

Sebastião Pimentel Franco
Tânia Salgado Pimenta
André Mota
(organizadores)

No rastro das **PROVÍNCIAS**

As epidemias no Brasil oitocentista



Editora filiada à Associação Brasileira das Editoras Universitárias (Abeu)
Av. Fernando Ferrari, 514 – *Campus* de Goiabeiras
Vitória – ES · Brasil · CEP 29075-910
+55 (27) 4009-7852 · edufes@ufes.br · www.edufes.ufes.br

Reitor	Reinaldo Centoducatte
Vice-reitora	Ethel Leonor Noia Maciel
Chefe de Gabinete	Maria Auxiliadora de Carvalho Corassa
Diretor da Edufes	Wilberth Salgueiro
Conselho Editorial	Carlos Roberto Vallim, Cleonara Maria Schwartz, Eneida Maria Souza Mendonça, Fátima Maria Silva, Giancarlo Guizzardi, Gilvan Ventura da Silva, José Arminio Ferreira, Josevane Carvalho Castro, Julio César Bentivoglio, Luis Fernando Tavares de Menezes, Marcos Vogel, Rogério Borges de Oliveira, Sandra Soares Della Fonte
Coordenador Editorial	Douglas Salomão
Secretário	Josias Bravim
Preparação e Revisão de Texto	Jussara Rodrigues
Projeto Gráfico, Diagramação e Capa	Juliana Braga
Revisão Final	Roberta Estefânia Soares
Imagem da capa	Edição 629 (página 4) da Revista Ilustrada, publicada por Angelo Agostini, no Rio de Janeiro.

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

N822 No rastro das províncias [recurso eletrônico] : as epidemias no Brasil oitocentista / Organizadores, Sebastião Pimentel Franco, Tânia Salgado Pimenta, André Mota. - Dados eletrônicos. - Vitória : EDUFES, 2019.
481 p. : il.

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-7772-421-5

Também publicado em formato impresso.

Modo de acesso:

<http://repositorio.ufes.br/handle/10/774/browse?type=title&sort_by=1&order=ASC&rpp=20&etal=-1&null=&offset=0>

1. Epidemias - Brasil. I. Franco, Sebastião Pimentel, 1957-. II. Pimenta, Tânia Salgado. III. Mota, André, 1969-.

CDU: 614

Organizadores:
Sebastião Pimentel Franco
Tânia Salgado Pimenta
André Mota



No rastro das **PROVÍNCIAS**

As epidemias no Brasil oitocentista



EDUFES

Vitória, 2019

SUMÁRIO

Prefácio

Dilene Raimundo do Nascimento, **6**

Apresentação, 9

Introdução

Diana Maul de Carvalho, **21**

Notícias sobre as epidemias no Amazonas: as intermitências de um processo inacabado na floresta

James Roberto Silva, **25**

Males antigos, dilemas semelhantes? Peripécias do “odioso egípcio” na Bahia

Christiane Maria Cruz de Souza, **58**

Asquerosa enfermidade: cólera no Ceará

Mayara de Almeida Lemos, **90**

Flagelos da justiça de Deus: a febre amarela e o cólera no Espírito Santo

Sebastião Pimentel Franco, André Fraga Lopes e Luiz Felipe Sias Franco, **112**

Entre práticas e curas: as polivalentes formas de se enfrentar a epidemia de cólera no Espírito Santo

Sebastião Pimentel Franco e André Luís Lima Nogueira, **143**

“Fomos aqui acometidos por três flagelos: a varíola, o morbo e a cólera.” Um ensaio sobre as epidemias nos Guayazes

Cristina de Cássia P. Moraes, Maria Lemke e Thiago Cancelier Dias, **169**

A mortífera peste das bexigas: dramaturgia da epidemia de varíola em São Luís

Mariza Pinheiro Bezerra, **192**

Uma breve história da epidemia de cólera na província de Minas Gerais

Ana Carolina Rezende Fonseca e Anny Jackeline Torres Silveira, **214**

Belém e a varíola nos tempos da Belle Époque

Jairo de Jesus Nascimento da Silva, **250**

A varíola e seu combate: vacina e (re)ações populares nos relatórios dos presidentes do Paraná

Liane Maria Bertucci, **278**

Algumas notas históricas e literárias sobre tísica e os tísicos no Recife do tempo dos sobrados

Rozélia Bezerra, **297**

Varíola e vacina na província do Rio de Janeiro

Tânia Salgado Pimenta, Keith Barbosa e Kaori Kodama, **321**

Cólera, bexiga, disenteria: epidemias e morte entre a população escrava e a formação social escravista meridional (Porto Alegre)

Paulo Roberto Staudt Moreira, **347**

Concepções e ações de saúde no século XIX e o tratamento dado às epidemias no Rio Grande do Sul

Éverton Reis Quevedo e Gláucia Giovana Lixinski de Lima Külzer, **386**

Os flagelos paulistas do século XIX

Rafael Mantovani e Maria Cristina da Costa Marques, **414**

Sob o signo do cólera: médicos acadêmicos contra a epidemia em Sergipe

Amâncio Cardoso, **450**

Sobre os autores, 477

PREFÁCIO

Dilene Raimundo do Nascimento¹

No rastro das províncias: as epidemias no Brasil oitocentista é uma contribuição da maior importância ao campo da história das doenças. Mais que “propiciar uma panorâmica sobre a passagem dos surtos epidêmicos no Brasil do século XIX”, os trabalhos aqui reunidos apresentam análises aprofundadas e instigantes para se pensarem desdobramentos de novas pesquisas.

A participação de pesquisadores de diversos estados da federação brasileira enriquece sobremaneira a coletânea, pois nos dá a perceber que o estágio do conhecimento científico sobre as doenças, o contexto político do país e as medidas de saúde pública do Estado concorreram para o enfrentamento das epidemias, mas a concretização das ações ocorreu em cada província segundo sua realidade específica.

Nesse sentido, quando se analisa a maneira como as províncias lidaram com os surtos epidêmicos, fica claro também que havia vários interesses em jogo. A instalação de instituições de saúde locais, o incremento das discussões sobre teorias médico-científicas que orientaram tanto a prática de assistência aos doentes quanto as medidas de saúde pública e a utilização de práticas de cura pela população atingida foram alguns dos resultados da forma como cada diferente província lidou com as epidemias.

O fato de as ações e reações das autoridades de saúde e da população terem particularidades locais fica patente quando se observam: um Amazonas, recém-alçado à província, cuja imensidão territorial e população esparsa influenciaram na realidade sanitária e mesmo no acesso à informação sobre essa realidade; uma Bahia com epidemias de febre amarela e dengue

1. Pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz e professora do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Fiocruz.

que revelaram variados aspectos da sociedade na qual se instalaram; um Ceará assolado pelo cólera, “asquerosa enfermidade”, cuja epidemia mostrou múltiplas faces e revelou uma ação duvidosa das comissões de socorros; um Espírito Santo cujas epidemias de febre amarela e cólera foram acompanhadas por meio de seu único jornal à época e onde, em especial, a epidemia de cólera suscitou litígios entre o saber médico oficial e as práticas de curadores populares; um Goiás devastado por epidemias de varíola, morbo gálico e cólera no período colonial e imperial, cuja população, em relação à assistência médica, “era digna de dó”; um Maranhão cuja capital, São Luís, vivia sob uma significativa epidemia da “mortífera peste das bexigas”, o que incentivou a construção de novo cemitério, distante do centro urbano; uma Minas Gerais assolada por epidemia de cólera, o que motivou reações das autoridades públicas consonantes ao “desenvolvimento econômico e à ocupação do território”; um Pará que sofria com epidemias de varíola na capital, Belém, por vários anos e onde discurso e prática para o combate da doença eram permeados por divergências e convergências; um Pernambuco com incidência altíssima da tuberculose, a qual ceifou muitas vidas; um Paraná que organizou e implementou um serviço de vacinação contra a varíola, suscitando reações contrárias da população, apesar da incidência relativa da doença no estado; um Rio de Janeiro que sofreu com as epidemias de varíola e criou leis, instituto e cargos para implementar a vacinação; um Rio Grande do Sul cuja capital, Porto Alegre, contava com uma população significativa de escravizados, sobre quem se abatiam várias epidemias tanto quanto sobre a população em geral; um São Paulo negligente com as epidemias que atingiam os escravizados e os pobres e que focou sua atenção sobre as doenças epidêmicas apenas na ocasião da chegada dos imigrantes; e um Sergipe que sofreu com a rápida difusão do cólera, resultando em alta mortalidade e crise de abastecimento, e reordenou a província para combater o problema.

O campo da história das doenças é uma área consolidada na comunidade de historiadores. A produção científica recente, os dossiês publicados em periódicos conceituados, as linhas de pesquisa dos programas de pós-graduação em história, a participação sempre crescente do tema em eventos da área são importantes indicadores do espaço que a história das doenças vem alcançando e revelam um progressivo e diversificado universo de projetos e pesquisadores interessados em entender, discutir e comparar as formas como diferentes sociedades se defrontaram e se defrontam com as moléstias.

Cronistas, literatos e médicos deixaram diversos relatos sobre as enfermidades que afligiram homens e mulheres, às vezes em cidades inteiras, em que analisaram a forma como as sociedades reagiram e imprimiram significado a eventos mórbidos. Numa perspectiva mais recente, novas questões – entre outras, a constituição de agendas de saúde pública, a emergência de novas moléstias, os quadros patológicos predominantes em determinadas épocas, as doenças de grupos específicos, a relação médico-paciente – e novas abordagens – especialmente a que vincula a doença ao complexo universo da história da cultura e da sociedade – evidenciaram o quanto esse é um campo de investigação promissor e ampliaram nosso entendimento sobre o tema.

Eu, particularmente, como pesquisadora da história das doenças, fico muito contente com a iniciativa desta publicação.

Estão de parabéns os organizadores e todos os autores que contribuíram para a edição da coletânea!

APRESENTAÇÃO

Os estudos sobre as artes de curar na América portuguesa do século XVIII evidenciam uma circulação de saberes e práticas entre índios, africanos escravizados e portugueses, fossem eles de ordens religiosas, fossem de estratos sociais considerados superiores ou inferiores, que acarretou a existência de diversas práticas de cura em paralelo, ainda que a Coroa desse legitimidade, quase sempre, apenas para a ação dos cirurgiões, físicos e boticários. Essa experiência, porém, sofreu uma ruptura importante com a chegada da família real ao Brasil em 1808. Os impactos causados – não só no Rio de Janeiro, capital do Império, mas também em todas as províncias do território – pela presença da corte portuguesa repercutiram grandes transformações na organização da sociedade e da política brasileiras. A administração imperial desconhecia os padrões vigentes na América e tentava impor os seus próprios preceitos como elementos diferenciadores entre os de fora e os de dentro do território americano.

Para as elites das partes americanas do Império, foi profundo o impacto da instalação da corte na América – o suficiente para aglutiná-las em torno de ações que pretendiam demolir os alicerces que ainda restavam do sistema colonial. Entre as transformações ocorridas, a medicina e a saúde pública ganharam centralidade entre as medidas liberais perpetradas durante o período joanino.

Maria Rachel Fróes da Fonseca aponta para uma teia complexa envolvendo a criação do ensino superior com a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro, estudos e medidas de saneamento do porto da capital do Império, ações em prol da salubridade da cidade do Rio de Janeiro com a criação da Junta Vacínica da Corte em 1811, que, subordinada à Fiscatura-mor, se responsabilizaria pela fabricação da vacina antivariólica e por diversos estudos médicos voltados para as enfermidades que combatiam a população.

Mesmo havendo, a partir de 1828, medidas cada vez mais descentralizadoras, fruto em larga medida das relações estabelecidas entre o poder imperial e as elites locais da classe senhorial, posturas municipais da corte propunham: “[...] normas a tudo que se remetia à salubridade da cidade, como a iluminação, o esgotamento dos pântanos, a localização dos cemitérios, o trânsito dos animais, os matadouros e o reparo nas estradas” (FONSECA, 2008, p. 39).

Também está ligada a esse momento institucionalizador da higiene e da saúde pública a criação de periódicos médicos (FERREIRA, 1999), assim como da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro em 30 de junho de 1829 (transformada em Academia Imperial de Medicina em 1835), “com o objetivo de viabilizar o crescimento de diversas áreas da medicina e ampliar a participação desses profissionais no governo imperial, especialmente, em questões referentes à higiene e políticas de saúde pública” (FONSECA, 2008, p. 39).

Sobre a medicina acadêmica imperial e suas instituições, foram interpretadas, por muitos estudos, como inexistentes atividades científicas que fundamentassem a atuação de médicos clínicos e higienistas, sendo somente com a medicina pasteuriana, no final do século XIX, que alguns ramos das ciências naturais – bacteriologia, entomologia, helmintologia, parasitologia macro e microscópica, fisiologia e protozoologia – se tornariam objeto de pesquisas sistemáticas. Contudo, investigações desenvolvidas sobretudo a partir da década de 1990, como a de Flávio Edler (2003), mostram que as instituições médicas, ao longo do século XIX, produziram e validaram “conhecimentos científicos sobre a vasta constelação de problemas relacionados à saúde pública e privada dos habitantes do império” (p. 142). O autor aponta que:

[...] ao compartilharem com os colegas europeus uma noção de doença inextricavelmente ligada ao meio ambiente, clínicos e higienistas brasileiros do Império admitiam uma concepção particularista, em termos territoriais e climático-telúricos, do conhecimento médico. Contraditoriamente, essa particularidade do saber médico local baseava-se no pressuposto da universalidade dos princípios da Anatomia, da Química, da Física, da Fisiologia, além das ciências naturais acima referidas (EDLER, 2003, p. 142).

Foi com base na detenção especial desse saber aprendido no período de formação profissional que representantes da Academia Imperial de Me-

dicina puderam ser o instrumento da política imperial de saúde pública e passaram a exigir tanto uma jurisdição formal e exclusiva sobre a formação e o exercício da medicina em bases territoriais quanto o controle de outras categorias de curadores, principalmente os denominados charlatões. Cada vez mais, esses doutores articularam ações higienistas, no sentido do esquadramento do espaço urbano e da tentativa de controle social, mesmo que atravancados por desafios de alta monta, entre eles, o recrudescimento, a partir de 1850, de epidemias, como as de febre amarela, de cólera e de varíola.

A epidemia de febre amarela (1849/50) atingiu diversas províncias do país e contribuiu para a institucionalização da autoridade de saúde pública do Império com a criação da Junta de Higiene Pública, à qual estavam subordinados a Inspeção de Saúde dos Portos e o Instituto Vacínico. A elite médica demandava do governo a criação de hospitais, lazaretos e cemitérios públicos e orientava medidas de isolamento e quarentena. Nas províncias, foram sendo instaladas comissões de saúde pública e, a partir disso, as epidemias, que se desenvolveram de forma recorrente na segunda metade do século XIX, foram enfrentadas com auxílio de tais estruturas.

Alguns dos mais importantes trabalhos sobre a história da medicina, de influência marcadamente foucaultiana, estudaram, de modo pioneiro, aspectos da atuação das instituições relacionadas à saúde pública (MACHADO et al., 1978; COSTA, 1989; LUZ, 1982). Pesquisas posteriores, no entanto, apontaram para problemas nessa abordagem, que pressupunha os médicos com um poder muito maior do que de fato possuíam sobre o governo. Além disso, elas ressaltaram que os esculápios não constituíam um corpo coeso (SAMPAIO, 1995; EDLER, 1992; FERREIRA, 1996).

Estudos mais recentes com foco em diversos contextos brasileiros têm demonstrado que as epidemias representavam, além de um momento em que as autoridades médicas e governamentais procuravam impor seus pressupostos e sua ordem, um período de insegurança, em que a vida saía da ordem e todos os recursos preventivos e terapêuticos eram procurados. Ademais, em contextos de epidemias, as opiniões se tornariam mais exacerbadas e explícitas, intensificando os conflitos (EVANS, 1988; CUETO, 1997). No Brasil, algumas das primeiras pesquisas empreendidas por historiadores, na década de 1990, convergiram para a epidemia de cólera nas províncias da Bahia, Pará e Pernambuco (respectivamente, DAVID, 1996; BELTRÃO, 1999; DINIZ, 1997). A partir de então, graças à produção realizada nos

programas de pós-graduação, diversas epidemias em vários contextos foram estudadas, a fim de se entenderem os choques que elas provocaram nas estruturas da sociedade, abalando economias, organizações políticas, sociais e culturais dos grupos por elas atingidos. Destaca-se também o grupo de trabalho da ANPUH, História da Saúde e das Doenças, coordenado por Dilene do Nascimento, como um importante espaço de debates acerca de novos trabalhos, muitos dos quais têm sido publicados nos volumes da coletânea *Uma história brasileira das doenças* (2004, 2006, 2010, 2013, 2015, 2016).

De norte a sul do país, ocorreram surtos epidêmicos. Há, portanto, muitas pesquisas sobre a passagem das epidemias pelas diferentes províncias do Brasil do século XIX, época de maior incidência do fenômeno.

Além de propiciar uma panorâmica sobre a passagem dos surtos epidêmicos no Brasil do século XIX, é intenção desta coletânea revelar a diversidade de correntes teórico-metodológicas que permeiam o campo da produção da história das doenças e das epidemias no Brasil e, dessa forma, fomentar a produção e instigar aprofundamentos futuros.

Como os surtos epidêmicos muitas vezes iam e retornavam, desistimos de apresentar os trabalhos por ordem cronológica, ficando a opção pela apresentação por ordem alfabética das províncias. São apresentados trabalhos referentes às seguintes províncias: Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo (dois trabalhos), Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul (dois trabalhos), São Paulo e Sergipe.

Constituiu-se essa coletânea de 16 capítulos produzidos por um total de 25 pesquisadores, cobrindo 14 unidades federativas.

Inicialmente, em “Notícias sobre as epidemias no Amazonas: as intermitências de um processo inacabado na floresta”, James Roberto Silva evidencia que, ao longo do século XIX, acompanhou-se o processo de construção de uma sociedade no coração da Amazônia brasileira, cuja evolução foi pontificada pelo fenômeno das doenças crônicas e das epidemias e pela forma de administrar o combate e o tratamento desses males. Depois de quase meio século na condição de comarca da província do Pará, o Amazonas foi elevado à categoria de também província em 1850, *status* político que deu oportunidade ao surgimento de uma imprensa local e de instituições, que estariam, política e cientificamente, preocupadas com os constantes problemas de saúde que afetavam a população. As particularidades da província – dimensões gigantescas e população esparsa – tiveram efeito tanto na

variedade, em grau e em extensão, dos agravos patológicos como nas possibilidades de se tomar conhecimento sobre o estado sanitário das diversas localidades afastadas da capital e as moléstias que as atacavam. Foram cinco os períodos epidêmicos em que as ocorrências atingiram seus níveis mais graves e letais (1851, 1867-1868, 1872-1874, 1885 e 1898-1900), por vezes combinando, a um só tempo, as duas moléstias mais temidas e frequentes da região: as febres intermitentes (malária) e as bexigas (varíola). Para uma povoação relativamente pequena, houve registros de expressivo número de óbitos; o maior deles foi feito no período entre 1885 e 1900, quando cerca de 4.700 vidas foram ceifadas somente pelas febres palustres.

Em “Males antigos, dilemas semelhantes? Peripécias do ‘odioso egípcio’ na Bahia”, Christiane Maria Cruz de Souza analisa as epidemias de dengue (1847) e de febre amarela (1849-1850), cujo vetor em comum, o *Aedes aegypti* ou “odioso egípcio”, é, *conforme se sabe atualmente*, o mesmo das epidemias que grassam pela Bahia no século XXI (dengue, chikungunya e zika). O interesse da autora em estudar as epidemias que incidiram no século XIX se deve ao que revelam do tecido histórico em que emergiram. Pretendeu ela discutir as teorias médico-científicas, os valores culturais e os interesses dos atores sociais subjacentes ao processo de percepção, cognição e reação a tais doenças, além das interferências políticas, econômicas e socioculturais dessas epidemias no contexto em que incidiram. Para tal, foram utilizadas fontes primárias variadas, muitas não publicadas, em diálogo com a literatura especializada no assunto e suas ramificações.

O Ceará não passou incólume pelas epidemias. Em “Asquerosa enfermidade: cólera no Ceará”, Mayara de Almeida Lemos diz que, como um viajante, o cólera chegou ao Ceará e, em seu caminhar, causou mortes, gerou debates em torno de sua compreensão e mobilizou diversos atores sociais. As comissões de socorros não se limitaram à função de distribuir os recursos remetidos pelo governo da província do Ceará, como medicamentos, baetas e alimentos, mas também utilizaram a doença como subterfúgio para obter vantagens pessoais. A asquerosa enfermidade, além de causar mortes degradantes, marcadas pelo descontrole da excreção dos fluidos corporais, ocasionou aumento do preço de alimentos e medicamentos, os quais ainda foram alvo de desvios por parte dos responsáveis pela sua distribuição gratuita. Nesse sentido, o texto traz algumas reflexões sobre as múltiplas faces da epidemia de cólera que ocorreu no Ceará na primeira metade da década de 1860.

Sebastião Pimentel Franco, André Fraga Lopes e Luiz Felipe Sias Franco discutem, no texto “Flagelos da justiça de Deus: a febre amarela e o cólera no Espírito Santo”, como diferentes agentes (administradores, legisladores, médicos, curandeiros e população em geral) lidaram com a passagem das epidemias de febre amarela (1849-1850) e cólera (1850-1855) na província do Espírito Santo. Para tanto, evidenciam a vida econômica, política e cultural dos que viveram na província nesse período. Utilizaram como fonte o único jornal existente na província do Espírito Santo, Correio da Victoria, e os relatórios de governo dos presidentes de província.

Em “Entre práticas e curas: as polivalentes formas de se enfrentar a epidemia de cólera no Espírito Santo”, Sebastião Pimentel Franco e André Luís Lima Nogueira discutem as diversas ofertas de cura na província do Espírito Santo à época da invasão da epidemia de cólera (c. 1855-1856). Como é sabido, o século XIX é marcado por variados episódios de epidemias (febre amarela, cólera, varíola...). Tais doenças espalhavam pânico, terror e morte pelos lugares onde elas – concebidas, não raro, como verdadeiras “pestes” – passavam e mobilizavam diversos atores sociais (oficiais e ilegítimos) para oferecer tratamentos e esperança aos doentes e à população em geral. Os autores escolheram para a análise as notícias veiculadas no Correio da Victoria, único jornal a circular no Espírito Santo no período em tela, representante de um posicionamento conservador e oficial. Em suas páginas foram encontradas notícias, conselhos, receitas, anúncios ofertando medicamentos, entre outras informações que permitem perceber os litígios abarcando diferentes saberes médicos oficiais (especialmente as disputas envolvendo homeopatas e alopatas) e os tratamentos perpetrados por curadores populares, geralmente (des)qualificados como “charlatães”.

Em “Fomos aqui acometidos por três flagelos: a varíola, o morbo e o cólera.’ Um ensaio sobre as epidemias nos Guayazes”, Cristina de Cássia P. Moraes, Maria Lemke e Thiago Cancelier Dias relatam as más condições de saúde descritas na documentação referente a Goiás no período colonial e imperial. Os autores justificam a importância do texto a partir da compreensão de que as temáticas da saúde e das doenças têm sido pouco estudadas em Goiás, sendo recente a preocupação dos historiadores com elas. Assim, no intuito de contribuir com a ampliação do saber acerca das condições de saúde da população e acerca das doenças que grassavam a capitania e, posteriormente, a província de Goiás no século XIX, esse capítulo aborda

as principais epidemias que acometeram os habitantes dessas paragens – a varíola, o morbo gálico e “a” cólera-morbo – e abarrotavam os hospitais militares, mormente o Hospital São Pedro de Alcântara, além de terem dizimado aldeias e aldeamentos indígenas. Para tanto, a pesquisa pautou-se no cruzamento de documentos administrativos e relatos de viajantes, que não se furtaram em asseverar que, “em relação à assistência médica, os habitantes de Goiás” eram “dignos de dó”.

Reportando-se ao Maranhão, Mariza Pinheiro Bezerra, em “A mortífera peste das bexigas: dramaturgia da epidemia de varíola em São Luís”, apresenta um panorama dos eventos desencadeados pela presença da varíola em São Luís, interpretando historicamente os impactos da doença entre os anos 1854 e 1855. A atuação desta epidemia, reconhecida à época como “mortífera peste das bexigas”, é analisada considerando-se a “dramaturgia da peste”, conceito desenvolvido por Charles E. Rosenberg. Trata-se da estrutura comum dos eventos epidêmicos, que abarca desde a revelação da enfermidade, passando pelo surgimento de ações coletivas para o enfrentamento da doença, até o término da epidemia. Rosenberg destaca que uma razão para a varíola ter tido significativa representatividade no recorte temporal proposto é o fato de que seus impactos incentivaram a construção do novo cemitério da Misericórdia, em região distanciada do perímetro urbano da capital, chamada de Quinta do Gavião.

Em “Uma breve história da epidemia de cólera na província de Minas Gerais”, Ana Carolina Rezende Fonseca e Anny Jackeline Torres Silveira focalizam a primeira epidemia de cólera no Brasil, ocorrida no século XIX, destacando de modo mais específico sua manifestação na província de Minas Gerais. O cólera é caracterizado pela historiografia das doenças como uma das manifestações mórbidas mais marcantes da época, tanto pelos seus impactos sociais – refletidos nas taxas de mortalidade e nas implicações de ordem social e cultural decorrentes das ameaças epidêmicas que rondaram a sociedade do período – como pelo imaginário construído em relação à doença, cuja marca mais evidente era o terror por ela despertado – associado à morte e a constrangimentos de toda sorte (religiosos, sociais, econômicos, civis) que advinham de sua presença. O texto aborda ainda as reações das autoridades públicas à ameaça e associa o percurso da doença com aspectos relativos ao desenvolvimento econômico e à ocupação espacial do território das Minas.

Em referência à província do Pará, Jairo de Jesus Nascimento da Silva apresenta-nos o texto “Belém e a varíola nos tempos da Belle Époque”, procurando mostrar a presença da varíola na capital do Pará durante a segunda metade do século XIX, exatamente no período da Belle Époque amazônica – propiciada pela riqueza gerada a partir da economia gomífera –, com o intuito de desvelar não só aspectos de uma longa experiência da população com a referida doença, mas também um lado oculto da modernização. O autor analisa a incidência da varíola, em Belém, do ano de 1884 até o primeiro ano do século XX, identificando o número de mortos pela doença, a camada da população mais afetada por ela e a forma como as epidemias eram combatidas em diferentes regimes políticos, atento às divergências e convergências nos planos do discurso e da prática de combate às epidemias, na monarquia e na república.

Liane Maria Bertucci, em “A varíola e seu combate: vacina e (re)ações populares nos relatórios dos presidentes do Paraná”, evidencia que, embora a província do Paraná não tenha sido palco de grandes epidemias durante o período imperial, a varíola, que poderia ter resultado em inúmeras vítimas, inclusive fatais, motivou a atenção constante das autoridades e assustou a população local. O texto demonstra, a partir dos relatórios presidenciais, como a doença e suas formas de tratamento e prevenção eram discutidas e de que maneira o governo provincial organizou e implementou o serviço de vacinação no Paraná. Apesar de incompletos, os dados disponíveis sobre o número de vacinados de meados do século XIX até 1889 e, principalmente, os comentários sobre a vacinação e seus entraves concorreram para desvelar aspectos do processo de difusão da vacina entre os paranaenses e as (re)ações contrárias da população relacionadas à antivariólica.

Rozélia Bezerra, em “Algumas notas históricas e literárias sobre tísica e os tísicos no Recife do tempo dos sobrados”, descreve, através de análise literária e documental, representações sociais sobre a tuberculose nos tempos em que circulava a ideia de transmissão hereditária da doença. A autora justifica a escolha de escrever sobre a enfermidade por esta ter sido aquela que ceifou mais vidas na província de Pernambuco lá pelos meados do século XIX. Foi nessa época que surgiram os primeiros registros de óbitos com menção da causa mortis. A leitura das fontes documentais revelou que havia a mentalidade de a doença ser culpa do doente. A obra de Gilberto Freyre nos mostra que a tísica foi uma doença democrata e afetou

tanto moradores das palafitas como as iaiás brancas e ricas dos sobrados localizados nas ruas mais elegantes da cidade do Recife.

Tânia Salgado Pimenta, Keith Barbosa e Kaori Kodama, no texto “Varíola e vacina na província do Rio de Janeiro”, analisaram e identificaram as ações do governo para enfrentar a presença da varíola no dia a dia da população do Rio de Janeiro. A vacina foi instituída como o mecanismo ideal para combater as frequentes epidemias que grassavam em todas as regiões. Desse modo, criaram-se legislação, instituto e cargos, o que demandava verbas do orçamento provincial. A análise dos dados levantados evidenciou que, apesar do discurso oficial sobre a importância da propagação da vacina, as verbas destinadas para esse serviço eram muito pequenas. Percebe-se também a difícil relação do governo executivo provincial com as câmaras municipais no que tange à execução e à fiscalização da vacinação.

Em “Cólera, bexiga, disenteria: epidemias e morte entre a população escrava e a formação social escravista meridional (Porto Alegre)”, Paulo Roberto Staudt Moreira afirma que nos últimos anos houve um crescimento das pesquisas que enfocam a temática da morte, da saúde e das doenças, mas poucas delas se voltaram à população escravizada. Em seu texto, Moreira analisa dados dos livros de registro de óbito de escravos das paróquias de Porto Alegre entre os anos 1801 e 1887, dando ênfase aos registros de mortes causadas por surtos epidêmicos. Não se trata de uma investigação relacionada à demografia histórica, mas de história social, que não se furta a usar uma visão qualitativa das fontes. Mesmo que uma imagem distorcida pelas limitações das próprias fontes empíricas manejadas predomine, o texto esboça um quadro nosológico de um largo período, dando destaque aos surtos epidêmicos que o marcaram.

Em “Concepções e ações de saúde no século XIX e o tratamento dado às epidemias no Rio Grande do Sul”, Éverton Reis Quevedo e Gláucia Giovana Lixinski de Lima Külzer discutem as perspectivas para a saúde no Rio Grande do Sul do século XIX, analisando as ações do Estado. Para tanto, abordaram as concepções sobre adoecimento e cura correntes naquele momento, assim como evidenciaram as epidemias que grassaram na província, suas consequências no cotidiano da população e as propostas públicas para seu enfrentamento, utilizando como fonte os relatórios dos presidentes da província e o acervo do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul.

Em “Os flagelos paulistas do século XIX”, Rafael Mantovani e Maria Cristina da Costa Marques investigaram a província de São Paulo e sua capital, na sua singularidade, qual seja, a importância estratégico-militar até a primeira metade do século XIX e a crescente relevância no contexto nacional, tanto economicamente, pela cultura cafeeira que se consolidou no Vale do Paraíba, quanto social e politicamente, pela inauguração da Faculdade de Direito em 1828. Apesar de a cidade ser considerada salubre pelos visitantes, havia total descaso com os escravos e homens pobres, de forma que só se considerava uma *epidemia* no momento em que as doenças endêmicas atingiam os estamentos superiores. No final do século XIX, com a chegada dos imigrantes, as epidemias e endemias de grande impacto, como febre amarela, varíola, cólera, malária, febre tifoide, acidentes ofídicos e outras, foram foco de atenção do governo paulista, para manter a saúde dos novos trabalhadores.

Amâncio Cardoso, em “Sob o signo do cólera: médicos acadêmicos contra a epidemia em Sergipe”, evidencia que, entre 1855 e 1856, o Brasil foi assolado pela primeira vez por uma intensa epidemia de cólera-morbo. Nesse sentido, todo o Nordeste foi atingido, e populações inteiras dessa região foram dizimadas. Analisando a epidemia especificamente na província de Sergipe, ele afirma que o cólera teve rápida propagação, causando grande mortalidade e crise de abastecimento, o que desencadeou pavor e incertezas quanto a origem, natureza e formas de tratamento da doença. O autor evidencia a presença de discursos e práticas, às vezes divergentes, veiculados sobretudo pelos médicos acadêmicos, cujas normas e intervenções reordenaram as cidades e seu cotidiano sob o signo da peste. Como consequência, instituiu-se a “medicalização”, reforçando o paradigma da medicina miasmática sobre questões urbanísticas e higiênico-sanitárias.

Referências

BELTRÃO, Jane Felipe. **Cólera, o flagelo da Belém do Grão Pará**. 1999. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

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

CUETO, Marcos. **El regreso de las epidemias**: salud y sociedad en el Perú del siglo XX. Lima: IEP, 1997.

DAVID, Onildo Reis. **O inimigo invisível**: epidemia na Bahia no século XIX. Salvador: Edufba, 1996.

DINIZ, Ariosvaldo Silva. **Cólera, representações de uma angústia coletiva**: a doença e o imaginário social no Brasil do século XIX. 1997. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

EDLER, Flavio Coelho. A medicina no Brasil imperial: fundamentos da autoridade profissional e da legitimidade científica. **Anuario de Estudios Americanos**, Sevilha, v. 60, n. 1, p. 139-156, 2003.

_____. **As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na corte do Rio de Janeiro, 1854-1884**. 1992. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História Social, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

EVANS, Richard. Epidemics and revolutions: cholera in nineteenth-century Europe. **Past & Present**, v. 120, n. 1, p. 121-147, Aug. 1988.

FERREIRA, Luiz Otávio. **O nascimento de uma instituição científica**: o periódico médico brasileiro da primeira metade do século XIX. 1996. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia, Ciências Humanas e Letras, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

_____. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-43). **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 331-351, jul.-out. 1999.

FONSECA, Maria Rachel Fróes da. A saúde pública no Rio de Janeiro imperial. In: PORTO, Angela et al. **História da saúde no Rio de Janeiro**: instituições e patrimônio arquitetônico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 31-58.

FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; MACIEL, Ethel Leonor Noia (Org.). **Uma história brasileira das doenças**. Belo Horizonte: Fino Traço, 2013. v. 4.

FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres (Org.). **Uma história brasileira das doenças**. Belo Horizonte: Fino Traço, 2015. v. 5.; 2016. v. 6.

LUZ, Madel Terezinha. **Medicina e ordem política brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de (Org.). **Uma história brasileira das doenças**. Brasília: Paralelo 15, 2004. v. 1.; Belo Horizonte: Argvmentvm, 2010. v. 3.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de; MARQUES, Rita de Cássia (Org.). **Uma história brasileira das doenças**. Rio de Janeiro: Mauad, 2006. v. 2.

PIMENTA, Tânia Salgado. Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 11, supl. 1, p. 67-92, 2004.

SAMPAIO, Gabriela. **Nas trincheiras da cura**: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Campinas, Campinas, 1995.

INTRODUÇÃO

*Diana Maul de Carvalho*²

Em épico sumério que relata o que pode ser a história do dilúvio, o autor desconhecido nomeia a peste e a fome como desgraças terríveis, mas ainda melhores que a inundação. O autor descreve um evento cataclísmico, nunca antes testemunhado. Somente diante desta catástrofe, a peste e a fome são desgraças mais suportáveis (GILGAMESH..., 1992).

As antigas cidades da Mesopotâmia se protegiam da fome construindo estruturas para armazenar alimentos – principalmente grãos. Já não dependiam, a cada dia, da caça e da coleta. Contudo as pestes – doenças capazes de atingir um grande número de pessoas em relativamente pouco tempo e com significativa letalidade – eram muitas vezes vistas como castigo dos deuses. O isolamento de doentes e dos lugares tomados por elas eram as únicas medidas de defesa.

Mais de cinco mil anos nos separam deste relato. A fome hoje independe do desenvolvimento de tecnologia de produção ou de conservação de alimentos; ela é função do padrão iníquo de distribuição de riquezas que caracteriza a maior parte das nações do planeta. No entanto, as epidemias – nossas “pestes” – parecem desafiar todos os avanços da ciência. É a nossa reação à sua chegada é quase sempre de surpresa e medo. O medo é certamente diminuído quando vislumbramos a possibilidade de controle – mesmo quando não imediato – por meio de novos avanços tecnológicos, como vacinas e medicamentos específicos.

2. Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1970), mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1982) e doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1996), Diana Maul de Carvalho é professora aposentada da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em História e Saúde. Sua atuação como docente e pesquisadora abrange os temas da epidemiologia, história da medicina, história de doenças e epidemiologia histórica.

Lembro-me do relato de meu avô paterno, que testemunhou a passagem da gripe espanhola no Rio de Janeiro. Cenas de terror com a coleta de cadáveres nas ruas. Muitos anos depois, encontramos, nos arquivos da Faculdade de Medicina, o álbum de formatura de 1922. Diferente de todos os outros álbuns, este tinha quatro páginas com retratos de alunos desta turma que morreram bem antes da formatura, na passagem da grande epidemia de gripe.

No entanto, a surpresa parece sempre acontecer, pois, apesar de sabermos que as doenças, especialmente quando ocorrem como epidemias, geralmente acompanham os movimentos das populações humanas – e refletem mudanças na sua mobilidade, na estrutura demográfica, e nas formas de ocupação do território –, ainda estamos longe de entender a interação dos vários elementos que desencadeiam esses processos.

Temos, é claro, exemplos bem recentes. O vírus zika é um flavivírus conhecido desde 1947 – quando foi isolado de um macaco na floresta de Zika, em Uganda. Desde então havia registros de casos esporádicos em Uganda (1964), Nigéria (década de 1970) e Indonésia (1981). De repente, em 2007, temos o registro de uma epidemia que atinge mais de 70 % da população de uma ilha na Micronésia, a ilha de Yap. Dali, a epidemia se amplia, atingindo a Polinésia Francesa em 2013 e finalmente a Ilha de Páscoa em 2015.

Na observação do padrão de progressão da febre zika³, chamou nossa atenção a ocorrência na Ilha de Yap. Como uma ilha com cerca de 7 mil habitantes, no meio do Oceano Pacífico, se insere na rota da epidemia? Aparentemente, conseguimos a resposta nas páginas de turismo.

A ilha de Yap registrou em 2006 aproximadamente 8 mil chegadas por via aérea e, em 2014, 30 mil. O aumento do turismo está ligado, sobretudo, à prática de mergulho (com arraias gigantes e tubarões), e o grupo de turistas é composto, em sua maioria, por cidadãos americanos (EUA) (MICRONÉSIA..., 2015).

Em consulta às *Estatísticas básicas de turismo*, no registro de dados do ano base 2015 referente ao turismo internacional, surpreendeu-nos a constatação de que muitos países recebem anualmente em seu território um número de turistas igual ao de habitantes ou maior que ele. E que o movimento global ultrapassa um bilhão de pessoas por ano.

Quando, em 1999, foi registrada a entrada da Febre do Nilo Ocidental (FNO) em Nova Iorque, a surpresa foi geral. Esta doença, que é endêmica

3. A fonte dessa informação, à época da investigação, foi o site do Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC).

e eventualmente epidêmica em países da Europa e África, parecia não ser capaz de cruzar o Atlântico, pois o vírus é transportado por aves migratórias que viajam no eixo Norte-Sul, nunca Leste-Oeste, através do Atlântico. Porém nós sim somos “aves migratórias” cruzando o mar na direção Leste-Oeste e, com meios de transporte mais rápidos, podemos chegar a muitos lugares em tempo inferior àquele de incubação da maioria das viroses. E foi assim que aparentemente aconteceu. Hoje, a FNO tem nos EUA comportamento semelhante ao da dengue no Brasil, ou seja, é a “epidemia anual” da entrada da primavera, com casos registrados em todo o território americano (exceto no Alaska).

Quando consideramos estas questões, parece extemporânea a preocupação com a transmissão de doenças em grandes eventos, como as Olimpíadas. De fato, parece que estamos lidando com “olimpíadas permanentes” e com deslocamentos populacionais eventualmente menos conhecidos.

Nos 1700, a febre amarela grassava no leste dos Estados Unidos, tendo sido registradas 35 epidemias em território americano entre 1702 e 1800. Há registros anuais entre 1800 e 1879. Em Filadélfia, segundo Winslow (1980), na epidemia de 1793, os óbitos podem ter atingido 10 % da população. O espalhamento desta doença coincide com grandes deslocamentos populacionais na segunda metade do século XIX e início do século XX, assim como as epidemias no Brasil, especialmente no Rio de Janeiro. Aqui elas provavelmente foram introduzidas a partir dos portos do leste dos Estados Unidos – onde havia grande fluxo de indivíduos que buscavam as áreas de mineração do oeste americano na “corrida do ouro”, quando ainda não existia o Canal do Panamá – e amplificadas com o intenso fluxo de migrantes europeus, sem experiência prévia da doença, submetidos a condições precárias de vida e trabalho.

No final do século XX, tivemos a oportunidade de observar, analisando registros do sistema nacional de vigilância epidemiológica, um aparente deslocamento da febre amarela na direção centro-sul do país, sem registro de epidemias, apenas alguns surtos. Em algumas áreas, este deslocamento parecia acompanhar o do garimpo fluvial (e muitas vezes clandestino) do ouro.

Todos conhecemos o trabalho de John Snow sobre a transmissão do cólera na Londres de 1850, mas nem sempre relacionamos a entrada desta doença na Europa, já no início do século XIX, com as guerras de conquista da Índia. A partir de 1817, o mundo registra a ocorrência de sete pande-

mias de cólera – cinco no período em que se testemunhou a progressiva ocupação da Índia pelas tropas britânicas.

Hoje estamos acompanhando a progressão da sétima pandemia e, aparentemente, a doença não “retornará para a Índia”, como nas demais vezes. A persistência da transmissão em regiões da África pode indicar um novo desenho desta doença.

Num quadro que parece cada vez mais complexo, a interlocução da história com as chamadas ciências da saúde, especialmente com a epidemiologia, é essencial para que se construam arcabouços teóricos e metodologia de pesquisa que permitam entender as epidemias como momentos particulares não apenas da situação de saúde mas da dinâmica das sociedades humanas.

Esta coletânea é um momento especial desta interlocução. A diversidade de enfoques e objetos e o número de pesquisadores e grupos de pesquisa permitem antever a multiplicação desta produção, gerando novas compreensões deste objeto complexo: a epidemia.

Referências

GILGAMESH, Rei de Uruk. Épico sumério. São Paulo: Ars Poética, 1992.

MICRONÉSIA (Estados Federativos da): número de chegadas. In: KNOEMA. **Atlas mundial de dados: turismo**. Disponível em: <<http://pt.knoema.com/atlas/Micron%C3%A9sia-Federa%C3%A7%C3%A3o-de-Estados-da/N%C3%BAmero-de-chegadas>>. Acesso em: 2015.

WINSLOW, Charles-Edward Amory. **The conquest of epidemic disease: a chapter in the history of ideas**. Madison: University of Wisconsin Press, 1980.

NOTÍCIAS SOBRE AS EPIDEMIAS NO AMAZONAS: AS INTERMITÊNCIAS DE UM PROCESSO INACABADO NA FLORESTA

James Roberto Silva

Então as intempéries atmosféricas, os eflúvios, os miasmas, o contágio, a alteração das colheitas, as carestias, etc., foram submetidas alternativamente a severo exame: digamos entretanto que alguma cousa de divino (*quid divinum*), isto é, de inapreciável, a que os antigos atribuía a aparição das epidemias, persiste sempre e nos escapa (CHERNOVIZ, 1890, p. 990).

O lugar político do Amazonas

A compreensão da história do Amazonas, especialmente a do século XIX, seja qual for o objeto de interesse, passa, forçosamente, por uma explanação acerca do que foram, nessa época, seus limites territoriais e seus sucessivos *status* políticos, exigindo que nos reportemos, ainda que brevemente, ao século XVII.

Entre 1639 e 1823, o vasto território hoje correspondente à Amazônia esteve sob uma administração diferente daquela que marcou a evolução política das demais regiões do Estado do Brasil. O estado do Maranhão e Grão-Pará, como foi reconhecido a partir de 1654, com capital em São Luís, estava subordinado diretamente ao governo português.

Em 1751, a sede da capital foi transferida para Belém e sua denominação passou a ser estado do Grão-Pará e Maranhão, reunindo as capitânicas do Pará, do Maranhão, do Piauí e de São José do Rio Negro (atual

Amazonas). A seguir, em 1774, Maranhão e Piauí foram desmembrados daquele conjunto e foi criado o estado do Grão-Pará e Rio Negro. Com a independência política brasileira, em 1822, o Amazonas, em novembro de 1823, manifesta-se por aderir ao novo Império, porém prossegue ligado à província do Pará (REIS, 1989).

Ao longo dos séculos XVIII e XIX, portanto, o território correspondente hoje ao estado do Amazonas passou por pelo menos quatro diferentes importantes condições políticas: primeiro, compôs, como extensão geográfica indistinta, as terras do estado do Grão-Pará e Maranhão (1751-1823); depois, com a denominação de Alto Amazonas (correspondia em território ao que hoje são os estados do Amazonas, de Rondônia e de Roraima), passou a integrar a província do Pará (1823-1833); em 1833, ganhou o *status* de comarca do Rio Negro ou comarca do Alto Amazonas, com um juizado de direito próprio e demais organismos judiciários, mas ainda pertencia à mesma província do Pará (1833-1850); em 1850, foi elevado à condição de província (1850-1889); em 1889, tornou-se o estado do Amazonas, cuja Constituição foi formulada em 1891 (1889-dias atuais).

As enfermidades na província do Amazonas

Somente após a ascensão do Amazonas à condição de província é que temos informação gerada de modo mais sistemático e regular sobre o que se passava nessa região do Brasil. Mesmo assim, é, preponderantemente, uma informação produzida pelos presidentes de província, em atendimento ao aviso circular, de 11 de março de 1848, que determinava o envio periódico dos relatórios das administrações provinciais para a Secretaria de Estado dos Negócios do Império (COLLECÇÃO..., 1853).

É verdade também que, com a elevação do Amazonas à categoria de província, começaram a ser produzidos alguns jornais locais, alargando-se em certa medida o espectro das informações circulantes sobre essa porção do Império. Não há, porém, muito a se comemorar com isso, pois, nos anos iniciais de funcionamento do primeiro jornal da nova província, o *Cinco de Setembro* (primeira edição em 3 de maio de 1851), depois rebatizado *Estrella do Amazonas*, parte significativa do que saía publicado era composto de comunicados do governo ou de atos da administração local

e do Império (SANTOS et al., 1990, p. 19). O jornal não disfarçava a dependência que mantinha em relação ao governo, sem o qual não teria como se manter (ABREU, 2015, p. 131). Também não é mistério que o tipógrafo paraense Manoel da Silva Ramos, responsável pela edição e impressão do periódico, fora se instalar em Manaus a convite de João Batista de Figueiredo Tenreiro Aranha, que se tornou o primeiro presidente da nova província (SANTOS et al., 1990, p. 51, 91).

Os relatórios produzidos pela província do Pará até 1850 não traziam dados substanciais sobre o estado sanitário do Alto Amazonas, que, então, era uma de suas três comarcas⁴. A população dessas vastas terras era estimada, pelos mapas produzidos em 1838, em 27 mil almas, “excluindo os índios errantes, que se não podem calcular” (PARÁ, 1839, p. 15). As enormes distâncias e a vastidão do território eram oferecidas como justificativa para as imprecisões mais diversas. Os próprios presidentes de província suspeitavam da exatidão dos mapas demográficos por eles encomendados e admitiam que a porção da província pela qual respondia o Alto Amazonas estava “muito longe da tutela do Governo” para que ali prosperassem os esforços de um presidente sediado em Belém (1840b, p. 4).

Em geral, o estado sanitário da província, sem ser “completamente satisfatório”, não era considerado “desanimador”, contando-se muito, até então, com a ajuda da “Divina Providência” para a melhoria das condições de saúde da população. Nesse contexto, a vacina jenneriana⁵ era coadjuvante, apresentando progressos considerados lentos pelas autoridades em face das provações representadas pelos surtos de varíola, ainda que esporádicos e sem força⁶. O que de fato preocupava o chefe de governo eram as moléstias

4. A província do Pará era constituída, até 1850, de três comarcas: comarca da Capital, comarca do Baixo Amazonas (compreendia as terras banhadas pelo rio Amazonas desde Vila Bela da Imperatriz, atual região de Parintins, até Vila de Serpa, hoje Itacoatiara) e comarca do Rio Negro ou Alto Amazonas (de Manaus até a divisa, rio acima, do Brasil com a Colômbia e o Peru).

5. Sobre os aspectos ligados à descoberta e à produção da vacina jenneriana e sua introdução no Brasil, ver Fernandes (1999).

6. As menções a casos de varíola no Amazonas, antes do século XIX, tendem a se apoiar nos relatos de viajantes. Estes, quando o fazem, como La Condamine (1992), situam as ocorrências, via de regra, na região do Baixo Rio Amazonas, correspondente, hoje, ao trecho do rio a jusante dos limites entre os estados do Amazonas e do Pará. Se, nos séculos XVII e XVIII, a Amazônia ocidental ficou praticamente livre da varíola (e até meados do XIX também), a explicação encontra-se, em grande parte, na distância que colocava toda a região em profundo isolamento. O longo tempo das viagens entre Belém e a cidade da Barra do Rio Negro, hoje Manaus, era de mais de dois meses (LOUREIRO, 1978, p. 195); ou de Belém até Barcelos,

crônicas, que não ultrapassavam o estágio endêmico, das quais as principais eram as febres intermitentes (malária). Estas ceifavam um número significativo de vidas, porque talvez, supunha João Antonio de Miranda, “não haja para elas um remédio preventivo” (PARÁ, 1840a, p. 25). Isso fazia com que a malária representasse perigo maior que a varíola ou o cólera, as doenças que mais flagelo causavam no mundo no século XIX.

A varíola, mais referida pelo nome de bexigas, ocupava apenas o quarto lugar numa lista – citada em discurso do presidente João Antonio de Miranda de 15 de agosto de 1840 – que relacionava as seis “moléstias de primeira classe, que mais estragos têm feito” na província do Pará. Essas doenças de primeira classe eram as febres intermitentes, as “diarreias rebeldes”, as hidropisias, as bexigas, os tubérculos pulmonares e as tísicas (PARÁ, 1840a, p. 27).

A noção de que o controle das doenças estava diretamente relacionado ao conhecimento de seu número e de sua geografia aparece nas declarações que denotam o esforço das autoridades em apurar os casos. Do estabelecimento de regras para que se soubesse quantos eram os inoculados com o pus antivariolico dependia, por exemplo, o conhecimento sobre a efetividade da vacina e as taxas de “rebelia ou simpatia” do povo em receber o benefício do “maravilhoso contraveneno”. E da aprovação, pelas câmaras, de modificações nas posturas municipais dependia a cobrança de multas contra aqueles que resistissem à inoculação (PARÁ, 1840a, p. 24). No entanto, medidas desse tipo não contavam facilmente com a adesão dos vereadores.

A ausência de facultativos fixados nos municípios era outro fator agravante da situação sanitária da província. O corolário era o descontrole na aplicação de medicamentos, de natureza variada e de eficácia duvidosa (PARÁ, 1840a, p. 26). A isto se somava a imprecisão e irregularidade das informações que chegavam ao conhecimento das autoridades, na maior parte trazidas por particulares. Destas, umas poucas eram oficiais (p. 26). Sem poder, destarte, oferecer um quadro estatístico das moléstias que afetaram a população da província naquele ano, o presidente João Antonio de Miranda se resignava em transmitir aos deputados da Assembleia uma lista de algumas doenças cujos afetados deram entrada nos hospitais da capital, Belém. Além daquelas já mencionadas, havia também as afecções de menor

a primeira sede da capitania, no Rio Negro, cerca de três meses, tempo suficiente para que o mal se extinguisse no enfermo antes de ele chegar ao seu destino (OLIVEIRA, 2013). Sobre a presença da varíola no Pará, ver Sá (2008).

poder ofensivo, ou de “segunda classe”, por comprometerem menos a saúde dos acometidos. Entre elas, figuravam a hidrocele, a sarna, a úlcera de diferentes gêneros, a sífilis e as “obstruções”, além do tétano, das oftalmias, das esquinências, de “uma ou outra febre tifoide” e da lepra (p. 27).

A introdução da vacina – não para febres intermitentes

A Lei Imperial nº 582, de 1º de setembro de 1850, que criou a província do Amazonas, emancipando-a do governo do Pará, cumpriu o papel de mobilizar quadros políticos para ocupar cargos e funções nas novas instituições que então passariam a existir. O presidente da nova província, o paraense João Batista de Figueiredo Tenreiro Aranha, que era então deputado da Assembleia Geral pelo Pará, subiu o rio Amazonas até Manaus na terceira viagem realizada pelo vapor Guapiassu⁷, trazendo consigo uma comitiva de auxiliares, inclusive aquele que seria responsável pelos serviços tipográficos (LOUREIRO, 1978, p. 195).

Já em 1852, o recém-empossado presidente João Batista de Figueiredo Tenreiro Aranha admitia a ocorrência, em terra, de casos de moléstias que guardavam, por certos aspectos, semelhanças com a varíola – ou melhor, com as bexigas, no plural, como soíam se referir à doença. Enquanto o Império se encontrava, em várias partes, seriamente acometido da epidemia, o presidente do Amazonas se regozijava de ver a sua província praticamente livre do mal. Nem por isso deixava de cumprir, ou de tentar cumprir, com as determinações do Instituto Vacínico do Império, criado pelo Decreto

7. O Guapiassu, pertencente à marinha brasileira, foi o primeiro navio a vapor a subir o Amazonas, partindo de Belém, a 28 de agosto de 1843, consumindo dez dias até chegar a Manaus (LOUREIRO, 1978, p. 195). Veremos, mais adiante, que a matéria envolvendo o transporte fluvial teve aspectos decisivos e de ambiguidade na história das doenças no Amazonas, por um lado, favorecendo o combate, mas, por outro, sendo a causa direta de proliferação das moléstias. As comunicações eram completamente dependentes das embarcações. O intervalo entre uma ocorrência e a notificação às autoridades, em Manaus, diminuiu muito com a circulação dos vapores, porém esse prazo ainda era significativo, cerca de dez dias, entre Tabatinga, na extremidade do rio Solimões, até Manaus. Rios mais sinuosos, como o Purus, ou acidentados, como o Madeira, impunham ainda mais paciência para os enfermos que dependiam de socorros e vacinas, os quais as autoridades da capital só enviavam depois de comunicadas as ocorrências. Bem menos, de todo modo, que os cerca de setenta dias que as escunas levavam, por exemplo, de Belém a Manaus até o final dos anos 1840 (LOUREIRO, 1978, p. 195).

nº 464, de 17 de agosto de 1846 (BRAZIL, 1847), com o propósito de ordenar as ações de imunização da população. O decreto prescrevia a vacinação aos domingos e em pelo menos mais um dia por semana, a cargo dos comissários vacinadores provinciais. Ela era obrigatória para todos os residentes no Império, não importando idade, sexo, estado ou condição, salvo aqueles que demonstrassem “ter tido vacina regular ou bexigas verdadeiras” (Art. 29, p. 95), isto é, que já tivessem desenvolvido a doença. A título de controle, previa-se entregar àquele em quem a vacina tivesse tido “proveito” um certificado de vacinação, que lhe serviria, perante as autoridades, para comprovar sua condição de vacinado (Art. 31, p. 96). Por fim, o Instituto Vacínico se comprometia a premiar quem lograsse “regenerar o vírus vacínico, descobrindo a varíola das vacas (*cow-pox*) ou inoculando o fluido vacínico em animais” (Art. 28, p. 95).

Na avaliação do presidente Tenreiro Aranha, o Amazonas se encontrava em situação privilegiada, uma vez que, sem ter sido, praticamente, afetada pela varíola, a província apresentava sucesso na propagação da vacina. A despeito das resistências, atribuídas a “ideias supersticiosas” e ao fato de ter como comissário de vacinação o “único farmacêutico” estabelecido na capital, em lugar do que exigia o decreto do Instituto Vacínico⁸, a propagação da vacina era considerada muito bem sucedida: “com as ordens que expedi e as repetidas admoestações, vai-se conseguindo a propagação da vacina admiravelmente”, afirmava Tenreiro Aranha (AMAZONAS, 1852, p. 48).

Esperava-se que um médico ou cirurgião se deslocasse do Pará para exercer o ofício no Amazonas e assim ocupasse as funções de comissário de vacinação (AMAZONAS, 1852, p. 48). Na falta do facultativo, coube ao farmacêutico José Miguel de Lemos assumir como comissário vacinador provincial interino, o qual tornou público, “para conhecimento dos interessados”, que, aos domingos e quintas-feiras, na casa da câmara municipal, ele aplicava o pus vacínico contra a varíola das 9h às 13h (ESTRELLA DO AMAZONAS, 1860, p. 4).

A resistência da população à inoculação se devia, por sua vez, à presunção de que a vacina aplicada no Amazonas era, na verdade, o mesmo pus de bexigas que teria sido responsável pelas numerosas mortes ocorridas no

8. “Os lugares de Inspetor Geral, Membros da Junta Vacínica da Côrte, e Comissários Vacinadores Provinciais, só poderão ser exercidos por Médicos, ou Cirurgiões legalmente habilitados para curar, com Diplomas das Escolas de Medicina do Império, ou das antigas Academias Médico-Cirúrgicas” (BRAZIL, 1847, Art. 3º, p. 87).

Pará. Após considerar vencidas as “prevenções supersticiosas” da população pelo “zelo do vacinador e dos Agentes da Câmara Municipal”, Tenreiro Aranha comemorava o excepcional número de 894 pessoas vacinadas na capital por “lâminas com pus excelente” (AMAZONAS, 1852).

Da mesma forma, era grande o temor de contrair a doença. Tenreiro Aranha relata o caso de abandono de um navio que vinha do Pará pelos índios que nele trabalhavam assim que souberam de possíveis casos de bexiga na embarcação. Boa parte desse temor e das superstições era atribuída aos índios, que costumariam ficar aterrorizados apenas por pressentir a aproximação da moléstia (AMAZONAS, 1852, p. 48).

A nova capital, Manaus – que, até 1856, era chamada de cidade da Barra do Rio Negro –, atraiu novos moradores e viu sua população mais que dobrar: dos cerca de 3.800 habitantes em 1848, passou para 8.300 em 1852 (REIS, 1989, p. 182). Os passageiros, que começavam a subir o rio Amazonas em viagens mais regulares e rápidas, passaram a se fixar com maior frequência em Manaus ao vislumbrarem possibilidades de sustento material, até há pouco ali inexistentes. Em alguns anos, Manaus viu sua praça comercial ganhar certa relevância depois de décadas de estagnação. Em 1852, estavam instalados na capital da província 1 tipografia, 35 lojas, 2 padarias, 1 botica – a de José de Lemos –, 2 ferrarias, 2 sapatarias, 4 cartórios, 1 marcenaria, 3 alfaiatarias e 1 ourivesaria. Quanto às edificações, havia “89 casas telhadas, 122 palhoças, 8 sobrados, 3 edifícios públicos e 1 Igreja” (LOUREIRO, 1978, p. 188-189).

O incremento da atividade comercial, ao atrair mais pessoas interessadas em negócios, concorria também para o surgimento de doenças das quais a capital se via protegida em razão do isolamento antes suscitado pelas interdições à navegação regular e pela timidez econômica da antiga vila. Tudo indicava, pois, que os pequenos surtos de varíola, que começaram a pipocar a partir de 1852, chegavam a bordo de embarcações vindas do Pará (AMAZONAS, 1852, p. 48). Essas ocorrências começaram a ser chamadas de epidemia, embora os quadros apresentados pelas autoridades não permitissem, efetivamente, assim nomeá-las todas.

Até que a varíola se manifestasse com força, as febres intermitentes permaneceriam no topo das moléstias que mais estragos produziam entre a população, respondendo globalmente por 27,3 % das ocorrências registradas entre os anos 1852 e 1871, com especial incidência nos meses iniciais da cheia (dezem-

bro a fevereiro) e da vazante (julho a setembro) dos rios da região. Toda a província era afetada pela malária, porém ela se pronunciava, com mais intensidade e frequência, nas regiões do rio Purus, do Alto Rio Negro e do rio Japurá.

Apesar de considerada endêmica e de rara gravidade (AMAZONAS, 1858b), a malária ocasionava um número considerável de mortes, e mesmo a familiaridade com a doença não diminuía o temor que se tinha por ela. A gente do Amazonas foi seriamente fustigada pelas febres intermitentes nos princípios do inverno amazônico de 1851-1852. Nesse período inicial de subida das águas, que vai de dezembro de um ano a fevereiro do ano seguinte, a malária rompeu os contornos de doença endêmica e causou sérios danos em região situada entre os rios Negro e Japurá, atingindo, além da Vila de Barcelos, antiga sede da capitania, as localidades de Lamalonga, Santa Isabel, Moura, Castanheiro e outras. Aos habitantes desses locais restou sucumbir à doença ou abandonar suas casas, peregrinando até mesmo para os países vizinhos Colômbia ou Venezuela (1852, p. 51).

Para um dimensionamento do grau de devastação causado por essa epidemia de malária, sobre a qual os governantes não forneceram cifras, vale considerar que, por causa dela, a outrora importante Poiares e a “florescente” freguesia de Tomar, também da região do Alto Rio Negro, foram praticamente despovoadas (AMAZONAS, 1852, p. 51). Verdade é que, no caso de Poiares, que já vinha, havia décadas, sendo castigada pelas febres intermitentes, o lugar se encontrava em adiantada decadência econômica e política (SAMPAIO, 2003, p. 95-96).

Os miasmas eram a causa apontada para tentar explicar tamanho flagelo:

Penso que o foco do mal se acha nos grandes lagos desse espaço, entre o rio Negro e o Japurá, onde mortíferos venenos e pútridos restos de peixes que (a seu efeito) morrem, infeccionam as águas e concorrem para as exalações de miasmas tão pestíferos (AMAZONAS, 1852, p. 51).

Para o mesmo mal, e também para outras enfermidades, como as febres biliosas, as disenterias, os catarros brônquicos e as anginas, o cirurgião militar Dr. Antonio José Moreira, que chegou à cidade em 1854, oferecia uma interpretação climatológica que não mencionava os miasmas, mas continha elementos dessa teoria dominante por quase todo o século XIX. As principais causas, dizia ele, eram:

[...] a volubilidade atmosférica relativamente a seus fenômenos meteorológicos, grande quantidade de água no ar devida ao calor intenso, obrando sobre uma considerável massa de água, que contém mais ou menos matérias em putrefação (AMAZONAS, 1854, p. 65).

Atrás das febres intermitentes, compareciam, em segundo lugar, a varíola (23,6 %), causando número de decessos inferior ao da malária; em terceiro, as febres catarrais (12,7 %), e, em quarto lugar, a colerina (9 %), uma forma branda do cólera. Seguiam, pela ordem, febre amarela, coqueluche, elefantíase dos gregos, febre biliosa, angina, disenteria, morfeia e sarampo.

Ao contrário do que vinha acontecendo em outras partes do Brasil, o Amazonas se mantinha poupado da febre amarela, que “tantos milhares de vítimas fizera em todo o litoral do Rio de Janeiro e das Províncias do Norte” (AMAZONAS, 1852, p. 50). Quanto à lepra, esta se manifestava sob três variedades – a lepra escamosa vulgar, a lepra branca e a lepra preta –, e sua incidência se mantinha afastada da capital naquele momento; os registros mais importantes apontavam o rio Purus e localidades do Alto Rio Solimões, como Ega, Fonte Boa, Tonantins, Santo Antonio, Amaturá, São Paulo de Olivença e Tabatinga. Os afetados eram, sobretudo, os indígenas que viviam nesses pequenos aglomerados urbanos, distantes, portanto, de suas aldeias na mata, como os Purupurus e os Ticuna (1854, p. 65).

Na capital, onde a malária era menos habitual, o quadro apresentava-se sensivelmente diferente do da província. No primeiro semestre de 1857, o movimento nas enfermarias de Manaus mostrava que a febre amarela era a mais letal das doenças, com um número pequeno de casos, mas com 100 % de fatalidade. Em seguida, em número de casos ainda menor, porém com iguais 100 % de óbitos, vieram problemas como reumatismo geral, tuberculose pulmonar, cancros venéreos e pneumonia. Na capital, as moléstias mais frequentes eram as menos fatais para os acometidos: febre biliosa, febre efêmera, reumatismo articular, cólica, sarnas, bronquite, úlcera sifilítica e bubão venéreo. É que, em Manaus, a malária gerava efeitos menos intensos nos pacientes por causa das melhores condições de tratamento oferecidas.

Todavia, a causa que mais levava pessoas às enfermarias não era uma doença; eram os castigos: penas corporais a militares, escravos e crianças (LOUREIRO, 2004, p. 42). Foram 24 os casos naquele primeiro semestre de 1857, representando 17,3 % do total de pacientes tratados (AMAZONAS, 1858a).

Os números procedem das enfermarias da capital, que estavam sob a responsabilidade do Segundo Cirurgião do Corpo de Saúde do Exército, Dr. Antonio José Moreira, que, por anos, foi o único médico a se fixar em Manaus. Deve-se a ele o primeiro relatório circunstanciado de que se tem notícia a respeito das condições sanitárias e de higiene da jovem província. Nesse relatório, divulgado em 1854, de grande interesse para a história do Amazonas, recuperou-se meio século de quase total indiferença para com o tema das condições sanitárias nessa região, que, até 1850, fora território da província do Grão-Pará.

A persistência da malária e os lazaretos nos arredores de Manaus

Assim seguiria a província até 1867, reagindo pontualmente às manifestações endêmicas, porém a curva que indicava as ocorrências de afecções extrapolou o ponto médio das estatísticas nesse ano. Constam relatos que se referem a um “número de vítimas maior que o ordinário” por causa das febres intermitentes, levando à morte “perto de 80 pessoas”, nos meses de outubro de 1867 a janeiro de 1868, nas áreas do rio Purus (AMAZONAS, 1868e). As explicações para a persistência da malária não diferiam muito daquelas prestadas em 1854. As “causas permanentes dessas febres endêmicas na província”, dizia o Dr. Antonio David Vasconcelos Canavarro, inspetor de saúde pública e comissário vacinador em exercício desde 24 de setembro de 1860 ([1860]), encontravam-se no:

[...] solo do vale do Amazonas [...], na sua maior extensão pantanoso. A água da chuva corre por sobre ele com dificuldade em razão das muitas cavidades e lagos que se opõem a seu escoamento. Sendo assim essas águas permaneceram em estado de estagnação, e ali operam a decomposição dos vegetais e mais corpos que demorados entram no trabalho da putrefação, produzindo eflúvios miasmáticos perniciosos e deletérios (AMAZONAS, 1868e, p. 486).

E prosseguia apontando os hábitos agravantes:

A tudo isto ajunte-se ainda a enchente e vazante dos rios, o limo, os peixes mortos por meio do bárbaro sistema do timbó, e finalmente a ação de um calor abrasador, a que estão sujeitos es-

tes infelizes povos. A má alimentação de que usam os habitantes do Amazonas combinadas com as influências atmosféricas, não deixam de concorrer muito para uma das causas predisponentes daquelas afecções mórbidas (AMAZONAS, 1868e, p. 487).

Também em 1867, foram registrados os primeiros casos mais graves e numericamente mais importantes da varíola. De início, casos esparsos foram relatados a partir de agosto de 1867, tendo os de maior severidade ocorrido em Serpa (hoje Itacoatiara, situada a jusante da capital às margens do rio Amazonas) e nos distritos de Andirá e Vila Bela da Imperatriz (mais afastados da capital, situados no Baixo Amazonas, região próxima à divisa com a província do Pará) (AMAZONAS, 1868c, p. 3). Para o socorro dos indivíduos acometidos fora da capital, as medidas arbitradas pelas autoridades eram, normalmente, o envio de “ambulâncias com medicamentos apropriados”, que se destinavam à prestação dos primeiros socorros aos enfermos (p. 3), acompanhadas do “diretório”, que se tratava de “instruções escritas para a devida aplicação dos medicamentos” (1868e, p. 485).

Quanto aos bexigiosos detectados na capital, foram isolados no velho lazareto do Umirisal, que se encontrava desativado, mas onde, outrora, pacientes afetados de varíola já haviam sido tratados. Aos novos hóspedes do lazareto, juntar-se-ia também uma jovem paciente, menor de idade, que padecia da elefantíase grega (AMAZONAS, 1868c, p. 3). A convivência entre doentes afetados por diferentes patologias no mesmo local ia além. No Umirisal, junto com os variolosos, seriam, mais tarde, em 1872, depositados pelo menos três leprosos, que lá permaneceram até 1877 (CABRAL, 2010, p. 93).

Por serem considerados de “caráter benigno”, os casos de varíola identificados e logo segregados no Umirisal não despertaram grande preocupação nas autoridades. O número de casos, porém, teve um repentino progresso, alcançando, nos meses de agosto e setembro, um grau considerado epidêmico. O alarme era justificado, pois a povoação de Manaus já ultrapassara o acanhamento da década anterior, concentrando, em 1867, cerca de 14 mil habitantes⁹.

9. Não existindo recenseamento para 1867, estimamos os 14 mil habitantes calculando a taxa média simples de crescimento populacional e confrontando dados de censos realizados em 1856 e 1872. Por esse mesmo método, a população da província, em 1867, foi estimada em torno de 52 mil habitantes, sempre considerando livres e escravos (BRAZIL, 1876).

As condições do lazareto do Umirisal, que se resumia a uma “barraca de palha [...] sem benfeitoria alguma” (AMAZONAS, 1868d), eram muito precárias, a ponto de ser chamado de “asilo do sofrimento” (1868a, p. 4). O tratamento dos enfermos veria algum progresso com os melhoramentos realizados nas instalações do lazareto, após a liberação de um crédito de 1:500\$000 (um conto e quinhentos mil réis), também destinado a despesas urgentes e com pessoal.

Na falta de fotografia tirada à época que ofereça uma percepção da precariedade das instalações no Umirisal, reproduzimos uma (Figura 1)¹⁰, do final da década de 1920, de autoria, provavelmente, de Alfredo da Matta.

Figura 1 – Lazareto do Umirisal, em 1929



Fonte: Matta (1929).

No curto período de três meses, passaram pelo Umirisal dezesseis pacientes, dos quais três sucumbiram ali mesmo e treze tiveram alta. Em novembro de 1867, as autoridades declaravam que se achava “extinta a epidemia da varíola” (AMAZONAS, 1868a, p. 4).

A exultação duraria pouco. Em fevereiro do ano seguinte, novos casos de varíola foram identificados, dessa vez com “caráter menos benigno”, alastrando-se na capital e nas localidades de Serpa, Silves, Borba, Crato, Codajás, Tefé e São Paulo de Olivença (AMAZONAS, 1868e, p. 5). Em cada um desses focos, o “rigoroso isolamento” se constituía no primeiro

10. A imagem foi extraída da dissertação de mestrado de Adriana Cabral (2010, p. 92). Ainda na tentativa de oferecer dados um pouco mais precisos sobre o Umirisal, consta que ficava localizado “sobre a elevada barranca da margem esquerda do rio Negro”, no que hoje é o bairro de São Raimundo (CABRAL, 2010, p. 93), portanto em terras contíguas às do centro populoso de Manaus, e não na outra margem do rio.

expediente a ser adotado para conter o contágio. Na capital, recorreu-se novamente ao lazareto do Umirisal, para onde, no dia 13 de fevereiro de 1868, foram encaminhados os primeiros pacientes: dois bolivianos vindos de Borba e, a seguir, os demais bexigosos que foram aparecendo. Posteriormente à medida de isolamento, vinha um novo esforço de propagação da vacina, a cargo do inspetor de saúde, mediante a distribuição do “fluido vacínico” durante as visitas sanitárias no paço de cada municipalidade, conforme determinação do presidente da província (p. 5).

Para a realização dessa tarefa, a capital contava, em fevereiro de 1868, com um inspetor de saúde e um médico militar recém-contratado, o Dr. Thomé Maria Cavalcante (AMAZONAS, 1868e, p. 5). Este ficou encarregado da direção do lazareto Umirisal mediante a gratificação de 150\$000 (cento e cinquenta mil réis) mensais, no período que foi de 21 de fevereiro a 29 de março de 1868, ao fim do qual se dava por exterminada a varíola na capital (p. 5).

O saldo final dessa segunda vaga epidêmica, ocorrida após um intervalo de poucos meses na capital (a primeira fora entre agosto e outubro de 1867), pareceu animador para as autoridades: foram onze casos no total, entre os quais havia sete operários, um marujo, uma costureira, um remeiro e um praça da polícia, todos eles com mais de 20 anos de idade. Oito convalesceram e três morreram, entre estes, um dos operários bolivianos (AMAZONAS, 1868b). Nas outras localidades afetadas do interior, teria bastado um mês para debelar a epidemia com o auxílio de uma carga de pus vacínico, que fora enviada para cidades como Silves e Serpa, além de um “farmacêutico formado”, Bernardo Olympio Paes de Souza, com direito a um salário de 200\$000 (duzentos mil réis) (1868e, p. 6).

A assistência do Estado também teria chegado a pontos mais afastados do rio Solimões, como Tefé, São Paulo de Olivença e Tabatinga, onde as bexigas estavam a “lavar com muita intensidade”. Para esses locais, partiram, no vapor Jurupensem, medicamentos, vacina e o Dr. Thomé Maria Cavalcante, o mesmo médico militar que já atuara na capital. Os distritos do rio Madeira teriam sido igualmente atendidos. Em Tabatinga, também se mandou construir uma casa destinada a ser enfermaria (AMAZONAS, 1868e, p. 6).

Nas localidades fora da capital, o saldo foi de um morto em Silves por varíola; já em Tabatinga, onde 47 praças teriam contraído o mal, nenhum dos acometidos pereceu. No cômputo geral – capital e interior –, calcula-se que a varíola tenha levado 40 % dos acometidos ao óbito (AMAZONAS, 1869).

A despeito dos alegados esforços para a propagação da vacina, os números não se mostravam animadores. Em junho de 1868, o presidente do Amazonas estimava pouco mais de cem vacinados naquele ano em toda a província. Não bastasse a inexpressiva cifra, frequentes suspeitas recaíam sobre a qualidade do “fluido vacínico” (AMAZONAS, 1868e, p. 6).

As queixas pesando sobre a eficácia da vacina acompanharam toda a história da nova província, a ponto de considerarem nulo o efeito do fluido no Amazonas (AMAZONAS, [1861], p. 32). Não havia, ademais, suficientes dados estatísticos locais que comprovassem a eficácia do “instituto vacínico” na província (1862, p. 28). O fato é que a “falta de boa vacina” contribuía para justificar que, no “horizonte” do Amazonas, ainda persistisse o emprego de “terapêuticas alternativas”¹¹ (1862, 1869). Estava preparado o terreno para a recusa em vacinar-se, pois à descrença sobre o pus vinha se juntar a desconfiança das pessoas em se submeterem ao tratamento preventivo. A inoculação causava repugnância por se assemelhar à contração da doença, trazendo consigo o temor da morte na busca pela cura. Restava ao comissário vacinador, vendo seus poderes diminuídos, contemplar a população fugindo da vacina (1862, p. 28). Vê-se que pouco mudara em mais de dez anos.

As epidemias de varíola no Amazonas

Um intervalo considerável foi verificado até que novos casos importantes de doenças voltassem aos registros. O então presidente da província, José de Miranda da Silva Reis, mais uma vez, admirava-se da salubridade do Amazonas, observando a “pouca frequência, aqui, de manifestações mórbidas revestindo um caráter assustador”, a despeito dos “grandes e caudalosos rios que, em certas épocas do ano, crescem e vazam” (AMAZONAS, 1872, p. 11-12). Esquecia-se ele do crônico perigo representado pelo paludismo, que permanecia uma ocorrência comum e numerosa em diversas regiões da província.

No final de 1872, os casos de varíola retornam timidamente, mas como prenúncio da tragédia que estava por vir. A província contava agora com 57.610

11. Uma discussão muito competente sobre as práticas populares de cura no Amazonas e o enfrentamento da medicina institucionalizada está em Costa (2009, p. 38-43).

habitantes, entre livres e escravos, e a capital, com 17.309 indivíduos, ou seja, 36 % a mais que em 1856, quando havia 10.181 pessoas vivendo em Manaus¹².

Novamente, o flagelo da varíola chegava a bordo de um barco vindo do Pará. Era o vapor peruano Mayro, que, em novembro de 1872, aportava em Manaus trazendo consigo um varioloso. Um novo lazareto foi criado, agora no morro do Seminário, para onde foi removido o enfermo (AMAZONAS, 1874b). Até então, nada semelhante a um local de quarentena havia sido concebido pelas autoridades do Amazonas.

Diante da falta de controle sobre a situação, mais doentes de varíola entraram pelo porto da cidade, em número que rapidamente ultrapassou a capacidade do “acanhado” lazareto recém-criado, onde apenas um facultativo realizava a inspeção. Com a autorização do médico da saúde pública, foi então improvisada uma enfermaria no largo de São Sebastião, situado na área urbana da cidade, em 1872. Revelando-se insuficiente, logo teve sua capacidade ampliada para 25 pacientes com a construção de um galpão de madeira coberto de telha. Em seguida, uma das casas situadas no mesmo largo teve parte dela transformada em local de convalescença dos doentes tratados na enfermaria (AMAZONAS, 1874a).

Antes de ser extinto, o lazareto do morro do Seminário chegou a receber 50 doentes, dos quais 19 faleceram, 25 foram dados por curados e 6 foram transferidos para a enfermaria do largo São Sebastião. Após o fechamento do lazareto, todos os trabalhos foram concentrados na enfermaria do largo São Sebastião, que esteve, entre fevereiro e dezembro de 1873, sob a supervisão de três diferentes médicos: Dr. João Pedro Maduro da Fonseca (de fevereiro a agosto de 1873), Dr. Luiz Carneiro da Rocha, médico da Comissão Brasileira de Limites entre o Império e a República do Peru (agosto a outubro), e Dr. Aprígio Martins de Menezes, que havia sido contratado para o serviço da guarnição (outubro a dezembro).

Ao longo do ano de 1873, a enfermaria do largo São Sebastião viu entrar 332 pacientes; 160 deles morreram (48,2 %); apenas 171 saíram com vida e, até 31 de dezembro, 1 paciente prosseguia em tratamento (AMAZONAS, 1874a, p. 7-8).

Estamos agora em 1874, e, findo o mês de janeiro, os doutores Aprígio e Maduro julgaram que a epidemia havia sido exterminada. Porém, em mea-

12. Para o ano de 1856, ver Loureiro (1978, p. 189-190); para o ano de 1872, ver Brazil (1876).

dos de fevereiro, os mesmos médicos comunicaram ao presidente Domingos Monteiro Peixoto haver identificado novos casos de varíola. A enfermaria do largo São Sebastião, que já havia sido desativada, foi reaberta. Medidas mais enérgicas foram anunciadas: puseram-se em prontidão o inspetor da Tesouraria da Fazenda, a Chefatura de Polícia e o Coronel Comandante das Armas, com o intuito de prestarem todo apoio às autoridades médicas, e ficava proibida a criação de enfermarias particulares, “máxime no seio da população, por importar o gérmen de focos miasmáticos com detrimento grave da salubridade pública” (AMAZONAS, 1874a, p. 8-9).

O balanço apresentado à Assembleia Provincial, já no primeiro trimestre de 1874, dava notícia de quatro falecimentos por varíola, em um universo de quinze infectados recolhidos à enfermaria de variolosos em São Sebastião entre 1º de janeiro e 16 de março daquele ano. Apenas quatro haviam sido curados e sete ainda aguardavam sua sorte (AMAZONAS, 1874b, p. 150). Supondo-se estacionária a epidemia de varíola na capital, o Dr. Aprígio Martins de Menezes foi destacado para se encarregar de uma comissão criada para atuar nas localidades situadas ao longo do rio Madeira. Sua tarefa seria a de relatar a situação da epidemia de varíola na região, propagar a vacina e estudar sobre as febres palustres, endêmicas naquelas localidades.

Depois de visitar seis diferentes locais – os distritos de Santo Antonio, Abelhas, dos Machados, Manicoré, Borba e Canumã –, o Dr. Aprígio de Menezes constatou, para sua surpresa, que a média de mortes por infectados no conjunto daqueles lugares, no período de 18 de agosto a 1º de outubro de 1873, era inferior à média apresentada na capital. Enquanto, no rio Madeira, as mortes corresponderam a 26,2 % do total de doentes (146 variolosos, 38 falecidos, 108 curados), na capital, a proporção foi de 48,2 %, como já vimos anteriormente.

Sem tirar conclusões disso, o Dr. Aprígio Menezes apenas especificou, no relatório para o presidente da província, ter havido três mortes por varíola entre indígenas da etnia beniana e outras três perdas na Estação da Cia. Ferro-Carril do Madeira e Mamoré. E que, apesar da “repugnância [do povo da região] em submeter-se a ação preservadora da vacina”, tivera êxito em aplicar a vacina antivariólica em 306 indivíduos, em quase uma dezena de comunidades, incluindo 20 índios benianos que viviam no lugar chamado Santo Antonio (AMAZONAS, 1874b, p. 150).

Durante a epidemia de 1873, o governo adotou a estratégia de compor comissões com tarefas específicas para barrar o desenvolvimento da vario-

la. Seis comissões foram montadas, das quais três atuariam na capital e as demais realizariam diligências em outras regiões afetadas pela doença. Ao todo, a província teria comprometido a significativa soma de 45:000\$000 (45 contos de réis) para pôr em ação o seu planejamento, considerando os exercícios de 1872 e 1874, despendidos no lazareto, nas enfermarias e nas ambulâncias. Somente em medicamentos, o empenho foi da ordem de 13:963\$873 no exercício de 1873-1874 (AMAZONAS, 1878a, p. 714).

Na capital, médicos, agentes da polícia e da tesouraria e cidadãos foram mobilizados para as tarefas de dirigir a casa que dava apoio à enfermaria do largo de São Sebastião, providenciar o enterro dos mortos, tomar as medidas “necessárias em relação à pobreza”, persuadir doentes a fim de serem removidos para a enfermaria, assim evitando a multiplicação de focos miasmáticos, e “contratar, dirigir e fiscalizar o fornecimento das dietas” dos pacientes internados.

Nas localidades distantes, como rio Madeira, rio Negro e Vila Bela da Imperatriz, no Baixo Amazonas, e Tefé, no Médio Solimões, foram enviados médicos e destacadas equipes locais, formadas, aqui e ali, por juizes, delegados, membros das câmaras e também cidadãos. Tinham, basicamente, a dupla finalidade de administrar medicamentos nos variolosos e promover a vacinação com as ambulâncias e o pus vacínico remetidos a partir da capital (AMAZONAS, 1874a, p. 9-10).

Para a região do rio Madeira, considerada o local mais afetado pela epidemia fora da capital, os trabalhos contaram com a participação do Dr. Aprígio Martins de Menezes, que para lá foi enviado, numa lancha a vapor, levando consigo “ambulâncias para o tratamento dos variolosos e pus para promover a vacinação”. Dessa expedição resultou um relatório sem novidades quanto à varíola, mas com uma reflexão de interesse sobre as febres intermitentes, que geravam temor constante na população, ao contrário do que acontecia com a varíola, de manifestação ocasional (AMAZONAS, 1874a, p. 10).

O Madeira foi, de fato, a localidade que mais ambulâncias recebeu: cinco vezes mais que Tefé, Tauapessassu, Moura, Barcelos, São Gabriel, e Tabatinga, cada uma beneficiada com uma ambulância apenas. Essas ambulâncias eram compostas de dezenas de itens. Uma relação dos utensílios e medicamentos que as compunham foi revelada em 1860, com 64 itens, dos quais cerca de 40 eram ervas, líquidos, raízes, leites e óleos (AMAZONAS, [1860]).

Constavam de uma ambulância: ácidos nítrico e sulfúrico, várias águas (de alface, de colônia, de Labarraque); aguardente canforada, cânfora, emético, enxofre, éter sulfúrico, goma de arábica, linhaça em grão, maná, óleo de amêndoas doces, pastilhas de poaia, pastilhas vermífugas, pílulas de 1 ½ grão de ópio, sabugueiro, sulfato de quinino, vinho férreo, etc. Algumas das ervas presentes eram dedaleira, dormideira, cevada, macela, erva-doce e luina. Eram poucos os instrumentos que ajudavam a compor as ambulâncias: balança de graus e de oitavas, espátulas de ferro e de marfim, etc.

Os produtos que participavam em maior quantidade eram: pastilhas vermífugas (11 frascos), o bálsamo Opodeldoc, feito à base de arnica e usado para alívio de contusões e dores reumáticas (12 vidros), água de Labarraque e água inglesa (12 garrafas de cada), farinha de linhaça, óleo de rícino e sal amargo (12 libras ou 5,4 kg de cada), luina e altea (16 libras ou 7,25 kg de cada) e cevada (32 libras ou 14,5 kg) (AMAZONAS, [1860]).

Todavia, nem a composição nem os critérios de distribuição das ambulâncias passaram sem questionamentos. Durante a sua curta presidência, de menos de doze meses (julho de 1876 a maio de 1877), Domingos Jacy Monteiro chamou a atenção para o que considerou abusos e discrepâncias na composição das ambulâncias¹³: indicação de medicamentos não recomendados, favorecimento de fornecedores, quantidades exageradas, sobrepreços, os avultados recursos gastos numa província relativamente pouco povoada, como ainda era a do Amazonas, etc.

Monteiro chegou a demitir alguns médicos, como os doutores Aureliano Macrino Pires Caldas e Aprígio Martins de Menezes, recontratado posteriormente. A este último, Jacy Monteiro acusava de “pouco zelo no cumprimento dos seus deveres” e de “desfalque para a fazenda pública”; ao primeiro, de prescrever medicamentos não recomendados e em doses excessivas (AMAZONAS, 1878a, p. 716).

13. O fornecimento de ambulâncias tornou-se um grande negócio nas últimas décadas do século XIX, com anúncios frequentes nos jornais e até em almanaques, como no de 1895, em que a Pharmacia e Drogaria Humanitaria de Aguiar & Calmont, estabelecida no número 11 da Rua Henrique Martins, dirigindo-se à corporação médica da capital, propagandeava o seu “variado e completo sortimento de drogas para o fornecimento de ambulâncias para o interior do Estado garantindo-lhes boa embalagem e modicidade nos preços” (D'ATHAYDE; OLIVEIRA, 1895, p. 26). O fornecimento para o interior, não só de medicamentos, mas também de uma infinidade de outras mercadorias, é o que movimentava o comércio por aviamento, tão presente, até hoje, na Amazônia. A esse respeito, ver o estudo clássico de Mário Ypiranga Monteiro (1958).

O presidente também suspeitava de que certas epidemias estivessem sendo forçadas ou tivessem seus números superestimados com o fito de gerar novas compras de medicamentos. A confirmação de sua suspeita se deu quando, depois de ignorar os pedidos, estes não foram mais renovados (AMAZONAS, 1878a, p. 753).

A imprensa também manifestou suas suspeitas, denunciando, por exemplo, a inexistência de doentes numa das enfermarias de variolosos montadas, mas que estaria a exigir despesas com medicamentos e com os vencimentos do médico administrador. Estas e outras denúncias e suspeitas levaram Rufino Eneias Gustavo Galvão, Barão de Maracaju, presidente de março de 1878 a novembro de 1879, a exigir relações detalhadas de quantidades e preços dos itens que compunham as ambulâncias, acompanhadas de justificativa para sua inclusão (AMAZONAS, 1880a).

Restava sem solução, contudo, outro aspecto questionável da conduta de médicos e políticos na distribuição de medicamentos e de atenção aos necessitados. Em uma queixa, veiculada no *Jornal do Amazonas*, de 8 de janeiro de 1885, os moradores de Itacoatiara, distante 206 quilômetros de Manaus por via fluvial (cerca de dez horas de viagem), sob a alcunha “Os que sofrem”, manifestam sua inconformidade ante a negligência com que foram tratados: suas solicitações por medicamentos não foram atendidas por completo e foram preteridas em favor de uma única pessoa, filho de um doutor da capital, que vivia em Parintins, a jusante de Itacoatiara. Os moradores temiam que a varíola, que já tinha levado à morte um infeliz, se alastrasse pela vila. Sem médico, nem sequer uma botica, e sem acesso a medicamentos, solicitaram, então, por intermédio do juiz de direito e do presidente da câmara, ao presidente da província, tudo aquilo que não tinham.

Revoltados, os assinantes concluem assim o manifesto dirigido ao presidente José Jansen Ferreira Júnior:

A vida de milhares de pessoas vale mais do que a de um; recorde-se que o filho desse doutor não tem privilégio, para ser preterida uma população inteira! Dedique mais um pouco os seus atos em benefício do povo, pois dele é que depende o progresso do país. Recorde-se mais que se do tal doutor s. exc. depende, não é justo que milhares sofram por sua indiferença. Mande a ambulância de que necessitamos, não é favor que faz ao povo, que diariamente contribui pala encher os cofres do tesouro. Itacoatiara, 12 de Dezembro de 1884 (JORNAL DO AMAZONAS, 1885, p. 3-4).

Os resultados da vacina antivariólica e a nova percepção da doença

Em alguns aspectos, contudo, podia-se observar certo avanço. Em 1874, pela primeira vez, admitia-se, em relatório oficial, a importância da vacinação como meio de impedir o progresso da epidemia. “Ao mesmo tempo que tomava aquelas providências, não me descuidei da vacinação, o meio único capaz de debelar o mal que tanto nos tem afligido” (AMAZONAS, 1874a, p. 10), afirmava o presidente da província Domingos Monteiro Peixoto. Nota-se também que havia certa preferência por iniciar a imunização pelos menores que estudavam nos estabelecimentos de educandos e pelos praças das guardas. O diminuto número de infectados nesses dois grupos representou, para as autoridades, a demonstração de três fatos, nem todos de inferência tão evidente: primeiro, de que a aplicação de pus vacínico tinha efetividade; segundo, de que haveria bem menor número de mortes a se lamentar, não tivesse a população resistido à vacina¹⁴; e terceiro, de que a epidemia ainda só não fora extinta porque a “repugnância” à vacina não fora vencida (p. 10, 20).

Com efeito, de 1872 a 1874, o pus vacínico, importado em lâminas do Maranhão, de Pernambuco e da corte, foi inoculado “em larga escala” na população da capital, no rio Madeira, no rio Negro e em Janauari, por facultativos e, em alguns lugares, por “cidadãos prestimosos que espontaneamente tomaram a si a tarefa de propagar em grande escala a vacinação entre os seus habitantes”. No total, teriam sido vacinadas cerca de 2 mil pessoas, 1.400 delas só na capital (AMAZONAS, 1874a, p. 10).

Os anos de 1875 e 1883 foram sem abalos significativos para o estado sanitário da província. O que mais perturbou a população situada distante da capital foram as febres intermitentes, embora elas não configurassem um contexto de epidemia.

Lidar com a tragédia da varíola, que, de finais de 1872 até início de 1874, grassou na província do Amazonas, recalibrou a sensibilidade das autoridades para as ocorrências menos numerosas da doença, alterando-lhes a noção que tinham de epidemia. Casos da ordem de meia centena de bexigo-

14. Há bons estudos históricos sobre a resistência à vacina antivariólica no Brasil, tema que aqui não será aprofundado (SEVCENKO, 2001; PORTO; PONTE, 2003). Uma explicação para a resistência à vacina, considerando a dor e outros fatores de sensibilidade física, está em Oliveira (2013, p. 953).

sos, como se registrou em 1878, na Colônia Santa Izabel, já não eram mais classificados como assustadores (AMAZONAS, 1879, p. 31).

Tendo-se considerado extinta “completamente a varíola nesta capital”, a enfermaria de variolosos do largo São Sebastião foi fechada, em junho de 1878. Dois meses mais tarde, porém, anunciaram-se novos casos da doença na capital e proximidades. Dessa vez, os doentes foram recolhidos a uma enfermaria construída à margem direita do igarapé da Cachoeira Grande, local mais afastado do centro populoso da capital (AMAZONAS, 1878b, p. 20). Vinte e um internos de lá nunca mais saíram (1879, p. 31).

Passadas as epidemias de varíola e vivendo a província um estado sanitário “muito satisfatório” por três anos consecutivos (1879-1881) (AMAZONAS, 1881a; 1881a), resolvem as autoridades criar um cemitério especificamente para enterrar as vítimas da doença, o que aconteceu em março de 1880. Pelas dimensões do terreno em que se instalaria o cemitério (243 metros quadrados), podia-se inferir que a expectativa era de poucos óbitos dessa data em diante. Instalado em “lugar apropriado e de acordo com as condições higiênicas”, o cemitério estava separado da enfermaria por uma estrada com 165 metros de extensão (1880c, p. 12).

Finalmente, também em 1880, noticiava-se a criação, na capital, da Irmandade de Misericórdia (Lei Provincial 451, de 14 de abril de 1880) e a inauguração, em 16 de maio, do Hospital de Caridade Santa Casa de Misericórdia, reivindicado desde 1854, mas iniciado apenas no final da década de 1870 (AMAZONAS, 1880b, p. 12; AMARAL¹⁵, 2011, p. 171). Embora já estivesse pronto para receber pacientes, o Hospital de Caridade não representou um alívio para todos os indigentes. Veremos, mais tarde, em 1886, um paciente do interior, que dera entrada na Santa Casa, ser recomendado para os galpões dos variolosos, porque apresentava uma “moléstia de pele que causa horror” (OFÍCIO..., [1886]). Por um lado, demonstra-se a ligeireza com que o diagnóstico foi produzido; por outro, constatamos o quanto os aspectos exteriores da bexiga ou a ela similares podiam causar a estigmatização das pessoas.

15. Josali do Amaral (2011, p. 191-193) trata, em sua dissertação, do *status* conferido à atividade médica e do jogo de interesses políticos, suportados, em parte, nos cargos ocupados por facultativos nas comissões e inspetorias de saúde, num primeiro momento, e em instituições de saúde, como a Santa Casa, a partir de sua fundação, em 1880.

Conclusão: fim de século, avanços da medicina e persistência das moléstias

Ainda no século XIX, a população do Amazonas experimentaria uma terceira convulsão no seu estado de saúde, mais difusa e também mais fatal, combinando, principalmente, a varíola e a malária, esta com gravidade bem superior. Desde 1880, o cenário vinha se modificando sensivelmente por causa da injeção do dinheiro convertido da exploração da borracha. A extração da seiva, junto com a promessa de enriquecimento, aliciou levas de nordestinos para os seringais floresta adentro, e as grandes possibilidades de negócios atraíram inúmeros negociantes, que se estabeleceram, sobretudo, na capital.

O povoamento da província observou crescimento expressivo com a chegada de milhares de imigrantes, entre brasileiros e estrangeiros¹⁶. Especialmente por meio da migração interna, a varíola foi reintroduzida no Amazonas. Nordestinos, de início, oriundos em sua maioria da província do Ceará, que passara por uma estiagem severa, traziam consigo doenças de toda sorte, com enorme potencial de contágio durante as longas viagens feitas em embarcações sem as mínimas condições sanitárias (LOUREIRO, 2004, p. 50).

O que se experimentou nos últimos quinze anos do século XIX no Amazonas faz compreender plenamente a observação feita por Alfredo da Matta (1909, p. 9), de que a malária constituiu a “causa principal e mais poderosa da mortalidade nesta zona”. Adquirindo os contornos de uma pandemia, as febres intermitentes – denominação que vai sendo substituída, a partir de finais da década de 1870, por “febres palustres”¹⁷ – ceifaram, entre 1885 e 1900, cerca de 4.700 vidas. Esse número, no entanto, é falho, em razão da ausência de dados para alguns dos anos inscritos nesse período, além da deficiência da coleta estatística, conforme muitas vezes admitiram as autoridades.

Ainda na avaliação de Alfredo da Matta, contribuiu muito para a perseverança dos quadros endêmicos crônicos de malária o desprezo pelas obras de águas e esgotos ao longo do desenvolvimento da cidade, consideradas por Matta (1909, p. 9) requisitos fundamentais para a salubridade e a higiene.

Os dois últimos registros trazendo cifras de importância sobre a varíola

16. Nos cálculos de Alfredo da Matta, Manaus, em 1900, possuía, considerando também o seu perímetro suburbano, 50.395 habitantes, dos quais 3.268 eram estrangeiros (MATTÁ, 1909, p. 7-8).

17. Antonio Loureiro (2004, p. 52) também indica a mudança, mas, em 1882, para a denominação “febre intermitente paludosa”.

tiveram lugar em 1884 e, após intervalo de treze anos, em 1897. Nas duas ocasiões, houve expressivo número de infectados e de vítimas fatais, mas sem se repetirem a intensidade e a duração da epidemia de 1872-1874.

Em 1884, observaram-se focos da varíola em Manaus e em localidades próximas à capital, como Manacapuru e Santa Isabel; também na distante Vila Bela da Imperatriz, sempre muito afetada, provavelmente por situar-se na extremidade oriental da província, nos limites com o Pará, de onde partiam embarcações trazendo doentes a bordo. Cerca de trezentas pessoas teriam contraído a doença em Vila Bela, das quais 92 não resistiram (CAMPOS, 1909, p. 43; LOUREIRO, 2007, p. 157).

Entre 1896 e 1897, os estragos causados pela varíola, já agora no estado do Amazonas, seriam mais dramáticos. O governador republicano, Eduardo Ribeiro, no cargo de fevereiro de 1892 a julho de 1896, já dava por eliminado o mal das bexigas (AMAZONAS, 1894, p. 20), mas seu sucessor, Fileto Pires Ferreira (julho de 1896 a abril de 1898), ainda assistiria a novos casos surgindo na capital e no interior do estado, especialmente nas áreas dos rios Purus e Solimões. O ano de 1897¹⁸ iria fechar com 232 decessos de um total de 585 infectados (CAMPOS, 1909, p. 43). Como medida de contenção da epidemia, o governo de Fileto Pires instituiu o serviço sanitário distrital, prevendo distribuição gratuita e obrigatória da vacina e proibindo a entrada no estado de pessoas não imunizadas (AMAZONAS, 1898, p. 4).

Entrementes, saem as bexigas, voltam as “febres de mau caráter”. A malária mostraria sua face mais ominosa, agravando-se nos anos de 1898 a 1900, quando morreram, vítimas da moléstia, 3.279 pessoas, sendo: 1.074 em 1898; 710 em 1899; 1.495 em 1900 (MATTA, 1909, p. 9-10). Nos anos seguintes, as baixas prosseguiram, mas em ritmo um pouco menor: 614 em 1901; 776 em 1902; 766 em 1903; 914 em 1904.

Alfredo da Matta, que veio a Manaus para ocupar a direção do Serviço Sanitário do Amazonas, em 1899, havia se convertido à teoria do mosquito vetor, a qual passou a explicar a transmissão da malária (SCHWEICKARDT, 2009). Ele expõe suas novas convicções em dois números de 1908 da *Revista Médica de S. Paulo*, dos quais saiu a separata que estamos utilizando (MATTA, 1909). Nas recomendações que con-signa para mitigar os estragos da malária, permanecem, contudo, traços

18. Para Campos (1909, p. 43), autor de *Climatologia médica do Amazonas*, 1897 é o último ano do século XIX a apresentar um surto de varíola no estado.

das noções ligadas ao fator do clima, das águas paradas e do ambiente no processo de propagação da doença. A diferença estava em que, agora, sabia-se mais precisamente o que se combatia:

Manaus, dizia ele, apresentava [...] inúmeros e extensos focos naturais e favoráveis ao desenvolvimento do principal, senão único, transmissor da referida moléstia. O mosquito *anopheles* encontrava em diversos e numerosos pontos da cidade, até mesmo bem perto do desembarque, maravilhosas condições de meio, que fartamente concorriam para a sua proliferação (MATTA, 1909, p. 9).

As obras de remodelação da cidade, realizadas “sem método e orientação científica”, muito teriam contribuído para a proliferação do mosquito no ambiente urbano, criando o cenário propício para a catástrofe daqueles anos, que, na cidade, afetou especialmente os operários que a construíam (MATTA, 1909, p. 9). Na floresta e nos seringais, ambientes naturais do mosquito, milhares também foram acometidos de malária. Enquanto a balata era freneticamente negociada nos mercados de Manaus e Belém, a concentração de coletores de látex, nos barracões montados pelos seringalistas, potencializava enormemente o contágio da moléstia, que, agravada pelas precárias condições sanitárias, conduzia muitos à morte.

No final da década de 1970, após uma campanha realizada em escala mundial, a varíola parecia ter sido erradicada por completo do planeta, poupando milhões de vidas. Bem ao contrário, porém, a malária, pelo menos no Brasil, em especial na região amazônica, perseverou. Seria porque, em parte, em algum indivíduo, permaneceu latente o plasmódio causador da doença ou, principalmente, por causa da existência do mosquito vetor com que – assim afirmam (CAMARGO, 2003) – temos que conviver?

Quizá, retornando à epígrafe, extraída de um dicionário do final do século XIX, encontremos, ironicamente, alguma resposta para essa incômoda questão.

Então as intempéries atmosféricas, os eflúvios, os miasmas, o contágio, a alteração das colheitas, as carestias, etc., foram submetidas alternativamente a severo exame: digamos entretanto que alguma cousa de divino (*quid divinum*), isto é, de inapreciável, a que os antigos atribuíam a aparição das epidemias, persiste sempre e nos escapa. Uma circunstância atendível é que as epidemias tem consideravelmente diminuído no século em que vivemos, devendo-se

atribuir isto aos progressos da civilização e ao melhoramento da prosperidade material. É provável que as epidemias fossem muito mais raras se os governos se interessassem em dar toda a força necessária à higiene pública, se os pântanos se secassem, os portos se limpassem, as ruas fossem asseadas, as habitações arejadas, as populações não aglomeradas, as inumações vigiadas e sobretudo afastadas das cidades, etc. (CHERNOVIZ, 1890, p. 990).

O acento político no final do verbete contraria, em certa medida, a percepção dominante de que, na história das doenças, são elas o sujeito, o agente. Talvez, somente na aparência. O homem, que se rendeu aos dispositivos de sobrevivência e de proteção mútua criados na sociedade em meio à floresta, está tão submisso aos fenômenos meteorológicos como àqueles decorrentes das ações de organismos e microrganismos. Mesmo assim, a ação determinante é sempre a do homem: abandonar ou ficar; fugir ou enfrentar; desistir ou dominar; ignorar ou compreender. E é somente a partir de quando os homens passam a distinguir e a (re)conhecer as doenças que elas surgem para a história. Nesse processo, o passo decisivo é nomeá-las: é quando recebem suas nomenclaturas que as moléstias alcançam o plano da narrativa com lugar de destaque ao lado daqueles que, não raro, compreendem-se como suas vítimas. É, pois, o homem quem cria e dá existência às patologias, ao percebê-las como parte de um conjunto de sintomas a representar um desvio do estado dito normal da fisiologia humana, em que as “normas só são reconhecidas como tal nas infrações [e] as funções só são reveladas por suas falhas” (CANGUILHEM, 1978, p. 169).

Não é outro, senão o homem, quem protagoniza todos esses eventos. Admitamos, porém, que, neles, as moléstias costumam ser coisificadas para, logo em seguida, ganharem condição de agentes com vida própria, de modo que bactérias e vírus passam a ter ações próprias, subordinando os tempos verbais nas orações. Até os miasmas desempenham um papel! Pelo menos era assim que a lógica da medicina ocidental enxergava os acometimentos flageladores do corpo humano. A outra via possível, isto é, os modos de percepção dos indígenas da floresta amazônica, foi ignorada por completo, quando não combatida. Talvez porque, entre outras razões, ao longo da colonização portuguesa, milhares de índios tenham, apesar de seus conhecimentos tradicionais, sucumbido sem resistir às doenças importadas, fator de contributo para disseminar tanto a noção de desequilíbrio entre o par homem-floresta como de uma insalubridade que seria inerente à Amazônia (BOTELHO; COSTA, 2006).

Referências

ABREU, Tenner Inauhiny de. A trajetória de um padre negro e o mundo do trabalho na província do Amazonas no Oitocentos. **Revista Latino-Americana de História**, v. 4, n. 13, jul. 2015. Disponível em: <<http://projeto.unisinos.br/rla/index.php/rla/article/viewFile/608/566>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

AMARAL, Josali do. **Ritmos e dissonâncias**: controle e disciplinarização dos desvalidos e indigentes nas políticas públicas do Amazonas (1852-1915). 2011. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Amazonas, 2011.

AMAZONAS (Província). **Exposição com que o Exm. Sr. 2º Vice Presidente da Província do Amazonas, Tenente-Coronel Joze Bernardo Michiles passou a administração da mesma ao Exm. Sr. Presidente Dr. José Coelho da Gama e Abreo no dia 25 de novembro de 1867**. Manaus: Typ. do Commercio do Amazonas, 1868a.

_____. **Exposição com que o Exm. Sr. Barão de Maracaju, Presidente da Província do Amazonas, entregou a administração ao Exm. Sr. Dr. Romualdo de Souza Paes d'Andrade, em 28 de agosto de 1878**. Manaus: Typ. do Commercio do Amazonas, 1880a.

_____. **Exposição com que o Exm. Sr. Tenente Coronel José Clarindo de Queiroz passou a administração da Província do Amazonas, em 26 de julho de 1880, ao Exm. Sr. Dr. Satyro de Oliveira Dias, Presidente do Amazonas**. Manaus: Typ. do Commercio do Amazonas, 1880b.

_____. **Falla com que o Exm. Sr. Barão de Maracaju, Presidente da Província do Amazonas, no dia 20 de março de 1879, abriu a 2ª Sessão da 14ª Legislatura da Assembleia Legislativa Provincial**. Manaus: Typographia do Amazonas de José Carneiro dos Santos, 1879.

_____. **Falla com que o Exm. Sr. Dr. Satyro de Oliveira Dias, Presidente da Província do Amazonas, abriu a 2ª sessão da 15ª Legislatura da As-**

semblea Provincial, em 4 de abril de 1881. Manaus: Typographia do Amazonas de José Carneiro dos Santos, 1881a.

_____. **Falla com que o Exm. Sr. Dr. Satyro de Oliveira Dias, Presidente da Província do Amazonas, abriu a sessão extraordinária da Assembleia Legislativa Provincial, em 1º de outubro de 1880.** Manaus: Typographia do Amazonas de José Carneiro dos Santos, 1881b.

_____. **Falla dirigida à Assembleia Legislativa Provincial do Amazonas na abertura da 2ª Sessão Ordinária da 5ª Legislatura no dia 3 de maio de 1861 pelo Presidente da mesma o Exm. Senr. Dr. Manoel Clementino Carneiro da Cunha.** Manaus: Typographia de Francisco José da Silva Ramos, [1861].

_____. **Falla dirigida à Assembleia Legislativa Provincial do Amazonas na Primeira Sessão da 12ª Legislatura em 25 de março de 1874 pelo Presidente da Província Bacharel Domingos Monteiro Peixoto.** Manaus: Typ. do Commercio do Amazonas, 1874a.

