservatórios silvestres da *Leishmania mexicana*, fraturando a soberania da *Leishmania braziliensis* como agente causal de todas as formas de Leishmaniose Tegumentar Americana.

Por essa época, a relação hospedeiro parasita era colocada em moldura menos antropocêntrica do que aquela usada no começo do século XX por médicos que viam somente o homem e suas afecções. Crescia o interesse pelas zoonoses e pelas dinâmicas evolutivas da relação hospedeiro parasita, muito afetadas pelas intervenções do homem no ambiente. Ao se referir a esse período, a moderna historiografia ambiental fala na Grande Aceleração que caracteriza a nova era geológica em que ingressamos, o Antropoceno. E, de fato, em diversas partes do mundo, hidrelétricas, estradas e ferrovias e outros projetos de desenvolvimento penetravam mais fundo nas hinterlândias e as modificavam, e com isso parasitas de animais silvestres que circulavam em ambientes até então pouco frequentados pelo homem disseminavam-se entre os novos hospedeiros vertebrados. Ao mesmo tempo, tornava-se mais densa a rede internacional voltada para o estudo das leishmanioses e outras doenças tropicais, articulando equipes que atuavam mais ou menos isoladamente no Velho e no Novo Mundo. Com o apoio da OMS, do Wellcome Trust e da London School of Hygiene & Tropical Medicine, onde trabalhava, P. C. C. Garnham foi um personagem-chave na estruturação dessa rede. Um importante fio dela nos leva ao Brasil.

Em 1965, no Instituto Evandro Chagas (IEC), Ralph Lainson e outro discípulo de Garnham, Jeffrey Jon Shaw, fundaram a primeira Wellcome Parasitology Unit com o objetivo prioritário de investigar

na Amazônia as populações de animais e insetos silvestres que hospedavam *Leishmania*. A *Leishmania braziliensis* era considerada então a única a circular na região, mas Lainson tinha sérias dúvidas a esse respeito.

Num trabalho memorialístico, Jeffrey Shaw [17] escreveu: “durante nossos primeiros anos trabalhamos num vácuo acadêmico em termos de parasitologia brasileira” (p.25). E na entrevista que nos concedeu, reiterou: “Não tinham mais brasileiros, todos tinham saído do Brasil por causa de problemas políticos. (...) Os melhores se foram” [18].

Lainson e Shaw iniciaram seus trabalhos logo após o golpe civil-militar de 1964 quando grandes projetos agropecuários, minerais e infraestruturais se abatiam sobre a Amazônia como um furacão devastador para o ambiente e os nativos, ainda que estimulante para o estudo dos parasitas, vírus e outros patógenos que prosperavam nos ambientes modificados. A leishmaniose tegumentar teve crescimento explosivo. Fazendas de gado, madeiras, garimpos e empreendimentos de grande porte como a província mineral de Carajás e a Rodovia Transamazônica eram apresentados como alavancas da modernização da Amazônia e do Brasil e são hoje reconhecidos como precipitadores do imenso desastre ambiental que põe em risco o planeta inteiro. A criação da Zona Franca de Manaus resultou em fortes surtos de leishmaniose tegumentar na capital do estado do Amazonas e levou ao fortalecimento do aparato médico e científico local. Belém e Manaus tornaram-se polos de produção de conhecimentos sobre esta e outras doenças parasitárias no Norte do Brasil e em países limítrofes [19].

A partir dos anos 1970, multiplicaram-se os projetos de pesquisa, as bolsas de estudo e os programas patrocinados por agências internacionais e nacionais. Especialmente importante foi o TDR, sigla do WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases implantado em 1974 com o objetivo de reduzir o fosso que havia entre os resultados obtidos pela ciência e o controle das doenças negligenciadas que acometiam populações pobres no mundo todo. Em fins daquela década, em laboratórios criados ou reestruturados no Instituto Oswaldo Cruz e em outras unidades da Fundação Oswaldo Cruz, com o apoio do TDR e de agências locais de fomento, veteranos incorporados ou reincorporados à instituição passaram a interagir com as novas gerações formadas nas pós-graduações que se disseminavam no país (e na própria Fiocruz). Importantes fermentos disso foram

os surtos de leishmaniose tegumentar e visceral que irromperam no Rio de Janeiro e a renovação profunda nos paradigmas e nas tecnologias empregados nas pesquisas biomédicas. As novas técnicas oriundas da bioquímica, imunologia e biologia molecular constituiriam a partir de então um diferencial cada vez mais importante no desempenho das instituições de pesquisa e em sua avaliação pelas agências de fomento.