_____. Informações sobre o estado sanitário da província do Amazonas. Relatório Antonio José Moreira. Anexo de: _____. **Falla dirigida à Assembleia Legislativa Provincial do Amazonas, no dia 1º de agosto de 1854, em que se abriu a sua 3ª sessão ordinária, pelo Presidente da Província, o Conselheiro Herculano Ferreira Penna.** Barra do Rio Negro: Typographia de M. S. Ramos, 1854. S1 I-IX.

_____. Mapa dos doentes tratados no lazareto Umirisal desde 13 de fevereiro até 20 de março de 1868. In: _____. **Relatório com que o Exm. Sr. Presidente da Província Dr. Jacintho Pereira do Rego abriu a Assembleia Legislativa Provincial do Amazonas no dia 1º de junho de 1868.** Manaus: Typographia do Amazonas de A. da C. Mendes, 1868b. p. 5.

_____. Mapa estatístico das enfermarias a meu cargo desde 1º de janeiro a 31 de agosto do corrente ano. Apresentado por Dr. José Antonio Moreira, 2º cirurgião do corpo de saúde do exército. In: _____. **Falla dirigida à Assembleia Legislativa Provincial do Amazonas em 1º de outubro de 1857**

pelo Presidente da Província Angelo Thomaz do Amaral. Rio de Janeiro: Typographia Universal de Laemmert, 1858a. Anexo n. 1, mapa 4.

_____. **Mensagem do Excelentíssimo Senhor Dr. Fileto Pires Ferreira Governador do Estado do Amazonas lida perante o Congresso dos Representantes por ocasião da abertura da Primeira Sessão Extraordinária da Terceira Legislatura em 6 de janeiro de 1898.** Manaus: Imprensa Oficial, 1898.

_____. **Mensagem lida pelo senhor governador Dr. Eduardo Gonçalves Ribeiro ao Congresso do Estado do Amazonas em 10 de julho de 1894.** Manaus: Imprensa Oficial do Estado do Amazonas, 1894.

_____. Relação dos medicamentos que compuseram a ambulância, que por ordem do Exm. Sr. Presidente da Província foi a meu cargo para a Comissão Sanitária de Vila da Imperatriz desta Província. Por José Antonio de Freitas Junior, Médico Comissionado. Anexo de: _____. **Falla dirigida à Assembleia Legislativa Provincial do Amazonas na abertura da 1ª Sessão Ordinária da 5ª Legislatura no dia 3 de novembro de 1860 pelo 1º Vice-Presidente em exercício o Exm. Senr. Dr. Manoel Gomes Corrêa de Miranda.** Manaus: Typographia de Francisco José da Silva Ramos, [1860]. Documento n. 7, mapa I.

_____. **Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial do Amazonas na Primeira Sessão Legislativa da Província pelo Exm. Sr. General Dr. José de Miranda da Silva Reis.** Manaus: Typographia de Gregório José de Moraes, 1872.

_____. **Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial do Amazonas pelo Exm. Senr. Dr. Manoel Clementino Carneiro da Cunha, Presidente da mesma Província na Sessão Ordinária de 3 de maio de 1862.** Pará: Typographia de Frederico Carlos Rhossard, 1862.

_____. Relatório apresentado a S. Ex^a o Sr. Dr. Domingos Monteiro Peixoto, pelo Dr. Aprígio Martins de Menezes, de sua comissão ao Rio Madeira, 16 de março de 1874. Anexo de: _____. **Falla dirigida à Assembleia**

Legislativa Provincial do Amazonas na Primeira Sessão da 12ª Legislatura em 25 de março de 1874 pelo Presidente da Província Bacharel Domingos Monteiro Peixoto. Manaus: Typ. do Commercio do Amazonas, 1874b.

_____. **Relatório apresentado ao Exm. Sr. Dr. Agesilão Pereira da Silva, Presidente da Província do Amazonas, pelo Dr. Domingos Jacy Monteiro, depois de ter entregue a administração da província em 26 de maio de 1877.** Manaus: Typographia do Amazonas de José Carneiro dos Santos, 1878a.

_____. **Relatório com que abriu no dia 25 de agosto de 1878, a 1ª sessão da 14ª Legislatura da Assembleia Legislativa Provincial do Amazonas, o Exm. Sr. Barão de Maracaju, Presidente da Província.** Manaus: Typ. do Amazonas por Hildebrando Luiz Antony, 1878b.

_____. **Relatório com que o Exm. Sr. 1º Vice-Presidente da Província do Amazonas, Tenente-Coronel Sebastião Joze Bazilio Pyrrho passou a administração da mesma ao Exm. Sr. 5º Vice-Presidente João Ignacio Rodrigues do Carmo no dia 9 de setembro de 1867.** Manaus: Typographia do Amazonas de A. da C. Mendes, 1868c.

_____. **Relatório com que o Exm. Sr. 5º Vice-Presidente da Província do Amazonas João Inácio Rodrigues do Carmo passou a Administração da mesma ao Exm. Sr. 2º Vice-Presidente Tenente-Coronel José Bernardo Michiles no dia 25 de setembro de 1867.** Manaus: Typographia do Amazonas de A. da C. Mendes, 1868d.

_____. **Relatório com que o Exm. Sr. Presidente da Província do Amazonas, Tenente-Coronel João Wilkens de Mattos, abriu a Assembleia Legislativa Provincial no dia 4 de abril de 1869.** Manaus: Typographia do Amazonas de Antonio da Cunha Mendes, 1869.

_____. **Relatório com que o Exm. Sr. Presidente da Província Dr. Jacintho Pereira do Rego abriu a Assembleia Legislativa Provincial do Amazonas no dia 1º de junho de 1868.** Manaus: Typographia do Amazonas de A. da C. Mendes, 1868e.

_____. **Relatório com que Exm. Sr. Tenente Coronel José Clarindo de Queiroz, Presidente da Província do Amazonas, abriu a 1ª sessão da 15ª Legislatura da Assembleia Legislativa Provincial, em 31 de março de 1880.** Manaus: Typ. do Commercio do Amazonas, 1880c.

_____. **Relatorio que á Assembléa Legislativa Provincial do Amazonas apresentou na abertura da sessão ordinaria em o dia 7 de setembro de 1858.** Francisco José Furtado, presidente da mesma provincia. Manáos: Typ. de Francisco José da Silva Ramos, 1858b.

_____. **Relatório que, em seguida ao do Exm. Snr. Prezidente da Província do Pará, e em virtude da Circular de 11 de março de 1848, fez sobre o estado da Província do Amazonas, depois da instalação dela e de haver tomado posse o seu 1º presidente, o Exm.o Sr. João Baptista de Figueiredo Tenreiro Aranha [no dia 30 de abril de 1852].** Manaus: Typ. de M. da S. Ramos, 1852.

BOTELHO, João Bosco; COSTA, Hideraldo Lima da. Pajé: reconstrução e sobrevivência. **História, Ciências, Saúde:** Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 927-956, out.-dez. 2006.

BRAZIL. Decreto nº 464, de 17 de agosto de 1846. Manda executar o Regulamento do Instituto Vaccinico do Imperio. **Collecção das Leis do Império do Brasil de 1846.** Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1847. Tomo 9, parte 2, p. 86-98.

_____. Diretoria Geral de Estatística. **Recenseamento da população do Imperio do Brazil a que se procedeu no dia 1º de agosto de 1872.** Rio de Janeiro: Typ. de G. Leuzinger e Filhos, 1876. Disponível em: <<https://archive.org/details/recenseamento1872bras>>. Acesso em: 27 fev. 2016.

CABRAL, Adriana Brito Barata. **De lazareto a leprosário:** políticas de combate a lepra em Manaus (1921-1942). 2010. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Amazonas, 2010.

CAMARGO, Erney Plessmann. Malária, maleita, paludismo. **Ciência & Cultura**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 26-30, jan.-mar. 2003. Disponível em: <<http://www.ib.usp.br/inter/0410113/downloads/malaria.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

CAMPOS, Hermenegildo Lopes de. **Climatologia médica do estado do Amazonas**. Manaus: Seção de Obras da Imprensa Oficial, 1909.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. **Dicionário de medicina popular e das ciencias accessarios para uso das famílias**. Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. 2 v.

COLLECÇÃO das Leis do Imperio do Brasil de 1853. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1853. Tomo 14, parte 1.

COSTA, Cybele Morais da. **Socorros públicos: as bases da saúde pública na província do Amazonas (1852-1880)**. 2009. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Amazonas, 2009.

D'ATHAYDE, José Feliciano Augusto; OLIVEIRA, Arthur Cardoso. **Almanach do Amazonas**: histórico, administrativo, commercial, estatístico e litterario. Manaus: Typ. do Amazonas, 1895.

ESTRELLA DO AMAZONAS. Manaus, 22 ago. 1860.

FERNANDES, Tania. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal). **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 29-51, jun. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000200002>. Acesso em: 9 abr. 2005.

JORNAL DO AMAZONAS. Manaus, n. 1.010, 8 jan. 1885.

LA CONDAMINE, Charles-Marie de. **Viagem pelo Amazonas: 1735-1745**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1992.

LOUREIRO, Antonio José Souto. **História da medicina e das doenças no Amazonas**. Manaus: Gráfica Lorena, 2004.

_____. **O Amazonas na época imperial**. Manaus: Valer, 2007.

_____. **Síntese da história do Amazonas**. Manaus: Imprensa Oficial, 1978.

MATTA, Alfredo Augusto da. Escorço histórico da lepra no estado do Amazonas. Separata de: **O Brasil Médico: Revista Semanal de Cirurgia e Medicina**, Rio de Janeiro, n. 10, 9 mar. 1929.

_____. **Paludismo, varíola, tuberculose em Manáos**. Ligeiro estudo precedido de algumas palavras sobre Manáos. São Paulo: Typographia Brazil-Rothschild & Co., 1909.

MONTEIRO, Mário Ypiranga. **O regatão**: notícia histórica. Manaus: Planície, 1958.

OFÍCIO da Santa Casa da Misericórdia de Manaus, de 25 de janeiro de 1886. In: **Livro de ofícios da Santa Casa 1886-1887**. [1886]. Localizado em: Arquivo Público do Estado do Amazonas.

OLIVEIRA, Eliézer Cardoso de. A epidemia de varíola e o medo da vacina em Goiás. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 939-962, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v20n3/0104-5970-hcsm-20-03-0939.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

PARÁ (Província). **Discurso recitado pelo Exm. Snr. Doutor Bernardo de Souza Franco, Presidente da Província do Pará, quando abriu a Assembleia Legislativa Provincial no dia 15 de agosto de 1839**. Pará: Typographia de Santos & menor, 1839.

_____. **Discurso recitado pelo Exm. Snr. Doutor João Antonio de Miranda, Presidente da Província do Pará, na abertura da Assembleia Legislativa Provincial no dia 15 de agosto de 1840.** Pará: Typographia de Santos & menor, 1840a.

_____. **Discurso recitado pelo Exm. Snr. Dr. João Antonio de Miranda no ato de dar posse da presidência desta província ao Exm. Snr. Vice Almirante Tristão Pio dos Santos no dia 4 de novembro de 1840.** Pará: Typographia de Santos & menor, 1840b.

PORTO, Ângela; PONTE, Carlos Fidelis. Vacinas e campanhas: as imagens de uma história a ser contada. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 725-742, 2003. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10s2/a13v10s2.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2016.

REIS, Arthur Cézár Ferreira. **História do Amazonas.** Belo Horizonte: Itatiaia, 1989.

SÁ, Magali Romero. A “peste branca” nos navios negreiros: epidemias de varíola na Amazônia colonial e os primeiros esforços de imunização. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 818-826, dez. 2008. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n4s0/v11n4s0a08.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

SAMPAIO, Patrícia Maria Melo. Cidades desaparecidas na Amazônia Portuguesa. Poiares, séculos XVIII e XIX. **História Social**, Campinas, v. 10, p. 73-99, 2003.

SANTOS, Francisco Jorge dos et al. **Cem anos de imprensa no Amazonas (1851-1950).** Catálogo de Jornais. Manaus: Calderaro, 1990.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. A ciência nos trópicos: as práticas médico-científicas em Manaus na passagem do século XIX para o XX. **Revista Pós Ciências Sociais**, São Luís, v. 6, n. 12, p. 69-88, 2009.

SEVCENKO, Nicolau. **A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes.** São Paulo: Scipione, 2001.

MALES ANTIGOS, DILEMAS SEMELHANTES? PERIPÉCIAS DO “ODIOSO EGÍPCIO” NA BAHIA

Christiane Maria Cruz de Souza

Entre as doenças que afligiram e afligem as sociedades humanas, as epidêmicas são as que adquiriram e adquirem caráter de maior dramaticidade. Apesar da característica transitoriedade do evento epidêmico – a doença surge subitamente em lugar e tempo específicos, apresenta trajetória temporal e espacial e some quase tão repentinamente quanto apareceu –, a ansiedade e o medo gerados pela repentina intensificação das experiências de doença e morte determinam a necessidade de entender esse fenômeno, cujo caráter de drama coletivo exige uma resposta igualmente visível, drástica e imediata.

Em 2015, os baianos e brasileiros, em geral, vivenciavam uma tríplice epidemia de doenças que têm como vetor o mosquito *Aedes aegypti* (dengue, chikungunya e zika). Constatada, na Bahia, em fevereiro daquele ano, a epidemia de zika não assustou de imediato as autoridades sanitárias. Aparentemente, o vírus provocava apenas uma infecção leve – febre, cefaleia, exantema, mal-estar, edema e dores articulares – e, entre quatro e sete dias, a pessoa estaria curada.

Em julho, contudo, foram detectadas síndromes neurológicas em pessoas que tinham antecedentes recentes de infecções pelo vírus da zika na Bahia: 76 pacientes apresentaram distúrbios neurológicos; entre eles, 42 desenvolveram a síndrome de Guillain-Barré. O Brasil informou o fato à Organização Mundial da Saúde (OMS), sem que isso causasse qualquer tipo de mobilização até que o vírus da zika se disseminasse por outros países da América Latina, com casos pontuais nos EUA e na Europa. O que causou maior preocupação, todavia, foi a associação do vírus com a síndrome de Guillain-Barré e com casos de microcefalia em bebês de mães infectadas

durante a gestação, o que levou a OMS a considerá-lo uma ameaça “de proporções alarmantes” e uma emergência de saúde pública de importância internacional. Cientistas de vários lugares do mundo, inclusive do Brasil, estudam a doença e, além de buscarem desenvolver vacinas contra ela, procuram entender possíveis vínculos entre o vírus e as consequências neurológicas.

Desde princípios da colonização, os baianos têm que lidar com epidemias de doenças infectocontagiosas. Ponto estratégico na montagem do sistema colonial português e do comércio transatlântico, o porto de Salvador era lugar de trânsito de pessoas e mercadorias de origens e destinos diversos, visto ser escala para a Carreira da Índia, polo distribuidor e receptor dos produtos vindos da metrópole e da produção agrícola colonial¹⁹. Ele era, por exemplo, o lugar que mais recebia escravos africanos do Novo Mundo. De Salvador também partiam grupos que se dirigiram ao interior em busca de riquezas minerais, das chamadas “drogas do sertão”, de índios para evangelizar e/ou escravizar, de pasto para o gado e de territórios para ocupar²⁰.

Não à toa, portanto, Salvador tornou-se a porta de entrada e de saída de doenças infectocontagiosas²¹. Muitos, entre os que ancoravam ou desembarcavam naquele porto – colonizadores, evangelizadores, viajantes, comerciantes, marítimos, escravizados, etc. –, chegavam doentes ou moribundos. As doenças trazidas pelos estrangeiros se disseminavam entre os nativos, sendo uma das causas do seu extermínio. Por sua vez, os recém-chegados acabavam por sucumbir às doenças locais.

Assim, apesar da imagem edênica difundida entre os europeus, o ambiente da colônia não era dos mais salubres. A derrubada da mata atlântica para a plantação dos canaviais favorecia a proliferação dos mosquitos e a propagação das “febres”. A introdução de animais domésticos, como vacas, porcos, galinhas, cabras, etc., pode ter contribuído para disseminar doenças, como a gripe, o sarampo e a varíola bovina (ALENCASTRO, 2000, p. 127-138).

As epidemias de sarampo e varíola foram as primeiras a irromper na Bahia. Entre os anos de 1562 e 1563, a varíola levou à morte grande número de negros e índios, causando falta de braços para o trabalho nas lavouras, es-

19. A expansão ultramarina, principiada nos séculos XV e XVI, possibilitou grande circulação de mercadorias, pessoas e doenças, resultando, segundo Luiz Felipe de Alencastro (2000, p. 127), na “união microbiana do mundo”.

20. A importância que o porto de Salvador assumiu, desde a montagem da colônia portuguesa, perdurou durante todo o século XIX até o início do século XX (MATTOSO, 1978).

21. Para saber mais, veja o artigo de Rodolfo Teixeira (2007), publicado na *Gazeta Médica da Bahia*.

casas de alimentos e fome. Entre os índios, escravos e alforriados, cerca de 30 mil foram vitimados pela doença no curto período de três meses, desabitando grande parte dos aldeamentos jesuíticos (AZEVEDO, 2009, p. 122).

Em 1686, uma doença que havia assolado Recife e Olinda chegaria a Salvador, assumindo, também ali, a mesma virulência. Na Bahia, recebeu o nome de “bicha”, em associação com uma serpente peçonhenta, porque “a todos mordia e de seu veneno poucos livraram” (COUTO²², 1904, p. 534). Segundo o relato de Sebastião da Rocha Pita, em Salvador, “foram logo adoecendo, e acabando tantas pessoas, que se contavam os mortos pelos enfermos²³. Houve dia, em que caíram duzentos, e não escaparam dois²⁴. As casas encheram-se de “moribundos, as Igrejas de cadáveres, as ruas de tumbas”. A medicina se mostrou impotente diante da epidemia – até os médicos adoeciam e sucumbiam à doença. Pessoas de destaque na colônia figuravam entre as vítimas, entre elas, o governador Matias da Cunha. Apenas os negros, mulatos, índios e “mesclados” pareciam estar imunes (PITA, 2013, p. 323-324).

De acordo com Rocha Pita, a epidemia só recuou após a intercessão de São Francisco Xavier: “foi perdendo a força o mal, de forma que ou já não feria ou quase todos os feridos escapavam”. Todavia, não perdeu o “poder de contágio” para os que vinham de fora – dos sertões ou por mar –, continuando a vitimar autoridades e outros sujeitos de distinção, assim como os marítimos que chegaram nas “frotas” de 1687 e 1688 (PITA, 2013, p. 326-330).

Rocha Pita (2013, p. 323-324) enumera os sinais da doença: vômitos de sangue, dor de cabeça, febre, frequência do pulso acima ou abaixo da faixa normal, ânsias, delírios, discurso incoerente, com desfecho fatal entre três e nove dias. Sinais semelhantes – frequência do pulso com langor, insônias, delírios, vômito cor de ferrugem, icterícias e supressão da urina – são descritos por João Ferreyra da Rosa, médico designado pela Coroa para tratar dos doentes de Pernambuco²⁵, e associados séculos depois à

22. Dom Domingos do Loreto Couto concluiu a obra *Desagravos do Brasil e glórias de Pernambuco* em 1757. O texto utilizado aqui foi o publicado pela Biblioteca Nacional em 1904.

23. Rocha Pitta trata do evento em sua *Historia da America Portuguesa*, publicada originalmente em 1730. Para este texto, foi utilizada versão de 1880, publicada *on-line* pela Biblioteca Básica Brasileira em 2013.

24. Segundo Luiz Felipe de Alencastro (2000, p. 130-137), 25 mil pessoas contraíram a doença e 900 morreram.

25. Formado em Coimbra, João Ferreyra da Rosa foi designado pelo governo metropolitano para atender os acometidos pelo mal na capitania de Pernambuco durante a epidemia. Em seu *Tratado único da constituição pestilencial de Pernambuco*, publicado em 1694, descreve os sinto-

febre amarela, doença transmitida pelo *Aedes aegypti*²⁶.

Desde então, a doença tornou-se endêmica na Bahia, apesar de não apresentar um número expressivo de casos durante muitos séculos. Atinja mais os marinheiros estrangeiros que ali aportavam. Em meados do século XIX, entretanto, uma crise epidêmica com proporções semelhantes à do século XVII voltou a irromper, e, a partir de então, o porto de Salvador passou a ser visto no resto do país como um porto sujo, considerado como disseminador da doença para o resto do país.

O que poderia ligar as epidemias ocorridas no século XIX às atuais? São períodos distantes no tempo e com contextos muito distintos. Não se pode ignorar que cada sociedade constrói uma resposta particular e característica a uma epidemia, conforme o conhecimento e as tecnologias médicas disponíveis, as convicções religiosas, as obrigações de gênero, nacionalidade, etnia, classe, políticas e responsabilidades estatais vigentes. Indivíduos e grupos sociais, em diferentes tempos históricos e espaços geográficos, produziram seus próprios modos de definir a etiologia, a transmissão, a terapia apropriada e os significados de uma doença (SLACK, 1992).

Pode-se apresentar, ao menos, um primeiro ponto de interconexão entre a recente epidemia e as que grassaram nos séculos XVII e XIX: elas parecem obedecer ao modelo analítico criado por Charles Rosenberg (1992, p. 279-287). Segundo tal modelo, os eventos de uma epidemia clássica ocorrem numa sequência narrativa semelhante à de uma peça teatral que se desenrola em quatro atos: 1º) a epidemia começa como um evento discreto e só é admitida pelos poderes constituídos quando isso se torna inevitável, ou seja, após o acúmulo de doentes e mortos; 2º) inicia-se o processo de reconhecimento da epidemia, construindo-se uma base explicativa para lidar com ela; 3º) adotam-se e administram-se medidas de saúde pública; 4º) ocorre um abrandamento do surto e possível avaliação do evento, com adoção de medidas sanitárias permanentes.

Outro ponto em comum é o mosquito *Aedes aegypti*, vetor dos arbovírus causadores dessas doenças. Descrito cientificamente pela primeira vez

mas e sinais da doença e o tratamento ministrado aos doentes.

26. Ilana Löwy (2006, p. 23), entretanto, adverte que tais sintomas e sinais são comuns a outras doenças, como malária, dengue e as febres papataci, tifoide, paratifoide e ondulante. Para este texto, contudo, não importa comparar sintomas, nem tampouco identificar a doença segundo a nosografia atual.

em 1762, ele foi denominado, à época, de *Culex aegypti* – o vocábulo *Culex* significa mosquito e *aegypti*, egípcio, portanto, mosquito egípcio, em alusão a sua suposta origem. O gênero *Aedes* – odioso –, contudo, só foi descrito em 1818. Após se observar que a espécie *aegypti* apresentava características morfológicas e biológicas semelhantes às de espécies do gênero *Aedes*, e não às do já conhecido gênero *Culex*, estabeleceu-se o nome *Aedes aegypti* – o “odioso egípcio” (IOC, acesso em 19 fev. 2016).

Todavia, durante as epidemias de dengue (1847) e de febre amarela (1849), ignorava-se que um mosquito fosse o vetor dessas doenças, conforme se pode verificar, por exemplo, no texto de Sidney Chalhoub (1996), *Cidade febril*, que discorre sobre as epidemias de varíola e febre amarela durante o Império. A identificação do agente etiológico e a precisão do diagnóstico só foram possíveis após a disseminação de meios e métodos da pesquisa bacteriológica. Os livros de Jaime Benchimol (1999), *Dos micróbios aos mosquitos*, e Ilana Löwy (2006), *Vírus, mosquitos e modernidade*, discutem as teorias médicas e os métodos de investigação científica para descobrir o agente da febre amarela²⁷ já na vigência do “paradigma bacteriológico”²⁸.

A febre amarela e a dengue, no entanto, não foram as únicas doenças a atormentar os baianos durante o Oitocentos. O século XIX foi pródigo em crises epidêmicas. Numa sequência mórbida, a varíola grassou entre 1846 e 1847, coincidindo com a dengue, ou “polka”, nesse último ano. Ambas precederam a epidemia de febre amarela, em 1849, que perdurou quase até o período em que o cólera irrompeu e devastou a Bahia em 1855.

Contudo, ainda são poucos os trabalhos historiográficos que se dedicam, especificamente, às epidemias que atingiram a Bahia oitocentista. Talvez por seu efeito devastador, a epidemia de cólera de 1855 mereceu maior atenção dos historiadores, tornando-se objeto de estudo de Anna Amélia Vieira Nascimento (1981), em *O cólera morbus como fator de involução populacional da cidade do Salvador*, de Johildo Lopes de Athayde (1985), em *Salvador e a grande epidemia de 1855*, e de Onildo Reis David (1996), em *O inimigo invisível: epidemia na Bahia no século XIX*.

27. O historiador Adriano Arruda Pontes se dedicou a estudar o controle da doença na Bahia da Primeira República, com foco na atuação da Fundação Rockefeller. O estudo deu origem à dissertação *Caçando mosquitos na Bahia*, defendida na Universidade Federal da Bahia em 2007.

28. Outros autores contribuíram para construir o histórico da doença em várias regiões do país, vinculando-a, por vezes, a estudos sobre a escravidão ou o sanitarismo.

Não se tem notícias, até o momento, de textos historiográficos sobre o surto de dengue ocorrido em 1847. Contemporânea e precursora de crises epidêmicas mais graves, esta epidemia com baixo índice de óbitos não causou muito reparo nem entre seus coevos. Já a epidemia de febre amarela sucedida em 1849 não só mereceu a atenção de seus coetâneos, especialmente, dos médicos, como também foi alvo do interesse de alguns historiadores, ainda que muitos abordassem o assunto de forma breve ou secundária²⁹.

Este texto analisa as epidemias de dengue (1847) e de febre amarela (1849-1850) pelo que elas revelam do tecido histórico no qual emergiram. Ele investiga as teorias médico-científicas, os valores culturais e os interesses dos atores sociais subjacentes ao processo de percepção, cognição e reação a tais doenças, assim como as ingerências políticas, econômicas e socioculturais dessas epidemias no contexto em que incidiram.

As peripécias do “odioso egípcio”: as epidemias de dengue e febre amarela

As décadas de 1830, 1840 e 1850 foram especialmente difíceis para os baianos. Períodos sucessivos de seca ou estiagem provocaram migração dos sertanejos, escassez de alimentos, carestia, fome, mortes e prejuízos para o comércio (GONÇALVES, 2000). Naquela altura, conforme apontou o cônsul da Inglaterra, Ed Porter, em relatório escrito em princípios de 1848, a maioria dos baianos nutria sentimentos separatistas em relação ao governo central, na expectativa de se livrarem da pesada sangria dos recursos da província. Os mais pobres estavam descontentes com a falta de dinheiro, a carestia e a suspensão dos trabalhos públicos, enquanto os ricos se descontentavam com os pesados impostos e o estado de abandono da Bahia (VERGER, 1999, p. 120). Em uma sequência nefasta, surtos epidêmicos de dengue (1847), varíola (1847-1849), febre amarela (1849-1853) e cólera (1855) irromperam em Salvador, dali se espalhando por toda a província.

A epidemia de dengue despontou nos primeiros meses de 1847, espalhando-se por todo o país. Os primeiros casos foram registrados no hospital da guarnição da província da Bahia, onde eram internados de seis a dez soldados por dia com sintomas da doença. Rapidamente, a den-

29. Ver Chaves (2003, 2013, 2012); Mattoso e Athayde (1973); Nascimento (1986); Souza (2011); Teixeira (1999/2000).

gue se espalhou por Salvador e cidades do Recôncavo, embrenhando-se, também, sertão adentro (AMARAL, 1848, p. 197).

Naquela quadra, a imprensa criticava a aparente indiferença da “escola de medicina” e do Conselho de Salubridade da Bahia em relação à epidemia, “a qual tão pezada se tem feito e continua fazer as famílias” (REDACÇÃO, 1847, p. 2). Não à toa a imprensa dava voz aos anseios da sociedade atingida pela epidemia, cobrando uma posição dos médicos e do Conselho de Salubridade. O conselho, formado por “médicos, cirurgiões, farmacêuticos e mais pessoas versadas nas ciências físicas ou naturais”, tinha, entre as suas atribuições, orientar o poder público e coordenar as ações de combate às epidemias³⁰ (SANTIAGO, 1956, p. 42-46).

Como se oferecesse um direito de resposta, o *Correio Mercantil* replicara dois artigos publicados no *Guayacuru*, nos quais os autores ofereciam explicação para a epidemia e para a aparente omissão da Faculdade de Medicina da Bahia e do Conselho de Salubridade. Segundo um dos autores, Manoel Mauricio Rebouças, integrante do Conselho de Salubridade, o silêncio dos médicos significava reflexão, estudo e circunspecção ante um mal que ameaçava eles próprios e seus concidadãos, e, se medidas preventivas não haviam sido oportunamente tomadas, era porque os meios que dispunham eram vãos e careciam de autoridade para serem implantados (REDACÇÃO, 1847, p. 2).

A resposta de Rebouças revela que, apesar de terem alcançado algum respeito e proeminência social, os médicos ainda não tinham a prerrogativa de prover as autoridades públicas das informações necessárias à gestão científica da cidade, conforme desejavam. Ainda lutavam para impor seus ideais políticos e civilizatórios, incluindo o projeto de higienização da urbe, como forma de alcançar o progresso da nação que se formava. Propunham a regulamentação de hábitos, costumes e estilo de vida, recomendavam a vigilância contínua da qualidade do ar, da água, do solo e a reordenação do espaço urbano, a fim de evitar que condições de insalubridade diversas viessem a contribuir para a proliferação de doenças, mas ainda não tinham a projeção social e força política necessárias para que tais propostas fossem ouvidas e implantadas. Consultado pelo então presidente da província, João José de Moura Magalhães (BAHIA, 1848, p. 37), durante a epidemia de dengue, o Conselho de Salubridade recomendou “maior atenção as

30. O Conselho de Salubridade foi criado em 15 de junho de 1838, quando era presidente da província da Bahia Thomaz Xavier Garcia d’Almeida (SANTIAGO, 1956, p. 42-46).

Posturas da Câmara Municipal, e ás Leis tendentes ao aceio e salubridade desta Capital, como meios preservativos de enfermidades”.

O silêncio dos médicos da Faculdade de Medicina da Bahia pode ser também um indício da dificuldade de oferecer de imediato o diagnóstico e a etiologia da doença. A medicina clínica em vigor era “uma ciência da observação”, dependente da educação dos sentidos. A observação, à cabeceira do leito do paciente, dos aspectos visuais, dos sons e dos odores possibilitava a definição do diagnóstico, se não pelas causas, por seus efeitos. Para determinar a natureza da doença, bastava submeter o doente a um interrogatório minucioso e a uma investigação clínica sistemática e rigorosa, registrando os sinais manifestados por seu organismo (PORTER, 2004, p. 99; LAWRENCE, 1985, p. 510-511).

O diagnóstico da dengue, contudo, era dificultado pela semelhança dos sintomas iniciais com outras enfermidades, como reumatismo, sarampo, escarlatina, rubéola, varíola e até gripe. Não por acaso, a doença recebeu várias denominações: *dandy*³¹, febre epidêmica, febre inflamatória, febre inflamatória reumática, escarlatina reumática, febre “polka”, ou simplesmente “polka”, como ficou mais conhecida na época, por causa da dança com esse nome, que fazia furor no Rio de Janeiro desde o ano de 1845 e ditava moda no vestuário e até em peças do mobiliário³². A associação da polca com a dengue revela certo humor cáustico – as contorções características da dança eram associadas às dificuldades de movimento dos doentes, em decorrência das dores musculares e nas articulações, principalmente, nos joelhos, ombros e quadris. Os americanos, por sua vez, haviam apelidado aquela “febre” de *break-bone* – quebra-ossos, em tradução livre (BAHIA, 1848, p. 182; AMARAL, 1848, p. 193; RIBEIRO DA CUNHA, 1877, p. 1).

Além da mialgia e da artralgia³³, os sintomas descritos pelos médicos eram semelhantes aos relatados atualmente: calafrios, febre, prostração, dores de cabeça, erupções na pele, língua saburosa e embaraços gástricos (AMARAL, 1848, p. 193; RIBEIRO DA CUNHA, 1877, p. 1; REDACÇÃO, 1847, p. 2). Naquela ocasião, os médicos observaram que, depois de curados, os pacientes voltavam a sentir fortes dores nos ombros e demais articulações, principalmente, quando se movimentavam (REDACÇÃO, 1847, p. 2).

31. Cavalheiro com modos muito afetados.

32. Sobre a polca, consultar Verger (1999, p. 144-145).

33. Dores musculares e articulares, respectivamente.

Na época, nem se suspeitava que um mosquito pudesse transmitir a doença. Para o então presidente da província, Moura Magalhães (BAHIA, 1848, p. 37), “as causas que produzem as molestias são tantas, e algumas dellas tão independentes de providencias humanas, que não he fácil definil-as”.

Nesse período, predominava a noção de doença relacionada à constituição epidêmica – o ar infectado por emanções miasmáticas, provenientes de matéria orgânica em decomposição, sob determinadas condições climáticas e atmosféricas, poderia dar origem às doenças epidêmicas. Artigo publicado no *Correio Mercantil* com a finalidade de informar seus leitores a respeito da “febre epidemica” reinante em Salvador e “nos logares banhados pelas águas do recôncavo”, sobre a qual ainda não havia se ocupado a “escola de medicina” da Bahia, corrobora esta afirmação (REDACÇÃO, 1847, p. 2). Assinado pelo médico M. M. Rebouças e publicado originalmente no *Guaycuru*, dizia o seguinte:

A conformação dos paizes, suas exposições e ventilação, são circunstancias, que com a influencia dos agentes externos concorrem como causas na manifestação das epidemias.

[...]

Os ventos de Leste dominão sem cessar desde o mez d’abril até o mez de agosto; e progredindo em sua derrota desde a Costa d’Africa, por sobretudoo o Oceano Athlantico, se arremeção sobre o nosso continente, arrastão, e largão por onde vão passando todas as exalações daquelas, e deste; e ganhando intensidade nos pântanos do nosso território, vem por fim á ser absorvidos pelas terras, arvoredos, fontes, e mais que tudo pela multidão de corpos accumulados nesta capital! É principio incontestavel em medicina que todas as vezes que o mesmo vento reina dia, e noite por mais de um mez, ha alteração nos componentes do ar, e manifestações de epidemia (REDACÇÃO, 1847, p. 2).

Segundo essa concepção, as aglomerações, especialmente de enfermos, seriam um foco de “miasmas” que empestariam o ar, representando um risco de infecção à população sadia. Em artigo publicado na *Revista Americana*, um estudante de medicina, Firmino Coelho do Amaral, atribuiu o aparecimento da dengue aos navios provenientes da África, trazendo a bordo doentes de “febres”:

Todo commercio, toda a Bahia sabe que do anno passado para cá tem vindo muitas embarcações dos portos d'África com grandes tripulações e *passageiros*. Uma dessas tripulações veio atacada, bem como os passageiros, de febres; essas febres erão em tudo semelhantes á epidemia que reinou entre nós (AMARAL, 1848, p. 199).

A palavra “passageiros”, escrita propositadamente em itálico no texto original, referia-se aos escravos, em uma espécie de eufemismo, já que o tráfico estava proibido desde 1831³⁴. Na altura, circulava no meio médico a tese de que as “febres” eram provocadas por emanações miasmáticas provenientes dos porões dos navios negreiros. Conforme pensavam os infeccionistas, os corpos amontoados, as dejeções e águas contaminadas forneceriam o caldo propício aos vapores pútridos, que resultavam em doenças, ou seja, navios transportando doentes seriam focos de “miasmas” que empestavam o ar, infectando indivíduos sãos.

Apesar de hegemônico, o infeccionismo não era uma concepção única nesse período; o contagionismo começava a ganhar relevância. Segundo seus adeptos, as doenças eram transmitidas de pessoa para pessoa por contato direto ou indireto. Muitos partidários do contagionismo afirmavam que as doenças epidêmicas que assolavam as cidades brasileiras eram originárias da África, transmitidas pelos escravos desembarcados nos portos do Brasil. Para A. V. A. Sacramento, por exemplo, a chegada cotidiana de africanos acometidos por doenças infecciosas e de pele exercia forte influência no surgimento das epidemias (REDACÇÃO, 1847, p. 3).

Na verdade, as precárias condições a que eram submetidos os africanos escravizados, subalimentados, amontoados em espaços exíguos, em situação degradante, seja na costa da África, onde ficavam até que o número desejado de escravos fosse atingido, seja nos navios negreiros, onde permaneciam pelo longo tempo da travessia oceânica, seja nos depósitos dos portos brasileiros, contribuíam para a proliferação de diversas doenças, entre elas, as

34. A Lei Feijó, promulgada em 1831, proibia o tráfico e considerava livres todos os africanos introduzidos no Brasil a partir daquela data. A lei foi ignorada, ficando conhecida popularmente como “lei para inglês ver”. A Lei Eusébio de Queiróz, de 4 de setembro de 1850, iria proibir o comércio de escravos para o Brasil, mas, para “desmantelar esse negócio”, precisou “destruir e confiscar os bens de negociantes portugueses envolvidos com o tráfico de africanos” em 1851, deportando-os (CRONOLOGIA..., 2008; VITORINO, 2008, p. 467)

epidêmicas. Disenterias, oftalmias, varíola e varicela, malária e febre amarela atacavam os escravos e as tripulações dos navios, com índices de mortalidade que atingiam 20 % das pessoas a bordo (WISSENBACH, 2004). Nas viagens ultramarinas, os marinheiros estavam também submetidos a condições que comprometiam a saúde – intempéries, desgaste físico, acidentes de trabalho com sequelas incapacitantes ou letais, consumo exagerado de álcool, ingestão de comida e de água deterioradas (RODRIGUES, J., 1999).

Em seu artigo, contudo, Amaral (1848, p. 199) ressaltou que a epidemia de dengue incidiu “em outras partes do Brasil que tinham commercio mais ou menos immediato com a África”. Contraditoriamente, segundo ele, a epidemia foi mais grave em lugares onde não se fazia comércio direto com a África. Foi fatal, por exemplo, na freguesia de Muritiba, mais acima e ao interior que São Félix e que Cachoeira, situadas às margens do Paraguaçu e conectadas a Salvador por rio e mar. Ali, além dos sintomas característicos, sobreveio uma colite seguida de disenteria, “tão abundante de sangue em algumas pessoas, que occasionava a morte” (AMARAL, 1848, p. 196). Em Salvador, a epidemia afetou mais a Cidade Alta do que a Cidade Baixa, lugar onde aportavam os navios.

O quartanista de medicina reputava a disparidade na virulência da infecção às “causas predisponentes, e coexistentes”, ou seja, às condições territoriais, telúricas, climáticas e atmosféricas próprias do lugar, assim como aos hábitos alimentares e higiênicos dos seus habitantes. Segundo ele, a Cidade Baixa, em Salvador, São Félix e Cachoeira situavam-se nas encostas das montanhas, o que lhes vedava as “correntezas dos ventos” e, por consequência, as mudanças bruscas de temperatura que favoreciam o surgimento das “febres inflammatorias” (AMARAL, 1848, p. 199). Muritiba, situada a uma altitude de 208 metros em relação ao nível do mar, não contava com tal proteção, tampouco a Cidade Alta, plantada em cima da falha geológica que domina Salvador. Corroborando com este argumento, há o relato do Dr. Rebouças, informando que, em julho de 1847, a temperatura, sob a influência dos ventos do leste, havia atingido de 17 a 18 graus centígrados durante o dia e 12 graus à noite, e “os resfriamentos inopinados são cauza de numerosas molestias, e quasi todas eminentemente graves” (REDACÇÃO, 1847, p. 2).

Ao contrário de Rebouças, A. V. A. Sacramento apontava o calor intenso que imperava em Salvador desde dezembro do ano anterior como o agente da decomposição dos corpos sepultados nas igrejas, cujas “exalações”

pútridas espalhavam miasmas na atmosfera, “roubando a pureza do ar” e causando epidemias (REDACÇÃO, 1847, p. 3). Era costume enterrar os mortos no interior ou nos adros das igrejas por se acreditar que aquele era um terreno sagrado. Às personagens e às famílias proeminentes eram concedidos jazigos perpétuos, identificados com nomes e brasões, localizados na capela-mor. As pessoas comuns, no entanto, eram sepultadas em covas anônimas, as quais eram reabertas, periodicamente, para abrigar outros cadáveres. Numeravam-se as covas para impedir que as recentes fossem reabertas e cobria-se o cadáver com cal antes que fosse coberto com terra para auxiliar o processo de decomposição (REIS, 1991, p. 171-175).

A partir da década de 1830, contudo, a ideia de que os sepultamentos nas igrejas eram nocivos à saúde pública devido aos gases eliminados na decomposição dos corpos que corrompiam o ar, provocando doenças e epidemias, foi tomando corpo entre os médicos brasileiros. Iniciou-se, então, uma campanha para impedir os sepultamentos nas igrejas e deslocar os cemitérios para longe da aglomeração urbana (REIS, 1991, p. 247-338). Na Bahia, havia forte resistência a uma medida que dessacralizava o ritual fúnebre e nivelava o devoto aos que não tinham direito à “sepultura eclesiástica” – judeus, heréticos, cismáticos, apóstatas, blasfemos, excomungados, suicidas, pagãos, infieis, entre outros (REIS, 1991, p. 174). Rejeitava-se também a ideia de ser identificado aos escravos, aos indigentes, aos condenados à morte e executados e a outras categorias de gente consideradas como refugo da sociedade, que eram enterrados no velho cemitério do Campo da Pólvora (VERGER, 1999, p. 167). Não à toa, pessoas de etnias e classes sociais diversas e de várias agremiações religiosas se reuniram, em 1836, para destruir um cemitério recém-construído – o Campo Santo, em Salvador – em revolta conhecida como Cemiterada³⁵.

Apesar desse quadro desfavorável, os médicos destacavam que as causas climáticas excitantes – frio ou calor, umidade e miasmas – poderiam ser atenuadas com a adoção de dieta e hábitos saudáveis:

Alimentos de mais fácil digestão, as bebidas diluentes, e calmantes, como os caldos de arroz, e de goma, as limonadas, a mistura salina, agoa com assucar, etc., é unicamente o que convém dar-se ao doente (REDACÇÃO, 1847, p. 3).

35. João José Reis (1991) estudou os ritos fúnebres e essa revolta popular.

Segundo Amaral (1848, p. 198), quando a dengue era branda, cedia ao ácido cítrico, havendo quem se salvasse graças ao consumo de limonadas, laranjas e limas. O médico citava o exemplo de um morador da Vila de Nazaré que, tendo contraído a “polca”, consumiu, imediatamente, grande quantidade de laranjas e “pela volta da tarde [...] a febre tinha passado” (AMARAL, 1848, p. 198). Não se sabe se a vitamina C atuou para reforçar a imunidade ou se as laranjas, as limas e as limonadas contribuíram para hidratar o organismo. Esses, no entanto, eram conhecimentos que não se tinham no período.

A evacuação dos fluidos internos do corpo, a fim de estabelecer o equilíbrio do organismo, também foi uma medida recomendada. Os médicos receberam eméticos³⁶, principalmente o tartarato ácido de potássio e de antimônio; sudoríficos; laxativos, como o óleo de rícino e a infusão de sene “tartaesada”; láudano, para as dores; cataplasmas, sanguessugas e sangrias. Muitos pacientes, especialmente velhos e crianças, não resistiram às sangrias, que debilitavam o organismo e aumentavam a desidratação, com consequência fatal em casos de dengue (AMARAL, 1848, p. 198; REDACÇÃO, 1847, p. 3).

A dengue poderia resultar fatal também quando uma doença preexistente ou moléstias oportunistas agravavam a situação do doente. Na maioria das vezes, porém, o prognóstico era feliz – ao cabo de oito dias se recuperava a saúde (AMARAL, 1848, p. 198; REDACÇÃO, 1847, p. 3). Grande parte da população conseguiu se restabelecer da dengue, mas, logo após uma epidemia de varíola (1847-1848), o “odioso egípcio” voltou a atacar.

Segundo o presidente da província na época, Francisco Gonçalves Martins (BAHIA, 1849, p. 13), o surto de febre amarela começou após ter aportado em Salvador, no dia 30 de setembro de 1849, um brigue chamado Brasil, proveniente de Nova Orleans (EUA), cujos passageiros, acometidos pela febre amarela, morreram no decorrer da viagem. O fato, porém, não foi comunicado à visita de saúde, e a embarcação não foi submetida à quarentena. Nota anônima publicada em 2 de outubro de 1849, na terceira página do *Correio Mercantil*, criticava a omissão dessa medida preventiva:

O brigue americano Brasil, vindo de Nova Orleans, a qual pelas ultimas noticias, se sabe estar soffrendo, além do temivel cholera morbus, o usual flagello febre amarella, não tem sido sujeito a quarentena – *queritur?* – O cholera morbus de Nova Orleans

36. Medicamento usado para provocar o vômito.

será mais benigno que o de Liverpool e Hamburgo? A febre amarella, da mesma, mais innocente do q'a de outras partes da America Central? Ou haverá alguma differença magica entre as firmas a quem os vários navios vem consignados?

Em casos de presunção fundada, bastará a carta de saude para escusar as cautellas do estilo? A circumstancia (supponhamos) de vir com carta limpa, terá a virtude mágica de evitar o contagio, se este realmente existe. A faculdade, ou autoridade, que, ou por leviana, ou por irreflectida, ou por peita, a tiver passada, ficará responsável pelas consequencias, poderá resuscitar os que por sua culpa houverem passado desta à outra vida? (PUBLICAÇÃO..., 1849, p. 3).

De um lado, o autor parecia corroborar a versão do presidente da província de que o capitão do brigue ocultara informações às autoridades de saúde. De outro, colocava sob suspeita a isenção da autoridade sanitária, ao sugerir que o facultativo ou o responsável pela saúde do porto aceitara suborno (peita) para fazer vistas grossas e favorecer a firma responsável pela embarcação.

Segundo o Decreto nº 268, de 29 de janeiro de 1843, em vigor naquela data, todas as embarcações vindas do exterior eram obrigadas a exhibir a carta de saúde. O documento era expedido pelas autoridades sanitárias e atestava, ou não, a saúde da tripulação, do porto de origem e de escalas. A embarcação proveniente de portos suspeitos ou que neles houvesse feito escala deveria ficar de quarentena em ancoradouro específico, por seis ou mais dias, com uma bandeira amarela içada para indicar o seu estado³⁷ (BRASIL, 1868).

Os funcionários da Inspeção de Saúde do Porto – provedor de saúde³⁸, secretário intérprete³⁹ e guarda – eram nomeados e estavam sob a jurisdição do governo imperial, para exercer a função de polícia médica durante a visita às embarcações. As vistorias realizadas, comumente pelo secretário intérprete, eram lavradas em termo assinado pelo provedor de saúde. Em casos de embarcações sob observação ou quarentena, a função deveria ficar sob a responsabilidade do provedor de saúde, que submetia o capitão a inquérito minucioso e executava os exames necessários às suas deliberações (BRASIL, 1868).

37. Cleide Chaves (2013) informa que, nas décadas de 1870 e 1880, “havia dois tipos de quarentenas em vigor [...], a de observação (três dias, em média) e a de rigor (quinze dias para os passageiros, vinte para o navio e trinta para a carga, em média)”.

38. Cargo exercido por médico ou cirurgião.

39. O secretário intérprete deveria falar inglês e francês.

A vigilância dos que chegavam à cidade, a quarentena dos navios e o isolamento dos doentes eram medidas que remontavam às epidemias do passado. Naquela quadra epidêmica, tais medidas eram defendidas pelos adeptos da teoria contagionista. Para eles, a febre amarela era importada por via marítima, e o seu surgimento estava relacionado a “um fermento”, “gérmen” ou “semente” que se reproduzia em um indivíduo (MEDICINA, 1873, p. 193). A tese contagionista filiava-se a uma antiga tradição disseminada, sobretudo a partir da obra *De contagione et contagiosis morbis et eorum curatione libri tres*⁴⁰ (1546), de Girolamo Fracastoro, que afirmava que o contágio era causado por corpos minúsculos do agente infeccioso (sementes), que se alojavam no corpo de um indivíduo, passando para outro, sadio, através do contato físico, dos objetos de uso ou tocados pelo enfermo ou do ar que este respirava (CZERESNIA, 1997, p. 49-50).

A quarentena, entretanto, era uma medida antipática aos liberais, pois interferia na livre circulação de pessoas e mercadorias, causando sérios prejuízos ao comércio. Naquela altura, a medida sofria forte oposição dos ingleses, que a consideravam inócua contra a febre amarela, mas muito prejudicial ao livre-comércio entre as nações (CHALHOUB, 1996, p. 68). Depois da abertura dos portos do Brasil, muitos comerciantes estrangeiros instalaram-se na Bahia, especialmente os ingleses, beneficiários de taxas alfandegárias menores⁴¹. As firmas inglesas dominavam o mercado, comercializando artigos variados produzidos pela indústria britânica. No retorno à Inglaterra, seus navios voltavam carregados com o açúcar produzido nos engenhos da Bahia (VERGER, 1999, p. 129). Não sem motivo, portanto, opunham-se à medida restritiva da quarentena.

Nesse contexto, não seria estranho se o capitão de um brigue americano tivesse sonegado informações ou recorrido ao expediente do suborno ou mesmo à sua rede de influências para evitar atrasos e interdições indesejáveis. Consta que se encontrou com o cônsul do seu país, assim como teve contato com um comerciante inglês, George S. Sanville, em cuja casa se hospedara. Tanto o cônsul americano, Thomas Turner, como o comerciante inglês foram vítimas da febre amarela (BAHIA, 1850, p. 13).

40. *Sobre o contágio e as doenças contagiosas e sua cura.*

41. Além dos ingleses, os franceses exerciam grande influência no comércio de Salvador. Os portugueses ficaram descapitalizados no período pós-independência, mas recuperaram-se com o comércio clandestino de africanos. Outros estrangeiros também se fixaram na praça de Salvador: suíços, alemães, sardos e suecos; cada um desses grupos dominava um nicho do comércio de importação/exportação (VERGER, 1999, p. 129; TAVARES, 2001, p. 285).

O mal também vitimara quase toda a tripulação de um navio sueco fundeado nas imediações do brigue e seguiu se espalhando por todo o ancoradouro e freguesias próximas, atingindo, em sequência, as mais distantes, assim como os subúrbios. Por fim, alcançou as povoações do interior da província, estendendo-se aos portos do Rio de Janeiro, Pernambuco e Maceió (BAHIA, 1850, p. 13-14).

Para orientar as ações do governo provincial, Francisco Gonçalves Martins (BAHIA, 1850, p. 11) convocou ao Palácio os principais médicos da cidade. Na ocasião, estabeleceu-se grande controvérsia entre os facultativos brasileiros, que negavam o diagnóstico de febre amarela e eram, em sua maioria, infeccionistas, e os médicos estrangeiros, que defendiam o diagnóstico de febre amarela e filiavam-se ao contagionismo. Entre estes, figuravam John Patterson e Otto Wucherer⁴². Ao final de ardorosa disputa entre infeccionistas e contagionistas, acabou prevalecendo a opinião dos médicos brasileiros vinculados à Faculdade de Medicina e ao Conselho de Salubridade, que afirmavam que a doença não era contagiosa, tratava-se de febre sazonal, fruto da irregularidade da estação, comum aos países intertropicais (BAHIA, 1850, p. 10-11; FRANCO, 1969, p. 24-27).

Ao observar, porém, que a propagação da doença se dera a partir do ancoradouro para a cidade, incidindo em províncias onde não houvera as variações climáticas apontadas como a origem do mal, Francisco Gonçalves Martins passou a desconfiar da hipótese de que a febre amarela fosse “filha do estado da atmosfera”. Ainda assim, adotou medidas preventivas em conformidade com o que defendiam os infeccionistas, atendendo as recomendações dos médicos brasileiros: determinou que fosse feito o asseio regular dos logradouros públicos e removido do espaço urbano tudo que pudesse contribuir para a má qualidade do ar (BAHIA, 1850, p. 11-14). Tais medidas provocariam menos impacto político e econômico que as recomendadas pelos contagionistas – isolamento dos doentes, quarentena dos navios.

A epidemia foi, entretanto, o mote para desarraigar costumes relacionados ao ritual da morte⁴³. Os médicos aproveitaram a oportunidade para recomen-

42. Na segunda metade do século XIX, as pesquisas desse grupo de médicos, posteriormente denominado Escola Tropicalista Baiana, contribuíram para reformular a nosologia brasileira por meio das descobertas relacionadas à ancilostomíase, ao animum, à filariose, além de fomentarem o debate sobre beribéri, lepra, tuberculose, etc.

43. Cláudia Rodrigues (1999) analisa o impacto da febre amarela sobre os costumes fúnebres no Rio de Janeiro.

dar a proibição do sepultamento nas igrejas e adros. O presidente da província acatou a orientação diante do aumento do número de vítimas da doença, de tal modo que “já não bastavam as covas suficientemente desembaraçadas para o recebimento dos cadáveres que para ali erão conduzidos” – em 45 dias morreram 80 pessoas, somente na capital. Receando-se de prováveis abusos e descuidos na abertura das covas, determinou que elas só fossem reabertas depois de dois anos da última inumação e que os cadáveres fossem sepultados somente em catacumbas que oferecessem garantias de salubridade (BAHIA, 1850, p. 11-14).

Por orientação dos membros do Conselho de Salubridade, também foram proibidos os dobres dos sinos que acompanhavam os ritos fúnebres e anunciavam o falecimento, por contribuírem para espalhar o terror no meio da população (BAHIA, 1850, p. 11). Nas quadras epidêmicas, a intensificação das experiências de adoecimento e morte engendrava um medo próprio da necessidade natural de autopreservação⁴⁴. Os médicos receavam que o medo, a tristeza e a apreensão característica desse período contribuísem para predispor o indivíduo ao contágio (CHALHOUB, 1996, p. 69). As intervenções nos ritos funerários não mereceram, dessa vez, forte oposição da sociedade, não só pela apreensão e abatimento que a epidemia suscitava, como também por contarem com o apoio do Arcebispo Metropolitano, Dom Romualdo Antônio de Seixas (BAHIA, 1850, p. 11).

A população tinha razões para estar apreensiva. Entre novembro de 1849 e fevereiro de 1850, registraram-se em Salvador 1.310 mortes atribuídas à febre amarela. Entre os óbitos computados, 604 eram de brasileiros, 481 de estrangeiros, 124 de africanos livres e 101 de escravos. Esses registros, contudo, não eram exatos, conforme advertiu o próprio presidente da província – em meio à crise epidêmica, muitos óbitos e adoecimentos não foram informados às autoridades competentes. O secretário do governo, Luiz Maria Alves Falcão Muniz Barreto, calculava em 1.600 o número de óbitos na cidade e “arrabaldes” nesse intervalo de tempo. Não se podia calcular, entretanto, o número de mortos nas freguesias pertencentes à comarca de Salvador. Nas cidades do Recôncavo, litoral e interior, os registros oficiais revelavam o número de 549 óbitos por febre amarela (BAHIA, 1850, p. 10).

44. Delumeau (1989), ao estudar as sociedades atingidas por epidemias nos períodos medieval e moderno, percebeu que as epidemias geram uma estética própria e uma sensibilidade especial – “o medo das pestes” –, resultante tanto da “ruptura inumana” da sociabilidade quanto da subversão dos ritos que envolvem a morte.

O presidente da província, Francisco Gonçalves Martins, avaliava que mais de 100 mil soteropolitanos teriam sido acometidos pela doença na capital da província e subúrbios. Segundo seus cálculos, era um número inferior, em proporção, ao dos tripulantes dos navios mercantes estrangeiros ancorados no porto de Salvador. O aumento progressivo da doença entre os marítimos fez com que ele designasse médicos e disponibilizasse um espaço provisório para o seu tratamento (BAHIA, 1850, p. 12).

A notícia do adoecimento e morte de grande parte da tripulação das embarcações fundeadas em Salvador afastava os navios mercantes daquele porto. Os que se arriscavam a aportar não esperavam para completar a carga, temerosos de serem infectados. Muitos navios deixavam de sair por falta de marinheiros, e o preço dos fretes subiu, resultando em prejuízos para o agromercado de exportação. O comércio de Salvador com o interior da província também cessou, diante do adoecimento e morte de muitos dos que se dirigiram àquela praça para vender sua produção ou comprar os produtos de que necessitavam, o que contribuiu para o desabastecimento do mercado. A interrupção do trabalho na capital, por falta de braços, teve graves consequências no interior, especialmente por ser época de safra (BAHIA, 1850, p. 15-16).

Para o presidente da província, tudo isso se convertia em prejuízo para a lavoura. Não era exagerada essa afirmação, tendo em vista que todas as casas comerciais forneciam recursos em consignação aos proprietários de terra, lavradores e mineradores para aquisição de escravos, maquinário, ferramentas, entre outras utilidades. Além de arcarem com os juros em torno de 2 % a 3 % ao mês, os produtores ou consignatários entregavam sua produção (açúcar, fumo, café, diamante, couro, etc.) a um preço inferior que o do mercado (TAVARES, 2001, p. 285). As dificuldades para escoar a produção e a falta de braços para o trabalho naquela quadra epidêmica, certamente, contribuíram para agravar a situação não só dos que recorriam aos empréstimos, como também dos credores.

Para minimizar os danos, a presidência da província procurou atender às solicitações de auxílio das autoridades do interior da província, graças ao apoio recebido do governo imperial. Nomeou, igualmente, uma comissão de médicos para prestar assistência domiciliária gratuita e distribuir remédios aos pobres infectados em todas as freguesias da capital (BAHIA, 1850, p. 10-15).

Naquela altura, o médico Otto Wucherer já havia conseguido confirmar o diagnóstico clínico de febre amarela, através de autópsia realizada em uma vítima da doença em 17 de novembro de 1849. O resultado do exame

anatomopatológico, contudo, só chegou no dia 17 de janeiro de 1850, sendo divulgado na imprensa juntamente com um protesto de Wucherer contra o parecer do Conselho de Salubridade. Médico da colônia alemã em Salvador, Wucherer instalou uma enfermaria em sua própria casa para atender os compatriotas acometidos pela febre amarela (FRANCO, 1969, p. 26). A investigação conduzida por ele obedecia aos postulados da anatomoclínica, que possibilitava a confirmação do diagnóstico através da identificação de lesões anatômicas no organismo das vítimas⁴⁵.

No Hospital da Santa Casa, diagnósticos de febre amarela apareceram com frequência entre 18 de dezembro de 1849 e abril de 1850, período em que a doença começou a declinar na capital (LIMA, 1891, p. 59). A epidemia, contudo, continuou a fazer estragos por quase todo o interior da província (REBELLO, 1859, p. 3). Nas cidades do Recôncavo, como Santo Amaro, Cachoeira, Maragojipe e Nazaré, ela se intensificou, causando vítimas. As autoridades locais buscaram o auxílio do governo provincial para socorrer a pobreza, no que foram atendidas (NOTÍCIAS..., 1850, p. 3).

A febre amarela voltou a aparecer entre julho de 1851 e julho de 1852 – no Hospital da Santa Casa, dos 121 doentes internados, 18 morreram. O então presidente da província, José Mauricio Wanderley, ressaltou, contudo, que as mortes foram consequência mais do adiantamento da doença e da condição de miséria dos que ali se internaram do que da gravidade da epidemia naquela quadra (BAHIA, 1854, p. 7-8).

A constância da febre amarela na Bahia fez com que o então presidente da província julgasse necessário criar um espaço hospitalar para isolar os acometidos pela doença (BAHIA, 1854, p. 7). Por ordem de Wanderley, o médico Tito Adrião Rebello vistoriou algumas edificações existentes no Alto de Monte Serrat, então subúrbio de Salvador. A opção por essa localização amparava-se na concepção médico-científica baseada no conceito de transmissão, a qual recomendava o isolamento do enfermo em local distante das aglomerações, a fim de evitar que a doença se disseminasse entre a população sadia. O médico escolheu uma casa pertencente aos herdeiros de José Netto da Silva, com capacidade para comportar quarenta leitos (REBELLO, 1859).

45. Para Edler (2002, p. 359), a medicina acadêmica oitocentista foi marcada pela disputa entre três distintas correntes sociocognitivas – a anatomoclínica, cujo espaço institucional era o hospital; a topografia médica, ligada aos métodos estatísticos e, por isso, pejorativamente, denominada medicina de gabinete; e a medicina experimental, baseada no laboratório.

O Hospital de Isolamento de Monte Serrat foi adquirido com recursos do governo imperial, o qual, em conformidade com o modelo liberal adotado, deveria responder pela higiene dos portos, manter hospitais de isolamento e atuar, mais ou menos eficazmente, em épocas de epidemia⁴⁶. Para a comissão de higiene, a falta de polícia médica no porto contribuía para a recorrência da febre amarela na Bahia. A fim de remediar a questão, foram nomeados dois médicos para fazer visitas diárias aos navios, prestando socorros imediatos aos acometidos pela febre amarela e enviando-os, depois, para o hospital, onde receberiam tratamento adequado (BAHIA, 1855, p. 22).

Para o diretor do hospital, o médico Tito Adrião Rebello, a hospitalização contribuía não só para separar o doente do sadio, impedindo o contágio, como também para a sua recuperação, ao sequestrá-lo do navio, cujo ambiente era insalubre e as condições de tratamento desfavoráveis. Em 1853, foram levados para o isolamento 74 doentes de febre amarela. No ano seguinte, surgiram alguns casos em finais de fevereiro, tornando-se necessária a reabertura do hospital em março para receber os marítimos enfermos. Entre abril e maio, a epidemia tornou-se aterradora, começando a declinar a partir de junho até desaparecer, em outubro de 1854. Dos 325 doentes de febre amarela recolhidos ao hospital durante aquele ano, 196 saíram curados e 129 faleceram. Muitos já chegavam moribundos; uma manobra dos capitães dos navios, para que fossem encaminhados para o cemitério local, mediante expedição de certidão de óbito (BAHIA, 1854, p. 11; 1855, p. 21).

Segundo Rebello (1859, p. 6-7), a criação do Hospital de Isolamento tinha sido uma providência ao mesmo tempo “humanitaria, hygienica, politica, e civilizadora até para aquelles que, não acreditão no contagio”. A persistência da febre amarela na Bahia afastava negociantes e navios mercantes estrangeiros, e Rebello acreditava que a oferta de assistência médica em espaço hospitalar a preços módicos funcionaria como um atrativo para os marítimos, evitando a queda nas rendas do comércio de importação e exportação.

O hospital funcionava de forma irregular: dispensava os funcionários e fechava suas portas assim que o surto epidêmico arrefecia, devido à falta

46. O Império só entrava em ação em momentos de calamidade, como os de epidemias e cataclismos naturais. Em períodos de normalidade, caberia à sociedade se organizar para atender às suas próprias necessidades. Nesse arranjo de direitos e deveres, a sociedade se organizava através das ações das Irmandades, notadamente a Irmandade da Misericórdia, e das sociedades de auxílio mútuo (classistas, étnicas, etc.).

de recursos financeiros para manter um corpo permanente de funcionários, prover a alimentação e o tratamento dos doentes, bem como para assegurar o asseio e a conservação do espaço (BAHIA, 1854, p. 11; 1855, p. 21). As contribuições dadas pelos navios, proporcionais ao número de doentes internados, não eram suficientes para cobrir as despesas com o atendimento médico e a sua manutenção.

Para além da questão orçamentária, a interrupção do funcionamento do hospital obedecia à lógica da época – não fazia sentido mantê-lo funcionando fora das quadras epidêmicas, já que naquele período era comum tratar os enfermos em casa, com acompanhamento médico em domicílio e tratamento ministrado pela família ou alguém próximo ao doente. A hospitalização só era recomendada se o enfermo colocasse outras pessoas em risco de contaminação ou não tivesse condições de prover o próprio tratamento, como era o caso dos marinheiros estrangeiros acometidos pelas doenças transmissíveis que atingiram a Bahia entre 1847 e 1855 – dengue, varíola, febre amarela e cólera.

A febre amarela prosseguiu em suas visitas nefastas à cidade de Salvador. Em 1855, voltou a atingir o arsenal da marinha e as tripulações dos navios ancorados naquele porto. Além dela, outra doença ameaçava os baianos naquela altura – a cólera. Para impedir que este invadisse a província, o presidente tomou as medidas profiláticas recomendadas – o asseio da cidade e das praias –, dispondo-se a ceder as instalações do Farol da Barra, depois de reformadas, para a quarentena dos passageiros com suspeita da doença. A comissão de higiene, entretanto, indicou a Baía do Morro de São Paulo para a quarentena dos navios e passageiros (BAHIA, 1855, p. 22). Infelizmente, nenhuma das medidas adotadas conseguiu impedir a invasão da cólera. Já combalidos com a sequência nefasta de doenças epidêmicas, os baianos não resistiram a mais esse assédio, mas esta é uma história que outros autores já contaram.

Considerações finais

As epidemias de doenças transmissíveis não são seletivas, mas apresentam uma ameaça real e capaz de fugir ao controle, atingindo tanto os despossuídos quanto os mais abastados. O combate àquelas que assolavam os centros urbanos, colocando em xeque as autoridades públicas, dizimando grande parte da população, evidenciando a insalubridade das cidades, de-

sorganizando a produção, inviabilizando o comércio e provocando crise de abastecimento, constituiu-se na principal motivação das iniciativas de saúde pública ocorridas no Brasil a partir da segunda metade do século XIX. A Bahia não fugiu à regra: as autoridades públicas adotaram medidas para enfrentar as sucessivas ondas epidêmicas que irromperam na capital da província, exposta à intensa circulação de pessoas e mercadorias das mais diversas origens e nacionalidades, dali se disseminando pelo litoral e interior.

Tais ações eram requeridas por médicos informados por concepções divergentes no que diz respeito às condições necessárias ao surgimento dos agentes infecciosos que causavam as doenças. Medidas como a quarentena e o isolamento, defendidas pelos que se filiavam à teoria contagionista, interferiam na livre circulação de pessoas e mercadorias, influenciando, negativamente, a economia baiana, baseada no agrocomércio de exportação/importação. Já os médicos adeptos da concepção que se convencionou chamar de “teoria dos miasmas” propunham a vigilância constante sobre a qualidade do ar, da água e do solo, bem como a reordenação do espaço urbano, a fim de facilitar a distribuição da luz e a circulação do ar, de pessoas e de mercadorias, evitando, assim, que condições de insalubridade diversas pudessem contribuir para a disseminação de doenças. Esta última concepção se mostrava mais atraente aos que assumiam posições liberais na economia, bem como aos que desejavam alinhar-se ao padrão europeu de civilização e desenvolvimento, pois resguardava o comércio de grandes prejuízos.

Estimulados pelos avanços obtidos no campo do ensino, os médicos lutavam para impor seus ideais políticos e civilizatórios, incluindo o projeto de higienização da urbe, como forma de alcançar o progresso da nação que se formava. As suas recomendações, entretanto, só ganharam relevância depois que as epidemias de febre amarela e de cólera assolaram Salvador e demais cidades da província com grande número de adoecimentos e mortes, o que resultou em falta de braços para o trabalho, afastou comerciantes e investidores estrangeiros e contribuiu para o desabastecimento da capital e para a conseqüente crise econômica.

Foram realizadas, então, intervenções no sentido de purificar e ordenar o espaço urbano, tais como o saneamento dos matadouros, o deslocamento do cemitério para área externa ao perímetro urbano, a aquisição de um espaço para o isolamento dos doentes, a vigilância sanitária dos navios e dos gêneros alimentícios e o estabelecimento de um serviço de limpeza pública. Algumas dessas medidas contribuíram para melhorar a qualidade de vida e

a salubridade da capital da província da Bahia, mas eram, em sua maioria, ações incipientes e pontuais, limitadas à quadra epidêmica. A conjuntura política e sociocultural bem como a falta de dotação orçamentária não contribuíam para que se tornassem eficazes, coletivas e permanentes. O modelo liberal adotado pelo Império previa a intervenção dos poderes públicos somente em períodos de calamidade, como os de epidemia, deixando à sociedade a tarefa de organizar-se para atender às suas próprias necessidades.

Como não se conhecia o agente patológico nem o vetor das doenças, as medidas preventivas eram as possíveis para a época e estavam de acordo com o conhecimento médico vigente. Algumas resultavam benéficas, pois contribuíam para exterminar, mesmo sem o conhecimento disso, focos do mosquito *Aedes aegypti*. Não eram, contudo, ações de longo alcance e os mosquitos continuavam circulando livremente pela cidade.

Além do depoimento dos coevos da epidemia, que destacam o caráter endêmico das “febres” na Bahia, a precedência da dengue em relação à febre amarela evidencia a presença do *Aedes* entre os baianos. Não seria demasiado dizer que o fato se repetiu na contemporaneidade; há anos convivemos com a dengue, sem que medidas profiláticas eficazes e permanentes sejam adotadas para barrar os efeitos nefastos da doença. Apesar dos avanços no campo da medicina e tecnologia e da ampliação da oferta de assistência à saúde, a peleja dos habitantes da Bahia contra os agentes patogênicos das doenças infecciosas e parasitárias continua. Males antigos ressurgem, enquanto males novos irrompem, tornando incessante a busca pelo conhecimento e, principalmente, revelando a necessidade da adoção de medidas sanitárias eficientes, coletivas e permanentes, que possibilitem a prevenção e a cura, ou seja, a sobrevivência.

Referências

ALENCASTRO, Luiz Felipe de. **O trato dos viventes**: formação do Brasil no Atlântico Sul, séculos XVI e XVII. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

AMARAL, Firmino Coelho do. Laconica memória sobre a febre Polka. **Revista Americana**: Jornal dos Conhecimentos Uteis, Cientifico e Literario. Bahia, tomo 1, parte 2, p. 193-199, jan. 1848.

ATHAYDE, Johildo Lopes de. **Salvador e a grande epidemia de 1855**. Salvador: CEB/UFBA, 1985. (Centro de Estudos Baianos, 113).

AZEVEDO, Thales de. **Povoamento da cidade do Salvador**. Edição fac-similar. Salvador: Fundação Pedro Calmon, 2009.

BAHIA (Província). **Falla dirigida a Assembléa Legislativa Provincial da Bahia, na abertura da sessão ordinaria do anno de 1846, pelo presidente da provincia, Francisco José de Sousa Soares d'Andrea**. Bahia: Typ. de Galdino José Rizerra e Companhia, 1846.

_____. **Falla que recitou o excellentissimo presidente da provincia da Bahia, Paulo José de Mello Azevedo e Brito, n'abertura da Assembléa da mesma provincia em 2 de fevereiro de 1841**. Bahia: Typ. de Epifanio J. Pedroza, 1841.

_____. **Falla que recitou o exm.o presidente da provincia da Bahia, dr. João Mauricio Wanderley, n'abertura da Assembléa Legislativa da mesma provincia no 1º de março de 1853**. Bahia: Typ. Const. de Vicente Ribeiro Moreira, 1853.

_____. **Falla que recitou o presidente da provincia da Bahia, o conselheiro Antonio Ignacio d'Azevedo, n'abertura da Assembléa Legislativa da mesma provincia em 2 de fevereiro de 1847**. Bahia: Typ. do Guaycurú de D. Guedes Cabral, 1847.

_____. **Falla que recitou o presidente da provincia da Bahia, o desembargador conselheiro Francisco Gonçalves Martins, n'abertura da Assembléa Legislativa da mesma provincia em 4 de julho de 1849**. Bahia: Typ. de Salvador Moitinho, 1849.

_____. **Falla que recitou o presidente da provincia da Bahia, o desembargador conselheiro Francisco Gonçalves Martins, n'abertura da Assembléa Provincial da mesma provincia no 1º de março de 1851**. Bahia: Typ. Constitucional de Vicente Ribeiro Moreira, 1851.

_____. **Falla que recitou o presidente da provincia da Bahia, o desembargador João José de Moura Magalhães, n'abertura da Assembléa Legislativa da mesma provincia em 25 de março de 1848.** Bahia: Typ. de João Alves Portella, 1848.

_____. **Falla que recitou o presidente da provincia da Bahia, Thomaz Xavier Garcia de Almeida, n'abertura da Assembléa Legislativa da mesma provincia em 2 de fevereiro de 1840.** Bahia: Typ. de Manoel Antonio da Silva Serva, 1839[1840].

_____. **Falla que recitou o presidente da provincia da Bahia, o conselheiro desembargador Francisco Gonçalves Martins, n'abertura da Assembléa Legislativa da mesma provincia em 1º de março de 1850.** Bahia: Typ. Constitucional, 1850.

_____. **Falla recitada na abertura da Assembléa Legislativa da Bahia pelo presidente da provincia, o doutor João Mauricio Wanderley, no 1.º de março de 1854.** Bahia: Typ. de Antonio Olavo da França Guerra e Comp., 1854.

_____. **Falla recitada na abertura da Assembléa Legislativa da Bahia pelo presidente da provincia, o doutor João Mauricio Wanderley, no 1.º de março de 1855.** Bahia: Typ. de A. Olavo da França Guerra e Comp., 1855.

_____. **Resolução provincial nº 482, de 28 de maio de 1853. Coleção de Leis e Resoluções da Assembléa Legislativa da Bahia, sancionadas e publicadas nos anos de 1853 a 1854.** Volume VII, contendo os números de 456-514. Bahia: Tipografia de Antonio Olavo França Guerra, 1865.

BENCHIMOL, Jaime Larry. **Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

BRASIL. Decreto nº 268, de 29 de janeiro de 1843. Contém o regulamento das inspeções de saúde dos portos. **Coleção das Leis do Império do Brasil de 1843.** Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1868. Tomo 7, parte 2, p. 30-35.

_____. Decreto nº 828, de 29 de setembro de 1851. Manda executar o regulamento da Junta de Hygiene Publica. **Coleção das Leis do Império do Brasil de 1851**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1852. Tomo 14, parte 2, p. 259-275.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Organização administrativa do Ministério da Saúde**: resumos executivos dos atos normativos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

CABRAL, Dilma (Org.). **Estado e administração**: a corte joanina no Brasil. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2010.

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

CHAVES, Cleide de Lima. Embarcações, germes e notícias: circuitos epidêmicos na Bahia e no Rio da Prata (1872). **Politeia**: História e Sociedade, Vitória da Conquista, v. 3, n. 1, p. 133-151, 2003.

_____. Entre Montevideu e Rio de Janeiro: redes de conhecimento médico e epidemias na segunda metade do século XIX. **Revista Eletrônica da ANPHLAC**, n. 13, p. 37-59, 2012.

_____. Epidemias e quarentenas no Brasil e no Rio da Prata no século XIX. **Estudios Históricos**, Rivera, ano 5, v. 11, art. 7, 2013.

COUTO, Dom Domingos do Loreto. **Desagravos do Brasil e glórias de Pernambuco**. Rio de Janeiro: Officina Typographica da Bibliotheca Nacional, 1904.

CRONOLOGIA da abolição da escravatura. **Revista de História**. 1º jun. 2008. Disponível em: <<http://www.revistadehistoria.com.br/secao/capa/cronologia-da-abolicao-da-escravatura>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

CZERESNIA, Dina. **Do contágio à transmissão**: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

DAVID, Onildo Reis. **O inimigo invisível: epidemia na Bahia no século XIX**. Salvador: Edufba, 1996.

DELUMEAU, Jean. **História do medo no Ocidente: 1300-1800, uma cidade sitiada**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

EDLER, Flavio Coelho. A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 357-385, 2002.

_____. A medicina no Brasil imperial: fundamentos da autoridade profissional e da legitimidade científica. **Anuario de Estudios Americanos**, v. 60, n. 1, p. 139-156, 2003. Disponível em: <<http://estudiosamericanos.revistas.csic.es/index.php/estudiosamericanos/article/view/171/175>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

FERREIRA, Luiz Alberto Peregrino. **O conceito de contágio de Girolamo Fracastoro nas teses sobre sífilis e tuberculose**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

FERREIRA, Luiz Otávio. Das doutrinas à experimentação: rumos e metamorfoses da medicina no século XIX. **Revista da SBHC**, Rio de Janeiro, n. 10, p. 43-52, 1993.

FRANCO, Odair. **História da febre amarela no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Endemias Rurais, 1969.

GONÇALVES, Graciela Rodrigues. **As secas na Bahia do século XIX: sociedade e política**. 2000. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

IOC. Instituto Oswaldo Cruz. **Dengue: vírus e vetor**. Disponível em: <<http://www.ioc.fiocruz.br/dengue/textos/longatraje.html>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

IOMMI ECHEVERRÍA, Virginia. Girolamo Fracastoro y la invención de la sífilis. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 877-884, out.-dez. 2010.

KODAMA, Kaori. O doutor Audouard em Barcelona (1821) e a repercussão de sua tese sobre a febre amarela no Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatía Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 805-817, dez. 2008. Suplemento.

LAWRENCE, Christopher. Incommunicable knowledge: science, technology and the clinical art in Britain 1850-1914. **Journal of Contemporary History**, v. 20, p. 503-520, 1985.

LEITE, Geraldo. **Filhos ilustres da Bahia**: Manuel Maurício Rebouças. 2014. Disponível em: <<http://ilustresdabahia.blogspot.com.br/2014/07/manuel-mauricio-reboucas.html>>. Acesso em: 21 abr. 2016.

LIMA, José Francisco da Silva. A varíola no Hospital da Caridade no período de 35 anos de 1855 a 1889. **Gazeta Médica da Bahia**, n. 22, p. 49-53, 1890.

_____. Documentos e notas acerca da pestilência da bicha (febre amarela) que reinou em Pernambuco e na Bahia de 1686 a 1694. **Gazeta Médica da Bahia**, n. 23, p. 145-156, 193-203, 241-253, 1891.

LÖWY, Ilana. **Vírus, mosquitos e modernidade**: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MATTOSO, Kátia de Queirós. **Bahia**: a cidade do Salvador e seu mercado no século XIX. Salvador: Hucítec, 1978.

MATTOSO, Kátia de Queirós; ATHAYDE, Johildo Lopes. Epidemias e flutuações de preços na Bahia no século XIX. In: CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE. L'histoire quantitative du Brésil de 1800 a 1930: Paris, 11-15 octobre 1971. Paris, 1973. p. 183-202. (Colloques internationaux du Centre National de la Recherche Scientifique, 543).

MEDICINA. Epidemiologia: a febre amarela na Bahia de 1872 a 1873; o que receiar de sua presença a nossa população; o que se faz, e o que se deve fazer para lhe atenuar os efeitos. **Gazeta Médica da Bahia**, Bahia, ano 4, n. 133, p. 193-196, 15 fev. 1873; n. 135, p. 225-229, 15 mar. 1873; n. 138, p. 273-276, 30 abr. 1873.

NASCIMENTO, Anna Amélia Vieira. **Dez freguesias da cidade do Salvador**: aspectos sociais e urbanos do século XIX. Salvador: Fundação Cultural do Estado da Bahia, 1986.

_____. O cólera morbus como fator de involução populacional da cidade do Salvador. In: ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA. **Anais...** Salvador: Imprensa Oficial da Bahia, 1981. v. 45, p. 263-289.

NOTÍCIAS provincianas. **O Brasil**. Rio de Janeiro, p. 3, 25 jan. 1850.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Zika**: Actualización Epidemiológica. 17 mar. 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11599&Itemid=41691&lang=es>. Acesso em: 23 mar. 2016.

PINHEIRO, Eloísa Petti. **Europa, França e Bahia**: difusão e adaptação de modelos urbanos (Paris, Rio e Salvador). Salvador: Edufba, 2002.

PITA, Sebastião da Rocha. **História da América portuguesa**. Rio de Janeiro: Fundação Darcy Ribeiro, 2013. (Coleção Biblioteca Básica Brasileira, 34). Disponível em: <<http://www.fundar.org.br/bbb/index.php/project/historia-da-america-portuguesa-sebastiao-da-rocha-pita/>>. Acesso em: 5 out. 2017.

PONTES, Adriano Arruda. **Caçando mosquitos na Bahia**: a Rockefeller e o combate à febre amarela. Inserção, ação e reação popular (1918-1940). Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PORTER, Roy. **Das tripas coração**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

PUBLICAÇÃO a pedido. **Correio Mercantil**, Rio de Janeiro, p. 3, 2 out. 1849.

REBELLO, Tito Adrião. **Discrição succinta ou breve historia da febre-amarella, que tem reinado epidemicamente na Bahia, desde seu apparecimento em 1849; e relação dos doentes tratados no Hospital de Mont-Serrat desde 1853 até o anno corrente de 1859.** Bahia: Typographia de Antonio O. da França Guerra, 1859.

REDACÇÃO. **Correio Mercantil**, Rio de Janeiro, p. 2, 20 jul. 1847.

REIS, João José. **A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX.** São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

RIBEIRO DA CUNHA. Febre Dengue. **Diario do Maranhão**, Maranhão, ano VIII, n. 1054, p. 1, 9 fev. 1877.

RODRIGUES, Cláudia. A cidade e a morte: a febre amarela e seu impacto sobre os costumes fúnebres no Rio de Janeiro (1849-50). **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 53-80, jun. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 abr. 2016.

RODRIGUES, Jaime. Cultura marítima: marinheiros e escravos no tráfico negreiro para o Brasil (sécs. XVIII e XIX). **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 19, n. 38, p. 15-53, 1999.

ROSA, João Ferreira da. **Trattado unico da constituçam pestilencial de Pernambuco:** offerecido a El Rey N. S. por ser servido ordenar por seu Governador aos Medicos da America, que assistem aonde ha este contagio, que o compusessem para se conferirem pelos coripheos da Medicina aos dictames com que he trattada esta pestilencial febre composto por Joam Ferreyra da Rosa Medico formado pela Universidade de Coimbra, & dos de estipendio Real na ditta Universidade, assistente no Recife de Pernambuco por mandado de Sua Majestade que Deos guarde. Lisboa: Officina de Miguel Manescal, 1694.

ROSENBERG, Charles E. **Explaining epidemics and other studies in the history of medicine**. New York: Cambridge University Press, 1992.

SANT'ANNA, Eurydice; TEIXEIRA, Rodolfo. **Gazeta Médica da Bahia**: índice cumulativo 1866/1976. Salvador: Faculdade de Medicina e Farmácia, UFBA, 1984.

SANTIAGO, Urcicio. Evolução da saúde pública na Bahia. **Instituto Bahiano de História da Medicina**: Arquivos, n. 5, p. 42-44, 1956.

SLACK, Paul. Introduction. In: SLACK, Paul; RANGER, Terence. **Epidemics and ideas**: essays on the historical perception of pestilence. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 3-5.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. A constituição de uma rede de assistência à saúde na Bahia, Brasil, voltada para o combate das epidemias. **Dynamis**, v. 31, p. 85-105, 2011.

TAVARES, Luís Henrique Dias. **História da Bahia**. São Paulo: Editora Unesp, 2001.

TEIXEIRA, Rodolfo. O ciclo recidivante das epidemias na Bahia. **Revista de Cultura da Bahia**, Salvador, v. 18, p. 13-22, 1999/2000.

_____. Reflexões sobre a origem e a evolução das doenças infecciosas e parasitárias no estado da Bahia. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 77, n. 2, p. 158-181, jul.-dez. 2007.

VERGER, Pierre. **Notícias da Bahia**: 1850. Salvador: Corrupio, 1999.

VITORINO, Artur. Política, agricultura e a reconversão do capital do tráfico transatlântico de escravos para as finanças brasileiras na década de 1850. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 17, n. 3, p. 463-491, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ecos/v17n3/05.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.

WISSENBACH, Maria Cristina Cortez. Cirurgiões do Atlântico Sul: conhecimento médico e terapêutica nos circuitos do tráfico e da escravidão (séculos XVII-XIX). In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA: o lugar da história, 17., 2004, Campinas. **Anais...** Campinas: ANPUH/SP-Unicamp, 2004. CD-ROM.

ASQUEROSA ENFERMIDADE: CÓLERA NO CEARÁ

Mayara de Almeida Lemos

O cólera é transmitido através da ingestão de água ou alimentos contaminados com fezes humanas. Suas principais características são: diarreia intensa, vômitos e câibras (LIMA, 1992, p. 18). Tal conhecimento acerca da forma de aquisição da doença se consolidou no século XX. Na segunda metade do Oitocentos, ela era designada como *cholera-morbus*, em virtude de seu alto índice de mortalidade e, por vezes, representada com certo grau de personificação – o cólera, viajante que veio de terras longínquas, como instrumento de Deus para punir a humanidade por seus desregramentos. Daí a opção por nos referirmos ao cólera como substantivo masculino, em respeito à terminologia empregada nas fontes consultadas. Considerando que tanto as doenças quanto a medicina são históricas, buscamos situar o cólera no horizonte de compreensão presente durante sua ocorrência no século XIX, para, a partir dali, enxergar a epidemia com as lentes então disponíveis, sem julgar as ideias médicas como atrasadas ou ignorantes. Nos dizeres de Sournia (1991, p. 360):

[...] por natureza a medicina é histórica. Seria, portanto, artificial e infantil recriminá-la pelas suas estagnações, pelas suas cegueiras, pelos seus absurdos. Os médicos, como os outros sábios, pertencem à sociedade que os circunda. Resultam dela, partilham os seus ideais, os seus fantasmas, a sua resistência à mudança.

A segunda metade do Oitocentos, marcada pelo aumento da incidência de surtos epidêmicos, foi um momento favorável não apenas para legitimar a medicina acadêmica enquanto portadora de um saber científico, racional, mas também para impulsionar a busca pelo conhecimento acerca da etiolo-

gia das doenças, especialmente nas últimas décadas do referido século. O posicionamento dos médicos sobre as causas da doença durante todo o período foi marcado pelo debate contágio *versus* infecção. Entretanto, essa divisão não era rígida; pelo contrário, os centros acadêmicos de medicina no Brasil, mormente no que se referia ao cólera, apresentavam opiniões divididas.

O Ceará, inserido naquele momento de organização e desenvolvimento de ideias, marcado por idas e vindas, eivado de tradições e posicionamentos, não apenas científicos, mas também religiosos, políticos e econômicos, aguardava a “chegada” do cólera desde 1855, ano em que a doença aportou no Pará. A expectativa fatalista, movida por especulações provenientes de relatos do que estava ocorrendo em outras províncias do Brasil, estimulou, e também foi estimulada, pela veiculação de notícias nos jornais cearenses.

Em 1862, começaram os casos da temida doença na província do Ceará. Logo no início do ano, o ministro dos Negócios do Império, Marquês de Olinda, enviou ofício para o presidente do Ceará, a fim de preveni-lo quanto à importância dos preparativos para o caso de manifestação do cólera, tendo em vista o estado sanitário de Pernambuco. O caráter “reservado” com que o ofício foi encaminhado refletia as preocupações com as principais consequências que o poder público enfrentaria ao declarar a ocorrência de epidemias: o pânico e os problemas no comércio. Em virtude da aproximação do cólera em direção ao território cearense, o ministro alertou ao presidente Duarte de Azevedo:

julgo necessário chamar a attenção de V. Exc^a. para conveniência de se proceder com a devida intercedencia ao estudo das medidas e providencias que se tornarão indispensáveis no caso de se realizar esta triste previsão de modo que se ahí se manifestar a epidemia, conheça V. Ex^a. todos os recursos com que pode contar e se ache preparado para pôr em practica um systema de serviços previamente assentado, e que concilie devidamente todos os interesses que em taes circumstancias cumpre que sejam attendidos. Fazendo esta recomendação a V. Ex^a. não he a intenção do Governo Imperial autorisar antecipadamente despezas, que poderiam tornar-se desnecessárias (BRASIL, [9 jan. 1862]).

Considerando que, somente após a verificação dos primeiros casos, os recursos seriam liberados para que os presidentes das províncias pudessem

repassá-los às localidades acometidas era importante, no intuito de atingir melhores resultados, realizar antecipadamente o “estudo das medidas e providencias”, que variavam de acordo com a realidade de cada província. A preocupação com o desperdício do dinheiro público foi uma constante durante a epidemia, com a cobrança de informações por parte do ministro dos Negócios do Império.

Em resposta às recomendações feitas pelo ministro, o então presidente do Ceará, Manoel Antonio Duarte de Azevedo, no relatório com que passou a administração da província ao comendador José Antonio Machado, tomou para si os louros da iniciativa, afirmando: “com a noticia do flagello que actualmente grassa no interior da província de Pernambuco, resolvi tomar as necessárias cautelas para preservar esta da invasão do mal ou para encontra-la prevenida”. A seguir, enumerou quais foram essas cautelas: recomendações às câmaras municipais, autoridades e facultativos e a nomeação de uma comissão médica em Fortaleza para estudar e elaborar “um systema de medidas preventivas” e formular “indicações para ser rebatido o flagello ou modificados os seus perniciosos effeitos” sob a direção do Dr. José Lourenço de Castro e Silva (CEARÁ, 1862a, p. 5).

Segundo Duarte de Azevedo, tais medidas foram tudo o que podia ser feito naquele contexto, considerando-se o breve espaço de tempo de que dispôs desde o recebimento das instruções ministeriais, em 9 de janeiro de 1862, até passar a administração da província, em 12 de fevereiro do mesmo ano. Seu substituto, comendador José Antonio Machado, permaneceu durante dois meses na administração, tendo recebido o cargo em 12 de fevereiro e o repassado em 5 de maio de 1862 ao Dr. José Bento da Cunha Figueiredo Junior. No relatório apresentado por ocasião dessa transferência, temos a exposição sobre o quadro sanitário vivenciado naquele período:

Achava-se a província nas melhores condições sanitárias; a febre amarella, que tinha apparecido em Sobral, e alguns casos de varíola n'esta capital e na Villa do Acaracú, tinham sido completamente extinctos pelas providencias empregadas. Esse lisongeiro estado, porém, sinto dizer-lo a V. Exc., cessou com a invasão do cholera-morbus, que grassando nas extremas da província da Parahyba, transmitiu-se à cidade do Icó, e d'alli às villas e povoados da comarca (CEARÁ, 1862b, p. 3).

Mesmo com o surgimento dos casos de febre amarela e varíola, o presidente se referiu ao estado sanitário do Ceará como lisonjeiro, tendo em vista que as doenças não se manifestaram em larga escala, ainda que fossem endêmicas em determinados períodos.

Logo, a responsabilidade por administrar o Ceará durante a epidemia de cólera recaiu primeiramente sobre o comendador José Antonio Machado, o qual – no relatório com que passou a administração da província ao Dr. José Bento da Cunha Figueiredo Junior – apontou as providências tomadas, entre as quais, a nomeação de seis comissões de socorros para Fortaleza, após a divisão da cidade em distritos médicos, a fim de garantir uma cobertura mais eficaz. Os demais pontos da província também tiveram comissões nomeadas e receberam ordens para estabelecer enfermarias “onde sejam tratados os indigentes, que assim acharão um abrigo contra a intempérie do tempo à que ficarão expostos em suas habitações insalubres” (CEARÁ, 1862b, p. 4).

As comissões teriam a função de “prestarem à população pobre, além de remédios e dietas, todos os meios indispensáveis para o seu curativo”. Além disso, seriam estabelecidas enfermarias provisórias e realizada a limpeza das ruas, medida recomendada com a finalidade de eliminar os focos de miasmas (CEARÁ, 1862b, p. 4).

Foram contratados médicos e cirurgiões para atuar nas regiões em que residiam e enviadas ambulâncias para Icó, Aracati, Telha, São Bernardo, Crato, Saboeiro e Cachoeira. Preocupado com a diminuta quantidade de médicos no Ceará, o comendador Machado deixou transparecer a situação verificada no período em questão: “os poucos [médicos] que temos acham-se espalhados a grandes distancias”. Para solucionar o problema, ele afirmou haver solicitado ao presidente de Pernambuco “não só o engajamento de oito médicos pelo menos, como a remessa de alguns medicamentos” (CEARÁ, 1862b, p. 4).

Tal escassez foi constante ao longo do século XIX e serviu como justificativa para que cirurgiões e curandeiros, considerados inferiores na hierarquia dos profissionais dedicados às artes de curar, fossem admitidos e contratados pelo poder público em períodos epidêmicos.

Além dos médicos, outros profissionais eram necessários para a manutenção das enfermarias e hospitais provisórios, sendo contratados e demitidos conforme o fluxo de enfermos nos estabelecimentos. A Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza, por exemplo, contava com médicos, escrivão, almoxarife, capelão, sacristão, enfermeiros, cozinheiro e coveiros (COR-

RESPONDÊNCIA..., [16 set. 1862]), no entanto, em alguns períodos, um mesmo funcionário poderia desempenhar várias funções, como é possível depreender da fala do vice-provedor:

Da ordem de V. Exc.ia, de 16 do corrente, fiz neste mesmo dia recolher ao Hospital da Jacarecanga o individuo atacado de be-xigas de que trata o officio de V. Exc.ia. Nomiei a Francisca Felis para cusinheira, lavandeira e enfermeira [...] e a José Maria da Silva Passos para fornecedor das dietas e mais objectos precisos (OFÍCIO..., [18 nov. 1861]).

Caberia, portanto, às autoridades responsáveis tomarem as medidas cabíveis a fim de utilizar os recursos da melhor forma possível.

Logo que assumiu a administração do Ceará, Figueiredo Junior recebeu “a notícia, posto que mui vaga, de haver a epidemia do cholera-morbus invadido uma das mais remotas comarcas da Província”. A incerteza quanto à existência do cólera não era assunto apenas de “homens alheios à medicina: eram os próprios profissionais que disputavam sobre a natureza da moléstia, que então já atacava com força os municípios do Icó e Aracaty”. Com a confirmação, por parte dos médicos, de que a epidemia realmente era causada pelo cólera, o presidente ficou convencido de que esta “fizera estragos nos primeiros pontos acommettidos, irradiando-se para outros com pasmosa rapidez” (CEARÁ, 1863, p. 21).

Diante do reduzido número de médicos no Ceará, Figueiredo Junior solicitou o envio de profissionais, em petições feitas aos presidentes de Maranhão, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Paraíba e Bahia. Além de procurar resolver esse problema, o presidente determinou a distribuição de “medicamentos, baeta e dinheiro”, assim como enviou “enfermeiros, serventes, gêneros alimentícios e até utensílios para enfermarias” (CEARÁ, 1863, p. 22).

O financiamento para a aquisição de bens e serviços necessários ao tratamento dos coléricos não ficou somente a cargo dos cofres públicos; o apelo à caridade dos particulares também foi uma constante nos discursos do presidente. Desde o início da epidemia, Figueiredo Junior enfatizou que, apesar do período de crise que haveria de enfrentar, em uma província de cuja administração ainda não havia se inteirado completamente, acreditava que seus “esforços, auxiliados por homens verdadeiramente filantropos, suppririam de certo modo os embaraços” pelos quais passaria (CEARÁ, 1863, p. 22).

A caridade funcionava como via de mão dupla, pois, se por um lado alguns homens exerciam sua obrigação cristã perante seus irmãos carentes de recursos, por outro se apresentavam socialmente como filantropos e, não raro, obtinham títulos e comendas imperiais como recompensa pelos serviços prestados.

Apesar dos preparativos empreendidos para enfrentar o quadro epidêmico que vinha surgindo, o presidente do Ceará encontrava-se pressionado entre os anseios de médicos e farmacêuticos – que cobravam quantias consideradas abusivas em alguns casos – e os apelos da população, entre os quais selecionamos uma interessante denúncia de superfaturamento de medicamentos publicada n’*O Cearense* (19 ago. 1862, p. 1):

Cholera no thesouro – Pessoa competente communicamos que de certa cidade da província veio um pedido de medicamentos ao governo, em que figurão algumas formas de remedios por um preço, que os leitores verão, para admirarem: colomelanos – o grão a 160 rs. que corresponde a oitava de 11\$520, e por conseguinte a libra a 1474\$560 rs.! Esse remédio custa de 3\$200 a 4\$000 a libra nas boticas d’aqui! É ou não cholera no thesouro?! Ainda mais, quantidade de purgantes chamados – pós de Rouge – a 2\$000, que aqui custão à 640 a 800, mas que podia muito bem ser substituído por purgante de sal á 80 rs. É preciso também algum remédio para salvar o thesouro d’essa epidemia, para qual concorrem médicos, que não tem consciência de seu dever.

Nesse caso, os medicamentos estavam sendo repassados para o tratamento dos coléricos, e a lista de preços era enviada à Presidência para que o pagamento fosse autorizado. De Quixeramobim foi enviada uma correspondência anônima apontando o preço abusivo na venda de ópio “a 13 contos a libra durante o cholera”. A referida carta ainda continha o seguinte:

Nem medico, nem boticário de parte alguma chegou ao pé de um certo que eu conheço aqui, que de 200\$ ou 300\$ que ahí mandou comprar, de remédios fez mais de 4 contos de rs., chegando o excandalo de vender ópio na razão de 23 contos de rs. a libra! Isto não é crível, mas garanto-lhe que é verdade. Todos aproveitarão da calamidade, menos os padres que, como era seo dever, se prestarão sem outro interesse, que o de terem desempenhado o seo ministerio todo de amor e caridade. Alguns

forão victimas imolados ao seu zelo; e bem poucos os que vergonhosamente se acobardarão, e desampararão o seo rebanho; e essa sombra só serve de fazer sobressair o quadro d'aquelles que se elevarão a altura sublime de sua missão, sem constrangimento, ou medo; por que o sacrificio não se empoeem a ninguém é obra do coração. Contão por aqui cousas desagradáveis a respeito de extravio de medicamentos, baetas &, remettidos pelo governo... Mas eu não me quero fazer echo d'essas cousas. Adeos... (O CEARENSE, 26 ago. 1862, p. 2).

Nesse trecho, há a acusação de desvio de baetas e medicamentos enviados pelo governo, bem como de proveito da calamidade por vários indivíduos como oportunidade para adquirir vantagens pessoais, excetuando-se os padres, cuja atuação se afirmava ter sido baseada unicamente no amor e na caridade. A contratação, considerada indevida, de um cirurgião, que supostamente estaria recebendo pagamento sem trabalhar, também foi alvo de denúncia:

Acabo de saber que o presidente mandara exonerar das comissões em que se achavão os Drs. Mendes e Januario, no que fez bem; porem incompleto: porque não havendo mais epidemia alguma não devia continuar na mamata o cirurgião Mattos. [...] Ao menos torna-se menos pesado ao estado esse terrível mal que foi fonte de ouro para boticários, e médicos. Sei que já ha dias o cônego Pinto, membro da Comissão, propoz para que se desse por findo o contracto com o Mattos, por desnecessario visto como tinha sido engajado pela comissão, e se d'esse parte a Presidencia (O CEARENSE, 26 ago. 1862, p. 2).

A expressão “mamata”, utilizada para designar o modo fácil de obter algo à custa de ações desonestas, foi citada novamente por um anônimo que defendia o fim do contrato do cirurgião: “O Mattos ainda continua em comissão dos 20\$000”. Considerando que “ha quase dois meses que desapareceo o mal”, o autor da nota questionava: “não sei o presidente quando fará cessar essa mamata. Consta-me que elle quer 30\$ e tolo será se não pedir 50\$. O contracto entretanto foi por 20\$ diários” (O CEARENSE, 9 set. 1862, p. 1).

Identificar a autoria dos textos publicados, especialmente na coluna dos editoriais, é uma tarefa quase infrutífera, pois eram comuns, no século

XIX, as publicações anônimas. Em caso de alguma ação legal contra a publicação, quem respondia eram os tipógrafos e impressores.

Se estabelecer a autoria dos editoriais é complicado, ainda havia as correspondências anônimas remetidas do interior da província para os jornais de Fortaleza, as quais “eram bem mais aceitas, já que, representando a capital, as opiniões dos próprios jornalistas pareciam ser suficientes” (FERNANDES, 2006, p. 60).

Outra prática do jornalismo cearense, ainda em voga na segunda metade do século XIX, era a publicação de correspondências falsas, as quais eram atribuídas a autores anônimos, no intuito de garantir respaldo e apoio às matérias defendidas. Assim *O Sol* aponta que o *Pedro II*, com o qual vinha travando debate em defesa da atuação do presidente José Bento, estaria fazendo uso deste artifício.

há ou pode haver, quem se capacite, que quando a província está sob a impressão de uma epidemia mortífera como o cholera, quando todos por ahí algures não fazem objeto de suas conversações, senão os estragos do cholera, esqueção-se do que tanto os magoa, para escrevinharem cartas, mais cartas, eternas cartas dando os pesares ao Sr. Franco, porque foi demitido, e ao presidente exprobações por que o demittio!? (O SOL, 17 ago. 1862, p. 1).

Logo, a dinâmica de atuação dos jornais de então precisa ser levada em consideração, tendo em vista que, em alguns casos, eles se constituíam como atores e testemunhas históricas ao mesmo tempo.

Em mais um caso envolvendo as denúncias oriundas de Quixeramobim contra o cirurgião Mattos, o padre Antônio Pinto – vigário local – relacionou o primeiro ao desvio dos remédios enviados pelo governo, tendo como testemunha e parte interessada na acusação o boticário local, Antonio de Sousa e Silva, o qual se sentia prejudicado em suas vendas, que teriam sido afetadas em decorrência do extravio dos remédios sob a responsabilidade do cirurgião:

[...] tendo o Sr. Sousa ajustado vender os remedios pedidos por quarenta e tantos mil reis, o nosso homem de boa consciência, ou alguém por elle os ofereceo por 25\$, o que aceitou a comissão. O boticário Sousa ficou exasperado com esse procedimento, e veio ter a minha casa onde se achavão o Sr. Dr. Mendes e outras pessoas, dizendo em altas vozes que o Sr. Mattos vendera por se-

melhante preço, porque os remedios nada lhe custarão; pois são os proprios do governo, principalmente a massa caustica, que elle não tinha, e não era capaz de preparar como a que vendera, e pelo preço porque o fizerão (O CEARENSE, 9 dez. 1862, p. 3).

Além de ser apontado como responsável pelo desvio de remédios, o cirurgião Mattos também foi criticado pela má distribuição de baetas:

E o que direi acerca das baetas, que o Sr. Mattos confessa ter dado aos seus escravos: podia accrescentar aos dos seus amigos, e pessoas conhecidas, que estavam nas circumstancias de comprar, e não aos pobres, que a muitos confessei, e vi com dor, que não tinham um panno para se cobrirem. Se as baetas foram poucas, não sei; mas sei que o Sr. Dr. Mendes mandou pedir umas tres ou quatro ao Sr. Mattos para pessoas desvalidas e foi-lhe respondido, que não havia mais! E a propósito declaro, que nunca precisei de baetas e remedios do governo para meus escravos. Preveni-me de tudo, de que pudesse precisar para minha familia, e para socorrer aos pobres, no que fosse compatível com as minhas forças (O CEARENSE, 9 dez. 1862, p. 3).

Ao analisar esses relatos, temos um viés de observação de como a epidemia teria sido utilizada para fins de enriquecimento próprio. Apesar de em alguns momentos as fontes exalarem discursos caritativos, de esforços exercidos – durante dias e noites – para socorrer os pobres necessitados, temos outra face da questão, na qual a doença instaura um momento de desorganização e falta de controle, de que muitos conseguiram tirar proveito sem que os demais percebessem ou pudessem se opor.

Tal realidade de desvio de recursos não era observada unicamente em Quixeramobim. *O Sol* trouxe, em primeira página, algumas “Verdades nuas e cruas”:

A epidemia do cholera-morbus tem feito até o presente segundo os varios registros para cima de sete mil victimas. Em socorros publicos se não ha gasto menos de trescentos contos de réis. Os farmaceuticos se tem locupletado. Se o mal se estender por algum tempo mais, cada um será um banqueiro. Os homens da Faculdade, e do D. R. que vencem gratificações a não morrerem, podem fazer de conta, que foram as minas buscar oiro, e de lá voltarão fartos de ganho, e não de trabalho (O SOL, 3 ago. 1862, p. 1).

Na concepção defendida por *O Sol*, os únicos merecedores de elogios foram os que estiveram de forma mais regular junto aos coléricos: “Os enfermeiros pagos ou gratuitos [gratuitos], estes forão de todos os mesinheiros ou curandeiros os que mais serviços prestarão, depois dos coveiros, porque estes ultimos, e somente estes não tocarão em vento” (O SOL, 3 ago. 1862, p. 2).

Assim, além das consequências biológicas da epidemia, as autoridades tinham que estar preparadas para proteger setores que se tornavam alvo de ameaças, como era o caso da economia, que se prejudicava com a redução da mão de obra disponível e a consequente diminuição da circulação de mercadorias, entre outros tipos de golpes dirigidos ao tesouro do governo, como a alta dos medicamentos e alimentos, comercializados por preço bastante superior ao costumeiro em tempos de salubridade.

Apesar do controle exercido por parte do Ministério do Império e pelo governo da província, os responsáveis pela distribuição dos recursos que deveriam ser entregues aos pobres encontravam meios de fugir das regulamentações impostas, elaborando estratégias a fim de obter não apenas lucros financeiros, mas, acima de tudo, benefícios pessoais.

A epidemia de cólera, assim como surtos de outras doenças, pode não apenas ser analisada pelo quesito biológico, através do número de acometidos e de mortes causadas, mas também oferecer informações sobre os usos que as autoridades fizeram dela para a obtenção de privilégios políticos, bem como sobre as estratégias desenvolvidas por diversos profissionais – tanto por aqueles do ramo da saúde, como médicos, cirurgiões e farmacêuticos, quanto por comerciantes de gêneros alimentícios – no intuito de tirar proveito de um momento atípico, em que a sociedade se encontrava fragilizada.

Podemos pensar ainda nas múltiplas dimensões que o momento da epidemia pode oferecer aos estudiosos não somente da área da História da Saúde e das Doenças, mas também de diversos outros setores, tendo em vista que as doenças foram historicamente utilizadas como instrumentos de disputa e aquisição de poder, seja ele intelectual, seja político, seja econômico. O debate sobre a presteza ou morosidade por parte dos responsáveis pelo cuidado com os coléricos, portanto, extrapola a narração de fatos e implica a necessidade de investigação dos interesses envolvidos.

Através da análise de ofícios oriundos dos municípios cearenses, é possível vislumbrarmos a cartografia da doença na província, bem como as respostas dadas pelo Estado no combate à enfermidade. Em março de 1862,

temendo a chegada do cólera, a câmara de São João do Príncipe apressou-se em solicitar recursos ao presidente da província, “temendo que elle em sua marcha destruidora invada esta Villa, pois o terrível flagello – cholera-morbus – tendo apparecido no Rio do Peixe, Paraíba [...] d’alli se estendera até o Icó” (SÃO JOÃO DO PRÍNCIPE, [15 mar. 1862]).

No final do mês de abril, essa solicitação ainda não havia sido atendida, todavia, “chegando todos os dias atterradoras noticias do terrível cholera-morbus que vem a passos largos para este Termo”, o juiz de paz e o delegado convidaram “as pessoas mais graúdas desta Villa” para discutir medidas que pudessem impedir a entrada da doença, e decidiu-se “cortar a communicação d’este Termo com os do Saboeiro e Telha”; para tanto aguardavam a aprovação por parte do presidente da província (SÃO JOÃO DO PRÍNCIPE, [28 abr. 1862]).

Segundo o juiz da povoação de São Benedito, circulava “um boato de que a Comarca de Sousa, em Paraíba, e a do Icó se achão affetadas” de uma doença com os sintomas do cólera. Desconfiado da veracidade de tal boato, o juiz afirmou não saber qual o fundamento, mas, se realmente havia alguma enfermidade em Pernambuco, Paraíba e Icó, todos deveriam ficar atentos para “a caprichosa marcha e desenvolvimento desta moléstia, que Deus permitta não exista e de nós affaste”. Nesse sentido, esperava-se que o presidente enviasse recursos e profissionais para o Termo de São Benedito, tendo em vista que na localidade citada não havia médicos nem medicamentos disponíveis (SÃO BENEDITO, [1º mar. 1862]).

Ao que parece, em maio, a situação em São Benedito era de intensa preocupação, pois “o terrível flagello do cólera que infelizmente apparece nesta Provincia tem levado o povo deste Districto ao desespero, nem só pelo máo character desta moléstia devastadora, como pela falta de todos os recursos para combatê-la” (SÃO BENEDITO, [17 maio 1862]).

Semelhantes relatos foram remetidos de várias localidades e todas tinham como destinatário o presidente da província. De Cascavel, a câmara municipal informou “a grave conjuntura pela qual passavam vendo aproximar-se mais e mais o cholera-morbus” (CASCAVEL, [6 maio 1862]).

O primeiro caso na província chegou em 5 de abril de 1862 através de um viajante, chamado José Leandro Tavares, vindo da região paraibana do rio do Peixe, situada na fronteira com a cidade de Icó: “dahi propagou-se aos diversos pontos, verificando-se sempre sua transmissão pelos boiadeiros ou por fugitivos de lugares já accomettidos” (STUDART, 1997, p. 53). Tendo

em vista que a doença era passível de transmissão, mesmo antes de se manifestar (durante o período de incubação), um indivíduo que não apresentasse os sintomas poderia estar levando-a consigo para onde fosse.

Segundo Álvaro de Alencar (1943, p. 36), “foi atacada do mal a terça parte da população” de Icó, onde “a maior parte dos principais estava doente”. Para comportar os enfermos, o Teatro da Ribeira dos Icó foi utilizado temporariamente como hospital “devido ao grande número de doentes da classe pobre”.

Em um breve texto acerca da incidência do cólera no Ceará, Aragão (1985, p. 199) descreveu a trajetória geográfica da epidemia. Tendo se iniciado em Icó e depois atingido locais próximos a Fortaleza, em “uma espécie de circuito margeante”, posteriormente o cólera seguiu para a região Norte – onde Granja foi uma das principais localidades afetadas – e finalmente se manifestou no sul da província.

Cerca de três meses após o início da epidemia, as notícias, provenientes de várias localidades do Ceará, informavam o alto índice de mortalidade:

Maranguape – O cólera vai-se desenvolvendo com intensidade, e fazendo grande n. de victimas; no dia 29 morrerão 25 pessoas. Só em S. Antonio dizem que até 22 andava por 80 as victimas, e no Maranguape por mais de 100. [...]

Acarape – Tinhão alli chegado os medicos Dr. Hall, e o cirurgião Alvares Pereira, e se mostravão incansaveis no tratamento dos doentes. O mal ainda não declinava até 23; a 23 tinhão morrido 14 pessoas e o mal se estendia por legoas fora do povoado fazendo estragos. A mortalidade já excede de 80 pessoas entre outras Revd. Capellão padre Angelo Custodio.

Baturité – Uma carta publicada no Pedro II de data de 25 do passado diz que o cholera já manifestava n’aquella cidade, tendo-se dado muitos casos e algumas victimas. Diz que já se despendeo 620\$000; pede-se nada menos que 5 medicos, 5 enfermeiros e dinheiro em abundancia, cobertores, remédios &! Consta-nos que o Sr. Presidente já há muito mandou ambulância para alli, bem como contratar o medico que lá existe, e que agora vão não menos de 30 cargas de remédios, baetas, e alimentos para dieta.

Cascavel – Com a morte do Revd. Vigário Sabóia ficou a Villa, e freguesia sem um sacerdote, e isso n’um tempo em que rei-

na uma epidemia mortífera. D'alli pedem com instancias ao Sr. Bispo a nomeação de um vigário interino. O cólera tinha feito 13 victimas na Villa, e estava matando no lugar Cedro (O CEARENSE, 1º jul. 1862, p. 1)⁴⁷.

Conclui-se que, em alguns locais, havia médicos para tratar os enfermos, mas em outros ainda se esperava que os poderes constituídos providenciassem a contratação de tais profissionais.

O caminhar do cólera era algo incerto, mas terrível. Nas palavras do Dr. José Lourenço Castro e Silva, “surgio entre nós aterrador”, porém “depois parece haver modificado seus furores; ou porque tem sido de prompto combatido; ou, talvez, como inimigo simulado e insidioso, queira tirar-nos as precauções em seus primeiros e traiçoeiros acommetimentos” (O CEARENSE, 15 jul. 1862, p. 2-3).

Os períodos em que havia redução no número de acometidos levavam à conclusão de que a epidemia havia se extinguido. Assim, em meados de julho de 1862, acreditava-se que o cólera deixara de acometer algumas localidades, entre as quais, Inhamuns, Saboeiro, Telha, Russas e Aracati. Verifica-se, através das estatísticas de obituários, que, após alguns períodos nos quais a epidemia era julgada extinta, ocorria o “recrudescimento”, ou seja, um retorno da doença com maior intensidade.

As noticias ultimas de todos os pontos affectados da provincia dão a epidemia como extincta, ou apenas grassando fracamente em alguns pontos mais remotos. Pode-se dizer por tanto que o mal activo passou, de que devemos dar mil graças a Divina Providencia, e agradecimentos aos dignos administradores da provincia, que não pouparão esforços para salvarem a população, ou minorar lhes os malles. Não há ainda uma estatistica certa, nem mesmo approximada do numero dos affectados, e nem dos mortos, porem quanto a estes não se avalia em menos de 10 mil victimas (O CEARENSE, 26 ago. 1862, p. 1).

47. No dia 1º de julho de 1862, a primeira página d'*O Cearense* trouxe informações acerca da mortalidade causada pelo cólera nas seguintes localidades: Quati, Riacho do Sangue, Maranguape, Pacatuba, Acarape, Baturité, Cascavel, Crato, Jardim e Sobral. O jornal também enumerava os recursos enviados a cada uma delas pelo governo da província.

Essa notícia foi publicada em 26 de agosto de 1862, quando a diminuição dos casos levou a crer que a epidemia estava extinta, porém o sentimento de alívio não durou muito tempo, pois no mês de outubro novos casos surgiram:

Quando já nos contavamos livres d'este cruel flagello, eis que reaparece em diversos pontos, e com terrível caracter. Na comarca de Inhamuns tinha ja feito novamente mais de 40 victimas. Na de Quixeramobim, no districto de Quixadá mais de 20 victimas. No Acarape algumas, e continuava. Na Serra da Tucunduba, freguesia de Maranguape fez ultimamente umas 12 victimas. Em Maranguape ha cousa de 4 dias reapareceo; dizem uns porque algumas sepulturas tem se fendido, dizem outros porque se abriram casas não desinfectadas, e removerem-se objectos da casa que servia de hospital. Seja qual fosse a causa, o que é infelizmente certo é que até hontem já tinha feito 15 victimas, e tem atacado com tanta malignidade, que não dá tempo a applicação de remédios. [...] Deus queira lembrar-se de nós, e livrar-nos da repetição de tal peste (O CEARENSE, 14 out. 1862, p. 1).

É pertinente a reflexão acerca das especulações surgidas em períodos epidêmicos na busca pela explicação dos acontecimentos. Baseado no que diziam “uns” e “outros”, o redator dessa notícia apontou para as possíveis causas do reaparecimento do cólera, todas fundadas na concepção miasmática, segundo a qual, as doenças eram provenientes de contaminações atmosféricas por matérias orgânicas em decomposição.

Conforme o inspetor da saúde pública do Ceará e médico da pobreza, Dr. José Lourenço de Castro e Silva, as características com que a doença se manifestava variavam. Em alguns casos “atacava bruscamente”, em outros era precedida de dores de cabeça e incômodos no sistema digestivo, ou mesmo “de modo muito suave”.

Com o desenvolvimento da moléstia, a recuperação era previsível apenas se os vômitos persistissem e a diarreia cessasse. Caso contrário, “se as dejeções persistião com rebeldia”, a morte era uma certeza: “não tardava logo o cortejo fúnebre e hediondo que caracteriza os últimos períodos de tão asquerosa enfermidade”. Outra indicação de que a cura não seria possível era a observação dos olhos: “se os olhos recuavão nas orbitas com decomposição rápida do semblante e pallidez notável, e abatimento, ou diminuição das forças, era certa a terminação funesta” (GAZETA OFFICIAL, 20 set. 1862).

A “asquerosa enfermidade” proporcionava uma lenta agonia no período mais grave, denominada *álgido*; a “sede ardente” fazia parte do “admirável contraste de fogo devorador internamente, ao tempo que todo o exterior apresentava uma frieza cadavérica e horrível!”. O sofrimento dos coléricos foi descrito pelo Dr. José Lourenço como um “pungente martyrio”, no qual o enfermo apresenta “anciedade, a dificuldade da respiração, a aponia da voz, e suor frio, copioso e glutinoso, as caimbras, os vomitos e as diarréas, como precursores da morte” (O CEARENSE, 14 out. 1862, p. 1).

Os períodos de surtos e intervalos contribuía para o clima de incerteza que pairava sobre a população mediante a ocorrência de uma doença considerada traiçoeira pela medicina da época. O ressurgimento dos casos trazia consigo a busca por explicações que revelassem os motivos pelos quais o mal voltava a agir.

No caso de Maranguape, apontavam como causa do cólera, considerado quase endêmico na região no ano de 1863, os focos de miasmas provenientes do cemitério:

Esta terrível molestia parece querer ficar entre nós endêmica; é preciso pois combatê-la rigorosamente para destruí-la. A infeliz villa de Maranguape tão horrivelmente assolada continua, e parece que continuará a ser o foco do mal, em quanto se derem allí as condições anormais, em que se acha. Desde principio que se clamou contra os enterramentos, que foram feitos na villa em um péssimo lugar, onde em vallas não profundas acumularam muitos cadáveres. Algumas camadas de terra mal postas depois por cima foram levadas pelas chuvas. As águas desnudaram os atterros, abriram as sepulturas, e o cemiterio onde se acham acumulados 1500 cadáveres, exhala terrível fedentina. Não é só na villa, por todos os pequenos povoados, e quarteirões de fora, se enterraram à flor da terra os cadáveres, que em estado de putrefação levantaram a terra, e romperam em fendas. São por tantos outros tantos focos de miasmas cholericos em actividade para derramarem a epidemia no lugar, e exportarem por toda parte (O CEARENSE, 20 fev. 1863, p. 1).

A solução proposta pelo redator d’*O Cearense* era a intervenção do governo da província na regulamentação ou fiscalização dos cemitérios “a fim de que os mortos não estejam elaborando o veneno para os vivos”. A preo-

cupação com a realização de inspeções aos locais de sepultamento foi objeto de uma circular, destinada a todas as delegacias de polícia do Ceará, na qual o presidente Figueiredo Junior recomendava que fossem cobertos com argila os lugares onde houvessem sido sepultados cadáveres de coléricos em covas de pouca profundidade, para que, quando comesse a quadra invernos, “não tenha lugar a evaporação das matérias pútridas” (GAZETA OFFICIAL, 8 nov. 1862, p. 2).

Para o Barão de Studart, o ressurgimento do cólera em Maranguape estava relacionado à “abertura da casa, situada no centro da villa, que tinha servido para hospital dos cholericos e que havia dois mezes estava fechada”. A fim de fazer “alguns reparos”, o solo do imóvel estava sendo escavado, ocasionando o acometimento dos responsáveis pelo serviço, inclusive o oficial de justiça que abriu as portas “no dia seguinte estava enterrado” (STUDART, 1997, p. 55).

A mortalidade de pessoas de boas condições financeiras foi apontada como um dos fatores que contribuíram para semear o medo na população. Em Baturité, o juiz de direito informou ao presidente, em junho de 1862, que até então haviam falecido 218 pessoas, entre as quais “o Dr. Joaquim Barbosa Cordeiro e mais outros indivíduos importantes, o que muito tem concorrido para augmentar o terror da população” (BATURITÉ, [13 jul. 1862]).

Tal realidade verificada no Ceará, provavelmente, devia-se a práticas sanitárias idênticas dos habitantes de diferentes classes sociais. Porém a presença de nomes ilustres nos apontamentos de óbitos não significava que falecessem na mesma proporção de pobres, cujas mortes às vezes ocorriam sem que houvesse registro e, em alguns casos, até sem sepultamento.

Observa-se ainda que muitos padres foram vitimados pelo cólera. O lugar social ocupado por eles e a atribuição de ministrar os sacramentos aos enfermos podem haver colaborado para que adquirissem a doença. Conforme Lebrun (2009, p. 91), “a presença do padre junto ao leito de morte é vista como uma graça e uma necessidade, e sua ausência, como o pior dos infortúnios”. A seriedade de tal obrigação e suas implicações podem ser observadas ainda na parte referente aos sacramentos das Constituições Primeiras do Arcebispado da Bahia:

Devem os parochos administrar a seus freguezes enfermos co toda a diligência, & cuidado espiritual socorro do Sacramento da Extrema Unção, para que mais facilmente na ultima hora possam rebater os cavilozos assaltos do demônio. Pelo que man-

damos & ordenamos, que tanto que o Parocho for chamado, ou tiver noticia, que algum enfermo de doença perigosa quer receber o Sacramento da Extrema Unção, lho vá logo administrar com toda a diligência [...]. E se por culpa, ou negligencia do Parocho, acôtecer, q falleça algum freguez sem esse Sacramento, será prezo e suspenso por seis meses do Officio (VIDE, 1853, p. 198-199).

Portanto, ministrar os sacramentos aos enfermos era uma obrigação muito séria, não havendo exceções, mesmo em casos de epidemias. O Barão de Studart (1997, p. 56), na obra *Climatologia, epidemias e endemias*, fez referência ao falecimento de dez sacerdotes no Ceará, vítimas do cólera, entre os quais dois eram járgãos.

Em abril de 1864, o cólera reapareceu: Icó, Crato, Barbalha, Jardim, Missão Velha foram algumas das localidades afetadas. Embora o surto fosse menos intenso do que nos anos anteriores, apenas entre as pessoas consideradas desvalidas, foram acometidos 6.599 indivíduos, dos quais faleceram 886, conforme o relatório do então presidente da província, Lafayette Rodrigues Pereira (CEARÁ, 1864, p. 30).

Desde novembro de 1862, em virtude de a epidemia haver sido considerada extinta, o ministro dos Negócios do Império, Marquês de Olinda, solicitou ao presidente Figueiredo Junior informações acerca das pessoas que prestaram serviços durante a epidemia de cólera com as indicações das mercês honoríficas a que cada uma delas fizesse jus. Em resposta foram apontados 49 homens, na maioria membros das comissões de socorros, os quais desfrutavam de destaque social e ocupavam cargos públicos, como delegados, juizes, padres, políticos, militares e ainda comerciantes. O método de seleção apontado pelo presidente Figueiredo Junior, conforme ele mesmo citou, foi a análise de documentos oficiais e informações particulares; “outras pessoas que não menciono, prestaram serviços, mas considero-os de tal natureza que não merecem uma condecoração” (VASCONCELOS, 1910, p. 79-99).

As mercês honoríficas, por sua vez, funcionavam como moeda de troca por parte do imperador, fornecendo títulos aos cidadãos em troca da prestação de serviços e ações caritativas. No caso citado, as insígnias indicadas para serem distribuídas foram as da Ordem de Cristo e da Imperial Ordem da Rosa. Esse pagamento simbólico poderia significar prestígio social para seus recebedores, o que era bastante favorável especialmente para os envolvidos em política.

Conclusão

Esta análise da epidemia ressalta as etapas vivenciadas na província do Ceará – desde o momento em que a doença era uma ameaça que se avizinhava das plagas cearenses até os estertores das manifestações na população –, entrelaçando os diversos interesses envolvidos durante o processo de prevenção/ocorrência/erradicação da doença.

Partindo da compreensão da doença enquanto fenômeno catalisador de múltiplas interpretações, fazeres e apropriações, abordaram-se as dificuldades encontradas para o cuidado da população – entre as quais a carência de médicos –, bem como a diversidade de profissionais envolvidos na tarefa de combater o cólera e relatos acerca de disputas entre eles.

As disputas verificadas entre os sujeitos atuantes na comissão de socorros propiciaram reflexões acerca dos usos políticos da epidemia, entre os quais se destacaram as estratégias de autopromoção perante a sociedade, por meio da aquisição de títulos honoríficos como uma das recompensas possíveis pelos serviços prestados no combate às moléstias. No entanto, tal reconhecimento era considerado merecido apenas para os atores de mais destaque social, os quais emergem com maior fluidez das fontes do que as demais pessoas que vivenciaram e combateram a epidemia.

Médicos, cirurgiões, padres, boticários foram personagens de destaque nas narrativas oficiais, no entanto questionamos: onde estavam os homens e as mulheres que atuaram como enfermeiros e arriscaram suas vidas para cuidar dos coléricos? E os coveiros – através de cuja atuação se esperava que os sepultamentos não viessem a resultar em novos focos de transmissão de doenças? Quem foram eles?

O anonimato foi sua recompensa, seus serviços não receberam maiores apreciações se comparados aos dos que coordenaram a distribuição dos recursos e implantaram medidas para debelar a epidemia ao longo da província. Os homens e mulheres que sofreram com o cólera e sobreviveram a ele sobressaem, nas narrativas produzidas por seus contemporâneos, apenas por breves momentos, como espectros e assim, como em qualquer outro tempo histórico, constituem as engrenagens que dão vida aos processos, mas são silenciadas em detrimento das figuras cânones e exemplares, segundo a ótica dos poderes instituídos.

Referências

ALENCAR, Álvaro de. O cólera-morbus no Ceará: cólera epidêmico. **Revista do Instituto do Ceará**, v. 57, p. 35-38, 1943.

ARAGÃO, Raimundo Batista. **História do Ceará**. Fortaleza: IOCE, 1985.

BATURITÉ (Município). **Ofício do juiz de direito ao Presidente da Província em 13 de julho de 1862**. [Baturité, 13 jul. 1862]. Localizado em: Arquivo Público do Estado do Ceará. Fundo: Saúde Pública. Comissões Sanitárias. Série: Correspondências expedidas. Localidade: Baturité. Data: 1855 e 1862. Ala 05/ Est. 04/Prat. 18/Cx. 10.

BRASIL (Império). **Cópia do ofício do Ministro ao Presidente do Ceará em 9 de janeiro de 1862**. [9 jan. 1862]. Localizado em: Arquivo Público do Estado do Ceará. Fundo: Ministérios. Seção: Avisos do Ministério dos Negócios da Fazenda ao Presidente da Província do Ceará. Data: 1861-1867. Ala 04/Est. 05/ Prat. 22/ Liv. 05.

CASCADEL (Município). **Ofício da Câmara para o Presidente da Província em 6 de maio de 1862**. [Cascavel, 6 maio 1862]. Localizado em: Arquivo Público do Estado do Ceará. Fundo: Saúde Pública. Comissões Sanitárias. Série: Correspondências expedidas. Local: Cascavel. Data: 1862. Ala 05/Est. 04/Prat. 18/Cx. 11.

CEARÁ (Província). **Relatório apresentado a Assembleia Legislativa Provincial do Ceará pelo Excellentíssimo Senhor Dr. José Bento da Cunha Figueiredo Junior, por ocasião da instalação da mesma assembléa no dia 1º de outubro de 1862**. São Luiz: Typ. de B. de Mattos, 1863.

_____. **Relatório apresentado a Assembleia Legislativa Provincial do Ceará pelo Excelentíssimo Senhor Dr. Lafayette Rodrigues Pereira, por ocasião da instalação da mesma Assembleia no dia 1º de outubro de 1864**. Fortaleza: Typ. Brasileira de Paiva & Comp., 1864.

_____. **Relatório com que o Dr. Manoel Antonio Duarte de Azevedo passa a administração da província ao quarto Vice-Presidente da mesma o Excelentíssimo Sr. Commendador José Antonio Machado em 12 de fevereiro de 1862.** Fortaleza: Typographia Cearense, 1862a.

_____. **Relatório com que o quarto Vice-Presidente Commendador José Antonio Machado passou a administração da Província ao Excelentíssimo Senhor Doutor José Bento da Cunha Figueiredo Junior em 5 de maio de 1862.** Fortaleza: Typographia Cearense, 1862b.

CORRESPONDÊNCIA expedida do vice-provedor da Santa Casa Manoel Franco para o Presidente da Província José Bento da Cunha Figueiredo Junior em 16 de setembro de 1862. [Fortaleza, 16 set. 1862]. Localizado em: Arquivo Público do Estado do Ceará. Fundo: Santa Casa. Documento ainda não catalogado na data da consulta.

FERNANDES, Ana Carla Sabino. **A imprensa em pauta:** jornais Pedro II, Cearense e Constituição. Fortaleza: Museu do Ceará; Secretaria de Cultura, 2006.

GAZETA OFFICIAL. Fortaleza: 20 set. 1862; 8 nov. 1862.

LEBRUN, François. As reformas: devoções comunitárias e piedade pessoal. In: CHARTIER, Roger (Org.). **História da vida privada:** da Renascença ao Século das Luzes. São Paulo: Companhia das Letras, 2009. v. 3, p. 73-74.

LIMA, Darcy Roberto. **Só tem cólera quem quer.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

O CEARENSE. Ceará: Typographia Brasileira de Paiva e Companhia, 1º jul. 1862; 15 jul. 1862; 19 ago. 1862; 26 ago. 1862; 9 set. 1862; 14 out. 1862; 9 dez. 1862; 20 fev. 1863.

O SOL. Aracaty, 3 ago. 1862; 17 ago. 1862.

OFÍCIO do Dr. Joaquim Alves Ribeiro para o Presidente Manoel Antonio

Duarte de Azevedo em 18 de novembro 1861. [18 nov. 1861]. Localizado em: Arquivo Público do Estado do Ceará. Fundo: Santa Casa. Correspondências expedidas do vice-provedor da Santa Casa para o Presidente da Província. Documentos ainda não catalogados na data da consulta.

SÃO BENEDITO. Ofício do Juiz para o Presidente da Província em 1º de março de 1862. [São Benedito, 1º mar. 1862]. Localizado em: Arquivo Público do Estado do Ceará. Fundo: Saúde Pública. Comissões Sanitárias. Série: Correspondências expedidas. Local: São Benedito. Data: 1862. Localização: Ala 05/Est. 04/ Prat. 18/ Cx. 10.

_____. **Ofício do Juiz para o Presidente da Província em 17 de maio de 1862.** [São Benedito, 17 maio 1862]. Localizado em: Arquivo Público do Estado do Ceará. Fundo: Saúde Pública. Comissões Sanitárias. Série: Correspondências expedidas. Local: São Benedito. Data: 1862. Localização: Ala 05/Est. 04/ Prat. 18/ Cx. 10.

SÃO JOÃO DO PRÍNCIPE (Município). Ofício da Câmara de São João do Príncipe enviado para o Presidente da Província em 15 de março de 1862. [São João do Príncipe, 15 mar. 1862]. Localizado em: Arquivo Público do Estado do Ceará. Fundo: Saúde Pública. Comissões Sanitárias. Série: Correspondências expedidas. Local: São João do Príncipe. Data: 1862. Localização: Ala 05/Est. 04/Prat. 18/Cx. 10.

_____. **Ofício da Câmara de São João do Príncipe enviado para o Presidente da Província em 28 de abril de 1862.** [São João do Príncipe, 28 abr. 1862]. Localizado em: Arquivo Público do Estado do Ceará. Fundo: Saúde Pública. Comissões Sanitárias. Série: Correspondências expedidas. Local: São João do Príncipe. Data: 1862. Localização: Ala 05/Est. 04/Prat. 18/Cx. 10.

SOURNIA, Jean-Charles. O homem e a doença. In: LE GOFF, Jacques et al. **As doenças têm história.** Lisboa: Terramar, 1991.

STUDART, Barão de. **Climatologia, epidemias e endemias do Ceará.** Edição fac-sim. Fortaleza: Fundação Waldemar Alcântara, 1997.

_____. **Dicionário bio-bibliográfico cearense**. Fortaleza: Typo Lithographia a Vapor, 1913. v. 2.

VASCONCELOS, Barão de. Um documento official relativo ao Cholera-morbus no Ceará em 1862. **Revista do Instituto do Ceará**, v. 24, p. 79- 99, 1910.

VIDE, Sebastião Monteiro da. **Constituições primeiras do Arcebispado da Bahia**. São Paulo: Typ. 2 de Dezembro de Antonio Louzada Antunes, 1853.

FLAGELOS DA JUSTIÇA DE DEUS: A FEBRE AMARELA E O CÓLERA NO ESPÍRITO SANTO

Sebastião Pimentel Franco

André Fraga Lopes

Luiz Felipe Sias Franco

Desde os tempos coloniais, têm-se notícias de epidemias que assolaram o Brasil, causando medo, pavor e muitas mortes. Sobre essa época, Carlos Alberto Cunha Miranda (2011) nos fala da presença de surtos de varíola em Salvador e no Recife. Em São Paulo, Maria Luiza Marcílio (1993) afirma que, em meados do século XVIII, foi grande o número de mortos naquela capitania, em razão da epidemia de “bexiga(s)”. No Rio de Janeiro, José Pereira do Rego (1872) menciona os estragos espantosos que a enfermidade gerou nos anos de 1650 e 1663, matando um contingente enorme de pessoas e espalhando pânico e terror no seio da população.

No Espírito Santo, a situação não foi diferente. Nos séculos XVI, XVII e XVIII, surgiram focos epidêmicos que resultaram em significativo número de óbitos, como assevera Sebastião Pimentel Franco (2015a).

Foi, entretanto, a partir do século XIX que, no Brasil, os surtos epidêmicos tomaram proporções catastróficas, assim como ocorreu em diversas regiões do mundo (CHALHOUB, 1996), graças ao aumento da circulação de pessoas e ao crescimento das transações comerciais (PORTER, 2004). Para Emmanuel Le Roy Ladurie (1978), a forte presença militar e a expansão comercial inglesa na Índia e na Ásia levaram o mundo à globalização e, conseqüentemente, à unificação microbiana. Segundo Nikelen Acosta Witter (2007), a própria ordem natural, como uma mutação de vibriões ou mudança climática, também pode ter sido fator decisivo para a disseminação dos surtos epidêmicos.

A falta de saneamento, medicamentos e hospitais, a inexistência de política pública de prevenção e combate às enfermidades, aliadas às precárias condições de vida, de alimentação, para uma parte significativa dos indivíduos que viviam à época em tela foram fatores que contribuíram para a explosão dos surtos epidêmicos na província do Espírito Santo no século XIX. Trataremos, neste trabalho, de duas dessas epidemias: a de febre amarela e a de cólera. Convém destacar que outros surtos epidêmicos assim como outras doenças causaram grandes incômodos à população e aos governantes da província do Espírito Santo no decorrer do século XIX, como bem pontuou um presidente provincial:

As enfermidades, que mais se manifestarão nesta capital, segundo as informações prestadas pelo Dr. Nabuco na sua clinica, e pelo cirurgião Pornin [Philippe], na sua pratica, e no hospital da santa casa, forão algumas apoplexias, e ascites, thiscas tuberculosas, hepatites, gastrites e poucas febres adynamicas.

Além das febres intermitentes benignas, que tiverão logar em alguns municipios da provincia, em nenhum d'elles apparecerão em gráu elevado molestias de mau caracter e gravidade, a excepção da villa de São Matheus, onde por vezes, mas sempre com menor violencia, do que em outros annos, invadirão a população as febres intermitentes de caracter pernicioso que ali se podem considerar endemicas, além de outras enfermidades graves, que costumão desenvolver, devidas a causas locaes, hoje mui conhecidas de que por vezes tem sido a assembléa informada, convindo muito procurar removel-as, quando não todas, ao menos as principaes (ESPIRITO SANTO, 1º mar. 1848, p. 20).

O jornal também noticiou a ocorrência na província do Espírito Santo de foco epidêmico de varíola:

A excepção das bexigas, que fizerão algumas victimas na villa de Itapemirim, nem-uma outra molestia de caracter epidemico tem accomettido a provincia, que, sempre salubre, não foi visitada graças á Providencia, pela febre amarella, que tantas vidas ceifou na côrte, Bahia, Pernambuco, e que ainda continúa em outras provincias, violenta e assoladora (ESPIRITO SANTO, 25 jul. 1850, p. 28).

Este texto analisa como essas epidemias foram entendidas e enfrentadas por diferentes atores que as vivenciaram, quer seja a população, quer seja o aparato do Estado provincial. Quanto à temporalidade, optamos por enfatizar as epidemias ocorridas na década de 1850, uma vez que, em relação à febre amarela, aconteceram outros surtos no decorrer do século XIX.

Procuramos entender essas enfermidades a partir do conceito de “enquadramento” proposto por Charles Rosenberg (1992), analisando como foram forjadas as interações entre os fatores biológico e social e quais as especificidades adquiridas nesse processo.

Para tanto, utilizamos como fonte os relatórios e falas dos presidentes da província do Espírito Santo e o jornal *Correio da Victoria*. Os relatórios eram apresentados na transmissão de administração dos presidentes de província, quando faziam “prestação de contas”. As falas, proferidas pelo presidente da província à Assembleia Provincial na abertura dos trabalhos de legislatura, ocorriam anualmente. Segundo Luciano Mendes de Faria Filho e Fernanda Mendes Resende (2001, p. 83), por ser um documento oficial,

As palavras e frase usadas nos relatórios eram aparentemente muito bem escolhidas. Eles são documentos oficiais e eram escritos buscando influenciar quem os lessem (ou ouvisse). Seja buscando persuadir, seja procurando exortar, os textos buscam vencer o povo, ou seus representantes na Assembléia Provincial.

Não obstante tal circunstância, esses relatórios nos permitem conhecer o discurso político dos governantes e suas ações diante dos problemas que afligiam o Estado e a população, quando da passagem dessas epidemias. Evidenciam, além disso, a visão da população em relação aos surtos epidêmicos e como ela os enfrentava.

Quanto à imprensa, utilizamos o único jornal existente na província do Espírito Santo à época, o *Correio da Victoria*. Por meio dele, verificamos a visão do grupo político e ideológico ao qual o periódico pertencia, observando a que atribuía a ocorrência dessas epidemias e como avaliava o posicionamento do Estado no sentido de mitigar o sofrimento da população. Averiguamos, ainda, como a população reagia mediante o pânico a que sucumbia com essas terríveis doenças, como criticava a ação do Estado e também como se organizava no sentido de cobrar ações efetivas para solucionar o problema.

Embora essa fonte imponha percalços ao historiador, Franco (2015b, p. 25) assevera que o jornal é importante para a investigação, pois, por meio dele, “[...] podemos visualizar, além das cenas do cotidiano, as atividades comerciais, os valores [da sociedade], a política etc.”. Na mesma linha, Mariana Picoli (2009, p. 13) enxerga riqueza nesse tipo de fonte, embora a considere perigosa, pois os jornais “[...] representam poderosos instrumentos de manipulação de interesses e intervenção na vida social e encontram-se atrelados a inúmeros interesses políticos, econômicos e culturais, etc.”.

Diversos trabalhos – Alexandre (2013); Franco (2015b); Pimenta (2011) – tratam a história das doenças a partir do uso de periódico como fonte. Do mesmo modo, seguiremos as noções conceituais e metodológicas propostas por Francisco Carlos Jacinto Barbosa (2004, p. 76), que afirma que, ao estudar a história das doenças, devemos observar não apenas o que foi noticiado, “[...] mas também o “lugar social de quem escreveu”.

Em relação ao *Correio da Victoria*, segundo Jória Motta Scolforo (2011), seu primeiro número circulou em 17 de janeiro de 1849. Era de propriedade de Pedro Antonio de Azevedo, também seu redator.

Para José Carlos Mattedi (2010), o jornal apresentava um editorial conservador, alinhado com o governo da província, portanto estava “a serviço” das elites e do *status quo* de um grupo hegemônico.

A febre amarela

Sabe-se que, no século XIX, inúmeros surtos epidêmicos surgiram com grande intensidade. Eles se espalharam por todos os continentes, resultando em um grandioso número de mortos e provocando pânico e pavor no seio das populações atingidas. No Brasil, como já comentamos, surtos epidêmicos existiram desde o período colonial, no entanto foi no Oitocentos que as epidemias tomaram proporções descomunais. Segundo Kaori Kodama (2012), as epidemias de febre amarela e cólera foram responsáveis por muitas mortes, o que levou o Estado a enxergá-las como um problema que necessitava de uma maior atenção pública⁴⁸.

48. Antes dos grandes surtos epidêmicos do século XIX, as ações de combate às doenças ficavam a cargo das irmandades, sobretudo as que organizaram Santas Casas, ou da filantropia de membros da sociedade. Sobre essa questão, indicamos a leitura de Laima Mesgravis

No momento em que essas epidemias começaram a aparecer com forte intensidade no Brasil, já eram conhecidas em outras partes do mundo. Bérenger-Féraud (1890) assegura que, em 1495, circulavam notícias acerca da febre amarela, quando do contato entre colonos europeus e nativos da América. Miguel Bustamante (1957) confirma que a doença era conhecida antes do aparecimento dos espanhóis na América. Também Odair Franco (1969), ao relatar a sua presença no Recife no ano de 1685, assinala que, no Brasil, já se tinha ciência dessa enfermidade desde os tempos coloniais.

A despeito de relatos anteriores de casos da enfermidade – ou de um quadro de sintomas análogo ao dela –, a febre amarela (também usualmente nomeada “vômito negro”) teria surgido no Brasil, segundo Chalhoub (1996), no ano de 1849, na Bahia, trazida pela embarcação denominada *Brazil*, vinda de Nova Orleans, que havia feito escala em Havana, Cuba, onde a doença já havia se manifestado. Para Rego (1851), foram marinheiros vindos da Bahia que a espalharam pelo Império no final de dezembro de 1849. No início de 1850, a febre amarela já estava presente em muitas províncias brasileiras, como Alagoas, Paraíba, Pará, Maranhão, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e São Paulo. Nesse mesmo ano, chegou ainda ao Espírito Santo.

De acordo com Chalhoub (1996, p. 61):

As estimativas indicam que mais de um terço dos 266 mil habitantes do Rio contraíram febre amarela no verão de 1849-1850. O número oficial de mortos nesta primeira epidemia chegou a 4.160 pessoas, mas tudo indica que o total indicado foi consideravelmente subestimado. Houve quem falasse em 10 mil, 12 mil, 15 mil vítimas fatais.

Na corte, segundo Adèle Toussain-Sanson (2003, p. 93), o número de mortes foi tão grande que “[...] grandes procissões corriam todos os dias para pedir a Deus o fim do flagelo”.

O jornal *Correio de Victoria* também evidenciou a situação, em 9 de fevereiro de 1850, em uma carta da secretaria do governo da Bahia ao presidente da província do Espírito Santo, Francisco Gonçalves Martins:

(1976): *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599?-1884): contribuição ao estudo da assistência no Brasil*.

Esta provincia continua tranquilla, mas o estado de soffrimento, a que a tem levado uma febre epidemica, que a mais de dous mezes reina na capital, e tem invadido algumas cidades e villas do reconcavo da beira do mar, tem perturbado de alguma sorte os espiritos, e affectando muitos milhares de individuos ha feito muitas victimas, principalmente entre os estrangeiros não aclimatados, e dentre estes os maritimos, não sendo exagerado quando assevero á V. Ex. que tem perecido perto de tresentos estrangeiros, e quatrocentos nacionaes, havendo destes sido affectados para cima de oitenta mil [...] (CORREIO DA VICTORIA, 9 fev. 1850, f. 1).

A doença não poupou nem a família imperial, que vivia no Brasil e sofreu também o devastador impacto da epidemia com a morte do único filho ainda vivo do imperador D. Pedro II, D. Pedro Afonso, no Rio de Janeiro, conforme noticiado no *Correio da Victoria* em 30 de janeiro de 1850:

Transido de maior dôr annunciamos aos nossos leitores que, pelo correio hontem chegado, recebemos a infausta noticia do fallecimento de S. A. Imperial o Sr. D. Pedro Affonso [...]

Porem desde manhã começou á inquietar-se, impertinente e algum tanto febril [...]. Das 6 para as 7 horas começou novo acesso e as 7 ½, quando ia para o banho, antes que se despisse, começou um ataque de convulsões e perda de sentidos (CORREIO DA VICTORIA, 30 jan. 1850, f. 1).

Como a febre amarela se desenvolveu em outras províncias antes de chegar ao Espírito Santo, a população local já sabia da sua existência e dos danos que estava provocando Brasil afora. A atitude de medo e prontidão, não raro, repetia-se em várias partes do mundo e, no Brasil imperial, igualmente fora vista com outras epidemias, como o cólera, por exemplo. O *Correio da Victoria* (6 mar. 1850, f. 5) noticiava que, na corte, o governo imperial estava envidando esforços no intuito de evitar que a doença tomasse grandes proporções: “A febre amarella manifestou-se na côrte, a respeito della são divergentes as opiniões dos medicos. O governo imperial tem sido incançavel em dar as providencias precisas a fim de atalhar tão grande mal”.

No mês de maio, o mesmo jornal (CORREIO DA VICTORIA, 15 maio 1850, f. 2) noticiava o caráter assustador da epidemia no Pará. Em junho, pu-

blicou texto sobre a presença da febre amarela na Paraíba e no Maranhão. Em setembro, o jornal reportou-se ao estrago que a febre amarela tinha feito no Recife no mês de agosto, onde muitas pessoas adoeceram e acabaram morrendo (11 set. 1850, f. 3). Noticiaria, ainda, a ocorrência do surto epidêmico na Bahia, na Paraíba, no Maranhão (1º jun. 1850, f. 2) e em São Paulo (3 jul. 1850, f. 2).

A notícia da presença da epidemia em diversas províncias brasileiras fez com que algumas providências fossem tomadas no intuito de tentar impedir a sua chegada ao Espírito Santo. Como noticiou o *Correio da Victoria* (16 fev. 1850, f. 2), a determinação dada ao comandante da Fortaleza de São Francisco Xavier da Barra (Vila Velha) foi de que impedisse todas as embarcações vindas das províncias do Norte de “[...] comunicação com a terra, até serem visitadas pelo provedor da saúde, á quem mandará immediatamente communicar por constar officialmente que naquellas provincias reina na actualidade uma febre epidemica”. Três meses depois, o veículo noticiara outras ações que visavam conter a chegada do mal:

[...] o Sr. presidente da provincia procurou prevenir a importação da epidemia, estabelecendo a mais rigorosa quarentena aos navios entrados da Bahia e Pernambuco [...] e, sob proposta da comissão sanitaria de zelosos facultativos por elle nomeados, mandou proceder ás desinfecções chloricas em todas as ruas e praças da capital, assim como em todos os navios existentes no porto. A camara da capital trata e prosegue na limpeza das mesmas ruas e praças. Nada, porem, foi bastante para impedir que o mortifero mal nos viesse tão profundamente visitar (CORREIO DA VICTORIA, 15 maio 1850, f. 2).

Segundo José Teixeira de Oliveira (2008), as primeiras notícias da epidemia no Espírito Santo surgiram em novembro de 1850, na região sul da província. Para César Augusto Marques (1878), ela chegou via cidade de Campos, no Rio de Janeiro, vizinha à porção sul do Espírito Santo. Da mesma forma que Marques, o presidente da província afirmava, em seu relatório, que a febre amarela teria chegado pela cidade de Campos. A epidemia logo se espalhou. Em Vitória, a capital, teria feito “[...] desastrosa residencia por quasi cinco mezes consecutivos, causando estragos, promovendo o lucto, e a tristeza, e ceifando em toda a provincia mais de 200 vidas” (ESPÍRITO SANTO, 23 maio 1851, p. 14).

Na coluna Expediente, o *Correio da Victoria* noticiava que, por iniciativa da Câmara Municipal de Vitória, estava distribuindo um folheto contendo informações acerca da febre amarela, fazendo a descrição da doença, assim como “[...] observações relativas, tanto ao seu character, marcha e terminação, como do seu tratamento, lesões cadavericas e prognostico” (24 ago. 1850, f. 2). Informava, ainda, que esse mesmo folheto havia sido enviado ao provedor da saúde do porto de Vitória, ao provedor da Santa Casa de Misericórdia e às câmaras das cidades de Serra, Barra de São Mateus, Guarapari, Itapemirim.

Conforme visão preponderante na medicina oficial, a maioria dos médicos da época acreditava que a febre amarela era provocada pelos miasmas, por gases pútridos (CORBIN, 1987). Segundo Franco (2015a, p. 78), para a medicina oficial, esses gases “[...] originavam-se da decomposição de matéria orgânica encontrada nos montes de lixo existentes nas ruas, valas, esgotos, matadouros, chiqueiros de porcos, peixarias, curtumes, igrejas, onde se enterravam os mortos”.

Alguns médicos, como foi o caso do francês Mathieu François Maxime Audouard, acreditavam, ainda, na ideia de castigo divino como causador da doença, motivado pelo “tráfico de carne humana”, como assinalou Kaori Kodama (2009). Para a autora:

Embora de modo distinto daquele seguido pelos médicos brasileiros antes da epidemia, Maxime Audouard defenderia a idéia de que a causa da febre seria a emanação pútrida nos navios negreiros, auxiliada pelo clima quente. A diferença entre uma perspectiva e outra estava justamente na causa originária da doença. Além disso, os médicos, no Brasil, tinham reservas quanto à mistura com a ideia de contágio realizada pelo francês (KODAMA, 2009, p. 17).

Outras causas ainda eram apontadas pela medicina oficial como responsáveis pelo aparecimento de um surto epidêmico, como: os desregramentos, as paixões deprimentes, o excesso de trabalho, a exposição excessiva à umidade ou ao calor, a ingestão de alimentos de forma exagerada, não esquecendo, obviamente, o papel fundamental que tinha a atmosfera nesse processo, como apontava José Pereira Rego (1872).

Temos, ainda, explicações difundidas pela população e por parte da Igreja que tributavam a origem da epidemia aos pecados da humanidade,

como bem pontuou Delumeau (2009) em relação a outros surtos epidêmicos ocorridos fora do Brasil. No caso do Espírito Santo, também se acreditava nessa tese:

[...] o que é a febre amarella? É o Anjo da morte que Deos enviou a esta cidade, é o enviado da justiça de Deos, que pairando ha dous mezes sobre esta população, abaixa o dedo e aponta hoje sobre esta casa, amanhã sobre aquellas, e os seus moradores caem mortos ou feridos (CORREIO DA VICTORIA, 5 jun. 1850, f. 3).

Havia, portanto, necessidade de se recorrer aos céus para que a epidemia fosse embora, como bem relatou o presidente provincial do Espírito Santo, José Bonifácio Nascentes d'Azambuja, fazendo alusão ao fato de que, tão logo a febre amarela chegou à província, a população foi tomada de terror e, para se livrar do terrível mal, realizou procissões e preces (ESPÍRITO SANTO, 1852).

Havia os que advogavam a ideia da doença motivada por fatores ligados à natureza, mas não a dissociando da questão divina, como se pode observar a seguir:

Pelo menos nos hades conceder que é possível que essa Providencia que governa os phenomenos do mundo physico, se possa servir desses phenomenos do mundo physico para o governo do mundo moral: para dirigir a consciencia do homem, pelo menos nos hades conceder essa possibilidade: e portanto concluir com nosco, que é possível que a peste mortifera que tanta gente lança morta por terra no Rio de Janeiro, seja um acto sim da natureza, um phenomeno natural; porém dirigido, combinado, preparado e mandado pela mão da Providencia: que a febre amarella seja um flagello da justiça de Deos (CORREIO DA VICTORIA, 8 jun. 1850, f. 3).

Como a febre amarela já havia se manifestado em outros países, de certa forma se tinha conhecimento sobre a doença, com indicações quanto a causas, sintomas e medicamentos indicados para sua cura. Encontramos, por exemplo, um anúncio no *Correio da Victoria* com indicação da medicação recomendada quando o indivíduo apresentasse os sintomas da doença:

[...] logo que o enfermo se conheça affectado da febre deve tomar um globulo de *rhus*, mesmo na lingua para não demorar o effeito, e em duas horas fica perfeitamente bom, não precisando

mais resguardo; porem se já tiver a febre uma colher de sopa de 15' em 15' de *achonitum*, e se vierem os vomitos *nusvomica* e sendo criancinhas uma colher de chá no mesmo intervallo de tempo. Em quanto dura a febre nada se come, e á proporção que ella declina vae-se se espaçando o remedio, conservando, porem o doente sempre coberto para suar, e nos dois primeiros dias depois da febre alimentando-se unicamente com tres caldos sem gordura e brandos, passando depois á comer pouco e á miudo na convalescença, notando que as rechidas são más (CORREIO DA VICTORIA, 29 maio 1850, f. 3).

Outras providências eram ainda indicadas, como quando o *Correio da Victoria* elencou uma série de precauções para se evitar contrair a doença, dizendo que eram conselhos emanados da Academia Imperial de Medicina, na efetiva intenção de lhes dar maior credibilidade. Eis as recomendações:

1º Evitar a ingestão de comidas grosseiras ou de difficil digestão, apimentadas ou sobrecarregadas de temperos excitantes. 2º Abster-se em geral do uso de bebidas alcoolicas, excitantes, e bem assim dos purgantes drasticos como é o *leroy* e outros deste genero. 3º Não submeter-se a acção prolongada do sol. 4º Não promover o cansaço, nem entregar-se a penosas fadigas. 5º Dar passeios brandos e por lugares arejados. 6º Fazer uso repetido de banhos, e de bebidas acidas e refrigerantes. 7º Mudar de roupa o mais frequentemente que for possivel. 8º Finalmente conservar a maior limpeza do corpo, e do interior de sua habitação (CORREIO DA VICTORIA, 13 mar. 1850, f. 4).

Os sintomas da doença também eram assinalados:

[...] febre principia por ligeira dôr de cabeça, pelos membros abdominaes, enfraquecimento e incommodidade de toda a economia, elevação de temperatura, prostração de forças, diminuição de faculdades intellectuaes e abatimento de espirito, face espantada, sensação incommoda no epigastrio, que hora alivia pelo apparecimento de alguns vomitos, ora cedendo seu lugar a uma gastralgia, os pommulos ao começo se tornão rubros, o pulso cheio mas não duro, a pelle arida, e se a aridez continúa seguem-se o abatimento do pulso, lingua branca, saburrosa e larga,

os olhos tornão sensíveis á luz e as conjunctivas injectadas, algumas horribilações nos primeiros tres dias, e todo este cortejo de symptomas cedendo em geral e promptamente aos evacuantes e sudorificos (CORREIO DA VICTORIA, 13 mar. 1850, f. 4).

Em outra edição do veículo, tomamos, uma vez mais, contato com seu interesse de mostrar ao público a sintomatologia da epidemia e seus males:

A febra flava, febre toxica, febre amarella ou typho icterodis é originaria do Sul da America Ingleza, tem tres periodos: 1.º tres dias antes vem dôr de cabeça, de lombos, joelhos e pernas; fastio, laxidão do corpo e affecção asthmatica. Depois apparece a febre com horripilação: o pulso é cheio, de ordinario duro: as carotidas pulsão visivelmente: a respiração curta. [...] 2.º periodo: o pulso faz-se mole e tardio, vem a ictericia, vomito, e delírio; o rosto, o peito e as extremidades ficão roxas; crescem os vomitos, o estomago não póde conservar cousa alguma, uns lanção sangue, [...] somno nem um; debilidade summa; não pedem os enfermos estar deitados: perguntados como estão, respondem que nada sentem [...]. 3º periodo: se antes deste periodo ha remissão dos symptomas, o enfermo tem esperança de vida [...]. Os que chegão ao terceiro periodo sem alívio, todos morrem (CORREIO DA VICTORIA, 17 abr. 1850, f. 2).

Os médicos da época acreditavam que a doença se desenvolvia em “estágios”. Em um primeiro momento, manifestar-se-iam dores de cabeça e também na região lombar, nos joelhos e nas pernas. Em seguida, a doença evoluiria para a febre propriamente dita, quando a respiração ficava mais curta e a língua úmida e embranquecida. Nesse estágio, haveria tendência à sonolência, e as dores se intensificariam, ficando os olhos avermelhados. As fezes tornavam-se duras, a pulsação diminuía, a pele ficava “amarelecida”, somente o peito e o pescoço ficavam vermelhos. Apareceriam ainda os vômitos e os delírios. Essa fase teria duração de sete a oito dias. No terceiro estágio, as extremidades tendiam a tornar-se frias e roxas, e a respiração, ofegante; a palpação do coração aumentava. Em seguida vinha a perda da fala e a asfixia, que levava o doente a óbito (CORREIO DA VICTORIA, 17 abr. 1850, f. 3-4).

A febre amarela logo se espalhou pela província. O presidente José Felippe Pereira Leal informou que, assim que a doença chegou à capital,

Vitória, espalhou-se para outras localidades, como Itapemirim, Benevente (atual Anchieta), Guarapari, Santa Cruz, Barra de São Mateus (atual Conceição da Barra) e São Mateus (ESPÍRITO SANTO, 1851). Evaristo Ladislau e Silva, outro presidente provincial, afirmava que a epidemia teria chegado a Linhares em 1852.

Assim como ocorreu em outras províncias e na própria corte, quando se avizinhava a chegada da epidemia, as autoridades constituídas tomavam providências no intuito de evitar tal perigo ou, se esse fosse inevitável, socorrer a população afligida, tentando impedir que a doença tomasse maiores proporções.

No Espírito Santo, o presidente provincial, quando a epidemia se tornou uma realidade, nomeou o farmacêutico Felipe Pornin e o cirurgião-mor Francisco Barata para atender aos doentes. Na medida em que a epidemia foi recrudescendo, solicitou-se ao governo imperial o envio de um médico (ESPÍRITO SANTO, 1852).

Certamente o número apontado pelos presidentes da província em relação aos mortos por essa epidemia longe deve estar do real. Segundo Franco (2015a, p. 92): “Esses dados são bastante incorretos, porque o registro se perdeu ou ainda porque muitas mortes motivadas por certas doenças não foram devidamente registradas”.

Que grupo social foi mais atingido pela epidemia de febre amarela?

Os dados registrados pelo único jornal existente na província e pelos relatórios presidenciais não são suficientes para que possamos afirmar, de forma categórica, que estrato social foi mais atingido. Mais uma vez recorremos a Franco (2015a), que, pesquisando em outras fontes além das que estamos utilizando aqui, chegou à conclusão de que a população litorânea foi a mais castigada, pois as localidades apontadas pelo presidente da província estavam situadas no litoral (ESPÍRITO SANTO, 1852). Embora todos fossem atingidos indistintamente, a população mais empobrecida foi de fato a principal vítima da doença, porque vivia em locais onde as condições de higiene eram precárias, tinha uma alimentação pobre em proteínas e em quantidade e era submetida ao cansaço físico na luta diária pela sobrevivência⁴⁹. Nas epidemias

49. A grande maioria da população da província do Espírito Santo pertencia a estratos sociais desprivilegiados economicamente. Viviam pobremente da agricultura de subsistência ou da pesca. Arion Mergár (2006) e Raphael Americano Câmara (2013) detectaram, em suas pesquisas, que a maioria absoluta dos personagens presentes nos autos criminais no século XIX (réus,

da febre amarela dos anos de 1854, 1859 e 1873, os imigrantes estrangeiros também constituíram significativo número dos falecidos⁵⁰.

Interessante destacar que dado semelhante foi apontado por Rego (1851). Ao se referir aos mortos pela febre amarela no Rio de Janeiro, o autor afirma que marinheiros, imigrantes e moradores das áreas litorâneas foram as maiores vítimas da epidemia por pertencerem a estratos sociais economicamente desprivilegiados.

O cólera

Em relação ao conhecimento do cólera, a situação não foi diferente daquela que se apresentou com a febre amarela. A doença, que há milênios grassava na região do Ganges, na Índia, no momento de sua chegada ao Brasil, em 1855, já havia percorrido a Europa e outros continentes ao longo do século XIX. Richard Evans (1995) nos fala que, antes do grande surto que atingiu o país, o cólera já tinha se manifestado em dois outros momentos: entre 1817 e 1823, quando atingiu o sudoeste asiático e a costa oriental da África; e entre 1826 e 1837, quando atravessou a Europa e o norte do continente africano e chegou até a América do Norte. Aqui, ele teria surgido num terceiro surto, entre 1841 e 1859, atingindo, além do Brasil, toda a América do Sul e Central.

Antes de chegar a terras capixabas, a doença percorreu diversas províncias. Inicialmente, ela teria chegado a Belém, no Pará, pela embarcação denominada Defensor, que trazia colonos para trabalhar na Companhia de Navegação e Comércio do Amazonas.

Do Pará a doença se espalhou pelo Amazonas e Maranhão (DINIZ, 1997) e, da região Norte, teria se deslocado para a Bahia, em julho de 1856 (DAVID, 1996). De acordo com Franco (2015b), nesse mesmo mês, o cólera teria chegado ao Rio de Janeiro. Em outubro, aportou no Rio Grande do Sul e, em novembro, chegou às províncias de Sergipe, Alagoas, Paraíba, Rio Grande do

vítimas e testemunhas) era formada por pequenos lavradores e escravos, o que justifica serem as pessoas desses estratos sociais a maior parte das vítimas da epidemia.

50. Convém destacar que a imigração estrangeira para a província do Espírito Santo se constituiu a partir de 1847, crescendo vertiginosamente a partir da década de 1870, como pontua Gilda Rocha (1984).

Norte, Pernambuco e Espírito Santo. Segundo Lycurgo Santos Filho (1949), entre 1855 e 1856, teria matado mais de 200 mil pessoas no Brasil.

O único jornal em circulação na capitania do Espírito Santo nos dá a informação de que a população local sabia da existência da epidemia, que já fizera muitas vítimas em outros países e em outras províncias brasileiras. Tais notícias nos levam a crer que os capixabas, sobressaltados com a terrível epidemia, estavam receosos de sua chegada. Segundo André Luis Lima Nogueira (2016, p. 229):

Dado sintomático a corroborar tal percepção é que logo no primeiro ano da publicação do *Correio da Victoria* (1849), portanto, aproximados seis anos da presença efetiva da “epidemia reinante” na Província, as primeiras notícias vindas da Europa e dos Estados Unidos seriam veiculadas, dando ao leitor capixaba (e aos ouvintes das notícias do jornal) a dimensão do assombro e da dramática experiência do cotidiano do cólera.

Em agosto de 1849, o *Correio da Victoria* fez alusão aos grandes efeitos do cólera na cidade de Paris, apresentando o dado assustador de 672 mortes por dia naquela cidade (CORREIO DA VICTORIA, 18 ago. 1849, f. 3). Depois de ter atingido a França, a epidemia chegou aos Estados Unidos, ocasião em que o veículo conclamou a população a jejuar e fazer oração pedindo a misericórdia celeste (CORREIO DA VICTORIA, 27 out. 1849, f. 4).

O *Correio da Victoria* noticiou também a passagem do cólera em províncias brasileiras antes de aportar na capitania do Espírito Santo. “No Pará reina actualmente uma terrível epidemia que leva ao túmulo 20 pessoas por dia! Alguns querem que seja a *cholera morbus*, e outros chamão-a *cholera spasmodica*, ou *cholérina*” (CORREIO DA VICTORIA, 28 jul. 1855, f. 3). Notícias sobre a passagem da doença na Bahia e no Rio de Janeiro também foram divulgadas pelo citado jornal. Quanto mais relatos apareciam da ocorrência da epidemia em outras províncias, mais assustada ficava a população local, que antevia a chegada próxima do mal. Prova disso é uma carta enviada ao redator do *Correio da Victoria*, que foi publicada a pedido com o seguinte conteúdo:

Misericórdia! A senhora D. colera-morbus prestes está a nos visitar, se por infelicidade nossa assim acontecer, terá talvez de desembarcar no caes do Santissimo e hospedar-se na igreja

matriz onde unida a sua inseparável companheira (a podridão) percorrendo todas as mais igrejas e catacumbas dessa cidade, se armará de força para combater não só os habitantes da cidade como os demais da província (26 set. 1855, f. 4).

A preocupação com a proximidade do cólera era tanta que a autoridade maior provincial informava pelo jornal, na Parte Oficial, que solicitara ao ministro do Império o envio de médicos e medicamentos, por “recessar a invasão” da epidemia (CORREIO DA VICTORIA, 17 out. 1855, f. 1). Parece-nos que, nesse momento, foi realizada uma parceria entre os governos imperial e local, pois, para o Espírito Santo, enviaram-se, além de medicamentos, quatro médicos e dois acadêmicos, o que, na opinião do vice-presidente da província, o Barão de Itapemirim, era suficiente para socorrer a população atingida pela doença (CORREIO DA VICTORIA, 30 nov. 1855, f. 2).

A epidemia não tardou a chegar. Em final de novembro, tornou-se uma realidade, assim noticiada pelo *Correio da Victoria*:

Não são boas as notícias que nos vierão de Benevente e Piuma; a epidemia vae augmentando consideravelmente, e algumas pessoas tem succumbido. — Os recursos faltão, o povo desanima, e o terror se espalha por toda a parte... Cumpre pois não deixar-se aquella parte da provincia entregue aos horrores de uma epidemia (21 nov. 1855, f. 2).

O jornal noticiava o pavor que tomava conta da população e das autoridades governamentais à medida que a epidemia se espalhava e o número de enfermos e mortos aumentava de forma significativa. Essas notícias revelam ainda tanto as providências tomadas pelo Estado para dar conta de combater a doença e evitar as mortes quanto a reação da população diante de um temível inimigo.

No dia 6 de fevereiro, foi noticiado que a epidemia estava fazendo grandes estragos no sul da província, onde mais de vinte pessoas haviam falecido e mais de cem encontravam-se enfermas pela doença. O jornal acusava a falta de estrutura para combater o cólera, enfatizando a inexistência de médicos, e afirmava que, em razão dessa peculiar situação, a população se estava valendo do expediente de buscar ajuda com curandeiros (CORREIO DA VICTORIA, 6 fev. 1856, f. 3). Em outras ocasiões, insistindo no argumento da falta de médicos, hospitais e medicamentos, o *Correio da Victoria* noticiara

que a população recorria ao que podia para enfrentar a epidemia: preces, procissões, curandeiros, remédios caseiros.

Celebrar-se-à no dia 5 de outubro proximo futuro, na capella da mizericorda, pelas 4 horas da manhã, uma missa solemne ao martir S. Sebastião, para que nos livre do terrivel flagello, que actualmente reina em algumas provincias do norte e côrte do Rio de Janeiro (CORREIO DA VICTORIA, 3 out. 1855, f. 4).

Buscando encontrar antídoto para o cólera, a população indicava receitas populares, como anunciado pelo jornal do dia 9 de abril de 1856:

Estando o cholera a fazer estragos nas villas de Reis Magos e Santa Cruz, e conhecendo os bons resultados da applicação da calda de limão, que tem feito *milagres* aconselho á esses povos esta applicação que todos podem fazer da maneira seguinte: Logo que a diarrhea, dor na barriga, ou vômito apparecer, ou outro qualquer symptoma, deve o doente tomar logo uma colher de sopa de calda do limão [...]. Em quanto se aplica o limão, se não da caldo nem comida, se tiver secura, quando pedir água, se lhe dê limão com água, uma parte de limão, e quatro de agua; se tiver vômitos pertinazes, se dê de meia em meia hora o limão e quando o mal for deminuindo, se vai espassando o remédio [...]. Com essa applicação facil e pronto, se tem curado muitos cholericos, e alguns em grande perigo; me parece nada haver melhor, quando aplicado logo no principio da moléstia (CORREIO DA VICTORIA, 9 abr. 1856, f. 4).

O jornal local também reproduzia notícias publicadas em outros países e províncias brasileiras acerca da epidemia, pois o cólera, como vimos, já havia se manifestado em diversas regiões do mundo desde o início do século XIX. Não podemos esquecer ainda que um bom número de médicos atuantes no Brasil, como Francisco de Paula Cândido⁵¹, havia estudado medicina em grandes centros da Europa, como a França, onde, em razão do aparecimento da epidemia de cólera, já havia mais informações quanto aos sintomas e às terapêuticas indicadas:

51. Esse importante médico era também lente da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e escreveu a obra: *Relatório acerca do cholera morbus precedido de considerações sanitárias relativas aos portos do Império*.

Os primeiros signaes precusores do cholera são ordinariamente: moleza geral, fadiga, cabeça tomada e dolorosa, vertigens, pallidez da face e dos labios, contracção e pressão no estomago, mãos frias, sensação de enfraquecimento e torpor dos dedos, pés frios e pezados, disposição á diarrhêa, com dejecções líquidas esverdinhas [...].

[Em seguida:] cahida rapida de todas as forças vitaes, impossibilidade de conservar-se em pé, ar perturbado, olhos encovados, lingua fria, frio glacial e cor azulada das mãos, da face e mesmo de todo o corpo, desanimo e desespero, oppressão do peito e do coração; com grande angustia e temor de suffocar se; cabeça tomada, entorpecimento do cerebro e dos nervos cerebraes, gritos e gemidos com voz profunda e rouca, dor ardente no estomago e na garganta, caimbras ou dores tractivas nas barrigas das pernas e em outras partes musculosas; sensibilidade mui dolorosa na boca do estomago ao tocar; muitas vezes auzencia de sede, de vomitos e de diarrhêa, muitas vezes tambem evacuações assaz frequentes [...].

[A seguir evoluiria para:] Vertigens, desmaios frequentes, diminuição do tacto, do ouvido, da vista, angustia, temor da morte, grande agitação, frio glacial de todo o corpo, pallidez cadaverosa da face, olhos encovados, amortecidos, semi-fechados, vista exprimindo o soffrimento, ar pensativo, labios azulados, sede excessiva, inextinguivel, desejo de bebidas frias, calor ardente na garganta, vomito ao principio dos alimentos ingeridos, depois de materias que, de mucosas e biliosas que são no começo, tornão-se logo leitezas ou semelhantes a agua de arroz, pressão e dores nos intestinos, voz fraca, enrouquecida, oppressão dolorosa no peito do estômago e da região precordial, respiração curta, caimbras ao principio nas extremidades inferiores, propagando-se depois ás extremidades superiores, assim como ao dorso, nuca, musculos abdominaes, aos intestinos e ao peito, supressão das secreções da orina, da saliva e da bilis; cahida rapida das forças até completa prostração.

[Na terceira e última fase:] Insensibilidade geral, suspensão da respiração, pulso lento, fraco, pequeno, intermitente, ou ausencia delle, face decomposta, cadaverosa, labios azulados, olhos encovados, vista fixa, frio de marmore, suor viscoso e frio por todo o corpo, voz rouca e fraquissima, e em fim a morte sobrem no meio de tremores convulsivos (CORREIO DA VICTORIA, 23 jan. 1856, f. 3).

Interessante destacar que essa descrição dos sintomas e estágios da doença deveria ter predominância entre os médicos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Teses apresentadas pelos alunos finalistas do curso dessa instituição apontavam, com pequenas variações, esses mesmos sintomas e fases do desenvolvimento da doença, conforme se encontram nos trabalhos dos formandos de medicina Henrique de Holanda Cavalcanti de Albuquerque (1856), João Antonio de Godoy Botelho (1863) e A. J. Soeiro de Faria (1856).

Ressaltamos que o jornal divulgava as notícias em consonância com o que pensavam as maiores autoridades da medicina oficial do país. Ao identificar os primeiros sintomas do cólera, o *Correio da Victoria* descreveu-os em sintonia com os escritos de uma das figuras mais importantes da medicina da época no Brasil, Francisco de Paula Cândido:

Molesa, prostração de corpo, especialmente de manhã e á noite, aborrecimento ou tristeza, dores vagas pelos membros, diminuição nas urinas, má digestão, ligeira vontade de vomitar, que se manifesta por intervallos, sendo algumas vezes acompanhada de ligeira dor immediatamente acima do embigo (CORREIO DA VICTORIA, 13 out. 1855, f. 2).

A que era atribuído o aparecimento da epidemia de cólera?

Enquanto parte da Igreja e da própria população buscavam no divino a explicação para tão terrível flagelo, a douta medicina e, conseqüentemente, o Estado atribuíam a doença à pobreza e à promiscuidade dos menos favorecidos economicamente. Nesse sentido, a teoria explicativa do infeccionismo⁵² tornou-se o discurso hegemônico na província do Espírito Santo, tal como acontecia na corte, conforme pontua Chalhoub (1996). A notícia veiculada pelo *Correio da Victoria* corrobora nossa afirmativa:

O aceio sempre foi uma condição essencial para a vida; porem hoje deve-se ter maior cuidado em traserse as casas, as roupas, tudo enfim muito limpo, muito aceiado. – A epidemia que reina

52. Havia no século XIX duas correntes que se digladiavam quanto à explicação para os fenômenos epidêmicos: os contagionistas e os infeccionistas. Chalhoub (1996) explica que, para os contagionistas, o ar pútrido era o responsável pelo aparecimento das doenças e estas eram transmitidas de pessoa para pessoa por toque de objetos contaminados. Já os infeccionistas acreditavam que a epidemia teria força de transmissão mais diretamente vinculada ao “ambiente”, entendido no século XIX em sentido amplo: “miasmas”, pressão atmosférica, sítios, altitudes, etc.

na Bahia e no Rio alimenta-se de miasmas, e de podridões; procura habitar no meio dos lugares fetidos, lodosos e immundos – He preciso pois tirar-se do meio de nós estes elementos que existem tão propios a alimentar-a. He preciso visitar-se estas viellas asquerosas, que se chamão rua da Banca Velha, do Estanque, da Lapa e do Piolho, &c: ahi nestas hidiondas moradas da miseria e da prostituição, respira-se um ar mephitico, e pestilente, vive-se na mais completa porcaria (6 out. 1855, f. 2).

Dessa forma, a limpeza passou a ser considerada ponto primordial para precaver-se contra a proliferação da epidemia, tanto que, dias após, o mesmo jornal se referiu à necessidade da limpeza das praias, praças e ruas, “[...] além das casas e quintaes dos pobres” (CORREIO DA VICTORIA, 10 out. 1855, f. 1). Segundo Nogueira (2016), essas notícias evidenciam “[...] a influência da Climatologia Médica [...] das vertentes infeccionistas na produção de explicações das causas da epidemia de cólera”.

Além da caracterização do ar pútrido e dos pecados mundanos cometidos pela população – que por isso era castigada por Deus – como causadores do aparecimento das epidemias, havia ainda outra explicação, que se referia ao uso dos corpos. Os maus hábitos, os exercícios extenuantes, o excesso de bebidas alcoólicas, a promiscuidade, o desregramento sexual, as paixões da alma, o abatimento e a melancolia contribuiriam para minar os corpos e criar um campo fértil para a proliferação da doença.

Conforme asseveram Nelson Sanjad (2004) e Lorelai Kury (1990), a partir do crescimento dos surtos epidêmicos no século XIX no Brasil, foi se consolidando a ideia de que os comportamentos desviantes e a falta de cuidado dos pobres seriam importantes agentes de disseminação das epidemias. Daí, então, os higienistas e o Estado começaram a ter como foco o asseio das ruas, das casas e das pessoas, e os pobres passaram a ser sua maior preocupação. Segundo José Gondra (2004), desse momento em diante, propagava-se que era preciso evitar os desvios da população para reordenar a saúde e a moral da cidade, e que tal intento só seria atingido pela razão médica e pela razão higiênica, pois apenas assim não se teria uma “cidade doente”⁵³.

53. A partir dos surtos epidêmicos, os higienistas ocuparam importante espaço e, gradativamente, foram interferindo na política do Estado no intuito de tentar normatizar os hábitos da população de acordo com prerrogativas médicas, o que não significa que tal intento tenha sido atingido.

Como já dissemos, a epidemia chegou à província do Espírito Santo em novembro de 1855 e rapidamente se espalhou por toda a região. Sua temporalidade não foi muito extensa, com duração de cerca de seis meses. A intensidade, o pânico, o medo, os estragos causados por essa epidemia fizeram com que o Correio da Victoria noticiasse cotidianamente informações acerca da doença. Em diversas seções, como Notícias Diversas, Parte Oficial, Publicações a Pedido, Anúncios, podia-se ler sobre o desenvolvimento do cólera na província.

Essas notícias buscavam informar a população sobre a ação do Estado no combate à epidemia, apresentando as medidas tomadas para evitar que a doença se espalhasse, assim como sobre o modo de se prevenir ou de se curar da doença. Dessa forma, medidas sanitárias eram recomendadas, a sintomatologia da doença era indicada, “conselhos” médicos, pontuados, receitas para combater o mal, divulgadas, conforme já foi pontuado. A população também se utilizou da imprensa para criticar a omissão ou a inoperância do aparelho estatal em solucionar tão grave problema. A dificuldade do Estado em garantir a limpeza e higienização da cidade, a falta de controle sobre a comercialização dos produtos comestíveis, a quarentena para evitar a chegada da doença por via marítima, a conclamação de todos para pedir socorro aos céus, a negligência de médicos, de delegados e mesmo de religiosos que evitavam contato com os doentes e fugiam com medo da epidemia, não cumprindo suas obrigações, foram algumas das notícias veiculadas no *Correio da Victoria*.

Em dezembro de 1855, um morador da capital da província usou o jornal para se queixar da inobservância da quarentena da embarcação *Espadarte*, que havia chegado com tripulantes doentes de cólera. O Regimento das Medidas Sanitárias dos Portos do Império exigia que embarcações vindas de lugares onde a doença já havia se manifestado ou que transportassem tripulantes doentes deveriam ser colocadas em quarentena. O queixoso afirmava que nada disso estava sendo cumprido e que a tripulação da embarcação estava tendo contato com moradores da cidade. Em tom sarcástico, o “Observador” dizia: “Que boa forma de fazer-se quarentena”, que as autoridades fiscais locais preferiam dormir o “sono da indiferença” a tomar uma atitude séria e fazer respeitar o Regimento das Medidas Sanitárias dos Portos (CORREIO DA VICTORIA, 29 set. 1855, f. 4).

Às prefeituras cabia garantir o asseio das vias públicas e exigir a limpeza dos quintais particulares. Era ainda de sua responsabilidade zelar pela higiene da comercialização dos produtos comestíveis, assim como controlar

a majoração dos preços. Inúmeras foram as reclamações que encontramos na seção A Pedido, da qual se utilizavam moradores, em especial da capital da província, para mostrar insatisfação com a omissão do aparelho estatal.

Sobre o aumento no preço dos comestíveis, veiculou-se no *Correio da Victoria* a seguinte notícia:

Não basta a epidemia para nos flagellar, a falta de generos de primeira necessidade eh tão bem um flagello! A carne verde só se vende aos amigos, e aos *grandes* da terra! As gallinhas são atravessadas logo na pedra do Lasaro, e se *milagrosamente* escapão d'ahi, são todas compradas por alguém do *Porto dos Padres* [importante área comercial], para revender por 4 e 5 patacas! Acuda-nos, por amor de Deos, Sr. fiscal; Valha-nos por quem he, pois assim morremos á fome, se escapar-mos da *bicha* (5 dez. 1855, f. 3).

O desabastecimento e a carestia em tempos epidêmicos foram uma realidade em outras regiões do Brasil. Jucieldo Ferreira Alexandre (2010) nos fala de fatos semelhantes ocorridos no Rio Grande do Norte e no Ceará, quando da passagem do cólera naquelas províncias no século XIX.

O desleixo dos fiscais municipais de Vitória em relação ao controle da higiene da cidade não passou incólume às críticas dos moradores. O medo de que a epidemia se alastrasse pela sujeira e pelo ar infecto – os temidos miasmas – levou à circulação de notícias no *Correio da Victoria* fazendo alusão à imundície das tavernas, das casas de comércio, dos animais que eram abatidos no meio da rua e cujas entranhas eram jogadas ao ar livre, dos alimentos apodrecidos que eram comercializados:

Visite-se estas *vendas* acanhadas, onde se encontra muito peixe em putrefação, onde muitos generos alimenticios são de pessima qualidade. Não se espere que os moradores destas miseravois baiucas fação por si aquillo que seo próprio interesse lhe está ditando; não, porque elles nunca o farão, ou por ignorancia, ou por falta de meios. O governo mande visitar estas casas, e aceial-as por sua conta: he uma despesa pequena, e grande que seja não deve ser rasão para não se lançarmão dela. Não entendemos de economias quando se trata da saude, e da vida do povo.

Algumas medidas tem sido tomadas pelo Sr. Dr. chefe de policia, e outras consta-nos que se vão tomar. O Sr. Fiscal vae tambem se compenetrando de seus deveres, porem não basta ainda o que se tem feito, falta muito, falta tudo CORREIO DA VICTORIA, 6 out. 1855, f. 2).

A negligência de autoridades policiais, de médicos e de religiosos também foi alvo de críticas e acabou aparecendo no jornal. Em 5 de dezembro, foi estampada a notícia de que o cirurgião Rufino Rodrigues Lapa e um delegado de policia fugiram com familiares para localidade bem distante de onde a doença havia se manifestado:

No estado melindroso em que se acha esta villa, não podemos deixar passar em silencio o comportamento do cirurgião Lapa, nomeado pela presidencia da provincia para membro da comissão de saude deste municipio. Este cirurgião devendo ser o primeiro á animar e a não abandonar os habitantes da villa na presente conjunctura, pelo contrario dois dias depois de receber a respectiva nomeação retirou-se para a fazenda Muqui onde se conserva á muitos dias; deixando o mesmo como delegado de policia de prestar-se na presente quadra!

Também é digno de censura o procedimento que tivera o subdelegado de Piuma Alexandrino Pires Martins quando ali appareceu a epidemia reinante, pois nos consta que fora elle o primeiro que se refugiara para a villa nova de Benevente.

Escrevendo estas linhas é nosso fim fazer conhecer ao publico de que quilate são os empregados de policia desta desditosa comarca (CORREIO DA VICTORIA, 5 dez. 1855, f. 3).

Religiosos, assim como apontou Jean Delumeau (2009), referindo-se a momentos pestíferos ocorridos na Europa, também negligenciavam suas funções com medo da terrível doença na província do Espírito Santo:

[...] propagou-se a opinião de que o mal era contagioso, [...] tal que aquellas pobres victimas parecêrão abandonadas e sem socorro algum. O proprio vigario recusou-se a administrar-lhes os Sacramentos, e prohibio até que fossem enterrados no cemiterio

da freguezia. Imitado este pessimo exemplo por alguns fazendeiros que tinham cemiterios, forão os cadaveres sepultados no campo (CORREIO DA VICTORIA, 3 nov. 1855, f. 2).

O governo imperial, em tempos epidêmicos, buscava socorrer a população afligida, mas o crescimento do número de vítimas levou muitas vezes a que os residentes não se omitissem e passassem a criticar de forma contundente as autoridades governamentais.

Alguns habitantes das localidades atingidas pela “peste” utilizaram-se da imprensa no intuito de solucionar o problema do atendimento aos doentes, já que o Estado não dava conta de atendê-los, como foi o caso dos moradores de Itapemirim, que, “[...] incredulos a respeito das providencias do governo”, montaram por conta própria uma enfermaria para atender aos indigentes atacados pelo cólera (CORREIO DA VICTORIA, 22 dez. 1855, f. 3). Os moradores denunciavam, por meio de um abaixo-assinado, a inoperância dos governantes:

[...] que a unica enfermaria existente nesta villa [...] e a mesma creada por esmolos dos habitantes, d’este municipio, a qual acha-se funcionando desde 17 de novembro do anno p. p. sem que até hoje nela se tenha recebido o minimo soccorro do governo provincial.

Por falta de commodos foi transferida esta enfermaria do sobrado prestado generosamente pelo Rvm. vigario da freguezia o padre e Sr. João Felipe Pinheiro, para o que lhe foi concedido pelo Exm. Sr. Barão de Itapemirim.

Por tanto o facto desta mudança não pôde authorisar a pessoa alguma a entender pela leitura do expediente da secretaria do governo da provincia de 26 de dezembro findo, transcripto no Correio da Victoria nº 102 de 29 do mesmo mez, que nesta villa acha-se montada outra enfermaria para indigentes atacados da epidemia reinante (CORREIO DA VICTORIA, 19 jan. 1856, f. 4).

O número de mortos no Brasil pela epidemia de cólera foi alarmante, se computarmos as vítimas de todas as províncias⁵⁴. Assim como ocorreu em

54. Para saber o número dos mortos nas diferentes províncias brasileiras, indicamos as seguintes leituras: David (1996) em relação à Bahia; Diniz (1997) para Pernambuco; Rodrigues

relação à febre amarela, a maioria dos óbitos foi de membros dos estratos menos privilegiados economicamente. Em sua pesquisa em relação ao cólera na província do Espírito Santo, Franco (2015b, p. 179) chegou a essa mesma conclusão, ao analisar relatos dos médicos que atuaram na província quando se desenrolou a epidemia. De um total de 506 mortos identificados, “[...] 301 [eram] livres e 205 escravos, [...] 293 [eram] pardos e negros, 75 [eram] brancos e 25 índios ou tapuios”. Não podemos esquecer que a grande maioria dos negros (escravos ou libertos) eram pobres, assim como os índios e muitos homens brancos do Brasil do século XIX. A historiadora Mary Karasch (2000, p. 207) aponta que a alimentação e a habitação precárias, os castigos físicos, o trabalho exaustivo “[...] criavam indiretamente as condições nas quais uma moléstia contagiosa espalhava-se rapidamente pela população escrava” e pela população mais empobrecida.

Considerações finais

Foi nosso objetivo analisar as epidemias de febre amarela e de cólera como um produto sociocultural que, nesse sentido, ensejou a construção de múltiplas representações. Ao estudarmos os impactos produzidos por essas doenças, buscamos, na medida do possível, indicar as escolhas e respostas dos grupos sociais atingidos por elas. A febre amarela e o cólera motivaram conflitos, alterações na vida cotidiana, mudanças na estrutura do pensamento, impactaram a economia, provocaram, sem dúvida, não só desorganização, mas também organização, que pôde ser observada na forma como os atingidos por essas enfermidades lidaram com elas.

O terror que ambas as epidemias causaram nas diferentes províncias do Brasil do século XIX foi uma realidade incontestável. A medicina douta do Império buscava vias de afirmação de seu saber/poder ao mesmo tempo que tinha de enfrentar os surtos epidêmicos, sendo alvo, em muitas ocasiões, de críticas, descontentamentos e disputas por parte dos mais diferentes atores que viveram o período: doentes, médicos formados, curandeiros, burocratas.

(1997) e Kodama (2012) para o Rio de Janeiro; Cardoso (2009) para Sergipe; Beltrão (1999) para o Pará; Alexandre (2010) para Ceará, Rio Grande do Norte, Alagoas e Paraíba; Witter (2007) para o Rio Grande do Sul.

O número de enfermos e de mortos foi muito representativo, implicando consequências de ordem econômica e cultural. Entre os mortos pelas epidemias, a população mais empobrecida foi sempre a vítima preferencial, embora tenham ido a óbito representantes de todos os estratos sociais.

Independentemente das dificuldades encontradas para o enfrentamento das epidemias, população e governo não cruzaram os braços, procurando, cada um a seu modo, formas de enfrentar tão terríveis flagelos.

O enfrentamento das epidemias possibilitou que, em conjunto, convivêssemos diferentes saberes, tanto oficiais como ilegais (em geral qualificados pelos doutores pelo termo generalizante de “charlatanismo”), que buscavam dar conta daquilo que o Estado negava à população. A medicina oficial, nesse contexto, tentou se impor ao saber popular, embora às vezes dele se apropriasse, dando-lhe uma “roupagem” científica.

Referências

ALBUQUERQUE, Henrique de Holanda Cavalcanti de. *Da cholera-morbus*. Sua sede, natureza e tratamento. Será contagiosa? These apresentada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e sustentada no dia 28 de novembro de 1856. Rio de Janeiro: Typographia Universal Laemmert, 1856.

ALEXANDRE, Jucieldo Ferreira. O monstro cruel devorou centenas: cólera e o medo na cidade de Crato, Ceará (1862). *Vozes, Pretérito e Devir*, Teresina, v. 1, n. 2, p. 5-20, 2013.

_____. *Quando o “anjo do extermínio” se aproxima de nós*: representações sobre o cólera no semanário cratense o Araripe (1855-1864). 2010. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

BARBOSA, Francisco Carlos Jacinto. As doenças viram notícia: imprensa e epidemias na segunda metade do século XIX. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de (Org.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004. v. 1, p. 76-90.

BELTRÃO, Jane Felipe. **Cólera, o flagelo da Belém do Grão-Pará**. 1999. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

BÉRENGER-FÉRAUD, Laurent Jean Baptiste. **Traité théorique et clinique de la fièvre jaune**. Paris: Octave Doin, 1890.

BOTELHO, João Antonio de Godoy. **Do cholera-morbus**. Sua sede, natureza e tratamento. Será contagioso? These apresentada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e publicamente sustentada em 31 de novembro de 1856. Rio de Janeiro: Typographia do Commercio de Pereira Braga, 1863.

BUSTAMANTE, Miguel Enrique. La fiebre amarilla en México y origen en América. **Gaceta Médica de México**, v. 87, n. 5, p. 357-376, mayo 1957.

CÂMARA, Raphael Americano. **Cotidiano, violência e criminalidade na comarca de Vitória/ES, a partir de autos criminais (1841-1871)**. 2013. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013.

CÂNDIDO, Francisco de Paula. **Relatório acerca do cholera morbus precedido de considerações sanitárias relativas aos portos do Imperio**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1855.

CARDOSO, Amâncio. As filhas da peste: fome, morte e orfandade em Sergipe (1855-1856). **Revista do Instituto Histórico e Geográfico de Sergipe**, Aracaju, v. 1, n. 38, p. 25-48, 2009.

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

CORBIN, Alain. **Saberes e odores: o olfato e o imaginário social nos séculos dezoito e dezenove**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CORREIO DA VICTORIA. Espírito Santo, out. 1849-out. 1856.

DAVID, Onildo Reis. **O inimigo invisível**: epidemia na Bahia no século XIX. Salvador: UFBA, 1996.

DELUMEAU, Jean. **História do medo no Ocidente (1300-1800)**: uma cidade sitiada. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

DINIZ, Ariosvaldo Silva. **Cólera**: representações de uma angústia coletiva: a doença e o imaginário social no Brasil do século XIX. 1997. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

ESPIRITO SANTO (Provincia). **Relatorio com que o Exm. Sr. Filippe José Pereira Leal, presidente da Provincia do Espirito Santo, abriu a sessão ordinaria da respectiva Assembléa Legislativa, no dia vinte e cinco de julho do corrente anno**. Victoria: Typographia Capitaniense de P. A. de Azeredo, 1850.

_____. **Relatorio com que o excellentissimo senhor Filippe José Pereira Leal, presidente da provincia do Espirito Santo, abriu a sessão ordinaria da respectiva Assembléa Legislativa no dia vinte e trez de maio do corrente anno**. Victoria: Typ. Capitaniense de P. A. de Azeredo, 1851.

_____. **Relatorio do presidente da Provincia do Espirito Santo, o Doutor Luiz Pedreira do Coutto Ferraz na abertura da Assembléa Legislativa Provincial no dia 1º de março de 1848**. Rio de Janeiro: Typographia do Diario de N. L. Vianna, 1848.

_____. **Relatorio que o Exm. presidente da Provincia do Espirito Santo, o Bacharel José Bonifacio Nascentes d'Azambuja dirigiu á Assembléa Legislativa da mesma provincia na sessão ordinaria de 24 de maio de 1852**. Victoria: Typographia Capitaniense de P. A. de Azeredo, 1852.

EVANS, Richard John. Epidemics and revolutions: cholera in nineteenth century Europe. In: RANGER, Terence; SLACK, Paul. **Epidemics and ideas**: essays on the territorial perception of pestilence. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. p. 149-173.

FARIA, A. J. Soeiro de. **Do cholera-morbus**. Sua sede, natureza e tratamento. Será contagioso? These apresentada e sustentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 28 de novembro de 1856. Rio de Janeiro: Typographia de M. Barreto, 1856.

FARIA FILHO, Luciano Mendes de; RESENDE, Fernanda Mendes. História da política educacional em Minas Gerais no século XIX: os relatórios dos presidentes de província. **Revista Brasileira de História da Educação**, São Paulo, n. 2, p. 79-115, jul.-dez. 2001.

FRANCO, Odair. **História da febre amarela no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Endemias Rurais, 1969.

FRANCO, Sebastião Pimentel. A presença da febre amarela na Província do Espírito Santo no século XIX. In: FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. **Uma história brasileira das doenças**. Belo Horizonte: FinoTraço, 2015a. v. 5, p. 73-99.

_____. **O terrívelíssimo mal do Oriente**: o cólera na província do Espírito Santo (1855-1856). Vitória: Edufes, 2015b.

GONDRA, José. **Artes de civilizar**: medicina, higiene e educação escolar na corte imperial. Rio de Janeiro: Eduerj, 2004.

KARASCH, Mary. **A vida dos escravos no Rio de Janeiro: 1808-1850**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

KODAMA, Kaori. Antiescravismo e epidemia: o tráfico dos negros considerados como a causa da febre amarela, de Mathieu François Maxime Audouard, e o Rio de Janeiro em 1850. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 515-520, jun. 2009.

KODAMA, Kaori et al. Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856): uma análise preliminar. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 59-79, dez. 2012. Suplemento.

KURY, Lorelai. **O império dos miasmas**: a Academia Imperial de Medicina (1839-1850). 1990. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1990.

LADURIE, Emmanuel Le Roy. Un concept: l'unification microbienne du monde (siècles XIV-XVII). In: _____. **Le territoire de l'historien**. Paris: Galimard, 1978. v. 2, p. 37-97.

MARCÍLIO, Maria Luiza. Mortalidade e morbidade da cidade do Rio de Janeiro imperial. **Revista de História**, São Paulo, n. 127-128, p. 53-68, 1993.

MARQUES, César Augusto. **Dicionário histórico, geográfico e estatístico da província do Espírito Santo**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1878.

MATTEDI, José Carlos. A imprensa capixaba no século XIX. In: BRITES, Juçara Gorski (Org.). **Aspectos históricos da imprensa capixaba**. Vitória: Edufes, 2010. p. 24-43.

MERGÁR, Arion. **A representação do gênero feminino nos autos criminais na Província do Espírito Santo (1853-1870)**. 2006. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

MESGRAVIS, Laima. **A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599?-1884)**: contribuição ao estudo da assistência no Brasil. São Paulo: Conselho Estadual de Cultura, 1976.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A arte de curar nos tempos da colônia**: limites e espaços da cura. 2. ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011.

NOGUEIRA, André Luis Lima. O cólera no Espírito Santo pela lente do Correio da Victoria (1855-1856) ou quando as epidemias viram notícias. In: FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres (Org.). **Uma história brasileira das doenças**. Belo Horizonte: Fino Traço, 2016. v. 6, p. 184-201.

OLIVEIRA, José Teixeira de. **História do Espírito Santo**. 2. ed. Vitória: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo; Secretaria de Estado da Cultura, 2008.

PICOLI, Mariana de Almeida. **Ideias de liberdade na cena política capixaba: o movimento abolicionista em Vitória (1869-1888)**. 2009. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

PIMENTA, Tania Salgado. La asistencia sanitaria en tiempos de epidemia en Río de Janeiro en el siglo XIX. **Dynamis**, Granada, v. 31, n. 1, p. 35-52, 2011.

PORTER, Roy. **Das tripas coração: uma breve história da medicina**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

REGO, José Pereira. **Esboço historico das epidemias que têm grassado na cidade do Rio de Janeiro desde 1830-1870**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1872.

_____. **Historia e descrição da febre amarella epidêmica que grassou no Rio de Janeiro em 1850**. Rio de Janeiro: Typographia de F. de Paula Brito, 1851.

ROCHA, Gilda. **Imigração estrangeira no Espírito Santo: 1847-1896**. 1984. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1984.

RODRIGUES, Cláudia. **Lugares dos mortos na cidade dos vivos: tradições e transformações fúnebres no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1997.

ROSENBERG, Charles. Framing disease: illness, society and history. In: _____. **Explaining epidemics and others studies in the history of medicine**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 75-98.

SANJAD, Nelson. Cólera e medicina ambiental no manuscrito Cholera-morbus (1832), de Antonio Correa de Lacerda (1777-1852). **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 587-618, set.-dez. 2004.

SANTOS FILHO, Lycurgo. **História da medicina**. São Paulo: Brasiliense, 1949.

SCOLFORO, Jória Motta. **O último grão de areia na ampulheta da vida: poder, política e falecimentos nos periódicos “Correio da Victoria”, “Fo-**

Iha da Victoria” e “O Espírito-Santense”. 2011. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

TOUSSAIN-SANSON, Adèle. **Uma parisiense no Brasil**. São Paulo: Capivara, 2003.

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

ENTRE PRÁTICAS E CURAS: AS POLIVALENTES FORMAS DE SE ENFRENTAR A EPIDEMIA DE CÓLERA NO ESPÍRITO SANTO

Sebastião Pimentel Franco

André Luís Lima Nogueira

Algumas considerações sobre os caminhos percorridos por uma epidemia

Conhecido milenarmente na região do Ganges, onde diversos relatos nos dão a impressão de que se fazia presente desde a Antiguidade, foi, no entanto, a partir do século XIX, que o cólera se tornou um flagelo para a população de diversas partes do mundo. No século XIX, segundo John Snow (1967), a doença teria matado de 30 a 40 milhões de pessoas. Até as primeiras décadas do século XX, teriam ocorrido seis surtos violentos, o que fez com que o cólera percorresse todos os continentes, de forma avassaladora, segundo Richard Evans (1986), deixando rastros de medo, terror e mobilizando diversos agentes de cura – oficiais e ilegais – a pensar e a agir para tentar debelar a epidemia e curar os enfermos.

No Brasil, segundo Jane Felipe Beltrão (1999), o cólera teria se manifestado pela primeira vez no Pará, trazido por tripulantes da embarcação *Defensor*; dali teria se espalhado por todas as regiões do Brasil, matando, segundo Lycurgo Santos Filho (1949), entre 1855 e 1856, mais de 200 mil pessoas.

No Espírito Santo, o cólera teria chegado no final do ano de 1855, não se sabe exatamente como (FRANCO, 2015). Para Maria Stella de Novaes (1968) e José Teixeira de Oliveira (2008), a enfermidade teria chegado via Campos, cidade vizinha que pertencia à província do Rio de Janeiro, pelo estafeta Leocádio, que se achava enfermo no dia 23 de novembro de 1855, falecendo três dias depois.

A reforçar o argumento da possibilidade da chegada da epidemia via capital do Império, Franco (2015) encontrou notícias de que, em 19 de outubro, uma lancha vinda do Rio de Janeiro aportou na região de Barra de São Mateus com dois marinheiros vitimados pelo cólera, dos quais um veio a falecer. A tripulação foi colocada em quarentena, no lazareto da Barra.

Ainda que, ao que parece, a doença já fosse conhecida desde a Antiguidade, os saberes e práticas sobre ela, no curso do século XIX, eram variados e, não raro, antagônicos. A força da letalidade do cólera nessa época, que, da forma aviltante com que ceifava as vidas de seus infortunados doentes, cobria-o de um halo de terror e medo; as diversas ofertas de cura, muitas vezes forçando a convivência – e, não raro, o enfrentamento – entre a medicina oficial e a medicina popular; o peso da institucionalização do saber douto no Império; as disputas entre os próprios representantes da medicina oficial, destacadamente entre os alopatas e os homeopatas⁵⁵, na busca de firmarem seus conhecimentos, matizam um interessante mosaico de terapêuticas e agentes de cura que se mobilizaram para enfrentar a epidemia aqui estudada (na realidade, uma verdadeira “peste”) (FERREIRA, 2003, p. 101-122; PIMENTA, 2004; EDLER, 2011)⁵⁶.

Assim, este texto se propõe a discutir como os saberes populares e a(s) medicina(s) doutra(s) conviveram durante a passagem do cólera na província do Espírito Santo entre 1855 e 1856 e que indicações terapêuticas eram apresentadas para o enfrentamento da epidemia pelos diferentes agentes de cura que procuravam remediar o mal. Utilizamos como fonte jornais, a

55. A homeopatia, como saber médico, começa a ser divulgada na Europa a partir de 1746. Para Angela Porto (1988, p. 12), o método inaugura-se a partir da atuação do médico alemão Cristiano Frederico Samuel Hahnemann, quando este se doutorou, em 1799, e, em particular, após a publicação de seu primeiro trabalho, “[...] onde criticava a ausência de princípios para erradicar o poder curativo dos remédios na medicina”. Entretanto, sua fama somente sobreveio a partir de 1810, com a publicação da obra *Organon da Medicina Nacional* e fortaleceu-se, em 1819, com a segunda edição dessa obra. No Brasil o livro foi traduzido e publicado em 1846, graças à iniciativa do médico João Vicente Martins. Com a criação, nesse mesmo ano, do Instituto Homeopático do Brasil, que passou a formar profissionais nessa especialidade, é que se deu a consolidação do saber homeopático entre a população do Brasil. A criação do Instituto permitiu que seus egressos pudessem prestar exames de suficiência perante bancas das faculdades de medicina. Quem se interessasse pela homeopatia e fosse aprovado poderia exercer legalmente a medicina em todo o território do Império brasileiro.

56. Aqui nosso olhar se alinha ao de outros autores na perspectiva de que havia “várias/diferentes medicinas” – tanto legais como ilegais – à disposição dos enfermos em busca de cura no período imperial. Conferir, entre outros, Xavier (2003, p. 331-354) e Sampaio (2000).

documentação produzida pela administração provincial, como resoluções, petições, requerimentos, ofícios recebidos e expedidos pela presidência da província do Espírito Santo, e relatórios de saúde pública apresentados à Assembleia Legislativa Provincial. Esta documentação se encontra no Arquivo Público do Estado do Espírito Santo. Além disso, utilizamos os relatórios e falas apresentados à Assembleia Legislativa pelos presidentes de província, por ocasião da posse ou entrega de cargo.

Os diferentes saberes médicos

A história já é bem conhecida. Com a chegada da família real portuguesa ao Brasil em 1808 e, sobretudo, a partir da criação do curso de medicina no Rio de Janeiro e na Bahia, houve ampliação do número de médicos atuando em diferentes regiões do país, especialmente nas sedes das capitanias e depois das províncias. Assim, pouco a pouco, os médicos – a duras penas – firmaram sua autoridade científica, ao negarem todo e qualquer saber que não fosse emanado por eles. Nesse sentido, buscaram, como afirma Pierre Bourdieu (1975, p. 19), impô-la com base em dois aspectos: “habilidade técnica e poder social”. Concordamos com Keila Carvalho (2015, p. 31) quando afirma que essa autoridade se daria pela capacidade socialmente atribuída no Brasil a esses profissionais para “[...] falar e agir legitimamente, de forma autorizada e, muitas vezes, autoritária, sobre questões científicas”.

Ao fazer tais apontamentos, não estamos concordando plena e estritamente com a visão foucaultiana, seguida por muitos historiadores brasileiros e latino-americanos, de que os médicos de forma inequívoca normalizavam comportamentos da sociedade, no sentido de controlar e disciplinar os corpos. Muito pelo contrário, tendemos a seguir a visão de Gilberto Hochman e Diego Armus (2004, p. 15), ao afirmarem que “[...] as dimensões do cuidar, controlar, curar [...] não devem ser entendidas como compostas unicamente de relações unidirecionais, imutáveis e verticais de poder estabelecidas como sucessivos pares de subordinações hierárquicas”. A população da província do Espírito Santo, ao se deparar com o terrível flagelo que foi o cólera, certamente recorreu ao “saber científico”, no entanto, não deixou de utilizar os conhecimentos apreendidos com as gerações do

passado ou mesmo de acorrer a curandeiros na expectativa de solucionar os males que a afligia. A busca por práticas de cura diferentes das apregoadas pelos médicos evidencia que a população, tal como apontam Hochman e Armus (2004), se insubordinava e contestava os saberes oficiais.

E por que havia espaços para contestações da população ao “saber científico”?

Quando surgiu a epidemia de cólera, os médicos que atuavam no Brasil defendiam diferentes posicionamentos, os quais tinham ligação direta com a sua formação. Alopatas e homeopatas sustentavam posições antagônicas quanto às indicações de tratamento da enfermidade.

Os alopatas prescreviam uma variedade de medicamentos e terapêuticas, entre eles, o “[...] escalda-pés, vesicatórios e aplicações de sanguessugas, calomelanos, aplicação de clisteres, substâncias fumegantes [...] e principalmente as sangrias” (DINIZ, 1997, p. 364), indicando, frequentemente, a internação dos doentes.

Examinando a documentação, encontramos uma lista de medicamentos indicados pelos alopatas no tratamento do cólera:

Um purgante de 2 e 3 onças de oleo de ricino (mamono)
4 grãos de pòs de Dower de hora em hora em uma infusão de
flôres de borragem, ou sabugeiro, até consumir 24 grãos
Uma chicara de infusão de folhas de lorangeira com duas ou
tres gottas de laudano de Sydenhã, até tomar de 24 a 30 gottas
Fricções camphoradas
Synapismos
Causticos (CORREIO DA VICTORIA, 21 nov. 1855, f. 3).

Pudemos encontrar ainda nesse mesmo jornal indicação de outros medicamentos alopatícos solicitados ao governo provincial: éter sulfúrico, goma-arábica, tintura volátil de valerecema, espírito de terebintina, acetato de amônia, elixir paregórico, citrato de magnésio, mostarda.

Cada médico prescrevia os remédios e a dosagem que considerava adequados. Essa falta de uniformidade retrata bem a incerteza que pairava entre eles. Num anúncio de jornal, encontramos a seguinte orientação:

A pessoa que for atacada de diarrhêa (symptoma ordinario) deve immediatamente tomar 2 grammas de subnitrado de bismutte em um copo de agua com assucar por 3 vezes de 10 em 10 mi-

nutos. Algumas vezes será necessario tomar uma segunda dose igual. Si no fim de 3 ou 4 horas a diarrhéa não tiver cessado e persistir, deve-se recorrer a um purgativo, que muitos dos melhores medicos empregão logo no principio. Sulphato de soda 30 grammas, em uma garrafa de agua com assucar e summo de limão: um copo de 5 em 5 minutos, renovando-se no dia seguinte (CORREIO DA VICTORIA, 1º mar. 1856, f. 2).

Diferentemente dos alopatas, os homeopatas indicavam tratamentos menos invasivos e medicamentos, muitas vezes, oriundos do saber popular, às vezes mesclado com o chamado saber “erudito”. Eles “[...] distribuíam seus vidros de cânfora e suas instruções nos bairros e nas casas dos doentes” (COELHO, 1999, p. 123), sugerindo que a recuperação dos enfermos poderia se dar sem necessidade de internamento em hospital.

A disputa entre homeopatas e alopatas, no sentido de legitimarem o saber científico que detinham, arrastou-se durante muitos anos no Brasil, segundo Madel Teresinha Luz (1996). A alopatia no século XIX, na tentativa de se firmar como único saber científico, buscava de todas as formas desqualificar profissionalmente os homeopatas. Em contrapartida, os homeopatas, segundo Porto (1988), buscaram o apoio do povo, oferecendo em troca uma medicina acessível às populações urbanas e rurais, de todas as classes sociais, principalmente, àqueles que eram excluídos da assistência médica⁵⁷.

Segundo a mesma autora, o aparecimento do cólera foi muito oportuno para os homeopatas, por ter lhes permitido atuar de forma mais independente, popularizando suas práticas entre os estratos sociais menos privilegiados economicamente, sobretudo em razão da resistência da população que não conseguia ou não desejava se enquadrar nas práticas e regras de higiene preceituadas pelos alopatas, como assevera Luiz Antonio de Castro Santos (1994). Para esse autor, ocorreu no Brasil o fracasso do emprego de métodos tradicionais apregoados pelos médicos alopatas no combate às epi-

57. Segundo Porto (1988), o que se viu no século XIX, quando os surtos epidêmicos se avolumaram, foi que, na disputa travada entre alopatas e homeopatas, os primeiros buscaram aproximação com o poder governamental (convertendo-se alguns desses médicos, inclusive, em parte da burocracia imperial), na tentativa de transformarem o seu saber médico em hegemônico, enquanto aos segundos coube uma estratégia de maior aproximação com a sociedade civil, ao buscarem legitimar e propagandear suas ações terapêuticas, em grande medida, pela via do reconhecimento popular.

demias. A população buscava soluções e métodos alternativos para se curar dos surtos epidêmicos assustadores.

Ao se analisar a documentação, percebemos que, assim como ocorreu em outras regiões do Brasil em tempos de cólera, os homeopatas acabavam sendo mais exitosos na aceitação popular do que os alopatas. A explicação para isso, segundo Liane Bertucci (2004), devia-se a um gradiente de vetores: adoção de terapêuticas menos invasivas; menor preço dos medicamentos indicados; médicos mais acessíveis à população; e práticas curativas assemelhadas às práticas do povo. Acompanhemos mais de perto como tais embates entre os representantes da medicina doutra se processaram em terras espírito-santenses.

A chegada do cólera no Espírito Santo e as diversas ofertas de cura

A disputa entre alopatas e homeopatas se fez presente, igualmente, quando apareceram as primeiras vítimas da epidemia de cólera. Enfermarias de diretiva tanto alopática como homeopática foram instaladas. Como havia determinação de que os médicos apresentassem o registro detalhado da entrada de enfermos, assim como o quantitativo de mortos e de curados, tem-se a impressão de que os homeopatas conseguiam um índice de cura dos enfermos de cólera superior ao dos alopatas. Encontramos importantes indícios de que os médicos homeopatas tiveram, nos tempos do cólera, uma maior aceitação por parte da população. Ao escrever suas memórias, publicadas no jornal *A Província do Espírito Santo*, trinta anos após a ocorrência desse flagelo, o padre Antunes Siqueira lembrou a atuação de um boticário homeopata no socorro aos enfermos do chamado “terribilíssimo mal do Oriente”. Vejamos o que narra o referido religioso:

O hábil e caridoso e dedicado Goulart [boticário homeopata] foi um herói no meio dessa arriscada campanha. A cidade devia levantar um monumento à sua abnegação. Era um anjo, ou antes uma providência viva pela saúde de tantos infelizes. Encontravam-se em todas as suas casas, junto ao leito dos moribundos, e a todas as horas do dia e da noite! A ele se deve a salvação de muitas pessoas atacadas pelo flagelo.

Lançando mão de medicamentos homeopáticos, pôde combater casos que teriam sido fatais se não fosse a acertada aplicação de seus conhecimentos! Goulart tinha uma inteligência aguda e penetrante e sabia acompanhar as fases desses sintomas que se sucedem no desenvolvimento de uma moléstia. Os casos complicados, que são os mais difíceis de resolver, ele curou-os de um modo prodigioso! Levou de vencida os rivais de sua medicina e ganhou vantagens de 50 %, quando apenas os outros obtinham na razão de 10 %!. Uma lágrima de reconhecimento à sua ilustre memória! (SIQUEIRA, 1999, p. 110).

A julgar pelas impressões do padre Siqueira, os índices de cura de doentes de cólera no Espírito Santo nas enfermarias homeopáticas foram superiores aos obtidos pelas enfermarias alopáticas.

Da mesma forma pensa Kaori Kodama (2012) ao referir-se à maior procura dos mais empobrecidos economicamente aos médicos em tempos de cólera. Segundo a autora, os homeopatas eram mais procurados por grande clientela de escravos e pessoas desvalidas.

A contenda entre homeopatas e alopatas fez parte do cotidiano na província do Espírito Santo. A guerra surda entre eles transparece numa publicação da imprensa, em que foi tecida uma ode pró-enfermaria de São Francisco, coordenada pelos homeopatas, condenando a tentativa de alguém de sabotar o trabalho que ali era executado:

[...] haverá quem procure ainda amesquinhar o sentimento nobre que a inspirou [a criação da enfermaria], adulterando as intenções de seus fundadores, e procurando desgostal-os com uma guerra surda, e pequenna? Parece-nos impossível que haja quem assim proceda; tanto que não podemos acreditar em um facto que por ahí corre de *alguem* que foi a enfermaria lançar almiscar e outras essencias para nullificar a acção dos medicamentos homeopathicos (pois é pelo systema de Hahnemann que se trata na enfermaria de S. Francisco) e dest'arte desacreditar-se no estabelecimento! Somente Satanaz seria capaz desta acção infernal, que revella instinctos ferozes e uma alma damnada e inteiramente despida de sentimentos elevados; não acreditamos por tanto em semelhante facto, ao menos por honra dos nossos concidadãos (CORREIO DA VICTORIA, 9 fev. 1856, f. 4).

Entretanto, ao que parece, tais disputas eram de chumbo cruzado, como se dizia/diz popularmente. Assim, numa publicação da lavra do Instituto Homeopático do Brasil, datada de 1846, podemos ler:

Os allopathas, que por todos os meios *querem estorvar o desenvolvimento da verdadeira medicina*, hão de censurar tambem este opúsculo, mas sem nenhuma razão fundada, visto que elles mesmos tem publicado centenas de tratados de medicina popular. *Ora a allpathia nociva por si mesma*, torna se ainda mais perigosa quando exercida por ignorantes... (INSTITUTO HOMEOPÁTICO DO BRASIL, 1846, fl. 6, grifos nossos).

À época em que a epidemia de cólera grassava sobre o Espírito Santo, podemos acompanhar pelas páginas do *Correio da Victoria* os anúncios e propagandas dos tratamentos homeopáticos a nos dar mostras da presença e, em grande medida, das disputas entre os vetores da medicina oficial. Na edição de 26 de setembro de 1855, lemos na seção Notícias Diversas, um texto replicado do *Correio Mercantil*, intitulado “Tratamento Homeopático, ou resposta ao Sr. Roceiro Mathias”, assinado pelo Dr. Maximiano Marques de Carvalho, que defendia, baseado na experiência “dos médicos alemães e franceses” – decerto lembrados para dar mais legitimidade aos seus argumentos –, o uso de medicamentos como a ipecacuanha e a *digitalis*, entre outros, nos “primeiros momentos de invasão da *cholera-morbus*” mencionando, ainda, sua crença em que o “amigo e collega, o Sr. Dr. Duque Estrada, um dos mais habéis médicos homeopatas desta corte, fará o mesmo com pequenas modificações” (CORREIO DA VICTORIA, 26 set. 1855, f. 2).