A introdução no Brasil da tipagem isoenzimática ou eletroforese de enzima multiloco (MLEE) está relacionada a um projeto concernente à doença de Chagas na Bahia. Aluizio Rosa Prata, diretor do Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz recém-incorporado à Fiocruz, trouxe para o Brasil Philip Davis Marsden, da London School of Hygiene & Tropical Medicine. Dois outros pesquisadores britânicos participaram do projeto: Toby Vincent Barrett, doutorando na Escola de Londres; e Michael A. Miles, que concluiu lá seu PhD sobre *Trypanosoma cruzi*. Quando se desfez esse grupo de pesquisas em 1975, Marsden começou a lecionar medicina tropical na Universidade de Brasília e passou a liderar um grupo de pesquisa muito ativo sobre as leishmanioses no Núcleo de Medicina Tropical e Nutrição criado naquela Universidade por Prata e Vanize de Oliveira Macêdo. Barrett juntou-se à unidade de pesquisa em leishmaniose implantada pelo norte-americano Jorge Ramon Arias no Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia, em Manaus. E Miles ingressou no Instituto Evandro Chagas, criando lá um laboratório para executar a MLEE em *T. cruzi* e *Leishmania*. Forneceria respaldo muito importante aos estudos que faziam Lainson e Shaw sobre os ciclos de transmissão desses protozoários e as suas relações taxonômicas.

Em fevereiro de 1971, Manaus sediou o VII Congresso Internacional de Medicina Tropical. A escolha da capital amazonense para sediar o congresso revelava a importância que vinham adquirindo as patologias tropicais na região. Durante o Congresso debateu-se a criação de um Instituto de Medicina Tropical na capital amazonense. Prevaleceu a ideia de transformar a Clínica de Moléstias Tropicais recém-criada num hospital da cidade num hospital próprio, na zona oeste de Manaus. Inaugurado em março de 1974, passou a desempenhar papel-chave no diagnóstico e tratamento dos casos de leishmaniose e de outras doenças à época em que a capital do Amazonas recebia grandes levas de imigrantes de todas as regiões do país, em virtude da industrialização e da expansão comercial de base urbana, promovidas pela criação da Zona Franca, e pelos

grandes projetos rodoviários, minerais e agropecuários implantados no estado. Em 1977, o nome do Hospital de Moléstias Tropicais (HMT) mudou para Instituto de Medicina Tropical de Manaus (IMTM), e em 1996, foi alterado para Instituto de Medicina Tropical do Amazonas (IMT-AM). Em 1998, transformou-se em Fundação de Medicina Tropical (FMT). Era já uma instituição bem mais complexa, dedicada ao ensino, à pesquisa e ao tratamento das principais endemias que afligiam a população de todo o Amazonas [19].

Os grupos de pesquisa constituídos em Manaus, Belém, Rio de Janeiro, Brasília e também na Universidade de São Paulo estabeleceriam fecundas colaborações com outras regiões do Brasil e das Américas, ajudando a polinizar equipes dedicadas às leishmanioses em outras partes do continente. As pesquisas feitas na Amazônia mostravam que as *Leishmania* constituíam grupo de protozoários muito mais prolífico do que se imaginava e também um excelente modelo para estudos imunológicos e epidemiológicos sobre outros tripanossomatídeos, numa interface particularmente proveitosa com o da doença de Chagas.