Cerca de três meses depois – em tempos em que a epidemia atingira em cheio a província –, as disputas entre a homeopatia e a alopatia foram novamente notícia do veículo. No artigo anônimo “Socorros Médicos”, o autor sublinhava a ausência e a má distribuição dos médicos, especialmente nas áreas interiores, e colocava-se de modo explícito a favor dos tratamentos homeopáticos, por considerá-los mais simples e eficazes para atender a população:

Se a convicção de alguns fosse convicção geral, se a homeopatia fosse aceita, não haveria nisso [o maior alcance de médicos e fármacos] difficuldade, nada seria mais simples, quando por esse systema o medico pôde sempre levar no bolso uma fornidíssima botica que baste para curar o mundo inteiro. Desde

porém que a medicina hipocratica é universalmente aceita, tornão-se indispensaveis um trem de enfermaria, e uma pharmacia ao alcance do enfermo visitado pelo médico [...] (CORREIO DA VICTORIA, 12 dez. 1855, f. 2).

Para além dos embates com os homeopatas, os alopatas, ao se aproximarem do poder e do discurso governamental, acionaram uma guerra contra os saberes populares. Perseguições tornaram-se prática corrente no intuito de inibir a população de recorrer aos charlatães⁵⁸, que, nos termos dos representantes da medicina douta, seriam todos aqueles indivíduos que curavam “ilegitimamente” e, em geral, não possuíam diplomas ou licenças.

O fato de a medicina oficial perseguir os saberes não formais não significa que a população tenha abandonado suas concepções terapêuticas e deixado de se utilizar de “remédios caseiros” ou de se consultar com profissionais de saúde populares (curandeiros). Parte considerável dos curadores era proveniente de estrato social mais empobrecido e perambulava em busca de clientes, ficando certo tempo em determinado lugar à espera de pacientes que pudessem atender, o que os levava a se deslocar constantemente.

A aproximação com o poder estatal permitiu que os médicos passassem a se dedicar de forma sistematizada a disseminar no tecido social a noção de que o exercício da medicina só poderia ocorrer mediante a formação oficial. Dessa forma, pretendia-se convencer a população de que apenas o conhecimento médico poderia aliviar o sofrimento humano, garantir a cura dos males e o prolongamento da vida. A medicina não oficial, identificada com os curiosos, feiticeiros e curandeiros, deveria ser rechaçada e perseguida (LUZ, 1996; FERREIRA, 2003, p. 101-122).

Embora imprimindo diversificados mecanismos de coerção, a medicina douta não conseguiu dar conta de impedir a presença dos saberes terapêuticos não emanados do chamado saber oficial. Dessa forma, diversas pessoas acabavam exercendo práticas de cura no Brasil. Gabriela dos Reis Sampaio afirma que muitos eram os que praticavam o exercício da medicina, como: curandeiros, parteiras, barbeiros, sangradores, feiticeiros, cartomantes, espíritas e “bo-

58. Sobre a forma com que os médicos manipulavam e definiam a categoria “charlatão”, indicamos a leitura do médico Imbert (1857), doutor em medicina pela Universidade de Montpellier, com título reconhecido pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro: *Uma palavra sobre o charlatanismo e os charlatões*.

ticários que prescreviam receitas, médicos estrangeiros não regulamentados por faculdades do Império, homeopatas” (SAMPAIO, 2000, p. 78). No dizer de Figueiredo (2006), essas práticas populares sobre doenças, medicamentos e corpos diferiam do pensamento dos médicos “oficiais”, daí tinham que ser perseguidas. Além disso, como ocorria em várias províncias do Império, tais indivíduos curavam tanto nos interiores como nas urbes mais populosas (incluindo a corte) e eram requisitados por todos os estratos sociais, como pesquisas que se aproximam da biografia histórica de alguns desses curadores nos têm mostrado mais recentemente (SAMPAIO, 2009; REIS, 2008).

Os médicos do século XIX foram então buscar explicar, em seus termos e concepções científicas, as causas do aparecimento das epidemias. Duas correntes de posições antagônicas se colocaram: os contagionistas e os infecionistas, que, embora tivessem pensamentos divergentes, em muitos momentos acabavam se encontrando. Nesse sentido, por exemplo, ambos acabavam acreditando que, independentemente das causas das doenças, a sujeira a que as classes mais empobrecidas estavam expostas era um fator que muito contribuía para que as doenças se proliferassem. Assim, apregoavam a necessidade de higienizar a população, e o sanitarismo começou a se sedimentar como opção para resolver os problemas da saúde⁵⁹.

Analisando a documentação da imprensa local, encontramos registro de reclamações da presença de pessoas que não tinham formação médica, mas que, mesmo sem qualificação, exerciam a função médica com o intuito de auferir lucro:

Temos aqui um negociante o Sr. C... que para poder vender certas drogas que tem, inculca-se de medico, e sem pejo nem-um tem feito asneiras de todo o tamanho; o medico applica uma cou-sa, e elle debaixo de todo segredo applica outra, e o mal torna-se sem cura (CORREIO DA VICTORIA, 30 jan. 1856, f. 2)⁶⁰.

59. Nesse sentido, concordamos com Rizzo (2012, p. 41), segundo o qual, através do sanitarismo que ganha fôlego a partir no século XIX e princípio do XX, “os médicos esforçavam-se para exterminar as doenças, tidas como responsáveis pelo atraso do Brasil [...]. Pretenderam a partir do sanitarismo, criar condições objetivas de erradicação das doenças através de pesquisas, de produção de vacinas [...], cuja finalidade estava em mudar comportamentos e incentivar uma visão de mundo que se adequasse aos rumos que o país deveria tomar”.

60. Não podemos perder de vista que o *Correio da Victoria* era um jornal de cariz conservador e oficial, posicionando-se, em geral, em favor da medicina dos médicos e, em muitos de seus números – especialmente em tempos de epidemias –, reproduzia receitas, pareceres,

Como ocorreu em outras localidades do Brasil assoladas pelo cólera – de acordo com os trabalhos dos historiadores Beltrão (1999), Diniz (1997), Witter (2007), David (1996) –, na província do Espírito Santo, a população preferia os curandeiros aos médicos oficiais.

Em 1840, época em que ocorreu um grave surto de “febres”, o presidente da província reclamava do comportamento da população, que, em vez de procurar um médico para a sua cura, confiava em curandeiros e recorria a eles. Só depois de esgotados os usos dos remédios caseiros, quando o mal não tinha mais cura, é que recorriam ao médico, que, nesses casos, na maioria das vezes, nada mais poderia fazer (ESPÍRITO SANTO, 1840).

De fato, a falta de médicos e a presença de curandeiros eram uma realidade. Uma notícia de jornal fez alusão à atuação dos curandeiros no socorro à população afligida, afirmando que era “uma praga” (CORREIO DA VICTORIA, 6 fev. 1856, f. 2). De nada adiantava os médicos oficiais tentarem impedir a ação dos curandeiros, exigindo que a Justiça e o bem público não permitissem a presença de “charlatães” no cuidado da vida e da saúde pública “[...] dos cidadãos que de ordinários são victimas da ignorância desses especuladores” (Lei Provincial nº 15, de 8 novembro de 1838), porque, na prática, tal interdição não se concretizava. Afinal, em tempos de cólera, a população buscou o saber dos curandeiros e populares.

Dessa forma, os remédios caseiros e as “raízes”, “chás de ervas” passam a ser cada vez mais consumidos. Não é demais lembrar que tais usos do reino vegetal em suas diversas formas (tinturas, emplastros, espíritos, chás, galhos, flores...), desde os tempos coloniais, eram comungados tanto pelos representantes da medicina oficial como pelos curadores não licenciados (MARQUES, 1999; NOGUEIRA, 2016, p. 257-279). A imprensa local chegou inclusive a divulgar receitas infalíveis para a cura do cólera: duas quintas partes de flores de absinto, uma quinta parte de flores de marcela, uma ainda de flores de sabugueiro, uma de hortelã e uma de alcaçuz. Todos esses ingredientes deveriam ser cozidos “[...] nas proporções indicadas em vasilha que se possa conter três quartilhos”. Depois de fervido e pronto, deveria ser ingerido “de espaço a espaço, uma chávena, afim de conservar os poros em dilatação” (CORREIO DA VICTORIA, 29 dez. 1855, f. 3), o que, segundo a prescrição, provocaria a transpiração e a conseqüente cura da doença.

“conselhos” que reverberavam o saber médico oficial. Acerca do tema, conferir Franco (2015) e Nogueira (2016).

Outra prova inequívoca de que diversos saberes terapêuticos circulavam entre a população é o anúncio que se segue, publicado na imprensa local, assinado por alguém que sugestivamente se intitulava “O Curioso”. Dizia o anúncio que o tratamento contra a epidemia de cólera era simples e poderia estar ao alcance de todos, sugerindo que os facultativos deveriam conhecê-lo, para que também o prescrevessem para os pacientes. Note-se que o autor, nesse caso, parece querer ensinar aos médicos. Indicava como tratamento que, tão logo aparecessem os sintomas do cólera, dever-se-ia aplicar escalda-pés

[...] e qualquer sudorífico, usando-se internamente de uma solução de goma arabica; isto é, de duas em duas horas uma chicara da dita solução com 4 gotas de laudano de Sydenham: deve-se também usar de clysteis de polvilho com 8 gotas de laudano; se continuar a ter frio o doente, será bom aplicar um sinapismo na barriga das pernas. Depois que a diarreia desaparecer de todo, tome-se então um purgante de óleo de ricino (CORREIO DA VICTORIA, 5. dez. 1855, f. 3).

Indicava o anunciante que esse tratamento teria curado muitos enfermos de cólera e ainda esclarecia que nenhum doente que recebeu tal prescrição veio a falecer. Informava, por fim, que não era médico, apenas um curioso. Os “curiosos”, portanto, exerciam livremente o “ofício da cura”, chegando mesmo a publicar essa sua atividade.

Entre os remédios muitas vezes comungados pelos doutores e pelos curadores não oficiais, o que parecia fazer o maior sucesso era o sumo de limão, mais provavelmente por ser barato ou mesmo sem custos, uma vez que o fruto era facilmente colhido em muitos quintais. Encontramos inúmeras notícias e anúncios referentes à sua eficiência. Segundo um deles, o cólera havia chegado às vilas de Reis Magos (Nova Almeida e Santa Cruz) e estava matando muitos moradores, portanto fora recomendado o uso do sumo do limão, considerado um milagroso remédio para os doentes. O anúncio indicava ainda como deveria ser a aplicação: quando a dor de barriga, a diarreia, os vômitos aparecessem, imediatamente se deveria dar uma colher de sopa de suco de limão de hora em hora. Se os sintomas estivessem muito fortes, recomendava-se que o procedimento fosse repetido de meia em meia hora. Enquanto o suco de limão estivesse sendo ministrado, o doente não poderia ingerir caldos nem comida. Caso o doente apresentasse secura na boca, era indicado dar-lhe

água com limão, na proporção de uma parte de limão para quatro de água. Depois de dois dias, se houvesse melhora, indicava-se o uso de purgante. Dizia o anunciante que tal remédio havia curado muitos coléricos, até mesmo doentes que apresentavam sinal avançado da doença, embora destacasse que o ideal era administrar tal remédio no meio da doença, e não quando ela estivesse num grau avançado (CORREIO DA VICTORIA, 19 jan. 1856, f. 2).

A corroborar o argumento do recurso ao suco de limão, tanto pelos “curiosos” e demais curadores ilegais quanto pelos praticantes da medicina oficial, as próprias comissões sanitárias também o ministravam, como se evidencia na notícia a seguir, divulgada pela comissão sanitária de Mangaraí, na qual se informa que estava utilizando, para o tratamento dos doentes de cólera, a seguinte medicação: “[...] três colheres de calda de limão com uma gota de água e outra de assucar e os escaldapés” (CORRESPONDÊNCIA..., [27 fev. 1856]). Afirma-se que tal medicamento havia curado muitos doentes; que, de 31 moradores da localidade doentes de cólera em que aplicaram tal terapêutica, somente dois foram a óbito.

Na verdade, médicos, autoridades governamentais e comissões sanitárias sabiam da ação de curandeiros e do uso da medicina popular e faziam vistas grossas da sua existência ou não a condenavam. Ao realizar uma visita a mando do governo provincial à localidade de Fundão para socorrer os que haviam contraído o cólera, um médico informava que os moradores apresentavam melhoras em sua saúde por estarem tomando uma medicação inventada por eles próprios, que consistia em beber o sumo de limão e banhar-se com folhas desse mesmo fruto, e que, após essas providências, a epidemia passava. O mesmo médico dizia ainda que, após a visita a Fundão, se dirigiu à fazenda de José Ribeiro Pinto Ferreira, para socorrer os escravos que haviam contraído cólera, e que lá também, após o uso do limão, todos ficaram curados (CORRESPONDÊNCIA..., [20 jan. 1856]).

O fato é que os médicos não só faziam vistas grossas ao que viam, mas também alguns acreditavam na eficiência da medicação criada pelos populares e faziam circular e agregar determinadas terapêuticas consideradas mais ligadas aos saberes populares. Na enfermaria em Vitória, coordenada por médicos homeopatas, passou-se a utilizar o sumo de limão para a cura dos doentes de cólera sob a alegação de que seu uso já estava disseminado na província e era do conhecimento de todos os benefícios que essa “medicação fazia”. O quadro a seguir ilustra tal situação.

Quadro 1 – Relação de doentes e tratamento terapêutico para cólera

Nome	Cor	Idade	Condição	Tempo de Cura	Tratamento
Leopoldino	Mulato	3	Livre	03 dias	Quatro colheres de sumo de limão
Maria Antonia	Tapuia	40	Livre	07 dias	Doze sanguessugas, cozimento de goma-arábica com elixir paregórico e xarope de... de 3 em 3 horas e sumo de limão de meia em meia hora
Lúcia	Preta	40	Livre	07 dias	O mesmo cozimento e, nos intervalos, sumo de limão
Guilherme	Preto	20	Escravo	02 dias	Sumo de limão 5 vezes ao dia
Theophila	Mulata	-	Escrava	02 dias	Sumo de limão 5 vezes ao dia
Marciana Maria da Conceição	Preta	58	Livre	03 dias	Oito colheres de sumo de limão
Antonio da Costa Neves	Branco	32	Livre	02 dias	O mesmo cozimento e, nos intervalos, sumo de limão
Rita	-	25	Escrava	02 dias	Sumo de limão
Joaquina	Branca	10	Livre	02 dias	Sumo de limão
Anna	Preta	34	Escrava	07 dias	Sumo de limão
Fernando	Branco	26	Livre	05 dias	Cozimento de goma arábica como elixir etc., nos intervalos sumo de limão, doze sanguessugas no epigástrico
Domingos	Branco	-	Livre	03 dias	O dito cozimento e sumo de limão nos intervalos
Joaquim	Branco	-	Livre	03 dias	O dito cozimento e sumo de limão nos intervalos

Manoel	Branco	-	Livre	03 dias	O dito cozimento e sumo de limão nos intervalos
Fortunato Alves de Sousa	Branco	30	Livre	04 dias	Sumo de limão e limonadas cítricas
Joaquim	Branco	9	Livre	Morte	Sumo de limão
João	Branco	7	Livre	02 dias	Sumo de limão
Joaquim	Branco	11	Livre	03 dias	Sumo de limão
Theresa de Jezus	Preta	45	Livre	03 dias	Sumo de limão e cozimento de goma arábica com elixir
Maria dos Praseres	Mameluca	20	Livre	03 dias	Sumo de limão
Manoel	Mameluco	12	Livre	03 dias	Sumo de limão e cozimento de goma arábica com elixir
Luiz Antonio das Neves	-	22	Livre	03 dias	Sumo de limão
Jorge	Preto	20	Escravo	05 dias	Sumo de limão, cozimento de goma arábica e sangria geral de dez onças
Francisco	Branco	5	Livre	04 dias	Sumo de limão e cozimento de goma arábica
Anna	Mulata	8	Escrava	04 dias	Sumo de limão e cozimento de goma arábica
D. Roza	Branca	16	Livre	04 dias	Sumo de limão e doze sanguessugas
Izidora	Mulata	-	Escrava	03 dias	Sumo de limão
Simão Arebola	Branco	20	Livre	02 dias	Sumo de limão
Angela Maria	Mulata	45	Livre	03 dias	Sumo de limão
Anna Joaquina	Mulata	38	Livre	02 dias	Sumo de limão

Fonte: Correio da Victoria (19 jan. 1856, f. 1-2).

O aspecto que merece observação é que o medicamento mais receitado foi o sumo de limão. Ele foi prescrito para os trinta enfermos. A goma arábica e o elixir paregórico eram também medicamentos muito prescritos para os doentes de cólera. O uso de sanguessugas, embora com menor frequência, era indicado. Convém destacar que essa era uma enfermaria coordenada por homeopatas e que os medicamentos indicados pelos alopatas poderiam ser diferentes. Mesmo sendo homeopática, nessa enfermaria havia prescrições terapêuticas mais comuns entre os médicos alopatas, como o emprego de sanguessugas.

Muitas pessoas, aproveitando-se do momento de insegurança e do desconhecimento quanto ao que poderia curar os doentes, desejando auferir lucros, realizavam a venda de remédios que diziam ser milagrosos. O jornal *Correio da Victoria* noticiou o caso de uma pessoa que dizia ter vivido 36 anos na Índia (lugar originário do cólera e sempre lembrado por seus fármacos e especiarias) e oferecia a seguinte indicação aos doentes: tomar duas quintas partes de flores de absinto, uma quinta parte de flores de marcela, uma de flores de sabugueiro, uma de folhas de hortelã e uma de alcaçuz. “Cozem-se esses vegetaes nas proporções indicadas em uma vasilha que possa conter tres quartilhos. Bebe-se de espaço a espaço, uma chávena, afim de conservar os poros em dilatação” (CORREIO DA VICTORIA, 29 dez. 1855, f. 3), o que provocaria a transpiração. Acreditava-se que, ao se provocar a transpiração, a doença “ia junto” pelos poros, isto é, o doente se curava.

Outros medicamentos eram utilizados no combate ao cólera, como o indicado por um médico espanhol: fumo de enxofre, que deveria ser ardido em um fogareiro. Tal remédio já havia sido usado em Portugal com grande sucesso. O jornal *Correio da Victoria* noticiava que o médico Lima Leitão, em Portugal, aconselhava, como antídoto contra o cólera, o uso de fogueiras de alcatrão, que, apesar de não possuir um cheiro agradável, era preferível ao cheiro de defunto (CORREIO DA VICTORIA, 16 abr. 1856, f. 3).

O padre Antunes Siqueira refere-se aos medicamentos utilizados pelos médicos homeopatas em Vitória, dizendo que a doença “[...] cedia a pós de Dower, pólvora, caldo de limão e sudoríficos [e também] a sulfú e arsênico alternados” (SIQUEIRA, 1999, p. 114).

É claro que as prescrições médicas variavam de acordo com a orientação de formação do médico. Nesse sentido, havia diferenças entre as prescrições dos homeopatas e as dos alopatas. Interessante é que, diferentemente do que é permitido nos tempos atuais, as prescrições médicas eram divulgadas pela

imprensa, o que significa que qualquer um poderia se apropriar da medicação indicada na expectativa de cura de seus males. Um importante médico homeopata do Rio de Janeiro indicava para o primeiro estágio da doença de cólera o uso de cânfora, que deveria ser utilizada de dez em dez ou de quinze em quinze minutos, na dosagem de uma gota em um torrão de açúcar. Sugeria ainda que a cânfora fosse usada por via oral, e não por fricção.

Encontramos prescrição para cura de cólera de um alopata atuante em Vitória que adotava tratamento diferente do indicado pelo homeopata. Acreditava esse primeiro médico que o uso de óleo de rícino e purgante resolveria o problema do doente, pois a combinação desses dois medicamentos permitiria que o colérico evacuasse tudo o que tinha no organismo e, assim, ocorreria uma limpeza, o que garantiria a cura da doença. Após três ou quatro horas da aplicação dos medicamentos, deveria ser usado o pó de Dower (quatro grãos de hora em hora) em uma infusão de flores de borragem ou sabugueiro, até o doente consumir 24 grãos. Durante esse tempo, era necessário que ocorresse a transpiração. Para tanto, indicava-se o uso de cobertor de lã e escalda-pés. Após tomar os 24 grãos de pó de Dower no prazo de seis horas, o doente deveria ingerir, de uma em uma hora, uma xícara de folhas de laranjeiras com duas gotas de láudano até tomar de 24 a 30 gotas. Se o doente sentisse sede, a mesma infusão sem o láudano deveria ser bebida. Em caso da persistência de vômitos e diarreia mesmo após tomar todos os medicamentos, o doente deveria procurar um médico (CORREIO DA VICTORIA, 7 nov. 1855, f. 2).

A recomendação desse médico merece algumas observações: percebemos que, nas indicações dos remédios, aparece o uso de chás, como folha de laranjeiras, misturado com medicamentos de botica, o que evidencia que em parte desses tratamentos havia flagrante aposição da medicina dos curadores à medicina dos doutores. Podemos observar ainda que, a prescrição em tese serviria para todas as pessoas indistintamente, não havendo preocupação em se analisar caso a caso. Por fim, o doente de cólera deveria a princípio buscar a cura da moléstia em casa e, só em último caso, recorrer ao médico. Tal prescrição pode dever-se ao fato de que, em face do grande número de doentes, não havia condições de os poucos médicos atenderem a todos que a eles recorressem. Destaca-se ainda a ojeriza que a população sentia em buscar um hospital ou as enfermarias improvisadas nesses momentos de urgência, pois ela entendia que lugar de doente – em especial de doente que tivesse alguma condição de se tratar e de pagar pessoas para esse fim – era em casa.

O horror de uma epidemia e os desafios da cura

O jornal *Correio da Victoria*, na coluna A Pedido, noticiou, em 12 de dezembro de 1855, que a epidemia havia chegado ao município de Viana, o que preocupava o anunciante, em razão de, naquela localidade, não existirem nem médicos nem medicamentos e tampouco pessoas que pudessem aplicar tratamentos aos doentes (CORREIO DA VICTORIA, 12 dez. 1855, f. 3).

O relato do médico comissionado Antonio Nascimento e Silva ao presidente da província sobre a situação em Itapemirim nos dá bem a noção da gravidade da situação vivida:

O estado da Villa de Itapemirim no dia 10 de dezembro em que lá cheguei, era o mais desgraçado! Os cadáveres jazião por muitas horas insepultos, a epidemia lavrava com grande intensidade em toda a Villa. Havia uma enfermaria, que recebia os enfermos, porem sua má localidade, e o acanhamento da casa, obrigou-me a officiar a V. Ex. de prompto o seu sobrado na praça, e por essa occasião enviou mais dinheiro, medicamentos e colxas. No sobrado de V. Ex. foi creada a enfermaria, com que concordarão os directores da outra, que não attingiu os fins desejados, concluindo eu d'ahi, eu estavão de accordo a aceitar os auxílios do governo, tanto mais que estabelecida esta nova enfermaria no sobrado de V. Ex., não havia necessidade de outr. Mandando eu medicamentos e colxas para o hospital não aceitarão; – entendi-me à respeito com o presidente da commissão sanitária, o padre José Fellipe Pinheiro, que convocando uma reunião em casa de M. J d'Araújo Machado, tivemos de ouvir ahi a declaração, de guinada por ora querião do governo, concluindo depois de differentes reflexões de pessoas presentes, que acceptarião tudo, quando se acabasse o dinheiro que tinhão; em caixa. He preciso notar que nessa occasião já a em caixa. He preciso notar que nessa occasião já a enfermaria estava na casa de V. Ex. com o respectivo medico e um servente pago pela commissão sanitária. Os medicamentos deposei parte em casa do Dr. Cunha, e parte à minha disposição, notando-se que o Dr. Antonio Pinto da Cunha, comissionado pelo governo, não só estava a testa d'aquella enfermaria, como continuava a prestar aos enfermos medicamentos que irão do governo. As quantias mandadas por V. Ex. pôr a disposição da Commissão foi de 1:1000\$rs, que regularmente iaõ sendo distribuídas pelos pobres.

Das ofertas particulares nada sei, a excepção de seis escravos que o tenente-coronel Heliodoro poz à minha disposição, um garrote e mais seis arrobas de assucar, que forão distribuídos pelos pobres, e do coronel Gomes que me prometteo mandar seos escravos fazer a mudança do cemitério. São os donativos que durante a minha estada nella recebi.

Actualmente os doentes do hospital são os escravos do fazendeiro Póvoa, que recebem alli tractamento mediante a quantia de 1:500 rs diários, segundo me consta (RELATÓRIO..., [18 jan. 1856], f. 3).

No final do mês de janeiro, a epidemia ainda estava forte na Serra, o que levou alguns moradores a enviarem cartas ao jornal *Correio da Victoria*, que publicou, na coluna Noticias Diversas, relatos do que lá estava acontecendo. Pelas notícias, fica-se sabendo que o povo estava bastante amedrontado e que pedia a presença de médicos e o envio de medicamentos:

Estamos a braços com a epidemia. A primeira victima foi uma escrava de uma pobre viúva, a qual apenas durou 24 horas [após contrair o cólera]; se continuar assim, teremos aqui grande mortandade, não sò pela muita pobreza que há, como por falta absoluta de recurso. Não temos medicos, nem medicamentos, nem enfermaria, e nem se quer algum curioso que trate os que forem atacados [...]. O terror he grande, e o desanimo quasi geral, pois todos conhecem que se a epidemia estender-se pelas fazendas, a villa da Serra, fica aniquilada para sempre (CORREIO DA VICTORIA, 30 jan. 1856, f. 2).

O correr do século XIX não foi nada fácil para a medicina acadêmica, que se encontrava em vias de institucionalização no Império. Houve surtos epidêmicos em diversas partes do mundo, incluindo o Brasil, especialmente a partir da segunda metade do Oitocentos. A passagem de uma epidemia, não raro, provocava reações e desconfianças acerca das considerações e respostas produzidas por médicos e burocratas, colocando-se em xeque as verdades que buscavam disseminar, conforme podemos atestar num anúncio presente no jornal *Correio da Victoria*. Este dizia que nenhuma ciência era mais difícil do que ser médico, quando se tratava de efetuar “[...] diagnostico e therapeutica das doenças” (CORREIO DA VICTORIA, 9 jan. 1856, f.

3), já que o diagnóstico de uma doença variava de pessoa para pessoa, não se podendo ter certeza de que o que era indicado para uma serviria para outra.

Um doente [...] aos olhos do verdadeiro clinico é um polygono de mil lados, e, o que mais é, não se pode prescindir de contemplação, e comparação de nem um delles, porque o segredo da cura, a resolução da incógnita está, as vezes, onde menos se cuida [...].

[...] a medicina é como uma ordem, que tem seus mysterios, suas parábolas e seus hieroglyphos, que para bem os saber decifrar, é mister haver percorrido longo, e penoso noviciado, e ter passado antes, pelas duras provas: são segredos que só nas escolas, e com muito estudo, muita pratica se aprendem: alguém diria – para curar basta prática e ser feliz – respondemos – pratica em medicina sem a luz da sciencia, é atirar no alvo com os olhos vendados (CORREIO DA VICTORIA, 9 jan. 1856, f. 3).

Seria bom que Vm. lembresse a necessidade que ha de termos um medico nesta cidade que nos auxiliasse com suas luzes e experiências, se por acaso a epidemia augmentasse. Também lembro-lhe que apresente pela sua folha a ideia de se mandar vir do Rio um medico habil por conta da provincia, ainda que para este fim, se despendessem alguns contos de réis, pois nossa vida e a dos nossos patricios vale mais que algumas dezenas de contos que estão aferrolhados nos cofres da thesouraria.

Acho bom que se mande contractar um medico por nossa conta, porque *talvez o governo geral já esteja aborrecido de tantos pedidos, e não nos queira mais attender* (CORREIO DA VICTORIA, 12 abr. 1856, f. 3, grifo nosso).

Roga-se a S. Ex. o Sr. Ministro do imperio, conhecedor das necessidades desta provincia, haja de lançar suas vistas sobre ella. Ahí não se encontrão os recursos medicos, nem preservativos para a epidemia, que já tem assaltado o municipio de Itapemirim. S. Ex., sabe que existe, além deste, dous outros, Benevente e Garapary, onde infelizmente não se encontra ao menos um curandeiro. Julgamos conveniente que S. Ex. envie para esses lugares dous medicos e em falta destes alguns alumnos da faculdade de medicina desta côrte, para os quaes há passagem gratis offerecida pelo Sr. João

Fernandes de Mattos, negociante desta praça, e morador na rua do Rosario n. 5 (CORREIO DA VICTORIA, 30 out. 1855, f. 3).

Além disso, doenças e a passagem de epidemias, para a maioria da população, tinham explicações nas causas sobrenaturais, assim se recorria indistintamente aos médicos, aos curandeiros, aos santos e aos céus na esperança de livrar-se das enfermidades⁶¹.

Como as epidemias que estavam aterrorizando outras províncias do Brasil já eram noticiadas pelo *Correio da Victoria* antes da chegada do cólera ao Espírito Santo, no mês de outubro encontramos um anúncio de jornal relatando a realização de uma procissão, na qual os moradores da capital da província pediram à providência divina que os protegesse de tão terrível mal (CORREIO DA VICTORIA, 6 out. 1855, f. 2). Na edição anterior do jornal, divulgou-se ainda que, na madrugada de 5 de outubro, na Igreja da Misericórdia, cantou-se uma missa em homenagem a São Sebastião, pedindo-se a esse santo proteção contra as doenças, que os livrasse da peste (CORREIO DA VICTORIA, 3 out. 1855, f. 4).

Da mesma forma, às vésperas da data do provável primeiro caso da epidemia de cólera a surgir no Espírito Santo, noticiou-se que, no dia 25 de novembro, no Convento de Nossa Senhora da Penha, seria celebrada uma missa cantada e convidavam-se todos os fiéis e devotos da Virgem Santíssima para esse ato cristão. Além da missa do domingo, na quarta, na quinta e na sexta-feira seguintes, aconteceriam, na Igreja Matriz da Vila do Espírito Santo (Vila Velha), preces, culminando o evento com a realização de procissão com as imagens de Nossa Senhora do Rosário e do Cristo Crucificado (CORREIO DA VICTORIA, 21 nov. 1855, f. 4).

As supplicas, e as preces tem sido em todos os tempos o meio mais efficaz de aplacar a colera divina, quando o Senhor tem fulminado sobre as suas creaturas os raios da sua justa vingança

61. Mais uma vez recorremos a Carvalho (2015, p. 55) para explicar que a população tinha uma percepção diferente do apregoado pelos médicos oficiais. Para a autora, “a população tinha uma percepção diversa do que se constituía saúde e doença, muitas vezes, associando-as à espiritualidade, à magia, e a uma infinidade de sentimentos, sem muita relação com os aspectos biológicos ou sanitários. Por isto, era comum recorrerem a curadores que exerciam as mais variadas práticas como: curandeirismo, dietas, terapias e chás caseiros, bem com uma série de outras maneiras que não estavam relacionadas a ciência médica”.

ça; e quando estas são acompanhadas de uma verdadeira penitência, cae infalivelmente do céu, em benefício dos humanos, a torrente das divinas misericórdias: assim o prometteo Deos a Salomão [...]. Sim, forão as supplicas de Moyses, e a penitencia dos israelitas, que aplacarão a colera divina [...] (CORREIO DA VICTORIA, 7 nov. 1855, f. 4).

Parece-nos que o fenômeno ocorrido no Espírito Santo de devoção aos santos foi idêntico ao ocorrido em outras localidades, por exemplo, no Ceará e na Bahia, como nos informam, respectivamente, Alexandre (2010) e David (1996). O recurso aos santos e ao sobrenatural, aliás, não foi só uma prática do Brasil. Na Europa, esse fenômeno também esteve presente, como registra George Duby (1998, p. 10), ao afirmar que, diante “[...] de um mal desconhecido, o terror é imenso. O único recurso é o sobrenatural. Reivindica-se a graça do céu e retiram-se de suas tumbas os Santos protetores”.

As páginas anteriores procuraram mostrar como os habitantes do Império em geral e, mais especificamente, aqueles que viviam na província do Espírito Santo concebiam enfermidades e como encararam a passagem da epidemia do cólera, buscando as mais diferentes terapêuticas e profissionais para remediar seus males. Assim, emergem histórias da atuação dos curandeiros ilegais e dos representantes da medicina douta – fossem alopatas ou homeopatas –, que, não raro, disputavam entre si os corpos doentes e afirmavam seus saberes, alguns destes, aliás, bem mais próximos entre si do que julgavam os protagonistas dessas disputas. Nos periódicos da época e nas páginas escritas por “memorialistas” como o padre Siqueira – além de outros documentos –, podemos acompanhar fragmentos desse absolutamente extraordinário mosaico de crenças e artes de curar.

Referências

ALEXANDRE, Jucieldo Ferreira. **Quando o “anjo do extermínio” se aproxima de nós:** representações sobre o cólera no semanário cratense o Araripe (1855-1864). 2010. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

BELTRÃO, Jane Felipe. A arte de curar dos profissionais de saúde popular em tempo de cólera: Grão-Pará do século XIX. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, n. 6, p. 833-866, set. 2000.

_____. **Cólera, o flagelo da Belém do Grão-Pará**. 1999. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

BERTUCCI, Liane Maria. **Influenza, a medicina enferma**. Campinas: Editora Unicamp, 2004.

BOURDIEU, Pierre. The specificity of the scientific field and the social conditions of the progress of reason. **Social Science Information**, v. 14, n. 6, p. 19-47, 1975.

CARVALHO, Keila. **A saúde pelo progresso**: a regulamentação do trabalho médico no governo Vargas (Minas Gerais, 1930-1940). Rio de Janeiro: Multifoco, 2015.

COELHO, Eduardo Campos. **As profissões imperiais**: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro (1822-1930). Rio de Janeiro: Record, 1999.

CORREIO DA VICTORIA. Espírito Santo, set. 1855-abr. 1856.

CORRESPONDÊNCIA do médico comissionado de Fundão ao vice-presidente da Província do Espírito Santo, datada de 20 de janeiro de 1856. [20 jan. 1856]. Localizado em: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo. Fundo: Governadoria. Série 383. Livro 202.

CORRESPONDÊNCIA dos membros da Comissão Sanitária de Mangaraí ao vice-presidente da Província do Espírito Santo, datada de 27 de fevereiro de 1856. [27 fev. 1856]. Localizado em: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo. Fundo: Governadoria. Série 383. Livro 202.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica, norma familiar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

DAVID, Onildo Reis. **O inimigo invisível**: epidemia na Bahia no século XIX. Salvador: Edufba, 1996.

DUBY, George. **Ano 1000, ano 2000**: na pista dos nossos medos. São Paulo: Editora Unesp, 1998.

EDLER, Flávio C. **Medicina no Brasil imperial**: clima, parasitas e patologia tropical. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ESPÍRITO SANTO (Província). **Falla que o Ex.^{mo} presidente da Província do Espírito Santo dirigio a Assembléa Legislativa Provincial no dia 1º de abril de 1840**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1840.

EVANS, Richard J. Epidemics and revolutions: cholera in nineteenth-century Europe. In: RANGER, Terence; SLACK, Paul. **Epidemics and ideas**: essays on the historical perception of pestilence. Cambridge: Cambridge University Press, 1986. p. 149-173.

FERREIRA, Luiz Otávio. Medicina impopular: ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840). In: CHALHOUB, Sidney et al. (Org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil**: capítulos de história social. Campinas: Editora Unicamp, 2003. p. 101-122.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. As doenças dos escravos: um campo de estudo para a história das ciências da saúde. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de; MARQUES, Rita de Cássia (Org.). **Uma história brasileira das doenças**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006. v. 2, p. 252-273.

FRANCO, Sebastião Pimentel. **O terribilíssimo mal do Oriente**: o cólera na província do Espírito Santo (1855-1856). Vitória: Edufes, 2015.

HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego. Cuidar, controlar, curar em perspectiva histórica: uma introdução. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Org.). **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

IMBERT, Jean-Baptiste Alban. **Uma palavra sobre o charlatanismo e os charlatões**. Rio de Janeiro: Typographia de J. S. Saint-Amant e L. A. Burgain, 1857.

INSTITUTO HOMEOPÁTICO DO BRASIL. **Notícias elementares da homeopatia ou manual do fazendeiro, do capitão de navios e do pai de família**. Rio de Janeiro: Typographia de Bintot, 1846.

KODAMA, Kaori et al. Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856): uma análise preliminar. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 19, p. 59-79, 2012. Suplemento 1.

LUZ, Madel Therezinha. **A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil**. São Paulo: Dynamis, 1996.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. **Natureza em boiões: medicinas e boticários no Brasil setecentista**. São Paulo: Editora Unicamp, 1999.

NOGUEIRA, André Luís Lima. **Entre cirurgiões, tambores e ervas: ca-lunduzeiros e curadores ilegais em ação nas Minas Gerais (século XVIII)**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2016.

NOVAES, Maria Stella de. **História do Espírito Santo**. Vitória: Fundo Editorial do Espírito Santo, 1968.

OLIVEIRA, José Teixeira de. **História do Espírito Santo**. 3. ed. Vitória: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo: Secretaria de Estado da Cultura, 2008.

PIMENTA, Tânia Salgado. Doses infinitesimais contra a epidemia de cólera no Rio de Janeiro em 1855. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de (Org.). **Uma história brasileira das doenças**. Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 31-51.

PORTO, Angela. A assistência médica aos escravos no Rio de Janeiro: o tratamento homeopático. **Revista Papéis Avulsos**, Rio de Janeiro, n. 7, p. 13-23, nov. 1988.

REIS, João José. **Domingos Sodré, um sacerdote africano**: escravidão, liberdade e candomblé na Bahia do século XIX. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

RELATÓRIO do médico comissionado Antonio Nascimento e Silva ao vice-presidente da Província, datado de 18 de janeiro de 1856. [18 jan. 1856]. Localizado em: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo. Fundo: Governadoria. Série 383. Livro 202.

RIZZO, Deisi das Graças. **Saneamento e sertão**: discursos médicos, política sanitária e colonização no Paraná. Guarapuava: Unicentro, 2012.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. **A história do feiteiro Juca Rosa**: cultura e relações sociais no Rio de Janeiro Imperial. 2000. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

_____. **Juca Rosa**: um pai de santo no Rio de Janeiro Imperial. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2009.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Um século de cólera: itinerário do medo. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v. 4. n. 1, p. 79-99, 1994.

SANTOS FILHO, Lycurgo. **História da medicina**. São Paulo: Brasiliense, 1949.

SIQUEIRA, Francisco Antunes. **Memórias do passado**: a Vitória de meio século. Vitória: Florecultura, 1999.

SNOW, John. **Sobre a maneira da transmissão do cólera**. Rio de Janeiro: Usaid, 1967.

XAVIER, Regina. Dos males e suas curas. Práticas médicas na Campinas oitocentista. In: CHALHOUB, Sidney et al. (Org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil**: capítulos de história social. Campinas: Editora Unicamp, 2003. p. 331-354.

“FOMOS AQUI ACOMETIDOS POR TRÊS FLAGELOS: A VARIÓLA, O MORBO E O CÓLERA.” UM ENSAIO SOBRE AS EPIDEMIAS NOS GUAYAZES

Cristina de Cássia P. Moraes

Maria Lemke

Thiago Cancelier Dias

Não é difícil encontrar descrições sobre o estado de saúde dos habitantes de Goiás nos documentos setecentistas e oitocentistas. A situação narrada é sempre a mesma: em excesso havia doenças, penúria, ar pestilento e água pútrida; faltavam médicos, hospitais, boticas e alimentos.

O presente texto aborda os principais “flagelos” epidêmicos vivenciados pelos habitantes do sertão dos Guayazes no fim do Setecentos e durante o Oitocentos, a saber: a bexiga ou varíola; o morbo gálico e o cólera-morbo. O ponto referencial desta investigação é o papel dos hospitais militares e do Hospital São Pedro de Alcântara.

Inspirada nas antigas tradições urbanísticas de Portugal, a capitania de Goiás – e posteriormente, a partir de 1822, província de Goiás – constituiu-se à medida que a mineração era praticada às margens do rio Vermelho e de seus inúmeros afluentes, espalhando-se por vários outros arraiais. A ocupação e a fixação da população em todo o sertão goiano se devem à interligação de dois fatores principais, a saber: a cuidadosa montagem da administração local de acordo com as diretrizes da Coroa portuguesa; e a preocupação constante com a saúde, as doenças e a morte. Ainda no Setecentos, foram criados dois hospitais militares. O único hospital de caridade – o São Pedro de Alcântara –, criado na segunda década do século XIX, encarregar-se-ia do cuidado com o obcecante charco humano no sertão dos Guayazes.

A construção dos hospitais militares se fazia mais que necessária, visto que, desde o início da ocupação dos Guayazes, os portugueses se encontravam, muitas vezes, em situação de hostilidade para com os nativos dessas terras. A regularização de um poder militar na capitania de Goiás, principiada em 1736 com a chegada da primeira companhia de dragões, inaugurou a presença efetiva de companhias militares, devidamente treinadas para enfrentar o *gentio* hostil – ou seja, àqueles de conduta “belicosa”, que não se adaptassem e repelisses as políticas de conversão e civilização.

Assim, não é exagero afirmar que tanto os hospitais militares em Vila Boa e na região diamantífera dos rios Claro e Pilões quanto os aldeamentos na capitania de Goiás foram utilizados como laboratórios para prática de saberes das culturas indígenas, europeias e africanas. Constituíram-se, enfim, como espaços pensados e organizados para operar a subordinação não só do indígena, mas também dos escravos, forros e livres pobres que ali habitavam. Essas instituições operavam na prática o que contemporaneamente se chama colonialidade do poder/saber, pois eram espaços com forte assimetria de poder, onde se operava a “exclusão, negação e subalternização ontológica e epistêmico-cognitiva dos grupos e sujeitos” subordinados (WALSH, 2009, p. 23).

No contexto de atuação do Marquês de Pombal, houve a renovação e a ampliação do conhecimento português sobre suas possessões. A reestruturação dos instrumentos políticos e administrativos, a definição das fronteiras e a defesa do território faziam parte da lógica geopolítica pombalina (BOSCHI, 2002). Os dois últimos pontos ajudam a compreender o processo de criação dos hospitais militares. Além disso, houve a identificação e descrição de recursos e das populações, marcada pela tentativa de modernizar o sistema medicinal e científico no Império ao promover uma rede de informação e pesquisa que envolvia “cientistas, astrônomos, engenheiros-cartógrafos, médicos, cirurgiões” (DOMINGUES, 2012, p. 135). Buscava-se com isso a renovação e a ampliação do conhecimento português sobre suas posses e conseqüente produção de corologias, mapas, crônicas e documentos oficiais.

A partir da vinda da família real ao Brasil em 1808, missionários, cientistas e artistas começaram a “desbravar” o país. Não por acaso, Sérgio Buarque de Holanda chamará esse momento de segunda descoberta feita por “emboabas de olho azul e língua travada, falando inglês, francês e principalmente alemão” (HOLANDA, 1985, p. 12). Viajantes e naturalistas se

esmeraram em descrever o mundo novo com o qual se deparavam. Nesse contexto, a Europa vivia o desejo de saber, de classificar e investigar essa terra que antes, por receio da Coroa, era restrita a geógrafos e outros “técnicos” enviados de Portugal. Segundo Naxara (1999, p. 34), esse segundo momento tinha uma perspectiva romântica de conhecimento da natureza. Ainda como resultado da vinda da família real e da transformação da antiga “colônia” em “metrópole”, surgiram, naquele mesmo ano, instituições como o Real Horto, o Museu Real e a Faculdade de Medicina na cidade de Salvador.

Contudo, a presença da família real no Brasil não garantiu que doenças fossem erradicadas. O zelo com a saúde e as transformações oriundas do decreto de 17 de fevereiro de 1832, que extinguiu os hospitais militares⁶², não evitou que epidemias se alastrassem. Os mais acometidos eram comumente os indígenas, que não tinham contato com agentes patogênicos da varíola, sarampo, coqueluche, catapora, gonorreia, tuberculose, tifo, difteria, gripe, caxumba, peste bubônica, febres terças (dengue), febre amarela, malária e possivelmente sífilis, entre outras doenças, antes da chegada dos europeus e africanos.

Todas essas moléstias se apresentaram como epidêmicas, adoecendo indígenas, africanos e europeus, com maior impacto entre os primeiros por serem populações sem defesa imunológica geneticamente adquirida, como já foi dito. As epidemias eram recém-chegadas no Novo Mundo, o que explica a rápida queda populacional, pois o cálculo é que a taxa de morte por doenças epidêmicas em novas populações vai de 50 a 100 % pela falta de resistência imunológica (DIAMOND, 2009, p. 214).

Nesse cenário de enfermidades, destaca-se a importância do Hospital Militar de Vila Boa, visto que o da região diamantífera dos rios Claro e Pilões funcionou por um curto período. Em 1º de setembro de 1765, entrou em vigor o Regulamento das Instruções, que servia tanto para o hospital

62. Em substituição, foram criados os hospitais regimentais para o atendimento à população e ao exército e instituída a obrigatoriedade de as enfermarias militares continuarem a funcionar como laboratórios. A cirurgia foi definitivamente incorporada ao saber médico, através da medicina científica para a qual a “cena” fundamental foi o hospital militar de campanha. O hospital civil também foi transformado: seu papel social começava a aumentar. A partir do surgimento da medicina científica, resultado da convergência entre a clínica e a cirurgia, o hospital tornou-se importante para o aprendizado: a transmissão oral dos saberes foi substituída pelo estudo direto dos corpos e de pacientes. A partir de todas essas transformações, sob o ponto de vista do conhecimento e da prática médica, o hospital contemporâneo começava a se converter: de um lugar apropriado para morrer em um lócus privilegiado de saúde (SILVA, 2001).

militar da corte quanto para os domínios ultramarinos e ditava de maneira pormenorizada o funcionamento da instituição através das atribuições de cada funcionário: almoxarife, escrivão, fiel, cozinheiro, moço de compras, físicos, cirurgiões, padres-enfermeiros, boticário, etc. Havia uma preocupação extrema com a limpeza do local e os bons cuidados com os enfermos, sendo dever de todos o cumprimento das regras, pois, caso contrário, havia punição certa. Não se toleravam faltas ou desordens, e a higiene era uma das atribuições mais importantes nos hospitais militares.

Havia, já naquela época, determinada consciência acerca das dificuldades advindas do contato indevido com enfermos portadores das doenças ditas agudas, malignas ou tísicas. Em caso de morte de alguém diagnosticado com determinados males, havia proibição expressa de reutilização de roupas de cama ou até da cama por outro enfermo, sem que antes fossem lavadas de maneira exímia e com todo o cuidado. No entanto, as camas de portadores de doença tísica não deveriam tornar a servir qualquer outro; estas, após lavadas à parte, reservavam-se somente para mortalha aos defuntos. Ainda no que tange aos cuidados, roupa alguma da enfermaria poderia ficar suja. Fosse pouca, fosse em grande quantidade, todos os dias ela deveria ser enviada à lavanderia. Aos enfermos eram oferecidas as melhores condições possíveis de asseio e cuidado.

Os serventes que terminassem os serviços maiores do hospital e não tivessem nenhum encargo nas horas próximas eram distribuídos pelas enfermarias de maneira a auxiliarem os padres-enfermeiros na assistência aos doentes, ajudando-os a administrar água benta ou os santos óleos, o que indica que, além dos cuidados com o corpo, havia a preocupação com a alma.

Assim, não é exagero afirmar que o sistema medicinal português era carregado de misticismo, porém também guardava influência do arcabouço filosófico de Hipócrates e Galeno, de Paracelso e de comentadores árabes e persas das obras dos gregos antigos como Avicena. A teoria mais difundida era a humoral hipocrático-galênica, segundo a qual no corpo humano havia a qualidade dos quatro elementos da natureza. O bom funcionamento das funções vitais partiria da regulação do fígado, coração e cérebro e dependia do “equilíbrio entre os quatro humores primários – sangue, cólera, fleuma e melancolia”. Estes eram compreendidos a partir de pares de opostos: seco/úmido, frio/quente, delgado/grosso, doce/amargo; as doenças seriam causadas por modificações de um ou mais humores (ABREU, 2011, p. 81).

É importante salientar que o único nosocômio existente na província de Goiás contava com doze leitos masculinos e doze femininos, e a enfermaria militar, vinte leitos. Somente em um surto de colerina em 1869, morreram 257 pessoas, conforme os registros de óbitos do cemitério São Miguel na cidade de Goiás. A providência divina deve ter feito um excelente trabalho, pois dos 312 internos no hospital de caridade ainda se salvaram 55⁶³. Em época de epidemia, dificilmente havia leito para todos os doentes. Dificilmente havia médicos e enfermeiros suficientes.

Segundo Johann Emanuel Pohl, o cirurgião-mor que fora contratado em Vila Boa sequer concluíra os primeiros estudos de cirurgia. Em outras localidades de Goiás, o tratamento das doenças seria feito por práticos. Pohl, um naturalista austríaco, viveu e perambulou em Goiás entre 1818 e 1820. Passava boa parte do tempo coletando amostras mineralógicas, botânicas e zoológicas. Além de descrever o clima, os problemas administrativos e os costumes, deixou relatos das várias doenças que acometiam boa parte da população: bócio, gota, diferentes tipos de hidropisia, a elefantíase que atacava os negros, bexigas... Em seus relatos, anotava também que “a sífilis é espalhada de maneira impressionante” e que a varíola assolava tristemente os indígenas.

Apesar de esses relatos de más condições de saúde serem encontrados com maior abundância nos apontamentos de viajantes, registros da ausência de médicos e de tratamentos adequados datam de longe. Ainda no século XVIII, José de Almeida Vasconcelos Soveral e Carvalho, mais conhecido como Barão de Mossâmedes, escrevia a Martinho de Melo e Castro que muitos roceiros e mineiros, quando não ministravam “remédios ordinários”, mandavam algum escravo que acreditavam ter “jeito de enfermeiro” realizar os procedimentos necessários (OFÍCIO..., 1774).

Como se pode depreender dessa observação, o cenário pintado pelos viajantes que passaram por Goiás na primeira metade do século XIX não era dos melhores. Não obstante a precariedade, cuidados havia com os doentes. Bartholomeu Lourenço da Silva, cirurgião que aprendeu o ofício com o sogro, foi elogiado pelo brigadeiro Raimundo José da Cunha Mattos por seu trabalho caritativo. O “respeitável ancião”, segundo Mattos, assistia gratuitamente a todos os enfermos da cidade e forneceria medicamentos seus aos necessitados, tendo, não raras vezes, alimentado e curado

63. Informação retirada do registro de óbitos do Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara. Ver Magalhães (2014, p. 122).

os internos do hospital militar “à sua própria custa, com zelo infatigável e digno de louvor eterno” (CORRESPONDÊNCIA..., 1823). O infatigável zelo parece não ter sido suficiente para lidar com as doenças recorrentes no Hospital Militar de Vila Boa. De febre a opilação, sarampo, bexiga e papo poucos escapavam, como se pode observar na Tabela 1:

Tabela 1 – Relação de entrada de pacientes (1813-1816)

Motivo da internação	Número de pacientes	%
Fístula	5	2,36
Erisipela	5	2,36
Ferimento por arma branca	5	2,36
Opilação	10	4,72
Maculo	11	5,19
Carbúnculo	11	5,19
Febre perniciososa	15	7,08
Ferimento por arma de fogo	16	7,55
Sarampo	21	9,90
Escorbuto	21	9,90
Bexiga	28	13,21
Papudos	32	15,09
Diarreia	32	15,09
Total	212	100

Fonte: Entrada de doentes (1813-1816).

Apesar de haver poucas referências ao cólera ou à colerina (ocorrência mais branda do cólera-morbo) nos registros de óbitos dos dois hospitais da região – a saber, o Real Militar e o de Caridade São Pedro de Alcântara, fundado em 1826 –, parece que os efeitos da doença foram avassaladores na província. O mal, originário da Ásia, causado pelo vibrião colérico, disseminado por águas contaminadas, caracterizado por vômitos, evacuações (de vinte a trinta vezes ao dia), fraqueza e abatimento geral, era tão comum entre os pacientes que figurava como disenteria nos mapas do hospital São Pedro de Alcântara e tão endêmico que, em grandes epidemias, muitos prontuários registravam “por se não puder fazer mais nada”, indicando a dificuldade em tratar vários pacientes ao mesmo tempo, que chegavam então à fase terminal (MORAES, 1995).

Os sintomas, segundo Chernoviz (1890, p. 571-581),

[...] consistiam em vômitos, evacuações alvinas abundantes, supressão das urinas e câimbras nos membros. As causas de seu contágio estariam relacionadas com um veneno que se acha no ar juntamente com a umidade, os calores fortes, as trovoadas e as variações de temperaturas. Manifesta-se em decorrência de alimentos como excessos de carne de porco e frutas verdes e ambientes contaminados e inobservância aos princípios higiênicos.

Segundo Magalhães (2014), em uma época na qual não se distinguia a disenteria bacilar da amebiana, as fontes do século XIX empregavam vasto vocabulário para acusar suas aparições, tais como “câmara de sangue”, “crônica”, “sangrenta”, “maligna”, “violenta”, “alarmante”, entre outros termos.

Para causar a doença, o vibrião do cólera precisa chegar até o sistema digestivo. O bacilo *Vibrio cholerae* está presente nas fezes dos doentes em estado agudo, convalescentes e assintomáticos. É comum encontrá-lo em águas poluídas com algas contaminadas. O contágio se dá quando o vibrião é levado à boca por mãos sujas ou pela ingestão de água não fervida ou de alimentos contaminados. Quando ingerido, se sobreviver à acidez estomacal, a bactéria irá se multiplicar, e, em pouquíssimo tempo, aparecerão os sintomas, como diarreia volumosa e aquosa; vômitos intermitentes; cólicas abdominais e espasmos musculares. Em um dia, o paciente perde até vinte litros de água, eletrólitos e sais minerais (LEWINSOHN, 2003, p. 109-110). Chernoviz descreve a aparência do portador do cólera:

[...] o rosto torna-se roxo ou lívido, os olhos afundam-se, manchas azues formam-se sobre os olhos, dessecados pela ausência das lágrimas; a pele toma a cor roxa dos pés, mãos, e às vezes em alguns pontos do tronco; as extremidades, o nariz, a língua, e até o halito, ficam gelados; todo o resto do corpo esfria; a voz é rouca, muita fraca ou inteiramente extinta (CHERNOVIZ, 1890, p. 577-578).

A partir da explanação de Chernoviz, não é difícil compreender por que nos registros do hospital se registrava, amiúde, a expressão “não há o que fazer”. Uma nova teoria, a miasmática, passa a vigor em meados do século XIX, segundo a qual o corpo humano seria atacado por emanações nocivas tra-

zidas pelo ar corrompido; só o olfato poderia advertir a presença do mal. O médico Chernoviz, preocupado com as questões sobre o aerismo, observava:

A pureza do ar que se respira é uma das primeiras necessidades da vida. É por conseguinte mui importante se preocupar com a combustão de velas, lamparinas, etc. em lugar onde o ar não se renova ou se renova incompletamente. Os miasmas que sae dessas substâncias juntamente com a simples respiração, emanações do suor, dos escarros e das dejeções alvinas, exercem influencia nociva, e devem ser removidas (CHERNOVIZ, 1890, p. 225-226).

Pela concepção hipocrática, o ar poderia produzir epidemias quando houvesse um desequilíbrio de calor, frio, umidade e secura, atuando sobre os corpos. A concepção hipocrática das doenças ficou conhecida na história como a perspectiva “humoral”, segundo a qual, para que a cura ocorresse, seria preciso eliminar ou expelir humores venenosos para fora do corpo do doente (MARTINS, 1997, p. 48 apud SILVA, 2014, p. 55).

O contágio era conhecido nos dicionários médicos desde o século XVI, todavia os estudos sobre a virologia ainda eram escassos e pouco disseminados na segunda metade do século XIX. Por isso, será necessário caracterizar o uso dos principais termos utilizados na medicina do início do século XIX, no que diz respeito ao combate e conhecimento das moléstias pestilentas. Consoante à teoria contagionista, a primeira preocupação era o contato direto pessoa a pessoa, depois por agentes transmissíveis e posteriormente pela atmosfera (CHERNOVIZ, 1890, p. 223). As pestes e as epidemias estariam interligadas com o sertão dos Guayazes principalmente no inverno, quando as chuvas parecem levantar mais vapores da terra em conjunto com o mau cheiro que exalava dos corpos enterrados em covas rasas.

Com efeito, em 1832, o Código de Posturas da capital do Império recomendava o fim dos enterramentos dentro de igrejas e sacristias e a instituição de cemitérios fora da cidade, em locais a serem designados pela câmara municipal. Além disso, instituía normas para a construção de açougues, matadouros, currais, para o exercício da medicina e da farmácia, para o controle de medicamentos, entre outras medidas (COSTA; ROZENFELD, 2000, p. 24). Tudo com o intuito de sanitizar os espaços. Não por acaso, começaram a surgir os “cordões sanitários” para evitar que determinadas doenças, como a varíola, se propagassem.

Em ofício de dezembro de 1805, o governador D. Francisco de Mascarenhas escrevia ao Visconde de Anadia sobre os resultados positivos da vacinação contra as bexigas em Goiás.

Participa-se, que na Capitania de Goias se acha finalmente propagada a inoculação das Bexigas Vaccinas com a desejada felicidade, e mais algumas considerações relativas ao mesmo objecto (OFÍCIO..., 1805).

O pânico escatológico se iniciou no século XVIII, como se pode observar na provisão passada pelo escrivão do Auditorio Eclesiástico:

Em 26 de janeiro de 1796 registrei ao Capitão Joaquim dos Santos, hum despacho de [?] Reverendos Vigario Geral, e Vizitador da Comarca p^a se rezervar [?] o Santo Sacrificio da Miça no Seu Altar que tem em seu Engenho de [?] por tempo de hum anno devido a promessa a Santissima Virgem que sob sua invocação debelasse a bexiga que ameaçava a Vila. Eu Padre Lucas Freire de Andrade Escrivão do Auditorio Eclesiastico que o escrevi (PROVISÃO..., [1796?]).

Enfim, a missa deve ter surtido efeito contra a varíola em fins dos séculos XVIII e início do XIX. Mas, a partir dos anos de 1830, não adiantou apelar para o sagrado; os surtos epidêmicos de bexiga surgiam concomitantes ao sarampo e, muitas vezes, o diagnóstico entre as doenças era confundido. Em ambas, o contágio era creditado ao ar corrupto devido às altas temperaturas e à atmosfera putrefata.

De fato, por muito tempo os médicos atribuíram às condições tropicais um número significativo de doenças, por considerá-las patogênicas por excelência. As febres intermitentes e catarrais, a febre tifoide, a febre amarela, a malária, o cólera e a varíola foram flagelos temidos pelos europeus, mas percebidos como circunscritos a uma posição geográfica no globo. O clima quente, a umidade excessiva do ar, o excesso da flora e fauna, bem como a “imundície” da população, serviram para distinguir os trópicos de outras regiões do mundo, introduzindo uma noção de “tropicalidade das doenças” (SILVA, 2014, p. 78).

No contexto de novas percepções sobre os trópicos, ao passar por Goiás, nos idos de 1816, Saint-Hilaire não se cansava de relatar a aparência de

pouca “saúde, vigor e energia” dos habitantes de Vila Boa. Para o francês, a precariedade da saúde daquele povo era tributária da falta de circulação do ar, visto que a cidade se encontra construída numa baixada “onde o calor é quase sempre insuportável [...]”. Lacônico, concluía: “essa cidade, repito, não pode ser propícia aos homens de nossa raça” (SAINT-HILAIRE, 1975, p. 51).

Os anos se passariam e a luta contra a epidemia das bexigas não cessava. Em 1839, havia sido organizado um cinturão de controle contra a varíola. A preocupação do presidente da província, D. José de Assis Mascarenhas, tinha fundamentos. Ao passar nas proximidades das vilas de Bambui e Formiga, constatou que quase ficaram desertas devido ao flagelo das bexigas. Conclamou, então, todos os camaristas a usarem o “puz vaccínico” nas próprias famílias como exemplo, evitando assim a propagação do mal que tantos braços fortes ceifaria em toda a província:

[...] vos rogo mui incessantemente apliqueis toda a vossa influência e todos os vossos esforços para acreditar a Vaccina e até o vosso exemplo, fazendo vacinar as pessoas da vossa família o povo se persuadirá da necessidade da vacina e seus admiráveis efeitos. [...] se o contágio das bexigas chegar a nossa província estabelecerei logo hum cordao sanitário (RELATÓRIO..., 1986, p. 148).

Segundo Oliveira (2006), o processo de imunização da população, além de dolorido, era demorado, porém um levantamento feito pelo autor aponta que os índices de vacinação chegaram a impressionantes cem por cento:

Tabela 2 – Vacinados contra a varíola em Goiás (1849-1852)

Ano	Vacinados		Não aproveitado		Não retornaram	
1849	1.016	100 %	31	3,05 %	-	-
1850	608	100 %	3	0,41 %	25	4,11 %
1851	345	100 %	5	1,44 %	25	7,24 %
1852	184	100 %	3	1,63 %	25	2,71 %

Fonte: Oliveira (2006, p. 77).

Oliveira atenta que “alterar dados dos relatórios seria um meio mais fácil para os comissários vacinadores paroquiais minimizarem a acusação de

incompetência”. Com efeito, os números impressionam; lembra-nos o autor de que sequer na corte a vacinação alcançava esse número (OLIVEIRA, 2006, p. 77). A desconfiança em relação à vacina era tamanha que, em 1831, o então presidente da província, Miguel Lino de Moraes, e sua família foram postos em quarentena a três léguas da já então cidade de Goiás, por terem recebido a vacina. Segundo o autor, até os camaristas solicitaram sua saída da cidade. A medida visava a evitar uma epidemia de varíola na cidade, onde era frequente a confusão entre vacinação e variolização (p. 88).

Poucos anos antes, nos idos de 1845, Joaquim Ignacio Ramalho relatava que Goiás não sofria com grandes epidemias, salvo “em hum ou outro ponto, e em tempos mais remotos [...]”. Seu relatório deixa entrever que a vacinação passa a ser associada a valores do mundo civilizado (MEMÓRIAS GOIANAS, 1996, p. 86). Difícil saber se aludia às grandes epidemias do século XVIII, que rapidamente dizimaram aldeias inteiras. Quem sabe, estivesse ignorando, deliberadamente, a frequência com que morriam indígenas nos antigos aldeamentos, como narraram os viajantes. Deve-se lembrar que, após ceifar milhares de vidas indígenas, as doenças epidêmicas contaminaram tanto os “povos civilizados, quanto os bárbaros gentios”. Surtos ocorreram em 1761, 1764, 1768, 1771, 1776, 1787, 1788, 1805, 1811, 1820, 1873 e 1874 (RELAÇÃO..., 1750-1823)⁶⁴.

No conjunto das moléstias que assolavam Goiás, Saint-Hilaire relata, à sua maneira, que os “portugueses transmitiram doenças venéreas aos Caia-pó”, os quais, por não terem acesso ao tratamento adequado, seriam levados ao extermínio. Além disso, grassava o sarampo:

Não tendo ninguém para guia-los, esses homens de temperamento infantil entregam-se livremente a todos os caprichos, e muitas vezes apressam o fim de sua existência. Quase todos foram atacados pelo sarampo há alguns anos, e no delírio da febre iam banhar-se na água fria. Morreram mais de oitenta. Por outro lado, não vi nenhum deles que tivesse bócio, deformidade que desfigura todos os pedestres encarregados de supervisioná-los, como já foi mostrado, é muito generalizado em Vila Boa (SAINT-HILAIRE, 1975, p. 69).

64. Conferir também: Karasch (1999, p. 26).

Os que sobreviveram à epidemia de sarampo não resistiram aos sucessivos surtos de bexiga ou varíola, que se iniciaram na década de 1760 e se estenderam até o primeiro decênio do Oitocentos (GURGEL, 2012; MOURÃO, 1683; MARTIUS, 1939). Com efeito, Alencastre (1979, p. 342), ao escrever os *Anais da província de Goiás*, em 1863, refere-se à epidemia de 1811, indicando ter se tratado de um episódio de relevo: “Tendo a varíola invadido o sul de Goiás e atacado o arraial de Meia Ponte”, as medidas sanitárias tomadas “[...] impediram que o mal se propagasse e fosse à Capital, como em 1771”. Vale destacar que o surto de 1811 não foi o primeiro.

Para além das enfermidades mais comuns mencionadas anteriormente, como o bócio endêmico, a opilação, o sarampo, a erisipela, o escorbuto, o maculo e a fístula, o que determinou de fato episódios epidêmicos em Goiás nos séculos XVIII e XIX foi a varíola, o morbo gálico e o cólera-morbo – grandes ceifadores de vidas.

Tabela 3 – Pacientes com enfermidades venéreas no Hospital Real Militar (1813-1816)

Diagnóstico	Número de pacientes internados	%
Cavallo	40	14,60
Boubão	45	16,42
Bouba	41	14,97
Gonorreia	49	17,88
Cancro venéreo	32	11,68
Gálico	67	24,45
Total	274	100

Fonte: Entrada de doentes (1813-1816).

O morbo gálico estava tão impregnado na capitania que sequer o terceiro dos Cunha Menezes a governar Goiás escapou. Dom João Manoel de Menezes, além da frágil relação com os camaristas, por vezes mal podia andar tamanho era o incômodo da doença. Quiçá, tenha sido por isso que, ainda no início do seu governo, nos idos de 1800, em ofício solicitou o estabelecimento, em Vila Boa, de uma botica e a presença de oficiais que soubessem manipular e empregar os remédios e drogas, tão necessários na capitania (OFÍCIO..., 1800).

No hospital, havia um zelo especial quanto à dieta dos pacientes com morbo gálico. Os físicos e cirurgiões deviam, duas vezes por dia, visitar todos os pacientes de todas as enfermarias, de maneira que nada lhes faltasse. Nesse momento, eram prescritos os medicamentos e a dieta de cada interno. As receitas dos medicamentos a serem ministrados eram então entregues ao boticário para sua produção. Não podemos esquecer o estreito vínculo que se estabelecia entre medicação e alimentação, a ponto de a entrada de pessoas no hospital somente ocorrer mediante vistoria prévia, a fim de garantir que nenhum alimento chegasse aos enfermos, pois se concluíra que faziam aumentarem as queixas dos doentes.

Entre os medicamentos mais utilizados estava o óleo de louro: extraído por destilação a vapor das folhas frescas do louro, era utilizado como antiséptico, antibiótico, antiespasmódico, antinevrálgico, analgésico, adstringente, inseticida, sedativo, sudorífico e tônico. Há registros do uso de emplasto de cicuta ou de cicuta com mercúrio: aplicado estendido em pano, abrandava a dureza dos cancros e servia ao tratamento dos humores cirrosos, das escrófulas e de úlceras sifilíticas. Já a magnésia e o sal amoníaco eram utilizados, geralmente, para problemas digestivos, e o mercúrio muriático corrosivo para a cura da gonorreia e do cancro venéreo, comuns na capitania, sobretudo, entre os militares. Inusitado era o tratamento para a moléstia, mesmo no Reino:

Tive ocasião de observar um doente, de idade de 48 annos, que se-me-apresentou: accusava este ter padecido uma gonorrhœa e um cancro venereo [...] e que tomando pirolas de Plenck, em tempo chuvoso, sem regularidade, nem dieta, passada 3 semanas lhe-apparecêra inflammação na garganta [...]. [...] por este motivo nos annos seguintes continuára a tomar mais mercurio, sem que melhorasse [...].

[...] puz o doente no uso de pirolas de extracto de quina, ferro, anis e cardamomo com leite de burra com o calor que trazia do animal, isso pela manhã cedo na cama e passando um quarto de hora ía passear de cavallo tomando de tarde uma porção de vinho de quina composto, com sucos antiscorbuticos, e soros de leite (TRÊS..., p. 25-26, 1818).

Outrossim, um documento encontrado no Arquivo Ultramarino em Lisboa permite inferir a dimensão da contribuição da flora brasileira para

os boticários. É considerável a relação de sementes e plantas com fins alimentares e medicinais, utilizadas para o “tratamento” do morbo gálico:

[...] abobra do matto ou Favas de Stº Ignácio (Brijonia h.): Bebidação purgativa e banhos nas dores venéreas (de toda a planta se tira hua tinta amarela)

Cinco folha: Casca e folha arvore he antidoto das cobras

Caroba: Decocção das folhas da arvore para a cura das ulceras venéreas aqui chamadas bobas por bebida e pª banho na parte enferma

Angélica tr.: Da sua casca amarga faz o povo uso nas febres

Fedegozo miúdo (Cassia m): Usado nos cazos de doenças venéreas

Herva de Stª Maria: As sementes pizadas e o succo são de uso frequentíssimo, como anthelmintico

Jubéba ou Jurubéba (solanum tr.): Arbusto desobitruente

Purga do gentio ou joazinho: Fruta he hum purgante drástico, fatal a gente q usa sem correção, nem gradação

Canna de macaco: Cresce nos lugares húmidos e o povo faz uso para doenças da bexiga

Maxixe: Qualidº de pepino q se come com carne ou peixe pª convalescentes de doenças venéreas e cancos

lobolobó: As folhas mucilaginosas cozidas com carne, servem de alimento a gente do povo (RELAÇÃO..., séc. XVIII).

Estes, porém, não eram os únicos lenitivos para os males do corpo. Outros produtos foram utilizados para tratar o mal venéreo que grassava em Goiás. Vitriolo de ferro – denominação antiga dos sulfatos, como em vitriolo azul para sulfato de cobre; vitriolo branco para sulfato de zinco; vitriolo verde para sulfato de ferro; e óleo de vitriolo ou simplesmente vitriolo para ácido sulfúrico concentrado –, mercúrio, arsênio, bismuto e iodetos foram utilizados em vão na luta secular contra o *Treponema pallidum* desde os primeiros registros do “mal francês” ou “espanhol/napolitano” no século XV.

Naquela época se acreditava que o contágio do morbo gálico ocorria por contato físico, sexual, por recipientes, por miasmas e até pela posição dos astros no céu. O mal invisível era responsável pelo contágio e propagação da moléstia, que acometia a pele, criando lesões, dores na uretra e pústulas no pênis e na vagina. Quando passou nas proximidades da aldeia de São Pedro de Alcântara, Johann Emanuel Pohl não deixou de notar que, não obstante algumas mulheres serem de notável beleza, a pernicioso sífilis “causava

mais estragos do que se poderia imaginar”. Nem mesmo a irmã do capitão Romão, que o acompanhava, escapou: o tumor em sua coxa “era de natureza facilmente identificável” (POHL, 1976, p. 258).

Ao passar pelo arraial de Traíras, Pohl asseverou que a falta de tratamento da sífilis, ou o desleixo com a doença, ocasionava o surgimento de outros males, como a elefantíase; nesse arraial constatou que muitos doentes que o procuravam sequer haviam tomado os remédios que ele receitara (POHL, 1976, p. 258). Quanto aos indígenas, muitos curavam suas doenças com raízes de árvores e ossos de animais, desprezando os remédios dados pelos portugueses, “no que procedem bem”, concluía Pohl. Interessante destacar que até a escarificação estava entre as medidas tomadas pelos caiapós para tratar a dor de cabeça: o tratamento consistia em fazer pequenas incisões na testa “com um pequeno arco, com o qual lançavam repetidamente uma flecha de vinte centímetros de comprimento. A flecha tem na ponta uma farpa de quartzo com uma saliência em forma de botão a fim de que a farpa não penetre mais do que o necessário” e, com o mesmo instrumento, sabiam, habilmente, sangrar veias (POHL, 1976, p. 155).

Considerações finais

Situações como as narradas deixam entrever o porquê do crescente interesse de cientistas e viajantes em penetrarem e explorarem o Brasil. No século XVIII, as “drogas do sertão” eram enviadas ao Reino com o objetivo de exploração comercial, por apresentarem fins medicinais, alimentares, para produção de cordas, de madeiras para navios e mais outros usos. No século XIX, a observação dos sistemas alimentares e medicinais, em especial dos indígenas, tornar-se-ia mais frequente; nesse contexto, houve também a tentativa de aclimação de espécies comerciais utilizadas por outras nações europeias no Brasil. Por isso, não deve causar estranheza o fato de Pohl ter enviado amostras da fauna e flora brasileira à Europa.

Sobre o “mal gálico” não custa lembrar que, ao longo do século XIX e por todo século XX, passou a ser tomado como doença moral, relacionado à promiscuidade. Antes, porém, como bem apontou Freyre, estava associado à virilidade. Acreditava-se que “para o sifilítico não há melhor depurativo do que uma negrinha virgem”. Segundo o autor pernambucano, até finais do

Oitocentos, essa crença se manteve: inocular o vírus em uma mulher púbere seria o modo mais seguro de extinguir o mal (FREYRE, 1980, p. 317).

E assim, o mal ia se propagando.

Ao final do século XIX, a sífilis era a principal causa de internação nos hospitais militares. Segundo Carrara (1996, p. 76), José da Silva de Oliveira – médico-militar da corte – afirmava, em 1883: “Se a tuberculose representa no Exército brasileiro a maior cifra mortuária, se os embaraços gástricos não lhe cedem o passo na questão numérica, as moléstias venéreas e sífilíticas avantajam-se às duas”.

Se a situação era crítica na corte, imagine-se em regiões como Goiás, onde havia dificuldades de obtenção de medicamentos e presença exígua de médicos. Quiçá, para concluir este texto, não seja de todo mal trazer novamente à baila a assertiva de Pohl (1976, p. 124-125) ao se referir às condições de vida da população goiana. Dada a precariedade, “logo que alguém adoce, é habitual que lhe seja dada a extrema-unção”. “Em relação à assistência médica, os habitantes são dignos de dó.”

Referências

A INFORMAÇÃO GOYANA (1917-1935). Goiânia: Agepel, 2001. CD-ROM.

ABREU, Jean Luiz Neves. **Nos domínios do corpo**: o saber médico luso-brasileiro no século XVIII. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

AGE, Mônica de Paula. **As mulheres parteiras na cidade de Goyas (século XIX)**. 2002. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2002.

ALENCASTRE, José Martins Pereira de. **Anais da província de Goiás**. Brasília: Ipiranga Ltda, 1979.

BARRETO, Maria Renilda Nery. Doenças de mulheres na Bahia do século XIX. In: SARDENBERG, Cecília M. Bacellar; VANIN, Iole Macedo; ARAS, Lina M. Brandão (Org.). **Fazendo gênero na historiografia**

baiana. Salvador: Núcleo de Estudos Interdisciplinares Sobre a Mulher/UFBA, 2001. (Coleção Bahianas, v. 6). p. 27-34.

BOSCHI, Caio. Administração e administradores no Brasil pombalino: os governadores da capitania de Minas Gerais. **Tempo**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 13, p. 77-109, 2002.

BRAUDEL, Fernand. **Civilização material, economia e capitalismo**: século XV-XVIII. As estruturas do cotidiano. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

CARRARA, Sérgio. **Tributo a Vênus**: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

CASTRO, Josué de. **Geografia da fome**. Rio de Janeiro: O Cruzeiro, 1948.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. **Dicionário de Medicina Popular**. 6. ed. Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890.

CORRESPONDÊNCIA do Governo Provincial com a Corte. 1823. Localizado em: Arquivo Histórico Estadual de Goiás. Livro n. 44, fls. 250 e 251.

COSTA, Ediná Alves; ROZENFELD, Suely. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, Suely (Org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 15-40.

DIAMOND, Jared Mason. **Armas, germes e aço**: os destinos das sociedades humanas. Tradução de Sílvia de Souza Costa. 11. ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.

DOMINGUES, Ângela. **Monarcas, ministros e cientistas**: mecanismos de poder, governação e informação no Brasil Colonial. Lisboa: CHAM, 2012.

EDLER, Flavio C. De olho no Brasil: a geografia médica e a viagem de Alphonse Rendu. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 8, p. 925-943, 2001. Suplemento.

ENTRADA de Doentes. 1813-1816. Localizado em: Museu das Bandeiras: Serie: Hospital Real Militar.

FERREIRA, Luiz Otávio. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-43). **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, jul.-out. 1994.

FREYRE, Gilberto. **Casa grande & senzala**. Formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 20. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1980.

GAZETA MÉDICA DA BAHIA. Edição fac-similar coordenada por José Ribeiro do Valle. São Paulo: Brasiliensia, 1866-2017.

GUEDES, Rubem Carlos Araújo. O cérebro desnutrido. **Ciência Hoje**, v. 3, n. 18, p. 61-65, 1985.

GURGEL, Cristina Brandt Friedrich Martin; ROSA, Camila Andrade Pereira da. História da medicina: a varíola no Brasil colonial (séculos XVI e XVII). **Revista de Patologia Tropical**, v. 41, n. 4, p. 390-391, 2012.

HIPÓCRATES. **Conhecer, cuidar, amar**: o juramento e outros textos. Tradução de Dunia Marino Silva. São Paulo: Landy, 2002.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. A herança colonial: sua desagregação. In: _____ (Org.). **História Geral da Civilização Brasileira**. 6. ed. São Paulo: Difel, 1985. Tomo 2, v. 1, p. 9-39.

KARASCH, Mary C. **A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

_____. História das doenças e dos cuidados médicos na capitania de Goiás. In: FREITAS, Lena Castello Branco Ferreira de (Org.). **Saúde e doenças em Goiás**: a medicina possível. Goiânia: UFG, 1999. p. 19-62.

KIPLE, Kenneth. The nutritional link with slave infant and child mortality in Brazil. **The Hispanic American Historical Review**, v. 69, n. 4, p. 677-690, 1989.

KUCINSKI, Bernardo. Desnutrição: notícia de jornal. **Ciência Hoje**, n. 5, p. 56-63, 1983.

LE GOFF, Jacques. **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1985.

LEWINSOHN, Rachel. **Três epidemias**: lições do passado. São Paulo: Editora Unicamp, 2003.

LOUREIRO, José Garcia da Silva. **Beribéri no Brasil**: estudo histórico e clínico. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1885.

MAGALHÃES, Sônia Maria de. **Alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX**. 2004. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista, Franca, 2004a.

_____. Batalha contra o charlatanismo: o processo de institucionalização da medicina científica na província de Goiás. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1095-1109, 2011.

_____. Doenças das crianças goianas no século XIX. Os registros de óbito do Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara. **Varia História**, Belo Horizonte, v. 29, n. 50, p. 499-519, maio-ago. 2013.

_____. Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara: assistência e saúde em Goiás ao longo do século XIX. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 661-683, 2004a.

_____. **Males do sertão**: alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX. Goiânia: Cênone Editorial, 2014.

MARCÍLIO, Maria Luiza. Mortalidade e morbidade da cidade do Rio de Janeiro Imperial. **Revista de História**, n. 127/128, p. 53-68, ago.-dec. 1992/jan.-jul. 1993.

MARTINS, Roberto de Andrade. **Contágio**: a história da prevenção das doenças transmissíveis. São Paulo: Moderna, 1997.

MARTIUS, Karl F. P. von. **Natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros (1844)**. São Paulo: Brasiliense, 1939.

MATTOS, Raimundo José da Cunha. **Corografia histórica da província de Goiás**. Goiânia: Sudeco, 1979.

MEMÓRIAS GOIANAS. Relatórios políticos, administrativos, econômicos, sociais, etc. dos governos da província de Goiás (1835-1843). Goiânia: UCG, 1986. v. 3.

_____. Relatórios políticos, administrativos, econômicos, sociais, etc. dos governos da província de Goiás (1845-1849). Goiânia: UCG, 1996. v. 4.

_____. Relatórios políticos, administrativos, econômicos, sociais, etc. dos governos da província de Goiás (1856-1859). Goiânia: UCG, 1997a. v. 7.

_____. Relatórios políticos, administrativos, econômicos, sociais, etc. dos governos da província de Goiás (1859-1863). Goiânia: UCG, 1997b. v. 8.

_____. Relatórios políticos, administrativos, econômicos, sociais, etc. dos governos da província de Goiás (1870-1874). Goiânia: UCG, 1999a. v. 11.

_____. Relatórios políticos, administrativos, econômicos, sociais, etc. dos governos da província de Goiás (1875-1879). Goiânia: UCG, 1999b. v. 12.

_____. Relatórios políticos, administrativos, econômicos, sociais, etc. dos governos da província de Goiás (1880-1881). Goiânia: UCG, 2001a. v. 13.

_____. Relatórios políticos, administrativos, econômicos, sociais, etc. dos governos da província de Goiás (1882-1889). Goiânia: UCG, 2001b. v. 14.

MORAES, Cristina de Cássia Pereira. **As estratégias de purificação de Goiás (1835-1943)**. 1995. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 1995.

MOURÃO, Simão Pinheiro. **Tratado único das bexigas e sarampo**. Lisboa: Imprensa Nacional, 1683.

NASCENTES, Antenor. **Dicionário etimológico resumido**. Rio de Janeiro: INL, 1966.

NAXARA, Márcia Regina Capelari. **Sobre campo e cidade: olhar, sensibilidade e imaginário**. Em busca de um sentido explicativo para o Brasil no século XX. 1999. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

OFÍCIO do [governador e capitão-general de Goiás, barão de Mossamedes], José de Almeida Vasconcelos [de Soveral e Carvalho], ao [secretário de estado da Marinha e Ultramar], Martinho de Melo e Castro, sobre as dificuldades dos cirurgiões-mor desempenharem os seus ofícios em Goiás, devido a sua população ser composta de mineiros e roceiros que desvalorizam tais habilidades, servindo-se de escravos enfermeiros para o tratamento de alguns males. 23 jun. 1774. Localizado em: Arquivo Histórico Ultramarino: Cx. 27, D. 1780.

OFÍCIO do [governador e capitão-general de Goiás], D. Francisco de Assis Mascarenhas, ao [secretário de estado da Marinha e Ultramar], visconde de Anadia, [João Rodrigues de Sá e Melo], sobre a propagação da vacina contra as bexigas na capitania. 1º dez. 1805. Localizado em: Arquivo Histórico Ultramarino: Cx. 50, D. 2841.

OFÍCIO do [governador e capitão-general de Goiás], D. João Manuel de Menezes, ao [secretário de estado da Marinha e Ultramar], D. Rodrigo de Sousa Coutinho, enviando relação de medicamentos e drogas para o estabelecimento de uma botica em Lisboa, e a nomeação de um boticário e ajudantes com bons conhecimentos de química. 26 jul. 1800. Localizado em: Arquivo Histórico Ultramarino: Cx. 41, D. 2529.

OLIVEIRA, Eliezer C. **As representações do medo e das catástrofes em Goiás**. 2006. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

PENNA, Belisario. **Saneamento do Brasil**. Rio de Janeiro: Tipografia Revista dos Tribunais, 1918.

PIMENTEL, Antônio Martins de Azevedo. O Brasil Central. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro**, v. 68, n. 112, p. 253-376, 1905.

POHL, Johann Baptist Emanuel. **Viagem no interior do Brasil**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1976.

PRIORE, Mary del. Magia e medicina na colônia: o corpo feminino. In: _____ (Org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Unesp, 2000.

[PROVISÃO passada pelo escrivão do Auditório Eclesiástico, Lucas Freire de Andrade]. [1796?]. Localizado em: Instituto de Pesquisas e Estudos Históricos do Brasil Central; Documentos avulsos; Séc. XVIII; Registros, Provisões.

RELAÇÃO de doentes internados no Hospital Real Militar de Vila Boa de Goyaz. 1750-1783; 1785-1788; 1804-1808; 1807-1811; 1813-1823. Localizado em: Arquivo Histórico Ultramarino: Cx. 50, D. 2841; Cx. 51, D. 2877.

RELAÇÃO de sementes e plantas do Brasil com fins alimentares e medicinais. séc. XIX. Localizado em: Arquivo Histórico Ultramarino: Série: Livros do Brasil, 1605-1804: Cód. 1622.

RELATÓRIO do Presidente D. José de Assis Mascarenhas, 1839. **Memórias Goianas**. Relatórios políticos, administrativos, econômicos, sociais, etc. dos governos da província de Goiás (1835-1843). Goiânia: UCG, 1986. v. 3, p. 148.

RUSSELL-WOOD, Anthony John. **Fidalgos e filantropos**: a Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1550-1755. Brasília: UnB, 1981.

SAINT-HILAIRE, Auguste de. **Viagem à Província de Goiás**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1975.

SALLES, Gilka Vasconcelos Ferreira de. Saúde e doenças em Goiás (1826-1930). In: FREITAS, Lena Castello Branco Ferreira de (Org.). **Saúde e**

doenças em Goiás: a medicina possível. Goiânia: UFG, 1999. p. 63-127.

SANTOS FILHO, Lycurgo. **Pequena história da medicina brasileira.** São Paulo: Parma, 1980.

SCLIAR, Moacir. **A paixão transformada:** história da medicina na literatura. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

SIGAUD, Joseph François Xavier. **Du climat et des maladies du Brésil.** Paris: Fortin, Masson et Cie., 1844.

SILVA, Alberto Carvalho da. Nordeste, desespero ou desesperança. **Ciência Hoje**, n. 5, p. 64-70, 1983.

SILVA, Kleber Pinto. A idéia de função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII – parte 1/6. Considerações preliminares e a gênese do hospital moderno: Tenon e o Incêndio do Hôtel-Dieu de Paris. **Arquitextos**, ano 1, n. 009, fev. 2001. Texto Especial n. 060. Disponível em: <www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/esp052.asp>. Acesso em: 13 out. 2017.

SILVA, Luis Paulo. **Variola e vacina:** antiquilhas e coetâneas em São Luís (1854-1876). 2014. Dissertação (Mestrado em História Social) – Universidade Federal do Maranhão, São Luiz, 2014.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.

TRES contas de Balthasar Joaquim Lopes, médico da Camara da Villa de Murça de Panocús, Comarca de Moncorvo, pertencentes, a 1.^a aos annos de 1813 e 1814; a 2.^a aos annos de 1815 e 1816; a 3.^a aos tres mezes de janeiro, fevereiro, e março de 1817. **Jornal de Coimbra**, Coimbra, v. 12, n. 61, p. 24-28, jan. 1818. Parte 1: dedicada a objectos de Sciencias Naturaes.

WALSH, Catherine. Interculturalidade crítica e pedagogia decolonial: in-surgir, re-existir e re-viver. In: CANDAU, Vera Maria (Org.). **Educação intercultural na América Latina:** entre concepções, tensões e propostas. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009. p. 12-43.

A MORTÍFERA PESTE DAS BEXIGAS: DRAMATURGIA DA EPIDEMIA DE VARÍOLA EM SÃO LUÍS/MA

Mariza Pinheiro Bezerra

No final do século XVIII, a província do Maranhão destacava-se no cenário nacional devido à prosperidade de seu sistema agroexportador calcado na comercialização de algodão e arroz. A criação da Companhia de Comércio Grão-Pará e Maranhão (1755), sob a administração do governador Mello e Póvoas e o intermédio do Marquês de Pombal, teria viabilizado essa “idade de ouro” na economia maranhense. O período ficou consagrado na historiografia do século XIX como um “fausto”, um momento glorioso e de opulência jamais vivenciado na província (BORRALHO, 2011, p. 27)⁶⁵.

O desenvolvimento econômico experimentado, com base na mão de obra escrava, logrou ao Maranhão o quarto lugar em importância entre as demais províncias e o quarto maior número de habitantes, com estimadas 30 mil almas. Essas características foram observadas pelos naturalistas Spix e Von Martius, em 1819, e por Alcide d’Orbigny, em 1850 (BORRALHO, 2011, p. 28; MEIRELES, 1993, p. 34).

Os lucros advindos do sistema agroexportador proporcionaram um enriquecimento material e cultural ao Maranhão, principalmente à sua capital São Luís, de onde partiam as decisões políticas da província. Na capital habitavam os filhos ilustres da terra, aqueles que, no contexto de opulência

65. Nessa historiografia maranhense do século XIX, destacam-se: o informante do rei na colônia, Raimundo José de Sousa Gaioso, com seu *Compêndio histórico-político dos princípios da lavoura do Maranhão, suas produções, progressos, entraves que a atacam e meios de remediá-las* (1970), e o intelectual defensor do partido português, também proprietário e redator do jornal *O Censor Maranhense*, João Antônio Garcia de Abranches.

econômica, tiveram a oportunidade de estudar em Portugal, França e Inglaterra. Posteriormente, esses intelectuais retornaram à província para exercerem cargos políticos, atuarem no comércio ou se destacarem (localmente ou no plano nacional) na literatura, imprensa e artes⁶⁶.

Essa elite intelectual, buscando estreitar os laços entre a capital e a Europa, introduziu leituras e costumes europeus na cidade. Com essa formação social, a capital do Maranhão, na primeira metade do Oitocentos, foi munida de um teatro, serviços gráficos, liceu, biblioteca pública, Hospital da Misericórdia, uma Repartição da Vacina e a presença cada vez maior de médicos e boticas (BORRALHO, 2011, p. 28; MEIRELES, 1993, p. 40).

Lançando um olhar mais atento para aquele contexto, observa-se que houve um crescimento urbano acelerado na capital, que, se por um lado trouxe instituições e novos serviços para os ludovicenses⁶⁷, trouxe, por outro lado, graves problemas de infraestrutura. Serviços públicos, como o abastecimento de água, sistema de esgotos e coleta de lixo, estavam pouco disponíveis à população, e as facilidades concentravam-se espacial, geográfica e socialmente. Em consequência disso, as condições de salubridade de São Luís, ao longo do século XIX, eram precárias, o que ocasionava crises endêmicas constantes e surtos epidêmicos cada vez mais graves. As camadas populares, mais expostas à insalubridade, eram as vítimas preferenciais das doenças que grassavam (PALHANO SILVA, 1988, p. 141-142).

Autores, como Palhano Silva (1988), Meireles (1993) e Lacroix (2015), apontam para o fato de a varíola – também conhecida como “bexiga” –, na modalidade epidêmica, ter causado muitos estragos no Maranhão e, especialmente, em São Luís ao longo do século XIX. Essa opinião também é sustentada por Cesar Marques em seu *Dicionário histórico-geográfico da província do Maranhão*, publicado originalmente em 1870⁶⁸.

Uma das epidemias de varíola que mais aparece em documentações sobre o século XIX, em São Luís, ocorreu em fins de 1854 e foi preva-

66. Entre esses intelectuais, destacam-se Odorico Mendes, Sotero dos Reis, Gonçalves Dias, João Lisboa e outros.

67. Termo usado para denominar algo ou alguém natural de São Luís.

68. Cesar Augusto Marques é um dos nomes mais citados no campo da medicina oitocentista no Maranhão. Apesar de sua memória estar ligada à publicação de seu livro mais célebre, *Dicionário histórico-geográfico da província do Maranhão*, de 1870, seu nome também é relacionado aos cargos que exerceu: médico da província, comissário vacinador, provedor da saúde do porto, professor do Seminário das Mercês, etc. (MEIRELES, 1993, p. 49).

lente em todo o ano de 1855. Objeto de estudo deste artigo, devido a sua gravidade, essa doença foi denominada pelo governador do Maranhão na época, Eduardo Olimpio Machado, como a “mortífera peste das bexigas” (MARANHÃO, 1855, p. 60).

Analisando relatórios de presidente de província e textos publicados nos jornais *O Estandarte e Publicador Maranhense*, relativos aos anos de 1854 e 1855, percebi que os eventos desencadeados pela epidemia de varíola nesses anos assumiram *feições dramáticas*, conforme a teoria de Rosenberg (1995).

Parto da ideia de que as doenças são fenômenos sociais, portanto não são “dadas”, e, sim, “construídas” socialmente. Em vários períodos, diferentes grupos sociais conferem sentido e significado à “entidade fisiopatológica” reconhecida como doença. Por isso, a análise historicamente localizada de uma doença, como a que proponho, direciona-me a um conhecimento mais aprofundado sobre a estrutura social (política, economia, demografia, etc.) na qual um fenômeno mórbido se apresentou (SILVEIRA; NASCIMENTO, 2004, p. 13-14). Meu objetivo neste artigo é apresentar um panorama dos eventos desencadeados pela presença da varíola em São Luís, buscando interpretar historicamente os impactos da doença em meados do século XIX.

Varíola no Maranhão: uma enfermidade antiga

A varíola é causada por um vírus que contém material genético constituído por DNA do gênero *Orthopoxvirus*, da família *Poxviridae*. Perante análise microscópica, o vírus apresenta-se com granulações delgadas, denominadas “corpúsculos de Paschen” (LEVI; KÁLLAS, 2002, p. 357). O quadro clínico da doença é descrito em literatura histórica e médica de forma aterrorizante e dramática: primeiramente a vítima era acometida por febre alta e dores no corpo; após quatro ou cinco dias surgiam erupções cutâneas, espécie de vesículas contendo líquido límpido e circundadas por vermelhidão; por volta do sexto dia essas erupções evoluíam para pústulas que, em caso de o indivíduo sobreviver, deixavam severas deformidades no corpo (FERNANDES, 2010; CROSBY, 2011; LEVI; KÁLLAS, 2002).

Essas graves alterações cutâneas surgiam após as crostas formadas sobre as lesões se soltarem no processo de cicatrização. Quando se apresentavam em áreas oculares, poderiam levar à cegueira (SCHATZMAYR, 2001, p.

1527). Segundo Farrel (2003, p. 31), as cicatrizes indisfarçáveis deixadas na pele dos que escapavam à doença pareciam “cavidades rasas”, como a “superfície da lua” ou uma “praia salpicada pela chuva”.

A doença tinha um alto grau de letalidade – matava mais da metade das vítimas – e atuou na história da humanidade dizimando populações nas formas endêmicas e epidêmicas, via pandemias e surtos localizados. A disseminação da varíola é considerada um exemplo de imperialismo biológico da Europa, que se expandia rumo a outros continentes. Na América, a presença da doença foi consequência do processo de expansão das nações europeias em busca de novos territórios além-mar. Atingiu principalmente nativos, que não estavam imunes ao vírus, facilitando o processo de colonização (extração de recursos e povoamento) (CROSBY, 2011).

A presença da doença na história do Maranhão foi apurada pioneiramente pelo médico Cesar Marques, em seu *Dicionário histórico-geográfico da província do Maranhão*. Marques (1970) identificou epidemias de varíola nos anos 1621, 1766 e entre os anos de 1787 e 1799. Ao longo do século XIX, o médico também registrou surtos em 1805, 1820-1821, 1837-1838, 1854-1855, 1867-1868 e 1870.

Em análise contemporânea, Lacroix (2015) apontou para uma severa epidemia de varíola em 1666, que teria se propagado da ilha de São Luís, pelo litoral, até Belém, passando para o Amazonas e chegando até Manaus. Acompanhando as missões jesuíticas, a doença, naquela ocasião, teria levado a óbito cerca de 44 mil nativos. Devido a sua alta transmissibilidade e por ter acompanhado grandes expedições e rotas comerciais ao longo de séculos na história da humanidade, não por acaso, a varíola foi concebida por Crosby (2011, p. 210) como uma doença que calça “botas de sete léguas”.

Outro surto epidêmico que causou devastação no Maranhão foi o ocorrido em 1799. Naquele momento, a Coroa portuguesa recomendou aplicar a vacina jenneriana. O líquido vacínico utilizado foi adquirido na Bahia e registraram-se muitos casos de mortes advindos dessa iniciativa. Somente em 1820 se instituiu uma Repartição da Vacina em São Luís e sua gênese foi caracterizada por pouca habilidade e falta de conhecimentos especializados dos reduzidos funcionários que ali atuavam (LACROIX, 2015, p. 72).

Entre os eventos epidêmicos registrados no século XIX, ganhou representatividade o surto de 1854, que se principiou em novembro e arrastou-se ao longo de 1855. Tratou-se de uma epidemia de proporções significativas, que acometeu, sobretudo, a população que habitava o centro mais urbano

de São Luís, não chegando a atingir mais decisivamente regiões afastadas da capital⁶⁹. A “mortífera peste das bexigas” assim foi chamada em virtude de ter levado a óbito 517 vítimas, como revelam registros que datam de novembro de 1854 até 15 de abril de 1855 (MARANHÃO, 1855, p. 61). Outra razão para a doença ter tido tanta representatividade na época diz respeito ao fato de que seus impactos incentivaram a construção do novo cemitério da Misericórdia, em região distanciada do perímetro urbano da capital, chamada Quinta do Gavião (COE, 2008).

A atuação da epidemia de varíola em São Luís foi analisada neste artigo com base na “dramaturgia da peste”, sugerida por Rosenberg (1995) em *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Para o autor, existe uma estrutura comum na trajetória das doenças epidêmicas, espécie de arquétipo que enreda os acontecimentos desde a revelação da enfermidade no seio de uma sociedade até seu desaparecimento. Inicialmente há um momento de “revelação progressiva” da doença (*progressive revelation*, p. 281). Em seguida, vem a fase em que diferentes causas do morbo são cogitadas (*managing randomness*, p. 282). Na terceira fase, surgem ações coletivas negociadas (*negotiating public response*) que visam o enfrentamento da doença. Por último, Rosenberg explica a estrutura final que marca um evento epidêmico, intitulando-a de “subsistência e retrospectão” (*subsistence and retrospection*, p. 286). Na sua ótica, o fim de uma epidemia é trágico e traz consigo “lições para a sociedade”.

Minha intenção, contudo, não é assumir o padrão proposto por Rosenberg como um modelo único, fechado e inquestionável, para a explicação da presença da varíola em São Luís. Busco, tão somente, enfatizar a dinâmica da doença dentro desse modelo, o que foi legitimado a partir da análise dos documentos consultados.

De onde vem a “mortífera peste das bexigas”?

A partir do dia 1º de dezembro de 1854, o jornal *Publicador Maranhense* divulgava, em várias edições, a presença da varíola na capital ludovicense. Esporadicamente casos da doença foram anunciados em edições anteriores do periódico, especialmente em seções que contabilizavam o número de

69. A doença também ganhou proporções significativas na Vila do Rosário (MARANHÃO, 1855, p. 61), a cerca de setenta quilômetros de São Luís.

sepultamentos realizados nos cemitérios da Freguesia de Nossa Senhora da Vitória⁷⁰. Porém a frequência dos textos, naquele mês, foi outra. A “peste das bexigas” passou a ocupar espaço cada vez maior nos periódicos e tornou--se comum expor anúncios que tratavam da importância da vacinação em possível quadra epidêmica da cidade.

Nesses anúncios, médicos como José Miguel Pereira Cardoso (comissário vacinador no Maranhão), Antônio Henriques Leal, José Ricardo Jauffret, Thomaz Wright Hall e José Sérgio Ferreira, componentes da comissão de higiene da província, ofereciam vacina e isolamento aos variolosos em locais designados pelo governo.

Em janeiro de 1855, notícias sobre a propagação da varíola na capital na modalidade epidêmica se proliferaram. Vários anúncios admitiam uma situação caótica. *O Estandarte*, periódico de oposição ao governo provincial, apontava a ineficiência de medidas emergenciais, uma vez que, para o autor da nota a seguir, a epidemia já estava instalada:

Continua o cruel flagelo das bexigas na sua marcha progressiva – já não é possível atalhá-lo, ou extingui-lo por meio de medidas enérgicas e acertadas. A peste tem recrudescido estes últimos dias – raro é hoje aquele que, sendo atacado dela, escapa da morte! As bexigas confluentes e a varíola cujas pústulas enegrecem e se gangrenam são as que tem feito maior número de vítimas. Todos estão geralmente aterrados: a mortalidade tem subido de 2 a 3, no estado normal, à 12 por dia! Mas isto quem importa? Salve-se quem puder – dizem os culpados – os verdadeiros assassinos... (O ESTANDARTE, 15 jan. 1855).

“Os verdadeiros assassinos”, conforme o texto do jornal, eram os médicos que atuavam na comissão de higiene da capital e, principalmente, o governador do Maranhão, Eduardo Olimpio Machado, o “mofina”, como foi apelidado pelo periódico. Acusando-o de inoperância e negligência, *O Estandarte* se ocupou durante meses em atacar verbalmente o governador, que, segundo o jornal, não havia zelado pela quarentena no porto de São Luís.

70. Freguesia de Nossa Senhora da Vitória foi o nome dado ao centro urbano de São Luís na época submetida a estudo (MARQUES, 1970, p. 198). Naquele contexto, a cidade era formada por mais cinco comarcas: Nossa Senhora da Conceição, São João Batista de Vinhaes, Bacanga, Nossa Senhora da Luz do Paço e São José dos Índios.

Eduardo Olimpio Machado, em relatório produzido em 8 de maio de 1855, explicava estar ciente da presença da varíola desde os primeiros casos. O governador destacava este quadro inicial da situação: “o mal foi se generalizando que foi impossível manter o isolamento dos atacados dele; e desde então continuou a lavrar pela população com recrudescência, apresentando-se, todavia, mais mortífero em janeiro do corrente ano”. Em seguida, no relatório, citou algumas medidas adotadas para conter a epidemia, colocadas em prática somente em 24 de dezembro de 1854, quase dois meses depois dos primeiros casos da doença (MARANHÃO, 1855, p. 61).

As notícias iniciais sobre a varíola em São Luís, veiculadas em documentação de época, estavam ligadas ao processo de revelação progressiva, que deu visibilidade formal à doença em fins de 1854. Este, porém, não foi um processo repentino e aceito plenamente entre os atores envolvidos na questão sanitária. Por exemplo: registrou-se a demora do governo do Maranhão para assumir a presença da peste na capital, o que pode estar relacionado a questões financeiras, pois nenhuma outra capital gostaria de realizar importações provenientes de cidades que vivenciavam epidemias.

A fase de revelação progressiva delimitou-se do período em que começaram a circular suspeitas de casos da doença na capital, em novembro de 1854, até a sua constatação, quando não era mais possível escamotear a realidade epidêmica diante de vários episódios que ganhavam visibilidade nos periódicos da época.

Após essa etapa, as possíveis origens da epidemia foram trazidas à tona, surgindo diversas *teorias de causas aleatórias* da doença. A busca pela gênese do mal funciona como um esquema explicativo da realidade, e, com a introdução da compreensão dos processos patológicos, atribuiu-se à presença das epidemias tanto questões morais como religiosas e científicas (ROSENBERG, 1995, p. 282). No século XVIII e XIX, por exemplo, surgiu a compreensão de que certas doenças tinham suas causas ligadas à pobreza e às péssimas condições de vida nos locais atingidos por elas.

Em 1854 e 1855, algumas teses para a origem da varíola em São Luís surgiram. Primeiramente, cogitou-se o contato que alguns ludovicenses tiveram com uma embarcação contaminada, advinda da cidade do Porto, em Portugal. Falou-se ainda em importação da doença através do Rio de Janeiro e da proliferação de miasmas em pântanos... Houve quem dissesse também que a peste era ocasionada por um “vício local”.

A versão que apontava para a importação da varíola de Portugal era severamente sustentada pel’*O Estandarte*. O jornal rebatia os boatos sobre a varíola ter vindo de outra cidade e usava seus argumentos para corromper a imagem do governador do Maranhão:

As bexigas nos vieram do Porto na barca *Linda* que por mais inqualificável desleixo do presidente da província, o sr. dr. Eduardo Olimpio Machado, não sofreu a menor quarentena, apesar de ter sabido haver morrido a bordo um colono atacado pelo mal (O ESTANDARTE, 24 jan. 1855, p. 1, grifo do autor).

A comercialização com a barca *Linda* teria ocorrido no final do mês de agosto de 1854, e, durante o mês de setembro, a doença passou indene diante das autoridades. Isso pode ter sido motivado pelo fato de o vírus ter atingido, preferencialmente, “alguns indivíduos com péssimo caráter”, os quais, na ótica do jornal *Publicador Maranhense* (9 jan. 1855, p. 3), eram os escravos e indigentes, há tempos negligenciados pelas ações oficiais de saúde. De acordo com o médico José Miguel Pereira Cardoso, comissário vacinador, o primeiro indivíduo a falecer da doença, no dia 9 de outubro de 1854, era um soldado do batalhão da capital (PUBLICADOR MARANHENSE, 27 dez. 1854). Aliás, essa notificação é recorrente em várias documentações da época, mas sem qualquer registro sobre o possível contato entre o referido soldado e a embarcação supostamente infeccionada.

O governador da província foi taxativo sobre a questão da proveniência da doença: “não é possível determinar com certeza qual tenha sido a origem do flagelo, onde e por que vias foi ele importado” (MARANHÃO, 1855, p. 60). Olimpio Machado não acreditava que a varíola houvesse chegado à cidade através do contato estabelecido com a tripulação ou com os passageiros da barca *Linda*. Para ele, não era possível que o vírus variólico tivesse permanecido incubado de agosto de 1854, quando a embarcação chegou a São Luís, até o início de outubro, data do primeiro óbito registrado na capital. Além disso, a embarcação teria atracado também em outras regiões do Maranhão, como a colônia Arapahy, onde não foram registrados casos de contágio.

Assim a não se dar o absurdo de que o gérmen da varíola pode conservar-se inoculado por mais de dois meses sem desenvolver-se, e o outro absurdo, ainda maior, de que os colonos,

que logo se espalharam por diferentes partes só comunicaram a peste à capital onde ordinariamente não residiam não pode prevalecer aquela opinião que apresenta por único argumento um fato sem sucessão ou encadeamento com outros da mesma espécie (MARANHÃO, 1855, p. 60).

Na verdade, o vírus variólico pode ficar em estágio latente até contaminar um ser humano, único reservatório onde se desenvolve. O modo de transmissão mais comum da doença é a passagem do vírus de homem a homem por contato próximo, através de gotículas de saliva e secreções que contenham o agente infeccioso. Na maioria dos casos, o receptor teria permanecido a uma distância máxima de dois metros em relação ao enfermo (SCHATZMAYR, 2001, p. 1527-1528). Porém é admissível que o vírus permaneça latente durante muitos meses no meio ambiente, através de material orgânico deixado por um varioloso; mas há que se considerar que sua patogenia pode ser atenuada por fatores como envelhecimento e exposição à luz natural e ao calor (LEVI; KÁLLAS, 2002, p. 357).

Desse modo, é possível que o primeiro caso de varíola registrado na epidemia de 1854 em São Luís tenha advindo de um vírus latente. A hipótese mais plausível, no entanto, é a de que a doença estava se espalhando por meio de pessoas que não foram observadas pelo parco serviço de notificações de moléstias infecciosas da época. Assim, quando as autoridades perceberam a gravidade da doença, a determinação da origem da epidemia tornara-se impossível.

Para o médico Cesar Marques (1970, p. 483), os aspectos geográficos de São Luís foram determinantes para a quantidade de enfermidades que grassaram ao longo do século XIX, como a varíola. O autor adere a uma teoria anticontagionista sobre os miasmas causadores de males, teoria muito comum no século XIX para explicar a etiologia das doenças. Assim, os pântanos deixados pela maré vazante dos rios Bacanga e Anil, que desagavam na Baía de São Marcos, ou quaisquer outras matérias orgânicas em decomposição produziriam “emanações miasmáticas” responsáveis pela disseminação de doenças. Contribuiria para a produção de miasmas o fato de os escravos despejarem nessas águas os dejetos produzidos nas moradias, carregados em tonéis – os “cabungos” –, já que naquela época a maioria das casas não dispunha de fossas sépticas (MEIRELES, 1993, p. 55). Dessa matéria orgânica se desprenderiam “eflúvios pestilenciais”, “emanações”,

“gases”, “vapores pútridos”, “humores fétidos”, “macerações”, “odores paludosos”, entre tantas outras denominações, que deveriam ser combatidos e submetidos a severa vigilância.

O jornal *O Estandarte* (15 jan. 1855) também reiterava a teoria miasmática, dando ênfase na situação insalubre da cidade. Conforme explicava, não havia limpeza nos canos responsáveis pelo escoamento de água e esgoto, local de onde partiam os eflúvios pestilenciais: “A cidade está imunda. Até se encontram pelas ruas os colchões e travesseiros dos bexigosos, não se limpou um só dos canos que a cortam, atribuindo-se geralmente a intensidade do mal à falta desta medida reclamada pelas circunstâncias atuais”.

Com base nesse modelo explicativo de causalidade das doenças, o governador do Maranhão, Eduardo Olimpio Machado, questionou-se sobre a possibilidade de haver algum tipo de “vício local” que favorecesse o surgimento da varíola em São Luís:

Sendo a epidemia das bexigas uma das mais mortíferas de que há na memória na província, e achando-se, para assim dizer, localizada na capital, onde persiste contumaz, à despeito das medidas sanitárias contra elas empregadas, tratou-se de indagar, ultimamente, se não existe algum vício local, que contribua para mantê-la em tal grau de intensidade, comunicando-lhe o caráter pernicioso que tem apresentado (MARANHÃO, 1855, p. 61-62).

A possível particularidade da capital que incentivava a propagação da varíola, na ótica do governador, estava ligada à quantidade de sepultamentos realizados no antigo cemitério da Misericórdia, localizado em região próxima ao centro mais urbano de São Luís:

Por diligências da polícia foi competentemente examinado o Cemitério da Santa Casa de Misericórdia e tendo-se verificado que ele não poderia continuar a receber cadáveres em seu recinto, sem grave detrimento da saúde pública, por não se acharem inteiramente consumidos a maior parte dos que tem sido sepultados, ordenei, que se suspendessem ali os enterramentos, que são provisoriamente feitos no cemitério da Santa Cruz do Senhor Bom Jesus dos Passos, com aquiescência da respectiva irmandade, enquanto a Santa Casa da Misericórdia não constrói, em outro sitio, um cemitério apropriado para semelhante fim.

Aquele primeiro cemitério, por falta da capacidade requerida para receber o grande número de cadáveres que nele se sepultavam todos os anos, tornava-se constantemente revolvido em seu solo saturado de massa orgânica em decomposição incompleta, num verdadeiro foco de emanações pestilenciais, com que cumpria acabar o quanto antes (MARANHÃO, 1855, p. 61-62).

Diante das várias versões para o surgimento da doença, tornou-se impossível determinar a gênese da epidemia. Porém a tese de que o antigo cemitério era o foco irradiador da doença ganhava força nos discursos oficiais. O afastamento dos mortos do perímetro urbano tornava-se uma necessidade naquele contexto epidêmico.

De 9 de outubro de 1854 a 15 de abril de 1855, a epidemia já havia feito 517 vítimas fatais, como já foi dito. Em janeiro, registrou-se uma média de cinco óbitos por dia (MARANHÃO, 1855, p. 61). Enquanto isso, os jornais noticiavam dados alarmantes:

Mortalidade. A actual peste das bexigas mata espantosamente na capital e interior da provincia. Iremos publicando emquanto continuar a peste, o numero de mortes que ella tem causado nesta capital, até a vespera da sahida deste jornal, em vista dos assentos dos differentes cemiterios, cujos livros nos tem sido promptamente franqueados. [...] Fallecimentos na capital occasionados pela actual peste das bexigas segundo os assentos dos cemiterios da Mizericordia e Passos.

Setembro, outubro e novembro: 16.

Dezembro: 55.

Janeiro até o dia 23: 107.

[Total:]178 (O ESTANDARTE, 24 jan. 1855).

À medida que o número de óbitos crescia, o governo tomava algumas providências que a higiene aconselhava: isolamento de doentes e vacinação. Assim, dizer que o poder público se mantinha completamente inoperante diante dos problemas causados pelas epidemias no século XIX é assumir a questão da higiene pública de forma unilateral. Embora a vacinação tenha sido uma prática realizada com poucas condições técnicas e materiais, ela vinha sendo realizada desde 1821, com a institucionalização da Repartição da Vacina em São Luís (PALHANO SILVA, 1988, p. 148-149), e a intro-

dução da técnica jenneriana em terras maranhenses datava de 1805, quando o governador da capitania do Maranhão, D. Antônio de Saldanha da Gama, solicitou à corte portuguesa linfa vacínica (MARQUES, 1970).

Além da técnica da vacinação, as diligências da polícia sanitária nos cemitérios da capital também faziam parte do conjunto de providências tomadas para o combate à peste das bexigas. Para Rosenberg (1995), o surgimento de ações como essas são “respostas públicas negociadas” e caracterizam uma nova fase na marcha da epidemia.

“Vamos agora às providências”⁷¹

Após a postulação de diferentes causas para as origens da epidemia, surge a terceira fase da dramaturgia da peste, concebida por Rosenberg (1995, p. 285). O autor destaca no tópico *negotiating public response* o aparecimento de respostas públicas submetidas à negociação e que visam o combate à doença. Nesse caso, a epidemia é compreendida como um “julgamento”, no qual são elaboradas sanções que visam a absolvição da sociedade atingida. Disto nascem as medidas de saúde pública, combinadas às práticas autoritárias de profilaxia de doenças voltadas, principalmente, para populações pobres.

Na verdade, São Luís já convivia com significativa quantidade de leis referentes à saúde pública nessa época. Em 1850, um decreto imperial de 14 de setembro criava a Junta Central de Higiene em todo território nacional, determinando, também, a instituição de uma comissão de higiene pública que a representasse no Maranhão (MEIRELES, 1993, p. 54). Em tese, a ideia era aplicar medidas profiláticas e higiênicas na província, como a fiscalização dos portos e a limpeza das cidades, ações que poderiam inviabilizar surtos epidêmicos tão comuns. Até 1851, ano em que uma grave epidemia de febre amarela atingiu o Maranhão, era recorrente encontrar em documentos oficiais discursos que falavam sobre um “bom estado sanitário” da capital. A chegada da varíola, em anos posteriores à febre amarela, só evidenciava o quanto esse discurso era precipitado e, principalmente, o quanto a legislação sanitária da época era frágil.

Em novembro de 1854, o governador do Maranhão despertou para os estragos iniciais causados pela varíola em andamento, anunciando que colocara

71. Manchete d’*O Estandarte*, em 15 de janeiro de 1855.

em prática algumas ações de combate à moléstia: “tenho durante a crise dado todas as providências que estão ao meu alcance para socorrer os afetados do contágio e minorar a propagação dele pelo preservativo da vacina” (MARANHÃO, 1855, p. 61). A quantidade de notícias sobre a vacinação antivariolítica, veiculadas nos periódicos de época e nos discursos de autoridades políticas que chamavam a atenção para a importância da imunização, correspondeu à *resposta pública negociada* de combate à enfermidade que ganhou maior repercussão na capital e mesmo em outras regiões do Maranhão no período.

Segundo o comissário vacinador, José Miguel Pereira Cardoso, após a notificação do primeiro óbito causado pela doença na capital, a vacinação foi estabelecida nos domingos – dia em que já vinha sendo aplicada –, nas quintas-feiras e nos sábados. A emergência de novos casos da doença motivou uma parcela da população a procurar o serviço, mas o número de vacinados ainda era insignificante. Em razão disso, advertia o médico: “Prestamos-nos e cumprimos, pois nosso dever, quando a população quiz receber o salutar benefício” (CARDOSO, 1854, p. 3).

A recusa da vacina antivariolítica já foi narrada em literatura histórica especializada⁷² e demonstra os receios que a prática despertava na população carente de conhecimentos sobre este processo de imunização. A rejeição, sabotagem e mesmo insurreição popular – como o célebre caso da Revolta da Vacina, no início do século XX – são exemplos de como a população passou a reivindicar a autonomia de seus corpos e mecanismos próprios de enfrentamento de doenças. Além disso, práticas não oficiais, concorrentes ao saber médico, há tempos eram ministradas nos cuidados aos variolosos.

Outro agravante para a não adesão à vacina, seja pelo método “braço a braço”, seja pelo método jenneriano, refere-se ao comprometimento do seu efeito imunizador, decorrente do preparo e condicionamento inadequado do material, de sua adulteração e de inúmeros outros erros operacionais que poderiam ocorrer. Outra falha comum, em geral ocasionada pelos erros mencionados, é aquela em que o receptor acabava por desenvolver gravemente a doença, criando-se um clima de incredulidade, consternação e confusão, sobretudo na primeira metade do século XIX (DARMON, 1997, p. 320).

Mesmo sob risco, a vacinação aparecia revestida de ideais de esperança e superação de uma doença grave, que causava tantos incômodos há séculos.

72. Sevcenko (1993), Chalhoub (1996), Carvalho (1999), Fernandes (2010), Farrel (2003), entre outros.

Para convencer os mais desconfiados, era necessário divulgar a fala médica, autorizada como discurso competente e apto a definir o principal meio para conter o avanço da epidemia. Ao perceber que a população não se dirigia aos locais de vacinação, o governador convocou a comissão de higiene do Maranhão, formada pelos médicos José Miguel Ferreira Cardoso, José Ricardo Jauffret e José Sergio Ferreira, para que ministrasse esclarecimentos à população. Era necessário destruir preconceitos em torno da vacina, e o meio que o governador Olímpio Machado encontrou foi mandar estampar em folhas periódicas a opinião dos médicos da província (MARANHÃO, 1855, p. 62), como é o caso da notícia veiculada no *Publicador Maranhense*:

Quando o governo tem envidado todos os esforços a seu alcance para pôr obstaculos á propagação da epidemia de variolas, que entre nós tem lavrado, ou pelo menos para attenuar os seus effeitos observa-se que as difficuldades com que tem lutado são immensas, não sendo a menor dellas os prejuízos acreditados acerca da vaccinação. É hoje o nosso intuito combater uma ideia espalhada por entre o povo, e que pode originar as mais funestas consequencias. Teme-se que a inoculação da vaccina durante a epidemia variolica não favoreça o desenvolvimento da verdadeira variola (CARDOSO; JAUFFRET; FERREIRA, 1855, p. 2-3).

Para os médicos, a não vacinação de qualquer indivíduo, adulto ou criança, configurava-se um delito. Com opinião diversa, boa parte da população depreciava a imagem da vacina, difundindo boatos que versavam sobre a possibilidade de a prática causar varíola, afecções cutâneas de gravidade significativa ou outras doenças que causavam muito transtorno. Em defesa da vacinação, argumentavam os médicos:

Julgamos que esses casos devem ser considerados puramente excepcionaes e emfim achar-se a sua facil explicação na incubação existente da variola na epoca da vaccinação, de modo que não haja mais do que fortuita coincidencia entre a inoculação da vaccina e o apparecimento das bexigas. É este um facto que facilmente se concebe e não deve admirar durante o reinado de uma epidemia. De outro lado, a maior parte desses casos se referem a varioloides ou mesmo varículas (bexigas, cataporas de galinhas &c.), que são sem duvida a mesma variola, porem mo-

dificada pela influencia benéfica do preservativo de Jenner. É por consequencia para lastimar que ganhasse credito por entre o povo uma opinião geralmente reprovada, e que gratuitamente assim nos privemos do unico meio de combater efficazmente a assustadôra propagação deste terrivel contagio (CARDOSO; JAUFFRET; FERREIRA, 1855, p. 3).

Outro ponto destacado no texto se refere à crença errônea, mantida pela população, de que o término do período chuvoso em São Luís iria trazer o fim da epidemia. A esperança de esse evento ocorrer ainda no primeiro semestre do ano, segundo os médicos da comissão de higiene, dificultava a introdução da vacina como prática corrente e legítima para imunizar a população:

Sendo a variola, de todas as moléstias epidemicas, a única contra a qual a humanidade, escudada de um poderoso meio prophylático, pode lutar com mais vantagem, vê-se realmente com pezar, os prejuizos populares se levantarem para nos deixar voluntariamente expostos como victimas á incessante invasão do flagello. Esperamos e desejamos sinceramente que torne ao povo a confiança na virtude preservativa da vaccina, e que cessem os receios tão mal fundados e tão funestos do perigo supposto da sua inoculação durante a epidemia, quadra em que se torna mais reconhecidamente indispensavel. Sem esta convicção, os esforços do governo para combater os progressos do mal serão baldados. Pelo contrário, se conseguirmos, como esperamos, inspirar a população a convicção que nos anima, julgamo-nos bastante autorisados para affiançar a próxima cessação da epidemia. Nesta convicção, e só nella, devemos todos pôr a nossa esperança, muito mais do que na tão suspirada mudança da estação, na qual unicamente parece estar hoje fixada a expectativa publica (CARDOSO; JAUFFRET; FERREIRA, 1855, p. 3).

Outras providências foram tomadas para dar combate à epidemia de varíola. Com o objetivo de isolar os acometidos pela doença, estabeleceram-se dois lazaretos na capital. De fato, foi disponibilizado à população um hospital provisório, localizado na rua de Santa Rita, um pouco mais distante do centro urbano de São Luís. Ali dispuseram-se duas enfermarias: uma para

escravos e outra para doentes livres⁷³. De 24 de dezembro de 1854 até 15 de abril de 1855, passaram pelo hospital 241 doentes. Destes, 130 saíram curados e 81 faleceram. Registrou-se também que 21 enfermos permaneciam em tratamento até aquela data (MARANHÃO, 1855, p. 61).

Não nos apressemos, porém, em acreditar que o hospital da rua de Santa Rita era um lugar adequado para o tratamento da doença. Na verdade, este nosocômio foi alvo de muitas críticas que colocavam em perspectiva o estado de abandono que a assistência médica destinada aos mais pobres atravessava. O jornal *O Estandarte* (15 jan. 1855, p. 1), por exemplo, denunciou que os cuidados ministrados aos enfermos que ali estavam não advinham do saber médico, e, sim, de práticas ligadas ao curandeirismo:

Vamos agora ás providencias.

Que providencias se tem tomado?

Alugarão-se duas casas acanhadas, baixas, e porcas a que chamão hospitaes de caridade!

Não ha um enfermeiro capaz, não sabemos quem são os medicos directores desses hospitaes e qual o tratamento que ali se ministra a pobreza, o que sabemos, a nosso pesar, é que o tratamento dos doentes foi comettido por pretas curandeiras!

A medida principal que se devia já ha mais tempo ter tomado – era a de marcar um bairro da cidade, a sota-vento, para onde fossem levados obrigatoriamente os individuos affectados da peste, empregando-se para execução desta medida toda a energia e actividade.

Ao final do mês de abril de 1855, a epidemia de varíola apresentava sinais de enfraquecimento, mas não de extinção. Até dezembro de 1855 a doença ainda levou à morte 683 indivíduos (MARQUES, 1970). Há que se considerar, contudo, que essas afirmações, feitas por autoridades políticas ou sanitárias da época e traduzidas em dados oficiais, para nós podem representar conjecturas. Afinal, o diagnóstico da doença naquela época era baseado nos sintomas, e não em análises de teor microbiológico, que permitiriam a identificação do agente causal específico da enfermidade. Ainda mais no

73. Além desse hospital provisório, na época, a assistência médica existente em São Luís era formada pelo Hospital da Santa Casa de Misericórdia, pelo Hospital São Sebastião – utilizado pelas camadas mais abastadas da cidade – e pelos lazaretos do Bonfim e Ponta d'Areia (MEIRELES, 1993).

caso da varíola, cujos sintomas característicos são muito evidentes, autorizava-se, muitas vezes, somente o uso do diagnóstico clínico, que não estava isento de erros de determinação etiológica (LEVI; KÁLLAS, 2002, p. 358).

No relatório datado de 21 de dezembro de 1855, da administração provincial de Joaquim Teixeira Vieira Belfort, sucessor de Olimpio Machado, a varíola foi anunciada como “quase extinta”, apresentando casos esporádicos. A doença chegou a ganhar força novamente de julho a agosto daquele ano, algo que motivou novas campanhas de vacinação e o restabelecimento do hospital da rua de Santa Rita até que os registros oficiais deixaram de apresentar a varíola em modalidade epidêmica (MARRANHÃO, 1856, p. 13).

Uma ressalva, porém, deve ser feita: sob os riscos de uma epidemia de cólera, anunciada na província do Grão-Pará, não podemos determinar se a varíola realmente enfraqueceu ou houve um redirecionamento dos olhares das autoridades para a nova doença que principiava. Afinal, o cólera era uma enfermidade terrível, que causava vômitos e diarreias até levar o indivíduo à desidratação extrema. A doença estava ceifando vidas em uma onda pandêmica que se alastrava desde o Sudeste Asiático, passando pela Europa, até chegar ao Brasil (LACROIX, 2015, p. 100). *O Estandarte* (12 jun. 1855, p. 4) retratou o clima de insegurança vivenciado em São Luís no período:

Estamos vendo sermos também assaltados pelo cholera, que já está no Pará! Se já não existe entre nós é por milagre, porque o vapor *Imperador*, que trouxe a terrível noticia, communicou livremente com a terra, e não soffreu a menor quarentena.

Tomando por base a análise de Rosenberg (1995, p. 286) que trata da “dramaturgia” dos eventos epidêmicos, após o período de resposta pública negociada, na qual prevaleceram campanhas de vacinação e o isolamento de variolosos em São Luís, iniciou-se a fase de *subsistência e retrospectão*. Motivados pela necessidade de “olhar para trás”, avaliando os impactos que a epidemia de varíola causou, as autoridades almejavam retirar “lições para a sociedade”. Trata-se de um momento de “retrospectiva de julgamento moral” e preocupação pragmática (“agenda moral implícita”) com a evolução das políticas de saúde pública, por exemplo, com vistas à posteridade. Entre essas lições, pensando nos impactos da epidemia de varíola em São Luís, a construção de um novo cemitério para capital ganhou repercussão.

A epidemia de varíola incentivou as autoridades a se indagarem sobre a possibilidade de haver algum “vício local”, causador da doença na capital, local onde fez mais vítimas. O cemitério da Misericórdia, que funcionava nos fundos da Irmandade da Misericórdia⁷⁴, foi apontado como um dos grandes difusores de miasmas causadores de epidemia. Com a superlotação de mortos em consequência da varíola, acelerou-se o debate sobre a construção de um novo cemitério em lugar distante do perímetro urbano da capital, a Quinta do Gavião, no bairro atualmente reconhecido como Madre Deus.

Na administração do vice-presidente da província Joaquim Teixeira Vieira Belfort, a varíola caminhava para seu fim. Em relatório produzido em 21 de dezembro de 1855, mas publicado em 1856, o então governador avaliava os estragos causados pela doença e, considerando a iminência da epidemia de cólera, explicou que a compra do terreno do novo cemitério se deu a partir de parâmetros da higiene:

Cemitério público. O sitio escolhido para o novo cemitério da santa Casa de Misericórdia foi a quinta dos herdeiros do Rocha no lugar denominado – Gavião. Em conformidade da lei provincial, n.º 396, de 18 de junho passado realizei o empréstimo de 20:000\$000 reis, de que trata o artigo 5º da citada lei, para a edificação deste cemitério sem juros, dando uma prestação de 10.000\$000 e duas de 5.000\$000. É insustentável a ideia de que a escolha do lugar fora má; esta opinião que se não escuda se não no parecer do cirurgião-mor João Diogo Duarte, tem contra si a da comissão de higiene e de outras pessoas habilitadas (MARANHÃO, 1856, p. 12).

A compra de um terreno para a construção de um novo cemitério, entre outros significados, denotava um aprendizado sobre como evitar eventos epidêmicos futuros. Marcava também os eventos finais que circundaram a mortífera epidemia de varíola, iniciada em 1854 e que se arrastou pelo ano de 1855, em São Luís do Maranhão, cidade conhecida por ser “cantinho do globo á mercê de duas pestes” (O ESTANDARTE, 27 jul. 1855, p. 2).

74. Próximo da atual Av. Pedro II, na região central de São Luís.

Considerações finais

Observa-se, portanto, que a varíola esteve presente em vários momentos da história, causando transtornos e deformidades entre aqueles que eram atingidos pelo mal. A epidemia que ocorreu em meados do século XIX em São Luís demonstrou um outro lado da história da província do Maranhão, que ainda vivia sob as conquistas econômicas e culturais advindas de sua “idade de ouro”.

Percebe-se que a ocorrência de uma doença epidêmica, como a que analisei, pode ser entendida como um tipo de “medidor social”, pois a pesquisa me direcionou para interpretações mais profundas da sociedade ludovicense daquela época. Examinando a trajetória da varíola, foi possível identificar a sintonia existente entre intelectuais que atuavam no Maranhão e as ideias científicas sobre a etiologia e o combate de doenças em voga.

Optei por apresentar os acontecimentos decorrentes da chegada da varíola a partir da “dramaturgia” dos eventos epidêmicos, com base no modelo delineado por Rosenberg (1995). Minha intenção foi evidenciar a dinâmica da doença dentro de um único fio condutor. No caso da epidemia de 1854-1855, o modelo demonstrou-se funcional, favorecendo uma visão mais ampliada de como uma doença, em modalidade epidêmica, surge, se instala, é combatida e se extingue. Acredito, porém, que análises futuras, relativas a outras sociedades historicamente localizadas, podem questionar o alcance e os limites do modelo interpretativo delineado pelo autor.

A varíola foi erradicada do mundo em 1978 (FARREL, 2003, p. 61). Porém este não foi um processo harmônico, nem tampouco repentino. Nessa lógica, os estudos históricos ainda têm muito a dizer sobre a atuação da doença; muitas sociedades elaboraram mecanismos de defesa e enfrentamento da varíola com ferramentas intelectuais disponíveis na época, o que representa uma importante e promissora fonte de pesquisa.

Referências

BORRALHO, José Henrique de Paula. **Terra e céu de nostalgia**: tradição e identidade em São Luís do Maranhão. São Luís: Café e Lápis, 2011.

CARDOSO, José Miguel Pereira. Ao publico. **Publicador Maranhense**, São Luís, p. 3, 27 dez. 1854.

CARDOSO, José Miguel Pereira; JAUFFRET, José Ricardo; FERREIRA, José Sergio. Da oportunidade e necessidade da vacinação na quadra actual. **Publicador Maranhense**, São Luís, p. 2-3, 8 fev. 1855.

CARVALHO, José Murilo de. **Os bestializados**: o Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

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

COE, Agostinho Júnior Holanda. “**Nós, os ossos que aqui estamos, pelos vossos esperamos**”: a higiene e o fim dos sepultamentos eclesiásticos em São Luís (1828-1855). 2008. Dissertação (Mestrado em História Social) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

CROSBY, Alfred W. **Imperialismo ecológico**: a expansão da Europa, 900-1900. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

DARMON, Pierre. A cruzada antivariólica. In: LE GOFF, Jacques (Org.). **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1997. p. 305-321.

FARREL, Jeanette. **A assustadora história das pestes e epidemias**. São Paulo: Ediouro, 2003.

FERNANDES, Tania Maria. **Vacina antivariólica**: ciência, técnica e o poder dos homens. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

LACROIX, Maria de Lourdes Lauande. **História da Medicina em São Luís**: médicos, enfermidades e instituições. São Luís: Alumar, 2015.

LEVI, Guido Carlos; KÁLLAS, Esper Georges. Variola, sua prevenção vacinal e ameaça como agente de bioterrorismo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, n. 48, p. 357-362, 2002. Disponível em: <<http://www>

scielo.br/pdf/ramb/v48n4/14209.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2016.

MARANHÃO (Província). **Relatório com que o vice-presidente José Joaquim Teixeira Vieira Berford entregou a presidência da província do Maranhão ao Illm. e Exm. Snr. Commendador Antonio Candido da Cruz Machado**. Maranhão: Typ. Const. De I. J. Ferreira. 1856.

_____. **Relatório do presidente da província do Maranhão, o doutor Eduardo Olimpio Machado, na abertura da Assembleia Legislativa Provincial no dia 3 de maio de 1855, acompanhado do orçamento da receita e despesa para o ano de 1856, e mais documentos**. Maranhão: Typ. Const. de I. J. Ferreira, 1855.

MARQUES, César Augusto. **Dicionário histórico-geográfico da província do Maranhão [1870]**. Rio de Janeiro: Fon-Fon-Seleta, 1970.

MEIRELES, Mario. **Apontamentos para a história da medicina no Maranhão**. São Luís: Sioge, 1993.

O ESTANDARTE. São Luís, 15 jan. 1855; 24 jan. 1855; 12 jun. 1855; 27 jul. 1855.

PALHANO SILVA, Raimundo Nonato. **Coisa pública**: serviços públicos e cidadania. São Luís: IPES, 1988.

PUBLICADOR MARANHENSE. 1º dez. 1854; 27 dez. 1854; 9 jan. 1855.

ROSENBERG, Charles. **Explaining epidemics and other studies in the history of medicine**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

SCHATZMAYR, Hermann G. A varíola, uma antiga inimiga. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17, p. 1525-1530, 2001. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n6/6979.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2016.

SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da Vacina**: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Scipione, 1993.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. A doença revelando a história. Uma historiografia das doenças. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul (Org.). **Uma história brasileira das doenças**. Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 13-30.

UMA BREVE HISTÓRIA DA EPIDEMIA DE CÓLERA NA PROVÍNCIA DE MINAS GERAIS

Ana Carolina Rezende Fonseca

Anny Jackeline Torres Silveira

Entre as diferentes manifestações mórbidas que marcaram o século XIX, destaque deve ser dado ao cólera, quer por seus impactos – refletidos nas taxas de mortalidade e nas implicações de ordem social e cultural decorrentes das ameaças epidêmicas que rondaram a sociedade do período –, quer pelo imaginário construído em relação à doença. O terror que a possibilidade de invasão do cólera despertava entre as sociedades vinha acompanhado de toda a sorte de constrangimentos – sociais, religiosos, econômicos, civis –, justificados por uma agenda sanitária que impunha o isolamento e a quarentena como medidas privilegiadas no combate às doenças de natureza epidêmica.

A etiologia da doença atribui sua ocorrência à bactéria *Vibrio cholerae*, que causa uma infecção intestinal aguda acompanhada por episódios de diarreia e vômito capazes de levar à desidratação e, a depender da severidade do quadro, até mesmo à morte do paciente. A infecção se faz através do contato oral: mãos sujas, água e alimentos contaminados. No trato gastrointestinal, o vibrião adere às paredes do intestino, liberando uma toxina que interfere na absorção de água e sais minerais. O processo de desidratação originado pela infecção pode ser identificado por um conjunto de diferentes sintomas clínicos, tais como o enfraquecimento do pulso, o espessamento da circulação sanguínea, a supressão da urina, a perda de fluidos dos tecidos e consequente aparência enrugada da pele, a cianose, os espasmos musculares (SPECK; KIPPLE, 1999, p. 642).

Os estudiosos sugerem que o cólera seria uma doença endêmica em certas regiões do oriente, estando circunscrita a essas áreas até o fim do pri-

meio quarto do século XIX. A partir de então, disseminou-se pelo ocidente, atingindo de forma recorrente todos os continentes (COLWELL, 1996, p. 2025; SPECK; KIPPLE, 1999, p. 643). Traçando as rotas de dispersão da doença, Patrice Bourdelais e Jean-Yves Raulot identificam seis grandes ondas pandêmicas do cólera. Uma primeira foi verificada entre 1817-1824, na qual a doença atingiu Ásia e África. A segunda onda, entre 1829-1837, expandiu-se até as ilhas do Pacífico e o Japão, alastrando-se também pelo continente europeu e chegando à América do Norte e à Central. A partir da terceira pandemia – dividida em duas vagas, 1840-1850 e 1849-1960 –, o cólera se espalhou pelos cinco continentes. Na sequência viriam os surtos dos anos de 1863-1875 e 1881-1896. A última pandemia do século, iniciada em 1899, teria terminado somente na terceira década do século seguinte, em 1923 (BOURDELAIS; RAULOT, 1987, p. 13-37).

No continente europeu, os transtornos causados pela doença seriam amplificados com o processo de industrialização. A insalubridade urbana, a miséria e a precariedade, nas quais grande parte da população das cidades sobrevivia, eram condições necessárias para a irrupção de epidemias diversas. Mesmo que parte considerável das doenças de caráter epidêmico fosse associada à pobreza, o crescente espectro de indivíduos atingidos por elas deixava claro que as fronteiras sociais não eram barreiras eficazes para proteção contra as enfermidades. A consciência dessa indistinção das doenças só fazia multiplicar o medo e a angústia diante da ameaça, e com o cólera não foi diferente. Ao ignorar as fronteiras que se imaginavam estabelecidas entre ricos e pobres, o cólera passava a assemelhar-se então a outras doenças infecciosas, cuja amplitude do contágio (morbidade) dava-lhes um aparente caráter democrático⁷⁵.

Num período em que a circulação de pessoas e coisas – entre elas notícias e germes – ganhava cada vez mais celeridade, o terror provocado pela eclosão da doença em qualquer parte do mundo era sentido de forma quase ubíqua. Mesmo estando seus focos a um oceano de distância, a moléstia alimentava o imaginário de todas as populações (SILVEIRA, 2010; FONSECA, 2014). Quando aportou no país, e em Minas, em meados

75 Esse “mito democrático” – com frequência associado às doenças contagiosas cuja transmissão se faz pelas vias áreas – desconsidera que as condições materiais de existência das diferentes camadas operam de forma a determinar e distinguir sua capacidade de resistir tanto ao contágio como ao transcurso das moléstias (BERTOLLI FILHO, 2003).

do século XIX, o cólera era uma novidade, no sentido de ser um mal que ainda não integrava o repertório de experiências mórbidas vividas pela sociedade, mas não era um desconhecido, visto já se encontrar integrado ao imaginário tanto dos populares como das autoridades administrativas e científicas do período. É sobre a experiência da sociedade mineira durante a terceira onda pandêmica da doença no século XIX que versa o texto que aqui apresentamos.

Um panorama das Minas quando da irrupção da epidemia de cólera de 1855-1856

A década de 1850 é reconhecida pela historiografia brasileira como marco do que se convencionou chamar o apogeu do Império. Passados os conflitos que marcaram o longo processo da independência – pensado aqui como o período que se estende de 1808, com a chegada da corte portuguesa ao Rio de Janeiro, até 1837, quando da instalação da regência de Araújo Lima e o arrefecimento das disputas que haviam incendiado o território brasileiro entre o primeiro reinado e parte do governo das regências –, a sociedade ingressou num período de estabilidade política e econômica. Minas Gerais, ao contrário do que advogou certa historiografia⁷⁶, também verificou um período de relativo crescimento. Como sugere Otávio Dulci (2013a, p. 267), a associação entre o declínio da mineração – verificado na segunda metade do século XVIII – e a instalação de um cenário de miséria social e refração nas atividades econômicas da região, proposta por essa historiografia mais tradicional, deve ser entendida como resultante de interpretações vagas e carentes de apoio documental.

Vários estudos, produzidos especialmente a partir das décadas de 1980-1990, têm revelado um quadro de dinamismo econômico, frequentemente associado ao comércio e à produção de gêneros para o mercado interno, bem diverso daquela propalada imagem de estagnação⁷⁷. Em parte estas atividades estiveram associadas ao próprio desenvolvimento da mineração,

76. Como defensores destacados dessa interpretação, estão Caio Prado Jr. (1999) e Celso Furtado (1982).

77. Entre os estudos que inauguram essa perspectiva revisionista, destacam-se Lenharo (1993); Fragozo (1992); Martins (1980); e Libby (1988).

suprindo as necessidades básicas das áreas envolvidas com a lavra de pedras e metais, mas as atividades agrícolas e o comércio ligavam-se também ao abastecimento de algumas regiões limítrofes, como o Rio de Janeiro, sendo ainda mais impulsionados com a instalação da corte a partir de 1808.

Tomadas numa perspectiva de conjunto, essas abordagens sugerem que, mais que decadência ou contração econômica, o período compreendido entre os séculos XVIII e XIX deve ser entendido como momento de uma transição da atividade mineradora nuclear para o que alguns estudiosos denominam “um diversificado complexo de produção de alimentos, atividades artesanais, ainda mineração e um vigoroso comércio” (ANDRADE, 2010, p. 5). Os tropeiros faziam circular pelas Minas produtos diversos, como: fumo, aguardente, rapadura, açúcar, café, arroz, feijão, farinha de mandioca, milho, trigo, queijos, doces, galinhas, patos, carne-seca, toucinho. E azeite de mamona, cera da terra, sabão, estribos, selas, chicotes, chapéus de lã, algodão em rama e tecido, vinho, azeites, sabão, ferramentas diversas, algodão em rama, tecidos e pólvora (CHAVES, 1999; ANDRADE, 2008; GRAÇA FILHO, 2002). Juntem-se ainda os escravos, que continuaram a abastecer a economia das Minas Gerais mesmo após o declínio da mineração.

Concomitantemente à atividade agrícola de produção de gêneros voltados para o abastecimento – mais ou menos dispersa por diferentes regiões da província –, havia a pecuária, com o manejo de rebanhos de bovinos, equinos, muares, suínos. Concentrada a princípio nas regiões central – especialmente no rio das Velhas – e do São Francisco, esta atividade avançou durante o século XIX para a região sul, o Triângulo e o Alto Parnaíba (CARRARA, 2013). A partir dos anos 1840, começava a expansão da lavoura de café na parte meridional da província, incrementando o trânsito comercial de toda essa região. Na segunda metade do século XIX, ganham impulso algumas atividades fabris, com destaque para as fábricas de ferro, a manufatura têxtil e a indústria alimentícia, inicialmente na região central, expandindo-se depois para a Zona da Mata. O dinamismo econômico do período foi atribuído, entre outras razões, às “políticas governamentais [imperiais e provinciais], à melhoria da rede de transportes e à expansão da cafeicultura” (DULCI, 2013b, p. 355).

Além de apoiar-se nas evidências de uma significativa variação inter-regional da atividade econômica nas Minas Gerais, a vertente historiográfica revisionista será reforçada por um conjunto de trabalhos sur-

gidos por volta dos anos 2000, focalizando a dinâmica demográfica da província no decorrer do século XIX (PAIVA, 1996; PAIVA; GODOY, 2001; MELLO FILHO; SANTOS JÚNIOR; RODARTE, 2006). Nesse campo, ganham destaque os estudos feitos com os dados populacionais extraídos tanto das listas nominativas demandadas pela presidência da província (da década de 1830) como do Recenseamento Geral do Império, de 1872. As estimativas quanto à dinâmica demográfica, feitas a partir desses dados, apontam para a existência de uma taxa média anual de crescimento para Minas (2,3 %) superior àquela atribuída ao Império (1,7 %) no período compreendido entre 1830-1870, reforçando a suspeição sobre a tese da decadência econômica. Os núcleos de ocupação econômica mais antigos – áreas de exploração mineratória no século XVIII – continuaram sendo classificados como populosos e desenvolvidos, mas apresentavam taxa de crescimento populacional baixa, estando este mais concentrado nas áreas de fronteira agrícola, leste e oeste, especialmente nas regiões de Araxá, do Triângulo e na Zona da Mata, a qual apresentava as taxas mais elevadas em relação à população tanto livre como cativa (PAIVA; RODARTE, 2013, p. 283; RODARTE, 2004).

A associação entre estes estudos demográficos e os de linhagem econômica é ainda capaz de revelar o movimento de ocupação do território da província no período aqui destacado. A alternância de importância de certas atividades econômicas se fazia tanto no tempo como no espaço. As vilas sucediam-se umas às outras em importância conforme se organizavam novas rotas de comércio ou se estabeleciam novas atividades econômicas. Neste aspecto, vale ainda mencionar que os eventos ambientais muitas vezes também contribuíam na determinação dessa sucessão, especialmente para aquelas comunidades instaladas às margens de rios.

O adensamento populacional seguia *pari passu* com o ritmo da economia. Observação a ser destacada aqui é a alteração do processo de conformação dos núcleos urbanos. No século XVIII, o desenvolvimento econômico e populacional assumira a orientação urbano-rural, uma vez que era a mineração – de caráter essencialmente urbano – que determinava a instalação das atividades e, conseqüentemente, a organização do espaço rural. No século seguinte, o sentido se inverte, sendo a constituição da rede urbana uma decorrência da

multiplicação de nucleações intermediárias respondendo às necessidades das áreas de expansão rural e cumprindo logo a função de entrepostos comerciais e centros de serviços, mas em termos efetivamente urbanos com características já muito diversas dos núcleos do Dezoito (SIMÕES; CUNHA; PAULA, 2008, p. 502-503).

Expectativas sobre a chegada da doença

Mesmo antes da primeira epidemia de cólera no país, em 1855, havia tempo que a sociedade brasileira convivia com informações sobre suas nefastas consequências, quer no território europeu, quer em solo americano. A moléstia frequentava as páginas de alguns periódicos mineiros desde que havia atingido o ocidente, durante a segunda grande onda de expansão do século XIX (1829-1837). Ainda na década de 1830, alguns jornais brasileiros davam conta dos horrores da doença em Palermo (Itália) – onde os doentes “jaziam moribundos nas ruas [...] sem asilo e privados de todo auxílio [...]” (JORNAL DO COMMERCIO apud O UNIVERSAL, 5 out. 1837, p. 4) –, em Nova York – onde fazia cerca de cem vítimas por dia – e em Vera Cruz (México) – onde cerca de um quarto da população havia sucumbido ao cólera (O UNIVERSAL, 31 out. 1837, p. 3; 20 jan. 1934, p. 3).

Desde essa época circulavam também informações que buscavam caracterizar que tipo de doença era aquela e quais os melhores meios para se precaver e tratar do mal. O cólera gerava bastante controvérsia entre doutores, repercutindo nas ações das autoridades e da população, que lançavam mão de todo o repertório disponível para o combate às ameaças epidêmicas. Ele acirrou o debate entre as duas principais teorias médicas da época sobre a etiologia das doenças: a dos miasmas e a do contágio. A primeira advogava que as enfermidades se originavam das emanações pútridas (miasmas) de regiões insalubres. A segunda apontava ser a moléstia adquirida através de algo que passava de pessoa a pessoa, por contato direto ou indireto. A cada uma dessas teorias correspondia uma terapêutica específica: ações de higiene pessoal e de saneamento espacial, ou isolamento e quarentena, respectivamente.

A marcha desenvolvida pelo cólera naquela primeira metade do século XIX foi acompanhada pelas autoridades médicas e administrativas brasilei-

ras. Em um primeiro momento, o objeto de maior atenção foram as cidades portuárias, afinal a moléstia era “estrangeira”. As autoridades imperiais afirmavam a necessidade de se tomar “todas as precauções que a ciência e a experiência” aconselhavam diante de calamidades daquela natureza, indicando “a aplicação razoável e prudente do meio das quarentenas e observações sobre os navios, passageiros e cargas procedentes de portos suspeitos” (BRASIL, 1855, p. 6 7). Tais precauções acabariam se estendendo a outras províncias do interior à medida que a doença aportava no país.

O cólera fez seu desembarque no Brasil em maio de 1855 na província do Grão Pará, provavelmente através de embarcações provenientes de Portugal. Nesse período, a doença fazia sua segunda incursão em terras portuguesas, flagelando sobretudo o norte do país, região de origem de vários colonos que se dirigiam para Belém do Pará (BELTRÃO, 1999; CASTRO SANTOS, 1994). Incapazes de manter o território brasileiro livre da moléstia, as autoridades imperiais se mobilizaram para socorrer as áreas litorâneas, além de advertirem às demais províncias por meio da expedição de “instruções recomendando o emprego de todas as medidas preventivas aconselhadas pela ciência”, mas, a despeito de todas as cautelas, “não pôde desgraçadamente evitar o resultado que temia” (BRASIL, 1856, p. 78). A doença então se expandiu por outras províncias, atingindo no mês de novembro o Rio Grande do Sul, e perdurou no território brasileiro até o ano seguinte.

Em meados de 1855, o cólera era relatado na Bahia e no Rio de Janeiro, províncias fronteiriças a Minas, nas quais havia um intenso trânsito de gentes e mercadorias. A contiguidade de algumas regiões com áreas que notificavam a presença da doença aumentava exponencialmente os terrores das autoridades e da população. Na vila de Grão Mogol, a câmara destacava as “aterradoras notícias” sobre os impactos da moléstia em Salvador e outras vilas do interior da Bahia, justificando o receio da aparição do cólera no município, visto “as não interrompidas relações comerciais, que esta vila tem com a de Santa Isabel do Mocoge e com o arraial do Catão, lugares estes que provavelmente não poderão escapar a invasão de um tão terrível inimigo” (GRÃO MOGOL, [19 out. 1855]).

A mesma apreensão foi expressa pelas autoridades de outras localidades, como foi o caso dos membros da câmara de Campanha, na região sul do estado, que se diziam temerosos de que a doença, já manifestada no Rio de Janeiro, atingisse alguns pontos da província “e mesmo deste Termo que

mais próximo se acha daquela Corte com a qual mantém continuadas e estreitas relações” (CAMPANHA, [24 set. 1855]). A vizinhança com o Rio de Janeiro também foi objeto de inquietação na freguesia de São José do Paraíba, pertencente ao município de Leopoldina, e no município de Santo Antônio do Paraibuna (SÃO JOSÉ DO PARAÍBA, [24 out. 1855]; SANTO ANTÔNIO DO PARAIBUNA, [24 set. 1855]).

A situação mobilizou as autoridades mineiras, que, assim como os agentes públicos imperiais, buscaram em vão se precaver da presença do cólera. Ainda antes que a doença irrompesse no território das Minas, o governo provincial expediu um ofício, dirigido a todas as câmaras, com diversas determinações para prevenirem-se da instalação do mal ou administrarem os socorros, caso ele infelizmente se estabelecesse. Além de prescrever medidas de ordens diversas sobre higiene pessoal, salubridade dos lugares, emprego de medicamentos, conclamava o auxílio da população na organização de comissões sanitárias para a fiscalização, vigília e atenção àqueles que se enfermassem, como também no suporte – financeiro ou não – dessas ações. Junto com essas indicações, o governo remetia às câmaras um extrato dos conselhos da Comissão Central de Saúde Pública (preceitos gerais de higiene e terapêutica) impresso pela Junta Central de Higiene do Império. Por fim, disponibilizava um crédito na quantia de 2:000\$000 (dois contos de réis) a cada uma das câmaras, que deveria ser usado especificamente para o auxílio no combate à doença e no atendimento à pobreza desvalida (LEOPOLDINA, [7 nov. 1855]; DIAMANTINA, [20 nov. 1855]; MAR DE ESPANHA, 27 nov. 1855; CAMPANHA, [20 mar. 1856]).

Considerando a atuação das autoridades públicas durante outras experiências epidêmicas vivenciadas pela província e pelo império durante o século XIX – em que o governo normalmente começava a agir somente quando as enfermidades já haviam se instalado –, podemos assinalar que a epidemia de 1855-1856 figura como rara exceção (SILVEIRA, 2011; SILVEIRA; MARQUES, 2013). O cólera parece ser a primeira experiência na qual as autoridades provinciais buscaram antecipar-se à instalação do problema, assumindo uma atuação mais propositiva, em oposição à postura “reativa” (ENGBERG, 2009) que com frequência predominava em casos de ameaça epidêmica (SILVEIRA, 2011).

O trânsito da epidemia de cólera de 1855-1856 através da província mineira

As primeiras informações sobre doentes de cólera na província de Minas Gerais foram registradas nos últimos meses de 1855. Os casos haviam sido relatados na localidade de São José do Rio Preto, município de Santo Antônio do Paraibuna (atual cidade de Juiz de Fora), limítrofe à província do Rio de Janeiro, de onde as informações relatavam grassar a doença desde julho de 1855. As notificações sobre os casos verificados na freguesia de Rio Preto chegaram à presidência da província através da edição do dia 13 de outubro de 1855 do *Jornal do Commercio*, publicado na cidade do Rio de Janeiro. O jornal noticiava a presença do cólera na região, informando também sobre a atuação de autoridades locais perante o surto.

Segundo o periódico carioca, “o mal reinante, como era de receiar-se, se vai cada dia propagando de lugar em lugar” e “tendo galgado a serra, já caminha para Minas” (JORNAL DO COMMERCIO apud O BOM SENSO, 22 out. 1855, p. 1-2). A moléstia teria acometido um escravo integrante de uma tropa que provinha da localidade de Iguazu, na província do Rio de Janeiro. Poucas horas após a chegada da comitiva a uma fazenda em Rio Preto, um dos tropeiros veio a falecer. As notícias também davam conta de que teriam sido acometidos pela doença três escravos e a esposa do fazendeiro. Nos três dias seguintes, quase todos os enfermos sucumbiram, recuperando-se apenas um dos escravos adoecidos.

A propagação das notícias acerca do falecimento das primeiras vítimas reforçou a suposição “de que o mal era contagioso”. Esse entendimento em torno da natureza da doença e as implicações a ele associadas são elementos que ajudam a explicar a reação do vigário local, que se negou a ministrar os sacramentos cristãos aos doentes, além de impedir que os falecidos em decorrência do cólera fossem sepultados no campo santo da freguesia. O mesmo posicionamento foi seguido por senhores de terras da região, em cujas propriedades havia cemitérios, fazendo com que os cadáveres dos coléricos fossem inumados no campo (O BOM SENSO, 22 out. 1855, p. 1-2).

Ainda na mesma freguesia, atendendo ao chamado de outro fazendeiro, o médico André Augusto Joanes havia tratado, entre os dias 24 de outubro e 8 de novembro, “nove coléricos”, dos quais oito foram salvos, havendo falecido apenas uma escrava já idosa, a quem “se declarou logo no principio

do estágio *algido*” – que então se avaliava como sendo o estágio mais crítico da doença. Outras localidades do município de Santo Antônio do Paraibuna também foram atingidas, como foi o caso do distrito de Santa Bárbara, de onde o mesmo médico André Joanes reportou ter conhecimento da ocorrência de alguns casos de cólera em uma família, que resultaram no falecimento da esposa e de dois escravos de Joaquim Cesário da Silva Pinto (SANTO ANTÔNIO DO PARAIBUNA, [28 dez. 1855a]).

A ocorrência de “cinco casos de cólera *morbus* no curto espaço de três dias” acabaria motivando os vereadores da câmara municipal a “ceder a casa de suas sessões, para nela se estabelecer uma enfermaria provisória”. A medida também contemplava a contratação dos doutores João Nogueira Penido e Pedro Maria Halfeld, que deveriam encarregar-se não só dos serviços prestados na enfermaria, como também daqueles voltados à “população indigente”, pelo qual receberiam a quantia de um conto e duzentos mil réis mensais para ambos. A mesma verba deveria ainda cobrir os gastos com a compra de utensílios e a contratação de pessoal para manter a enfermaria (SANTO ANTÔNIO DO PARAIBUNA, [17 dez. 1855]).

Apesar da mobilização promovida pelos vereadores de Santo Antônio do Paraibuna na tentativa de organizar o atendimento dos doentes diante da ameaça de invasão da moléstia, a maior parte dos casos registrados ocorreu fora dos limites da vila, em fazendas e ranchos, como se observa nos relatos produzidos pelos médicos Antônio Joaquim de Miranda Nogueira da Gama e João Nogueira Penido. Segundo os doutores, no período que se estendeu de 28 de dezembro de 1855 a 19 de janeiro de 1856, eles teriam atendido diversas vítimas da doença em pelo menos dez fazendas e um rancho. O total de enfermos dividia-se entre aqueles diagnosticados com cólera (cerca de cinquenta pessoas) e aqueles a quem se atribuía padecerem de colerina⁷⁸ (dezesete pessoas) – contando-se, entre os últimos, quinze escravos e um administrador. O número daqueles que sucumbiram à moléstia foi de quinze pessoas, entre os quais se contavam oito escravos – dois deles haviam falecido em “poucas horas, que não deu tempo de ser visto por médico” (SANTO ANTÔNIO DO PARAIBUNA, [28 dez. 1855b], [28 dez. 1855c]).

78. O termo “colerina” foi empregado, pelos médicos mineiros e por Chernoviz (1890, p. 579), em seu manual de medicina, para nomear o primeiro estágio do cólera. Além disso, foi utilizado para diferenciar as manifestações mais brandas da moléstia de episódios mais graves e, na maioria dos casos, fatais (FONSECA, 2014).

Na vila de Santo Antônio do Paraibuna, foram registrados mais três casos, todos tratados na enfermaria instalada na câmara municipal. Um dos enfermos desempenhava a função de tropeiro, sendo oriundo da cidade de Petrópolis (SANTO ANTÔNIO DO PARAIBUNA, [28 dez. 1855c]). Em janeiro de 1856, o governo provincial foi informado que os casos de cólera dentro da vila de Santo Antônio do Paraibuna haviam cessado, existindo então somente alguns enfermos em duas fazendas do distrito de Simão Pereira. Diante do arrefecimento do surto, os médicos que haviam sido contratados para atuar na enfermaria provisória foram dispensados (SANTO ANTÔNIO DO PARAIBUNA, [19 jan. 1856]).

Os casos de cólera reportados ao governo provincial não se limitaram aos ocorridos no município de Santo Antônio do Paraibuna. Informações encaminhadas pelos vereadores da câmara de Mar de Espanha à presidência da província apontavam a ocorrência de casos de cólera em um dos distritos do município, localizado a duas léguas de distância da vila, nos primeiros dias de novembro de 1855. Cerca de um mês depois, o delegado suplente, Manoel Carlos Pereira, informava ter aparecido “no distrito desta Vila a moléstia reinante e algumas vítimas já tem feito”. Manoel Carlos Pereira expressava ainda o receio de que a doença se alastrasse por todo o município e causasse “grandes estragos”, por contarem apenas com três médicos que não conseguiriam “acudir de pronto as pessoas que forem acometidas da moléstia” (MAR DE ESPANHA, [7 nov. 1855], [6 dez. 1855]). Em vista de tais notícias, o presidente da província, Francisco Diogo Pereira de Vasconcelos, formou uma comissão sanitária composta pelos médicos Francisco Boggiani, Romualdo Cezar de Miranda Ribeiro e Fernando Gomes Caldeira de Oliveira Fontoura Júnior, residentes no município, que ficariam então encarregados do atendimento à “humanidade desvalida [...] inferindo coragem nos indivíduos que forem acometidos do flagelo” (OURO PRETO, [20 nov. 1855]).

Em Leopoldina, cerca de cem quilômetros a nordeste de Santo Antônio do Paraibuna, a existência de casos de cólera no distrito chamado São José do Paraíba foi comunicada ao governo provincial no mesmo mês de novembro e os registros se alongaram até março de 1856, quando o delegado de polícia do termo informou o fim da epidemia na localidade. As primeiras informações indicavam a existência de “cinco casos com todos os sintomas do cólera *morbus*, os quais, apesar de um tratamento enérgico, terminaram fatalmente em poucas horas”. Dois dias após o primeiro comunicado, mais um óbito soma-

va-se ao número de vítimas da doença, que acometia “para mais de cinquenta pessoas” (SÃO JOSÉ DO PARAÍBA, [1º nov. 1855], [3 nov. 1855]).

De acordo com o médico Eduardo Augusto de Miranda Monteiro de Barros, muitas pessoas foram tratadas em suas próprias casas e algumas no lazareto organizado por Miguel Eugenio Monteiro de Barros, morador daquela localidade. A criação de lazaretos era medida comum entre as ações tomadas no combate aos eventos epidêmicos. Sua função era isolar os portadores “suspeitos” obstando seu contato com pessoas saudáveis. Além disso, ali dispensavam os tratamentos propalados para a cura e a recuperação dos enfermos⁷⁹. No local, ocorreu apenas um falecimento, explicado pelo médico em vista da repugnância sentida pelas pessoas de então em serem tratadas no lazareto, “como é geral em toda a parte; e não procuram recursos senão quando estão já mui adiantadas na enfermidade”. Ele também afirmava que “as que para ali tem ido no princípio [da moléstia] tem-se restabelecido” (SÃO JOSÉ DO PARAÍBA, [5 nov. 1855]).

Eduardo de Barros seguiu descrevendo as condições do distrito de São José do Paraíba, afirmando a existência de outras moléstias na localidade. Entre elas, mencionou o tifo, que havia atacado três pessoas, fazendo uma vítima; as diarreias e a bronquite, que grassavam entre os habitantes, o que contribuía para que ele próprio classificasse o estado sanitário da localidade como “péssimo, [pois] quase todos sofrem mais ou menos” das duas últimas enfermidades (SÃO JOSÉ DO PARAÍBA, [5 nov. 1855]). Segundo os doutores, o avanço do cólera e das outras moléstias em São José do Paraíba poderia ser justificado pela falta da aplicação das medidas higiênicas indicadas pela comissão sanitária, que deveriam estar a cargo do subdelegado do distrito. Até o dia 10 de novembro de 1855, o cólera havia feito 26 vítimas; o tifo, 6; outras 3 pessoas haviam falecido por outras moléstias não definidas no comunicado enviado ao governo provincial. Os doutores estavam “convencidos que esta cifra seria muito menor, se por ventura se tivessem tomado as medidas higiênicas que a ciência aconselha” (SÃO JOSÉ DO PARAÍBA, [10 nov. 1855]).

79. A construção de edifícios afastados dos centros das povoações destinados a esse fim pode ser observada desde a Idade Média, para o recolhimento de leprosos, dos atingidos pela peste negra ou por demais epidemias que grassassem entre a população (PORTER, 2004). Em relação à província mineira, o acompanhamento das informações acerca da cólera motivou a mobilização prévia de alguns moradores do distrito, o que nos permite inferir que as representações construídas acerca da doença, naquele contexto, contribuíram para que a sociedade mineira se mobilizasse contra essa ameaça.

Entre os três últimos meses do ano 1855 e meados de 1856, o surto de cólera continuou a manifestar-se na província mineira, passando por algumas localidades e levantando suspeitas em outras. Em 11 de dezembro de 1855, o juiz municipal da vila de Jaguari relatou “uma epidemia que tem atacado a muitas pessoas, sendo ela, diarreia e vômitos de tal má mira que em pouco tempo deixa o doente em total abatimento, tendo já morrido três pessoas no espaço de vinte e quatro horas mais ou menos” (JAGUARI, [11 dez. 1855]). A doença fora identificada por alguns práticos da povoação como sendo colerina, em função de seus sintomas. O juiz apontava ainda que faltavam os recursos adequados para o socorro dos enfermos, uma vez que não existiam na povoação médicos residentes ou boticas que pudessem prover os medicamentos necessários.

Em resposta às demandas oriundas de Jaguari, datadas de 11 de janeiro de 1856, o presidente da província, Francisco Diogo Pereira de Vasconcelos, informou ter encarregado o Dr. João Dias Ferraz da Luz, residente em Pouso Alegre, de “prestar seus serviços médicos nesse município, caso venha a ser atacado da epidemia reinante”. Dizia ainda ter solicitado ao presidente paulista que socorresse “no que lhe fo[sse] possível a classe indigente nos lugares limítrofes” das duas províncias⁸⁰ (JAGUARI, [11 dez. 1855], [22 out. 1855]; OURO PRETO, [11 jan. 1856]).

Os habitantes de Sabará também se viram diante da suspeita de que o cólera se alastrava pelo distrito de Capela Nova do Betim. Em ofício ao delegado de polícia do termo de Sabará, em 18 de janeiro de 1856, o Sr. João Francisco da Silva Martins, então subdelegado suplente, comunicou que grassava há três meses no distrito uma moléstia que já havia atingido mais de trinta pessoas, fazendo quatro vítimas. Afirmou ainda que, por falta das “habilitações precisas para analisar” as qualidades dos sintomas, o caráter da enfermidade e as suas causas, se limitaria a descrever os indícios apresentados pelos doentes (BETIM, [18 jan. 1856]).

Segundo o subdelegado, o desenvolvimento da doença se dava por alterações estomacais, como náuseas, vômitos e dores na região abdominal,

80. De outros documentos consultados, com data posterior a dos ofícios que comunicavam as suspeitas de que a moléstia reinante em Jaguari fosse o cólera, inferimos que tais temores não se confirmaram, em função do arrefecimento da enfermidade. Nos comunicados da câmara de Jaguari, de 26 de março, e do Dr. João Dias Ferraz da Luz, de 30 de março de 1856, que afirmava ter visitado a povoação no dia 22 do mesmo mês, não foi mencionada a ocorrência de qualquer moléstia na povoação (JAGUARI, [26 mar. 1856]; POUSO ALEGRE, [30 mar. 1856]).

diarreia com matérias “furfuraceas⁸¹ e fétidas”, dores de cabeça, câibras, suores e pulso alterado. Três das quatro vítimas sucumbiram à doença em seis horas, enquanto a última padeceu por três dias, pois foi tratada como se sofresse de indigestão. As demais pessoas acometidas se restabeleciam em dois ou três dias, estendendo-se o período de convalescença em até oito dias. João Francisco da Silva Martins destacou que na povoação não havia médicos nem facultativos e que, pela rapidez com que a moléstia atacou, não foi possível nem mesmo recorrer à “curiosidade do digno vigário” que prestava socorro às pessoas doentes, curando naquela região (BETIM, [18 jan. 1856]). Em resposta ao comunicado de João Martins, o delegado de Sabará, Maximiano Augusto Pinto, reiterou que aquele que procurasse pelo vigário Manoel Roberto da Silva Dinis, “pessoa assas inteligente na matéria”, descrevesse a doença de forma mais detalhada e indicasse quais medicamentos eram necessários ao tratamento da moléstia de modo que os providenciassem com a Câmara Municipal de Sabará⁸² (SABARÁ, [23 jan. 1856]).

Os primeiros meses de 1856 foram marcados pelo declínio dos casos de cólera em algumas povoações e o início do surto em outras. Nos últimos dias do mês de fevereiro, a comissão sanitária de Vila Cristina – composta pelo padre Antônio Caetano Ribeiro, pelo fiscal Bernardo José de Souza e por Fernando Olivier e Alzamora – informou ao presidente da câmara municipal a ocorrência de dois casos fatais da “moléstia reinante”. O primeiro havia vitimado um escravo e foi identificado como “colerina bem confirmada”; o outro, que acometeu um tropeiro oriundo da província do Rio de Janeiro, foi diagnosticado como cólera-morbo. Apesar de estarem noticiando os casos ocorridos, os membros da comissão reiteraram nutrir “fundadas esperanças que esta ceifadora epidemia não grassará neste belo e sadio município”, entretanto não deixariam de tomar “medidas para obstar o desenvolvimento de uma doença, que a comissão não crê contagiosa, porém que o pode vir a ser”⁸³ (CRISTINA, [2 jan. 1856], [23 fev. 1856], [26 fev. 1856]).

81. Semelhante a farelos ou cheio deles (BLUTEAU, 1728, v. 4, p. 238).

82. Assim como o caso de Jaguari, não foi encontrada qualquer outra documentação que indicasse uma resposta do vigário às solicitações do subdelegado e delegado ou mesmo a compra e envio de medicamentos ao distrito.

83. O posicionamento da comissão sanitária da Vila Cristina, que relacionou a salubridade da povoação com a “resistência” à invasão do cólera, e a ambiguidade observada na sua opinião em relação ao caráter contagioso ou não do cólera dialogam com as interpretações acerca da doença no século XIX – em especial com a teoria dos miasmas.

A esperança manifestada pela comissão sanitária de que novos casos não ocorreriam acabou se frustrando, pois, em 12 de março, o presidente da câmara municipal informava ao governo provincial o avanço da moléstia na freguesia do Carmo. Ele comunicava terem ocorrido cinco novas vítimas fatais, das quais quatro eram escravas que sucumbiram em poucas horas. A rapidez com que os casos se desenvolveram, segundo o presidente da câmara, provocou na população a “maior consternação, o desânimo aparecia em todas as famílias, [que] aprontavam-se para abandonarem a povoação”. Ainda segundo o relato, os ânimos dos habitantes da freguesia do Carmo foram acalmados com a chegada do “prático” Fernando O. Alzamora, oriundo da Vila Cristina, e do estudante do quinto ano de medicina Thomas Baptista Pinto de Almeida. Além da mobilização dos médicos, um hospital provisório foi organizado, contando com um enfermeiro voluntário e dispondo da quantia de duzentos mil réis destinada aos gastos com a dieta dos enfermos (CRISTINA, [12 mar. 1856]).

Nos últimos dias de março de 1856, o presidente da câmara da Vila Cristina relatou ao presidente da província a ocorrência de novos casos de cólera, atendidos por Fernando O. Alzamora e Thomas de Almeida. Sete doentes se recuperaram após o atendimento prestado e dois sucumbiram à moléstia: uma escrava e uma mulher livre que “ajudava na enfermaria”. Segundo João Baptista Pinto, o falecimento da ajudante provocou na população outra onda de “desânimo e medo”, que Alzamora procurou amenizar, chegando ao “ponto de pessoalmente ajudar na condução dos cadáveres para serem sepultados”. Ao final de seu comunicado, João Baptista Pinto ressaltou os serviços prestados pelo farmacêutico José Antônio da Silveira Pinto – que havia oferecido todos os medicamentos necessários para o tratamento da pobreza – e também pelos cidadãos José da Silva G. e José Francisco de Oliveira (CRISTINA, [12 mar. 1856], [21 mar. 1856], [23 mar. 1856b], [29 mar. 1856], [1º abr. 1856]).

Em meados de abril, o juiz municipal e o delegado de polícia informaram ao governo provincial que o surto de cólera na freguesia do Carmo havia cessado, tendo o primeiro encontrado “toda a população no seu estado normal e inteiramente extinto o mal que pesava sobre ela”. Apreciação semelhante seria feita por Fernando O. Alzamora, após vinte dias sem registro de novos casos de cólera, ao afirmar que, “não vendo entre seus habitantes a influência epidêmica, nem miséria e insalubridade, julgo

esta freguesia desassombhada da epidemia e talvez, o sul da província dela isenta”. O facultativo apresentou ainda os números referentes à moléstia na freguesia, tendo contabilizado “dezessete casos do cólera sob diversos períodos, [dos quais] falecerão sete, e restabeleceram-se dez” (CARMO, [17 abr. 1856]; CRISTINA, [20 abr. 1856], [19 abr. 1856]).

O município da vila de Santa Maria de Baependi – situado a cerca de sete léguas da freguesia do Carmo, em Vila Cristina – também foi visitado pela doença. Em 13 de março, o delegado de polícia José Ignácio de Carvalho comunicou ao governo provincial que haviam sido registradas quinze vítimas “da epidemia reinante” no distrito de Capivari, distante nove léguas da vila de Baependi. Informou ter alertado aos subdelegados e aos membros das comissões sanitárias do município para que executassem as medidas necessárias para prevenir o mal, cuidando ele mesmo de que os habitantes do município limpassem suas casas “interior e exteriormente, por ser isto um forte preservativo”. Disse ainda que o distrito de Capivari contava com uma casa “para servir de hospital”, estando responsável pelo local o médico Balbino Candido da Cunha (SANTA MARIA DE BAEPENDI, [13 mar. 1856]).

As notícias da chegada do cólera ao município fizeram com que Balbino da Cunha, acompanhado por um boticário, visitasse o distrito de Capivari, confirmando a existência da moléstia na região. O médico descreveu o estado dos doentes como “desagradável”, por terem sido socorridos “apenas pela caridade de dois ou três cidadãos ali residentes”, em “suas pobres choupanas” ou na enfermaria provisória organizada. Buscando contornar a situação, o doutor procurou auxílio com a autoridade local, a qual prestaria contas dos gastos realizados à câmara municipal. Balbino da Cunha ainda indicou os medicamentos necessários ao tratamento dos coléricos e, devido à falta de alguns desses remédios na povoação, solicitou que fossem enviados da freguesia de Pouso Alto. Apesar da situação precária, o médico julgava que os habitantes estavam “assustados sim, mas não aterrados”, o que era visto como “grande vantagem” (POUSO ALTO, [15 mar. 1856]).

Em vista da falta de médicos que atendessem os enfermos no Capivari, em meados do mês de março, as autoridades locais solicitaram que Thomaz Baptista Pinto de Almeida – ainda estudante do quinto ano de medicina – retornasse da Vila Cristina para Baependi, com o objetivo de auxiliar no tratamento dos doentes, uma vez que, na primeira localidade, os casos de cólera estavam diminuindo. Alguns dias após o comunicado

feito pelo Dr. Balbino da Cunha, o presidente da câmara de Baependi, Joaquim de Carvalho, manifestou o receio de que a moléstia chegasse até a vila devido ao registro de um caso de colerina em uma criança de quatro anos – a qual, sendo tratada com remédios homeopáticos, restabeleceu-se. Os temores apresentados por Joaquim de Carvalho não se confirmaram, e, em 5 de abril, ele informou à presidência da província que não havia novas vítimas de cólera naquele município. Apenas alguns casos de colerina tinham sido registrados e foram resolvidos com o tratamento aplicado (CRISTINA, [23 mar. 1856a]; SANTA MARIA DE BAEPENDI, [15 mar. 1856], [5 abr. 1856]).

O cólera continuou visitando populações mineiras ao longo dos meses de março e abril de 1856, como em Barbacena, onde a enfermidade fez duas vítimas. Os casos foram reportados ao governo provincial pelo presidente da comissão sanitária, Dr. Camillo Maria Ferreira, que relatou o adoecimento de um casal de “raça africana”, que veio levado “do mal desde o Vale do Paraíba”. O homem faleceu após dezessete horas no período álgido da moléstia, enquanto a mulher sucumbiu após quinze dias. Segundo o médico, novos casos da doença não foram observados “nem nas pessoas da casa, nem em pessoa alguma desta cidade”, apesar das condições de vida precárias da família que tratou os enfermos, o que os tornava “muito favoráveis a transmissão do mal”. Por fim, o Dr. Camilo Ferreira registra que os coléricos receberam “todos os socorros da arte” e que foram empregados “todos os meios racionais de desinfecção” (BARBACENA, [2 abr. 1856]).

Outra localidade que precisou lidar com a epidemia reinante foi a vila de São Januário do Ubá. O juiz de paz José Luis da Rocha e o fiscal Manoel G. Ferreira, do distrito do Sapé, informaram à câmara municipal que a povoação estava sendo atacada por “algumas febres” por quase dois meses, encontrando-se por volta de vinte pessoas atacadas por moléstias. Porém afirmavam que “apesar de seu estado rebelde sempre tem obedecido aos medicamentos empregados”. Entretanto, no dia 4 de abril, uma pessoa adoeceu e apresentava sintomas diferentes das febres descritas pelo juiz e pelo fiscal, que os atribuíam a uma “enfermidade [de] caráter estranho”. Tais sintomas eram “disenteria, inquietação, resfriamento das extremidades, seguindo depois câimbras, cólicas, disenteria sanguínea, resfriamento de todo o corpo, abatimento, pulso fraco, e às vezes quase nenhum, urinas suspensas” e “manchas azuladas”. O enfermo sucumbiu em “36 horas: tendo

a enfermidade desobedeceu os medicamentos empregados”. Outros dois doentes – uma menina, na casa da primeira vítima, e um menino – também apresentaram os mesmos sinais, sucumbindo em “24 horas”. As autoridades locais demonstraram grande receio devido ao registro de mais quatro casos suspeitos e, também, em função tanto da falta de médicos e remédios quanto das precárias condições de vida da população local (SAPÉ, [1º abr. 1856]).

As notícias acerca dos casos suspeitos de cólera no distrito de Sapé foram reiteradas pelas autoridades locais, como o juiz de paz, que aventava a possibilidade de que as febres que grassavam há algum tempo na região fossem o tifo, tendo já adoecido 24 pessoas. Neste número, contavam-se ainda nove indivíduos que apresentaram os “sinais premonitórios e característicos de tão mortífero e devastador mal [o cólera]”. Em vista da situação dos habitantes do Sapé, o juiz solicitava o envio de “medicamentos e facultativos ou médico, que com critério, e acerto possa prestar aos indigentes e enfermos os adequados e indispensáveis socorros”. Os boatos de que o cólera grassava em Sapé repercutiram na vila de Ubá. Diante disso, o cidadão Manoel Gonçalves da Silva Lopes buscou confirmá-los e, em seguida, informou ao vereador Francisco de Assis Athaíde que o “tal boato é destituído de fundamento: é verdade, que ali grassaram uma febre com sintomas de tifo, porém nunca o Judeu errante” (SAPÉ, [3 abr. 1856]; SÃO JANUÁRIO DO UBÁ, [23 abr. 1856]).

As autoridades do município de Ubá colocavam em dúvida a existência do cólera na região. Já no mês de maio de 1856, algumas semanas após o comunicado de Manoel Lopes que informava a inexistência da moléstia no distrito de Sapé, outra correspondência apontava para o oposto, afirmando que a enfermidade grassava na localidade. Em comunicado ao governo provincial, o presidente interino da câmara, José Mariano Pinto Monteiro, esclareceu que “o mal [havia] recrudescido”, tendo citado o testemunho do juiz de paz da freguesia, que dizia ter visto várias pessoas de sua família adoecerem, perdendo para a moléstia duas netas, de 12 e 14 anos, que sucumbiram em poucas horas. Em vista de tais ocorrências, o presidente José Monteiro frisou o pedido para que fossem enviados à povoação um médico e os medicamentos “para socorro das vítimas daquela terrível epidemia” (SÃO JANUÁRIO DO UBÁ, [24 maio 1856]). Em resposta às demandas oriundas de Ubá, o presidente da província, Herculano Ferreira Pena, ordenou, em 12 de

maio de 1856, que fossem enviados à câmara da vila os medicamentos necessários para tratar os doentes de “uma enfermidade que se [presumia] ser o cólera morbus”. Além de ter encaminhado os remédios, na semana seguinte, Herculano Pena encarregou o médico Carlos Thomas de Magalhães Gomes, cirurgião-mor do corpo policial de Ouro Preto, do tratamento dos doentes no distrito do Sapé (OURO PRETO, [12 maio 1856], [29 maio 1856]).

Os rumores e as dúvidas acerca da existência do cólera no município de Ubá foram esclarecidos com a chegada do Dr. Carlos Thomas de Magalhães Gomes ao distrito. Em 12 de junho, o médico informou ao governo provincial que, desde o início de sua permanência na povoação, convenceu-se de que “cólera morbus reina[va] epidemicamente”. Nos dez primeiros dias de sua estada em Sapé, havia registrado a existência de quinze coléricos, tendo a enfermidade vitimado três pessoas, que faleceram algumas horas após a sua chegada. Apesar da confirmação da existência do surto, o médico julgou que o mal estava se manifestando na maioria dos casos de forma “benigna, cedendo logo as mais simples prescrições”, apresentando-se “mui raras vezes fulminante”, atacando “mortalmente” somente as pessoas que “ao princípio o desprezam” (SAPÉ, [12 jun. 1856]).

Seguindo as orientações da presidência da província, o Dr. Carlos Gomes se empenhou na organização de uma enfermaria provisória, que seria aberta em caso de necessidade. A evolução da epidemia nos doze dias seguintes ao primeiro comunicado do médico levou-o a julgar desnecessária a enfermaria. O número de enfermos havia diminuído, restando apenas mais oito doentes em recuperação, o que indicava, segundo sua avaliação, a proximidade do fim do surto. Tal situação viabilizou o retorno do médico a Ouro Preto, em 8 de julho, onde informou ao presidente Herculano Ferreira Pena que a epidemia em Sapé estava extinta (SAPÉ, [23 jun. 1856]; OURO PRETO, [8 jul. 1856]).

Pequeno balanço sobre o cólera em Minas Gerais

Um aspecto que chama a atenção quando observamos as localidades onde se notificaram os casos de cólera durante a primeira incursão da doença no território mineiro é sua concentração na região fronteira às províncias do Rio de Janeiro e São Paulo – locais nos quais a doença pa-

rece ter grassado com muito mais severidade. Uma explicação para isso pode estar no papel que essa região tinha na economia mineira no período em questão, favorecendo uma movimentação constante de pessoas, coisas, tropas pelos caminhos que a ligavam ao mercado consumidor da cidade da corte e da província fluminense.

Por outro lado, é evidente a ausência de referências à doença na área limítrofe à província da Bahia, onde a epidemia parece ter feito um de seus maiores estragos. A região do vale do São Francisco, importante caminho das tropas de abastecimento que ligavam o sertão norte de Minas ao interior baiano, parece ter passado incólume à epidemia, a julgar pelos dados divulgados pelas autoridades provinciais. Uma explicação possível para tal ordem de coisas é a baixa densidade populacional verificada na região no período. Aliado a esse fato, citamos os longos trajetos que se impunham aos viandantes de então. Por fim, apesar de a Bahia figurar entre as regiões que pagaram alto preço à doença, a epidemia parece ter concentrado suas vítimas em Salvador e nas cidades do entorno do Recôncavo, refluindo sobremaneira quando se deslocava para o interior dessa província (DAVID, 1994).

Os dados levantados apontaram a presença do cólera em oito diferentes pontos do território mineiro, com um total de 263 enfermos. Deste número, 86 sucumbiram à doença. Os números apresentados nas correspondências são, muitas vezes, pouco precisos, principalmente aqueles relativos às pessoas que adoeceram e se recuperaram. Por outro lado, embora haja referência a casos “menos graves”⁸⁴, estes na maioria das vezes não parecem ter sido contabilizados. Escusado dizer que os equívocos de diagnóstico e os casos não notificados também reforçam a imprecisão dos dados.

Embora não seja possível estabelecer a incidência da moléstia segundo a condição social dos coléricos através dos dados levantados, verifica-se, nos relatos inscritos nos documentos, que os escravos foram vítimas constantes da epidemia. Provavelmente a presença de cativos entre os mortos está rela-

84. O emprego da expressão “colerina” era provavelmente um meio utilizado pelas autoridades para suavizar o impacto do aparecimento da moléstia em uma povoação. A diferenciação observada nas fontes produzidas em Minas Gerais entre a designação “colerina”, para identificar a manifestação benigna da doença, e “cólera”, na descrição da maioria dos casos que foram a óbito, pode ser entendida por meio da dramaturgia epidêmica, que caracteriza a negação e a protelação do reconhecimento da moléstia como o primeiro ato desenvolvido pela sociedade atingida por uma epidemia (ROSENBERG, 1995; SLACK, 1999; SILVEIRA, 2007; PIMENTA, 2003).

cionada às condições pouco salubres em que essa camada da população trabalhava e sobrevivia. Porém poucas são as inferências que podemos fazer a partir desta constatação, visto que, em grande parte da província, as condições de salubridade imperantes não diferiam sobremaneira (SILVEIRA, 2011).

Apesar disso, as cifras registradas permitem considerar que, em termos demográficos, o surto teve um baixíssimo impacto em Minas Gerais. Em 1855, a província contava aproximadamente com 744.606 habitantes⁸⁵ distribuídos em 58 municípios⁸⁶, ou seja, menos de 0,01 % da população foi enfermada pela doença. A baixa repercussão da epidemia em território mineiro é ainda reforçada quando se comparam os dados de Minas com as estimativas de vítimas da moléstia divulgadas em relatório no ano de 1856 pelas autoridades imperais. Os maiores números de vítimas do cólera teriam sido registrados em Pernambuco, com 18 mil mortos, em Alagoas, com 17 mil, e na Bahia, com 14 mil⁸⁷ (BRASIL, 1856).

Analisando os impactos demográficos da epidemia de 1855-1856 no Rio Grande do Sul, Nikelen Witter (2007, p. 25-6, 86) aponta que o cólera teria vitimado cerca de 1.400 pessoas – mais ou menos 10 % da população da província –, número muito expressivo se comparado a Minas Gerais. A autora relativiza esses dados ao compará-los com as cifras apontadas para os surtos ocorridos em outras regiões. Na França, por exemplo, cerca de 40 % população foi vitimada pela doença em 1855, o que classificaria a experiência no sul do Brasil e em Minas Gerais como pouco relevante em termos numéricos. Porém Paul Slack (1999, p. 5-6) reiterou que as estatísticas demográficas de morbidade e mortalidade não podem ser utilizadas como único parâmetro para se medir os efeitos das epidemias sobre uma sociedade. Além delas, devem ser levados em consideração aspectos como a incidência da doença sobre diferentes grupos sociais e, principalmente, as respostas dadas à experiência.

85. A estatística populacional baseia-se no levantamento realizado com os delegados e as câmaras municipais da província nos anos de 1853 e 1854, que foi apresentado pelo presidente da província, Francisco Diogo Pereira de Vasconcelos, no relatório enviado à Assembleia Legislativa Provincial em 1855 (MINAS GERAIS, 1855).

86. Segundo Waldemar Barbosa (1979, v. 3, p. 570), o número de municípios é referente ao ano de 1858, contando-se “268 paróquias e 454 distritos”.

87. Os dados acerca dos óbitos ocorridos por cólera nas demais províncias foram apresentados pelo Dr. Francisco de Paula Cândido – então presidente da Junta Central de Higiene, no Rio de Janeiro. Nesse relatório, não foram encontrados dados referentes ao cólera em Minas Gerais.

Referências

ANDRADE, Francisco Eduardo de. **Entre a roça e o engenho**: roceiros e fazendeiros em Minas Gerais, primeira metade do século XIX. Viçosa: Editora da Universidade Federal de Viçosa, 2008.

ANDRADE, Leandro Braga de. A formação econômica de Minas Gerais e a perspectiva regional: encontros e desencontros da historiografia sobre os séculos XVIII e XIX. **Caderno Caminhos da História**: Revista Discente do Mestrado em História Social, Vassouras, v. 6, n. 1, p. 1-19, 2010.

BARBACENA (Município). **Ofício de Camillo Maria Ferreira para o Presidente da Província em 02 de abril de 1856**. [Barbacena, 2 abr. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Barbacena. Data: 1856. Código: SP 600. Documento 179.

BARBOSA, Waldemar de Almeida. **História de Minas**: formação histórica. Belo Horizonte: Comunicação, 1979. v. 3.

BELTRÃO, Jane Felipe. **Cólera, o flagelo da Belém do Grão-Pará**. 1999. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999. Disponível em: <www.repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/280979/1/Beltrao_JaneFelipe_D.pdf>. Acesso em: 24 set. 2010.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **A gripe espanhola em São Paulo**: epidemia e sociedade. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

BETIM (Distrito). **Ofício do Subdelegado para o Delegado de polícia do Termo de Sabará em 18 de janeiro de 1856**. [Betim, 18 jan. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Betim. Data: 1856. Código: SP 600, Documento 75-76.

BLUTEAU, Raphael. **Vocabulario portuguez & latino**: aulico, anatomico, architectonico... Coimbra: Collegio das Artes da Companhia de Jesus, 1712-1728. 8 v. Disponível em: <<http://purl.pt/13969>>. Acesso em: 2 jun. 2014.

BOURDELAIS, Patrice; RAULOT, Jean-Yves. **Une peur bleue**: histoire du cholera en France (1832-1854). Paris: Payot, 1987.

BRASIL (Império). Ministério do Império. Relatório acerca da saúde pública compreendendo 1.º A Historia succinta do cholera-morbus no Imperio em 1855-1856; 2.º A Discussão das providencias Sanitarias que convem adoptar-se. Para subir a Augusta Presença de S. M. o Imperador pelo Dr. Francisco de Paula Candido, Médico de sua Magestade o Imperador, – Primeiro Secretario da Camara dos Deputados, – Comendador da Imperial Ordem da Rosa, – Cavalleiro da de Christo, – Lente da Escola de Medicina, – Presidente da Commissão Sanitaria, e da Junta central de Hygiene. In: _____. **Relatório apresentado á Assembléa Geral Legislativa na Quarta Sessão da Nova Legislatura pelo Ministro e Secretario d’Estado dos Negócios do Império Luiz Pedreira do Coutto Ferraz**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1856.

_____. **Relatório do Ministerio do Imperio apresentado á Assembléa Geral Legislativa na Terceira Sessão da Nona Legislatura pelo Ministro e Secretario d’Estado dos Negocios do Imperio Luiz Pedreira do Coutto Ferraz**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1855.

CAMPANHA (Município). **Ofício da Câmara para o Presidente da Província em 24 de setembro de 1855**. [Campanha, 24 set. 1855]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública. Local: Campanha. Data: 1855. Códice: SP 574. Documento 47.

_____. **Ofício do Delegado de polícia do termo para o Presidente da Província em 20 de março de 1856**. [Campanha, 20 mar. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Campanha. Data: 1856. Códice: SP 600. Documentos 138 e 139.

CARMO (Freguesia). **Ofício de Fernando Oliver e Alzamora para o Presidente da Província em 19 de abril de 1856.** [Carmo, 19 abr. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Carmo. Data: 1856. Códice: SP 600, Documento 236-237.

_____. **Ofício do Juiz municipal para o Presidente da Província em 17 de abril de 1856.** [Carmo, 17 abr. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Carmo. Data: 1856. Códice: SP 600, Documento 220.

CARRARA, Angelo Alves. A pecuária: rebanhos e distribuição geográfica. In: RESENDE, Maria Efigênia Lage de; VILLALTA, Luiz Carlos (Org.). **História de Minas Gerais: a província de Minas.** Belo Horizonte: Autêntica, 2013. v. 1, p. 317-328.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. Um século de cólera: itinerário do medo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 79-110, 1994.

CHAVES, Cláudia Maria das Graças. **Perfeitos negociantes: mercadores das Minas setecentistas.** São Paulo: Annablume, 1999.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. **Diccionario de medicina popular e das sciencias accessorias para uso das famílias.** Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890.

COLWELL, Rita R. Global climate and infectious diseases: the cholera paradigm. **Science**, n. 274, p. 2025-2031, dec. 1996.

CRISTINA (Vila). **Ofício da Câmara para o Presidente da Província em 1º de abril de 1856.** [Cristina, 1º abr. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Cristina. Data: 1856. Códice: SP 600, Documentos 178.

_____. **Ofício da Câmara para o Presidente da Província em 2 de janeiro de 1856.** [Cristina, 2 jan. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Cristina. Data: 1856. Códice: SP 600, Documento 3.

_____. **Ofício da Câmara para o Presidente da Província em 12 de março de 1856.** [Cristina, 12 mar. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Cristina. Data: 1856. Códice: SP 600, Documento 118-119.

_____. **Ofício da Câmara para o Presidente da Província em 21 de março de 1856.** [Cristina, 21 mar. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Cristina. Data: 1856. Códice: SP 600, Documento 141.

_____. **Ofício da Câmara para o Presidente da Província em 23 de março de 1856.** [Cristina, 23 mar. 1856a]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Cristina. Data: 1856. Códice: SP 600, Documento 151.

_____. **Ofício da Câmara para o Presidente da Província em 26 de fevereiro de 1856.** [Cristina, 26 fev. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Cristina. Data: 1856. Códice: SP 600, Documento 115.

_____. **Ofício da Câmara para o Presidente da Província em 29 de março de 1856.** [Cristina, 29 mar. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Cristina. Data: 1856. Códice: SP 600, Documento 166-167.

_____. **Ofício de Antônio Caetano Ribeiro, Bernardo José de Souza e Fernando Olivier e Alzamora para a Câmara em 23 de fevereiro de 1856.** [Cristina, 23 fev. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Cristina. Data: 1856. Códice: SP 600, Documento 112-113.

_____. **Ofício do Delegado de polícia para o Presidente da Província em 20 de abril de 1856.** [Cristina, 20 abr. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Cristina. Data: 1856. Códice: SP 600, Documento 240.

_____. **Ofício do Delegado de polícia para o Presidente da Província em 23 de março de 1856.** [Cristina, 23 mar. 1856b]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Cristina. Data: 1856. Códice: SP 600, Documento 150.

DAVID, Onildo Reis. **O inimigo invisível: a epidemia do cólera na Bahia em 1855-56.** 1994. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.

DIAMANTINA (Município). **Ofício da Câmara para o Presidente da Província em 20 de novembro de 1855.** [Diamantina, 20 nov. 1855]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública. Local: Diamantina. Data: 1855. Códice: SP 574. Documento 313.

DULCI, Otávio Soares. A indústria mineira no século XIX. In: RESENDE, Maria Efigênia Lage de; VILLALTA, Luiz Carlos (Org.). **História de Minas Gerais: a província de Minas.** Belo Horizonte: Autêntica, 2013a. v. 1, p. 347-372.

_____. Introdução. In: RESENDE, Maria Efigênia Lage de; VILLALTA, Luiz Carlos (Org.). **História de Minas Gerais: a província de Minas.** Belo Horizonte: Autêntica, 2013b. v. 1, p. 267-270.

ENGBERG, Elisabeth. A influenza invisível: a resposta comunitária à pandemia de 1918-1920 no norte rural da Suécia. **Vária História**, Belo Horizonte, v. 25, n. 42, p. 429-456, jul.-dez. 2009.

FONSECA, Ana Carolina Rezende. **O flagelo que nos ameaça: o cólera na província mineira, epidemia e mobilização social (1855-56)**. 2014. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

FRAGOSO, João. **Homens de grossa aventura: acumulação e hierarquia na praça mercantil do Rio de Janeiro (1790-1930)**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1992.

FURTADO, Celso. **Formação econômica do Brasil**. São Paulo: Nacional, 1982.

GRAÇA FILHO, Afonso de Alencastro. **A princesa do Oeste e o mito da decadência de Minas Gerais: São João del Rei (1831-1888)**. São Paulo: Annablume, 2002.

LENHARO, Alcir. **As tropas da moderação: o abastecimento da Corte na formação política do Brasil: 1808-1842**. 2. ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, 1993.

GRÃO MOGOL (Vila). **Ofício da Câmara para o Presidente da Província em 19 de outubro de 1855**. [Grão Mogol, 19 out. 1855]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública. Local: Grão Mogol. Data: 1855. Códice: SP 574. Documento 88.

JAGUARI (Vila). **Ofício da Câmara para o Presidente da Província em 26 de março de 1856**. [Jaguari, 26 mar. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Jaguari. Data: 1856. Códice: SP 600. Documento 164-165.

_____. **Ofício do Juiz municipal para o Presidente da Província em 11 de dezembro de 1855.** [Jaguari, 11 dez. 1855]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública. Local: Jaguari. Data: 1855. Códice: SP 574. Documentos 408.

_____. **Ofício do Juiz municipal para o Presidente da Província em 22 de outubro de 1855.** [Jaguari, 22 out. 1855]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública. Local: Jaguari. Data: 1855. Códice: SP 574. Documentos 100.

LEOPOLDINA (Município). **Ofício dos doutores Domiciano Matheus Monteiro de Castro e José Joaquim Ferreira Monteiro de Barros para o Presidente da Província em 7 de novembro de 1855.** [Leopoldina, 7 nov. 1855]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública. Local: Leopoldina. Data: 1855. Códice: SP 574. Documento 233.

LIBBY, Douglas Cole. **Transformação e trabalho em uma sociedade escravista:** Minas Gerais no século XIX. São Paulo: Brasiliense, 1988.

MAR DE ESPANHA (Município). **Ofício do Delegado de polícia para o Presidente da Província em 06 de dezembro de 1855.** [Mar de Espanha, 6 dez. 1855]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública. Local: Mar de Espanha. Data: 1855. Códice: SP 574. Documento 402.

_____. **Ofício do doutor Fernando S. Oliveira Fontoura Junior para o Presidente da Província em 27 de novembro de 1855.** [Mar de Espanha, 27 nov. 1855]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública. Local: Mar de Espanha. Data: 1855. Códice: SP 574. Documento 358.

_____. **Ofícios da Câmara para o Presidente da Província em 07 de novembro de 1855.** [Mar de Espanha, 7 nov. 1855]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública. Local: Mar de Espanha. Data: 1855. Códice: SP 574. Documentos 229 e 232.

MARTINS, Roberto. **Growing in silence:** the slave economy of Nineteenth-Century Minas Gerais, Brazil. 1980. Tese (Doutorado) – Vanderbilt University, Nashville, 1980.

MELLO FILHO, Marcelo Soares Bandeira de; SANTOS JÚNIOR, José Maria dos; RODARTE, Mario Marcos Sampaio. Nem desconcentração espacial, nem ruralização: o processo de ocupação demográfica, na província de Minas Gerais, entre as décadas de 1830 e 1870. In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA: Economia, História, Demografia e Políticas Públicas, 12., 2006, Diamantina. **Anais...** Diamantina: Cedeplar, 2006. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A017.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2016.

MINAS GERAIS (Província). **Relatorio que á Assembléa Legislativa Provincial de Minas Geraes apresentou na 2.a sessão ordinaria da 10.a legislatura de 1855 o presidente da provincia, Francisco Diogo Pereira de Vasconcellos.** Ouro Preto: Typ. do Bom Senso, 1855.

O BOM SENSO. Ouro Preto, n. 356, 22 out. 1855; n. 379, 31 jan. 1856; n. 380, 4 fev. 1856.

O UNIVERSAL. Ouro Preto, 20 jan. 1934; 5 out. 1837; 31 out. 1837.

OURO PRETO (Município). **Ofício do doutor Carlos Thomas de Magalhães Gomes para o Presidente da Província em 08 de julho de 1856.** [Ouro Preto, 8 jul. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Ouro Preto. Data: 1856. Códice: SP 600. Documento 303.

_____. **Ofício do Presidente da Província para o Cirurgião mor do corpo policial em 29 de maio de 1856.** [Ouro Preto, 29 maio 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Registro: Ofícios do governo a diversas autoridades sobre estabelecimentos de caridade e saúde pública 1854-1858. Local: Ouro Preto. Data: 1856. Código: SP 533. Documento 136.1.

_____. **Ofício do Presidente da Província para o Inspetor da tesouraria provincial em 12 de maio de 1856.** [Ouro Preto, 12 maio 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Registro: Ofícios do governo a diversas autoridades sobre estabelecimentos de caridade e saúde pública 1854-1858. Local: Ouro Preto. Data: 1856. Código: SP 533. Documento 131.3.

_____. **Ofício do Presidente da Província para o Juiz municipal em 11 de janeiro de 1856.** [Ouro Preto, 11 jan. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Registro: Ofícios do governo a diversas autoridades sobre estabelecimentos de caridade e saúde pública 1854-1858. Local: Ouro Preto. Data: 1856. Código: SP 533. Documento 105.2.

_____. **Ofício do Presidente da Província para os doutores Francisco Boggiani, Romualdo Cezar de Miranda Ribeiro e Fernando Gomes Caldeira de Oliveira Fontoura Júnior em 20 de novembro de 1855.** [Ouro Preto, 20 nov. 1855]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Registro: Ofícios do governo a diversas autoridades sobre estabelecimentos de caridade e saúde pública 1854-1858. Local: Ouro Preto. Data: 1855. Código: SP 533. Documento 74.1.

PAIVA, Clotilde Andrade. **População e economia nas Minas Gerais do século XIX.** 1996. Tese (Doutorado de História) – Departamento de Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

PAIVA, Clotilde Andrade; GODOY, Marcelo Magalhães. Território de contrastes: economia e sociedade das Minas Gerais do século XIX. In: SILVA, Francisco Carlos Teixeira; MATTOS, Hebe Maria; FRAGOSO,

João (Org.). **Escritos sobre a história e educação**: homenagem a Maria Yedda Leite Linhares. Rio de Janeiro: Maud, 2001. p. 479-515.

PAIVA, Clotilde Andrade; RODARTE, Mário Marcos Sampaio. Dinâmica demográfica e econômica. In: RESENDE, Maria Efigênia Lage de; VILLALTA, Luiz Carlos (Org.). **História de Minas Gerais**: a província de Minas. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. v. 1, p. 271-294.

PIMENTA, Tânia Salgado. **O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828-1855)**. 2003. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/280982>>. Acesso em: 16 jun. 2011.

PORTER, Roy. **Das tripas coração**: uma breve história da medicina. Rio de Janeiro: Record, 2004.

POUSO ALEGRE (Município). **Ofício do doutor João Dias Ferraz da Luz para o Presidente da Província em 30 de março de 1856**. [Pousos Alegre, 30 mar. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Pousos Alegre. Data: 1856. Códice: SP 600. Documento 168-169.

POUSO ALTO (Freguesia). **Ofício do doutor Balbino Candido da Cunha para o Presidente da Província em 15 de março de 1856**. [Pousos Alto, 15 mar. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Pousos Alto. Data: 1856. Códice: SP 600, Documento 134-135.

PRADO JR., Caio. **Formação do Brasil contemporâneo**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

RODARTE, Mario Marcos Sampaio; PAULA, João Antonio de; SIMÕES, Rodrigo Ferreira. Rede de cidades em Minas Gerais no século

XIX. **História Econômica & História de Empresas**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 7-45, 2004.

ROSENBERG, Charles E. What is an epidemic? AIDS in historical perspective. In: **Explaining epidemic and other studies in the history of medicine**. Chicago: The University of Chicago Press, 1995. Cap. 13, p. 278-292

SABARÁ (Município). **Ofício do Delegado de polícia para o Presidente da Província em 23 de janeiro de 1856**. [Sabará, 23 jan. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Sabará. Data: 1856. Códice: SP 600, Documento 74.

SANTA MARIA DE BAEPENDI (Município). **Ofício da Câmara para o Presidente da Província em 5 de abril de 1856**. [Santa Maria de Baependi, 5 abr. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Santa Maria de Baependi. Data: 1856. Códice: SP 600, Documento 193.

_____. **Ofício da Câmara para o Presidente da Província em 15 de março de 1856**. [Santa Maria de Baependi, 15 mar. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Santa Maria de Baependi. Data: 1856. Códice: SP 600, Documento 133.

_____. **Ofício do Delegado de polícia para o Presidente da Província em 13 de março de 1856**. [Santa Maria de Baependi, 13 mar. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Santa Maria de Baependi. Data: 1856. Códice: SP 600, Documento 130.

SANTO ANTÔNIO DO PARAIBUNA (Município). **Ofício da Câmara para o Presidente da Província em 17 de dezembro de 1855**. [Santo Antônio do Paraibuna, 17 dez. 1855]. Localizado em: Arquivo Públi-

co Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública. Local: Santo Antônio do Paraibuna. Data: 1855. Códice: SP 574. Documento 447.

_____. **Ofício da Câmara para o Presidente da Província em 19 de janeiro de 1856.** [Santo Antônio do Paraibuna, 19 jan. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Santo Antônio do Paraibuna. Data: 1856. Códice: SP 600. Documento 70.

_____. **Ofício da Câmara para o Presidente da Província em 24 de setembro.** [Santo Antônio do Paraibuna, 24 set. 1855]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública. Local: Santo Antônio do Paraibuna. Data: 1855. Códice: SP 574. Documento 48-49.

_____. **Ofício do doutor André Augusto Joanes para a Câmara em 28 de dezembro de 1855.** [Santo Antônio do Paraibuna, 28 dez. 1855a]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública. Local: Santo Antônio do Paraibuna. Data: 1855. Códice: SP 574. Documento 470.

_____. **Ofício do doutor Antônio Joaquim de Miranda Nogueira da Gama para a Câmara em 28 de dezembro de 1855.** [Santo Antônio do Paraibuna, 28 dez. 1855b]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública. Local: Santo Antônio do Paraibuna. Data: 1855. Códice: SP 574. Documento 471.

_____. **Ofício do doutor João Nogueira Penido para a Câmara em 28 de dezembro de 1855.** [Santo Antônio do Paraibuna, 28 dez. 1855c]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública. Local: Santo Antônio do Paraibuna. Data: 1855. Códice: SP 574. Documento 472.

SÃO JANUÁRIO DO UBÁ (Vila). **Ofício da Câmara para o Presidente da Província em 24 de maio de 1856.** [São Januário do Ubá, 24 maio 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: São Januário do Ubá. Data: 1856. Códice: SP 600. Documento 261.

_____. **Ofício de Camillo Maria Ferreira para o Presidente da Província em 23 de abril de 1856.** [São Januário do Ubá, 23 abr. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: São Januário do Ubá. Data: 1856. Códice: SP 600. Documento 184.

SÃO JOSÉ DO PARAÍBA (Freguesia). **Ofício da Câmara para o Juiz de Paz do distrito em 01 de novembro de 1855.** [São José do Paraíba, 1º nov. 1855]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública. Local: São José do Paraíba. Data: 1855. Códice: SP 574. Documento 158.

_____. **Ofício de Miguel Eugenio Monteiro de Barros para a Câmara em 05 de novembro de 1855.** [São José do Paraíba, 5 nov. 1855]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública. Local: São José do Paraíba. Data: 1855. Códice: SP 574. Documento 185.

_____. **Ofício de Miguel Eugenio Monteiro de Barros para o Presidente da Província em 24 de outubro de 1855.** [São José do Paraíba, 24 out. 1855]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública. Local: São José do Paraíba. Data: 1855. Códice: SP 574. Documento 116-117.

_____. **Ofício do Juiz de Paz do distrito para o Presidente da Província em 03 de novembro de 1855.** [São José do Paraíba, 3 nov. 1855]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública. Local: São José do Paraíba. Data: 1855. Códice: SP 574. Documento 164.

_____. **Ofício dos doutores Eduardo Augusto de Miranda Monteiro de Barros e Luis Sobral Pinto para o Presidente da Província em 10 de novembro de 1855.** [São José do Paraíba, 10 nov. 1855]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública. Local: São José do Paraíba. Data: 1855. Códice: SP 574. Documento 386-387.

SAPÉ (Freguesia). **Ofício do doutor Carlos Thomas de Magalhães Gomes para o Presidente da Província em 12 de junho.** [Sapé, 12 jun. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Sapé. Data: 1856. Códice: SP 600. Documentos 296.

_____. **Ofício do doutor Carlos Thomas de Magalhães Gomes para o Presidente da Província em 23 de junho de 1856.** [Sapé, 23 jun. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Sapé. Data: 1856. Códice: SP 600. Documento 298.

_____. **Ofício do Juiz de paz e do Fiscal para o Presidente da Província em 01 de abril de 1856.** [Sapé, 1º abr. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Sapé. Data: 1856. Códice: SP 600. Documento 262-263.

_____. **Ofício do Juiz de paz para o Presidente da Província em 03 de abril de 1856.** [Sapé, 3 abr. 1856]. Localizado em: Arquivo Público Mineiro. Fundo: Seção Provincial. Originais de ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre a saúde pública e casas de caridade. Local: Sapé. Data: 1856. Códice: SP 600. Documento 183.

SIMÕES, Rodrigo Ferreira; CUNHA, Alexandre Mendes; PAULA, João Antônio de. História econômica e regionalização: contribuição a um desafio teórico-metodológico. **Estudos Econômicos**, v. 38, n. 3, p. 493-524, 2008.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. **A Influenza espanhola e a cidade planejada**: Belo Horizonte, 1918. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2007.

_____. Epidemias, estado e sociedade: Minas Gerais na segunda metade do século XIX. **Dynamis**, v. 31, n. 1, p. 41-64, 2011.

_____. O despertar de uma paixão. Adaptação de *The painted veil* [1925] de Somerset Maugham. In: FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves; SILVEIRA, Anny J. Torres. **História da Ciência no Cinema 3**. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2010.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. A saúde em Minas Gerais durante o século XIX. In: MARQUES, Rita de Cássia; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves (Org.). **História da saúde em Minas Gerais**: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958). Barueri: Minha Editora, 2011.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; MARQUES, Rita de Cássia. Estado e saúde na província de Minas. In: RESENDE, Maria Efigênia Lage de; VILLALTA, Luiz Carlos (Org.). **História de Minas Gerais**: a província de Minas. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. v. 2, p. 423-435.

SLACK, Paul. Introduction. In: RANGER, Terence; SLACK, Paul (Ed.). **Epidemics and ideas**: essays on the historical perception of pestilence. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

SPECK, Reinhard S. Cholera. In: KIPPLE, Kenneth F. (Ed.). **The Cambridge world history of human disease**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. p. 642-649.

WITTER, Nikelen Acosta. **Males e epidemias**: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil. 2007. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

BELÉM E A VARIÓLA NOS TEMPOS DA BELLE ÉPOQUE

Jairo de Jesus Nascimento da Silva

O pavor da morte, segundo Porter (2004), está entre as experiências mais universais da humanidade e, também, entre os fatores que levam ao interesse pelo tema doença e cura na história. A produção historiográfica relativa a esta temática aumentou consideravelmente nas últimas décadas. No Brasil, temos uma produção crescente oriunda dos programas de pós-graduação, a organização de diversos simpósios abordando o tema, vários livros publicados, revelando a pujança da área, desde o trabalho de Machado (1978).

No que tange à região amazônica, em especial ao estado do Amazonas, antiga província do Pará, temos uma produção ainda tímida, mas reveladora. Inicialmente, essa produção esteve nas mãos dos memorialistas, em geral profissionais de saúde, nomeadamente os médicos.

Os primeiros trabalhos sobre saúde e doença no Pará foram produzidos por Arthur Octávio Nobre Vianna⁸⁸, sendo sua obra referência obri-

88. Vianna fez parte de um grupo de intelectuais paraenses que transitou por diversas áreas do saber, exercendo, inclusive, o ofício de jornalista, como, segundo Sarges (2002), era muito comum entre os intelectuais da época, pois, além de permitir a divulgação de ideias e talentos literários, a imprensa constituía-se em meio de acesso para a arena política. De uma gama variada de estudos publicados por Arthur Vianna destacamos duas obras: *A Santa Casa de Misericórdia Paraense – Notícia Histórica, 1650-1902*, de 1902; e *As epidemias do Pará*, publicado pela primeira vez em 1906. Esta última faz uma descrição das diversas epidemias que assolaram o Pará, principalmente na segunda metade do século XIX. Há registros sobre o cólera, a varíola, a febre amarela e a peste bubônica, com seus impactos sobre a população local e a indicação da impotência demonstrada, diversas vezes, pelas autoridades médicas e políticas para combater tais doenças. Embora consideremos os trabalhos de Vianna referência imprescindível, não podemos deixar de fazer uma análise crítica. É preciso avaliar uma série de aspectos que nortearam a produção “arthuriana”, como a sua condição de funcionário público, o que lhe propiciou o contato com documentos oficiais, indispensáveis para quem pretendesse empreender uma escrita da história segundo os parâmetros do positivismo. Também é importante ponderar sua

gatória em pesquisas sobre o tema na região.

Entre os trabalhos mais recentes, emanados de programas de pós-graduação, sobre epidemias de varíola no Pará, especialmente em Belém, de fins do século XIX ao início do século XX, destacam-se os de Iraci Gallo Ritzmann⁸⁹ e Alexandre Amaral. Em sua dissertação de mestrado sobre epidemias de varíola e febre amarela, Ritzmann (1997) descreveu algumas práticas de homens e mulheres pobres, dando voz a sujeitos até então silenciados pela própria historiografia encarregada desta temática, ao mostrar suas atitudes diante dos discursos médicos e higienistas elaborados em nome da ciência, da modernidade ou da civilização. Nesse trabalho, a autora mergulhou no modo de vida da população de Belém, enfocando os locais onde trabalhavam, como moravam e como organizavam seu cotidiano. Ela também apresenta o debate sobre as formas de contágio da varíola e da febre amarela e as medidas adotadas pelas autoridades públicas para procurar manter a salubridade na cidade de Belém.

Amaral (2006) analisa doenças e epidemias, como a febre amarela, a varíola e a peste bubônica, que estavam no centro do debate das práticas médico-sanitárias em Belém, no início do século XX. Para o autor, o higienismo tornou-se discurso recorrente de intervenção no espaço cotidiano dos moradores; as campanhas de profilaxias foram consideradas responsáveis pela cura da cidade. As ações propostas pelos detentores do saber científico geraram tensões, segundo Amaral (2006), entre moradores e autoridades públicas, em função da associação do saber médico com o poder público. A

formação na área da saúde. Como farmacêutico e transitando pelo circuito dos notáveis homens da ciência médica que se constituía na época, seria inevitável a Vianna emprestar certos conceitos ou modelos provenientes das chamadas ciências da natureza, especialmente as biológicas, para realizar suas incursões pelo terreno da história. Além disso, é necessário destacar sua opção pela república, uma opção política e pragmática, haja vista o “mecenato” incidente sobre sua obra, já que seus dois trabalhos mais significativos, já citados, foram encomendados, respectivamente, pelo intendente da cidade e pelo governador do estado. Daí a tendência do estudioso para a crítica aos períodos que antecederam ao regime republicano e todo o destaque dado a este último, num evidente interesse em consolidar o novo regime e conquistar corações e mentes, assumindo a história um papel pedagógico e utilitário. Para um conhecimento mais aprofundado do autor, consultar Bezerra Neto (2007).

89. Em sua monografia de especialização, *A varíola na terra dos homens de flecha e arco*, realizada em 1994, pela Universidade Federal do Pará, Iraci Gallo Ritzmann analisou os impactos sobre a população da epidemia ocorrida em Belém no ano de 1884. A pesquisa, inovadora para a época, baseou-se em dados fornecidos por Arthur Vianna e em artigos de jornais, especialmente o *Diário de Notícias*. Embora se trate de um trabalho de especialização, o texto apresentou elementos importantes para análises futuras.

análise foi realizada com base em artigos de literatos, jornalistas e políticos, relatos médicos, mensagens de governo, relatórios, fotografias e charges.

Outro trabalho que faz referência a epidemias de varíola em Belém é o de Costa (2006), que analisa alguns mecanismos empregados para conter o aumento dos casos de doenças, destacando as estratégias sanitárias propostas pelos facultativos ligados à ciência médica, levadas a cabo pelo poder público, muitas vezes sem resultado, mas que, ainda assim, interferiram e modificaram significativamente as práticas de assistência aos enfermos mais necessitados, geralmente socorridos no Hospital da Santa Casa de Misericórdia. A autora analisa como a falta de conhecimento sobre a etiologia das moléstias desencadeou um acirrado conflito ideológico entre os médicos, que divergiam quanto aos possíveis fatores que motivavam as epidemias e ao tipo de terapêutica a ser aplicada aos doentes. Ao mesmo tempo, o perigo da contaminação aguçou a “compaixão” e a “caridade” de todos que se viram direta ou indiretamente ameaçados por aqueles males.