Cabe dizer que a equipe de Lainson encontrou no Pará raposas infetadas com *Leishmania*, mas assintomáticas, e de espécie diferente (*Cerdocyon thous*) daquela incriminada pelos Deane no Ceará como reservatório de *Leishmania infantum* [20]. Isso levou Lainson e colaboradores a restaurarem a *Leishmania chagasi* como agente de uma leishmaniose visceral americana, (tal?) como propusera Evandro Chagas, teoria que continuou a provocar controvérsias.

Em 1973, Lainson e Shaw apresentaram uma nova classificação das principais espécies e subespécies de *Leishmania* do Hemisfério Ocidental, organizando-as em dois ‘complexos’: *mexicana* e *braziliensis* [21]². Não era uma taxonomia estabilizada, ao contrário, revelava um magma de problemas ainda não esclarecidos sobre os ciclos biológicos e a distribuição desses protozoários, problemas sobre os quais se debruçavam várias equipes do Novo e do Velho Mundo, sobressaindo na Europa três grupos, o de Jean-Antoine Rioux, na Universidade de Montpellier, com forte ligação com os investigadores da Colômbia, o grupo de Wallace Peters, Michael Chance e outros na Liverpool School of Tropical Medicine e o da London School, onde se destacava um colega de Lainson, Robert Killick Kendrick, muito ligado às equipes de Lainson e de Rioux. John R. David e Diane McMahon-Pratt [22], da Uni-

versidade de Harvard, publicaram trabalho fundamental intitulado “Monoclonal antibodies that distinguish between New World species of *Leishmania*”. Elas vinham sendo diferenciadas por diversas técnicas, mas não se tinha uma para diagnóstico preciso de isolados frescos. Os pesquisadores norte-americanos estabeleceram estreita colaboração com a equipe de Lainson, que isolava muito material e que depois desenvolveria uma técnica para identificar *Leishmania* diretamente no flebotômico, usando os monoclonais.

Os trabalhos feitos a partir de então pelas equipes a que me referi produziram mudanças profundas na maneira de entender as leishmanioses do continente americano ao demonstrarem que as populações de parasitas, com seus respectivos vetores e hospedeiros vertebrados, eram muito mais heterogêneas do que se imaginava, o que tornava mais complexos os protocolos para tratar os pacientes e prevenir ou enfrentar os surtos que aconteciam em regiões com ecossistemas os mais diversos.

A criação no Brasil do Sistema Único de Saúde, em 1988, acarretou uma mudança fundamental nos dois eixos dos programas implementados até então: a centralização e a verticalidade. Nos anais de um *workshop* realizado em Recife, em 1993, lemos o seguinte: “A leishmaniose tornou-se um importante problema de saúde pública nos últimos anos no Brasil. O crescimento da incidência, o espectro de morbidade e a expansão em novas áreas são realmente surpreendentes, especialmente o processo de urbanização da leishmaniose quer da visceral, quer da cutânea, em capitais como Manaus, São Luís, Teresina, Natal e Belo Horizonte” [23, p. ix].

Importantes transformações demográficas estavam na base disso. Em 1950, a população urbana brasileira correspondia a 36,1% da população total; em 2000, essa proporção era já de quase 82% (81,2%) de quase 170 milhões de habitantes. Análises produzidas então relacionaram a expansão e urbanização das leishmanioses a políticas que geravam imensas desigualdades econômicas e sociais, levando grandes contingentes de populações rurais para favelas e periferias miseráveis das grandes cidades, com infraestrutura e saneamento precários. Os especialistas continuavam às voltas com sérios problemas relacionados às *formas de diagnosticar, controlar e tratar* as leishmanioses e passaram a dar mais ênfase às infecções assintomáticas, às crianças e adultos malnutridos e aos portadores de infecções concomitantes pelo HIV e outros patógenos. Um dos

² O complexo *Leishmania mexicana* incluía: *Leishmania mexicana mexicana*; *Leishmania mexicana amazonensis* n. sp.; *Leishmania mexicana pifanoi*; e *Leishmania enriettii*. O complexo *Leishmania braziliensis* seria formado por: *Leishmania braziliensis braziliensis*; *Leishmania braziliensis guyanensis*; *Leishmania braziliensis panamensis* nov. s. sp.; e *Leishmania peruviana*.