Este trabalho resulta de estudos e pesquisas acerca das epidemias de varíola que aconteceram em Belém, capital do Pará, no contexto do que se convencionou denominar “Belle Époque” na segunda metade do século XIX. Ele dialoga com as obras supracitadas e sustenta-se nas informações acumuladas em uma pesquisa anterior⁹⁰. Seu objetivo principal é revelar aspectos da experiência com a doença e, conseqüentemente, a face oculta da modernização civilizatória implementada pelas elites na capital paraense, durante os surtos epidêmicos renitentes entre 1888 e 1901.

No decorrer desta demonstração, intenciona-se também descrever as fontes documentais reveladoras da referida modernização, que, a contragosto dos discursos hegemônicos, revelavam a face perversa da civilização do látex na cidade.

Surtos epidêmicos na Belle Époque

O desenvolvimento da economia da borracha na região amazônica contou com a forte presença do capital inglês, distribuído entre seus diversos bancos situados entre Belém e Manaus. Os desdobramentos da economia gomífera, no que diz respeito às transformações do espaço urbano da capital paraense,

90. Trata-se da dissertação de mestrado *Da mereba-ayba à varíola: isolamento, vacina e intolerância popular em Belém do Pará*, defendida em 2009 na Universidade Federal do Pará (SILVA, 2009).

levam à inferência de questões importantes no campo da saúde pública, ao se considerar não só as medidas adotadas pelas autoridades locais quanto à salubridade no epicentro dos surtos epidêmicos que atravessaram os diferentes espaços de organização da cidade em um contexto de crescimento da procura pelo látex como também seus reflexos entre a população mais pobre.

Em geral, as camadas populares constituíam-se no alvo principal das políticas públicas elaboradas na época, de acordo com um projeto que visava afastar “para além dos muros da cidade” todos os elementos considerados nocivos à boa convivência no espaço urbano: as classes perigosas, os doentes, a doença, o lixo, a morte e os próprios mortos. Em nome do bem viver, as autoridades destinavam o espaço central da cidade às elites e afastavam do centro urbano, o máximo que pudessem, tudo o que fosse considerado nocivo aos interesses daquela parcela abastada da sociedade. Em Belém, o discurso oficial aponta neste sentido, ficando evidente a preocupação com a higiene ou com a saúde “pública” nos projetos de reforma urbana, códigos de posturas, relatórios de governo e outros atos ou decretos instituídos pelo poder público.

No final do século XIX, a cidade de Belém passou a ser administrada por Antônio José de Lemos, que consolidou um projeto de modernização com o intuito de oferecer à capital do Pará a face civilizacional da Europa, ou o que se poderia representar como a civilização do látex na Amazônia. Essa administração contava com vultosos recursos provenientes, principalmente, do apogeu da economia da borracha, o que permitiu os investimentos necessários para a instalação de novos equipamentos urbanos.

A propaganda governamental desse período exibia imagens diversas da capital paraense, geralmente associadas a salubridade, higiene e ordem, trionfio do progresso e da civilização. Essa propaganda, expressa em álbuns produzidos em diversos momentos entre o final do século XIX e início do século XX, proporciona uma série de informações sobre a cidade de Belém relacionadas à questão da saúde.

Era necessário demonstrar pela iconografia a adequação da civilização do látex na Amazônia aos mais avançados conhecimentos científicos da época e a harmonização da cidade de Belém com os princípios do bem viver, pois a salubridade deixava de ser encarada como um problema climático na região para passar a ser tratada de acordo com os modernos princípios da ciência da higiene. A documentação oficial procurava descrever Belém no enquadramento dos padrões de modernidade, enfatizando seus símbolos principais.

A utilização do discurso higienista era constante, constituindo-se num dos elementos centrais da noção de modernidade cultuada naquele contexto.

A ação do Estado, tanto na esfera municipal quanto estadual, procurou associar a ideia de modernidade e civilização a padrões de higiene notadamente “científicos”. Os relatórios de Antônio Lemos descrevem vários casos de doenças epidêmicas (febre amarela, tuberculose, varíola, etc.) que assolavam a população da cidade e, ao mesmo tempo, todo o esforço no sentido de tomar medidas profiláticas com a finalidade de controlar a propagação das moléstias. Todo esse arsenal médico-científico evidenciava a intenção política de reordenar o espaço urbano para a habitação das elites e para o trabalho das camadas mais pobres da população. Daí a ação sobre os cortiços, o tratamento do lixo, a desativação de cemitérios, etc., de acordo com a teoria dos contagionistas ou infeccionistas.

O combate às epidemias que assolavam a região, dificultando o pleno funcionamento da economia da borracha e afastando de seus portos os trabalhadores estrangeiros, levou os poderes constituídos a criarem, durante o século XIX, um aparato legal para regular os serviços sanitários assim como um conjunto de instituições, que passaram a ditar os rumos da saúde pública.

Essa Belle Époque da saúde também foi marcada pela construção de espaços voltados para o atendimento dos enfermos. Por meio da verba intitulada “socorros públicos”, surgiram diversas instituições direcionadas ao tratamento dos acometidos de moléstias diversas, epidêmicas ou não. Algumas já existiam, mas passaram por reformas, adaptações ou ampliação de seus espaços.

A preocupação em mostrar uma cidade limpa, portanto adequada aos padrões da moderna ciência da higiene, estava relacionada também às constantes epidemias de febre amarela, cólera, peste e varíola. Era preciso mostrar que a cidade estava preparada para combater doenças. Porém as fontes consultadas demonstraram que a administração, tanto estadual quanto municipal, encontrou inúmeras dificuldades para conter as epidemias. Algumas vezes, as autoridades não se entendiam acerca das medidas ou práticas terapêuticas adequadas, e não raro se realizava o tradicional jogo de transferência de responsabilidades entre as esferas do poder público. Usualmente se transferia toda a culpa à ignorância popular ou ao governo central, sobretudo durante o Império.

Anteriormente ao período da Belle Époque, Belém construía uma larga experiência com as epidemias, o que pode explicar a constante insatisfação dos moradores da capital e a postura da população diante das medidas en-

caminhadas pelas autoridades. As fontes que serviram de base a este estudo revelam frequente intolerância às profilaxias oficiais por parte dos habitantes menos abastados de Belém. Assim, nesse processo de reconstituição das experiências com os surtos epidêmicos da varíola, pode-se inferir inicialmente que a referida doença não era desconhecida da população no final do século XIX ou no início do século XX, portanto é natural que as camadas populares já tivessem criado representações sobre a doença e desenvolvido práticas curativas próprias, que algumas vezes divergiam daquelas constituídas pelos médicos acadêmicos e, em outras, convergiam, conforme se verá a seguir.

A epidemia de 1884

O *Diário de Notícias*, em sua edição de 20 de janeiro de 1884, denunciava a presença da varíola em Belém e sugeria providências adequadas para o expurgo da moléstia, dando ênfase à “urgentíssima” necessidade de limpeza da cidade, de preferência a qualquer outro serviço que não atendesse ao interesse da saúde pública. Conforme apontava o periódico:

Se por um lado o pouco caso que fez-se, quando este flagello annunciou sua entrada, das consequências necessarias de sua estada, não se cuidando de prevenir e impedir que ella propagasse, fazendo-se executar rigorosamente as medidas aconselhadas pela sciencia; por outro lado cooperara para o seu rápido desenvolvimento o nenhum asseio, o estado immundo da cidade, devido ao desmazelo e ao desprezo das disposições do código de posturas, por parte dos srs. fiscaes, aos quaes a camara não podia compellir ao cumprimento de seus deveres, nem fazer o que elles descuravam.

[...]

É terrível a situação! Um povo mal e carissimamente alimentado, em lucta com um flagello hediondo, é horribilissimo! [...] (DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 20 jan. 1884, p. 2).

A notícia reproduzida acima revela a crença na ciência, no saber técnico capaz de prezar pela salubridade da urbe, manifestada pelo articulista, mas, ao mesmo tempo, evidencia a inobservância de preceitos sanitários por parte da população e das autoridades, culpando-se os fiscais pelo es-

tado de higiene em que se encontrava a cidade, os quais não estariam fazendo cumprir o Código de Posturas. A matéria chama a atenção também para a condição da alimentação da população de Belém, associando o estado de saúde do povo à péssima qualidade dos alimentos consumidos, considerados de alto custo, o que parece refletir o crescimento desordenado da cidade durante a economia da borracha.

Ela ainda revela o quanto o discurso ou a ideologia da higiene ganhou projeção na segunda metade do século XIX, especialmente através da imprensa, que não cansou de “alertar” a população sobre o poder maléfico dos temidos miasmas. Assim, no dia 5 de fevereiro de 1884, o *Diário de Notícias* denunciava, “à bem da saúde pública”, a existência de um “foco de miasmas” localizado na estrada de São Jerônimo, entre as travessas 25 de março e 9 de janeiro, “em casa de um tal Francisco, mais conhecido por *Xico Curtidor*”. O tal “Xico”, segundo o diário, “tem a peste dentro de casa”, e os vizinhos viviam incomodados com o mau cheiro que dali exalava, autorizando o periódico a pedir providências do poder público (DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 5 fev. 1884, p. 2).

Eram recorrentes as notícias relativas à varíola no ano de 1884. O próprio Corpo de Polícia da província foi afetado, pois a administração da enfermaria daquele regimento enviou diversos ofícios ao chefe de polícia informando a existência de variolosos internos ali. Assim, em 14 de janeiro, estava em tratamento o soldado Martiniano de Oliveira Pantoja; no dia seguinte, estavam o cabo Honorato Xavier e o soldado Manoel Barbosa da Silva. No dia 16, eram os soldados João Marinho dos Santos e Francisco da Chagas Saraiva. No dia 17 de janeiro de 1884, a enfermaria chamava a atenção para a gravidade da situação e para a necessidade de vacinação e revacinação naquele Corpo.

A situação tornara-se tão séria que o médico responsável pela enfermaria, Dr. Bruno de Moraes Bittencourt, teve que renunciar ao gozo de uma licença para tratar dos enfermos. No dia 21 de janeiro, informava-se mais um caso de varíola: dessa vez era o corneteiro Antonio da Silva Rodrigues. Em 12 de fevereiro, estava em tratamento o soldado Rufino Antonio da Silva. Em 23 de fevereiro, foi recolhido do Marco da Légua, afetado pela varíola, o soldado Agostinho de Lima.

De todos os casos registrados, chama a atenção o do soldado Raymundo José da Trindade, que baixou à enfermaria do Corpo de Polícia no dia 27

de janeiro, ainda que dias antes houvesse sido vacinado. O médico registrou em sua entrada um “movimento febril” que, no entanto, “não caracterizava a invasão da moléstia eruptiva reinante” (varíola). Segundo ele, poderia ser o desenvolvimento da vacina, “que parecia querer vingar”, mas ainda assim o esculápio não descartava a possibilidade de ser a bexiga. No dia seguinte, o paciente continuava no mesmo estado, sendo-lhe administrada a medicação considerada adequada para o caso, conforme o relatório médico, mas não sendo providenciada a transferência por não ter desenvolvido a sintomática apropriada. De 28 para 29 daquele mês, o quadro agravou-se: toda a superfície cutânea revelava manchas, e havia outros sinais que indicavam tratar-se de um caso raro de varíola (hemorrágica).

Mesmo com o agravamento do caso, o médico continuava duvidando do diagnóstico, e, assim, o paciente foi a óbito no dia 30 de janeiro, às 15 horas. Com o falecimento, o esculápio recomendou a transferência da enfermaria para outro compartimento do edifício até que aquele onde ela ficava fosse caído e devidamente higienizado, propôs a desinfecção de todo o quartel e recomendou, para tal fim, o uso de água e cloreto de sódio.

O caso desse soldado é revelador em vários aspectos: primeiro, mostra a incidência da varíola em quem já havia se vacinado – um problema em relação à utilização da vacina –, o que pode ter causado a dúvida no médico e sua conseqüente relutância em emitir um diagnóstico preciso; depois, evidencia a dificuldade em dar atendimento adequado aos variolosos, pois, se fosse confirmada a varíola, o soldado seria transferido para a Enfermaria José Bonifácio, como ocorria com todos os casos da doença detectados pelo dito médico; e, por último, revela o medo da contaminação da tropa, talvez para não afetar os superiores, já que, com exceção do cabo Honorato Xavier, a varíola atingiu somente os soldados do Corpo de Polícia da província. Nos registros do quartel, encontramos ainda ofícios em que soldados pediam ao chefe de polícia licença para acompanhamento de parentes acometidos de varíola (PARÁ, [1884]).

A ideologia da higiene que tomou conta do discurso oficial no período também era utilizada pelos populares, quando conveniente, para a defesa de seus próprios interesses. A população recorria aos preceitos da ciência da higiene para garantir melhorias para as áreas em que viviam, fossem de saneamento, calçamento das ruas, abastecimento de água, fossem de outra natureza qualquer.

Assim, os moradores da travessa João Augusto Corrêa, no Largo do Palácio, reclamavam, em abaixo-assinado, das péssimas condições em que esta se encontrava, principalmente na área compreendida entre as ruas Formosa e Dos Mercadores. Segundo eles, o estado da via lhes era prejudicial à saúde “pelos miasmas pestíferos que constantemente se exalam das imundícies depositadas na mesma travessa”, em particular na espécie de calha que ali existia e estava sempre obstruída, resultando deste “grande inconveniente” o aparecimento de doenças que flagelavam os abaixo assinados. Os moradores, então, pedem ao governo providências no sentido de mandar calçar a mencionada travessa, “a fim de melhorar as condições higiênicas da mesma” (ABAIXO-ASSINADO..., [1884b]).

Outras vezes, a utilização do discurso higienista servia àqueles que pretendiam garantir a continuidade de seus negócios; é o caso dos comerciantes da Doca do Imperador, que reclamavam das péssimas condições da região, onde estava se acumulando lama e lixo, “exalando miasmas que alteram a saúde pública”, e, portanto, pediam providências ao responsável pelo asseio do porto, para que se desse início à limpeza daquela doca, de preferência a qualquer outro lugar, pois, nas marés medianas ou “quebra d’água, não podem entrar barcos de maior lotação, prejudicando o interesse do comércio e de particulares” (ABAIXO-ASSINADO..., [1884a]).

Por meio das páginas dos periódicos que circulavam em Belém na época, é possível reconstituir aspectos das epidemias que assolavam a população da capital na segunda metade do século XIX. Essas fontes, confrontadas com outras, nos permitem chegar a conclusões importantes e, às vezes, inovadoras. Quando comparamos, por exemplo, os dados fornecidos pelos jornais com aqueles que foram disponibilizados por Vianna (1975), percebemos algumas discrepâncias.

A maioria das mortes citadas nas fontes jornalísticas ocorreu na Enfermaria José Bonifácio, criada para tratar exclusivamente de variolosos e que aparecia todos os dias nas páginas do *Diário de Notícias*, numa seção específica, designada Enfermaria de Variolosos. Nela, fazia-se o registro de toda a movimentação da dita enfermaria, com referência à quantidade de pacientes mortos, em tratamento e curados. A seção também trazia a relação dos mortos fora dali – com dados mais completos, relativos ao local de moradia, nome, sexo, faixa de idade e possível condição social – ou, na ausência deles, uma nota comemorativa, como na edição do *Diário*

de *Notícias* de 26 de janeiro de 1884: “Uma bôa noticia: hontem, fora da enfermaria, não morreu ninguem de variola” (p. 2).

A partir dessas informações, percebe-se que a epidemia atingiu de forma mais intensa as áreas centrais da cidade, onde havia maior concentração populacional. A variola não fazia distinção de sexo e atingia violentamente também as crianças, que apareciam na relação como “menor” ou “inocente”. Quanto à origem social, é possível concluir que a maior parte dos mortos pertencia às camadas mais baixas da sociedade, pois havia um grande número de óbitos na Enfermaria José Bonifácio, para onde eram levados de preferência os pobres. Embora as notas geralmente identificassem o local de moradia das vítimas, os falecidos fora da enfermaria eram designados na maioria das vezes apenas pelo primeiro nome e tratados como “indigentes variolosos” pelas autoridades e nas páginas dos jornais.

Dessa forma, em 2 de fevereiro de 1884, o *Diário de Notícias* informava que, no dia anterior, faleceram de variola, “á travessa 1º de março, a menor Christina de tal, e á rua do Bom Jardim, a innocente Rosa” (p. 2). Por outro lado, quando os jornais noticiavam a morte de pessoas consideradas ilustres ou pertencentes às classes mais abastadas, o registro era feito com nome e sobrenome, sempre precedidos do EXM^o Sr^o ou EXM^a Sr^a, para destacar a condição social das pessoas citadas. Em 29 de abril de 1884, o referido jornal trazia uma nota intitulada Falecimento, na qual se lia: “Depois de um longo e doloroso padecimento, falleceu no sábadó, vítima de variola [...], o innocente Joaquim Egydio do Valle, filho da exm^a sr^a D. Estephania Antônia de Carvalho do Valle”. Pesquisamos todas as edições do ano de 1884 do periódico e encontramos apenas essa nota fúnebre em que se destacou o padecimento da vítima, com ênfase em sua origem familiar.

A grande maioria das vítimas da variola não fez jus a uma nota digna pelo seu falecimento nas páginas dos jornais, até porque eram tantos mortos que se tornava inviável tal tarefa. Eles eram citados como parte das estatísticas relativas à epidemia de variola em Belém, sendo desnecessário informar como viviam, onde moravam, se trabalhavam, onde trabalhavam, quem eram seus pais, etc. Esses elementos, contudo, seriam indispensáveis para se compreender o conjunto de experiências que marcava a vida daquelas pessoas e a postura que adotavam diante da realidade que os cercava.

Em uma população cuja maioria subsiste nos limites da sobrevivência, as enfermidades atingem inicialmente os pobres, mesmo quando as condi-

ções para sua difusão são em teoria iguais. Portanto, diante dessa situação, a pobreza enferma, vista como perigosa à manutenção da saúde de todos e, por conseguinte, um dos focos de proliferação das doenças, recebeu, no decorrer das epidemias, atenção especial por parte do poder público e de alguns setores mais abastados da sociedade, cujo objetivo era promover o alívio do sofrimento que afetava os doentes mais necessitados e, ao mesmo tempo, assegurar o bem-estar de toda a comunidade.

Como a varíola incidia de preferência sobre as pessoas das camadas mais baixas da sociedade, sem recursos para realizar um tratamento adequado e que muitas vezes não aceitavam ou não procuravam a assistência prestada pelo poder público, tornava-se necessário despertar nos cidadãos de posses a solidariedade ou a compaixão pelos variolosos que já sofriam com a pobreza e, naquele momento, passaram a sofrer mais ainda com a doença.

Em várias edições do ano de 1884, o jornal *Diário de Notícias* exaltava a ação de um grupo de mascarados que percorria a cidade esmolando em nome dos variolosos. O grupo era formado inicialmente por três elementos: um tocava rabeça, e os outros dois, violão. Eles, segundo o *Diário de Notícias* (19 fev. 1884, p. 2), “sahiram igualmente esmolando á caridade publica em favor dos indigentes variolosos”. Em outra edição, esclarece o articulista:

Na tarde de domingo sahiram novamente á esmolar a caridade publica, em favor dos variolosos, os quatro moços mascarados, que formavam o grupo à imitação dos lyricos-mendigos que ahi andam pelas nossas ruas.

[...]

As companhias urbana e paraense franquearam seus carros aos ditos moços, que não tiveram entrada no theatro da Paz, não obstante a ordem do empresario para dar-lhes entrada, por ignoral-o o porteiro.

[...]

Em nome dos indigentes, novamente estendemos a mão e lhes dizemos – muito obrigado! (DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 26 fev. 1884, p. 3).

Os dados apresentados até agora indicam apenas os efeitos da epidemia em Belém, pois os registros relativos ao número de mortos fora da capital, onde a varíola também se manifestou, são muito deficientes.

Sobre a presença da varíola no interior do Pará, no ano de 1884, o presidente da província assim se manifestou através do relatório de governo (PARÁ, 1885):

Até o fim do mez passado havia no hospital de José Bonifácio oito variolosos em via de restabelecimento; em alguns lugares do interior da província, porém, ainda grassa esta epidemia, tendo se manifestado ultimamente na Cachoeira, Abaeté e Igarapé-miry, pelo que fiz seguir para Cachoeira o Dr. Argemiro Rodrigues Germano, para Abaeté e Igarapé-miry o Dr. Gouvêa Freire.

Constando-se que em Benevides havia se manifestado a moléstia, para alli enviei o Dr. José Viríssimo de Mattos, que participou-me não haver se dado nenhum caso.

O *Diário de Notícias* também faz referência à presença⁹¹ da varíola no interior. Na edição de 20 de fevereiro de 1884, chamou a atenção para casos da doença nos municípios paraenses de Bujará e Monfort. Na edição do dia seguinte, anunciava a mesma situação em Mosqueiro. Sobre Cachoeira, o referido periódico afirmava:

São aterradoras as noticias que recebemos da Cachoeira, respeito á varíola que alli está grassando com intensidade, victimando a sua população.

Para melhor comprehender-se qual o estado d'aquella população, offerecemos á apreciação publica o seguinte topico de uma carta que temos á vista. Eil-o:

– A bexiga tem feito uma espantosa carnificina n'esta villa. Da familia do José Quito já morreram: – a mãe, a mulher, dous filhos, a sogra e consta que elle mesmo já succumbio. E como esta familia muitas outras.

É geral o panico (DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 23 set. 1884, p. 2).

Na mesma edição, o jornal citava a presença da varíola também em Benevides – confirmando o relatório apresentado pelo presidente Silveira de Sousa –, enquanto destacava a ação do Dr. José Verissimo. Há também

91. Segundo Beltrão (2005), o termo “presença”, muito usado na época, apresentava sentidos que podem ser considerados eufemismos alusivos à morte.

referências à ocorrência da doença em Óbidos, em Chaves, em Bragança e na cidade de Curuçá, nordeste paraense, de onde o “Curuçaense”, jornal abolicionista que circulou entre 1883 e 1886, informa: “E continuamos sem auxílio de um medico, nem medicamentos, graças á deshumanidade do governo, que nos olha como bastardos” (DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 31 maio 1884, p. 2). A incidência da varíola, portanto, foi bem mais devastadora do que nos indicam algumas estatísticas, que, em relação à capital do Pará, apresentam lacunas e, em relação ao interior, são mais deficitárias ainda. A análise de fontes variadas, no entanto, permitiu-nos constatar quão “aterrorizadoras” foram as epidemias, principalmente em Belém.

O último caso de varíola do período fora registrado em abril de 1885, ficando a população de Belém despreocupada em relação à doença por cerca de dois anos até o seu reaparecimento em março de 1887. Porém, nesse intervalo, há registros de outras doenças afetando os habitantes da cidade. É o caso do beribéri, que assumiu, principalmente em 1886, caráter alarmante, conforme o relatório apresentado pelo presidente da província, João Antônio Freitas Henriques, no qual se dá destaque a esta moléstia, que, segundo o documento, aterrorizava a população da capital (PARÁ, 1891).

Nesse relatório, previa-se a designação de pelo menos um médico comissionado para cada um dos quatro distritos da cidade. Eles deveriam realizar visitas periódicas (duas ou três vezes por semana) aos domicílios do distrito pelo qual fossem responsáveis, acompanhados dos fiscais municipais e de autoridade policial, a fim de verificar o estado das latrinas, sua posição em relação ao poço, o estado de asseio dos quintais e o esgoto das águas; também indicariam o melhor regime alimentar e o mais que lhes parecesse conveniente. As visitas ocorreriam principalmente nas casas consideradas de aglomeração, como cortiços, hotéis, quartéis, etc.

Os comissionados também deveriam fiscalizar açougues, tabernas e outros estabelecimentos destinados ao comércio de gêneros alimentícios. Medidas iguais a essas foram se repetindo nesse período e não foram recebidas passivamente pela sociedade. É necessário destacar que, apesar das providências tomadas, as epidemias continuaram assolando a população da cidade de Belém, demonstrando-se assim a ineficiência das autoridades, inclusive da área médica, no trato de delicada questão, conforme se abordará na seção a seguir.

Da Monarquia à República (1888-1889)

O advento de outra epidemia de varíola foi registrado em 1887, com o aparecimento do primeiro caso em março, mas a grande concentração de mortes se deu em 1888, quando faleceram, segundo Vianna (1975), 747 pessoas. Mais uma vez, há discrepância em relação a esses números e os de outras fontes. De acordo com relatório de governo de Francisco José Cardoso Junior, houve, para o primeiro trimestre daquele ano, 80 casos de varíola, dos quais 17 em janeiro, 17 em fevereiro e 46 em março (PARÁ, 1888, p. 5). Na estatística de Vianna, foram 75 casos nesse mesmo período. Além disso, o relatório apresentou o movimento da Enfermaria José Bonifácio no ano de 1887, de maio a dezembro, e contabilizou 208 óbitos por varíola. Vianna, por sua vez, relatou 61 mortes. Também no *Diário de Notícias* apareceram algumas informações divergentes das apresentadas pelo autor.

O referido jornal afirma, na edição de 4 de novembro de 1888, que, no mês anterior, haviam sido registradas 122 mortes por varíola, enquanto Vianna (1975) apresentou 113. Mais ainda, durante todo o ano de 1888, o diário noticiou 255 mortes por varíola, cuja maioria foi registrada fora da Enfermaria José Bonifácio, onde havia maior número de óbitos. No primeiro trimestre, teriam ocorrido 13 mortes fora da citada enfermaria, número que deve ser acrescentado aos 80 casos do relatório de Cardoso Júnior, que se referia apenas aos mortos na José Bonifácio.

Apesar da discrepância entre as informações, é possível inferir que a varíola mais uma vez consumiu um grande número de vidas em Belém e também que afetou mais nativos que estrangeiros e, diferentemente da febre amarela, mais pessoas de cor parda ou preta do que de cor branca. A grande maioria dos atingidos era de baixa renda; de 1º de maio a 29 de dezembro de 1887, a Enfermaria José Bonifácio recebeu 682 variolosos, dos quais 612 foram classificados como indigentes. Os periódicos continuavam a veicular os óbitos com a indicação de “menores” ou “inocentes” quando se tratava de crianças, informando apenas o primeiro nome, como foi o caso dos menores José, Victória, Eduardo e Maria, que apareceram nas edições do *Diário de Notícias* entre 8 e 21 de fevereiro de 1888.

Alguns dos infectados, sem perspectiva de cura ou de tratamento, às vezes sem recursos para tal, eram forçados a viver nas ruas, em razão do abandono dos familiares ou da ausência deles, como foi o caso do italiano João Delfir,

encontrado pelo subdelegado da Trindade na rua do Imperador com o corpo coberto por bexigas e, segundo as páginas do *Diário de Notícias* (24 jun. 1888, p. 2), já bastante desenvolvidas. A autoridade citada o transportou para o Hospital José Bonifácio. Havia ocasião em que o varioloso, mesmo sem recursos, procurava atendimento, como o “indigente Manuel Narciso de Brito”, que, também segundo o mesmo periódico em edição de 2 de setembro de 1888, esperava, desde a manhã até as 2 horas da tarde, no corredor da Santa Casa, com a bexiga toda visível no corpo, pelo carro para o conduzir ao Hospital José Bonifácio. Situações como essas levavam ao desespero que parece ter tomado conta de um trabalhador da Companhia Nova União. Afetado pela varíola, delirando com febre intensa, lançou mão de uma navalha e cortou a garganta profundamente.

As páginas dos periódicos *Diário de Notícias*, *A Província do Pará* e *Folha do Norte* confirmaram a hipótese de que a varíola atingia principalmente as pessoas das classes consideradas inferiores, haja vista a frequência da veiculação de matérias com a designação “Indigentes Variolosos” e toda a campanha empreendida no sentido de arrecadar fundos para auxiliar no tratamento dos doentes. O jornal *A Província do Pará* publicou uma notícia com o título “Socorros aos variolosos indigentes”, na qual se lia o seguinte:

[...] A comissão da benemérita loja “Firmeza e Humanidade”, encarregada de socorrer aos variolosos indigentes do 3º distrito desta capital, previne que atende aos pedidos e reclamações, a qualquer hora do dia, em casa dos seguintes membros: Juvencio T. Sarmento e Silva, à rua do Arcipreste Manoel Theodoro, n. 41. Emilio Augusto Pinto, à rua da Pedreira, n. 71. Francisco Teixeira de Carvalho, à travessa Oriental do Mercado, n. 10 (A PROVÍNCIA DO PARÁ, 2 jan. 1899, p. 1).

Outra informação presente nos jornais diz respeito à localização espacial da epidemia. Percebe-se que havia uma incidência maior da doença na área central da cidade, mas com uma distribuição agressiva em regiões consideradas periféricas na época. O *Diário de Notícias* assim se manifestou sobre a propagação da moléstia:

O grande mal assoberbou nós de tal maneira, que todas as reclamações da imprensa e todas as providencias em que se cogitem, parecem inúteis.

Pobre população da cidade de Belém!

Olhada com indiferença na saúde, tratada com desprezo na molestia...

A variola vae assolando horrorosamente a população d'esta capital, e outra cousa não se devia esperar, desde que a imprensa, pelo menos este diario, pediu medidas preventivas logo que ella começava, e essas medidas não foram promptamente empregadas. Hoje a epidemia abrange toda a cidade; não há um só becco onde não gema um infeliz varioloso (DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 3 ago. 1888, p. 2).

Entre os casos registrados nas páginas dos jornais pesquisados, verifica-se grande presença da epidemia nos bairros do Umarizal, Reduto, Campina e da estrada de Nazaré a São Brás, bairros centrais da cidade. Apesar da diminuição dos casos de variola em dezembro de 1888, no início do ano seguinte ela voltou a se manifestar, e o seu recrudescimento foi atestado pelo próprio presidente da província em função de relatório apresentado pelo médico da Enfermaria José Bonifácio, que revelava o aumento dos casos daquela moléstia.

No intuito de conter o avanço da epidemia, o presidente designou o inspetor da Junta de Higiene para que procedesse à vacinação e à revacinação, especialmente nos imigrantes cearenses que estavam recolhidos no antigo Forte do Castelo. Fez idênticas recomendações ao inspetor de saúde do porto.

O relatório de governo de José Araújo Roso Danin considerou as condições de saúde da província como lisonjeiras e anunciou o final da epidemia de variola (PARÁ, 1889b, p. 11). Segundo Roso Danin, a Junta de Higiene teria sido a maior responsável por esse desfecho em função de ter empregado os meios necessários para propagar a vacina animal, que estaria produzindo bons resultados. Em relatório apresentado ao governo Lauro Sodré, Cipriano Santos também fez referência à utilização eficaz dessa vacina.

Para se ter uma ideia dos prejuízos causados aos cofres públicos pelas sucessivas epidemias de variola, descrevemos a seguir os gastos com a Enfermaria José Bonifácio de janeiro a junho de 1889. No total, despendeu-se, com a verba designada como “Socorros Públicos”, a soma de 27:760\$178 (vinte e sete contos, setecentos e sessenta mil e cento e setenta e oito réis), dos quais 6:506\$286 (seis contos, quinhentos e seis mil e duzentos e oitenta e seis réis) foram destinados ao transporte e enterramento de variolosos

e a desinfecções. A despesa média mensal nesse período, portanto, ficou em 2:474\$793 (dois contos, quatrocentos e setenta e quatro mil e setecentos e noventa e três réis).

Nesse primeiro semestre de 1889, o total de mortos por varíola em Belém foi inferior à soma do mês de novembro de 1888. Assim, podemos considerar que a despesa com a epidemia era muito superior à apresentada no relatório de Roso Danin, pois se referia a um período de decréscimo do número de afetados. Porém, a partir desses dados, é possível fazer projeções acerca dos gastos com variolosos na capital do Pará.

Epidemia republicana (1899-1901)

Em mensagem apresentada ao Congresso Legislativo do Estado do Pará, em 1900, o governador Paes de Carvalho descreveu as condições de saúde da população do estado no ano anterior. O texto evidencia a eclosão de mais uma epidemia de varíola que estaria atingindo a capital desde o início do ano de 1899. Segundo a mensagem, a doença avançava epidemicamente em Belém desde março, tendo sido importada da Espanha ou dos estados do sul do país. O governador lamentava o fato de não poder dominá-la de imediato, apesar dos meios empregados para evitar sua propagação, que, para ele, ocorreria em função da ignorância do povo, o qual, “indiferente aos conselhos higiênicos” e à necessidade das visitas domiciliares dos inspetores sanitários, ocultava doentes – que muitas vezes morriam abandonados –, dificultava o isolamento, fugia sistematicamente da vacinação, etc. (PARÁ, 1900, p. 63).

Essa situação revela dois diferentes aspectos: a transferência da responsabilidade sobre a epidemia para o “povo” e as dificuldades encontradas pelas autoridades no sentido de fazer cumprir as profilaxias. A informação do advento da epidemia em 1899 foi confirmada por Vianna (1975) e pelos jornais, como *A Folha do Norte*. Segundo o primeiro, entre 1899 e 1901, a varíola matou 597 pessoas, das quais 245 em 1899, 246 em 1900 e 106 em 1901.

O jornal *A República* informou a presença da varíola em Belém durante todo o ano de 1899. Em diversas edições, fez referência ao assunto, descrevendo as ações do serviço sanitário, as desinfecções, as “campanhas” de vacinação, as áreas afetadas, etc. Em 25 de abril de 1899, o periódico informava que o Dr. Ayres de Souza fora acometido pela doença, recebendo a visita do Dr.

Pereira de Barros acompanhado de Miguel Severino do Monte, desinfector do serviço sanitário. Dez dias antes, o mesmo jornal informava a existência de um navio em quarentena no porto com um caso suspeito de varíola.

O periódico também destacava a ação do inspetor do serviço sanitário Dr. Cipriano Santos. Suas visitas ao hospital de isolamento e a casas particulares eram sempre lembradas. Em 25 de junho de 1899, por exemplo, o jornal noticiou a ida de Santos ao hospital e a uma casa que abrigava doentes de varíola, na travessa Caldeira Castelo Branco.

O inspetor do serviço sanitário tentou acalmar a população de Belém por meio de uma publicação na edição d'*A República* de 20 de julho de 1899, afirmando que não eram alarmantes os casos de varíola na cidade e que não se tratava de uma quadra epidêmica. Mensagens com esse teor só contribuíam para aumentar o descrédito que os populares sentiam em relação às autoridades, que muitas vezes não entendiam, ou não se entendiam, quando surgia uma epidemia, enquanto, “zombando da ciência” e das autoridades, a varíola continuava sua marcha avassaladora.

O jornal *A Folha do Norte* indicou 34 casos fatais de varíola nos dois primeiros meses de 1899, dos quais 23 em janeiro e 11 em fevereiro. Desse total, 7 pessoas morreram na Enfermaria José Bonifácio. Também vale considerar que o jornal enumerava os mortos no hospital de isolamento desde abril de 1899. Este hospital veio para substituir a enfermaria, considerada, já naquela época, anti-higiênica e, portanto, incompatível com os padrões técnico-científicos. O novo hospital, implantado pelo governo de Paes de Carvalho, sob responsabilidade do engenheiro Luiz Maximino de Miranda Corrêa, estava dividido em três corpos, segundo Vianna (1975, p. 66):

No primeiro corpo estão as salas de recepção, aposento das enfermeiras, capela, farmácia e gabinete do médico: no segundo ficam as grandes enfermarias e suas dependências; no terceiro acham-se os quartos particulares para os doentes pensionistas, sala de refeições, quartos para criados, cozinha e despensa.

O edifício conta 120 metros de comprimento e 22 de largura: é todo de madeira, pintado a cores claras. À esquerda do hospital existe um desinfectório, com dependência hermeticamente fechada para fumigações, e uma estufa locomóvel, perto da qual está a lavanderia. Este hospital-barraca dista do hospital dos amareletos 130 metros, é iluminado à luz elétrica e servido de água canalizada.

A partir desta epidemia, definiram-se determinadas profilaxias, como o isolamento dos doentes, as desinfecções e outras práticas baseadas nos preceitos da moderna ciência da higiene. Por meio dos jornais, é possível acompanhar o movimento dos infectados no hospital de isolamento, seu quantitativo, origem social e geográfica, local de moradia, etc. Dessa análise, conclui-se que a varíola atingiu, também nesse período, os mais pobres, de nacionalidade brasileira em maioria, incluindo um grande número de imigrantes nordestinos, especialmente cearenses. Observa-se ainda tanto a distribuição da epidemia pelas áreas centrais da cidade com relativa expansão para as regiões periféricas quanto a citação enfática dos casos registrados nos cortiços, como este citado em *A Folha do Norte* (15 nov. 1899, p. 1):

Saúde publica

De novo chamamos a atenção da junta de higiene para um cortiço à estrada de São Jeronymo em frente ao chafariz.

Além de que aquilo é um verdadeiro foco de infecção, não quiseram alguns moradores

Do cortiço consentir que o Sr. Dr. Uchoa lhes applicasse a vacina, as dias quando compareceu para esse fim. No mesmo cortiço existem ainda variolosos sem recursos para seu tratamento.

Esta notícia revela que, na virada para o século XX, a tese dos infecionistas ainda era predominante no seio da comunidade médica local e amplamente difundida pela imprensa. Além disso, havia a concepção de que os cortiços eram focos de epidemias e as classes pobres “perigosas”. Assim, passava-se a ideia de que as classes desprivilegiadas eram culpadas pela doença, por habitarem residências insalubres e pela pura ignorância na rejeição da vacina. Era evidente a dificuldade encontrada pelo poder público para promover a remoção dos doentes e, portanto, o tão desejado isolamento dos infectados.

A partir dessa “quadra epidêmica”, as autoridades passaram a determinar a criação de “cordões sanitários”, o que significava a interdição do acesso a ruas, bairros ou municípios afetados pela varíola, pois, notava-se também naquele período a expansão da doença para o interior, como ficou registrado nas páginas d’*A Folha do Norte*:

Em Benevides:

Até o dia 9 achavam-se acometidos do mal 13 pessoas, duas quase acham-se restabelecidas, 10 em tratamento e em observação 2.

Em Benfica (ramal)

Manifestam-se 11 casos e no rio Arary 3. Estão restabelecidos 9 doentes, em tratamento 4, morreu 1 e permanecem em observação 8.

Atualmente encontra-se em observação 10 variolosos sendo 6 menores.

O cordão sanitário continua a ser mantido por praças e regimentos. Prosseguem os serviços de vacinação, revacinação e desinfecção. O hospital de isolamento esta funcionando regularmente e a cargo de dois enfermos e sob a vigência do Dr. Pedro Juvenal Cordeiro. Esse hospital demora a cerca de 18 metros de Benevides à Benfica. Apareceram alguns casos de varíola no rio Apeú e na Colônia de Santa Isabel.

O Sr. Eduardo de Oliveira foi designado pelo Dr. Juvenal Cordeiro para vacinar e revacinar em Castanhal.

O Sr. Henri Olivier pois a disposição da comissão um bonde de sua propriedade por estarem à do ramal de Benfica.

O mesmo médico mantém a resolução de uma vez extinta a epidemia reinante, estender o serviço de vacinação de colônias mais distantes da estrada de ferro, para o qual pede 100 tubos de limpha vacínica (A FOLHA DO NORTE, 11 abr. 1899, p. 1).

Alguns dias depois, o mesmo jornal divulgava:

[...] Varíola em Cametá

È certo que este morbo acaba de aparecer naquela aprazível cidade, não com intensidade e nem com o caráter que possa justificar um certo alarme que aqui se fez com informações prestadas ao governo. À varíola apareceu ali na família de João Gomes do Nascimento, tripulante do vapor São Miguel, tendo enfermado 7 pessoas inclusive o dito Gomes que já está convalescendo, achando-se as demais condições de tratamento.

Todas essas pessoas moravam na estrada da Aldeia de Parijós, onde a edificação não é densa, sendo por isso menos fácil a propagação do mal, o que efetivamente ainda não aconteceu e nem talvez acontecerá; com as propostas e acertadas medidas que desde logo adaptou o ativo zeloso intendente daquela cidade e que por

ai só despensam qualquer outra, aliás mais despendiosas.
Os enfermos estão em tratamento no hospital municipal (A
FOLHA DO NORTE, 20 abr. 1899, p. 1).

Outra referência frequente nas páginas d'*A Folha do Norte*, assim como n'*A República*, diz respeito à ação de Cipriano Santos, inspetor do serviço sanitário, que, além de visitar diariamente os doentes nos hospitais específicos e as casas suspeitas de abrigarem doentes de varíola, aplicava multas aos infratores da política de isolamento dos infectados. É importante considerar que o referido jornal foi fundado pelo próprio Cipriano Santos e defendia as ideias do Partido Republicano Federal, que fora comandado por Lauro Sodré, mas que naquele momento era chefiado pelo próprio governador do estado, Paes de Carvalho. Assim, interessava ao dito periódico exaltar a imagem não só de seu fundador, mas também do regime republicano, que estaria atuando com mais eficácia no combate às epidemias.

A partir dessas informações, verifica-se que a questão da saúde da população de Belém contribuiu para reforçar o projeto político republicano em curso no país, pois a substituição da antiga Enfermaria José Bonifácio (nome associado ao regime monárquico) pelo moderno hospital de isolamento escondia metáforas políticas do período relativas à mudança ou à substituição do velho pelo novo e do arcaico pelo moderno.

Considerações gerais

A análise das notícias veiculadas nos jornais citados neste capítulo, das informações presentes nas obras de Vianna (1975, 1992) e dos relatórios dos presidentes da província e governadores do estado do Pará revela diversos aspectos das epidemias de varíola em Belém durante a Belle Époque. Além das causas já analisadas, cabe ainda destacar a origem externa da moléstia, que, até 1850, era apresentada como importada via tráfico negreiro e depois dessa data passou a ser atribuída pelas autoridades à imigração, principalmente nordestina, o que contribuiu para aumentar a discriminação em relação aos imigrantes oriundos do Nordeste, especialmente os cearenses.

Vale ressaltar, porém, que, nesse período, a varíola esteve presente em várias cidades brasileiras, não sendo exclusividade da capital cearense. Além

disso, há momentos em que as autoridades e a imprensa afirmam que a epidemia teria vindo do sul do Brasil ou da Europa. Portanto, a tese que atribui à migração cearense a origem da varíola, como defendia a narrativa médica da época, carece de fundamentação. Houve ainda a tendência de autores médicos imputarem aos africanos a responsabilidade pela introdução de doenças no território brasileiro. Essa tendência, mantida mesmo no pós-tráfico e no pós-abolição, é criticada por Rodrigues (2012), porque pode representar uma abordagem tão preconceituosa quanto essa que associa a epidemia à migração nordestina para a Amazônia no período da borracha.

Outra questão importante a ser considerada diz respeito ao número de óbitos informados na documentação apontada neste capítulo. Esse dado não pode ser tomado como definitivo, pois, além da discrepância entre as fontes consultadas, devemos levar em conta que, às vezes, para dar enterro considerado digno aos seus entes queridos, muitas pessoas recorriam à prática de modificar a causa da morte no atestado de óbito, o que exige do investigador maior cuidado na análise das fontes. Há também vários casos de mortes não registradas, que escaparam às estatísticas, e a precariedade do serviço de verificação de óbitos no período.

Quanto às discrepâncias, elas devem ser vistas como produto do comprometimento que cada fonte possuía. Assim, é importante não deixar de considerar a influência da escola metódica sobre a produção de Vianna, sua preocupação com a objetividade, com a verdade dos fatos, o que o levou a tomar as estatísticas da Santa Casa como definitivas.

Sobre os números apresentados pelos jornais influenciou a perspectiva que cada um deles adotava em cada momento. Os relatórios de governo variavam as estatísticas para mais ou para menos, dependendo da circunstância em que eram apresentados. Se quem apresentava o relatório estava passando o governo, minimizava os óbitos, ocasionando as discrepâncias identificadas. Ainda assim, os números citados são bastante relevantes no sentido de se perceber o impacto das epidemias de varíola.

Por fim, a análise de cada epidemia nos permitiu perceber a forma como o poder público, em momentos e regimes distintos (monarquia e república), tratou a questão da saúde da população de Belém na segunda metade do século XIX. Estas são questões cruciais para investigações mais aprofundadas acerca da relação entre o poder e as profilaxias em estudos no campo da história social da medicina.

Referências

A FOLHA DO NORTE. Belém, 1899; 1900; 1901; 1904.

A PROVÍNCIA DO PARÁ. Belém, 1899.

A REPÚBLICA. Belém, 1889; 1901.

ABAIXO-ASSINADO encaminhado a Secretaria da Presidência da Província, em 16 de julho de 1884. [1884a]. Localizado em: Arquivo Público do Estado do Pará. Fundo: Presidência da Província. Série: abaixo-assinados, 1884, caixa 07.

ABAIXO-ASSINADO enviado a Secretaria da Presidência da Província, em 18 de abril de 1884. [1884b]. Localizado em: Arquivo Público do Estado do Pará. Fundo: Presidência da Província. Série: abaixo-assinados, 1884, caixa 07.

AMARAL, Alexandre de Souza. **Vamos à vacina?** Doenças, saúde e práticas médico-sanitárias em Belém (1904-1911). Dissertação (Mestrado em História Social da Amazônia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2006.

BELÉM. Intendência Municipal. **O município de Belém.** Relatório apresentado ao Conselho Municipal de Belém capital do Pará, 1897-1902 pelo Exmo. Sr. Intendente Antônio José de Lemos. Pará: Typographia de Alfredo Augusto Silva, 1902.

BELTRÃO, Jane Felipe. Alopátia, arte oficial de curar: disputas em tempo de cólera no Grão-Pará. In: ALVES, José Jerônimo (Org.). **Múltiplas faces da história das ciências na Amazônia.** Belém: Edufpa, 2005. p. 231-270.

BENCHIMOL, Jaime. **Pereira Passos: um Haussmann tropical.** Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro/Secretaria de Cultura, Turismo e Esportes, 1992.

BEZERRA NETO, José Maia. Arthur nas forjas da história. A contribuição de Arthur Vianna para a historiografia paraense. In: FONTES, Edilza Joana de Oliveira; BEZERRA NETO, José Maia (Org.). **Diálogos entre história, literatura & memória**. Belém: Paka-Tatu, 2007. p. 225-292.

BRANDÃO, Caetano. **Álbum de Belém 1902**. Paris: Fidanza/Philippe Renoaud, 1902.

CORDEIRO, Luiz. **O estado do Pará, seu comércio e indústria de 1719 a 1920**. Belém: Tavares Cardoso & Cia., 1920.

COSTA, Magda. **Caridade e saúde pública em tempo de epidemias**. 2006. Belém 1850-1890. Dissertação (Mestrado em História Social do Amazonas) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2006.

DIÁRIO DE NOTÍCIAS. Belém, 1884; 1888; 1897.

FERNANDES, Tânia Maria. **Imunização anti-variólica no século XIX: inoculação, variolização, vacina e revacinação**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

_____. **Vacina anti-variólica: ciência, técnica e poder dos homens**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

LACERDA, Franciane Gama. **Migrantes cearenses no Pará: faces da sobrevivência (1889-1916)**. 2006. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

PARÁ. Governador Augusto Montenegro (1901-1904). **Álbum do Estado do Pará**. Paris: Chaponet, 1908.

PARÁ (Província). **Dados estatísticos e informações para os imigrantes.** Belém: Diário de Notícias, 1886.

_____. **Fala com que Miguel José de Almeida Pernambuco, Presidente da Província, abriu a 2ª sessão da 26ª legislatura da Assembléia Legislativa Provincial do Pará, em 2 de fevereiro de 1889.** Belém: A. F. da Costa, 1889a.

_____. **Mensagem dirigida ao Congresso Legislativo do Estado do Pará pelo Dr. Augusto Montenegro, governador do Estado, em 7 de setembro de 1902.** Belém: Imprensa Official, 1902.

_____. **Mensagem dirigida ao Congresso Legislativo do Estado do Pará pelo Dr. José Paes de Carvalho, governador do Estado, em 1º de fevereiro de 1900.** Belém: Typ. do Diário Official, 1900.

_____. **Mensagem dirigida ao Congresso Legislativo do Estado do Pará pelo Dr. José Paes de Carvalho, governador do Estado, em 1º de fevereiro de 1901.** Belém: Typ. do Diário Official, 1901.

_____. **Ofício enviado pela secretaria da enfermaria do Corpo de Polícia da Província do Pará ao comandante. [1884]. Localizado em: Arquivo Público do Estado.** Fundo: Corpo de Polícia da Província. Série: ofícios diversos (jan.-mar.), 1884. Lote 47.

_____. **Relatório com que o exm. Sr. conselheiro Francisco José Cardoso Junior, 1.º vice-presidente, passou a administração da Província, no dia 6 de maio de 1888 ao exm. snr. Dr. Miguel J. de Almeida Pernambuco, nomeado por carta imperial de 24 de março de 1888.** Pará: Typ. do Diário de Notícias, 1888.

_____. **Relatório com que o exm. Sr. Conselheiro João Antônio d'Araújo Freitas Henriques passou a administração da Província do Pará ao exm. Sr. Joaquim da Costa Barradas, em 6 de outubro de 1886.** Belém: Typ. da República, 1891.

_____. **Relatório com que o exm. Sr. Dr. José Araújo Roso Danin, 1º vice-presidente do Pará, passou a administração da mesma ao exm. sr. Dr. Antonio José Ferreira Braga, presidente nomeado por decreto de 22 de julho de 1889.** Belém: Typ. A. Frutuoso da Costa, 1889b.

_____. **Relatório com que o exm. Sr. Dr. José Araújo Roso Danin, 2.º vice-presidente da Província, passou a administração da mesma, em 4 de agosto de 1884, ao exm. snr. Conselheiro João Silveira de Souza, nomeado por carta imperial de 31 de maio de 1884.** Pará: Typ. de Francisco Costa Junior, 1885.

_____. **Relatório de hygiene do Estado apresentado ao Governador do Estado Sr. Dr. Lauro Sodré, em 30 de Junho de 1892, por Cypriano Santos, Inspector da Hygiene do Estado.** Belém: Diário Oficial, 1892.

PEREIRA, Rosa Claudia Cerqueira. **Paisagens urbanas: fotografias e modernidades na cidade de Belém (1846-1908).** 2006. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2006.

PORTER, Roy. **Das tripas coração: uma breve história da medicina.** Rio de Janeiro: Record, 2004.

RITZMANN, Iraci Gallo. **A varíola na terra dos homens de flecha e arco.** Monografia (Especialização em História da Amazônia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 1994.

_____. **Belém: cidade miasmática.** 1997. Dissertação (Mestrado em História) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1997.

RODRIGUES, Jaime. Reflexões sobre tráfico de africanos, doenças e relações raciais. **História e Perspectivas**, Uberlândia, n. 47, p. 15-34, jul.-dez. 2012.

RODRIGUES, Silvio Ferreira. **Esculápios tropicais: a institucionalização da medicina no Pará, 1889-1919.** 2008. Dissertação (Mestrado em

História) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2008.

ROQUE, Ricardo. **Sementes contra a varíola**: Joaquim Vás e a tradução científica das pevides de bananeira brava em Goa, Índia (1894-1930). História, Ciências, Saúde: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 11, p. 183-222, 2004. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11s1/09.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2008.

SÁ, Magali Romero. A “peste branca” nos navios negreiros: epidemias de varíola na Amazônia colonial e os primeiros esforços de imunização. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 819-826, dez. 2008. Suplemento.

SARGES, Maria de Nazaré. Fincando uma tradição colonial na República: Arthur Vianna e Antônio Lemos. In: BEZERRA NETO, José Maia; GUZMÁN, Décio de Alencar (Org.). **Terra matura**: historiografia e história social na Amazônia. Belém: Paka-Tatu, 2002. p. 97-108.

SILVA, Jairo de Jesus Nascimento da. **Da mereba-ayba à varíola**: isolamento, vacina e intolerância popular em Belém do Pará, 1884-1904. 2009. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2009.

TRINDADE, José Ronaldo. **Errantes da Campina**: Belém, 1880-1900. 1999. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

VIANNA, Arthur. **A Santa Casa de Misericórdia paraense**: notícia histórica (1650-1902). 2. ed. Belém: Secult, 1992.

_____. **As epidemias no Pará**. 2. ed. Belém: UFPA, 1975.

VIGARELLO, George. **História das práticas de saúde**: a saúde e a doença desde a Idade Média. Lisboa: Editorial Notícias, 1999.

WEINSTEIN, Bárbara. **A borracha na Amazônia**: expansão e decadência (1850-1920). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1993.

A VARÍOLA E SEU COMBATE: VACINA E (RE)AÇÕES POPULARES NOS RELATÓRIOS DOS PRESIDENTES DO PARANÁ

Liane Maria Bertucci

A terra de “excelente clima”⁹²

A província do Paraná foi instituída em 19 de dezembro de 1853, com a instalação do governo do presidente Zacarias de Góes e Vasconcellos. Em julho de 1854, ao realizar a abertura da primeira reunião da Assembleia Legislativa do Paraná, o presidente não economizou elogios ao governo imperial, que, no ano anterior, havia transformado a “atrasada comarca de Curitiba”, parte da província de São Paulo, “na esperançosa província do Paraná” (PARANÁ, 1854, p. 1). Sobre a saúde pública, Vasconcellos afirmou: “Não houve epidemia, nem peste, antes saúde em abundância para abonar a bondade deste clima [...]” (p. 42).

Anos antes, em 1820, os ares do Paraná haviam merecido observações do botânico francês Auguste de Saint-Hilaire, que enfatizou especialmente as qualidades climáticas da vila de Curitiba, localizada no Primeiro Planalto, distante cerca de sessenta quilômetros da costa atlântica. Contudo, não foram apenas elogios que permearam as páginas da obra deste naturalista, publicada pela primeira vez em 1851.

Influenciado pela tese de Alexander von Humboldt (1769-1859) de “ver com os próprios olhos” e descrever as “fisionomias das paisagens” (da topo-

92. Expressão utilizada no primeiro relatório de governo, pelo presidente Zacarias de Góes e Vasconcellos, para designar os ares do Paraná (PARANÁ, 1854, p. 40). Em 1888, o presidente Faria Sobrinho ([1889?], p. 87) denominou Curitiba de localidade de “excelente clima, que a preserva naturalmente de muitas moléstias de mau caráter”.

grafia às pessoas) (KURY, 2001, p. 866-870), Saint-Hilaire afirmou sobre Paranaguá, onde se localizava o principal porto da região:

Certamente, é esta cidadezinha uma das mais belas por mim visitadas desde que me achava no Brasil; mas faz ali tanto calor como no Rio de Janeiro; os vapores que se levantam dos brejos próximos tornam o ar extremamente insalubre, e a água potável fornecida por uma das fontes afastada das casas algumas centenas de passos, é péssima. Quando se vem dos Campos Gerais [ou Segundo Planalto], o calor que se sente aqui parece insuportável, e após ter-se respirado o ar puro dos belos campos do distrito de Curitiba, dificilmente a gente se habitua ao cheiro de vasa que paira nessa parte do litoral. Fica-se surpreendido, logo que se chega a Paranaguá, com o aspecto doentio e a cor amarelada da gente do povo e das crianças (SAINT-HILAIRE, 1964, p. 160).

No final do século XVIII e início do XIX, naturalistas, como Saint-Hilaire, produziram um conhecimento que evidenciava aspectos biológicos dos lugares (GRMEK, 1963, p. 1079), um conhecimento que foi muitas vezes associado às práticas higienistas embasadas pela teoria da infecção miasmática (ACKERKNECHT, 1948; CORBIN, 1987). Infeccionistas ou anti-contagionistas⁹³ acreditavam que uma doença só poderia ser adquirida das condições do meio ambiente, que possibilitavam sua manifestação; não haveria transmissão por contato direto entre indivíduos. A única possibilidade de transmissão interpessoal seria a indireta, ou seja, quando uma pessoa doente contaminava o ar que a circundava (FERREIRA, 2001, p. 209). A circulação do ar e os bons odores seriam, portanto, garantias de saúde. As ideias infeccionistas embasaram a medicina urbana que se desenvolveu na França no século XVIII e também informaram as ações da polícia médica em diferentes partes da Europa até o século XIX (FOUCAULT, 1984; ROSEN, 1979). Não por acaso, o primeiro livro médico editado no Brasil, em 1808, *Reflexões sobre alguns dos meios propostos por mais conducentes para melhorar o*

93. Entre os higienistas do século XVIII, os partidários da teoria do contágio, ou contagionistas, acreditavam que a doença seria transmitida não só pela respiração do ar contaminado, mas também pelo contato físico direto entre indivíduos ou indiretamente pelo manuseio de objetos contaminados pelos doentes. Na segunda metade do século XIX, os trabalhos de Louis Pasteur, Joseph Lister e Robert Koch deram fundamento à causa microbiológica da doença e validaram a tese do contágio.

clima da cidade do Rio de Janeiro, de Manoel Vieira da Silva, discutia as implicações para a circulação do ar e, assim, para a saúde dos moradores do Rio de Janeiro da existência do Morro do Castelo na cidade (HYGIENE, 1876).

Foi nessa época que, nas terras que formariam o Paraná, a tese dos “bons ares” da região curitibana teria permeado as discussões sobre a transferência da sede da comarca do porto de Paranaguá para Curitiba; transferência impulsionada pelo problema do controle da circulação pelo território e vigilância das fronteiras e apoiada pelos fazendeiros de gado dos Campos Gerais. A mudança aconteceu em 1812. Em meados do século XIX, a criação da província do Paraná reacendeu o debate sobre a localização da capital: alguns, alegando segurança das fronteiras e estímulo ao povoamento, pretendiam interiorizar ainda mais a sede do governo; outros, avaliando o crescimento da exploração e da exportação da erva-mate, pleiteavam a volta da sede do governo para Paranaguá. Mas Curitiba continuou sendo capital (BALHANA; MACHADO; WESTPHALEN, 1969, p. 81-115; PEREIRA, 1996, p. 17-56).

No relatório à Assembleia Legislativa em 1854, Zacarias de Góes e Vasconcellos foi contundente. Entre suas considerações, depois de reafirmar o alvará de 19 de fevereiro de 1812, que transferiu a sede do governo para Curitiba (PARANÁ, 1854, p. 9), o presidente afirmou:

A higiene pública consultada sobre a questão; estou [certo] que indicará também esta cidade para capital da província, com preferência às povoações marinhas. Todos reconhecem e confessam a excelência de seu clima e o documento mais seguro de sua superioridade fornecem-no os mesmos habitantes do litoral todas às vezes (e não são poucas) que, por melhorar de seus padecimentos, sobem a serra e vem pedir aos belos ares de Curitiba o restabelecimento da saúde arruinada (PARANÁ, 1854, p. 10).

Sobre Paranaguá, o engenheiro inglês Thomas Bigg-Wither comentaria, anos depois, na primeira metade da década de 1870:

Com melhor conhecimento da cidade, eu diria que ela não podia ser muito sadia, cercada de brejos como se acha, e não é só, pois, quando a maré baixa, veem-se grandes extensões de brejos de lama em frente à cidade, expostas a um sol abrasador (BIGG-WITHER, 1974, p. 62).

Em tempos da geografia médica, que, com seu método estatístico, reunia e reinterpretava estudos topográficos estabelecendo padrões endêmicos (EDLER, 2001; GRMEK, 1963), manter a capital da província em Curitiba pareceu ser a escolha mais apropriada, e não apenas por razões administrativas ou econômicas. Mas esta cidade de “excelente clima”, que ficou livre da terrível febre amarela e da malária, não foi poupada da varíola, doença que ameaçou constantemente os moradores de toda a província do Paraná.

Tema de estudos e proposições de doutores, gerando controvérsias que adentraram o século XX, as bexigas mereceram observações detalhadas no *Dicionário de medicina popular e das ciencias accessorias para uso das familias*, do médico Pedro Luiz Napoleão Chernoviz, uma das obras mais difundidas no Brasil dos anos Oitocentos⁹⁴. Segundo Chernoviz, duas eram as manifestações da varíola: a benigna ou discreta e a grave ou confluyente. Ambas poderiam deixar cicatrizes. A primeira, com bolhas separadas umas das outras, apesar dos cuidados que requeria e incômodos que causava (intumescimento da pele do rosto, inchaço corporal, febre, vômito, etc.), em geral não resultava em morte dos enfermos, que se recuperavam em 14 ou 21 dias. A segunda, também conhecida como “olho de polvo” (bexigas chatas ao centro) ou “pele de lixa” (pele, principalmente do rosto, áspera e enrugada), com todos os sintomas da benigna exacerbados, apresentava bolhas em grande quantidade e agrupadas, muito purulentas, por vezes com serosidade ou sangue negro, e alta probabilidade de levar à morte ou deixar sequelas graves nos enfermos, tais como cegueira e surdez (CHERNOVIZ, 1851, v. 1, p. 203-208).

Varíola e vacinação: relatos dos presidentes da província, ecos das ações dos paranaenses

Conforme escreveu Lycurgo Santos Filho (1991, p. 156), até os Oitocentos, a chamada “peste das bexigas” fez mais vítimas fatais no Brasil do que todas as outras doenças juntas. Grassando no país desde meados do

94. Em 1886, o jornal curitibano *Dezenove de Dezembro*, em artigo político, publicou comentário que, indiretamente, sinalizava a popularidade da obra de Chernoviz: “O governo julgando que uma *infusão* de Parlamento lhe prolongará a luminosa existência folheia o Chernoviz da Constituição em busca da melhor fórmula para preparar a sua *infusão*” (DEZENOVE DE DEZEMBRO, 9 out. 1886, p. 1, grifos no original).

século XVI, a varíola motivou ações governamentais que pretendiam conter os repetidos surtos da doença, que aportou no Brasil com navios vindos da África, onde a enfermidade era endêmica, e da Europa. Segundo o *Tratado único das bexigas e sarampo*, escrito na segunda metade do século XVII pelo médico, morador do Recife, Simão Pinheiro Morão (ou Mourão), a varíola teria entre suas causas principais a influência dos astros e o ar corrompido (SANTOS FILHO, 1991, p. 159-160). E foi para evitar a corrupção dos ares que, em 1694, a câmara do porto de Paranaguá tentou manter distantes as embarcações com variolosos, fornecendo à população “pólvora e chumbo para se guardar o caminho do mar das bexigas” (MOREIRA, 1953). Mas esta medida drástica, que pretendia livrar a localidade da varíola, não foi suficiente, já que, no ano seguinte, documento expedido também pela câmara de Paranaguá solicitava à autoridade real “mais índios para a mineração, pois o sarampo e a bexiga tinham exterminado os trabalhadores indígenas da vila” (BALHANA; MACHADO; WESTPHALEN, 1969, p. 39). O ouro do litoral era pouco, e os mineradores foram atraídos para lugares distantes; a varíola, entretanto, não abandonou a região depois do surto de 1695.

Nas décadas seguintes, relatos continuaram a indicar a presença de variolosos em Paranaguá, e, pouco a pouco, a doença se difundiu pelo território. Em 1803, a existência de bexigentos no porto de Antonina e na freguesia de Morretes determinou que autoridades da comarca providenciassem o isolamento dos enfermos para tentar evitar uma epidemia e assumissem o cuidado e o sustento dos doentes pobres (MOREIRA, 1953, p. 61). Em 1818, Curitiba teve os primeiros casos de varíola registrados, mas o surto não comprometeu o crescimento da localidade e dos demais povoados do distrito, como observou Saint-Hilaire:

A população do distrito de Curitiba, em 1817, era de 10.652 almas, e, apesar de, no decurso de 1818, haver sido assolada pela varíola, o recenseamento então realizado acusava, no fim do mencionado ano, o aumento de 363 habitantes, isto é, o total de 11.014 [moradores] (SAINT-HILAIRE, 1964, p. 115).

Nesse período foi difundida no Brasil a vacina antivariólica chamada “jenneriana”, “humanizada” ou “braço a braço”, criada por Edward Jenner em 1797. Conforme Fernandes (1999, p. 31):

[A vacina] resultou da observação de Jenner quanto ao fenômeno de “proteção” contra a varíola, adquirida por algumas pessoas ao entrarem em contato com uma doença similar que acometia os bovinos, conhecida como cowpox (pústula da vaca). [...] A partir da pústula desenvolvida na vaca, Jenner obteve um produto que passou a denominar vacina (“da vaca”) que, ao ser inoculado no homem, fazia surgir, no local das inoculações, erupções semelhantes à varíola. Dessas erupções era retirada a “linfa” ou “pus variólico”, utilizado para novas inoculações. Formava-se assim uma cadeia de imunização entre homens, funcionando o *cowpox* da vaca como um primeiro agente imunizador, e o homem como produtor e difusor da vacina.

A vacinação jenneriana passou a ser utilizada na Europa como alternativa à variolização, uma prática muito antiga e multicultural, na qual as pessoas sadias eram inoculadas com material das bexigas ou crostas de varíola benigna para provocar a doença, o que resultaria na imunização contra a forma grave da moléstia. No entanto, a prática poderia resultar no desenvolvimento da forma confluenta da varíola e matar muitas pessoas. Assim, enquanto a variolização era realizada para provocar surtos benignos com a finalidade de tornar os indivíduos imunes à varíola, a vacina de Jenner buscava evitar a enfermidade através da imunização em cadeia entre homens por meio da inoculação da linfa ou pus vacínico (FERNANDES, 2010, p. 31-32). O corpo da pessoa reagiria formando uma pústula no local da vacina, mas não desenvolveria a varíola.

Escassos são os indícios da variolização no Brasil antes da metade do século XVIII. A prática teria sido difundida no país por autoridades governamentais apenas a partir do final desse século, em meio ao processo de circulação de informações sobre o combate à varíola no império português (MARINHO, 2015). É preciso também considerar a prática da variolização entre escravos, que deve ter antecedido a difusão realizada pelo governo nos Setecentos (CHALHOUB, 1996, p. 102-151).

Diversa foi a ação governamental em relação à vacina jenneriana: ela foi introduzida no Brasil em 1804, poucos anos depois de sua criação. Em 1805, o governador de São Paulo ordenou a vacinação de toda a população da capitania na tentativa de barrar a propagação da doença; para isso, os capitães-mores deveriam reunir chefes de família com seus parentes, agre-

gados e escravos nas dependências da câmara ou da igreja matriz para a realização das inoculações. O indivíduo que se negasse a comparecer seria punido com multa e prisão – a liberdade seria restituída depois da vacinação na cadeia (SANTOS FILHO, 1991, p. 272). Em Paranaguá, conforme ficou registrado, “a maior parte do povo” obedeceu à ordem do governo e foi vacinada (MOREIRA, 1953, p. 47-48). Essa declaração explícita o acatamento da determinação legal, mas também fornece indício do desrespeito desta ordem por alguns indivíduos.

No Paraná, em julho de 1854, mesmo depois da criação do Instituto Vacínico do Império (1846), que concorreu para evidenciar a importância da antivariólica, muitas pessoas rejeitavam a vacinação; pelo menos é o que podemos deduzir das palavras do presidente Zacarias de Góes e Vasconcellos. Depois de nomear vacinador provincial o Dr. José Candido da Silva Murici, um dos três médicos que atuavam no Paraná⁹⁵, Vasconcellos determinou que ele escolhesse “sujeitos idôneos” para atuarem como comissários vacinadores municipais e paroquiais e que estes realizassem a “propagação da vacina em toda a província”. O presidente do Paraná havia recebido informações sobre indivíduos que “voluntariamente se não prestam a receber tão importante benefício” e, para tentar mudar a situação, lembrava às câmaras “o dever de não deixarem, por omissão, continuar a criminosa indiferença de seus munícipes em negócio desta ordem”, sendo urgente “compelir à vacina” através de determinações das Posturas Municipais (PARANÁ, 1854, p. 38-39), pois a falta dessa regulamentação local parecia garantir uma brecha legal (e a impunidade) para aqueles que não desejavam vacinar-se.

Em Curitiba, desde março de 1839, uma Postura Municipal determinava a vacinação de todos os seus habitantes, destacando a responsabilidade dos moradores pela imunização de filhos, escravos e “tutelados”. Os indivíduos poderiam receber a vacina gratuitamente na câmara ou em suas casas “por peritos por eles chamados e pagos”. Os vacinados graciosamente deve-

95. Conforme escreveu Vasconcellos em 1855, eram três os médicos, autorizados legalmente, que atuavam no Paraná: o Dr. Jean-Maurice Faivre, “mas reside nas solidões do Ivai”; o Dr. José Francisco Corrêa, “mas esse médico, que ora está na cidade de Sorocaba [em São Paulo], ou na Palmeira, e, às vezes, na vila do Príncipe [atual Lapa], parece não fazer da arte de curar sua profissão habitual”; o Dr. José Candido da Silva Murici, residente em Curitiba, “um médico com as preciosas habilitações, é cirurgião do corpo provisório [do exército]” (PARANÁ, 1855, p. 40). O número desses profissionais de saúde aumentou vagarosamente durante o período imperial.

riam se reapresentar oito dias depois “para exame da vacina”. Multas eram previstas para os desobedientes e prisão para aqueles que não as pagassem (CURITIBA, 2003a, p. 70-71). A postura de 6 de março de 1839 parecia ecoar a ordem governamental de 1805, mas sua aprovação deve ter sido influenciada pelo medo provocado pelo surto de varíola que grassou em Curitiba entre junho e dezembro do ano anterior, quando 52 pessoas morreram devido à doença. Entre esses meses foi de 198 o total de curitibanos mortos de causas diversas (DALLEDONE, 1980, p. 189-190).

Não sabemos quantos moradores de Curitiba recorreram à vacinação depois da postura de 1839, mas, ao contrário da ordem do início do século, esta não previa a inoculação compulsória da antivariólica em indivíduo preso por se recusar a ser vacinado – e, portanto, muito menos daquele que pagava sua multa e as das pessoas que viviam sob sua autoridade (que também ficariam livres da vacina).

Em 1861, as Posturas da Câmara Municipal de Curitiba determinaram a obrigatoriedade da vacinação apenas para crianças de até seis anos de idade, prevendo multa para o não cumprimento (CURITIBA, 2003b, p. 92). Nos anos seguintes, a mudança reverberou na escola primária do Paraná. Assim, se em 1857 o Regulamento da Instrução Primária estabelecia, em seu artigo 39, que “as matrículas são gratuitas e ficam excluídos delas: §1º- Os meninos que sofrerem moléstias contagiosas [...], §2º- os não vacinados”; cerca de quinze anos depois, em 1871, o Regulamento da Instrução Pública do Paraná, no artigo 11, determinava apenas que “não serão admitidos à matrícula [nas escolas primárias], nem poderão frequentar as escolas: §1º os meninos que sofrerem de moléstias contagiosas” (PARANÁ, 2000a, p. 25; 2000b, p. 133). A exigência da vacinação desapareceu em 1871. Instrumentos de ordenação social, acatadas, burladas ou contestadas, as formulações legais e suas alterações são indícios dos costumes e das demandas de diferentes grupos da sociedade.

Nos relatórios dos presidentes do Paraná, a recusa à vacinação foi, em geral, atribuída à ignorância das pessoas, mas outros entraves também eram arrolados. Um deles foi a deterioração do pus variólico, o que inviabilizava a vacinação; empecilho muitas vezes associado à questão da pouca quantidade de linfa disponível para realizar as inoculações. Concomitantemente, ora com maior, ora com menor ênfase, dois outros temas permearam as observações sobre a vacina nesses relatórios: a pequena quantidade de vaci-

nadores – problema que para alguns poderia ser resolvido com a remuneração destes prestadores de serviço – e a carência de médicos no Paraná, pois estes em maior número poderiam colaborar para aumentar a eficiência da vacinação e a credibilidade da antivariólica (PARANÁ, 1854, p. 39; 1858, p. 15; 1859, p. 9; 1862, p. 42; 1863, p. 20-22; 1876, p. 9).

No relatório à Assembleia Legislativa em 1864, o presidente em exercício, Sebastião Gonçalves da Silva, depois de informar que a vacinação no Paraná ainda não havia atingido o “grau de desenvolvimento desejado” (PARANÁ, 1864, p. 15), reproduziu palavras do vacinador provincial Dr. Murici que resumiam as causas deste problema renitente. Em suas considerações, o médico explicitava outras nuances do insucesso na imunização: a dispersão populacional pelo território paranaense; o efeito deletério da umidade, ou “mau efeito da influência atmosférica”, sobre a linfa – inclusive em Curitiba; o não cumprimento de posturas municipais; o pouco empenho de alguns vacinadores em propagar a vacina, porque não eram pagos⁹⁶; e a carência de um serviço de vacinação bem estruturado na província (PARANÁ, 1864, p. 16-17).

Autor de um regulamento para instruir vacinadores sobre suas obrigações e para divulgar entre a população as atribuições e a importância do trabalho destes indivíduos (PARANÁ, 1864, p. 16)⁹⁷, José Candido da Silva Murici afirmava que:

A descrença da maioria dos habitantes na proficuidade do preservativo vacínico [é] filha, em uns, da ignorância, pois que nascem da deficiência dos meios de instrução pública [...]; em outros, filha do estado de dúvida em que as deixa a controvérsia dos profissionais sobre a mesma proficuidade, quando até os há que sustentam como inteiramente nocivo o resultado da vacinação (PARANÁ, 1864, p. 16-17).

Os “meios de instrução pública” não eram muitos, mas, no jornal curitibano *Dezenove de Dezembro*, as notícias sobre medidas médico-gover-

96. Em 1861, artigo das *Posturas Municipais* de Curitiba estabelecia multa para “vacinadores descuidados e negligentes na propagação da vacina” (CURITIBA, 2003b, p. 92).

97. Há informação de que esse regulamento, elaborado por Murici em fevereiro de 1863, foi publicado no jornal curitibano *Dezenove de Dezembro* e que exemplares deste periódico foram enviados a todos os vacinadores da província (PARANÁ, 1864, p. 16).

namentais para deter ou debelar a varíola eram constantes. Mesmo considerando que poucos eram os indivíduos que sabiam ler e ainda menor o número daqueles que tinham acesso ao jornal, o periódico circulava e seu conteúdo poderia ser discutido/difundido em conversas de letrados entre si e entre estes e os analfabetos. O *Dezenove de Dezembro* colaborou para a instrução informal de várias pessoas ao publicar artigos, notas e relatórios de governo sobre epidemias de bexigas, vacina e ações de socorro aos variolosos (DALLEDONE, 1980, p. 186-292). Nesse jornal, foram editados tratamentos para bexiguentos realizados por médicos de outras partes do Brasil e até do exterior, que, entre outras prescrições, indicavam a ingestão de purgantes, banhos em água com folhas de tabaco e emplastos com glicerina para o rosto (DEZENOVE DE DEZEMBRO, 6 dez. 1873, p. 2-3; 3 ago. 1887, p. 2; 14 ago. 1887, p. 1). Em 1887, foi publicada a seguinte recomendação de um médico de Havana: “em lugar de usar água de quina para tirar as bolhas toma-se meia de ácido muriático n’uma libra de água” (DEZENOVE DE DEZEMBRO, 29 jun. 1867, p. 3). A utilização desses medicamentos dividiu a preferência dos médicos, o que deve ter concorrido para aumentar os questionamentos da população. Mas foi a vacina que suscitou as maiores controvérsias entre os doutores e estimulou o receio dos leigos.

As principais críticas dos médicos contrários à jenneriana eram a ineficácia da imunização – pois várias pessoas vacinadas contraíam a varíola – e a possibilidade da transmissão da sífilis. Os doutores que eram partidários da vacinação rebatiam: a causa da eventual ineficácia era a linfa deteriorada (uma preocupação permanente de autoridades de saúde nacional e da província). A questão, debatida internacionalmente, sinalizava para a necessidade de revacinação periódica, algo aventado no Paraná a partir dos anos 1860⁹⁸. Quanto à possível transmissão da sífilis, a tese ganhou adeptos até entre alguns defensores da vacinação, entre eles o Dr. Jacintho Reys, diretor do Instituto Vacínico do Império. Homem “bem informado a respeito das pesquisas europeias”, Reys afirmou, no início dos anos 1870, que uma vaci-

98. A discussão sobre a necessidade de uma segunda dose da vacina ou de revacinação periódica gerou polêmica nos Oitocentos, e, a partir de meados do século XIX, a tese da revacinação ganhou força entre os partidários da vacina, que, desta maneira, assumiam a hipótese de imunização temporária pela jenneriana (FERNANDES, 2010, p. 47-49). Em 1863, relatório do governo paranaense afirmava: “Sendo hoje questão incontroversa na ciência a duração temporária da ação preservativa da varíola, me parece que seria uma medida salutar a revacinação de 10 em 10 anos para resguardar a população dos estragos da epidemia” (PARANÁ, 1863, p. 20).

na com o *cowpox*, ou seja, sem o processo de “humanização” da jenneriana, poderia acabar com este problema (CHALHOUB, 1996, p. 120).

Paralelamente a essas discussões, a possibilidade de contrair uma doença animal devido à vacina foi ideia muito divulgada e ganhou contornos assustadores em ilustrações publicadas no livro do Dr. Heleodoro Jacinto de Araújo Carneiro. O conteúdo da obra, editada em Londres em 1808, popularizou-se no Brasil nos anos seguintes, e o livro do “tal Dr. Heleodoro” ainda seria lembrado e condenado pelos higienistas do início do século XX (CHALHOUB, 1996, p. 114-115, 128).

Entre os paranaenses, essas discussões reverberavam no dia a dia. Nos relatórios dos presidentes da província, as considerações sobre a varíola deixavam entrever ações populares relacionadas à doença e à vacina, ações que motivavam indignação de governantes surpreendidos por atitudes aparentemente sem sentido. Em fevereiro de 1863, em seu relatório à Assembleia Legislativa, o presidente Antonio Barbosa Gomes Nogueira, depois de lamentar o fato de a vacinação ser realizada no Paraná “na maior parte dos caos por pessoas incompetentes”, denunciava: “a inoculação praticada por curiosos, sem que se renove o pus variólico, cuja necessidade é atualmente incontestável, há de originar muitos males e fornecer provas da ignorância contra a vacinação” (PARANÁ, 1863, p. 20). Estaria o presidente denominando “curiosos” os vacinadores que considerava “incompetentes”? Ou os “curiosos” seriam outros indivíduos? Esses “curiosos”, que poderiam “originar muitos males”, realizavam vacinação ou variolização? Em abril de 1863, semanas depois deste relatório do presidente, o médico Alexandre Bousquet, inspetor de saúde do porto de Paranaguá, descreveu o caso de um vacinador que, na falta da vacina, teve a “infeliz lembrança” de utilizar substância extraída de bolhas de um bexiguento nas inoculações, o que teria provocado a variolização. As pessoas inoculadas contraíram a manifestação benigna da varíola e foram curadas, contudo os casos da doença, inclusive da confluyente, cresceram na região (BOUSQUET apud DALLEONE, 1980, p. 197-199)⁹⁹.

99. Em 1894, o médico Trajano Reis, que morava e atuava no Paraná desde 1875, depois de afirmar que, antes da jenneriana, no Brasil se praticava “em larga escala” a variolização, escreveu: “Em 1859 o médico da localidade onde nasci [São Felix, na Bahia] inoculou-me e em meus irmãos a varíola, tirada de um preto que tinha varioloide. Eu tinha 7 anos de idade. Todos nós tivemos varíola confluyente e uma verdadeira epidemia reinou intensa. [...] Se na maioria dos casos a marcha era benigna e o resultado satisfatório, em muitas ocasiões a varíola era grave e fatal” (REIS, 1894, p. 22).

Independentemente de problemas como esses, a antivariólica inspirava reservas na população paranaense dos Oitocentos, assim como em outras partes do Brasil (p. ex. SILVEIRA; MARQUES, 2011). A inoculação da linfa com o uso da lanceta era dolorosa, e as dúvidas sobre sua eficácia eram constantes: poderia *não pegar*, o que exigia repetições da aplicação; *se pegasse*, o vacinado deveria permitir a desagradável extração do pus variólico ou linfa da pústula formada no seu braço, linfa que seria inoculada em outros indivíduos. Relato do presidente Henrique de Beaurepaire Rohan sobre a vacinação de curitibanos no segundo semestre de 1855 pode dar uma ideia de parte desse processo. No período, foram vacinados em Curitiba 427 indivíduos: 299 tiveram vacina regular; 104, sem resultado; 24 não foram observados. Dos que tiveram vacina regular: 157 foram vacinados uma vez; 139, duas vezes; 2, três vezes; 1, cinco vezes. Dos que não tiveram resultado: 93 foram vacinados duas vezes; 5, três vezes; 2, quatro vezes; e 4, cinco vezes, “[...] e não se repetiu a operação por não se terem apresentado novamente” (PARANÁ, 1856, p. 20).

Em 1874, o presidente Frederico José Cardoso de Araújo Abranches escrevia sobre a vacina:

Infelizmente para a maior parte da população da província continua no mais deplorável esquecimento os salutareos benefícios deste poderoso preservativo da variola. [...] Baldados são os esforços dos comissários vacinadores para desvanecer em uns a crença em que persistem de que da vacina nenhum resultado podem colher e convencer a outros do perigo que lhes está iminente por seu indesculpável descuido. [...] A este culpável indiferentismo acresce a falta em que incorrem os pais, tutores ou indivíduos, a cujo cargo se acham os menores vacinados, de não os apresentar aos vacinadores a fim de extrair-se o fluido variolico que deve ser propagado a outros (PARANÁ, 1874, p. 11).

Poucos anos depois, em 1877, em tom de desabafo e reprimenda, o presidente Adolpho Lamenha Lins, repetindo alguns de seus antecessores, escreveu sobre o comportamento dos paranaenses em relação à vacinação:

[O] terror aparece sempre que se manifesta a variola em qualquer ponto desta província. Então todos reclamam o fluido variolico e queixam-se da falta de providências anteriores de que

só eles são os culpados, pois apenas desaparece o mal, ninguém mais procura o preservativo contra tão terrível flagelo (PARANÁ, 1877, p. 26-27).

Para muitos paranaenses da segunda metade do século XIX, a jenneria-na foi um recurso extremo contra uma doença que, embora não tenha causado no Paraná epidemias com grande número de mortes, vitimou vários habitantes da província e assustou muitos outros.

Conclusão

Quantos foram os paranaenses vacinados no período imperial? Como repetiam as próprias autoridades governamentais, os dados sobre as imunizações que constam dos relatórios anuais dos presidentes são incompletos. Em novembro de 1866, Agostinho Ermelino de Leão justificava essa incompletude “por não terem sido remetidos os mapas parciais de vacinação praticadas nas diversas paróquias da província [do Paraná]” (PARANÁ, 1867, p. 11). Dez anos antes, queixa semelhante constou do relatório de Henrique de Beaurepaire Rohan (PARANÁ, 1856, p. 20-21), e, em 1876, o presidente Lamenha Lins reproduziu considerações do vacinador provincial com o “resultado da vacinação verificada nesta capital, na cidade de Paranaguá e em seis outras paróquias de que tenho notícia” (PARANÁ, 1876, p. 10). Além disso, nesse período não eram computados os indivíduos vacinados, particularmente, em casa (PARANÁ, 1863, p. 23).

Entretanto, apesar dos números incompletos, os dados disponíveis e os comentários sobre a vacinação concorrem para desvelar aspectos do processo de difusão da vacina entre os paranaenses e das (re)ações da população relacionadas à antivariólica. Em 1874, por exemplo, o mapa dos vacinados em Curitiba no ano anterior apresentava números considerados excepcionalmente positivos, mas eram as seguintes as considerações do presidente Frederico José Cardoso de Araújo Abranches: “[em 1873] com o aparecimento das bexigas nesta capital e freguesia do Iguaçú, avultou o número de vacinados, o qual diminuiu sensivelmente logo que desapareceu o receio do desenvolvimento do contágio” (PARANÁ, 1874, p. 11)¹⁰⁰. Segundo o mapa de 1873,

100. Em 1873, o registro de vítimas da epidemia de bexigas, somando Curitiba, Lapa, o porto

foram vacinadas 1.023 pessoas em Curitiba, cidade com aproximadamente 12.700 moradores (MARTINS, 1941, p. 102); ou seja, cerca de 8 % dos curitibanos recebeu a antivariólica. Quatro anos depois, Adolpho Lamenha Lins informava, com palavras um tanto dúbias, que “nos últimos meses” 200 moradores de Curitiba teriam sido vacinados (PARANÁ, 1877, p. 26).

Em 4 de setembro de 1890, coincidindo no Brasil com a difusão da vacina “animal”¹⁰¹, que substituiu a jenneriana, o Decreto nº 109 do governo paranaense tornou obrigatória a revacinação antivariólica de dez em dez anos no estado. O decreto, um dos primeiros dos tempos republicanos, foi aprovado depois de a varíola grassar em algumas regiões do Paraná em 1889, motivando a fuga de moradores de Morretes e apavorando os curitibanos (REIS, 1894, p. 18-21). O Dr. Trajano Reis, inspetor geral de higiene nesse período, afirmou que, por estar receoso da propagação da varíola no estado, havia “consegui[do] do governo o decreto que tornou obrigatória a revacinação”. Mas a efetivação deste decreto ainda era uma incógnita e o médico apostava que, com o governo paranaense empregando “os meios conhecidos ao seu alcance com previdência e bom senso, [tal] obrigação é mais suave, e pela continuação o hábito do povo, que considerará a vacinação uma necessidade, será a verdadeira lei” (REIS, 1894, p. 26, 27). Desta forma, para Trajano Reis, a eficácia da determinação legal parecia ser possível apenas com a mudança de atitude da população do Paraná em relação à vacina “animal”; caso contrário, o decreto poderia se transformar em letra morta, como o foram muitos dos apelos para a imunização com a jenneriana relatados pelos presidentes da província do Paraná.

de Antonina e a freguesia de Iguaçu (local que a varíola grassou com mais intensidade), foi de 75 pessoas: 40 ficaram curadas e 35 morreram (PARANÁ, 1874, p. 10). Segundo Dalledone, no Paraná do século XIX: “a mortalidade [por varíola], mesmo durante os surtos epidêmicos, não era muito alta, não se registrando, no decorrer do período provincial crises demográficas atribuídas especificamente à epidemia de varíola. [...] A maior incidência de varíola deu-se em Paranaguá, nos anos de 1863 a 1864, registrando oficialmente 695 casos com 85 óbitos, para uma população de 7.830 habitantes” (DALLEDONE, 1980, p. 296).

101. Na vacina “animal”, introduzida no Brasil em 1887, a linfa utilizada para a vacinação era retirada diretamente da pústula da vaca o que garantiria maior efeito imunitário que o da jenneriana e menor risco de transmissão de outras doenças entre humanos, o que não significou o fim do receio ou descrença na vacinação, muito ao contrário: as discussões sobre um procedimento que, segundo alguns, poderia até “avacalhar” seres humanos foram inúmeras (FERNANDES, 2010, p. 33-42, 73-93). No início do século XX, a obrigatoriedade da vacinação antivariólica concorreu para a revolta da população do Rio de Janeiro, acontecimento que repercutiu pelo país (SEVCENKO, 1993, entre outros).

Referências

ACKERKNECHT, Erwin H. Anticontagionism between 1821 and 1867. **Bulletin of the History of Medicine**, Baltimore, n. 22, p. 562-593, 1948.

BALHANA, Altiva Pilatti; MACHADO, Brasil Pinheiro; WESTPHALEN, Cecília Maria. **História do Paraná**. Curitiba: Grafipar, 1969. v. 1.

BIGG-WITHER, Thomas P. **Novo caminho no Brasil meridional**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1974.

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

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. **Dicionário de medicina popular e das ciencias accessorias para uso das familias**. 2. ed. Rio de Janeiro: Laemmert, 1851. 3 v.

CORBIN, Alain. **Saberes e odores**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CURITIBA (Vila). Câmara Municipal. Postura de 6 de março de 1839. In: PEREIRA, Magnus Roberto de Mello (Org.). **Posturas municipais: Paraná, 1829 a 1895**. Curitiba: Aos Quatro Ventos, 2003a. p. 70-71.

_____. Posturas de 1861. Lei nº 79 de 11 de julho de 1861. In: PEREIRA, Magnus Roberto de Mello (Org.). **Posturas municipais: Paraná, 1829 a 1895**. Curitiba: Aos Quatro Ventos, 2003b. p. 81-101.

DALLEDONE, Márcia Teresinha Andreatta. **Condições sanitárias e as epidemias de varíola na província do Paraná (1853-1889)**. Dissertação (Mestrado em História) – Departamento de História, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1980.

DEZENOVE DE DEZEMBRO. Curityba, 29 jun. 1867; 9 out. 1886; 6 dez. 1873; 3 ago. 1887; 14 ago. 1887.

EDLER, Flávio. De olho no Brasil: a geografia médica e a viagem de Alphonse Rendu. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 8, p. 925-943, 2001. Suplemento.

FERNANDES, Tania Maria Dias. **Vacina antivariólica**: ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

_____. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal). **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 29-51, 1999.

FERREIRA, Luiz Otávio. Uma interpretação higienista do Brasil imperial. In: HEIZER, Alda; VIDEIRA, Antonio Augusto Passos (Org.). **Ciência, civilização e império nos trópicos**. Rio de Janeiro: Access, 2001. p. 207-223.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p. 79-98.

GRMEK, Mirko Drazen. Géographie médicale et histoire des civilisations. **Annales**: Économies, Sociétés, Civilisations, ano 18, n. 6, p. 1071-1097, 1963.

HYGIENE da cidade do Rio de Janeiro em 1808. **Annaes da Bibliotheca Nacional do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Typ. G. Leuzinger & Filhos, 1876. v. 1, p. 187-190.

KURY, Lorelai. Viajantes-naturalistas no Brasil oitocentista: experiência, relato e imagem. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 8, p. 863-880, 2001. Suplemento.

MARINHO, Maria Gabriela Silva Martins da Cunha. A varíola e a vacina na América portuguesa: difusão de práticas e saberes médicos na documentação do Arquivo Histórico Ultramarino e em fontes dispersas. In: MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela Silva Martins da Cunha; BERTOLLI FILHO, Cláudio (Org.). **As enfermidades e suas**

metáforas: epidemias, vacinação e produção de conhecimento. São Paulo: FMUSP, 2015. p. 155-169. (Coleção Medicina, Saúde e História, v. 8).

MARTINS, Romário. **Quantos somos e quem somos:** dados para a história e a estatística do povoamento do Paraná. Curitiba: Emp. Gráfica Paranaense, 1941.

MOREIRA, Julio. **História da medicina no Paraná.** Curitiba: Associação Médica do Paraná, 1953.

PARANÁ (Província). **[Passagem da administração da Província do Paraná para Antonio Ricardo dos Santos pelo 1º vice-presidente, no dia 29 de dezembro de 1888].** Assinado por Joaquim d'Almeida Faria Sobrinho. Curityba, [1889?].

_____. Regulamento de 8 de abril de 1857. De ordem geral para as escolas da Instrução Primária. In: MIGUEL, Maria Elisabeth Blanck (Org.). **Coletânea da documentação educacional paranaense no período de 1854 a 1889.** Campinas: Autores Associados, 2000a. p. 20-35.

_____. Regulamento de 15 de abril de 1871. Instrução Pública. Lei nº 290, reformando a Instrução Pública da Província. In: MIGUEL, Maria Elisabeth Blanck (Org.). **Coletânea da documentação educacional paranaense no período de 1854 a 1889.** Campinas: Autores Associados, 2000b. p. 132-140.

_____. **Relatorio apresentado á Assembléa Legislativa da provincia do Paraná na abertura da primeira sessão da quinta legislatura pelo exm. sr. dr. Antonio Barbosa Gomes Nogueira no dia 15 de fevereiro de 1862.** Coritiba: Typ. do Correio Official, 1862.

_____. **Relatorio apresentado á Assembléa Legislativa da Provincia do Paraná pelo 1.º vice-presidente, Sebastião Gonçalves da Silva, na abertura da 1.ª sessão da 6.ª legislatura em 21 de fevereiro de 1864.** Curityba: Typ. de Candido Martins Lopes, 1864.

_____. **Relatorio apresentado á Assembléa Legislativa da provincia do Paraná pelo presidente, Antonio Barbosa Gomes Nogueira, na abertura da 2.^a sessão da 5.^a legislatura em 15 de fevereiro de 1863.** Curityba: Typ. de Candido Martins Lopes, 1863.

_____. **Relatório apresentado à Assemblèa Legislativa do Paraná no dia 15 de fevereiro de 1876 pelo presidente da Provincia, o excellentissimo senhor doutor Adolpho Lamenha Lins.** Provincia do Paraná: Typ. Viúva Lopes, 1876.

_____. **Relatorio apresentado á Assembléa Legislativa do Paraná no dia 15 de fevereiro de 1877 pelo presidente da provincia, o excellentissimo senhor doutor Adolpho Lamenha Lins.** Curityba: Typ. da Viuva Lopes, 1877.

_____. **Relatorio apresentado á Assembléa Legislativa Provincial do Paraná no dia 1.^o de março de 1856 pelo vice-presidente em exercicio, Henrique de Beaurepaire Rohan.** Curityba: Typ. Paranaense de C. Martins Lopes, 1856.

_____. **Relatório apresentado ao presidente do Paraná José Francisco Cardoso pelo vice-presidente [Luiz Francisco da Camara Leal, no dia 2 de maio de 1859].** Curityba: Typ. de Candido Martins Lopes, 1859.

_____. **Relatorio com que o excellentissimo senhor doutor Frederico José Cardoso de Araujo Abranches abriu a 1.^a sessão da 11.^a legislatura da Assembléa Legislativa Provincial no dia 15 de fevereiro de 1874.** Curityba: Typ. da Viuva Lopes, 1874.

_____. **Relatório do estado da província do Paraná apresentado ao presidente o Ilustríssimo e Excelentíssimo Senhor Doutor Polidoro Cezar Burlamaque pelo vice-presidente Dr. Agostinho Ermelino de Leão, em 5 de novembro de 1866.** Curityba: Typ. de Candido Martins Lopes, 1867.

_____. **Relatorio do presidente da provincia do Paraná, Francisco Liberato de Mattos, na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 7 de janeiro de 1858.** Curityba: Typ. Paranaense de C. Martins Lopes, 1858.

_____. **Relatorio do presidente da provincia do Paraná, o conselheiro Zacarias de Góes e Vasconcellos, na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 8 de fevereiro de 1855.** Curityba: Typ. Paranaense de C. Martins Lopes, 1855.

_____. **Relatorio do presidente da provincia do Paraná, o conselheiro Zacarias de Góes e Vasconcellos, na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 15 de julho de 1854.** Curityba: Typ. Paranaense de Candido Martins Lopes, 1854.

PEREIRA, Magnus Roberto de Mello. **Semeando iras rumo ao progresso.** Curitiba: Editora UFPR, 1996.

REIS, Trajano Joaquim dos. **Elementos de hygiene social.** Curityba: Typ. Impressora Paranaense, 1894.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SAINT-HILAIRE, Auguste de. **Viagem à comarca de Curitiba (1820).** São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1964.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. **História geral da medicina brasileira.** São Paulo: Hucitec, 1991. v. 1.

SEVCENKO, Nicolau. **A revolta da vacina.** São Paulo: Scipione, 1993.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; MARQUES, Rita de Cássia Marques. Sobre a varíola e as práticas da vacinação em Minas Gerais (Brasil) no século XIX. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 387-396, 2011.

ALGUMAS NOTAS HISTÓRICAS E LITERÁRIAS SOBRE TÍSICA E OS TÍSICOS NO RECIFE DO TEMPO DOS SOBRADOS

Rozélia Bezerra

Prolegômenos

Ao receber o primeiro convite para colaborar com esta coletânea de estudos, pensei em dar continuidade às pesquisas que estava realizando sobre a peste bubônica em Pernambuco¹⁰². Já tinha até escolhido o título: “Do Porto a Pernambuco: a longa viagem da peste bubônica (1899-1902)”. No segundo contato, vieram as diretrizes organizacionais dos trabalhos. Em um dos objetivos estava demarcado o tema e o tempo: “identificar as epidemias ocorridas nas diferentes províncias do Brasil imperial”. Isto, por si só, foi suficiente para redirecionar a pesquisa anterior. Então, fui em busca de minha tese de doutorado¹⁰³. Recomecei uma leitura, devagar. Dos três recortes temporais estudados, escolhi 1842-1844. Por que esse tempo? Porque, conforme Luciana dos Santos (2012, p. 42), “o raciocínio médico em Pernambuco tomou configuração a partir de 1842”. Assim, fiz como Marc Bloch mandou e me situei nas “eras que nos precederam” para “falar segundo testemunhos” (BLOCH, 2001, p. 69). Em seguida, foi preciso escolher meu objeto de pesquisa, e achei a resposta para o que buscava: aprofundar a análise dos discursos médicos da Sociedade de Medicina de Pernambuco, elaborados e publicados entre 1842 e 1844. Foi quando entraram as questões de fonte de pesquisa. Como testemunhar esse passado? Retomei a leitura dos *Annaes*

102. Ver Bezerra (2014).

103. Ver Bezerra (2010).

da Medicina Pernambucana (1842-1844). Para Sarmiento (1843, p. 238), este foi “desde a descoberta da América o primeiro jornal científico publicado na Província”. No documento, identifiquei, no discurso proferido pelo médico Antônio Peregrino Maciel Monteiro durante o ato de instalação da Sociedade, a seguinte chamada: “**as epidemias reclamam** entre nós de toda vossa atenção e cuidado” (MONTEIRO, 1842, p. 13). Era o indício necessário para continuar nessa linha. Com isso em mente, já atingia o objetivo proposto pelos organizadores do livro. Daí, parei e pensei: quais epidemias grassaram, nessa época, na província de Pernambuco? Pude constatar que os médicos da Sociedade foram pródigos em citar várias moléstias infecciosas e parasitárias que acometeram, de modo epidêmico, os moradores da província pernambucana. Diante disso, quis fazer um estudo panorâmico traçando diretrizes e organizando o texto em tópicos. Comecei com “A pele que habito” para falar de **erisipelas, boubas e varíola**. Depois, “O homem elefante”, para descrever a **elefantíase** e a **hidrocele**. As “Moléstias das senhoras” seria sobre o **câncer de colo de útero**, considerado como epidêmico. “As febres entéricas”, sobre **doenças do trato gastrointestinal**. Por fim, o tópico “Como um fogo da alma” trataria das “**moléstias dos órgãos respiratórios**”. Durante essa empreitada, descobri que, para Mavignier (1843), as doenças eram classificadas segundo o sítio de infecção no organismo. Tal postura indicava uma adesão ao pensamento fisiologista do médico francês Broussais (1827). Seria isso mesmo? Pude confirmar, através do trabalho de Carlos Alberto Miranda, que a resposta era sim. Houve um tempo no qual a teoria de Broussais fez parte do imaginário médico de Pernambuco do século XIX (MIRANDA, 1998). Já me preparava então para um estudo muito amplo. Foi quando interveio a Roda da Fortuna e mudou minha vida. Por ironia dessa deusa caprichosa, tornei-me uma das vítimas da epidemia de *chikungunya*, que afetou o Brasil no começo de 2016, e, como se não bastasse, houve a morte, por câncer, de uma sobrinha. Com o caso dela, deparava-me com uma doença crônica que fora inserida no estudo das epidemias pernambucanas do século XIX. Tudo isso roubou meu norte e minha inspiração. Parei com tudo. Depois, fui chamada ao dever e ao compromisso.

Entretanto, a exiguidade do tempo que me restava e o vasto campo de pesquisa com o qual me deparara me obrigaram a fazer um corte drástico no objeto de estudo. As fontes de pesquisa tiveram que ser, cuidadosamente, escolhidas. Quanto àquelas oriundas do poder médico, restringi-me à aná-

lise do ensaio “Constituição Médica ou moléstias reinantes”, da autoria do Dr. Simplício Antônio Mavignier, publicado ao longo do ano de 1843, nos números II, III, IV e V dos *Annaes da Medicina de Pernambuco*. Nesse estudo, ainda recortei um objeto de análise: a tísica e os tísicos¹⁰⁴. A escolha se deu por ser a tuberculose uma doença que tem história (LE GOFF, 1997), por ter reconhecida sua existência desde a mais remota idade dos seres vivos; por ter sido considerada a enfermidade que ceifou mais vidas em Pernambuco, lá pelos meados do século XIX até 1930 (FREITAS, 1919); por ter sido, entre as doenças antigas, a mais negligenciada (HERZLICH; PIERRET, 1984, apud BIRABEN; MAÎTRE, 1985) – e, talvez por isto, ainda continue a ser considerada como uma das pestes do século XX (NASCIMENTO, 2005). Por sua alta incidência em Pernambuco, o estado se encontra na prioridade do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (BRASIL, 2014).

As inúmeras representações e metáforas (SONTAG, 2007) para as doenças incitam uma pergunta-chave: como analisar as representações da tuberculose? Faria apenas uma descrição da mentalidade médica daquele período? Recorri então ao aporte teórico de François Laplantine (2004). Dele adotei os modelos etiológicos das doenças: ontológico/relacional; exógeno/endógeno; subtrativo/aditivo; benéfico/maléfico.

Por fim, e para mostrar não apenas o que os médicos pensavam, mas “**o que** as pessoas comuns pensavam e, mais, **como** pensavam” (DARNTON, 1986, p. 13), recorri à literatura. O motivo dessa escolha é minha partilha com Pesavento (2005, p. 69-98) e com Ferreira (2013, p. 61-91) da crença da literatura como fonte para a história. Essa crença também é um dos resultados de minha experiência docente, com a disciplina História das Doenças: as Representações Literárias¹⁰⁵.

104. Para evitar questionamentos sobre o caráter epidêmico da tísica, lembro que o tempo e o lugar não devem ser olvidados na elaboração do conceito de epidemia. Segundo Bonita, Beaglehole e Kjellström (2006, p. 119, tradução nossa), “um pequeno número de casos de uma doença que não tenha ocorrido previamente na região [...] pode ser suficiente para constituir a ocorrência de epidemia”. O Ministério da Saúde (BRASIL, 1977) também chama a atenção para o tempo e o lugar de ocorrência da doença, ao se estudarem epidemias. Na epidemiologia moderna, epidemia é vista como a ocorrência de um número de doentes superior ao esperado, ou seja, superior ao número endêmico. No caso de Pernambuco do ano de 1842, ainda não havia a estatística dos dados de doentes e doenças, porque não era obrigatório se fazerem esses registros. Essa obrigatoriedade só se deu a partir de 1852, com os registros de óbitos nos cemitérios.

105. Neste momento, agradeço aos alunos e alunas da Licenciatura em História da Universidade Federal Rural de Pernambuco, empenhados em realizar as leituras, os debates e as ex-

Inicialmente, havia separado quatro obras de autores e autoras de Pernambuco. A Deusa Fortuna me obrigou a escolher entre elas. Qual seria? Fui pela minha história de leitura um pouco mais antiga. Lá pelos idos de 2001, foi publicado o livro *Assombrações do Recife velho*, da autoria de Gilberto Freyre. A obra logo estava no meu acervo. Desse modo, ao me ver obrigada a escolher entre os livros que falassem sobre a tísica e os típicos em Pernambuco do século XIX, esta lembrança me tomou de assalto: em minha memória havia uma cena, bastante pitoresca, de uma doente de tuberculose. Fui em busca de meu novo exemplar¹⁰⁶. Folhee, reli e lá estava a crônica “Doutores e assombrações, inclusive certa ‘mensagem’ de Raul Pompéia morto, para Martins Júnior, vivo” (FREYRE, 2008, p. 92-96) e também estava a iaiá tuberculosa. Como disse Moacyr Scliar (1996), é “a paixão transformada”, para contar uma história das doenças.

A metodologia usada neste capítulo se baseou na teoria da representação e tem o aporte teórico de Roger Chartier (1991), porém com modificações. O estudo foi complementado pelo método proposto por Fernando Lefèvre e Ana Maria C. Lefèvre¹⁰⁷, identificando as seguintes figuras da representação: **Ideia Central** do sujeito, que consiste em identificar uma expressão que descreva, de maneira sintética e precisa, o sentido da representação; as **Expressões-Chave** são trechos das narrativas que transcrevem as expressões literais dos sujeitos, por exemplo, “eu acho...”; e a **Ancoragem** – a qual não responde a uma pergunta, porque se associa a um valor –, que pode se referir a uma ideologia ou crença professada pelo autor da narrativa.

Portanto, se nessa contemporaneidade, mesmo com o conhecimento de todos os indicadores epidemiológicos da doença e com a implantação de

posições dos textos. Na disciplina, temos a oportunidade de estudar a história da humanidade através das epidemias ou não. E tudo isto se dá por meio das representações literárias, desde Homero a Boccaccio, pass(endo)ando por Gabriel García Márques, Daniel Defoe, Miguel Torga, José de Alencar, Joaquim Manoel de Macedo, Dinah Silveira de Queiroz, Ziraldo... É uma experiência inenarrável.

106. A oitava edição, publicada em 2008, pois da primeira, cujo exemplar emprestei, nunca mais tive notícia. Encantou-se.

107. Mediante a citação desses autores, esclareço que, muito embora conste da bibliografia da disciplina A Representação do Conceito de Saúde Pública, a obra *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa: desdobramentos*, minhas anotações são aquelas obtidas durante as aulas assistidas na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, durante meu doutoramento. Na ocasião (2008), fui aluna dos professores Fernando e Ana Maria Lefèvre.

terapêutica gratuita e a manutenção da vigilância, o perfil da tuberculose em Pernambuco é preocupante, imagine-se o que ocorria na década de 1840, quando a medicina acreditava no caráter de hereditariedade da moléstia. Nesse sentido, minhas perguntas iniciais são: como se desenhou essa doença em Pernambuco no tempo dos sobrados e mucambos? Como ela foi nomeada? O que girava na mente e nos corações dos médicos no tempo em que a medicina pernambucana começava a ter um raciocínio científico? E entre o povo comum? Quais foram as percepções? Como a literatura descreveu essas percepções? Houve a incorporação do saber científico? Se sim, qual?

Foi para responder a essas e outras perguntas que escrevi “Algumas notas históricas e literárias sobre tísica e os tísicos no Recife do tempo dos sobrados”.

PRIMEIRA NOTA

A tísica nas vozes médicas

Para entender o pensamento da época e a construção do raciocínio epidemiológico acerca da doença e dos doentes, verificar os sinais, mitos e ritos que a medicina europeia formulou sobre a tísica, realizei um estudo panorâmico das enunciações produzidas na Europa, nos períodos próximo ou coincidente com o recorte temporal escolhido (1842-1844). Não quis fazer uma história evolutiva da doença, apenas trazer algumas notas históricas de estudos considerados clássicos sobre a tuberculose para se compreender o espírito médico da época. Após isto, passei à análise dos estudos e das pesquisas na província de Pernambuco, identificando as ideias e as práticas médicas ditadas sobre etiologia, controle, epidemiologia e profilaxia, os medos e as ações das pessoas e do governo. Procurei, inclusive, saber as representações em relação a gênero, idade e condições sociais, econômicas e culturais dos atingidos pela doença.