temas debatidos no Primeiro Congresso Mundial sobre Leishmaniose, realizado em Istambul, em 1997, foram os esforços para se obter vacinas – o que se vem conseguindo para os cães, mas ainda não para os humanos. A World Leish 1 marcou o início da sedimentação de redes transnacionais que ganharam vigor e abrangência impensáveis nos tempos em que os conhecimentos circulavam por meio de periódicos impressos, cartas manuscritas, telegramas e linhas telefônicas a interligar uma constelação bem menor de instituições e pesquisadores mundo a fora.

Conclusões

O desafio que se coloca às gerações atuais não é só a necessidade de articular o econômico-social, o médico-biológico e o climático-ambiental, como as várias escalas de observação das leishmanioses, desde os macroprocessos de longa duração, como as mudanças climáticas, aos macroprocessos que transcorrem no plano molecular.

Garnham e os Deane eram personagens multivalentes, que combinavam as habilidades de parasitologistas, zoólogos, clínicos e epidemiologistas. O exercício simultâneo dessas habilidades foi inviabilizado por vários processos, a começar pelas mudanças de escala também na forma como se organiza a prática científica: ela envolve orçamentos vultosos, equipes mais numerosas, equipamentos caros e em constante aperfeiçoamento. A maioria dos pesquisadores, confinada nesse sistema de produção de conhecimentos, raramente tem a chance de despregar os olhos das questões específicas que lhes cabe analisar.

Nesses mesmos anos mudanças consideráveis ocorreram nas normas éticas da pesquisa e nas políticas con-

cernentes ao meio-ambiente, e, assim, para as novas gerações de investigadores tornaram-se impensáveis práticas que tinham sido corriqueiras até os anos 1970 na experimentação com humanos e animais e nas coletas feitas nos trabalhos de campo.

Segundo Jean Claude Dujardin e outros integrantes da LeishRisk [24], “estabelecer pontes entre a pesquisa e a vigilância e controle é um desafio que envolve diálogo e advocacia (...) envolve uma complexa inter-relação social, econômica e política...” (p.1016-1017). A pandemia da COVID-19 revelou, como nunca antes a importância da história e outras ciências sociais para dar aos cientistas e formuladores de políticas de saúde conhecimentos relevantes sobre a gênese dos problemas que enfrentam na atualidade, sobretudo aos mais jovens, que, em geral, desconhecem os êxitos e fracassos das gerações que os precederam. As ciências sociais têm também grande contribuição a dar na comunicação com a opinião pública, fornecendo-lhe informações pertinentes e verdadeiras em contraposição à avalanche de informações falsas veiculadas pelas correntes que negam a ciência, o regime democrático e os sistemas globais como a OMS. Nesses tempos em que tanto se fala de redes científicas e sociais, é indispensável o estreitamento dos laços entre aquelas que enredam historiadores, antropólogos e sociólogos e as que os personagens da história que venho contando construíram com tanto esforço.

Conflitos de interesse

O autor declara que não existem conflitos de interesse relacionados com o presente artigo que é resultado de uma pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