Os pesquisadores indicam que a existência da tísica é tão antiga quanto a humanidade. Calvin Wells (1969) vai além e sugere que, por a tísica ser uma entidade mórbida que acomete também os animais, sua “antiguidade seja independente das suas associações humanas”.

A doença pode afetar não apenas as partes moles do organismo, como pulmões, pele, etc., mas também os ossos. É por isso que se torna possível identificá-la em muitos espécimes do período neolítico. No Egito da XXI

dinastia (1070-945 a. C.), foram identificados pulmões de múmias com lesões tuberculosas, assim como foram encontradas lesões nas vértebras da coluna, o que teria provocado, segundo Wells (1969, p. 101), a vasta produção de “estatuetas de corcundas”, indiciárias da existência do “Mal de Pott”¹⁰⁸ no Egito. Podemos identificar aqui uma das tantas metáforas (SONTAG, 2007) para a tísica.

A tísica foi nomeada por Matteo Salvatori (1787, p. V) de “peste comum do gênero humano”. Para ele, a doença constituía um dos mais graves males que afligiam a vida humana. Não foi à toa que usou a metáfora da peste. A doença rói o pulmão e em consequência o corpo (p. I). Daí resulta sua característica de consumpção. Ele atribuía à tristeza a ocorrência da tísica. Segundo suas palavras, “raros são aqueles tísicos que não tiveram origem dessa maligníssima fonte” (p. 168). Com isso se vê um modelo endógeno da doença (LAPLANTINE, 2004) que, diariamente, avançava até atingir a víscera que era indispensável à vida.

Para Salvatori (1787), a tísica **poderia ser considerada uma epidemia quando 250 pessoas fossem atingidas pela doença**. Em 1919, Freitas realizou a primeira contagem de doentes em Pernambuco e observou que, entre 1852 e 1860, morreram 2.021 pessoas de tuberculose. Antes de 1852, não se determinava a *causa mortis*, porque os sepultamentos eram feitos nas igrejas (quando se faziam) e os atestados de óbito eram emitidos pelos párocos (FREITAS, 1948).

Mais tarde, em 1828, o médico François Broussais publicou na Espanha o tomo IV do livro *Historia de las flegmasias y inflamaciones crónicas*. Para ele, as pessoas eram afetadas por tubérculos pulmonares que, ao se romperem, levavam-nas ao óbito em virtude da destruição do pulmão. Antes disso, havia febre e consumpção (BROUSSAIS, 1828, p. 5). Mostrando estar perfeitamente integrado ao discurso higienista do período, Broussais classificou as causas da tísica entre aquelas que estavam fora do organismo, ou seja, que estavam no ambiente (**circunfusa**). Eram os “miasmas”. (Nesse ponto, já se pode fazer uma aproximação com a cidade do Recife. O que não era pântano era mangue, exalando odores considerados deletérios. Com um ar

108. A tísica óssea tem a sinonímia de “Mal de Pott”, porque uma das formas “de apresentação da tuberculose foi descrita inicialmente em 1779 por Percival Pott, que determinou a utilidade da drenagem de abscessos frios no tratamento da paraplegia decorrente do acometimento vertebral” (VILAR et al., 2006, p. 278).

viciado a esse ponto, a fisiologia respiratória estaria comprometida e a tísica resultaria daí.) A origem do mal seria multicausal. A *gesta* e a *percepta*, isto é, o movimento e a percepção do mundo e das coisas do mundo, juntas ou separadas, seriam capazes de causar a tísica. Influenciariam os movimentos bruscos, os esforços, os sentimentos negativos, como a cólera, o desespero, a melancolia (pensamento igual ao de Salvatori), e a têmpera de pessoas irritáveis e nervosas. E as sensações positivas, como o prazer sexual. A *applicata*, que diz respeito aos corpos “que operam sobre a pele”, seria outra explicação. **“São os trajes que impedem o livre desenvolvimento do peito e do ventre”** (BROUSSAIS, 1828, p. 83). E haveria aquelas causas que estavam no interior do organismo – a *ingesta* –, ou seja, aquilo que alguém come ou bebe: as carnes muito animalizadas, os manjares com muitas especiarias, os ácidos, as saladas. Porém nada se comparava aos licores alcoólicos. E, por fim, a *excreta et retenta*, ou seja, as excreções e secreções e as substâncias que ficam retidas no interior do organismo ou são produzidas de modo exagerado. Broussais chegou ao ponto de afirmar que quase todos os adolescentes tísicos tiveram muita hemorragia nasal na adolescência.

Porém, mesmo com todas as categorias da higiene estando incriminadas na etiologia da tuberculose, deve-se notar uma coisa: todas, juntas ou separadas, causariam alterações fisiológicas. Este é o cerne da teoria de Broussais. O fisiologismo do médico foi apresentado por Carlos Alberto Miranda da seguinte maneira:

[...] Segundo Broussais, na verdade não existiam doenças e sim irritações no estômago e nos intestinos que se propagavam de um órgão a outro por “simpatias” ou através da mucosa gastro-intestinal. As irritações, por sua vez, eram conseqüências de estímulos internos ou externos (alimentação, clima, moral, etc.) que estimulavam por demais o organismo. A base da terapêutica broussaisiana era os antiflogísticos como as sangrias e as sanguessugas (MIRANDA, 1998).

Outro estudioso da tuberculose que de modo algum pode ficar fora dessa breve nota de estudo é Francisco Xavier Sigaud. Autor do livro *Du climat et de maladies du Brésil*, publicado em Paris no ano de 1844, ele acreditava na teoria miasmática de Broussais, ou seja, que a doença era transmissível pela ação do ambiente contaminado por miasmas, e não

pelo contágio entre pessoas. Ao penetrar no organismo, o miasma causava desorganização dos líquidos corporais, que se acumulavam nos pulmões. Desse modo, vemos mais um estudioso que se aproxima da higiene circunfusa e da fisiologia. Não só isso, Sigaud acreditava e defendia a *applicata* como uma das causas da tuberculose.

O autor defendeu que o Brasil não era livre da tísica, contrariando o pensamento médico vigente no país em meados do século XIX, segundo o qual o clima tropical exercia um poder terapêutico sobre várias doenças, notadamente a tuberculose. De Paris, em 1844 ecoavam a voz e os escritos de Michel Levy, de acordo com quem os trópicos não favoreciam a existência da tísica pulmonar em virtude de a ação do sol evitar a proliferação dos tubérculos. Edler Coelho (2011, p. 102) contou que essa crença contribuiu para a migração de tísicos diretamente da Inglaterra para Olinda, em Pernambuco, cidade “considerada com ótimo clima para a tuberculose”. Esse paradigma médico parece ter favorecido, grandemente, a entrada da tísica e de tísicos em Pernambuco no período. Mais tarde, Otto Wucherer (1868), um médico alemão radicado na Bahia, rejeitou a hipótese da migração europeia, notadamente a francesa, como causa de aumento da tuberculose no Brasil. Por acreditar na teoria contagiosa da doença, ele justificava sua maior incidência pelo fato de haver aglomeração de pessoas e por certas condições no modo de viver.

Depois dos indícios da ocorrência cada vez maior da doença entre a população, quais foram as respostas dadas pelo presidente da província de Pernambuco? E a população? Como se portou mediante o fato? Segundo Octávio de Freitas (1948, p. 3), considerado o maior estudioso da tuberculose em Pernambuco, entre os anos de 1842 – quando houve os primeiros discernimentos e registros dos casos de tísica feitos pelos membros da Sociedade de Medicina de Pernambuco – e 1894, “**nada havia sido feito**”. Talvez esse tenha sido o motivo principal por que Freitas, em 1919, acusou a tuberculose de ser “a maior ceifadora de vidas” em Pernambuco. Para ele, a tísica matou mais do que a varíola. Não é difícil explicar o porquê disso. Os médicos estavam mais interessados em outros tipos de estudo de menos importância social, mas que agradavam aos egos daqueles esculápios formados em Paris. Ora! A mesma coisa percebi em minhas pesquisas de doutoramento. Nessa época (2010), falei que eles tinham os corpos no Recife, mas as cabeças em Paris. Na obra *Sobrados e mucambos*, Gilberto Freyre (1951, p.

139) assevera que os médicos que se formaram em Paris se tornaram “afrancesados, urbanizados e policiados, desprestigiadores da medicina caseira”.

Inclusive, esse descaso foi alvo de pesadas críticas do secretário perpétuo da Sociedade de Medicina, o médico José Joaquim de Moraes Sarmento. Em suas palavras “as comissões mostraram torpor”, “indiferença para os escritos úteis”; “cada membro espera pelas observações dos colegas para assinar descansadamente e, tanto se espera que nada se faz” (SARMENTO, 1843, p. 236). Ficou claro o que se passava nesse período. Se os médicos eram assim, imagine-se a população, que estava imersa nas crenças e crenedices, nas assombrações do Recife velho. Octávio de Freitas (1899, p. 343-344) afirmava que, se as autoridades nada faziam, não era de admirar que os medos da população fossem “inexistentes ou deixaram de aterrar a população que com ela [a tísica] se familiarizou”.

No trabalho de 1948, Freitas deu a indicação das primeiras tentativas de cura empreendidas, em 1849, por um médico membro da Sociedade de Medicina de Pernambuco e presidente do Conselho Geral de Salubridade. Mas esta é outra história, que será contada depois...

SEGUNDA NOTA

A tísica no Recife dos sobrados

Antes de descrever o pensamento do médico Simplício Antônio Mavignier, farei uma caracterização do que era a cidade do Recife para que os leitores e as leitoras compreendam o palco no qual se desenvolveu o estudo.

Desde sua fundação, pela carta foral de 12 de março de 1537, da autoria de Duarte Coelho Pereira, o Recife apresentava toda uma situação geográfica que privilegiava o encontro das águas e do homem. Este, teimosamente, viveu em cima de uma estreita faixa de terra a separar o continente do mar aberto. Foi esta mesma faixa de terra que depois serviu como um gigantesco porto natural para abrigar as naus que chegavam com os exploradores e partiam abarrotadas de riquezas naturais brasileiras. Dessas águas, o **povo dos arrecifes**, como eram chamados os habitantes locais, tirava o sustento. O mesmo ele fazia da lama dos mangues.

O Recife foi se expandindo, ocupando as ilhas, linguetas de terra que serviram para erguer as casas de morada e os edifícios públicos. Formou-

-se o bairro de Santo Antônio, com a ilha de Antônio Vaz, o bairro do Recife e o bairro da Boa Vista.

Na cidade, o que não era foi transformado em terra, com os mangues sendo destruídos, soterrados. As margens dos rios foram invadidas para que os menos favorecidos erguessem as casas, as palafitas, os mucambos.

Aos mais ricos ficou reservado o bairro da Boa Vista, com seus sobrados de vários andares. Depois foram surgindo os arrabaldes, como Madalena, Apipucos, Afogados. Alguns, localizados às margens do rio Capibaribe. Não eram lugares de classe pobre morar. Lá, foram erguidos os grandes e belos **sobrados**, que olhavam para o rio. Era nessas praias fluviais que pessoas ricas da cidade procuravam as águas para os banhos, em lugar da água do mar, que causava grande irritação no corpo.

O Recife e seus mangues, os pântanos dos higienistas. Suas emanções eram consideradas mortíferas. Entretanto, a área pantanosa mais preocupante era a de Olinda, que, por estar propensa às inundações periódicas e aos regimes das chuvas, promovia o transbordo de águas para as regiões circunvizinhas do Recife, favorecendo a ocorrência de enfermidades. Este ponto foi especificamente abordado no estudo “Topographia da cidade do Recife”, escrito pelo cirurgião pernambucano Joaquim Jerônimo Serpa, publicado em 1842 nos *Annaes de Medicina de Pernambuco*. O trabalho de Serpa, talvez, constitua o primeiro tratado de topografia médica do século XIX sobre a cidade. Nesse mesmo trabalho, ele escreveu sobre a condição pestilencial do Recife¹⁰⁹.

O Recife era considerado, nesse período, uma das cidades mais insalubres do Brasil. Explicam-se, portanto, a repulsa e a impressão negativa de Charles Darwin quando ele esteve de passagem pelo burgo, na década de 1830. O autor registrou em seu diário:

A cidade é por toda parte detestável, as ruas estreitas, mal calçadas e imundas; as casas, altas e lúgubres. A estação das chuvas acaba apenas de findar-se de maneira que a região adjacente, como quase não se acha acima do nível do mar, apresentava-se completamente alagada (DARWIN, 1992, p. 164).

109. Serpa, como membro correspondente da Sociedade de Medicina de Pernambuco, contou que fizera duas representações à câmara municipal solicitando intervenção imediata para resolver o problema. Suas petições foram aprovadas pelo Conselho de Salubridade e pelo presidente da província e deu-se a ordem para que a Câmara executasse sua proposta, o que demonstra a interação existente entre os poderes locais.

Impressão oposta ele teve de Olinda; considerava-a “mais agradável e mais asseada que o Recife” (DARWIN, 1992, p. 165). Ora, essa cidade tinha uma geografia totalmente diferente da vizinha Recife. Com relevo bastante elevado, Olinda se apresentava bem ao gosto dos portugueses para edificação de uma cidade. Como disse Emanuel Araújo (2008, p. 30, 31), em seu *O teatro dos vícios*, os portugueses teimavam em “escolher-se a dedo não uma planície para erigir o sítio matriz, mas lugares altos e de acesso difícil”, com as casas construídas morro acima, indo “das fraldas ao seu cume [...]. Era a tradição da acrópole fortificada dominando a paisagem”.

Os sobrados recifenses do século XIX foram a luz e a sombra ou o normal e o patológico da habitação. Segundo Sandra Jatahy Pesavento (2005, p. 245), o sobrado tão (en)cantado de Freyre “era ruína”, pois, mesmo que fosse símbolo de poder, sofria a degradação física pela má qualidade dos materiais. Além disso, a arquitetura permitia que apenas “duas salas fossem voltadas para a luminosidade do sol”, ao passo que os demais cômodos eram voltados para a obscuridade. Some-se a isto não haver água encanada e as águas de uso serem jogadas pela janela, assim como a urina.

Foi nesse cenário urbano que os médicos passaram a atuar ao voltarem de Paris já com o diploma de doutores em medicina. Só a partir de 1841, eles se organizaram na Sociedade de Medicina de Pernambuco, que acabou servindo de instância para consultoria da presidência da província de Pernambuco (BEZERRA, 2010).

Em outubro 1842, foi lançado o número 1 dos *Annaes da Medicina de Pernambuco*. O periódico foi considerado “o primeiro jornal científico publicado na Província”, o que faz dele uma raridade bibliográfica para a história da medicina e das doenças em Pernambuco. No ano 2 da revista, teve lugar a publicação do ensaio da autoria de Simplício Antônio Mavignier, cujo título foi “Constituição médica, ou moléstias reinantes”. O ensaio foi publicado nos números 3, em abril (p. 97-104); 4, em setembro (p. 159-174); e 5, em dezembro (p. 217-232) de 1843. As doenças apontadas por Mavignier foram as mais variadas: tifo, febres intermitentes, irritações gástricas, hidropisia, apoplexia, disenterias, oftalmias, inflamações mais ou menos rebeldes e intensas das glândulas submaxilares. Minha pergunta sobre esta última é: será que se tratava de escrófula? O ingurgitamento ganglionar foi uma das observações de Villemin (1868, p. 179) sobre a tuberculose. O autor, é válido notar, defendia a ideia de contágio entre as pessoas e descartava a possibilidade de transmissão

hereditária. De antemão, já acrescento: a visão contagionista não fez parte do repertório discursivo de Mavignier em 1843. É importante frisar isto, porque a partir dessa visão é que se implantavam as medidas de controle e profilaxia.

Nesse período, prevalecia, na medicina oficial do Brasil, a teoria do médico francês François Joseph Victor Broussais, que havia organizado um sistema baseado no princípio da emanação de miasmas e da influência de condições desfavoráveis do clima e do ambiente para propagação de todas as doenças (medicina fisiológica). Mavignier seguia esse paradigma? Se sim, como isso foi apresentado em seus discursos sobre a tísica?

Em seu trabalho, mesmo fazendo a descrição do clima frio que fez no Recife em 1843, Mavignier fez questão de dizer que as moléstias do trato respiratório foram pouco frequentes. Aqui, já podemos pensar que ele não fazia correlação entre clima e doenças – embora tenha visto sítios de infecção bem específicos –, ou seja, a doença estava no sujeito. Isto se enquadra no modelo etiológico “endógeno”, proposto por Laplantine (2004), para quem o mal estaria na pessoa, e não fora dela. Mesmo com um discurso de endogenia, Mavignier não se atentava para o aspecto de contágio ou transmissão.

Em seguida, Mavignier fez referência à **tísica pulmonar e tuberculosa**. A análise mostrou que ele acreditava que a doença era resultante do agravamento de outros quadros pulmonares, como as pleurisias e as pneumonias, as quais, em sua concepção, sofriam transformações e supuravam. Ou seja, a tuberculose seria uma doença de evolução lenta. Mas ele também indicou que a doença poderia ser causada pela excreta excessiva, especialmente aquelas cujo tratamento foi **excitante**. Aqui se identifica o modelo terapêutico excitante descrito por Laplantine (2004, p. 38). Segundo Broussais (1827, p. 155), “la evacuation de cierta cantidad de fluidos [...] resultan las enfermedades, cuyas causas buscamos”. De fato, o tratamento indicado contra as **emissões sanguíneas, metáfora para as hemoptises**, foi bastante estimulante das excreções na tentativa de reequilibrar os humores. Era comum a prescrição de fórmulas vomitivas e gomosas, de revulsivos, além da dieta, reflexo do discurso da higiene na sua classificação de *ingesta* prescrito por Broussais (1827).

Mantendo sua fidelidade ao paradigma fisiológico, o médico continuou expondo as doenças por sítios de infecção. O trato respiratório e a fragilidade das pessoas apareciam com frequência ao longo do ensaio.

A tísica sempre estava associada com o quadro de agravamento de uma doença pulmonar primária. O **modelo endógeno** da tísica figurou na

apresentação de todos os capítulos do ensaio, o que ocorreu entre abril e dezembro de 1843.

Ao correr da pena, Mavignier culpabilizava a vítima, à moda de uma ladainha “por tua culpa, tua tão grande culpa”. Ora o doente era um teimoso renitente ao tratamento, mesmo quando se preconizava uma substância aditiva, feito o açúcar; ora o doente era “mal conformado e predisposto para essas inflamações e formação dos tubérculos pulmonares” (MAVIGNIER, 1843, p. 170), ora era uma pessoa de vida desregrada. Como informa Laplantine (2004, p. 228), a doença era vista como uma punição que surgia em consequência daquilo que o “indivíduo provocou”.

Seguindo o discurso fisiologista de Broussais (1828), a higiene **circunfusa** estava associada ao surgimento da tísica. As estações chuvosas sempre foram reconhecidas como as mais propensas à ocorrência da doença. Não nos esqueçamos de que, no Recife, o que não era água era manguê. Não havia saneamento nem água encanada. As ruas ficavam encharcadas ou alagadas. As pessoas mais pobres viviam em mocambos instalados nos pontos mais longínquos da cidade, nos arrabaldes, como Afogados. A cidade, como bem chamou Emanuel Araújo (2008), era um “teatro de vícios”.

É bom não perder de vista que toda a província de Pernambuco sofria os desdobramentos da Revolução Industrial inglesa, cujos ecos se faziam presentes na indústria açucareira através da modernização de sua forma de produção, resultando em desemprego e pobreza daquelas pessoas que não sabiam operacionalizar uma máquina. Por outro lado, os mecânicos ganharam fama e dinheiro. Alguns ao ponto de enriquecer e mandar os filhos estudarem fora da província, fora do Brasil, para voltarem doutores.

Quando a situação de carestia da população era denunciada, pouco ou nada era feito para mudá-la. Não se tinha interesse em alterar o estado das coisas. As cabeças mandantes estavam em outra esfera. Na concepção das autoridades, a tísica que acometia os moradores dos sobrados ricos e abastados era consequência da languidez e do aspecto angelical das crianças, como bem o disse Freyre (1951). Por outro lado, se era alguém pobre que adoecia, era por responsabilidade própria. Vê-se aí o modelo punitivo da doença proposto por Laplantine (2004). Como diz o ditado popular: além de queda, coice!

As fontes documentais de Mavignier não falam dessa miséria e degradação humanas, mas a literatura do período sim. É só dar uma lida em *Morbus: romance patológico*, da autoria de Faria Neves Sobrinho, ou mesmo

em Carneiro Vilela, *A emparedada da Rua Nova*, para descobrir o “aspecto miserável e sórdido da habitação” e ver a gente que morava numa casa semelhante a “uma pocilga”.

[Ao] abrir a rótula, depois de pequena demora, veio recebe-lo uma criatura, cuja classificação sexual seria difícil [...]. Extraordinariamente magra e ossuda, a mulher, que viera abrir a porta, tinha os olhos enterrados no fundo das órbitas cavadas, as faces lívidas e chupadas de forma a contornar perfeitamente a caveira. A criança, esquelética e esfomeada [...]. Mulher e criança apresentavam ambas o melhor e mais vero atestado de pobreza (VILELA, 2004, p. 334).

Esses eram os “miseráveis e esquecidos” a quem Dilene Raimundo Nascimento (2005) faz referência em seu estudo sobre a tuberculose. Ou talvez os Oliver Twist da Londres desse mesmo período. Os filhos de Caim, os filhos sem a mãe pátria.

Em sua última publicação sobre as moléstias reinantes em Pernambuco, Mavignier (1843, p. 221) fez o seguinte alerta: “crescido número de doentes tem estes últimos tempos terminado sua vida pela tísica pulmonar, outros, poucos tardarão, não obstante a nova estação”.

Em 1919, Octávio de Freitas numerava a mortalidade pela tísica em Pernambuco. Para se ter uma ideia mais ampla do problema, entre 1852 e 1888, houve 13.833 mortes. Muito além dos 250 casos que Salvatori preconizou em fins do século XVIII.

Em toda a representação feita por Mavignier (1843), a doença permaneceu com o **nome de tísica. Nome próprio para uma doença.** Tísica é uma corruptela de *phthisis* (grego antigo) é uma “enfermedad en que hay consunción gradual y lenta, fiebre héctica y ulceración en algún órgano”.

TERCEIRA NOTA

O tísico em trânsito na literatura pernambucana e a tísica como fatalidade no Recife dos sobrados

Conforme citado por Moacyr Scliar (1996, p. 10), “as grandes obras literárias, além de representarem um mergulho na condição humana, situam enfermidade e medicina em seu contexto histórico”.

Entre os pesquisadores que usaram a literatura como fonte de pesquisa para análise da representação sobre as doenças, temos François Laplantine e seu livro *Antropologia da doença* (2004). Na sua metodologia de pesquisa, o autor escolheu quatrocentas obras literárias para ter o que ele chamou de “acesso à doença”. A justificativa dada por ele foi de que “a literatura, e em particular a literatura romanesca, desenvolve um interesse especial pelo detalhe e pelo detalhe do detalhe”. Além disso, pode-se falar “de uma verdadeira contribuição do texto literário à medicina [...] pela observação de outrem” (LAPLANTINE, 2004, p. 24). Como exemplo de representação na literatura da tuberculose em seus aspectos clínicos, o autor citou as hemoptises descritas por Katherine Mansfield. Para o estudo dos aspectos evolutivos da doença, indicou Thomas Mann (p. 29).

O estudo de Claudio Bertolli Filho intitulado *História social da tuberculose e dos tuberculosos: 1900-1950* trouxe uma análise das representações literárias da doença e daqueles atingidos por ela no Brasil. Ele não resistiu ao canto de Melpômene e incorporou às suas fontes a produção literária. A aventura de Bertolli Filho pelo mundo da literatura e da tuberculose não foi extensa, até porque não era seu objetivo esmiuçar o que se produziu no beletrismo acerca do assunto, como o fez Tulo Hostílio Montenegro (1971). Intitulando seu estudo de “A literatura tuberculosa”, Bertolli Filho (2001, p. 105-111) chegou a uma conclusão nada acalentadora da representação dos doentes entre os literatos paulistas. Para ele, “dissecadora da ‘psicologia’ do consuntivo a literatura mostrava-se agente enriquecedor da tuberculofobia [...] disseminando representações negativas sobre os que tinham seus corpos e suas trajetórias sociais afetados pela tuberculose” (p. 111). Teriam feito o mesmo os literatos pernambucanos com seus “tísicos em trânsito”?

Metodologicamente falando, para esta pesquisa não se fez distinção entre “obra maior de nossa época [...] ou as que aparecem como pertencentes ‘ao segundo escalão [...]’: “todas são reveladoras das representações que uma determinada sociedade faz da doença” (LAPLANTINE, 2004, p. 27). Do mesmo modo que Bertolli Filho (2001), não foi usado um número exaustivo de livros neste estudo. Por sua vez, a classificação de “**tísico em trânsito**” foi tomada de empréstimo a Tulo Hostílio Montenegro, em *Tuberculose e literatura: notas de pesquisa*. O autor a usa para descrever uma personagem enferma ou situações associadas à doença que “apare-

cem de maneira casual ou fortuita, sem afetar a substância da narrativa” (MONTENEGRO, 1971, p. 252). Estamos, pois, no campo literário.

Diante disso, interessa saber qual a mentalidade construída por Gilberto Freyre?

Segundo Moreno (2008, p. XIII), Gilberto Freyre narrou “com prosa criativa e bem-humorada esses universos próprios ao sobrenatural do povo recifense”. De fato, sua crônica “Doutores e assombrações, inclusive certa ‘mensagem’ de Raul Pompéia morto, para Martins Júnior, vivo”, já mencionada, tratou de um tema caro ao Recife do século XIX: o espiritismo. Mas também expôs uma ferida social que afligiu o campo da medicina e fez parte dos debates da época: o curandeirismo, a medicina secreta¹¹⁰. Mostrou que esta flertava com os dois mundos: de cá e do outro lado.

Uma das particularidades da escrita freyriana é a tendência de o autor se confundir com o narrador. Horas há que o leitor fica sem saber distingui-los. Assim, Freyre (2008, p. 93), confundindo-se com o narrador, conta que ouviu de um velho professor da Faculdade de Direito do Recife sobre uma das sessões espíritas que frequentara um médico negro “através de um médium”, dando respostas sobre a terapêutica em voga no século XIX. Segundo ele, o Dr. Dornelas era alvo de evocações constantes durante os encontros espíritas. Depois, Freyre se comportou como um metanarrador e passou a contar um dos vários episódios relatados por outra pessoa. A citação de Freyre é longa, mas necessária para compreender a mentalidade dos médicos nos meados do século XIX.

De Dornelas se conta que, ainda vivo, passava certa vez de sobre casaca e de cartola, **por uma das ruas mais fidalgas da cidade do Recife** quando, da varanda de um sobrado opulento, iaiá mais aristocrática resolveu zombar de qualquer jeito do preto metido a sábio e encartolado como qualquer doutor branco. E não encontrou meio mais elegante de manifestar seu desdém pela “petulância do negro” que este: cuspir-lhe sobre a cartola. Pois cartola era chapéu de branco e não de negro.

Sentiu Dornelas a cusparada sobre o chapéu. E, tirando a cartola ilustre e examinando a cusparada, diz a lenda que concluiu

110. Para mais informações das práticas de curandeirismo, sugiro a leitura de *Artes e ofícios de curar no Brasil* (CHALHOUB et al., 2003). Um dos capítulos faz referência, especificamente, a essa prática no Recife dos tempos do cólera (p. 355-386).

logo a olho nu: “**Coitada da iaiá. Tuberculosa. Não tem um ano de vida**”. E, antes de findar-se o ano, saía do sobrado fidalgo um caixão azul com o cadáver da moça. **Morrera tuberculosa** (FREYRE, 2008, p. 93, grifos nossos).

Nessa longa citação, vê-se que a tísica apareceu de maneira transversal, transitou na crônica, portanto é possível identificar o “tísico em trânsito”. Assim, não há uma dissecação da alma daquela iaiá portadora de uma tísica (até então não) anunciada, a exemplo do que fez Bertolli Filho (2001). Porém, com a ausência dessa crítica freyriana, o/a leitor/leitora terá, de maneira ilimitada, a licença poética, ética, política, social, antropológica, de pensar sobre essa iaiá.

Estabelecendo um diálogo com Laplantine (2004, p. 227), é possível pensar se a fatalidade que atingiu a iaiá branca está associada à doença-maldição, vista como “acidente que ocorre por acaso, pelo destino”? Ou poderia o caso ser classificado no modelo relacional, quando a doença surge a partir do desequilíbrio ou falta de substâncias orgânicas? Ora, teríamos então a influência da fisiologia, tão em voga em Paris e no Recife. Pensando assim, daria para fazer muitas especulações, mas elas ficariam no campo do talvez e do quem sabe...

No conto fantástico freyriano, estão presentes vários dos modelos de doença analisados por Laplantine (2004, p. 38). A referência “olho mau de negro” (FREYRE, 2008, p. 93) levaria a pensar no modelo etiológico “exógeno/maléfico” (LAPLANTINE, 2004, p. 38). Mas, ao identificar a voz articulada do médico e da medicina, percebe-se, embutido, “o diagnóstico fatal” e o “prognóstico mau”.

A partir da crônica também é possível perguntar: será que Dr. Dornelas, ao olhar para o escarro, teria usado seu dom de adivinhação? Teríamos, aqui, um exemplo do “modelo divinatório” proposto por Carlo Ginzburg (2009)? Não dá para afirmar concretamente.

De posse do saber científico, o Dr. Dornelas, médico formado em Paris rompeu com a especulação sobre a doença. Diante do sinal corporal da doença da iaiá, o escarro, deu o diagnóstico e um prognóstico mau. Nesse caso, prevaleceu o sentido da visão, a visão de alguém experiente. O mal estava nela mesma, e não fora. O campo de batalha eram os pulmões, a fisiologia não funcionava bem, o escarro era a prova. Ah! O bom e velho Dr. Broussais ecoando nas terras de Pernambuco.

É de bom alvitre lembrar que houve um tempo no qual a medicina ainda não dispunha de aparelhos microscópicos nem de outros meios de dar um diagnóstico. Portanto, era “o lugar” ocupado por Dornelas que lhe conferia esse poder determinante da morte do outro. Por isto, ele pôde falar do período de duração da doença e do seu desfecho ou resolução, que, nesse caso, se encaminhou para a morte, engrossando a estatística da época, que não era registrada senão pelos curas nas paróquias, o que dificultava tremendamente o acesso a qualquer dado (FREYRE, 2008).

Seria uma doença-punição (LAPLANTINE, 2004) causada pelo ato de escárnio da iaiá? O próprio Gilberto Freyre afasta essa possibilidade ao proclamar: “Não, diz a lenda: olho clínico”. Nesse caso, pode-se observar a aproximação com o “modelo endógeno” da doença: o corpo adocece, porque algo nele favoreceu o adoecer (LAPLANTINE, 2004, p. 38).

Note-se que não houve metáforas nem sinonímias para nomear a doença. Como disse Bertolli Filho (2001, p. 104), o que se deu foi a descrição de uma “individualidade enfermiza”, fazendo-se a identificação da “tuberculose como mal. Afinal, tuberculose e escarro foram chamados como tal”. Uma coisa, entretanto, me chamou a atenção: essa nomenclatura de “tuberculose” foi dada por Dornelas ou pelo narrador? Ou pelo próprio Freyre, que, por vezes, se coloca no lugar de metanarrador?

Há outra questão de sociologia da medicina que perpassa essa crônica: a aparição de um médico negro, como Freyre destacou, “Dornelas, o doutor negro”. Seria de estranhar esse fato? É o próprio Freyre (1951, p. 125) que, em *Sobrados e mucambos*, nos faz ver que, no século XIX, era frequente a ascensão de cidadãos, associada, entre outras coisas, ao prestígio dos “bacharéis e médicos, alguns filhos de mecânicos ou de mascates com negras ou mulatas”.

Epílogo

Vimos que a tísica constituiu uma das mais mortíferas epidemias nos meados do século XIX na província de Pernambuco. Mesmo acometendo pessoas que habitavam nos trópicos, apresentou semelhanças com a doença manifesta em continente europeu.

Os médicos pernambucanos da época se mostraram atentos ao discurso médico que estava em voga na Europa, estabelecendo com ele uma sintonia fina.

Os registros documentais descortinaram os dados sobre os doentes, mas a literatura ficcional foi uma fonte primorosa para representar a mentalidade da época escolhida para o estudo. Neste ponto, o trabalho encerra mostrando a crônica fantástica como elemento de ilustração de que a tísica não escolhia classe social para acometer. Todos eram susceptíveis. Quer no Recife do mucambo, quer no Recife do sobrado localizado na rua “*chic*”. Quer as pessoas de vida desbragada, quer as belas recatadas e de sobrado.

E, por fim, é de bom alvitre dar uma nota conclusiva sobre o último episódio referido por Freyre, do Dr. Dornelas. Ele foi analisado por Mary del Priore (2014) em *Do outro lado*, no qual escreveu sobre a história do sobrenatural e do espiritismo no Brasil do século XIX. Já no capítulo 1 – “Como tudo começou” –, a autora faz uma iniciação com o leitor, contando várias histórias do além, do outro lado da vida. No livro todo, Priore focou no desenrolar do espiritismo propagado por Allan Kardec, cuja liturgia foi apropriada por diferentes intelectuais brasileiros, os quais se reuniam para fazer sessões. Segundo relatos de Gilberto Freyre (2008, p. 92-93), foi num desses “centros de sessões de Espiritismo que chegaram a ser frequentados por alguns dos doutores mais ilustres da cidade” que Pedro Dornelas se tornou “um dos espíritos mais invocados na cidade”.

Afinal, quem era esse médico? Será que ele existiu de fato? As pesquisas mostram que, entre os membros da Sociedade de Medicina de Pernambuco, estava o Dr. Pedro Dornelas Pessoa (ROCHA, 1977, p. 7). Segundo Manuela Santos (2009), Dornelas se formou em Paris, no ano de 1834. Voltando para o Recife, passou a medicar nessa cidade.

Toda esta análise revelou que a ancoragem (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003) da narrativa de Freyre se deu no campo do místico. Por isto, por fim, e bem ao modelo de Edgar Allan Poe ou de Machado de Assis nos seus respectivos contos “O Espelho”, fica uma provocação final a quem leu este capítulo: será que o Dr. Dornelas foi um místico e teve “**olho clínico iluminado por alguma coisa de sobrenatural**” (FREYRE, 2008, p. 93, grifo nosso)? Ou ele foi um médico do seu tempo?

Referências

ARAÚJO, Emanuel. **O teatro dos vícios**: transgressão e transigência na sociedade urbana intelectual. 3. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2008.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História social da tuberculose e dos tuberculosos: 1900-1950**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

BEZERRA, Rozélia. **A higiene escolar em Pernambuco: espaços de construção e os discursos elaborados**. 2010. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

_____. Ser ou não ser, eis a questão: notas dissonantes sobre a peste bubônica em Pernambuco. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA, 4., 2014, Jataí. **Caderno de Resumos**. Jataí: UFG, 2014. p. 335.

BIRABEN, Jean-Noël; MAÎTRE, Jacques. Malades d’hier, malades d’aujourd’hui. De la mort collective au devoir de guérison. **Sciences Sociales et Santé**, v. 3, n. 1, p. 117-128, 1985.

BLOCH, Marc. **Apologia da história ou o ofício do historiador**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BONITA, Ruth; BEAGLEHOLE, Robert; KJELLSTRÖM, Tord. **Basic epidemiology**. 2. ed. Geneva: World Health Organization, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

_____. **Doenças transmissíveis: panorama da tuberculose no Brasil**. Indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BROUSSAIS, Francisco José Victor. **Historia de las flegmasias ó inflamaciones crónicas**. 4. ed. Madrid: Imprenta de D. E. Aguado, 1828. v. 4.

_____. **Tratado de fisiologia aplicado á la patologia**. Madrid: Imprenta de Don Fermin Villalpando, 1827.

CHALHOUB, Sidney et al. (Org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil**. Campinas: Editora Unicamp, 2003.

CHARTIER, Roger. O mundo como representação. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 5, n. 11, p. 173-191, 1991.

COELHO, Flávio Edler. **Medicina no Brasil imperial**: clima, parasitas e patologia tropical. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

DARNTON, Robert. Apresentação. In: _____. **O grande massacre de gatos**. E outros episódios da história cultural francesa. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p. 11-18.

DARWIN, Charles. A muralha de pedra. In: MAIOR, Mário Souto; SILVA, Leonardo Dantas (Org.). **O Recife**: quatro séculos de sua paisagem. Recife: Massangana, 1992. p. 163-166.

FERREIRA, Antônio Celso. Literatura: a fonte fecunda. In: PINSKY, Carla Bassanezi; LUCA, Tania Regina de (Org.). **O historiador e suas fontes**. São Paulo: Contexto, 2013. p. 61-91.

FREITAS, Octávio de. As molestias zymoticas no Recife. **Gazeta Médica da Bahia**, ano 31, n. 6, p. 340-345, dez. 1899.

_____. **História da luta anti-tuberculosa em Pernambuco pelo professor Octávio de Freitas**. Recife: Edição do IV Congresso Nacional de Tuberculose, 1948.

_____. **Os trabalhos de hygiene em Pernambuco**. Relatório apresentado ao secretário geral do Estado. Recife: Imprensa Oficial, 1919.

FREYRE, Gilberto. **Assombrações do Recife velho**. 8. ed. São Paulo: Global, 2008.

_____. **Sobrados e mucambos**. 2. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1951. v. 2.

GINZBURG, Carlo. Raízes de um paradigma indiciário. In: _____. (Org.). **Mitos, emblemas e sinais**: morfologia e história. São Paulo: Companhia das Letras, 2009. p. 143-180.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LE GOFF, Jacques. **As doenças têm história**. Lisboa: Terrmar, 1997.

LEFÈVRE, Fernanda; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Educs, 2003.

MAVIGNIER, Simplício Antônio. Constituição médica, ou moléstias reinantes. **Annaes da Medicina Pernambucana**, ano 2, n. 3, p. 97-104, 1843; ano 2, n. 4, p. 159-174, 1843; ano 2, n. 5, p. 217-232, 1843.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha de. Da polícia médica à cidade higiênica. **Cadernos de Extensão da UFPE**, Recife, v. 1, n. 1, p. 7-20, 1998.

MONTEIRO, Antonio Peregrino Maciel. Discurso: recitado pelo senhor doutor Antônio Peregrino Maciel Monteiro, Presidente da Sociedade de Medicina, no ato da instalação da mesma Sociedade, no dia 4 de abril de 1841. **Annaes da Medicina Pernambucana**, ano 1, n. 1, p. 9-17, 1842.

MONTENEGRO, Tulo Hostilio. **Tuberculose e literatura**: notas de pesquisa. Rio de Janeiro: Casa do Livro, 1971.

MORENO, Newton. Pois o Recife antigo teve uma rua chamada do Encantamento. In: FREYRE, Gilberto. **Assombrações do Recife velho**. 6. ed. São Paulo: Global, 2008. p. 10 16.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo. **As pestes do século XX**: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

PESAVENTO, Sandra Jatthy. **História & história cultural**. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

_____. Os andares do sobrado de um Brasil a outro. In: DIMAS, Antônio; LEENHARDT, Jacques; PESAVENTO, Sandra Jatthy (Org.).

Reinventar o Brasil: Gilberto Freyre entre história e ficção. Porto Alegre: Editora FURGS, 2006. p. 231-248.

PRIORE, Mary del. **Do outro lado:** a história do sobrenatural e do espiritismo. São Paulo: Planeta, 2014.

ROCHA, Leduar de Assis. Um periódico pioneiro. In: _____. **Annaes da Medicina de Pernambuco (1842-1844):** estudo introdutório. Recife: Governo do Estado de Pernambuco, 1977. p. 7-13.

SALVATORI, Matteo. **Del morbo tifico:** libri tre. Trento: Giambattista Monauri Stampatore Vescovile, 1787.

SANTOS, Luciana dos. **Controvérsias em torno das práticas e terapias da cura:** a epidemia de cólera-morbus em Pernambuco (1855). 2013. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SANTOS, Manuela Arruda dos. **Recife:** entre a sujeira e a falta de (com) postura: 1831-1845. 2009. Dissertação (Mestrado em História Social da Cultura Regional) – Departamento de Letras e Ciências Humanas, Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2009.

SARMENTO, José Joaquim de Moraes. Relatório dos trabalhos da Sociedade de Medicina de Pernambuco no ano de 1842 para 1843. **Annaes da Sociedade de Medicina de Pernambuco**, ano 2, n. 5, p. 232-242, 1843.

SCLIAR, Moacyr. **A paixão transformada:** história da medicina na literatura. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SIGAUD, Francisco Xavier. **Du climat et des maladies du Brésil ou statistiques médicale de cet empire.** Paris: Chez Fortin, Masson et Cie., 1844.

SONTAG, Susan. **Doença como metáfora:** Aids e sua metáforas. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

VILAR, Fernando Crivelenti et al. Tuberculose vertebral (doença de Pott) associada a abscesso de psoas: relato de dois casos e revisão da literatura. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 39, n. 3, p. 278-282, maio-jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v39n3/a11v39n3.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

VILELA, Carneiro. **A emparedada da Rua Nova**. 4. ed. Recife: edição do organizador, 2005.

VILLEMIN, Jean-Antoine. **Études sur la tuberculose**. Paris: J.-B. Baillièrè et Fils, 1868.

WELLS, Calvin. **Ossos, corpos e doenças**. Lisboa: Verbo, 1969.

WUCHERER, Otto. Sobre as causas da crescida frequência da ptísica no Brasil, e especialmente na Bahia. **Gazeta Médica da Bahia**, ano 2, n. 47, p. 265, 1868.

VARIÓLA E VACINA NA PROVÍNCIA DO RIO DE JANEIRO¹¹¹

Tânia Salgado Pimenta

Keith Barbosa

Kaori Kodama

A vaccina, Srs., esse poderoso preservativo contra o flagello das bexigas, não tem até agora tido em nossa Província todo desenvolvimento que convem á saude publica [...]. Tenho todavia para mim, que as Instrucções e recommendações do Governo da Província, e sobretudo a convicção, que no animo do povo se ha de hir ensinuando, da utilidade e virtudes da vaccina, e mais illustrado zelo dos encarregados d'ella, chegarão ao diante a fazer-nos obter resultados mais satisfactorios, e correspondentes aos sacrificios pecuniarios, que se fazem com este ramo do serviço provincial (RIO DE JANEIRO, [1836b], p. 6-7).

[...] tenho necessidade de ainda uma vez repetir que a vaccina official continúa a marcha para sua completa extincção.

Só houve vaccina official em tres municipios.

Este estado é contristador (RIO DE JANEIRO, 1878, p. 21).

Os trechos destacados acima fazem parte de relatórios do presidente da província do Rio de Janeiro. O primeiro, publicado em 1836, reconhece dificuldades no serviço de vacinação, contudo carrega a expectativa de que seria possível saná-las e obter resultados que correspondessem aos in-

111. Este capítulo é resultado do projeto de pesquisa: Assistência à Saúde e as Redes da Misericórdia (Rio de Janeiro, 1838-1889), financiado pela Faperj.

vestimentos governamentais. Quarenta anos depois, Visconde de Prados, então presidente da província, destaca a conclusão do Dr. José Francisco Frougueth, diretor do Instituto Vacínico do Rio de Janeiro, na qual admite que a vacinação estava em vias de extinção.

Investigar o que teria acontecido entre uma publicação e outra para a mudança no ânimo governamental sobre a vacinação, procurando analisar os dados obtidos, é o objetivo deste texto. A instituição da vacina tem sido apontada como uma primeira ação de Estado em saúde pública no Brasil (FERNANDES, 1999; SILVEIRA, 2013).

A legislação e as instituições imperiais concebidas para enfrentar o problema da varíola ao longo do século XIX têm recebido atenção dos historiadores. Sidney Chalhoub mostrou as agruras do serviço na corte e as dificuldades em províncias mais afastadas da capital do Império. Mas como a vacinação oficial teria se desenvolvido na província do Rio de Janeiro?

Consideramos pertinente investigar a trajetória da vacina nessa província, tanto em lugares próximos do centro do poder imperial quanto naqueles bem distantes, como pequenas povoações do interior. Como teria sido a capilaridade das ações relacionadas ao serviço de vacinação? Até onde conseguiram chegar em termos de organização institucional, demanda da população e dificuldades técnicas? Pretendemos observar como essa política de Estado, apregoada como a solução para o flagelo da varíola, foi colocada em prática no cotidiano da população fluminense.

Desse modo, aprofundando a análise sobre o Rio de Janeiro, buscamos conhecer melhor as tentativas de implantar e utilizar a vacina nas povoações mais distantes dos centros populacionais, atentando para a sua institucionalização e, conseqüentemente, configuração como política de saúde desde a primeira metade do século XIX.

Para tanto, recorreremos, sobretudo, aos relatórios dos presidentes (ou vice-presidentes) de província e aos relatórios do Ministério do Império, procurando cotejá-los com a legislação acerca do tema.

Os primeiros passos da vacina no Brasil

Nos primeiros anos das décadas de 1830, o Ministério do Império sinalizava em seus relatórios inúmeras preocupações em torno da saúde. Apesar da

ausência de algumas epidemias que assombravam as capitais da Europa e da América do Norte, como a de cólera, muitas das questões sanitárias parecem ter feito parte do quadro de contendas desde os primeiros anos da construção do governo imperial. Essa preocupação revelava que políticos e autoridades do governo não só lutavam contra as doenças, que causavam perdas irreparáveis na vida cotidiana, mas também ensaiavam os primeiros embates políticos e sociais que viriam a transformar as paisagens sociais e políticas oitocentistas. Na análise dos relatórios ministeriais do Império, encontramos, desde os primeiros documentos publicados, questões relacionadas às epidemias e endemias que afetavam a vida social no Império (o primeiro relatório apresentado e publicado refere-se aos anos de 1832 e 1833).

Dessa forma, a despeito da ausência da epidemia de cólera, não era possível ignorar as outras moléstias que grassavam no mesmo período e acompanhariam a população de todas as regiões do país e, em especial para este estudo, da província do Rio de Janeiro ao longo do Oitocentos. Febres, escarlatina, sarampo, coqueluche e varíola, entre outras enfermidades, se desenvolviam aqui e ali com constância.

Tais doenças suscitavam debates entre os médicos, que, durante as primeiras décadas do Oitocentos, tinham suas ideias embasadas pelo higienismo. De acordo com essa visão, o clima quente e úmido seria responsável pelo desenvolvimento de diversas doenças, sobretudo as febres, em consequência da emanção de miasmas palustres. Para combatê-las, defendiam-se obras de aterramento de pântanos e mangues e de canalização de rios. Com essas obras, muito foi gasto em todos os municípios da província ao longo do período imperial.

No entanto, para combater doenças reconhecidas como contagiosas, outras providências eram tomadas. No caso da varíola, por exemplo, diversas sociedades pelo mundo, ao longo do tempo, recorreram à varíolização, a partir da observação de que indivíduos que tinham desenvolvido a enfermidade não voltavam a contraí-la ou só desenvolviam a forma branda da doença (CHALHOUB, 1996, p. 103-104).

Nesse sentido, em 1799, foi expedida uma carta, por ordem do príncipe regente, a todos os governadores dos domínios ultramarinos para que procurassem introduzir a inoculação de bexigas, “principalmente nos Meninos Negros, e Índios, visto ter mostrado a experiência ser este o único, e eficaz preservativo contra o terrível flagelo das Bexigas naturais, que tem causado

tão consideráveis estragos nas Colônias Portuguesas”. Como a Coroa não obteve resposta sobre os resultados de tal prática, reforçou a recomendação em 1802, indicando que os médicos e as casas dos expostos, onde houvesse, adotassem a “prática da inoculação” (MELO, 1802¹¹²).

Na Inglaterra, em fins do Setecentos, camponeses constataram que aqueles que trabalhavam com o gado, principalmente os que ordenhavam vacas, não contraíam a varíola. O Dr. Edward Jenner se interessou e investigou o fato, desenvolvendo uma vacina a partir do pus de pústulas de uma forma da doença que acometia bovinos, inaugurando o método de vacinação braço a braço, em que os indivíduos recebiam o fluido vacínico diretamente de quem havia sido vacinado oito dias antes (CHALHOUB, 1996, p. 105-107).

É provável que a vacina jenneriana tenha chegado ao Brasil em 1804. Sete crianças escravizadas foram enviadas a Lisboa por Felisberto Caldeira Brant, futuro marquês de Barbacena, acompanhadas de um médico que aprendeu a técnica da vacinação braço a braço e voltou aplicando o método nos cativos (CHALHOUB, 1996, p. 107). Em 1811, o príncipe regente criou a Junta Vacínica da Corte, com o objetivo de que se propagasse e se conservasse o reconhecido preservativo da vacina (BRASIL, 1890¹¹³). De 1811 a 1819, segundo dados do inspetor Theodoro Ferreira de Aguiar, e conforme consta na Gazeta do Rio de Janeiro, foram vacinados, pela Câmara Municipal da Corte, 17.259 indivíduos, sem contar aqueles que receberam a vacina em casa (GAZETA DO RIO DE JANEIRO, 1820). A partir de 1819, a capitania de São Paulo também aderiu à vacinação, além de Minas Gerais, Pará e Rio Grande do Sul.

Entre os conflitos e discussões que envolviam as Instituições Vacínicas no âmbito do Ministério do Império, as dificuldades decorrentes da falta de recursos e investimentos para combater o avanço da doença na corte e em várias províncias ao longo do século XIX aparecem com regularidade. Nesse sentido, as informações compiladas nos documentos oficiais nos relatam como o debate em torno da varíola e dos meios necessários para combatê-la no século XIX foi importante para o processo de formação do Estado imperial. É bem possível que a discussão mais ampla sobre a formação das

112. Agradecemos a indicação deste documento a Renato Franco.

113. O documento citado trata-se de decreto que estabelece a gratificação das pessoas empregadas na propagação da vacina na corte.

Instituições Vacínicas tenha recebido mais atenção dos políticos que atuaram nos primeiros anos do Império. Nesse espaço de ensaio da experiência política para o Segundo Reinado (RIBEIRO; PEREIRA, 2011, p. 141), até onde foi possível verificar, os eventos epidêmicos e endêmicos relacionados à varíola no Brasil acionaram amplas polêmicas na esfera da organização burocrática e política imperial.

Nesse período de construção e formação da nação imperial, médicos passaram a atuar mais ativamente nos debates da esfera pública, e um dos caminhos privilegiados de ação era sem dúvida a regulação dos serviços de saúde, que podiam ampliar sua participação na cena política. Com isso, escrevia o ministro do Império em 1835:

A Instituição Vaccinica da Corte progride com vantagem. Os Relatorios e Mappas semestraes remettidos ao Governo e inseridos nas Folhas publicas, abonão esta verdade. Ella faz frequentes remessas de Pus Vaccinico para as Provincias do Imperio que o requisitão; e recebe de Londres em todos os Paquetes nova Vaccina, que empregada simultaneamente com a que vai aqui conservando, tem observado que esta ultima não ha degenerado; e tanto que tendo aqui apparecido a bexiga ordinaria, trazida em alguns recrutas do Norte, ella não affectou a nenhum dos vaccinados, como se observou no Arsenal de Guerra, e Casa de Correção (BRASIL, 1836, p. 15).

O combate à varíola e ampliação da vacinação tornou-se um objeto de interesse da política imperial e ficou, ainda que tacanhamente, sob a alçada do Ministério do Império.

O pus tem sido constantemente remettido pela Junta, já por intermédio da Secretaria do Estado a meu cargo, a todas as Authoridades, que o sollicitão, e tem-se liberalisado a todas as pessoas que o pedem. He de esperar que as Administrações Provinciaes não desviem a sua attenção de hum objecto, que o Governo Geral tanto se tem empenhado em promover; e que, facilitando a applicação da vacina nos lugares distantes das Capitais, e das Villas, *esta em pouco tempo se vulgarise por todo o Imperio* (BRASIL, 1837, p. 16, grifo nosso).

A ideia da “vulgarização” da vacinação no Império já era apontada como uma necessidade quando, diante da epidemia de bexigas de 1826, que assolava províncias do norte e do sul, a Câmara dos Deputados indicou que a comissão de saúde pública propusesse uma resolução que “autorizasse o Governo a estender por todas as Províncias do Império o benefício permanente da vacina” (DIÁRIO FLUMINENSE, 1826, p. 1). Na década seguinte, a demanda para ampliação das discussões era patente, e, em 1838, as autoridades provinciais argumentavam nos relatórios ministeriais dos Negócios do Império que as faculdades de medicina e a Academia deveriam se posicionar sobre a revacinação, uma questão que estava sendo problematizada no período. “[...] julgou conveniente o Governo ouvir a este respeito não só o Inspector daquela Instituição, como também as duas Faculdades de Medicina, e a Academia Imperial da mesma Sciencia” (BRASIL, 1839, p. 18).

O ministro Nicolau Pereira de Campos Vergueiro, em 1832, já indicava algumas propostas significantes na esfera coletiva de preocupações com a saúde, para além da corte. As informações registradas nos relatórios imperiais em torno da criação e ampliação da Instituição Vacínica e de uma agenda política que reforçasse a necessidade de vacinação dos doentes, ainda na primeira metade do século XIX, talvez revele como os temas relacionados à saúde pública ganharam notoriedade entre os políticos da época.

Os debates e as reflexões sobre a vacina, sua instituição, disseminação e os problemas enfrentados estão inseridos nesse processo de estruturação do Império do Brasil, mas devem também ser situados no próprio processo de organização dos médicos e da elaboração de uma agenda sanitária (FERREIRA, 1999), bem como na análise das reações da população a ser vacinada.

Dada a intenção de cobrir todas as regiões da província (assim como todas as regiões do país), o serviço de vacinação poderia servir também para que o governo obtivesse mais informações sobre o território e sua população na perspectiva da tarefa de se construir um Estado nacional (CHALHOUB, 2012). Para a corporação médica, adentrar nos interiores das províncias poderia significar a divulgação e a construção de uma demanda por serviços médicos. Contudo, os esculápios muitas vezes acabaram por não se interessar tanto por essa possibilidade. Durante as décadas de 1820 e 1830, jornais replicavam o entendimento dos presidentes de província de que, no interior, a vacinação enfrentava muitos obstáculos,

como a “corrupção” do pus vacínico, devido a fatores como a má conservação e a impossibilidade de muitas câmaras de pagarem os vacinadores, ou ainda, de fazê-los cobrir vastas áreas para o cumprimento da aplicação das vacinas. Também, a resistência da população em razão de seus “preconceitos”, no dizer de tais administradores, era enunciada como fator que dificultava o serviço de vacinação.

Importa ressaltar que boa parte da população resistia provavelmente em função da observação dos problemas técnicos e, às vezes, da falta de oferta da vacina. Assim, se não havia um serviço constante que mostrasse eficácia, a população não se sujeitava ao pus. Essa resistência, por sua vez, gerava falhas no acompanhamento de cada indivíduo e dificuldades para manter a disseminação da vacina, pois o vacinado deveria voltar depois de oito dias para se observar se o processo estava de acordo com o esperado pelos médicos; em caso positivo, era retirado da pústula o pus vacínico para ser introduzido em outros indivíduos da região.

Huma das condições indispensaveis para aquella propagação nos municipios he sem duvida a extracção e conservação do fluido vaccinico, para que a inoculação não páre e se reproduza de humas para outras pessoas, até que exija reforma. Não he possivel pois enviar para os municipios tamanha copia de laminas, com que se faça ahí toda a inoculação.

Ordenei portanto que a vaccina tivesse lugar todos os domingos nas casas das camaras. Recommendei-lhes fizessem posturas impondo penas áquellas pessoas, que não fizessem vaccinar seus filhos, famulos, escravos, &c., e os não levassem ás referidas casas ao oitavo dia, a fim de se verificar se a vaccina era verdadeira ou spuria, e extrahir-se o fluido para a inoculação de outros.

Muitas camaras as fizeram, mas infelizmente tem tido a sorte de quasi todas as posturas, isto he, ou não tem sido executadas, ou o tem sido muito mal na maior parte dos lugares (RIO DE JANEIRO, 1851c, p. 31)

Destacamos que, no caso dos mapas apresentados nos relatórios dos presidentes de província do Rio de Janeiro, as categorias de identificação dos vacinados eram: sexo (masculino; feminino), condição (livre; escravo) e resultado da vacinação (vacina regular; sem resultado; não observado).

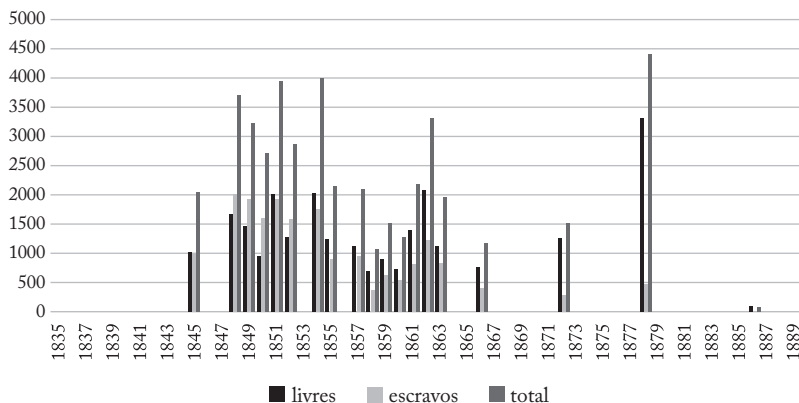
A vacinação de escravos

Os escravos constituíam um importante grupo a ser vacinado. Considerando que se tratava, com exceção de centros maiores, como as cidades do Rio de Janeiro, Niterói e Campos, de regiões com atividades rurais, cuja população era mais dispersa pelo território da província, o contratempo da distância para ir ao centro de uma vila em busca de vacina não era pequeno. Sabendo de todos os problemas de estrutura do serviço, reforçados por dificuldades técnicas, os habitantes de determinada vila não faziam viagens unicamente para vacinarem seus filhos e escravos. Muitos fazendeiros e chefes de família que tinham confiança na vacina os faziam vacinar por facultativos em suas casas (RIO DE JANEIRO, 1851c). E, de fato, a vacinação privada parece ter sido um recurso utilizado por senhores de escravos para evitar deslocamentos ao centro do município.

Até meados da década de 1850, os escravos eram vacinados em número maior que os livres, conforme mostram os mapas de vacinação anexos aos relatórios dos presidentes da província do Rio de Janeiro. À época, relacionava-se o tráfico atlântico de negros com a disseminação da varíola. A vacinação era enfatizada tanto pelas autoridades – que proibiam a venda de escravos novos nos mercados negreiros sem o comparecimento decorridos oito dias desde a segunda vacinação – como pelos próprios senhores. Diversos anúncios de jornais mencionavam, entre as características dos escravos fugidos, recentes “signaes de vaccina nos braços”, o que parece indicar que a prática de vacinação dos escravos era bastante disseminada.

Com o fim do tráfico e, portanto, com o fim da existência de africanos escravizados recém-chegados no país, é possível que tenha havido a dissociação entre eles e a varíola, o que explicaria a redução do número de escravos vacinados em relação aos homens livres, como mostra o Gráfico 1, a seguir.

Gráfico 1 – Vacinação conforme condição jurídica, Rio de Janeiro (1845-1889)



Fonte: Dados sistematizados a partir dos relatórios dos presidentes da província do Rio de Janeiro de 1835 a 1889 (CENTER FOR RESEARCH LIBRARIES, acesso em 6 jun. 2016).

Conforme assinalou Sidney Chalhoub (1996, p. 109), havia consenso entre os médicos do Rio de Janeiro de que o tráfico de escravos era um importante fator de disseminação da varíola¹¹⁴. Em sua análise sobre as epidemias que se desenvolveram na cidade do Rio de Janeiro entre 1830 e 1870, Pereira Rego¹¹⁵ associa diretamente a cessação temporária do tráfico em 1831 com a ausência de registros de varíola até 1833 e, a aparição de epidemias violentas até o final da década com a retomada do tráfico, a partir de então ilegal, o que dificultaria a vacinação.

Mary Karasch, por sua vez, aborda a vacinação dos africanos em Angola e de bebês e escravos novos no Rio. De fato, embora alguns comerciantes de escravos destacassem que os cativos colocados à venda haviam sido vacinados, o que os valorizava e aumentava a preferência pela sua compra, havia queixas a respeito de negociantes e senhores que não os vacinavam. E isso está de acordo com os dados oficiais (KARASCH, 2000, p. 216).

114. As obras médicas do período colonial costumavam fazer a associação entre “pestes”, em particular as epidemias de varíola, e o tráfico de escravos. No século XVII, João Ferreira Rosa, em Tratado único da constituição pestilencial de Pernambuco, já fazia essa associação.

115. Pereira Rego foi presidente da Junta Central de Higiene Pública e da Academia Imperial de Medicina, acumulando os dois cargos entre 1864 e 1881. Em 1874, recebeu o título de Barão do Lavradio.

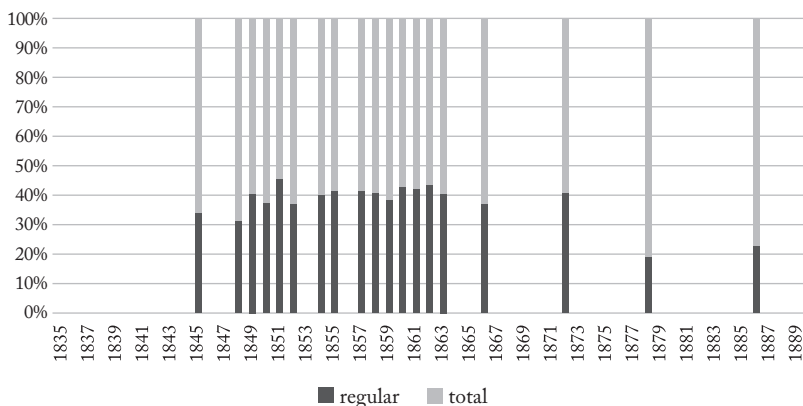
A vacina regular

O Gráfico 2, a seguir, mostra como, no universo de indivíduos em que se inoculava o pus vacínico a cada ano, apenas pouco mais de 40 % foram considerados efetivamente vacinados, ou seja, voltaram ao serviço de vacinação oito dias depois para se verificar que estavam protegidos contra um desenvolvimento grave da doença. Denominavam-se esses casos de “vacina regular”. A maior parte das pessoas não desenvolvia a pústula vacínica ou simplesmente não voltava, e a vacina era registrada como espúria ou não observada, respectivamente. Esses dados refletiam no cotidiano a situação dos habitantes de uma região em que muitos que haviam recebido o pus desenvolviam a varíola em momentos de surtos da doença, como o próprio relatório de 1837 aponta:

[...] muitos de nossos Comprovincianos não chegarão a convencer-se dos beneficos resultados d’este reconhecido antidoto das bexigas. Talvez, como me dizem, não concorresse pouco para que muitos inexperientes tenham em pouca conta esse preservativo, o phenomeno, que ultimamente temos presenciado, de haver sido atacada de bexigas, bem que benignas, muita gente alias vacinada (RIO DE JANEIRO, [1837], p. 9).

Nota-se também que, nos anos finais do Império, a constância e a qualidade da vacinação havia decaído bastante.

Gráfico 2 – Distribuição percentual da vacinação total e da vacinação válida, Rio de Janeiro (1835-1889)



Fonte: Dados sistematizados a partir dos relatórios dos presidentes da província do Rio de Janeiro de 1835 a 1889 (CENTER FOR RESEARCH LIBRARIES, acesso em 6 jun. 2016).

Em meados do século XIX, a varíola continuava a reinar em todas as províncias do Império, segundo o inspetor geral da Junta, Jacintho Rodrigues Pereira Reis. De acordo com suas palavras, em muitos casos, o serviço de vacinação era feito com regularidade nas principais capitais do Império, porém, no interior das províncias, o trabalho irregular de comissários vacinadores somava-se à resistência de um povo “obsecado por preconceitos” (BRASIL, 1852, p. S3-7).

No caso da província do Rio de Janeiro, o governo seguia afirmando que havia enviado suficiente pus, genuíno, para substituir o pus degenerado ou espúrio em todos os municípios (ver, por exemplo, Rio de Janeiro [1837, p. 10]). Ainda em 1844, o presidente da província afirmou que havia mandado vir de Londres diretamente para a Secretaria Presidencial em todos os pacotes a quantidade que se calculou necessária, bem acondicionada em tubos capilares, para ser oportunamente distribuída pelos municípios, a fim de sanar a falta de remessa regular pela Secretaria de Estado dos Negócios do Império (RIO DE JANEIRO, [1844], p. 26). Contudo, alguns anos mais tarde, verificamos que era cada vez mais evidente o interesse do governo em combater as epidemias e controlar os serviços de socorros aos enfermos nas principais províncias do Império. Ao compilarmos o conjunto da legislação

imperial, encontramos um aviso de junho de 1850 que revelava os custos com a compra do pus que vinha de Londres. Segundo relato do Visconde de Mont’Alegre, oito libras esterlinas e oito *schillings* eram gastos anualmente para importar o pus; ele ainda “ordenava que seja feita por conta do Ministerio do Imperio a despeza a que se costuma fazer pelo [Ministério] dos [Negócios] Estrangeiros com a aquisição e remessa de pus vaccinico enviado pela Legação Imperial em Londres” (BRASIL, 1851a, p. 294).

Em 1850, em virtude do contexto de debates sobre uma nova organização sanitária impulsionada pela chegada da epidemia de febre amarela, o Decreto nº 598, de 14 de setembro, apresentado à Assembleia Legislativa da Província do Rio de Janeiro, concedia ao Ministério do Império um crédito extraordinário de duzentos contos de réis, para ser usado na melhoria sanitária da capital e de outras regiões. O artigo terceiro registrava a criação da Junta de Higiene Pública:

Fica tambem creada huma Junta de Hygiene Publica, a qual será composta de hum Presidente da nomeação do Governo e dos Cirurgiões-móres da Armada, e do Exercito, do Inspector do Instituto Vaccinico, e do Provedor da Saude do Porto do Rio de Janeiro, servindo de Secretario o do Instituto Vaccinico, ou hum dos da Inspeção da Saude do Porto, como o Governo designar. Ficão incorporados nesta Junta os estabelecimentos da Inspeção de Saude do Porto do Rio de Janeiro, e do Instituto Vaccinico (BRASIL, [1851b], p. 300).

Nesse sentido, os esforços do governo imperial em propor o alargamento do debate em torno da saúde da população, o interesse em reformar os regulamentos do Instituto Vacínico e a criação da Junta de Higiene Pública apontam para as primeiras ações de Estado em saúde pública no Brasil. Talvez possamos argumentar que as medidas implementadas na segunda metade do Oitocentos, ou seja, o interesse do governo em que se fizessem cumprir os regulamentos e leis relacionados à saúde e ao combate as epidemias, foram adquirindo legitimidade, progressivamente, em fins do século XIX e início do século XX, com destaque para a cidade do Rio de Janeiro.

Chalhoub (1996) aponta também para o fato de que se apresentar para ser vacinado significava que as autoridades poderiam ficar no seu encaço para retornar para observação no oitavo dia. Talvez essa questão deva ser

considerada mais para os casos de grandes centros. No interior, as grandes distâncias assim como a falta de estrutura do serviço devem ter contribuído para o pequeno número de pessoas observadas. Além disso, nas áreas rurais, era comum a vacinação feita por particulares, principalmente nas fazendas, o que contribuía para a subnotificação.

Outro ponto visível no Gráfico 3 refere-se à ausência de informações para diversos anos. Os dados eram sempre requisitados e chegavam atrasados ao governo da província. Durante os primeiros anos após a criação da Assembleia Legislativa da Província do Rio de Janeiro, pode-se considerar que os processos, os trâmites estariam sendo ainda colocados em prática. Essa falta de retorno de informações sobre a vacina nos diversos municípios, contudo, já gerava desapontamento no governo provincial, pois este argumentava que “todos os Municípios da Província á exceção de dous somente [...] achão-se providos de Vaccinadores” (RIO DE JANEIRO, [1836a], p. 6).

A falta de informações pode ser observada quanto às doenças também. Assim, não apenas as câmaras municipais não enviavam dados, como tampouco as casas de caridade da província, que recebiam subsídios do governo provincial e deveriam informar sobre o número de doentes e as moléstias tratadas (PIMENTA; BARBOSA; KODAMA, 2015). No caso da vacinação, tal problema era repetidamente atribuído à falta de comprometimento dos vacinadores. Havia rotatividade de indivíduos que ocupavam o cargo de vacinador, e estes nem sempre eram médicos.

Algumas modificações no serviço geravam problemas, como no caso da lei provincial de 20 de dezembro de 1837 sob o nº 24, que, no seu artigo quarto, determinava que as despesas com a vacina, compreendido o ordenado dos cirurgiões vacinadores, fossem pagas pelas rendas municipais. Desse modo, várias câmaras teriam entendido que tais empregados deveriam ser por elas nomeados e demitidos. O próprio presidente da província reclamava, então, que, se a ação do governo sobre os vacinadores já era pouco eficaz, acabava “por essa maneira de perder toda a pouca força que tinha”. Argumentava ainda que, embora a vacina tivesse merecido o cuidado necessário em algumas câmaras da província, era “certo que a maior parte, sobrecarregadas com outros muitos negocios a seu cargo, pouca atenção tem dado áquelle importante preservativo” (RIO DE JANEIRO, 1851c, p. 31).

Desse modo, o presidente da província, Aureliano Coutinho, decidiu organizar o serviço de vacinação da população e publicou o regulamento

de 23 de setembro de 1844, que procurava dar unidade e regularidade ao processo. Denominou Instituto Vacínico “o complexo dos diferentes vacinadores pagos pela província em cada município”; nomeou diretor desse instituto o vacinador da capital e demarcou as atribuições de cada um. Deu ao diretor um secretário; o primeiro receberia gratificação de 200 mil réis, e o segundo, de 120 mil réis (RIO DE JANEIRO, 1846, p. 78).

Pouco depois, em 17 de agosto de 1846, o governo imperial publica o decreto nº 464, que deu nova organização à Junta Vacínica da Corte, nomeando em cada capital um comissário vacinador provincial e outro em cada município e paróquia (FERNANDES, 1999, p. 13). O regulamento do Instituto Vacínico do Império autorizava a reforma do Instituto Vacínico da Corte e o estabelecimento de outros “iguais” em todas as províncias. O objetivo do Instituto Vacínico do Império era o estudo, a prática, o melhoramento e a propagação da vacina, sendo constituído por um inspetor geral e uma Junta Vacínica na capital do Império; presidida por um inspetor geral e por um comissário vacinador provincial na capital de cada província; por um comissário vacinador municipal em cada município; e por comissários vacinadores paroquiais em todas as povoações. Esses últimos poderiam ser “qualquer pessoa inteligente, que se queira prestar a este importante serviço”. O inspetor geral, os membros da Junta Vacínica da Corte e os comissários vacinadores provinciais deveriam ser médicos ou cirurgiões legalmente habilitados para curar.

A questão dos custos com os salários dos vacinadores também era encaminhada pela mesma lei. A partir de então, foi destacado nos relatórios provinciais o fato de que os encarregados pela propagação da vacina no município ou paróquia não receberiam ordenado algum pelos cofres gerais, havendo possibilidade de serem remunerados apenas após dez anos de serviços reconhecidos. No arrolamento dos ordenados e gratificações dos empregados da Instituto Vacínico, observamos o sistema que se construiria para a propagação da vacina “e generalizando-o a todo o Império”. No período da reforma, foram indicados 24 funcionários, entre os quais havia um inspetor geral, quatro vacinadores, um secretário, um porteiro. Dez delegados foram distribuídos entre as províncias do Rio de Janeiro, Minas, São Paulo, Maranhão, Mato Grosso, Goiás, Bahia, Pernambuco e Pará. Além disso, mais oito delegados foram distribuídos entre as províncias do Piauí, Paraíba, Alagoas, Ceará, Santa Catarina, Espírito Santo, Sergipe e Rio Grande do Norte (BRASIL, 1847, p. 86).

Estabelecia-se também que o fluido vacínico deveria ser remetido pelo inspetor geral, quando requisitado pelos comissários vacinadores provinciais, bem como o que lhe fosse exigido pelo governo, presidente de província e câmaras municipais.

Após resolução de 1844 e lei de 1846, houve novo ânimo, baseado na crença de que o serviço da vacina teria progredido, “ainda que lentamente”. Considerava-se então o resultado, “obtido a despeito da negligencia de alguns vacinadores”, satisfatório. Assim, esperava-se que fosse possível colher maior benefício “deste ramo do serviço publico” (RIO DE JANEIRO, 1848, p. 54). Porém, logo se colocam os problemas que persistiam a respeito dos vacinadores municipais e paroquiais, que seriam empregados sem ordenados. Desse modo, os que vacinavam não queriam ter o trabalho de fazer os registros nem de enviar os mapas solicitados pela administração provincial (RIO DE JANEIRO, 1849, p. 17). Com o regulamento da Junta Central de Higiene Pública, de 29 de setembro de 1851, a inspeção da vacinação fica sob sua direção, preservando o regulamento de 1846 com poucas modificações.

Nas últimas décadas do Oitocentos, publicava-se um novo regulamento que fazia referência ao decreto nº 8.387, de 19 de janeiro de 1882, e que reforçava o dever da Junta de dirigir o serviço de vacinação. Com nove capítulos e inúmeros artigos, buscava organizar o serviço de vacinação, regular as atividades das Juntas de Higiene e de seus auxiliares, organizar as atribuições das Juntas e dos inspetores de higiene das províncias, regular as atribuições da comissão da higiene, além de organizar e fiscalizar o exercício da medicina, da farmácia e da polícia sanitária, procurando, talvez, legitimar o discurso que se aprimorava e se transformava concomitantemente na tentativa de estruturação e fortalecimento em meio à crise política imperial (BRASIL, [1883]).

Se não se vai à vacina...

De acordo com o Gráfico 3, adiante, percebemos que houve algum empenho no registro da vacinação, ou mesmo na própria vacinação, no período que se segue às novas regulamentações: de 1844, 1846 e 1851. A falta de vacinação em alguns anos está associada em grande parte à Guer-

ra do Paraguai, de 1864 a 1870. Nesse contexto, os próprios relatórios pouco tratavam de outros assuntos.

A partir de 1870, o serviço de vacinação no Rio de Janeiro passa à decadência completa. Entre as soluções buscadas, houve tentativas de coagir as pessoas a se vacinarem, reforçadas ao longo do tempo. No começo desse mesmo ano, o *Diário do Rio de Janeiro* publicou as posturas aprovadas pelo presidente da província para a Câmara Municipal de Paraty, em que se declarava que “os chefes de família eram obrigados a fazer vacinar todas as crianças de qualquer cor e condição, o mais tardar até 6 meses de idade, mandando-as para esse fim à casa da Câmara, nos dias e horas que o vacinador marcar”. Caso descumprissem, seriam penalizados com multa de 6 mil réis (DIÁRIO DO RIO DE JANEIRO, 1870, p. 3).

Desde o final da década de 1820, porém, já se apontava na direção da obrigatoriedade de vacinação em serviços específicos em diferentes regiões do país. A Casa dos Expostos da Santa Casa da Misericórdia da Corte, por exemplo, era submetida a um regulamento publicado em 1830 sobre a vacinação em suas dependências, tal como existia a obrigação de que os meninos órfãos da Casa Pia e Colégio de São Joaquim da Bahia fossem vacinados, conforme os seus estatutos de 1828 (BRASIL, 1876, 1878). Nessa mesma época, em 1832, o regulamento dos hospitais regimentais deixava claro que as praças que ainda não tivessem tido bexigas deveriam ser vacinadas pelos cirurgiões dos estabelecimentos (BRASIL, 1874). No regulamento das “Missões de catechese e civilização dos Índios”, o artigo 21 registrava a necessidade do serviço de vacinação: “Cuidar na introdução na Vaccina nas Aldêas, e facilitar-lhes todos os soccorros nas epidemias” (1846, p. 89).

O regulamento de 1846, por exemplo, estabelecia algumas medidas mais coercitivas, declarando que todas as pessoas residentes no Império seriam obrigadas a se vacinar, qualquer que fosse sua idade, sexo, estado e condição, excetuando-se somente os que mostrassem ter recebido vacina regular ou contraído bexigas verdadeiras (BRASIL, 1847, p. 95, art. 29). Além disso, as crianças de três meses de idade, ou ainda menos, se possível, deveriam ser vacinadas (p. 96, art. 30). O regulamento também decretava que ninguém poderia ser admitido, matriculado ou inscrito em qualquer estabelecimento oficial ou literário, público ou particular, sem que mostrasse que havia recebido vacina regular, contraído bexigas naturais ou sido vacinado sem sucesso pelo menos três vezes (p. 96, art. 35). Por fim, instituía que todos os indivíduos

que entrassem para o serviço do exército, da armada ou fossem admitidos em estabelecimentos de educação ou oficiais que estivessem a cargo do governo, seriam antes de tudo vacinados, a menos que comprovassem estar preservados da enfermidade ou já ter tentado a vacinação (p. 96, art. 36).

Diante das dificuldades do serviço de vacinação, publicou-se um decreto que obrigava os alunos do quinto ano das faculdades de medicina do Império a frequentarem os Institutos Vacínicos na corte e na Bahia uma vez por semana durante o ano letivo (BRASIL, 1871). O governo imperial procurava, dessa forma, inserir os estudantes de medicina nas discussões e, sobretudo, na prática da vacinação. Não sabemos se esse decreto foi cumprido conforme determinava o artigo oitavo: “Os Chefes dos Institutos Vacínicos farão os alumnos, debaixo de sua inspecção, praticar a vacinação, extrahir a lympha vaccinica e collocar-a em tubos ou laminas” (p. 380).

Decerto, o problema não foi solucionado através dessa estratégia. A questão era mais complicada. Voltando à província, ainda em 1851, o então presidente Luiz Pedreira do Coutto Ferraz discordava da avaliação corrente de que a ignorância e o preconceito da população constituíam a principal causa para o insucesso do serviço de vacinação. Segundo ele, a dificuldade residia na própria instituição vacínica:

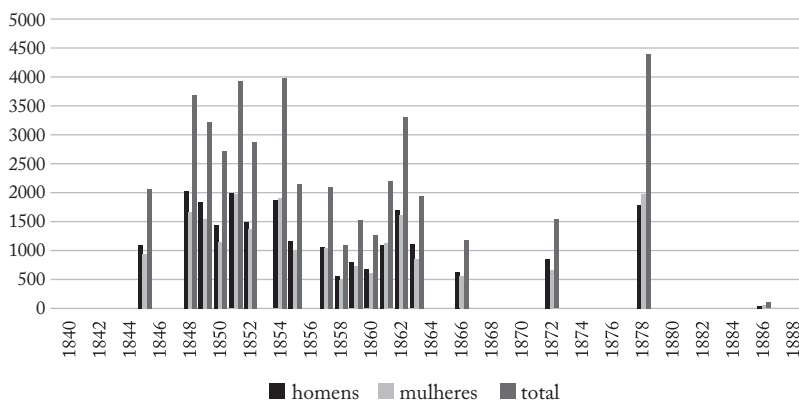
Comparando-se o mappa total com o numero de creanças nascidas no anno passado, vê-se que por ora é ainda pouco satisfactorio o resultado da vaccinação n'esta provincia, o que ella se acha no atraso em que este ramo de serviço está em quasi todo o imperio.

Simelhante mal na provincia do Rio de Janeiro já não póde ser attribuido á repugnancia filha de antigos preconceitos da população contra tão util preservativo; nem sómente á sua indolencia e desleixo. Prova a meu vêr que *ha vicio radical na instituição*. Pelo menos nen-um, ou quasi nen-um é em geral o auxilio prestado pelos vaccinadores parochiaes. Queixa-se o director da vaccina, que nem lhe remettem mappas, o nem ás vezes respondem a seus officios (RIO DE JANEIRO, 1851a, p. 24-25, grifo nosso).

A decadência, como era caracterizado o estado do serviço de vacinação, era tanta que Coutto Ferraz, ao passar a administração da província temporariamente ao vice-presidente, em 1853, alertava que convinha que “por

ora não se dispênda na provincia mais do que a cifra votada nos últimos annos com este serviço: porque tudo o mais será em pura perda” (RIO DE JANEIRO, 1853, p. 32).

Gráfico 3 – Distribuição da vacinação de acordo com sexo, Rio de Janeiro (1840-1888)



Fonte: Dados sistematizados a partir dos relatórios dos presidentes da província do Rio de Janeiro de 1840 a 1888 (CENTER FOR RESEARCH LIBRARIES, acesso em 6 jun. 2016).

Como é possível observar no Gráfico 3, a falta de dados é mais notória em anos de intensa epidemia, como em 1873. Alguns jornais relatavam a reincidência da varíola em pessoas já vacinadas, o que deveria confundir a população sobre a eficácia do pus e possivelmente, para muitos, gerar a descrença nesse método. Alguns médicos procuravam orientar a população sobre os efeitos esperados e a necessidade de revacinação. *O Jornal do Agricultor*, voltado para leitores do interior da província, divulgava, em uma sessão intitulada Medicina Doméstica, quais eram os efeitos esperados do pus e as recomendações necessárias para que sua aplicação surtisse o efeito desejado. Alertava, por exemplo, que havia o risco de o paciente se submeter à “falsa vacina”, que daria algum tipo de reação, como uma erisipela, mas seria inócua contra a varíola, devido à má qualidade do pus ou por ter sido produzida com instrumento “sujo, rombo ou enferrujado” (JORNAL DO AGRICULTOR, 1880, p. 78). Um médico da corte que anunciava seus serviços no *Jornal do Commercio* alertava que “a vacina apenas preserva por um

certo tempo o indivíduo vacinado” (JORNAL DO COMMERCIO, 1872, p. 2), o que implicava a possibilidade de manifestação das bexigas mesmo naqueles que tivessem recebido o “preservativo” corretamente. Dessa forma, o efeito da vacina não era assegurado, mesmo que fosse bem aplicada. Diante dessa incerteza, não é difícil imaginar que houvesse de fato diferentes motivos para que a população não aderisse em massa à vacinação, e essa resistência deve ter influenciado as baixas notificações.

No Gráfico 3, também se observa razoável equilíbrio entre o número de homens e o de mulheres, o que indica que não havia uma resistência à vacina relacionada a gênero, ao menos nos dados obtidos por meio dos relatórios de presidentes da província dos anos de 1835 a 1889. Durante a década de 1880, homens e mulheres deixaram de ser vacinados, não obstante essa obrigatoriedade estar registrada em lei, sob pena de multa, e a exigência de atestado de vacinação efetivada aos alunos novos matriculados em colégios. O serviço de vacinação na província do Rio de Janeiro foi praticamente abandonado até o final do Império. Essa observação vai ao encontro do que Sidney Chalhoub (1996, p. 156-157) registra. As autoridades médicas passaram então à seguinte solução: reformar o regulamento do Instituto Vacínico, para que a vacinação fosse, além de obrigatória, domiciliária. Adentrando no período republicano e constatando que os esculápios estavam colocando em prática essa medida, Chalhoub (1996, p. 161) chama a atenção para a provável “exaltação dos ânimos em torno da vacinação” nos anos anteriores à revolta de 1904.

Do outro lado da baía, em Niterói, o diretor do Instituto Vacínico da província, José Francisco Frougeth, acompanhava os colegas da corte, em 1880, argumentando que as bases principais do serviço deveriam ser a vacinação nas casas e a remuneração dos vacinadores. Já no final do Império, ele ressaltava que os terríveis ataques de varíola só poderiam ser combatidos com a vacinação obrigatória e domiciliária nas vilas e cidades, defendendo a mesma abordagem do problema para o interior da província (RIO DE JANEIRO, 1887).

À guisa de conclusão

A varíola continuou a fazer parte do cotidiano da população do Rio de Janeiro ao longo de todo o século XIX (PIMENTA; BARBOSA; KODAMA, 2015, p. 158-159). A inconstância dos registros e a precarieda-

de na realização da vacinação eram frequentemente abordadas nos discursos dos relatórios. Embora as dificuldades do serviço fossem apontadas e suas causas enumeradas, não se colocava em dúvida a necessidade dele e de toda a estrutura material para realizá-lo.

Diante disso, interessa apontar que, nos orçamentos anuais da província do Rio de Janeiro, o item Saúde Pública refere-se basicamente ao pagamento do pessoal do Instituto Vacínico, ou seja, burocraticamente para o governo as despesas com “saúde pública” limitavam-se ao serviço de vacinação. Em alguns momentos o orçamento associava “saúde e caridade pública”, incluindo assim os subsídios concedidos às casas de caridade da província, o que pode ser observado até meados da década de 1860. Desse período em diante aparecia também, separadamente, a despesa com o Hospital São João Baptista de Niterói.

Destaca-se, pois, a contradição entre o discurso e a prática. No orçamento de 1840-41, a despesa da província era prevista em mais de 670 contos, sendo 4 contos e 600 mil réis relativos à remuneração dos vacinadores (RIO DE JANEIRO, 1851b). Em 1851, a despesa prevista quase dobrara, chegando a quase 1.200 contos, contudo os gastos com a saúde pública não acompanharam esse aumento na mesma proporção, totalizando apenas 5 contos e 720 mil réis (RIO DE JANEIRO, 1850). No final do Império, em 1887, período de crise aguda da vacinação, gastava-se cerca de 1 conto e 100 mil réis com o serviço, de uma despesa total de 5.884 contos. Respectivamente, correspondem de forma aproximada a 0,68 %, 0,47 % e 0,01 % das despesas da província¹¹⁶.

No mesmo ano de 1887, registrava-se que os municípios de Angra dos Reis, Barra Mansa, Capivari, Cabo Frio, Itaboraí, Itaguaí, Magé, Maricá, Macaé, Paraty, Pirai, Petrópolis, Resende, Rio Bonito, Santo Antônio de Pádua, Sapucaia, Saquarema, Valença e Vassouras e a capital Niterói estavam enfrentando a varíola de forma intensa. A tão lamentada precariedade do serviço de vacinação, que provavelmente contribuiu para o receio da população em se deixar vacinar, pode, portanto, ser relacionada aos baixos valores alocados durante o Império para o que era considerado “saúde pública”.

116. Interessa destacar que a despesa do Ministério do Império relacionada à saúde também é baixa, incrementando-se apenas nos períodos de epidemias. Ver Carvalho (1988, p. 38).

Referências

BARBOSA, Plácido; REZENDE, Cássio Barbosa. **Oswaldo Cruz Monumenta Histórica**: os serviços de saúde pública no Brasil de 1808 a 1907. Primeira parte: esboço histórico. São Paulo: Brasiliensia Documenta, 1978. Tomo 4, v. 6.

BRASIL (Império). Aviso de 20 de junho de 1850. Ordena que seja feita por conta do Ministerio do Imperio a despeza a que se costuma fazer pelo dos Estrangeiros com a requisição e remessa de pus vaccinico enviado pela Legação Imperial em Londres. **Colecção das Decisões do Governo do Imperio do Brasil**: 1850. Rio de Janeiro: Typographia nacional, 1851a. Tomo 13, p. 294.

_____. Carta imperial de 30 de abril de 1828. Approva os estatutos da Casa Pia e Collegio de S. Joaquim dos Meninos Orphãos da cidade da Bahia. **Colecção das Leis do Imperio do Brazil de 1828**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1878. Parte 2, p. 27-74.

_____. Decisão n. 106. Em 10 de maio de 1830. Aprova o Regulamento para a vaccina dos expostos na Santa Casa de Misericordia desta Corte. **Colecção das Decisões do Governo do Imperio do Brazil de 1830**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1876. p. 84-86.

_____. Decreto de 4 de abril de 1811. Marca a gratificação das pessoas empregadas na propagação da vaccina nesta Corte. **Colecção das Leis do Brasil de 1811**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1890. p. 41-42.

_____. Decreto de 17 de fevereiro de 1832. Extingue os Hospitaes Militares, crea os Regimentaes e da-lhes Regulamento. **Colecção das Leis do Imperio do Brazil de 1832**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1874. Parte 2, p. 10-36.

_____. Decreto n. 426 de 24 de julho de 1845. Contém o Regulamento ácerca das Missões de catechese, e civilização dos Indios. **Colecção das Leis do Imperio do Brazil de 1845**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1846. Tomo 8, parte 2, secção 25, p. 86-96.

_____. Decreto n. 464 de 17 de agosto de 1846. Manda executar o Regulamento do Instituto Vaccinico do Imperio. **Colecção das Leis do Imperio do Brasil de 1846**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1847. Tomo 9, parte 2, secção 20, p. 86-98.

_____. Decreto n. 598 de 14 de setembro de 1850. Concede ao Ministerio do Imperio hum credito extraordinario de duzentos contos para ser exclusivamente despendido no começo de trabalhos, que tendão a melhorar o estado sanitario da Capital e de outras Povoações do Imperio. **Colecção das Leis do Imperio do Brasil de 1850**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, [1851b]. Tomo 9, parte 1, p. 299-301.

_____. Decreto n. 4.744 de 23 de junho de 1871. Impõe aos estudantes do 5.º anno das Faculdades de Medicina do Imperio a obrigação de frequentar os Institutos Vaccinicos na Côrte e na capital da Provincia da Bahia. **Colecção das Leis do Imperio do Brasil de 1871**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1871. Tomo 34, parte 2, p. 379-380.

_____. Decreto n. 8.387 de 19 de janeiro de 1882. Manda observar o Regulamento para o serviço da saude publica. [**Colecção das Leis do Imperio do Brasil de 1882**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1883]. p. 97-116.

_____. [**Imperio 1835**]. Relatorio da Repartição dos Negócios do Império apresentado á Assembléa Geral Legislativa na sessão ordinaria de 1836, pelo respectivo ministro e secretario de Estado, José Ignacio Borges. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1836.

_____. [**Imperio 1836**]. Relatorio da Repartição dos Negócios do Império apresentado á Assembléa Geral Legislativa na sessão ordinaria de 1837, pelo respectivo ministro e secretario de Estado, Antonio Paulino Limpo de Abrêo. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1837.

_____. [**Imperio 1838**]. Relatorio apresentado á Assembléa Geral Legislativa na sessão ordinaria de 1839, pelo ministro e secretario de Estado interino dos Negócios do Império, [Francisco de Paula de Almeida e Albuquerque]. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1839.

_____. Relatório do estado de Vacinação, apresentado ao Ministerio do Imperio pelo Inspector Geral do Instituto Vaccinico Jacintho Rodrigues Pereira Reis. In: _____. [**Império 1851**]. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1852. Anexo, S2-1–S2-9.

CARVALHO, José Murilo de. **Teatro das sombras**: a política imperial. Rio de Janeiro: Vértice, 1988.

CENTER FOR RESEARCH LIBRARIES. **Ministerial Reports**: Imperio. 1835-1889. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

_____. **Provincial Presidential Reports**: Rio de Janeiro. 1835-1889. Disponível em: <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/rio_de_janeiro>. Acesso em: 6 jun. 2016.

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

_____. População e sociedade. In: CARVALHO, José Murilo de (Coord.). **A construção nacional**: 1830-1889. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012. p. 37-82. (Coleção História do Brasil Nação: 1808-2010, v. 2).

DIÁRIO DO RIO DE JANEIRO. Rio de Janeiro, ano 53, n. 19, 19 jan. 1870.

DIÁRIO FLUMINENSE. Rio de Janeiro, n. 56, 6 jul. 1826.

FERNANDES, Tania Maria. **Vacina antivariólica**: ciência, técnica e o poder dos homens (1808-1920). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FERREIRA, Luiz Otávio. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-43). **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 331-51, jul.-out. 1999.

GAZETA DO RIO DE JANEIRO. Rio de Janeiro, n. 59, 22 jul. 1820.

JORNAL DO AGRICULTOR. Princípios práticos de economia rural. Rio de Janeiro: Typographia Carioca, 1873; 1880.

JORNAL DO COMMERCIO. Rio de Janeiro: Villeneuve, ano 51, n. 270, 1872.

KARASCH, Mary. **A vida dos escravos no Rio de Janeiro, 1808-1850**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

MELO, João Rodrigues de Sá e (Visconde de Anadia). **Aviso dirigido ao governador da Bahia, Francisco da Cunha e Meneses comunicando que o príncipe regente manda ordenar novamente que, por meio dos médicos e casas dos expostos procure introduzir o uso da vacina na capitania**. Queluz, Portugal, 1802. Localizado em: Biblioteca Nacional (Brasil). Seção de Manuscritos, II-31, 30, 102.

PIMENTA, Tânia Salgado; BARBOSA, Keith; KODAMA, Kaori. A província do Rio de Janeiro em tempos de epidemia. **Dimensões**, v. 34, p. 145-183, 2015.

RIBEIRO, Gladys Sabina; PEREIRA, Vantuil. O primeiro Reinado em revisão. In: GRINBERG, Keila; SALLES, Ricardo (Org.). **O Brasil imperial: 1808-1831**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. v. 1, p. 141.

RIO DE JANEIRO (Província). [**Relatório 1836**]. Do presidente Soares de Sousa, no dia 18 de outubro de 1836. [Rio de Janeiro, 1836a].

_____. [**Relatório 1851**]. Relatório apresentado ao Exm.º vice-presidente da província do Rio de Janeiro, o comendador João Pereira Darrigue Faro pelo presidente o conselheiro Luiz Pedreira de Coutto Ferraz pela ocasião de passar-lhe a Administração da mesma província no dia 5 de maio de 1851. Rio de Janeiro: Typ. do Diário do Rio, de N. L. Vianna, 1851a.

_____. [**Relatório 1853**]. Relatório apresentado ao Exm.º vice-presidente da província do Rio de Janeiro, o commendador João Pereira Darrigue Faro pelo presidente o conselheiro Luiz Pedreira de Coutto Ferraz por

ocasião de passar-lhe a Administração da mesma província no dia 3 de maio de 1853. Rio de Janeiro: Typ. do Diário, de A. & L. Navarro, 1853.

_____. **Relatorio apresentado á Assembléa Legislativa Provincial do Rio de Janeiro na abertura da segunda sessão da vigesima sexta legislatura em 12 de setembro de 1887 pelo presidente, dr. Antonio da Rocha Fernandes Leão.** Rio de Janeiro: Typ. Montenegro, 1887.

_____. **Relatorio apresentado á Assembléa Legislativa Provincial do Rio de Janeiro na primeira sessão da vigesima segunda legislatura no dia 8 de setembro de 1878 pelo presidente, visconde de Prados.** Rio de Janeiro: Typ. da Reforma, 1878.

_____. [Relatorio do presidente da provincia do Rio de Janeiro no 1.º dia de março de 1844]. [Rio de Janeiro, 1844].

_____. **Relatorio do presidente da provincia do Rio de Janeiro, o conselheiro Paulino José Soares de Souza na abertura da 1.ª sessão da 3.ª legislatura da Assembléa Provincial, acompanhado do orçamento da receita e despeza para o anno de 1840 a 1841.** 2. ed. Nictheroy: Typ. de Amaral & Irmão, 1851b.

_____. **Relatorio do presidente da provincia do Rio de Janeiro, o conselheiro Paulino José Soares de Souza, na abertura da 2.ª sessão da 2.ª legislatura da Assembléa Provincial, acompanhado do orçamento da receita e despeza para o anno de 1839 a 1840.** 2. ed. Nictheroy: Typ. de Amaral & Irmão, 1851c.

_____. **Relatorio do presidente da provincia do Rio de Janeiro, o doutor Luiz Pedreira do Coutto Ferraz, na abertura da 2.ª sessão da 7.ª legislatura da Assembléa Provincial, no dia 1.º de março de 1849, acompanhado do orçamento da receita e despeza para o anno financeiro de 1849 a 1850.** Rio de Janeiro: Typ. do Diario, de N. L. Vianna, 1849.

_____. **Relatorio do presidente da provincia do Rio de Janeiro, o senador Aureliano de Souza e Oliveira Coutinho, na abertura da 1.ª sessão**

da 7.^a legislatura da Assembléa Provincial, no dia 1.^o de abril de 1848, acompanhado do orçamento da receita e despeza para o ano financeiro de 1848-1849. Rio de Janeiro: Typ. do Diario, de N. L. Vianna, 1848.

_____. Relatorio do presidente da provincia do Rio de Janeiro, o senador Aureliano de Souza e Oliveira Coutinho, na abertura da Assembléa Legislativa Provincial no 1.^o de março de 1846, acompanhado do orçamento da receita e despeza para o anno financeiro de 1846 a 1847. 2. ed. Nictheroy: Typographia de Amaral & Irmão, 1853.

_____. Relatorio do vice-presidente da provincia do Rio de Janeiro, o commendador João Pereira Darrigue Faro, na abertura da 1.^a sessão da 8.^a legislatura da Assembléa Provincial, no dia 1.^o de março de 1850, acompanhado do orçamento da receita e despeza para o anno financeiro de 1850-1851. Rio de Janeiro: Typ. do Diario, de N. L. Vianna, 1850.

_____. [Sem título 1836]. Presidente Rodrigues Torres, em 1^o mar. 1836. [Rio de Janeiro, 1836b].

_____. [Sem título 1837]. Vice-Presidente Vaz Vieira, em out. 1837. [Rio de Janeiro, 1837].

SANTOS FILHO, Lycurgo. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1991.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. A varíola no Brasil do século XIX. In: FRANCO, Sebastião; NASCIMENTO, Dilene do; MACIEL, Ethel. **Uma história brasileira das doenças**. Belo Horizonte: Fino Traço, 2013.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; MARQUES, Rita de Cássia. Sobre a varíola e as práticas da vacinação em Minas Gerais (Brasil) no século XIX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 387-396, 2011.

CÓLERA, BEXIGA, DISENTERIA: EPIDEMIAS E MORTE ENTRE A POPULAÇÃO ESCRAVA E A FORMAÇÃO SOCIAL ESCRAVISTA MERIDIONAL (PORTO ALEGRE)

Paulo Roberto Staudt Moreira

Percebemos nos últimos anos o crescimento das pesquisas que têm enfocando a temática da morte, da saúde e das doenças, mas ainda poucas delas se voltaram à população escravizada. Propusemo-nos neste artigo a analisar dados de uma pesquisa realizada nos livros de óbito de escravos das paróquias de Porto Alegre, relativos aos anos de 1801 a 1887, dando ênfase aos registros de mortes causadas por surtos epidêmicos. Tratou-se de uma investigação relacionada não à demografia histórica, mas sim à história social, que não se furtou a usar uma visão qualitativa das fontes. Mesmo que uma imagem distorcida pelas limitações das próprias fontes empíricas manejadas predomine, o texto pretendeu esboçar um quadro nosológico de um largo período no século XIX, dando destaque aos surtos epidêmicos que o marcaram.

Nesse intuito, um ponto de partida interessante é o adiamento, em decorrência da guerra civil Farroupilha (1835-1845), da construção de uma nova cadeia em Porto Alegre, capital da província de São Pedro do Rio Grande do Sul. Assim mesmo, em 1841, a Cadeia Velha, antiga instituição carcerária, foi desativada, e os presos enviados para o Quartel do 8º Batalhão, no famigerado Beco do Oitavo, no centro da capital provincial. Foi somente em 2 de maio de 1845 que a Câmara Municipal de Porto Alegre aceitou o local indicado por uma comissão para a construção da Cadeia Civil, entre as ruas do Riachuelo e Duque de Caxias, na praia do Arsenal (MOREIRA, 2009; CESAR, 2015).

Localizada à beira do rio Guaíba, a área designada apresentava características compatíveis com o novo projeto carcerário que se estava idealizando.

Em sua justificativa, a comissão enumerou seis itens que pesaram na escolha do lugar. Três deles estavam ligados à higiene do novo estabelecimento e à própria segurança sanitária da cidade, pois afastava do centro um provável foco de epidemias: as condições do local, arejado e de fácil asseio, portanto saudável para seus habitantes; seu isolamento, que evitava com eficácia o “derramamento de qualquer epidemia”; e a facilidade na aquisição de água para o consumo (PORTO ALEGRE, 2 maio 1845). A escolha de lugar arejado e afastado do convívio social do centro urbano estava certamente ligada às novas noções de higiene baseadas na doutrina dos miasmas desenvolvida no século XVIII, que também influenciava no período o deslocamento dos cemitérios para fora dos limites urbanos (REIS, 1991, p. 75; CHALHOUB, 1996).

Outros itens destacavam ser o local ideal para a edificação da nova cadeia por possuir solo rochoso e porque a outra área indicada (que não conseguimos descobrir qual era) poderia ser mais bem utilizada se empregada em uma “bela praça para logradouro público”. Por fim, um último motivo que estimulava a escolha de um ponto isolado estava ligado ao sistema elaborado para as Casas de Correção: deviam ser os presos subtraídos das vistas do público e mantidos em uma “posição desviada do movimento geral da população”. O sistema punitivo parecia exigir cada vez maior recato: primeiro os castigos públicos de escravos foram encerrados no interior dos cárceres e, agora, as Casas de Correção deveriam sair dos locais mais agitados da cidade, evitando epidemias e o possível “contágio do vício” (SANT’ANNA, 2010; ALBUQUERQUE NETO, 2008; ARAÚJO, 2009; AL-ALAM, 2013).

A primeira seção da Casa de Correção foi concluída em 1855, e para lá foram transferidos os 195 presos que estavam nas “acanhadas prisões do 8º”, no entanto a construção apresentava inúmeras falhas, o que forçou no ano seguinte a devolução dos presos ao local anterior e o início de reformas. Ao longo de todo o período imperial, a cadeia da capital nunca foi completamente concluída, sendo os novos projetos punitivos prejudicados pela precariedade dos estabelecimentos carcerários à disposição na província (RIO GRANDE DO SUL, 1856b).

De qualquer maneira, a remoção dos presos foi feita em um período muito delicado, pois o cólera se alastrava pela província sulina, causando não só pânico mas também elevada mortalidade (FRANCO, 2003; WITTER, 2007). Os cadáveres se acumulavam pelas ruas da capital, atingindo sem

distinção senhores e escravos, ricos e pobres, pagãos e carolas. Exatamente no dia de Natal de 1855, o próprio chefe de polícia provincial, o Dr. José Vieira Rodrigues de Carvalho e Silva recebeu os sacramentos da penitência e da extrema-unção do Padre Francisco de Paula Macedo e faleceu de cólera-morbo, sendo enterrado no cemitério da Misericórdia¹¹⁷.

Em meio a esse clima de comoção, a nova cadeia não era a única insígnia de urbanidade que estava em instalação em Porto Alegre naquele período. Em 6 de abril de 1850, foi enterrado o primeiro cadáver – alguém vitimado pela epidemia de febre amarela – no cemitério da Misericórdia, localizado nos altos da Azenha (MEIRELLES, 2016; NASCIMENTO, 2006). Ao se vangloriar de ter feito a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre incumbir-se da construção de um novo cemitério nos altos da Azenha – fora da região central da capital –, o presidente da província, Conde de Caxias, expôs a lúgubre situação do *campo santo* localizado atrás da Igreja Matriz. Em seu relatório de 1º de março de 1846, ele relatava:

Pouco decente, por não dizer mais, era a maneira por que nesta Cidade se enterravam os mortos. Nem mais impróprio podia ser o lugar, quase no centro da Cidade, e por detrás da principal Igreja, aberto por todos os lados, expostas as sepulturas aos olhos de todos e servindo esse campo de ruínas de pasto e refúgio de quantos animais por ali vagavam em despeito das Posturas da Câmara.

E quantas vezes não jaziam à porta da sacristia fechada cadáveres de escravos mal amortalhados e fossados pelos cães errantes! Espetáculo de repugnante desmazelo e já não de horror que extingue n'alma o sagrado respeito aos mortos e que, tanto como à vista, ofende a moral e os costumes.

117. Cinco meses depois, o próprio padre que ministrou os sacramentos faleceu. Tinha então 50 anos e nascera na capital da província. A causa da morte foi registrada como *estupor*, segundo o Dr. Langgaard (1872, v. 1, p. 182), sinônimo de apoplexia ou hemorragia cerebral. Evidente que não podemos descartar que esta morte estivesse associada indiretamente à epidemia então reinante, já que o padre devia estar sensibilizado por ter tratado e enterrado vários de seus paroquianos naqueles dias. As epidemias atingem, pois, muito mais do que suas vítimas imediatas, fragilizando as comunidades e tornando-as alvos potenciais de *afecções nervosas*, causadas pela ansiedade, pelo luto, pela insegurança (LIVRO 8 de Óbitos de Livres da Paróquia da Madre de Deus de Porto Alegre, 12 maio 1856, folhas 54 e 61v).

Não menos danoso era à salubridade pública desse tão pequeno cemitério, mas tão apinhado de cadáveres, cuja exalação tão sensível ao olfato em dias calorosos, era quase que suficiente para pejar o ar de partículas deletérias (RIO GRANDE DO SUL, 1846, p. 19-20)¹¹⁸.

Pois foi nesse cenário de insalubridade pública que grassou a epidemia do cólera. Também é desse período uma das primeiras notícias que temos sobre o uso da homeopatia em Porto Alegre, relatado nas correspondências do cônsul português na capital da província com o ministro dos Negócios Estrangeiros de Portugal. O cônsul Antonio Maria do Amaral Ribeiro¹¹⁹, em 1855, relatou o estrago que “a cólera asiática” causava na província do Rio Grande do Sul: tendo começado nas charqueadas de Pelotas, fazia “muito estrago principalmente na escravatura”¹²⁰ (CORRESPONDÊNCIAS..., 1855). Assistindo tanta desgraça e calamidade, o cônsul não hesitou, “por filantropia”, em exercer a homeopatia, que já praticava com sua família, salvando em quatro dias “mais de 200 pessoas” por este “miraculoso sistema”, tendo ficado ele mesmo às “bordas da sepultura, donde a Misericórdia Divina me arrancou, ainda por meio da homeopatia, a qual nesta situação mostrou aos incrédulos a sua proficiência”. Segundo ele, outros também passaram a praticar o mesmo sistema (com a aplicação de *Hyoscyamus Niger*), e vários indivíduos sobreviveram¹²¹. Descrevendo o que presenciou em Porto Alegre, Amaral Ribeiro relatou ao seu superior hierárquico:

Em parte alguma do mundo, o flagelo da Cólera Asiática terá proporcionalmente feito tantos estragos e vítimas como nesta Cidade, cuja população, sendo apenas de 22.000 almas, foi em poucos dias dizimada em perto de 2.000 indivíduos, que pereceram vítimas deste cruel flagelo! Houve dias de cento e tantos

118. Sobre as Santas Casas de Misericórdia de Porto Alegre e Pelotas e outras instituições de cura do período, ver Weber (1999), Tomaszewski (2007, 2014) e Oliveira (2012).