Bibliografia

1. Benchimol JL, Jogas Jr. DG. Uma história das leishmanioses no Novo Mundo: fins do século XIX aos anos 1960. Belo Horizonte: Fino Traço; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2020.
2. Carini A, Paranhos U. 1909. Identificação das úlceras de Bauru ao Botão do Oriente. R Med SP, 1909;12(6):111-6.
3. Lindenberg A. A úlcera de Bauru e seu micróbio: Comunicação preventiva. R Med SP, 1909;12(6):116-20.
4. Vianna G. Tratamento da leishmaniose pelo tártaro emético. In: Anais do VII Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia (Belo Horizonte, Minas Gerais). Arch Bras Med. 1912;2:422-436.
5. Nicolle C. Origine canine du kala-azar. Tunis, Arch L'Inst Pasteur Tun. 3 de abril de 1908:59-62.
6. Penna HA. Leishmaniose visceral no Brasil. O Br-Med. 1934;48:949-952.
7. Dedet J-P. Histoire de la médecine: les découvertes d'Edmond Sergent sur la transmission vectorielle des agents de certaines maladies infectieuses humaines et animales. Bull Soc Path Exot. 2007;100:147-150.
8. Pessôa SB, Barretto, MP. Leishmaniose Tegumentar Americana. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, Serviço de Documentação, Imprensa Nacional; 1948.
9. Gualandi FC. Medicina tropical no Brasil: Evandro Chagas e os estudos sobre a Leishmaniose visceral americana na década de 1930 [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz; 2013.
10. Migone Mieres LE. 1913. Un cas de kala-azar a Asunción (Paraguay). Bull Soc Path Exot. 1913;6:118-120.
11. Deane LM. Epidemiologia e profilaxia do calazar americano. R Bras Malar Doen Trop. 1958;10:431-444.
12. Deane LM, Deane MP. Encontro de leishmanias nas vísceras e na pele de uma raposa, em zona endêmica de calazar, nos arredores de Sobral, Ceará. O Hosp. 1954;65: 419-421.
13. Deane MP, Deane LM. Observações sobre a transmissão da leishmaniose visceral no Ceará. O Hosp. 1955:48:95-114.
14. Lainson R, Strangways-Dixon J. Dermal leishmaniasis in British Honduras: some host-reservoirs of *Leishmania brasiliensis Mexicana*. Br Med J, London, junho 1962;1(5292):1596-1598.
15. Lainson R, Strangways-Dixon J. 1963. *Leishmania mexicana*: the epidemiology of dermal leishmaniasis in British Honduras. Trans Roy Soc Trop Med Hyg, London, julho 1963; 57(4):242-265.
16. Lainson, R, Strangways-Dixon J. The epidemiology of dermal leishmaniasis in British Honduras: Part II. Reservoir-Hosts of *Leishmania mexicana* among forest rodents. Trans Roy Soc Trop Med Hyg, London, março 1964;58(2):136-153.
17. Shaw JJ. A partnership that worked: The Wellcome Trust and the Instituto Evandro Chagas and beyond. R Pan-Amaz Sal. 2016;7(n esp.):23-42.
18. Shaw JJ. Jeffrey Jon Shaw: depoimento. Entrevistadores: JL Benchimol, SP Brandão. Brasília, 18 de abril de 2018.
19. Benchimol JL, Peixoto, CO. Uma história das leishmanioses no Novo Mundo (anos 1960 ao século XXI) – Amazônia. Rio de Janeiro: Garamond, Editora Fiocruz; 2022.
20. Lainson R, Shaw JJ, Lins ZC. Leishmaniasis in Brazil: IV. The fox, *Cerdocyon thous* (L) as a reservoir of *Leishmania donovani* in Para state, Brazil. Trans Roy Soc Trop Med Hyg London, 1969;63(6):741-745.
21. Lainson R, Shaw, JJ. Leishmanias and leishmaniasis of the New World, with particular reference to Brazil. Bull Pan Heal Org. abril 1973; 7(4):1-19.
22. David JR, McMahon-Pratt D. Monoclonal antibodies that distinguish between New World species of *Leishmania*. Nature. 18 de junho de 1981;291:581-583.
23. Brandão-Filho SP, editor. Research and control of leishmaniasis in Brazil. Proceedings of a workshop held in Recife, Brazil. Recife: Fundação Oswaldo Cruz – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; setembro 1993.
24. Dujardin JC, Campino L, Cañavate C, Dedet, J-P, Gradoni L, Soteriadou K, Mazeris A, Ozbek Y, Boelaert M. Spread of Vector-borne Diseases and Neglect of Leishmaniasis, Europe. Emerg Infect Dis. Julho 2008;14(7):1013-1018.