119. Antonio Maria do Amaral Ribeiro foi um dos principais promotores da fundação da Sociedade Portuguesa de Beneficência, na capital da província de São Pedro do Rio Grande do Sul, em 1854, na sala de sessões da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (QUEVEDO, 2016).

120. A cidade de Pelotas, com a sua produção intensiva de charque, caracterizava-se pela grande concentração de população escravizada. Ver Pinto (2012).

121. No seu *Dicionário de medicina doméstica e popular* – cuja primeira edição é de 1865 –, o médico Theodoro J. H. Langgaard faz uma exposição simpática e otimista sobre o surgimento de homeopatia.

óbitos, e não sendo suficientes nem os veículos mortuários para conduzir os cadáveres, nem os presos sentenciados para os sepultar, foram apenas as carroças da limpeza e serviço da Cidade, para os conduzir aos pares, e foi colocada no Cemitério a Companhia de Artífices, para abrir valas e nelas sepultar tantas vítimas (CORRESPONDÊNCIAS..., 1855).

Esta dramática situação, delicada até mesmo para uma província recém-saída de uma guerra civil e habituada à mortalidade causada pelas frequentes situações bélicas, marcou sensivelmente a memória dos habitantes de Porto Alegre. As pilhas de cadáveres levaram as autoridades a recorrer a medidas de emergência, como o uso de covas coletivas, sem a identificação individual dos mortos.

Confirmando parte do que foi relatado pelo cônsul português, o presidente da província, Barão de Muritiba, em ofício dirigido ao Ministério dos Negócios da Justiça em 22 de fevereiro de 1856, informava:

Na ocasião de flagelar esta Capital com grande intensidade a epidemia reinante, foi preciso ao falecido Doutor Chefe de Polícia José Vieira Rodrigues de Carvalho e Silva lançar mão de alguns presos da cadeia civil, para os empregar nas enfermarias que então se estabeleceram, na condução de cadáveres e em abrir sepulturas no cemitério, que de um momento para outro se amontoavam; e para estimular esses miseráveis presos prometeu-lhes, com autorização desta Presidência, que, se bem cumprissem esses trabalhos, se pediria a S. Exa. o Imperador, o perdão de uns, e a minoração das sentenças de outros. Levo, pois, a presença de V. Exa. a relação dos ditos presos, com declaração de seus crimes, sentenças e serviços em que estiveram empregados na referida quadra, afim de que V. Exa. tenha a bem interceder por eles, perante S. M. o Imperador, ao menos pelos oito últimos designados na referida declaração (OFÍCIO..., 22 fev. 1856).

O chefe de polícia citado pelo presidente da província foi justamente aquela autoridade vitimada pela *epidemia reinante* no Natal de 1855, e os presos que labutaram naquele mórbido episódio são os a seguir relacionados:

Quadro 1 – Rol dos presos empregados nas enfermarias durante a epidemia de cólera em Porto Alegre

	Nome	Ocupação	Crime	Sentença	Na cadeia desde
1	Manoel Lopes de Castro	SERP	M	GP	07/09/1847
2	André Avelino Machado	SERP	D	6 APT	18/03/1851
3	Antonio de A. R. Pedroso	SEBO	M	GP	17/07/1854
4	Gumerindo de F. A. da Silva	SEBO	NC	GP	07/08/1853
5	Joaquim Raymundo de Souza	EEC	SSE	PJ	NC
6	José Thomaz de Camargo	EEC	R	8 APT	08/07/1854
7	Antonio, do Coronel Bibiano	CCC	R	9 APT	15/05/1851
8	José Bezerra de Araujo	CCC	CM	GP	18/10/1819
9	Luiz Antonio Constantino	CCC	CM	GP	18/10/1849
10	Francisco de C. R. Barcelos	CCC	Ig	Ig	Ig
11	Jacob Cornélio	CAS	M	Pr	NC
12	Carlos Nanci	CAS	M	Pr	NC
13	Lourenço Alves	CAS	D	GP	15/03/1848
14	Nicolau da Silva Guerra	CAS	M	GP	26/07/1853
15	Serafim Alves Pereira	CAS	M	GP	14/05/1853
16	Benedito Pinto	CAS	M	13 APT	02/03/1855
17	Felix Antonio	CAS	D (3 ^a)	6 APT	27/02/1850
18	Antonio José Vieira	CAS	Ig	6 APT	03/10/1853
19	Francisco de Lara	CAS	M	6 APT	01/08/1854
20	Manuel José de Santa Anna	CAS	D	10 APT	18/06/1845

Fonte: Ofício... (22 fev. 1855).

Nota: Abreviaturas:

Ocupações: SERP = servente na enfermaria da Rua da Praia; SEBO = servente na enfermaria do Beco da Opera; EEC = enfermeiro da enfermaria da cadeia; CCC = conduzindo cadáveres para o cemitério; CAS = no cemitério abrindo sepulturas.

Crimes: M = morte; D = deserção; NC = não consta; SSE = suspeito de ser escravo; R = roubo; CM = cabeça de motim; Ig = ignora-se.

Sentenças: GP = galés perpétuas; APT = anos de prisão com trabalho; PJ = para justificação; Ig = ignora-se; Pr = pronunciado.

Os oito últimos da lista, aos quais o presidente da província sulina pedia a prioritária benevolência imperial, foram justamente aqueles empregados no *cemitério abrindo sepulturas*, trabalho que, pelo volume de cadáveres para lá levados, deve ter exigido muita disposição física e mental, principalmente pelo risco iminente de uma contaminação.

Segundo o Dr. Theodoro J. H. Langgaard, caracteriza-se uma *epidemia* ou *andaço*:

[...] quando ao mesmo tempo cabe um grande numero de doentes da mesma molestia, que pouco a pouco se estende para as outras localidades, cidades e paizes vizinhos; e differe portanto da endemia, que consiste em ser acometido um maior ou menor numero de individuos da mesma molestia, mas que se limita a uma só localidade, como v. g., em uma casa, hospital, cidade, valle, etc. (LANGGAARD, 1872, v. 2, p. 81).

O estudo da morbidade¹²² de uma sociedade tem se baseado, entre outros documentos, nos registros de óbitos. Como se verá neste capítulo, estes documentos são riquíssimos em informações, mas, ainda assim, temos que nos prevenir de alguns estorvos. Como mostra o relatório de 1846 do presidente da província de São Pedro do Rio Grande do Sul, Conde de Caxias, é preciso levar em consideração o sub-registro dos óbitos, não só por extravio ou esquecimento (NADALIN, 2004, p. 61), mas também porque era muito fácil enterrar cadáveres de cativos ilegalmente. Se isso ocorria no cemitério de Porto Alegre, que, como escreveu o Conde de Caxias, não possuía sequer muros de proteção (RIO GRANDE DO SUL, 1846), podemos imaginar o que se passava no interior das propriedades rurais. Os dados revelam que muitos dos falecidos eram bebês, com alguns dias ou meses de vida, e em muitos casos eles podem ter sido simplesmente enterrados nos quintais das casas ou tido outro destino ainda mais obscuro, jogados em terrenos baldios ou cursos de rios.

122. “De maneira geral, o conceito [de morbidade] está relacionado ao estudo das doenças, enfermidades ou moléstias de uma população” (NADALIN, 2004, p. 172).

Outro dado *irritante* dos registros de óbitos é a heterogeneidade das anotações de falecimento, cujos dados parecem obedecer ao absoluto capricho dos párocos que as confeccionavam. Assim, às vezes, constam a causa da morte, a idade do falecido, etc., e em outras, não.

Finalmente, devemos mencionar que as informações imprecisas sobre a causa da morte nos trouxeram alguns momentos de insatisfação, mas tal inconsistência não deve ser atribuída somente aos religiosos. Entre as causas das mortes, muitas são evidentemente sintomas de doenças – diarreia, por exemplo – que os médicos não tinham condições de diagnosticar, seja por incompetência profissional, seja por descaso¹²³. Várias crianças nem chegaram a receber qualquer atendimento médico, sendo provável que a classificação da causa da morte tenha sido feita de acordo com hábitos cotidianos de medicina popular. Outras vezes, a causa da morte é *mal definida* ou genérica demais para abalizar qualquer estudo, como *moléstia interna*, *dor*, *moléstias crônicas*, *repentinamente*, etc.

As fontes que focam a morte de cativos (documentação policial, eclesiástica, jornais, processos-crimes, entre outras), se manipuladas com rigor metodológico, sensibilidade analítica e um adequado suporte teórico, podem ser usadas como vias de acesso ao entendimento da sociedade escravista oitocentista.

Além disso, todos os pesquisadores que se debruçam sobre o passado colonial e imperial brasileiro são unânimes em apontar a escassez de dados censitários populacionais. O único censo que traz dados mais completos foi o realizado em 1872, no impacto da Lei do Ventre Livre, aprovada em 28 de setembro do ano anterior. Com relação à população de Porto Alegre, vejamos alguns dados:

Tabela 1 – População de Porto Alegre

Ano	Total	Escravos
1856	17.226	5.146 (29,9 %)
1858	18.538	5.070 (27,4 %)
1860	31.339	8.658 (27,6 %)
1872	43.998	8.155 (18,5 %)

Fonte: Tabela elaborada pelo autor com base nos dados coletados.

123. Sobre a prática da medicina no período, recomendamos Weber (1999) e Witter (2001).

Podemos considerar, portanto, os registros de óbitos como um ótimo referencial quando pensamos a demografia. Mesmo que, como apontamos antes, os assentos de enterros, principalmente de cativos, apresentem vários problemas, o seu levantamento quantitativo nos fornece informações preciosas sobre a composição demográfica da população negra local.

Ainda que outras fontes empíricas tenham sido acessadas para complementar e densificar a pesquisa, centraremos a lente de nossa investigação nos registros de óbitos de cativos da capital da província de São Pedro do Rio Grande do Sul, entre 1801 e 1888, parte meridional da colônia e, posteriormente, Império do Brasil.

Custodiados pelo Arquivo da Cúria Metropolitana de Porto Alegre, os registros de óbitos de escravos¹²⁴ nos trazem informações diversas sobre a população negra local: *origens (grupos de procedência), cores, faixa etária, rotas de tráfico, relações familiares, causas das mortes*. A metodologia de acesso a estas fontes embasou-se na transcrição paleográfica dos registros e na inserção dos mesmos em um banco de dados.

Durante a vigência do escravismo, a circunscrição eclesiástica de Porto Alegre comportou cinco paróquias, nas quais foram registrados batismos, casamentos, óbitos e outros eventos relativos à gestão espiritual daquele território. Eram elas: Nossa Senhora de Belém (1831), Menino Deus (1884), Nossa Senhora das Dores (1859), Nossa Senhora do Rosário (1844) e Nossa Senhora Madre de Deus (1772). O trabalho de coleta de dados dessas cinco paróquias contabilizou um total de 17.332 falecimentos apenas entre os habitantes cativos.

124. Estes registros atualmente também podem ser acessados no site: <https://www.familysearch.org/>.

Tabela 2 – Total de óbitos de escravos (e ingênuos) por sexo (Porto Alegre, 1801-1888)

Período	Feminino		Masculino		Total	
	óbitos	%	óbitos	%	óbitos	%*
1801-1810	509	40,82	738	59,18	1.247	7,20
1811-1820	787	40,65	1.149	59,35	1.936	11,17
1821-1830	1.184	42,21	1.621	57,79	2.805	16,18
1831-1840	1.308	42,76	1.751	57,24	3.059	17,65
1841-1850	861	41,86	1.196	58,14	2.057	11,87
1851-1860	1.022	45,10	1.244	54,90	2.266	13,07
1861-1870	598	45,93	704	54,07	1.302	7,51
1871-1880	976	47,38	1.084	52,62	2.060	11,89
1881-1888	299	49,83	301	50,17	600	3,46
Total	7.544	43,53	9.788	56,47	17.332	100,00

Fonte: Tabela elaborada pelo autor com base nos dados coletados.

* Nota: Porcentagem de óbitos no período indicado em relação ao total de óbitos ocorridos entre 1801 e 1888.

Percebemos, na Tabela 2, o crescimento da população escrava local, coincidindo com a Lei de 1831, que tentou acabar com o tráfico internacional, sob pressão inglesa. Dizia o primeiro artigo desta lei que “todos os escravos, que entrarem no território ou portos do Brasil, vindos de fora, ficam livres” (BRASIL, 1875, p. 182). Determinava o artigo segundo:

Os importadores de escravos no Brasil incorrerão na pena corporal do artigo cento e setenta e nove do Código Criminal, imposta aos que reduzem à escravidão pessoas livres, e na multa de duzentos mil réis por cabeça de cada um dos escravos importados, além de pagarem as despesas da reexportação para qualquer parte da África; reexportação, que o governo fará efetiva com a maior possível brevidade, contratando com as autoridades africanas para lhes darem um asilo. Os infratores responderão cada um por si e por todos (BRASIL, 1875, p. 182-183).

O que se deduz é que os senhores de escravos e traficantes, temerosos de que o tráfico transatlântico de africanos findasse em breve, trataram de importar um crescente número de *mercadorias com alma* a fim de *estocá-las*, pen-

sando em uma futura escassez. Logo após o fim definitivo do tráfico internacional, em 1850, percebemos certa redução principalmente do finamento de africanos, compensada pela reprodução endógena que ocorria regularmente.

Tabela 3 – Óbitos de escravos e ingênuos de Porto Alegre por origem (1801-1888)

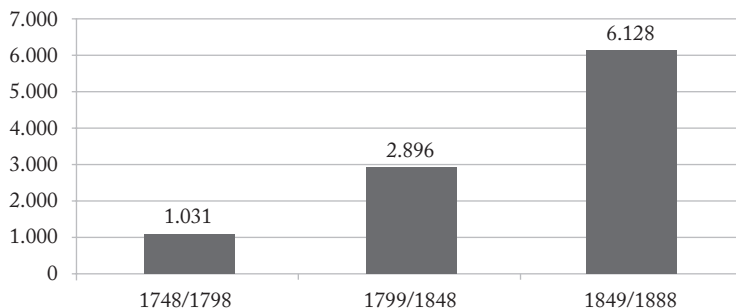
Período	Africanos		Crioulos		Total
	nº	%	nº	%	
1801-10	606	48,83	635	51,17	1.241
1811-20	922	48,45	981	51,55	1.903
1821-30	1.205	45,23	1.459	54,77	2.664
1831-40	1.274	42,55	1.720	57,45	2.994
1841-50	746	37,85	1.225	62,15	1.971
1851-60	586	29,23	1.419	70,77	2.005
1861-70	310	26,32	868	73,68	1.178
1871-80	232	11,54	1.779	88,46	2.011
1881-88	22	3,69	575	96,31	597
Total	5.903	100,00	10.661	100,00	16.564

Fonte: Tabela elaborada pelo autor com base nos dados coletados.

Também, ao longo da segunda metade do Oitocentos, houve uma redução gradual da escravaria, em função das leis abolicionistas, da perda de escravos pela província sulina por causa do tráfico interprovincial (que se verifica realmente a partir de meados de 1870) e do crescido número de concessões de alforrias.

O Gráfico 1 mostra a distribuição temporal das cartas de alforria cartoriais, em períodos de cerca de cinquenta anos, provando que o número de alforrias concedidas aumentou consideravelmente ao longo do tempo.

Gráfico 1 – Levantamento geral das cartas de alforria (Porto Alegre, 1748-1888)



Fonte: Gráfico elaborado pelo autor com base nos dados coletados.

As 10.055 cartas de alforria contabilizadas acima, registradas em cartórios da capital da colônia/província, ajudam-nos a entender a redução dos óbitos de escravos ao longo do século XIX, em decorrência da mudança de *status* desses trabalhadores (MOREIRA; TASSONI, 2007). Considerando os registros de óbitos das paróquias de Porto Alegre entre os anos de 1801 e 1888, de acordo com os dados constantes sobre a origem dos defuntos, temos:

Tabela 4 – Óbitos de escravos e ingênuos de Porto Alegre por sexo e origem (1801-1888)

Período	Africanos		Crioulos					
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1801-10	206	33,99	400	66,01	303	47,72	332	52,28
1811-20	292	31,67	630	68,33	485	49,44	496	50,56
1821-30	411	34,11	794	65,89	735	50,38	724	49,62
1831-40	433	33,99	841	66,01	847	49,24	873	50,76
1841-50	246	32,98	500	67,02	581	47,43	644	52,57
1851-60	207	35,32	379	64,68	710	50,03	709	49,97
1861-70	89	28,71	221	71,29	452	52,07	416	47,93
1871-80	67	28,88	165	71,12	875	49,18	904	50,82
1881-88	1	4,55	21	95,45	297	51,65	278	48,35
Total	1.952	33,07	3.951	66,93	5.285	49,57	5.376	50,43

Fonte: Tabela elaborada pelo autor com base nos dados coletados.

Percebemos que entre os africanos predominam os indivíduos de sexo masculino – 66,93 % de homens e 33,07 % de mulheres – e entre os crioulos se constata um equilíbrio entre os sexos – 49,57 % e 50,43 %, respectivamente. A explicação para isso está no próprio tráfico transatlântico para o Brasil, que privilegiava *mercadorias* do sexo masculino.

O Rio Grande do Sul abastecia-se adquirindo cativos de negociantes de grosso trato do Rio de Janeiro, Pernambuco e Bahia, pois, apesar de ser grande consumidor de mão de obra escrava africana e afrodescendente, a província do Rio Grande do Sul não se ligava diretamente ao continente africano:

De acordo com Roberto Martins, o tráfico de escravos estava formado por “três pernas”: a “primeira perna” era o percurso entre o sertão ou o interior africano e os portos de embarque no litoral; a segunda, a travessia do Oceano Atlântico; e a “terceira perna” era aquela entre o porto de desembarque na América portuguesa e o destino final no interior do continente (BERUTE, 2006, p. 14).

Assim, por a província estar ligada ao tráfico internacional de escravos, uma das possibilidades de análise de sua população africana é a consulta aos registros de óbitos. Encontramos, por exemplo, nos registros de falecimento de africanos em Porto Alegre entre 1801 e 1888 – são 5.903 óbitos (Tabela 3), compondo 34,05 % do total de falecimentos de escravizados –, muitas vezes, a identificação do local de origem dos escravos, como se verifica na Tabela 5.

Tabela 5 – Óbitos de escravos africanos de acordo com a origem registrada (Porto Alegre, 1801-1888)

Período	África Central Atlântica	África	África Ocidental Atlântica	África Oriental	Nação	Da costa
1801-10	170	57	26	3	–	349
1811-20	167	89	36	4	266	361
1821-30	485	206	103	48	80	282
1831-40	560	453	128	115	6	12
1841-50	289	248	102	57	49	–
1851-60	62	421	29	13	60	2
1861-70	1	293	–	–	1	15
1871-80	1	231	–	–	–	–
1881-88	–	22	–	–	–	–
Total	1.735	2.020	424	240	462	1.021

Fonte: Tabela elaborada pelo autor com base nos dados coletados.

Chama a atenção não só a predominância de escravos originários da África Central Atlântica, mas também a forma como as denominações mais específicas de origem diminuem até sumir ao longo do século XIX. Atribuímos esse fato, ainda de forma reticente, sujeito a ser objeto de novas especulações, a uma possível mudança identitária da população vítima da diáspora africana, que gradualmente *inventou* uma África transatlântica, constituindo esta etnogênese um guarda-chuva étnico, no dizer do historiador João José Reis (1997, p. 260)¹²⁵. Vejamos uma sequência de tabelas expressando a presença africana através de seus grupos de procedência:

125. Ver também: Soares, Gomes e Gomes (2005).

Tabela 6 – Óbitos de escravos africanos: África Central Atlântica

Procedência	1801- 1810	1811- 1820	1821- 1830	1831- 1840	1841- 1850	1851- 1860	1861- 1870	1871- 1880	Total
Angola	39	26	42	51	46	3	–	–	207
Benguela	83	45	129	148	68	9	–	–	482
Cabinda	6	38	102	155	77	19	–	–	397
Cassanje	2	2	20	7	7	1	–	–	39
Congo	22	43	131	168	71	26	–	–	461
Monjolo	3	4	21	16	8	3	–	–	55
Quissamã	–	–	–	1	–	–	–	–	1
Rebolo	15	9	40	14	12	1	–	–	91
São Tomé	–	–	–	–	–	–	1	1	2
									1.735

Tabela 7 – Óbitos de escravos africanos: África Ocidental Atlântica

Procedência	1801- 1810	1811- 1820	1821- 1830	1831- 1840	1841- 1850	1851- 1860	Total
Cabo Verde	–	–	–	–	1	–	1
Calabar	–	–	4	6	3	1	14
Gege	–	–	–	1	1	–	2
Guiné	1	1	–	–	–	–	2
Haussá	–	–	2	1	–	–	3
Mina	26	34	92	118	79	19	368
Nagô	–	–	5	2	18	9	34
							424

Tabela 8 – Óbitos de escravos africanos: África Oriental

Procedência	1801- 1810	1811- 1820	1821- 1830	1831- 1840	1841- 1850	1851- 1860	Total
Moçambique	3	4	46	115	57	13	238
Costa do Leste	–	–	2	–	–	–	2
							240

Fonte: Tabelas elaboradas pelo autor com base nos dados coletados.

Muitos dos curandeiros encontrados são do grupo mina (MOREIRA, 2004, 2010, 2015). Os negros minas também se destacam entre os alforriados locais, revelando ser um grupo organizado e, conseqüentemente, possuidor de lideranças espirituais respeitadas.

Corria o ano de 1838 quando uma *denúncia anônima* alertou as autoridades da província de São Pedro do Rio Grande Sul para a existência de uma “casa que servia aos pretos como de escola onde aprendiam a ler e escrever” (OFÍCIO..., 10 nov. 1838). A província encontrava-se naquele ano assolada por uma guerra civil (1835-1845) com traços separatistas, contrapondo *farroupilhas e legalistas*, e o risco de uma sublevação de escravos ganhava mais relevo. Logo a polícia tratou de agir, e a casa localizada no primeiro distrito da capital provincial Porto Alegre foi invadida, com a prisão de africanos escravos e libertos.

Temeroso com a recente tentativa insurrecional dos malês em 1835 na Bahia (REIS, 2003), o presidente da província enviou os textos e dois livros apreendidos para a cidade do Rio Grande. O porto atlântico do Rio Grande dava condições para que as autoridades pudessem examinar com cuidado os documentos escritos em estranhos hieróglifos, pois a cidade se encontrava sob o seguro domínio do Império brasileiro e sua população comportava grande número de cativos, muitos oriundos da Costa da Mina. As autoridades suspeitavam (ou temiam) que os textos e livros estivessem escritos em árabe e sabiam que muitos africanos procedentes daquela região da África ocidental dominavam essa língua. O juiz de direito interino Manoel Joaquim de Souza Medeiros informou que, cumprindo o que lhe ordenaram, chamou

[...] a quase todos os pretos minas moradores nesta cidade, e sindicando deles cautelosamente se sabiam ou não ler e escrever, segundo o estilo de suas terras, e todos dizendo-me que não o sabiam fazer, pretextando diversos motivos, bem como de terem vindo uns de pequena idade, e outros de serem nascidos no centro, onde não tinha papel nem conhecimento algum de escrita; lhes mostrei alguns dos escritos, e me asseveraram não os entender (OFÍCIO..., 10 nov. 1838).

O juiz considerou que os africanos não estavam sendo honestos e que apenas não queriam admitir que entendiam os estranhos dizeres.

Ao longo da investigação, as autoridades chegaram ao preto José, que fora escravo de Manoel José Barreiros e que “sabia ler e escrever segundo o método da costa da Mina”. Segundo o depoimento, seu nome era José ou Muamba (como era chamado na África), tinha então 79 anos, tendo chegado ao Brasil escravizado aos 37. Ele era natural da Costa da Mina, de nação Haussá, e morava ainda na casa de seu antigo senhor. O juiz pediu-lhe “que declarasse quais as rezas e seus significados ou o que queriam dizer na língua de branco”. Respondeu Muamba que, “sendo rezas da sua terra e não tendo ele interrogado bastante inteligência da língua nacional, não podia fazer uma perfeita tradução, mas que asseverava, que eram orações de que faziam uso em diversas ocasiões, bem como quando se achavam para morrer”. Não sabemos o destino que tiveram os cativos presos naquela escola corânica instalada em Porto Alegre em 1838 e que, segundo as autoridades, estavam envolvidos em “uma conspiração de negros” e “tendiam a perturbar a ordem”, mas um dos livros (um Alcorão) foi preservado até hoje e faz parte do acervo do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, no Rio de Janeiro.

Recapitulando, o africano José disse ser natural da Costa da Mina, de nação Haussá. Os minas eram abundantes na sociedade escravista brasileira. Eram designados em referência à fortaleza de São Jorge da Mina – construída em 1481 –, que, segundo os relatos de época, possuía dois fossos cavados na rocha, quatrocentos canhões e podia “armazenar” até mil escravos, tendo sido tomada pelos holandeses em 1637. Da Costa da Mina vinham africanos de cultura Ioruba, Haussá, Ashanti, entre outras. Segundo Reis (2003, p. 285), “mina” era um “termo geral para designar os escravos oriundos da África ocidental, em particular os embarcados em portos do golfo do Benin”. Identificar-se como mina reforçava tanto a origem africana quanto a dimensão diaspórica da condição desses indivíduos. Os de nação Haussá eram africanos da região do rio Niger, cuja islamização começou no século XIV. Como pudemos verificar, Muamba lia e escrevia em árabe, além de certamente conhecer a língua haussá e talvez o ioruba. Como não tinha bastante desenvoltura em português, devia ser integrante de uma ativa comunidade mina naquele porto atlântico, em que exercitava seus costumes, suas línguas nativas e religiões.

Pesquisadores diversos, como Mary Karasch (2000), Sidney Chalhoub (1996) e Jaime Rodrigues (2010), têm apontado os minas como compe-

tentes curandeiros, barbeiros, sangradores, inclusive atuando a bordo dos navios negreiros, o que denota o reconhecimento e a legitimidade de seus conhecimentos religiosos e curativos. Eram “profissionais eficientes nas artes de curar” (RODRIGUES, 2010, p. 279); suas “tradições religiosas e terapêuticas” foram aceitas por outras nações africanas e proliferaram pelas culturas negras da diáspora.

O chefe de polícia José de Araújo Brusque, em ofício de 29 de novembro de 1871, ao subdelegado de polícia do segundo distrito de Porto Alegre, determinava a instauração de processo contra o preto forro Joaquim Mina, encontrado com “substâncias cáusticas, capazes de produzir a morte com sua propinação, bem como drogas”, as quais estariam sendo ministradas a duas pessoas da família do cidadão José Antônio Rodrigues de Barros (OFÍCIO..., 29 nov. 1871). No dia anterior, a polícia havia recebido uma correspondência do doutor em medicina Israel Rodrigues Barcelos Filho informando que fora chamado a tratar da família de Barros e que ficara “plenamente convencido de que a causa única de tantos e tão prolongados sofrimentos são a propinação das substâncias” encontradas com o preto Joaquim Mina.

A “nota constitucional na forma de lei” foi recebida por Joaquim já na Cadeia Civil de Porto Alegre, onde estava preso desde 28 de novembro de 1871, sendo assinada a rogo por José Valentim de Siqueira, por ser o réu analfabeto. Joaquim era preto e liberto, de nação mina, ocupava-se como cangueiro – apesar de ter sido preso vendendo pão – e, como veio da Costa da África muito novo, ignorava o nome de seus pais e supunha ter 45 anos. Se, até aquele momento, o homem apenas usava a referência a sua etnicidade, dizendo-se Joaquim Mina, como devia ser conhecido entre os negros da cidade, quando percebeu que a situação ficara mais delicada e que seria levado a tribunal, passou a declarar como seu o sobrenome de seu ex-senhor. No auto de qualificação, situando-se simbólica e socialmente diante das autoridades policiais e judiciárias, abandonou a alcunha “Mina” e passou a chamar-se de Joaquim da Cunha Vieira.

Joaquim foi alforriado na ocasião da morte de seu senhor, Francisco José da Cunha Vieira, em 19 de maio de 1865, o qual destacou na carta de

alforria que o libertava em recompensa dos bons serviços prestados, pois “sem ele e outro eu não posso viver” (LIVRO..., [18--])¹²⁶. Logo no início do julgamento, quando Joaquim foi chamado a depor, configurou-se uma luta entre ele e os médicos do primeiro auto de corpo de delito. Segundo o réu, entre as substâncias apreendidas com ele, não existia vidro moído.

Respondeu que haviam uns pós feitos de canela de boi com sabugo para limpar dentes¹²⁷, e que os demais objetos eram inofensivos, contando-se entre eles a erva picão¹²⁸ para urinas e outra de nome Rasteira também para dores de urina (SUMÁRIOS, [187-]).

126. No momento da alforria tinha 37 anos e trabalhava no serviço doméstico. No dia 29 de maio de 1865, foi libertado o outro escravo, Francisco, congo, 37 anos, serviço doméstico (LIVRO..., [18--], folha 46v).

127. Nas pormenorizadas descrições dos cativos fugitivos encontradas nos jornais, temos várias vezes mencionado o bom estado dos seus dentes. Talvez, com práticas culturais de higiene bucal trazidas da África – como a exemplificada por Joaquim –, os escravos se destacassem em comparação com os seus senhores, frequentemente banguelas: tinham “bons dentes”, o preto Benedito, de 42 anos, fugido em 1863, e a fula quase parda Benta, 18 anos, fugida em 1868; tinham “dentes claros”, o crioulo Benedito, de 15 anos, fugido em 1882, e a parda Maria, fugida em 1847; Felipe, de 26 anos, fugido em 1877, tinha “bonitos dentes”; Simião, de Nação, com 30 anos e fugido em 1866, tinha “todos os dentes da frente”; o preto campeiro fugido em 1861 tinha os “dentes da frente limados formando forquilhas”; e o preto africano Lourenço, fugido em 1852, também tinha os “dentes limados” (CORREIO DO SUL, 27 dez. 1861; MERCANTIL, 28 nov. 1852; COMÉRCIO, 16 out. 1847; MERCANTIL, 19 jun. 1863; COMÉRCIO, 14 dez. 1882; RIO GRANDENSE, 6 jan. 1877). Em relatório sobre a Casa de Correção de Porto Alegre, em 1897, o Dr. Sebastião Leão expôs vários de seus levantamentos antropométricos baseados em Lombroso e outros. Quanto às declarações de Lombroso de que “anomalias dentárias” poderiam indicar criminosos (4 % dos homicidas estudados por ele apresentavam caninos proeminentes), Leão declarava que: “Não há dúvida que estes fatos são observados em alguns criminosos; mas, quanto dentre eles, e principalmente os mulatos, apresentam belíssimas dentaduras!” ([RELATÓRIO...], 1897).

128. O picão já era na época conhecido da medicina, como podemos constatar no verbete do dicionário de Langgaard, que recomenda a erva como “anti-scorbutico e desobstruente. O suco das folhas é prescrito contra a icterícia. O cozimento é muito usado para banhar as úlceras de mau caráter. As folhas, contusas e aplicadas sobre as úlceras sórdidas, as mundificam. Contusas conjuntamente com as do fedegoso (as da *Cassia sericea* ou *occidentalis*) e as da jacua-canga, e aplicada em forma de cataplasma sobre o seio, diz-se que resolve as glandulas induradas ou entumecidas, e mesmo o scirro deste órgão” (LANGGAARD, 1872, p. 294-295). O picão seria usado também em trabalhos para “fazer alguém ter pesadelos” e como “proteção contra a ganância” (VERGER, 1995, p. 415, 638).

Voltando aos óbitos. Os dados coletados nos livros das paróquias nos revelam a existência de um número de africanos na província de São Pedro do Rio Grande do Sul maior do que o demonstrado pelas tabelas já apresentadas. Se analisarmos os dados disponíveis sobre as mães dos falecidos, 2.062 deles eram filhos de africanas, portanto crioulos no nascimento, mas culturalmente muito ligados à terra natal de suas genitoras. Para reforçar ainda mais a questão da africanidade, chamamos a atenção para o fato de que 36 crianças crioulas falecidas eram filhas de mãe também crioula, mas de pai africano. Salientamos que o número deveria ser bem maior, mas o nome do pai somente aparecia nestes registros quando se tratava de casais cujas relações foram sacramentadas pela Igreja. Os milhares de casos de *filhos naturais* certamente eram frutos de relações consensuais, amasiamentos muitas vezes de grande estabilidade, mas que não haviam recebido a benção religiosa, pelo menos não da igreja católica.

Quanto às faixas etárias, os números apontam assustadoramente para uma elevada mortalidade infantil: 39,54 % de todos os óbitos de escravos ocorreram até os 7 anos de idade.

Tabela 9 – Total de óbitos de escravos por faixa etária (Porto Alegre, 1800-1888)

Faixa etária (anos)	Total	Africanos		Crioulos		Não consta	
		Fem.	Mas.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
0 a 7	6.095	24	18	2.960	3.070	13	10
8 a 14	757	112	162	220	190	72	1
15 a 21	1.528	345	672	238	209	21	43
22 a 28	997	200	351	192	182	30	42
29 a 35	1.491	376	689	181	176	32	37
36 a 42	1.213	287	587	140	133	27	39
43 a 50	1.017	224	514	103	104	24	48
Mais de 50	1.242	242	696	86	115	23	80

Fonte: Tabela elaborada pelo autor com base nos dados coletados.

Esta porcentagem considerável de africanos *juvenis* falecidos comprova os dados levantados pelo historiador Gabriel Berute, que demonstram que os proprietários de escravos sulinos *consumiam* cativos *infantes*.

Os escravos dos habitantes do Rio Grande são outros tantos cavaleiros: estes colonos vão e compram escravos de mais de dez anos para os ensinarem a passar a vida a cavalo (ALMEIDA apud BERUTE, 2006, p. 64).

Numa dessas discussões havidas entre herdeiros a respeito das avaliações feitas dos bens em litígio, temos algumas boas informações sobre os escravos enquanto mercadorias. O advogado Felix da Cunha, em 1859, procurador de alguns herdeiros que se sentiam prejudicados no inventário de Joaquim Lopes da Rosa (residente em Belém), contestava a avaliação feita de vários bens, inclusive alguns escravos, sendo seu recurso aceito pelo juiz¹²⁹. Segundo o bacharel, o crioulo Julião, com 9 anos de idade, que fora avaliado por 500 mil réis, valia pelo menos 900 mil réis, pois:

[...] é bem sabido que os crioulos dessa idade, por isso que deles se pode tirar excelentes escravos, instruindo-os, criando-os em bons sentimentos, dando-lhes ofícios, etc., caso em que não se acham os escravos já crescidos e por isso incapazes de voltarem a bons procederes, quando são maus, valem mais ou quase tanto como estes ([RECURSO], 1859).

Para entender melhor o que significavam os referenciais de óbito de que estamos tratando, recorremos a dicionários médicos do período, que parecem ser compilações tanto do pensamento *científico* da medicina quanto de fontes *alternativas* diversas, como as culturas indígenas, africanas e populares em geral. Através dos dicionários médicos de Langgaard e Chernoviz, confeccionamos uma coletânea de verbetes das doenças citadas, o que nos auxiliou a compreender um pouco mais as causas das mortes. Além disso, baseamo-nos nas classificações de doenças feitas pela historiadora norte-americana Mary Karasch (2000), para os óbitos de escravos do Rio de Janeiro, e por Iraci del Nero da Costa (1976), para os falecimentos na Vila Rica colonial.

Compilando as dificilmente classificáveis doenças e as outras causas de mortes de escravos, temos a tabela a seguir:

129. O Dr. Felix da Cunha era bacharel pela Faculdade de Direito de São Paulo, foi jornalista, poeta, romancista e deputado da Assembleia Provincial (1855/1860) (MARTINS, 1978, p. 171).

Tabela 10 – Óbitos de escravos e ingênuos por tipo de doença ou de sinistro (Porto Alegre, 1801-1888)

Tipo de doença ou de sinistro	1801-1810	1811-1820	1821-1830	1831-1840	1841-1850	1851-1860	1861-1870	1871-1880
Maior número de óbitos								
Infecto	1º	1º	1º	1º	2º	1º	1º	1º
Sistema respiratório	2º	2º	3º	4º	4º	4º	4º	3º
Sistema nervoso	3º	5º	6º	5º	5º	5º	5º	4º
Sistema digestivo	4º	3º	4º	3º	3º	2º	2º	2º
DPTC ¹³⁰	5º	6º	5º	7º	8º	8	7º	8º
Morte violenta	6º	7º	7º	6º	6º	7	8º	10º
Gravidez, parto	7º	8º	8º	8º	7º	9	11º	11º
1ª infância	8º	4º	2º	2º	1º	3º	3º	6º
Doenças reumáticas	9º	9º	10º	9º	10º	10º	10º	9º
S. circulatório	10º	10º	11º	10º	9º	6º	6º	5º
S. geniturinário	11º	11º	9º	11º	11º	11º	9º	7º
Óbitos em números absolutos								
Desconhecida	161	2	1	1	2	8	10	6
Mal definida	109	418	459	459	650	264	67	85
Não consta	68	84	68	68	18	34	31	55
Totais	1.247	1.936	2.805	2.805	2.056	1.966	788	737

Fonte: Tabela elaborada pelo autor com base nos dados coletados.

Notamos acima a hegemonia das doenças infectocontagiosas, o que pode ser confirmado se listarmos apenas as *causas mortis* mais citadas:

130. Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo.

Tabela 11 – Número de óbitos de escravos e ingênuos por tipos de doenças ou de sinistros mais frequentes (Porto Alegre, 1801-1888)

Tipo de doença ou de sinistro		%
Infecto	4.082	36,70
Primeira infância	2.210	19,87
Sistema digestivo	1.640	14,74
Sistema respiratório	1.314	11,81
Sistema nervoso	819	7,36
Morte violenta	393	3,53
Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	318	2,86
Sistema circulatório	138	1,24
Complicações na gravidez ou parto	119	1,07
Doenças reumáticas	50	0,45
Sistema geniturinário	40	0,36

Fonte: Quadro elaborado pelo autor com base nos dados coletados.

Quadro 2 – Causa mortis mais frequentes de óbitos de escravos e ingênuos (Porto Alegre, 1801/1888)

Classificação da doença	Causa mortis
1. Infecto	Disenteria
2. Infecto	Bexiga/Variola
3. Sistema digestivo	Hidropisia
4. Sistema digestivo	Diarreia
5. Infecto	Tuberculose
6. Primeira infância	Tétano [umbilical]
7. Sistema digestivo	Constipação
8. Sistema respiratório	Defluxo
9. Sistema respiratório	Pleuris
10. Morte violenta e acidental	Afogados
11. Sistema nervoso	Estupor
12. Doenças da pele	Apostema
13. Sistema nervoso	Ar de espasmo ou de estupor

Fonte: Quadro elaborado pelo autor com base nos dados coletados.

Seguindo as classificações de Mary Karasch (2000), temos uma predominância das doenças infectocontagiosas. Em 1855, como já mencionamos no início deste texto, uma epidemia de cólera aportou na capital da província meridional de São Pedro do Rio Grande do Sul. Para tentar amenizar os seus efeitos, tomaram-se medidas de recolhimento de lixo assiduamente, bem como se distribuíram para a população manuais informativos sobre o que fazer para que a doença não a atingisse significativamente. As medidas adotadas não surtiram o efeito desejado, e o número de baixas foi grande. Conforme o historiador Sérgio da Costa Franco (1988, p. 152), “o número de óbitos atingiu a cifra de 1405 pessoas, ou seja, o equivalente a dez por cento da população da cidade. Como em geral acontecia, as principais vítimas foram os escravos e a população mais pobre, cujas condições sanitárias eram deploráveis”. A epidemia atingiu seu auge entre 19 de novembro de 1855 e 11 de janeiro de 1856, quando se adotaram medidas mais rigorosas e, também, curiosas: matança de cães que perambulavam pela cidade a esmo e seu enterramento imediato e proibição de “venda de frutas de qualquer qualidade, inclusive os pepinos e milho verde, vigorando esta disposição enquanto a Câmara julgar conveniente”. Segundo Franco (2003, p. 61):

[...] o quadro de enterros, relativo apenas ao ano de 1855, mostra a gravidade da epidemia. Nos primeiros onze meses do ano, o total de inumações de pessoas livres no Cemitério da Santa Casa fora de 513, numa média de 46,6 mensais; só em dezembro, o número de enterros subiu para 688. Em relação aos escravos, foi ainda pior a performance da mortalidade: nos primeiros onze meses, antes de declarar-se a epidemia, enterraram-se 263 cadáveres de cativos, em média mensal de 23,9; só em dezembro, o número de inumações alcançou 541, mais do que o dobro do registrado nos primeiros onze meses do ano.

Consta no relatório do presidente da província Barão de Muritiba que, “em fevereiro de 1856, o surto se achava virtualmente extinto” (RIO GRANDE DO SUL, 1856a). No início de 1867, novamente o cólera atingiu a cidade de Porto Alegre, entretanto suas consequências não foram tão drásticas como na epidemia de 1855. Segundo as autoridades, medidas sanitárias já haviam sido tomadas, como o recentíssimo serviço de água potável, trazida do arroio Dilúvio (RÜCKERT, 2015).

Segundo os registros de óbitos, o pico das mortes do cólera foi em 1855, com o registro de 777 *passamentos*, somando-se no ano seguinte mais 53. Em 1861, há apenas 1 registro e, em 1867, foram 84 mortes causadas pelo cólera. Seguem-se mais 2 óbitos isolados, 1 em 1872 e outro no ano seguinte (MOREIRA, 2009). Cabe ainda mencionar que muitas das mortes atribuídas ao cólera foram atestadas não por médicos, mas por autoridades públicas (inspetores de quarteirão, senhores, padres, subdelegados, etc.), podendo assim o medo epidêmico ter encoberto outras *causa mortis*.

Claro que, como já dissemos, muitas das *causa mortis* apontadas eram sintomas que poderiam estar associados a doenças diversas. É interessante notar que, na pesquisa de Karasch, a epidemia de cólera é destacada quando a autora fala sobre as moléstias do sistema digestivo que atacavam os escravos. Segundo ela:

[...] a quantidade de escravos que morria de diarreia era incomum. Com muita frequência, os médicos não davam outra explicação além de diarreia para a morte de um cativo. Sintomática de muitas outras moléstias, a diarreia implica “evacuações fecais leves ou líquidas” frequentes. Embora seja causada geralmente por um problema do sistema digestivo, há muitos diagnósticos possíveis quando aparece junto com febre (KARASCH, 2000, p. 238).

Entre os óbitos de escravos e ingênuos de Porto Alegre, encontramos 552 diagnosticados como mortos pela *diarreia*.

Entre as doenças infectoparasíticas, podemos relacionar uma quantidade muito grande de moléstias que se encaixam em tal designação: tuberculose, tuberculose pulmonar, moléstia do peito, tísica, tísica pulmonar, tísica escrofulosa, escrófula, tísica mesentérica, disenteria:

As fontes do século XIX utilizavam uma variedade de qualificações para descrever a disenteria, tais como crônica, maligna, violenta, alarmante, aguda e sangrenta, numa época em que não havia como distinguir entre disenteria bacilar e amebiana. A última, a “disenteria sangrenta” era a assassina contagiosa no tráfico e nas prisões da cidade – na verdade, em qualquer lugar sujo no qual os escravos fossem amontoados e água e alimentos fossem contaminados por dejetos humanos. A disenteria bacilar era uma

das doenças mais velozes e fatais. Suas vítimas perdiam rapidamente as forças, tinham febre e sofriam de movimentos intestinais cada vez mais freqüentes, misturados com sangue e muco. A maioria morria em três ou quatro dias. A menos contagiosa e mais “leve” forma de disenteria, à qual os indivíduos tinham mais probabilidade de sobreviver, era a amebiana, que os escravos indiscutivelmente contraíam (KARASCH, 2000, p. 213).

Nos registros, encontramos 912 mortes causadas pela disenteria, a qual, pelas descrições dos dicionários do período, também tinha na diarreia um dos seus sintomas primordiais. Chernoviz (1890, v. 1, p. 887) a descreve como uma “moléstia cujos sintomas principais consistem em frequentes evacuações de materias mucosas misturadas com sangue, acompanhadas de colicas e de um sentimento de ardor no anus”. E diz Langgaard (1872, v. 1, p. 685):

[...] moléstia conhecida desde a mais remota antiguidade. Hipócrates a menciona em diferentes lugares das suas obras, tendo depois dele até o presente, um número infinito de autores feito dela objeto dos seus estudos. Admite-se, em geral, um não pequeno número de diferentes espécies desta afecção, que se podem todas reduzir a *dysenteria febril* e *dysenteria não febril*; a *dysenteria aguda e chronica*, convem igualmente distinguir entre *esporádica* e *epidêmica*. A dysenteria consiste em uma afecção caracterizada por dejecções numerosas, com dores no ventre mais ou menos vivas, e evacuações de matérias mucosas, muco-sanguinolentas e às vezes mesmo de sangue. A dysenteria ligeira e não febril observa-se com mais freqüência esporadicamente, porém outrotanto não acontece com a dysenteria grave, que ao contrário repetidas vezes se mostra epidemicamente, sendo as epidemias desta moléstia talvez uma das mais freqüentes de todas até agora conhecidas.

Ao falarmos em epidemia, não podemos deixar de relatar que Porto Alegre, de maio a julho de 1874, sofreu com o surto de varíola, contra o qual uma medida curiosa foi adotada em 27 de julho de 1874: os vereadores resolveram mandar queimar alcatrão à volta da cidade, “para desinfetar o ar”. A varíola, também chamada de bexigas ou bexigas confluentes, vitimou ao longo do século XIX, 617 escravos na capital da província. As definições encontradas para a doença no período são as seguintes:

É uma affecção febril, aguda e contagiosa, em que na superfície do corpo se desenvolvem pustulas mais ou menos grandes, e que nos casos simples, tem uma marcha muito certa. Esta molestia já foi descripta pelo autor Rhazes, que lhe deu o nome de *Euphologia*. Na medicina dá-se o nome de *Variola* ou *Febre variolosa*; os Inglezes chamão-na *Small-pox*; os Allemães *Pocken*; e os Francezes *Petite-vérole*, *Picote*, etc. Antes da descoberta da vacina, poucos indivíduos escapavão desta affecção; hoje é menos frequente, e parece mesmo ter perdido parte da sua intensidade (LANGGAARD, 1872, v. 1, p. 280).

Com estes nomes designa-se uma erupção geral de borbulhas pelo corpo, que se convertem em grandes pustulas redondas e purulentas; acabam pela desecação e deixam nodoas vermelhas, as quais sucedem cicatrizes mais ou menos aparentes (CHERNOVIZ, 1890, v. 1, p. 325).

Considerações finais

Epidemias reais ou potenciais (que atingiam outros lugares, mas mexiam com os sensíveis imaginários oitocentistas) provocaram mudanças promovidas pelos órgãos públicos, como as câmaras municipais (WITTER, 2007; RÜCKERT, 2015; ÁVILA, 2010). Novas cadeias, remoção de cemitérios para fora dos limites urbanos (extramuros), limpeza das ruas, controle do manejo das matérias fecais indicam uma agenda que tinha como pressuposto a higienização, tratada como uma ideologia, e que visava a condução da cidade ao progresso e à civilização: “as autoridades acreditavam que, ao adotar uma série de medidas científicas, orientadas por especialistas – os médicos higienistas –, poderiam não apenas combater epidemias, mas sanar problemas e conflitos sociais mais amplos” (SAMPAIO, 2002, p. 42).

Muitas vezes os papéis de médico e vereador se misturavam. Em 1865, por exemplo, o médico e vereador José Bernardino da Cunha Bittencourt processou por injúrias o editor do *Jornal do Comércio*, Israel Antônio dos Santos, por matéria publicada no domingo, 24 de setembro de 1865, alcunhando-o de “charlatão imoral” (PROCESSO..., 1865). O médico Bittencourt, enquanto vereador, havia conseguido que a câmara municipal oficiasse ao presidente da província reclamando contra o “aquartelamento

de tropas no centro da cidade”, pois “a aglomeração de gente em pequenos armazéns, sem a ventilação e asseio necessários, com a aproximação da estação calmosa, pode determinar o aparecimento de uma epidemia, como o indica já o grande número de moléstias que se estão desenvolvendo com este caráter”. As preocupações do médico-vereador não eram completamente injustificáveis, já que as condições insalubres do período, em termos de falta de rede de esgotos e água potável, potencializavam o derramamento de epidemias em condições de concentração populacional em locais exíguos, como os quartéis. Por outro lado, tratar desta questão em um momento de eclosão de um conflito internacional (a Guerra do Paraguai) e numa província fronteiriça cujo imaginário estava calcado numa endêmica beligerância parecia um descaso com a sorte dos milhares de recrutados, e assim deve ter sido tratada a situação pela imprensa local.

Os cidadãos fardados, muitos deles compulsoriamente conduzidos ao Brasil meridional, foram vistos como alvo preferencial de medidas de higienização e controle, já que os quartéis configuravam focos de contágio de vícios e derramamentos epidêmicos. Vindos de outras províncias e sujeitos a anos de recrutamento, estes indivíduos muitas vezes não chegavam sozinhos, ou então procuravam atenuar os danos psicológicos do desenraizamento organizando núcleos familiares estruturados de diversas maneiras. Parcos de recursos, mas ansiosos por autonomia na gestão de seus afetos e sociabilidades, habitavam residências humildes, muitas delas alcunhadas de cortiços. Há vários indícios da existência de habitações ocupadas por soldados e ex-militares no Beco do Oitavo (já citado no início deste texto), como o relatório de uma comissão formada pelo Comando do 13º Batalhão de Infantaria que tinha como finalidade prevenir a propagação do cólera. As casas que serviam de moradia às praças casadas do 13º eram assim descritas:

As habitações a que dão o nome de casas, com exceção das que dão frente para a Rua 3 de Novembro, são inabitáveis, porque algumas são edificadas de modo a formarem um acervo de cubículos de tamanho tão limitado que precisa grande esforço para respirar ar nas condições mais anormais de temperatura. São julgadas essas habitações, muito inferiores debaixo de todos os pontos de vista às águas-furtadas, últimas das habitações aproveitadas nas cidades populosas, porque ao menos nestas, pela sua altura, o ar se bem com dificuldade, se renova mais facilmente.

Além disso, tão miseráveis e nauseabundas mansardas não recebem sequer um raio de sol, o que dá lugar a conservar sempre umidade que com o aumento de temperatura, desenvolve miasmas que muito concorrerão para prejudicar constantemente o estado sanitário da população, se isso se dá assim, é óbvio que muito maior mal produzirá tenha lugar o desenvolvimento de uma epidemia qualquer. A demolição de tais cubículos não nos parece só uma medida higiênica, mas também humanitária. Esses cubículos estão agrupados, uns na esquina da Rua 3 de Novembro e General Bento Gonçalves, outros cujo conjunto constituem o cortiço que o vulgo chama “o Céu”: outros no porão da casa onde mora o taverneiro Sales e, finalmente, outros edificadas no corredor e fundos do sobrado existente entre o Quartel e a Rua General Bento Gonçalves (PORTO ALEGRE, 1886).

Em Porto Alegre, resistências populares, incompetências administrativas e atritos político-partidários (RÜCKERT, 2015; ÁVILA, 2010) retardaram a instalação de uma rede de esgoto confiável e o fornecimento de água potável, que se tornariam realidade apenas no século XX. Ainda no final do Império, anúncios, como o transcrito a seguir, eram frequentes nos jornais que circulavam na capital meridional:

PREVENÇÃO: Previne-se ao público que só homens sérios e de cor é que vendem a água do José Francisco. Previne-se mais que anda um homem branco, baixo, grosso e muito feio vendendo água com o letreiro falso, dizendo que é da mesma fonte, e que não tira de lá há muito tempo por ser muito intrigante e desordeiro. Na mesma chácara dá-se uma gratificação de 20\$000 réis a quem lhe sacar a chapa com o letreiro que traz na pipa, enganando o público (O MERCANTIL, 1887).

No ano do documento acima, não há nenhum registro de morte, pelo menos entre escravos, de vítimas do cólera. Mesmo assim, as autoridades espelhavam as preocupações comunitárias, causadas pela vulnerabilidade evidenciada em cada surto epidêmico.

Como vimos ao longo do artigo, o *derramamento* de epidemias no Oitocentos fez com que a (in)salubridade da cidade entrasse na agenda dos governantes municipais e provinciais. O crescimento urbano – aos moldes

oitocentistas – provocou algumas mudanças básicas, como a escolha de local propício para a Casa de Correção, no extremo da península, e a remoção do cemitério do centro da urbe para elevada e afastada região da Azenha.

O citado crescimento urbano foi acompanhado por um evidente e *natural* aumento do segmento demográfico negro, distribuído em seus vários e intercambiantes *status* (livres, libertos, libertandos e escravizados). Os dados relativos à mortalidade de escravizados, apontados nas tabelas apresentadas neste artigo, mostram como a capital da província conheceu um substancial acréscimo em sua população de cativos. Chamamos a atenção para o fato de que a grande quantidade desses óbitos atesta o papel de Porto Alegre como lócus irradiador de trabalhadores escravizados para o restante da província. Os registros ainda carecem, contudo, de uma atenção dos historiadores voltados ao tráfico nacional e internacional de almas escravizadas.

Evidências da existência desse tráfico em Porto Alegre são patentes como no caso ocorrido em 18 de maio de 1814, quando faleceu o angolano Pedro, de 48 anos, de espasmo (*causa mortis* provavelmente relacionada ao sistema nervoso); seu senhor foi apontado como sendo Joaquim Gonçalves dos Santos, morador do Rio de Janeiro. Pedro recebeu o sacramento da extrema-unção, foi enterrado no cemitério da Matriz e, em 13 de julho de 1814, o pároco emitiu uma certidão de seu *passamento*, certamente para que os consignatários locais pudessem atestar a perda desta mercadoria humana ao sócio carioca. Também, no ano anterior, em 15 de setembro de 1813, faleceu uma *negra nova* cabinda, de 11 anos de idade, de bexiga. O pároco não sabia o nome da falecida, mas registrou dados sobre a escrava que exteriorizam redes de tráfico e recepção de trabalhadores africanos escravizados: “remetida do Rio de Janeiro, no Bergantim Nova União, de que é mestre Tomaz da Silva Ramos, por Inácio José Machado, e por conta de Antônio José de Carvalho Guimarães, morador do Rio Pardo” (LIVRO..., [18--], folhas 179 e 188).

Estas redes de tráfico demandavam movimentos populacionais e com estes circulavam culturas e epidemias. Não é à toa, certamente, que as primeiras motivações a respeito da criação da Santa Casa de Misericórdia local voltavam-se para os marítimos – trabalhadores do porto e das embarcações que ali aportavam.

Infelizmente, os registros de óbitos trazem informações no mínimo incompletas para se estabelecer uma visão contínua das epidemias que afligiram os lócus específicos de análise.

Referências

ABREU, Jean Luiz Neves. Das enfermidades e dos saberes sobre o corpo dos africanos no Brasil: historiografia, práticas e apropriações. **História e Perspectivas**, n. 32/33, p. 179-194, jan.- jul./ago.-dez. 2005.

AL-ALAM, Caiuá Cardoso. **Palácio das misérias**: populares, delegados e carcereiros em Pelotas (1869-1889). 2013. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

ALBUQUERQUE NETO, Flávio de Sá Cavalcanti de. **A reforma prisional no Recife oitocentista**: da cadeia à casa de detenção (1830-1874). 2008. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

ALMEIDA, Luiz Beltrão de Gouveia de. **Memória sobre a Capitania do Rio Grande do Sul**. Lisboa: Real Academia de Ciências de Lisboa, 1806

ARAÚJO, Carlos Eduardo Moreira de. **Cárceres imperiais**: a Casa de Correção do Rio de Janeiro. Seus detentos e o sistema prisional no Império, 1830-1861. 2009. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

ÁVILA, Vladimir Ferreira. **Saberes, históricos e práticas cotidianas sobre saneamento**: desdobramentos na Porto Alegre do século XIX (1850-1900). 2010. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

BASSANEZI, Maria Silvia. Os eventos vitais na reconstituição da história. In: PINSKY, Carla Bassanezi; LUCA, Tania Regina de (Org.). **O historiador e suas fontes**. São Paulo: Contexto, 2009. p. 141-172.

BERUTE, Gabriel Santos. **Dos escravos que partem para os portos do sul**: características do tráfico negro do Rio Grande de São Pedro do Sul,

c.1790-c.1825. 2006. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

BRASIL (Império). Lei de 7 de novembro de 1831. Declara livres todos os escravos vindos de fôra do Imperio, e impõe penas aos importadores dos mesmos escravos. **Colecção das Leis do Imperio do Brazil de 1831**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1875. Parte 1, p. 182-184.

BRIZOLA, Jaqueline Hasan. **A terrível moléstia: vacina, epidemia, instituições e sujeitos: a história da varíola em Porto Alegre no século XIX (1846-1874)**. 2014. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

CESAR, Tiago da Silva. **A ilusão panóptica: encarcerar e punir nas imperiais cadeias da província de São Pedro (1850-1888)**. São Leopoldo: Oikos, 2015. (Coleção EHILA, v. 16).

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

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. **Diccionario de medicina popular e das sciencias accessorias para uso das famílias**. 6. ed. Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. 2 v.

COMÉRCIO. Porto alegre, 16 out. 1847; 14 dez. 1882. Localizado em: Museu da Comunicação Social Hipólito José da Costa.

CORREIO DO SUL. Porto Alegre, 27 dez. 1861. Localizado em: Museu da Comunicação Social Hipólito José da Costa.

[CORRESPONDÊNCIAS do cônsul Antonio Maria do Amaral Ribeiro com o ministro dos Negócios Estrangeiros de Portugal]. [1855]. Localizado em: Arquivo Histórico do Ministério dos Negócios Estrangeiros, Palácio das Necessidades, Lisboa, Portugal. Caixa 568.

COSTA, Iraci del Nero da. Vila Rica: mortalidade e morbidade (1799-1801). In: PELÁEZ, Carlos Manuel; BUESCU, Mircea (Coord.). **A moderna história econômica**. Rio de Janeiro: APEC, 1976. p. 115-127.

DINIZ, Ariosvaldo da Silva. **Cólera**: representações de uma angústia coletiva (a doença e o imaginário social no século XIX no Brasil). 1997. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. **A arte de curar**: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002.

FLORENTINO, Manolo. **Em costas negras**: uma história do tráfico de escravos entre a África e o Rio de Janeiro. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

FRANCO, Sérgio da Costa. **Guia histórico de Porto Alegre**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1988.

_____. **Santa Casa 200 anos**: caridade e ciência. Porto Alegre: ISCMPA, 2003.

FURTADO, Junia Ferreira. A morte como testemunho de vida. In: PINSKY, Carla Bassanezi; LUCA, Tania Regina de (Org.). **O historiador e suas fontes**. São Paulo: Contexto, 2009. p. 93-118.

GILL, Lorena Almeida. A cidade de Pelotas (RS) e as suas epidemias (1890-1930). **História em Revista**, Pelotas, v. 11, p. 191-210, dez. 2005.

KARASCH, Mary. **A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

LANGGAARD, Theodoro João Henrique. **Dicionário de medicina doméstica e popular**. 2. ed., Rio de Janeiro: Laemmert & Cia, 1872. 3 v.

LIVRO 2 de óbitos de escravos Paróquia Madre de Deus de Porto Alegre. [18--]. Localizado em: Arquivo Histórico de Porto Alegre Moysés Velinho.

LIVRO 8 de óbitos de livres da Paróquia da Madre de Deus de Porto Alegre. 12 maio 1856. Localizado em: Arquivo Histórico da Cúria Metropolitana de Porto Alegre.

LIVRO de transmissões e notas de Porto Alegre. [18--]. Localizado em: Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul, Códice n. 18, folha 46v.

MARTINS, Ari. **Escritores do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1978.

MEDEIROS, João Gabriel Toledo. **A tuberculose em Porto Alegre, 1896 a 1924: um estudo de mortalidade**. 2015. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2015.

MEIRELLES, Pedro von Mengden. **Um terreno cheio de asperezas: o cemitério da Matriz de Porto Alegre no cotidiano da cidade (1772-1888)**. 2016. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. **Entre o deboche e a rapina: os cenários sociais da criminalidade popular (Porto Alegre – século XIX)**. Porto Alegre: Armazém Digital, 2009.

_____. Feiticeiros, venenos e batuques: religiosidade negra no espaço urbano (Porto Alegre – século XIX). In: GRIJÓ, Luiz Alberto. **Capítulos de história do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004. p. 147-177.

_____. Funesto inventário de moléstias que o continente negro nos legou: a morbidade da população escrava no século XIX através dos registros de óbitos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. In: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. **Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: histórias reveladas**. Porto Alegre, 2009. p. 118-132.

_____. Por se ter queimado uma preta escrava, com o pretexto de bruxaria: fronteira, impunidade e crença dos senhores no poder mágico-religioso de seus cativos (Rincão de Artigas/1856). **História em Revista**, Pelotas, v. 6, p. 25-52, 2010.

_____. Sou lavrador e curo: saúde e feitiço na sociedade escravista oitocentista (Litoral Norte – RS). In: VENDRAME, Maíra Ines et al. (Org.). **Micro-história, trajetórias e imigração**. Santa Maria: Editora da UFSM, 2015. p. 68-83.

MOREIRA, Paulo Roberto Staudt; TASSONI, Tatiani. **Que com seu trabalho nos sustenta**: as cartas de alforria de Porto Alegre (1748/1888). Porto Alegre: EST, 2007.

NADALIN, Sergio Odilon. **História e demografia**: elementos para um diálogo. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2004.

NASCIMENTO, Mara Regina do. **Irmandades leigas em Porto Alegre**: práticas funerárias e experiência urbana (séculos XVIII-XIX). 2006. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

O MERCANTIL. Porto Alegre, 28 nov. 1852; 19 jun. 1863; 10 jan. 1887. Localizado em: Museu da Comunicação Social Hipólito José da Costa.

[OFÍCIO do chefe de polícia José de Araújo Brusque, de 29 de novembro de 1871, ao subdelegado de polícia do segundo distrito de Porto Alegre]. 29 nov. 1871. Localizado em: Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul, Fazenda, Códice: F-321; Polícia, Códice 241.

OFÍCIO do presidente da província Manoel Joaquim de Souza Medeiros para o ministro da Justiça Antonio Elzeário de Miranda Brito. 10 nov. 1838. Localizado em: Arquivo Nacional do Rio de Janeiro; Fundo: GIF; Ministério da Justiça, 3ª seção, maço 5C 478.

OFÍCIO n. 49 dirigido pelo presidente da província do Rio Grande do Sul, Barão de Muritiba, ao Ministério dos Negócios da Justiça em 22 de

fevereiro de 1856. 22 jan. 1856. Localizado em: Arquivo Nacional/Rio de Janeiro; Série: Justiça; Gabinete do Ministro; maço IJ1580.

OLIVEIRA, Daniel. **Morte e vida feminina**: mulheres pobres, condições de saúde e medicina da mulher na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1880-1900). 2012. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

PETIZ, Silmei de Sant’Ana. Enfermidades de escravos no Sul do Brasil. In: PORTO, Ângela (Org.). **Doenças e escravidão**: sistemas de saúde e práticas terapêuticas. Rio de Janeiro: Casa Oswaldo Cruz, 2007. CD-ROM.

PIMENTA, Tânia Salgado. Barbeiros, sangradores e curandeiros no Brasil (1808-28). **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 349-374, 1998.

PINTO, Natália. **A benção compadre**: experiências de liberdade e parentesco em Pelotas (1830-1850). 2012. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2012.

PORTO ALEGRE. **Correspondência da Câmara Municipal**. 1886. Localizado em: Arquivo Histórico de Porto Alegre Moysés Vellinho, Livro 40.

_____. **Ofício da Câmara Municipal de Porto Alegre, de 2 de maio de 1845**. 2 maio 1845. Localizado em: Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul, Obras Públicas, Lata 358, maço 2.

PROCESSO crime n. 3560. Autor: Dr. José Bernardino da Cunha Bittencourt; réu: Israel Antônio dos Santos [Editor responsável do Jornal do Comércio]. 1865. Localizado em: Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul, 1º Cartório Cível e Crime de Porto Alegre, maço 133.

QUEVEDO, Everton Reis. **“Uma mão protetora que os desvie do abismo”**: Sociedade Portuguesa de Beneficência de Porto Alegre e seu hospital (1854-1904). 2016. Tese (Doutorado em História) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2016.

[RECURSO do advogado Felix da Cunha]. 1859. Localizado em: Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul, 1º Cartório de Órfãos de Porto Alegre, maço 87, auto 1852.

REIS, João José. **A morte é uma festa**: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

_____. Identidade e diversidade étnicas nas irmandades negras no tempo da escravidão. **Tempo**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 7-33, 1997.

_____. **Rebelião escrava no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

[RELATÓRIO do Dr. Sebastião Leão sobre a Casa de Correção de Porto Alegre]. 1897. Localizado em: Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul, Relatórios da Secretaria do Interior e Exterior, Códice 3-004.

RIO GRANDE DO SUL (Província). **Relatorio com que abriu a primeira sessão ordinaria da segunda legislatura da provincia de S. Pedro do Rio Grande do Sul no 1.º de março de 1846, o exm.º sr. conde de Caxias, presidente da mesma provincia**. Porto Alegre: Typ. de I. J. Lopes, 1846.

_____. **Relatorio com que o conselheiro Barão de Muritiba entregou a presidencia da provincia de S. Pedro do Rio Grande do Sul ao Exm. Sr. Presidente e Commandante das Armas, Conselheiro, e General Jeronymo Francisco Coelho no dia 28 de abril de 1856**. Porto Alegre: Typographia do Mercantil, 1856a.

_____. **Relatorio do presidente da provincia de S. Pedro do Rio Grande do Sul, Jeronymo Francisco Coelho, na abertura da Assembléa Legislativa Provincial em 15 de dezembro de 1856**. Porto Alegre: Typ. do Mercantil, 1856b.

RIO GRANDENSE. Porto Alegre, 6 jan. 1877. Localizado em: Museu da Comunicação Social Hipólito José da Costa.

RODRIGUES, Jaime. **De costa a costa**: escravos, marinheiros e intermediários do tráfico negreiro de Angola ao Rio de Janeiro (1780-1860). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

RÜCKERT, Fabiano Quadros. **O saneamento e a politização da higiene no Rio Grande do Sul (1828-1930)**. 2015. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2015.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. **Nas trincheiras da cura**: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro imperial. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.

SANT'ANNA, Marilene Antunes. **A imaginação do castigo**: discursos e práticas sobre a Casa de Correção do Rio de Janeiro. 2010. Tese (Doutorado em História Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, Raquel Padilha da. **A cidade de papel**: a epidemia de peste bubônica e as críticas em torno da saúde pública na cidade do Rio Grande (1903-1904). 2009. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

SOARES, Carlos Eugênio Líbano; GOMES, Flavio; GOMES, Juliana Barreto Farias. **No labirinto das nações**: africanos e identidades no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2005.

SOARES, Mariza de Carvalho. **Devotos da cor**: identidade étnica, religiosidade e escravidão no Rio de Janeiro, século XVIII. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

SOUSA, Jorge Prata de. Anotações a respeito de uma fonte: os registros de óbitos da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, século XIX. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 33-58, jan.-jun. 2003.

SUMÁRIOS Júri. Porto Alegre, [187-]. Localizado em: Arquivo Público de Estado do Rio Grande do Sul, maço 43, processo nº 1236.

TOMASCHEWSKI, Cláudia. **Caridade e filantropia na distribuição da assistência:** a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas – RS (1847-1922). 2007. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

_____. **Entre o Estado, o mercado e a dádiva:** a distribuição da assistência a partir das irmandades da Santa Casa de Misericórdia nas cidades de Pelotas e Porto Alegre, Brasil, c. 1847 – c. 1891. 2014. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

VERGER, Pierre Fatumbi. **Ewé:** o uso das plantas na sociedade Iorubá. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

VIANA, Larissa. **O idioma da mestiçagem:** as irmandades de pardos na América Portuguesa. Campinas: Editora da Unicamp, 2007.

WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar:** medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928. Santa Maria: Editora da UFSM, 1999.

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

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

CONCEPÇÕES E AÇÕES DE SAÚDE NO SÉCULO XIX E O TRATAMENTO DADO ÀS EPIDEMIAS NO RIO GRANDE DO SUL

Éverton Reis Quevedo

Gláucia Giovana Lixinski de Lima Külzer

“Só Deus é o verdadeiro médico. Ninguém o pode duvidar [...] porque os médicos o mais que podem fazer é aplicar os remédios, porém, Deus, é o que dá a saúde” (PEREIRA, 1939, v. 1, p. 367, apud ABREU, 2011, p. 86).

Analisando a citação acima, extraída da obra do moralista Nuno Marques Pereira, autor do *Compêndio narrativo do peregrino da América* (1728), podemos perceber que, nos séculos anteriores ao XIX, as questões ligadas à saúde não pertenciam à esfera terrestre.

O conceito de saúde reflete uma conjuntura social, econômica, política e cultural, ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas; a forma como ela é entendida dependerá da época, do lugar, da classe social, dependerá de valores individuais e de concepções científicas, religiosas e filosóficas (SCLiar, 2007).

Devido à valorização neoclassicista dos preceitos gregos no século XVIII, a teoria dos “humores corporais”, formulada por Hipócrates (século IV-V a. C.), ganhou força. Segundo essa teoria, o corpo era constituído por quatro humores: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra. Cada um deles possuía determinadas qualidades: seco, frio, quente, amargo, doce, etc. A mistura equilibrada das qualidades dos humores era o que definiria a saúde do organismo, enquanto a doença era explicada como o predomínio de uma qualida-

de sobre a outra (PEREIRA; GUZZO, 2002, p. 92; ABREU, 2011, p. 89)¹³¹.

Embora no século XVIII as camadas mais letradas de Portugal tenham tentado colocar o país em sintonia com as transformações operadas pela ciência moderna (ABREU, 2011, p. 14), o processo foi considerado sem efeito, e esse atraso da nação refletiu-se em todos os seus domínios (ROSA, 2012, p. 37). Centrando nosso olhar no XIX, podemos afirmar que ele manteve muito da filosofia dos séculos anteriores.

Carlos Augusto de Proença Rosa (2012, p. 29) nos coloca que o espírito metafísico, dominante no século XVIII¹³², segundo o qual a ciência seria usada para “confirmar a autoria divina dos fenômenos físicos e sociais”, foi superado apenas em parte, pois, durante boa parte do século XIX, as considerações em relação aos doentes apontavam para o fato de eles estarem sendo punidos por algum erro pessoal, fosse em relação às prescrições religiosas, fosse em relação à ordem moral ou social.

Na busca pela saúde, um aspecto significativo que foi muito presente nos séculos XIX e XX diz respeito ao uso de “manuais de medicina”¹³³ – por exemplo, Langgaard (1865), Raspail (1860) e Rangel (1933). Nesses manuais encontramos explicações sobre flora, fauna e, é claro, saúde e doença. Há longas descrições sobre as mazelas que podem acometer o homem, bem como explicações a respeito de como evitá-las e tratá-las.

De acordo com Guimarães (2005), os manuais de medicina popular “Chernoviz”¹³⁴, por exemplo, foram essenciais na difusão de saberes e prá-

131. Sobre humores, ver: Rezende (2009).

132. Para mais informações sobre saúde e doença no Brasil Colônia, ver Gurgel (2011).

133. No Brasil estes manuais já existiam desde o século XVI, dirigidos a médicos e leigos, como o *Tratado único das bexigas e sarampo*, do médico Romão Mosia Reinhipo, escrito em 1683, reeditado em 1859, em Lisboa, e em 1956, no Recife, pelo Arquivo Público Estadual de Pernambuco (HOLANDA, 1960), e o *Erário mineral*, editado em 1735, também em Lisboa, e recentemente reeditado no Brasil (GUIMARÃES, 2005).

134. O médico foi responsável por uma série de manuais e dicionários. Pedro Luiz Napoleão Chernoviz, nome abrigado de Piotr Czerniewicz, nasceu na Polónia (Lukov), em 1812. Concluiu o curso de medicina aos 25 anos, pela Faculdade de Montpellier. Em 1840, chega ao Brasil. Em dezembro do mesmo ano, teve seu diploma reconhecido pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e foi aceito na Academia Imperial de Medicina, como membro titular. Chernoviz dedicou-se à ideia de produzir manuais em língua portuguesa que tivessem explicações sobre o conjunto posológico e indicações de procedimentos básicos e que pudessem orientar leigos e acadêmicos nos atendimentos diários e nos primeiros diagnósticos. A ideia viria a se materializar com as publicações do *Formulário e guia médico* (1841) e do *Dicionário de medicina popular e das ciências acessórias* (1842), que se tornaram referência para as questões médicas. Grande foi a aceitação desses manuais, o que resultou na publicação de várias edições.

ticas aprovados pelas instituições médicas oficiais para regiões rurais do Brasil imperial. Tais produções visavam a transmitir noções de medicina e de higiene à população a partir de procedimentos autoaplicáveis, além de trabalharem com conceitos ligados à prevenção.

Ainda segundo Guimarães (2005, p. 501), graças à carência de médicos nas áreas por onde se dispersava a maioria da população brasileira, “esses livros foram uma presença mais evidente do que o contato com os médicos, que, em sua maioria, viviam nos principais núcleos urbanos”. O distanciamento dos médicos contribuiu para o surgimento de inúmeros praticantes leigos da medicina, como senhores e senhoras de escravos, curandeiros, boticários, etc., e, embora houvesse discordância sobre a atuação ou não dos curandeiros, segundo Sampaio (2001, p. 21), suas práticas conviviam com a medicina oficial, sendo mais um recurso que a população poderia buscar.

A instituição “hospital” era pensada não como um lugar de cura, mas de abrigo e de conforto para os doentes. Com Foucault, sabemos que o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres e também de exclusão, uma vez que, recolhendo os despossuídos, protegiam-se os outros dos perigos por eles encarnados. Nessa época o hospital era um “morredouro”, onde o doente iria receber os últimos cuidados e sacramentos (FOUCAULT, 2000, p. 101).

“O hospital [...] tinha a função de transmissão entre a vida e a morte, de salvação espiritual, mais que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população” (FOUCAULT, 2000, p. 102).

Observando o verbete “saúde” do *Diccionario de medicina popular e das sciencias acessórias*¹³⁵, de Pedro Luiz Napoleão Chernoviz, publicado em 1890, podemos visualizar a ideia corrente naquele momento sobre o tema:

Segundo o estudioso Hilton Seda, mencionado por Figueiredo (2005, p. 101), possivelmente em virtude das críticas que estava recebendo pelo fato de seus manuais facilitarem o acesso dos leigos à medicina, Chernoviz teria se desligado, em 1848, da Academia Imperial de Medicina. Em 1855, retornou à França, em companhia de sua mulher Julie Bernard e de seus seis filhos (um dos quais daria continuidade a seu grande projeto editorial). Morreu em Paris, em 1881 (FIGUEIREDO, 2005).

135. O nome completo da obra é *Diccionario de medicina popular e das sciencias acessórias – para uso das famílias contendo a descripção das causas, symptomas e tratamento das moléstias; As receitas para cada moléstia; As plantas medicinaes e as alimentícias; As águas mineraes do Brazil, de Portugal e de outros paizes. E muitos conhecimentos úteis.*

Estado em que todas as funções se executam livre e facilmente: é o estado normal. De todos os bens d'este mundo, a saúde é o primeiro. A saúde é a fonte de todo o gozo, de toda a atividade. Um homem pobre que é são e robusto é mais feliz do que um rico atormentado de moléstias. A saúde admite muitas variedades, ou, para melhor dizer, cada indivíduo tem a sua própria [...]. **Tudo o que é organizado tende a morte. Mas se a humanidade não pode evitar a destruição, pode ao menos por meio de um regimen retardar a sua consumpção final;** pode, com o socorro da hygiene, dar aos órgãos todo o seu desenvolvimento, até a hora em que a necessidade de morrer é imposta a criatura (CHERNOVIZ, 1890, p. 456, grifos nossos).

Outro legado recebido pelo século XIX foi a crença de que os trópicos eram mais propensos a causar malefícios à saúde:

[...] Maranhão, Brasil, Costa da mina, Angola [...]. Naqueles sítios o calor se fazia contínuo, razão pela qual provinham aquelas febres pestilentas, e que da mesma origem vêm outros males tão comuns a todo o Brasil, como são os insetos mais nocivos à saúde, e outras moléstias vulgares. O clima era tido como responsável por várias doenças, como sarnas, herpes, pústulas, tosses convulsivas, cólera, febres, entre outras [...] (ABREU, 2011, p. 140-141).

Somado a essa convicção estava o conceito de “miasmas”, ou seja, as doenças tinham sua origem a partir de matéria orgânica em putrefação e de águas estagnadas. Assim, locais sujos e putrefatos das cidades (como cemitérios) exalariam emanações miasmáticas que, corrompendo o ar, transmitiriam doenças à população (SILVEIRA, 2009, p. 21).

Segundo a mesma concepção de miasmas, havia a crença de que a “concentração de gentes” poderia acarretar no desenvolvimento de algum mal: “[...] a transpiração de muitas pessoas juntas em um mesmo lugar” faria o espaço insalubre.

Dessa maneira, navios, hospitais, prisões, igrejas e salas de espetáculos, lugares privilegiados para o amontoado dos corpos, contribuíram para a proliferação das epidemias que atacavam as cidades, constituindo-se, por esta razão, polos da vigilância [...] (ABREU, 2010, p. 235).

Contudo, em decorrência das transformações econômicas e políticas do período 1800-1900, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas sanitárias (BRAVO, 2001, p. 2).

Segundo Costa (1971, p. 95-96), a transferência da corte para o Rio de Janeiro, em 1808, marcou o surgimento das preocupações com a saúde, por questões óbvias, tendo em vista que agora havia um rei, uma rainha e uma série de pessoas que necessitavam de atenção especial. D. João VI então reestabeleceu os cargos de físico-mor e de cirurgião-mor dos exércitos, que haviam sido extintos com a Junta Proto-Medicato, único órgão de saúde que existira na colônia até então. Ao físico-mor cabiam o combate às epidemias e a resolução de problemas de saneamento.

A vinda da família real ao Brasil criou a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na agora sede do reino. À medida que se deslocavam de Salvador para o Rio de Janeiro, núcleos de ensino formal foram sendo criados. A Escola Médico-Cirúrgica da Bahia foi o primeiro estabelecimento de ensino superior do Brasil, seguida pela Escola Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro, ambas transformadas em Faculdades de Medicina em 1832, com a reforma do ensino (SCHWARCZ, 1993, p. 194, 196). Ainda nesse contexto, em 1898, foi criada a Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Além de cursos regulares de medicina, criou-se o cargo de Provedor-Mor da Saúde da Corte e do Brasil, com a finalidade de fiscalizar navios, construir lazaretos, vistoriar gêneros alimentícios, matadouros, etc.

Esse conjunto de leis, instituições e regulamentos parecia proteger a Saúde Pública, o interesse coletivo. Entretanto, assim não acontecia. A imensa extensão territorial do país, as difíceis vias de comunicação, os abusos e as deficiências na execução das leis explicam o fracasso dos resultados (COSTA, 1971, p. 97).

Nesse intuito regulatório das questões de saúde pública, em 1º de outubro de 1828, foi editada a lei que, no período imperial brasileiro (CAMPANHOLE; CAMPANHOLE, 1989, p. 785-796), norteou a atuação das câmaras municipais. Entre as normativas, estavam atribuições relativas a higiene e saúde. Segundo Costa (1971, p. 97), “foram municipalizados os serviços de saúde”.

Mesmo que Silva (2009) expresse que essa lei, elaborada no período pós-independência – momento em que o governo tentava centralizar seus poderes –, restringiu e até mesmo eliminou algumas funções das câmaras com o objetivo de limitar sua atuação, consideramos que os avanços referentes à saúde são significativos, pois antes tais questões não eram merecedoras de menção. De acordo com os parágrafos 9 e 10 do artigo 66 da referida lei de 1828:

9. [...] permittir-se-ha aos donos dos gados conduzi-los depois de esquarterados, e vende-los pelos preços, que quizerem, e aonde bem lhes convier, com tanto que o fação em lugares patentes, **em que a Camara possa fiscalisar a limpeza, e salubridade dos talhos** [...].

[...]

10. Proverão igualmente sobre a commodidade das feiras, e mercados, abastança, **e salubridade de todos os mantimentos, e outros objetos expostos á venda publica**, tendo balança de ver o peso, e padrões de todos os pezos, e medidas para se regularem as aferições; e sobre quanto possa favorecer a agricultura, commercio, e indústria dos seus Districtos, abstando-se absolutamente de taxar os preços dos generos, ou de lhes pôr outras restrições á ampla liberdade, que compete a seus donos (PORTUGAL, 1870, p. 377, grifos nossos).

Nessa linha de raciocínio – em relação às legislações criadas para atender às questões de saúde, Witter (2007, p. 59) nos coloca que, em função da ocorrência de epidemias no Rio de Janeiro e da verificação do recrudescimento do cólera na Europa, o Império resolveu adotar medidas que culminaram na criação, em 12 de fevereiro de 1850, da Comissão Central de Saúde Pública, que, em 14 de setembro do mesmo ano, foi substituída pela Junta de Higiene Pública, a qual, pelo regulamento de 29 de setembro de 1851 passou a ser chamada de Junta Central de Higiene Pública. Relacionadas a esta, em cada província haveria comissões de higiene pública.

Criada em 1886, a Inspetoria Geral de Higiene substituiu a Junta Central de Higiene Pública, sendo criadas nas províncias as Inspetorias Provinciais. Tal órgão também ficou responsável pelo processo de vacinação, pois in-

corporou as funções do Instituto Vacínico do Império, criado em 1846¹³⁶. Segundo Fernandes (2010, p. 54), esta ação acarretou uma desestruturação dos parques serviços existentes.

Uma rede de saúde pública insuficiente no Rio Grande do Sul

A província do Rio Grande do Sul do século XIX se caracterizava por uma paisagem predominantemente rural, com economia baseada em atividades agropecuárias voltadas para o abastecimento interno. No cenário nacional, em termos políticos e militares, destacava-se por sua condição estratégica fronteiriça.

Durante o XIX, o cenário rio-grandense descortinou períodos de revolução, guerra, escravidão, latifúndio, imigração e epidemias. As questões de saúde pública foram uma constante preocupação dos governantes desta região durante esse século.

Antes do primeiro censo nacional no Brasil, realizado em 1872, com a denominação de *Recenseamento da População do Império do Brasil*, os levantamentos demográficos eram irregulares e imprecisos. A população do Rio Grande do Sul em 1872 era de 434.813 habitantes (IBGE, 1958, p. 5), o que representava 4,3 % da população total do Brasil. Os municípios mais populosos eram Porto Alegre, capital da província, com 43.998 (IBGE, acesso em 23 mar. 2016), São Leopoldo, com 30.860, e Cruz Alta, com 30.662 habitantes.

Em dezessete anos, o estado praticamente duplicou sua população, passando para 897.455 habitantes no recenseamento de 1890. A capital, Porto Alegre, já contava com 52.421 habitantes (IBGE, acesso em 23 mar. 2016). Os demais municípios do Rio Grande do Sul concentravam grandes áreas de terra, e seus espaços urbano e rural se confundiam, havendo muitas dificuldades sanitárias, já que nem todos contavam com auxílio de hospitais e médicos.

Na capital, Porto Alegre, o primeiro Hospital de Caridade fora fundado em 1803, contudo só iniciou os atendimentos em 1826. Nesse meio-tempo, em 1814, “adquiriu o status de Misericórdia”, que representava o conceito

136. A difusão institucionalizada da vacina no Brasil teve início em 1811, com a criação da Junta Vacínica da Corte, como uma das primeiras medidas assumidas por D. João VI ao chegar ao Brasil. A vacinação obrigatória, contudo, só foi instituída em 1832, sendo ampliada em 1846 pelo Decreto de Criação do Instituto Vacínico do Império. Ver Fernandes (2003).

médico do período, ou seja, o do assistencialismo e da caridade cristã, que, a exemplo de seus congêneres no “mundo português”, obedecia ao Compromisso da Misericórdia de Lisboa. Segundo Tomaschewski (2007, p. 28), esses hospitais tinham por finalidade dar atendimento aos pobres em geral, na doença, no abandono e na morte¹³⁷.

Praticadas tanto coletivamente, no âmbito de uma confraria, quanto individualmente, como ocorre com maior frequência, as obras de caridade, ou de misericórdia, são sete, conforme a tradição: dar de comer aos que têm fome, dar de beber aos que têm sede, alojar os peregrinos, visitar os encarcerados, visitar os enfermos, vestir os nus, sepultar os mortos (CHARTIER, 2009, p. 98).

A exemplo das demais existentes no país, a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre surgiu como uma cópia da Misericórdia de Lisboa, de 1498¹³⁸. Até então o Rio Grande do Sul não possuía um hospital organizado para o atendimento da população. Os registros históricos, segundo Franco e Stigger (2003), apontam para a existência de três instituições hospitalares de cunho militar em 1779, estabelecidas em Rio Grande, Rio Pardo e Porto Alegre. Esses hospitais tinham a função de cobrir a falta de estrutura de apoio que atingia a maioria dos soldados, muitos vindos de outras partes do país e da província, e eram proibidos de prestar atendimento a enfermos civis.

Entretanto, no momento de sua fundação, as características da Santa Casa eram iguais às dos demais hospitais do gênero naquele período:

O personagem ideal do hospital não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser

137. O Compromisso, baseado no da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, de 1519, regulava a organização das Irmandades, sua composição, seu organograma, direitos e deveres. Cada irmandade poderia organizar um estatuto próprio ou adaptar aquele da matriz portuguesa às especificidades locais. O primeiro dos estatutos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre data de 1827 (FRANCO; STIGGER, 2003; TOMASCHEWSKI, 2007, p. 28, 29).

138. A ordem das Santas Casas de Misericórdia foi instituída em Portugal durante o reinado de D. Manuel, pela Rainha Leonor de Lancastre, no ano de 1498, seguindo orientação do seu confessor Frei Contreras, e tinha como missão tratar os enfermos, patrocinar os presos, socorrer os necessitados e amparar os órfãos. No Brasil, a primeira Santa Casa foi fundada por Bráz Cubas, no ano de 1543, na capitania de São Vicente (Vila de Santos). Seguiram-na a de Vitória-ES, em 1545, a da Bahia, em 1549, e a do Rio de Janeiro, em 1582 (KHOURY, 2004, p. 11; ABREU, 2001; SÁ, 1997).

assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital (FOUCAULT, 1984, p. 58).

De acordo com o Relatório da Provedoria da Santa Casa do ano de 1855, havia na instituição cinco enfermarias: dos homens, das mulheres, dos menores, dos sócios da Beneficência Portuguesa e dos presos civis (WADI, 2002, p. 43). Mais adiante, abordaremos a documentação que tratou do convênio entre Santa Casa e Beneficência Portuguesa.

No que se refere à morte, a Misericórdia criou em 1850 um cemitério para atender não somente os membros da irmandade – visto que o local que possuíam para tal fim “lotou” rapidamente (FRANCO; STIGGER, 2003, p. 35) –, mas também a população da cidade, já que o cemitério nos fundos da Igreja Matriz, em uso desde 1772, estava com dificuldade em receber os corpos¹³⁹. Assim, foi aberto o novo “campo santo” no Caminho da Azenha. Tal via servia à cidade como ligação entre as regiões (SORIO, 2009, p. 17).

Essa atitude vinha ao encontro das ideias sanitaristas do momento, ou seja, retirar dos centros urbanos os sepultamentos, tão comuns não só nos pátios das igrejas, como no caso de Porto Alegre, mas também dentro dos templos¹⁴⁰. Tal preocupação estava ligada ao conceito “da teoria dos miasmas”, já abordada.

Principais epidemias

Após a regulamentação das câmaras municipais em 1828, conforme já citamos, Porto Alegre teve seu Código de Posturas redigido em 1829, contudo este só se tornou oficial a partir de 1837, com a aprovação de uma lei provincial.

Segundo Weber, o código de 1829 possuía cinquenta artigos e preocupava-se com a organização urbana, por meio da tentativa de regular o comércio informal e as atividades dos escravos, não se ocupando da regulação das relações de trabalho livres. O referido código seria o mesmo até 1892, sofrendo apenas alguns ajustes ao longo deste período, em 1847, 1853, 1859 e 1869 (WEBER, 1992, p. 61, 65, 70).

139. Sobre cemitérios, ver Sorio (2009) e Valladares (1972).

140. Sobre práticas funerárias, ver Rodrigues (1997).

Weber (1992, p. 73) nos coloca que eram várias as tentativas para driblar o código. Havia relatos sobre a insatisfação da comunidade com as normas e solicitação de inúmeros esclarecimentos à municipalidade.

As questões de saúde eram vistas pelos governantes como despesas, e não como investimentos. Foi desta forma que o cólera, moléstia emblemática do século XIX, chegou ao centro político do Império. Quando ele chegou, a corte já estava aparelhada pela Junta Central de Higiene, órgão instalado em 1851. Concomitantemente, foram criadas comissões de higiene pública no Pará, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul, todas subordinadas ao órgão carioca. Nesta fase, a instituição da Junta Central era apenas uma tentativa de criar mecanismos de prevenção e combate a eventuais manifestações epidêmicas, ou seja, mesmo que se tenham acompanhado as notícias sobre o avanço da doença no mundo, a falta de estrutura brasileira pouco podia fazer (ALEXANDRE, 2010, p. 35).

Foi também desta maneira que a doença aportou no Rio Grande do Sul, de forma devastadora, apesar dos esforços feitos pelas autoridades assim que souberam da chegada do mal à capital do país, em julho de 1855. A doença entrou na província por Rio Grande, como era consenso entre as autoridades que ocorreria, em outubro desse mesmo ano. As medidas de urgência não deram resultado, e, em novembro, chegou a epidemia a Porto Alegre (WITTER, 2007, p. 57, 79, 158), instalando-se o caos:

Nos dias seguintes o número de vítimas do cólera aumentou. [...] Vários médicos transformaram suas casas em enfermarias ou mesmo montaram postos médicos em casas de comércio [...]. A Comissão recomendou a suspensão das aulas nas escolas públicas, das procissões¹⁴¹ e pediu que os dobres de sinos das Igrejas fossem terminantemente proibidos, por excitarem o medo e tornarem as pessoas predispostas aos ataques da epidemia.

141. Ao perceber qualquer anormalidade sanitária, medidas que proíbem aglomerações são utilizadas pelas autoridades. “Para evitar a influenza todo indivíduo deve fugir das aglomerações, principalmente à noite; não frequentar teatros, cinemas, etc.” (BERTUCCI-MARTINS, 2003). Em 2009, o estado do Rio Grande do Sul enfrentou um grave problema referente a Gripe A, durante o qual a proibição de concentração de população norteou as ações: “A partir de hoje, estão proibidas festas, cultos religiosos, bailes e qualquer tipo de aglomeração de pessoas. Apenas consultas urgentes são realizadas nos postos de saúde. As aulas foram suspensas nas escolas públicas e privadas. Casas noturnas estão proibidas de funcionar” (SÃO GABRIEL..., 2009).

Também sugeriu que o Presidente ordenasse à Santa Casa de Misericórdia – mantenedora e administradora do cemitério extramuros – que recebesse os mortos da epidemia sem as formalidades de praxe e os enterrasse o mais rapidamente possível.

Sucedem-se relatos de doentes caídos nas ruas, falta de carroças para transportar os enfermos e falta de lugares para cuidá-los, além é claro das inevitáveis fugas da população das cidades e vilas. [...] A Comissão também principiou a publicar medidas profiláticas e de tratamento da moléstia nos jornais. Nas ruas, dia e noite, era queimado alcatrão em tonéis como forma de espantar os miasmas pestíferos (WITTER, 2007, p. 82).

Quadro 2 – Estatística dos óbitos da epidemia de cólera-morbo nos dois distritos da capital da província de São Pedro do Rio Grande do Sul de dezembro de 1855 a janeiro de 1856

Status da vítima	1º Distrito		2º Distrito	
Livre	Homens	263	Homens	209
	Mulheres	273	Mulheres	152
Escravo	Homens	250	Homens	225
	Mulheres	215	Mulheres	155
Total	1.001		741	
Total geral	1.742			

Fonte: Correspondência... (1867).

Passada a situação mais periclitante, a cidade pouco a pouco restaurou a normalidade. O relatório do presidente da província de 1856 faz referências a um estado saudável no Rio Grande do Sul, como era de praxe nesses documentos, contudo de forma mais branda, pois problemas e soluções figuravam nas descrições:

SAUDE PUBLICA

Possuido da mais viva satisfação cabe-me anunciar-vos que o estado sanitario e hygiênico em todos os pontos da província é presentemente o mais satisfactorio, que se pôde desejar.

[...] como medida manifestante necessaria á salubridade publica nesta capital, fiz uzo da autorizaçãõ conferida no art. 6º da lei 333 de 30 de Novembro de 1853 mandando construir os paredões da rua do Poço; [...] **mandei, ao mesmo tempo, abrir vallos de esgoto e fazer atterros.** Estes trabalhos, em que tenho posto decidido empenho, tem marchado com rapido andamento, e no ponto em que já se achão tem-se conseguido o **desaparecimento desse cumulo de immundices**, e de toda sorte de despejos, que **com escandalo, consentidamente se lançavão naquelle ponto central da cidade a todas as horas do dia e da noute, e que po...r tantos annos constituirão um fóco de infecção permanente e perigoso.** Tambem fiz desaparecer completamente os charcos de lagoas estagnadas e infectadas que havião no mesmo lugar (RIO GRANDE DO SUL, 1856, p. 8, 10, grifos nossos).

Podemos perceber que a autoridade pública culpava também os hábitos da população, que indiscriminadamente sujava as ruas. Pesavento (2007, p. 168) nos fala sobre problemas presentes nas áreas urbanas ao final do Império. Havia cobras e lagartos a andar pela cidade e, nas águas da hidráulica, pessoas escorregando no lixo das ruas e recebendo “toda sorte de imundices nas cabeças [...]”. Esses problemas eram frequentes, como comprova a queixa feita no jornal *A Reforma*.

A pedido.

Mofina.

Sr. Chico Porto, que birra tomou você á rua em que reside, mas na parte proxima á praça do conde d’Eu?

Porque é que você se obstina em não ouvir os clamores da *Reforma* sobre o estado miseravel em que se acha o espaço entre o novo mercado, e a rua 7 de Setembro?

Pareceu-me que era porque a *Reforma* não advoga AS IDÉAS que o Sr. professa em política; mas acabam de assegurar-me o contrario.

Disseram-me que o Sr. o que tem em vista, deixando intacto aquelle fóco de immundicie, é não tirar o valor á doca e sobrados fronteiros, que são de sua propriedade.

Será verdade?

Mas você não sabe que não tem o direito de antepôr os seus interesses aos do municipio?

Também não admira que ignore essas coisas; quando pensaria você ser um dia, no seculo XIX, vereador presidente da camara municipal da cidade de Porto Alegre?

Onde foi você aprender que o melhor meio de atterrar aquelle espaço a que nos referimos, é depositar alli as immundicies arrecadadas das outras ruas da cidade?

Ora pelo amor de Deus, Sr. Chico; volte ao seu negocio, que fóra d'elle o Sr. é menos que nada.

A situação que escolhe homens taes para cargos importantes, como o de presidente da camara, tem-se passado diploma de desprestígio e podridão.

Ah tempos, tempos! quando vos verei mudados (A REFORMA, 1870, p. 3).

Tais queixas provavelmente estavam ligadas à memória da epidemia de cólera de 1855 (a doença retornaria em 1867; a varíola “surgiria” em 1874). Ávila (2010, p. 82), citando a documentação da Câmara de Vereadores de Porto Alegre, expõe uma série de documentos que menciona a própria população da cidade como “agente de fiscalização das ações de saneamento da cidade”, contudo não aponta esta mesma população como a responsável pela situação de sujeira que as ruas apresentavam.

Para resolver o problema, a câmara mandou instalar lixeiras na cidade, além de executar uma série de ações a fim de limpar os espaços públicos. O Código de Posturas fora usado, de acordo com seus princípios, para punir quem não respeitasse as normas. Contudo, pelo que parece, as autoridades estavam com dificuldades em fazer cumprir tal regulamento.

Outros mecanismos, além do Código de Posturas, foram utilizados pelas autoridades para controlar a população, como o Regulamento para Ambulância e Hospitais, de novembro de 1855, redigido na presença do cólera na cidade. Esse documento estabelecia que estivessem disponíveis três ambulâncias ou estações médicas: uma no Largo da Forca, uma no Largo do Paraíso e uma na Ponta das Pedras do Riacho (WITTER, 2007, p. 88).

Mais um exemplo é o Regulamento Sanitário do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, de 1867, que, segundo Witter (2007, p. 182), é o primeiro regulamento sanitário acerca de um hospital. Ele estabelecia regras gerais, desde o funcionamento da instituição até a periodicidade dos banhos dos internos e da lavagem de vestuário e roupas de cama.

Após o período crítico da epidemia de cólera de 1855, o governo provincial criou o “Regulamento da Salubridade Pública” (RIO GRANDE DO SUL, 1856, p. S3-1–S3-9), que foi aprovado pela Lei Provincial nº 367, de 4 de março de 1857. Esse documento, também acessado e analisado por Witter (2007, p. 258), expõe uma série de medidas tidas como necessárias para, em caso de novo surto, guiar as ações das autoridades e da população, a fim de evitar que o mal fosse igual ao vivenciado dias antes ou pior do que ele. Criou-se então uma série de comissões e uma Junta Central de Saúde Pública, conforme preconizava o Regulamento Imperial de 29 de setembro de 1851, citado anteriormente.

Vários autores reconhecem que a epidemia de cólera foi a maior e a que mais afetou a província de São Pedro do Rio Grande do Sul. No entanto, outras doenças também atingiram os gaúchos e causaram problemas à população durante o século XIX. Mesmo com medidas de prevenção, a província e sua capital não estavam protegidas, pois sua estrutura sanitária era deficitária. Em relatório de 5 de novembro de 1858, o presidente Silva Ferraz descreveu as principais moléstias que atingiam a capital e outros municípios rio-grandenses e as causas para a proliferação de tais doenças (RIO GRANDE DO SUL, 1858, p. 30-31). A partir de suas colocações, é possível traçar a conjuntura problemática que acompanhou a população do estado por todo o século.

As molestias mais frequentes nesta capital, conforme o parecer dos professores do hospital da Caridade são as seguintes:

1º as do tubo intestinal.

2º as de tuberculos pulmonares.

E como consequência d’esta ultima, as de febres typhoides, que nestes ultimos tempos tem atacado a maior numero de pessoas, o que antes era raro.

As causas que ordinariamente actuão para o desenvolvimento d’estas molestias são:

1º a pessima agua que bebem as pessoas das classes menos abastadas e pobres.

2º a corrupção dos generos alimenticios, que uzão as mesmas classes.

3º o ar corrompido em virtude das exhalações mephticas de materias lançadas nas margens dos rios, e outro lugares.

Na cidade do Rio Grande, conforme o conceito dos professores

do respectivo hospital da Caridade, as molestias que predominarão de 1854 até o presente anno forão as seguintes:

1º as syphiliticas.

2º as das vias respiratorias na estação frio.

3º as das vias digestivas na estação calmosa.

As do tubo digestivo são as que mais estrago produzem, e ha alguns annos tem tomado o character pestelencial, e epidemico, como succedeu em 1852.

No verão de 1855 a 1856 se derão casos de cholera, e de choleringa na cidade do Rio Grande; sendo tratados no referido hospital 23 da 1º qualidade e 8 de 2º (RIO GRANDE DO SUL, 1858, p. 30).

Segundo Ávila (2010, p. 90), os senhores mandavam seus escravos despejarem no Guaíba ou em qualquer “água corrente” as águas servidas, pois, conforme Monteiro (2007, p. 230), não havia em Porto Alegre um sistema de esgotos e de tratamento de água. De acordo com Freyre (2008, p. 111), em quase todas as cidades do Império, a remoção dos dejetos fazia-se da seguinte forma: a sujeira era colocada em pipas ou barris, chamados “tigres”, carregados, na maior parte das vezes, na cabeça pelos escravos, que despejavam o conteúdo nos rios ou no mar.

O problema da água na capital da província, pelo menos de sua distribuição, só começaria a ser resolvido, de acordo com Franco (1988, p. 21), em 1864, com a criação da Companhia Hidráulica Porto-Alegrense. A água era captada no Arroio Dilúvio e levada por canos de ferro até um reservatório nas imediações da Praça da Matriz, de onde era distribuída para vários charizes (FREYRE, 2008, p. 112-113).

Em Porto Alegre, a deficiência no abastecimento de água potável – visto que as fontes não davam conta – fazia com que a população consumisse água dos mesmos lugares para onde escoavam os dejetos urbanos, o que favorecia a aparição de doenças, como tifo, desordens do aparelho digestivo e cólera. Nesse período, as autoridades locais provavelmente comungavam da visão das autoridades paulistas, que defendiam que os rios fariam a despoluição das águas de forma natural, não devendo haver temor¹⁴², pois as correntezas serviam como

142. Em São Paulo, o uso das águas do Tietê foi questionado. Alguns médicos não defendiam o seu uso, pois nessa época o rio já recebia todo o esgoto da cidade. Outros alegavam que o próprio rio faria a despoluição, apoiando a utilização do mesmo como fonte de abastecimento (RIBEIRO, 1993, p. 148).

“verdadeiros canos de esgoto feitos pela natureza providente: a drenagem do solo e ao pronto escoamento das águas urbanas” (AZEVEDO, 1914).

O relatório do presidente da província seguia elencando os problemas enfrentados por cidades do interior:

De febre amarella alguns casos tambem se derão em Março de 1856, e no principio deste anno. Os atacados forão estrangeiros do Norte da Europa, que tinham vindo em direitura ao porto da mesma cidade, e ahi havião permanecido por espaço de 2 mezes. Seu numero no anno de 1856 foi de 8; e no principio deste anno de 2.

Conforme o relatorio do hospital da Caridade da cidade de Pelotas as molestias que mais predominão n’aquelle lugar são as mesmas que n’esta capital, e especialmente as das vias respiratorias, e as das vias digestivas.

Do movimento dos hospitaes militares se reconhece que na milicia predominárão em 1857 as seguintes molestias:

1º syphiliticas.

2º do aparelho digestivo.

3º cirurgicas.

4º das vias respiratorias.

A epidemia de bexigas reuniou de Outubro a Dezembro.

No 1º semestre d’este anno predominárão nesta classe igualmente as seguintes molestias:

1º as das vias respiratorias.

2º as do aparelho digestivo.

3º as dos systema circulatorio.

4º as syphiliticas (RIO GRANDE DO SUL, 1858, p. 30-31).

No caso da sífilis, de acordo com Oliveira (2009, p. 63), no Rio Grande do Sul, os focos irradiadores estavam nos locais de vivência e de moradia da classe pobre, que, por consequência, também eram considerados como perigosos para a sociedade, focos de contágio moral e epidêmico. Nesse mesmo sentido, Kummer (2002, p. 17) nos diz que os hábitos de moradia dos pobres eram considerados nocivos para a sociedade, pois os cortiços seriam focos de irradiação de epidemias e terrenos férteis para a propagação de vícios de todos os tipos, o que incluía a doença.

Recorrendo mais uma vez aos relatórios apresentados aos presidentes da província, as considerações do inspetor de higiene do Rio Grande do Sul, o

Dr. Protásio Alves, em 1893, nos informam sobre a perspectiva estatal relativa ao tema da saúde: “Há nos pontos mais populosos da cidade cortiços inhabitáveis cuja demolição se impõe, encontram-se pateos sem esgotos mesmo para as águas pluviais, a lotação de certas casas de habitação commum precisa muito de ser fiscalizada” (RIO GRANDE DO SUL, 1893, p. 92).

A varíola aparece com certo destaque no documento de 1858, no qual o Estado admitiu problemas para auxiliar a população:

No principio do anno passado o flagelo das bexigas atacou com caracter epidemico a diferentes pontos da provincia, e especialmente os lugares da Barra, Dores, S. João de Camaquam, e Triumpho.

O Governo acudiu de prompto á população d'estes lugares.

Nos tres primeiros pontos acima referidos a causa de propagação d'esse flagelo foi a innoculação do pus variolico, que se praticou em mais de tres mil pessoas.

No Triumpho a mesma causa, e os mesmos efeitos se derão.

[...]

No fim do mesmo anno as povoações de Itaqui e S. Borja forão atacadas do mesmo flagello.

A sua propagação foi devida á mesma causa que predominou nos lugares acima citados – a innoculação do pus variolico.

A distancia que medeia entre esta capital, esses lugares não me permittio de prompto acudir a essa população. Logo, porém, que me chegou esta noticia por officio de uma das autoridades de Alegrete, fiz partir tres médicos, que ainda chegarão a tempo de prevenir o maior desenvolvimento do mal, e prestar socorros aos atacados.

Em Itaqui fez esse mal algum estrago. O numero das pessoas atacadas foi grande, e o das que fallecerão regulou por oitenta e dois, segundo fui informado.

Em São Borja 9 forão os atacados, dos quaes se finarão 4.

N'este anno, esse flagelo tem lavrado n'esta capital, e em alguns outros lugares da provincia (RIO GRANDE DO SUL, 1858, p. 31, grifos nossos).

A vacina, cuja aplicação e fiscalização, desde o Decreto nº 828, de 29 de setembro de 1851 (RIO GRANDE DO SUL, 1855, p. 17), foram legadas à comissão de higiene, aparece como medida significativa tomada pelas autoridades:

Entre nós o serviço da propagação da vaccina não se acha no pé, que era para desejar.

Ha negligencia da parte dos pais de família, em procurarem esse escudo contra um tal flagello.

No extincto corpo de exercito de observação foi vaccinado grande numero de praças da Guarda Nacional. Não pude colher até o presente as informações necessarias sobre este numero.

Conforme os mappas enviados pelos corpos de 1ª linha o n.º das suas praças vaccinadas até o mez de Setembro p. passado orça em 827.

Desde Julho de 1857 á Junho do corrente anno forão vaccinadas nos municipios de Porto Alegre, Rio Grande, Pelotas, Alegrete, Rio Pardo, Jaguarão, Caçapava, S. Gabriel, Cachoeira, S. Leopoldo, e S. José do Norte 2.384 pessoas; sendo:

Do sexo masculino	1325	Do feminino	1059	2384		
Livres	1811	Escravos	573	2384		
Tiverão vaccina regular	1400	Sem effeito	588	Não forão observados	396	2384

Afóra estas muitas outras pessoas forão vaccinadas na Barra, Dores, S. Joao do Camaquam, e Triumpho durante os mezes em que o flagello das bexigas reinou (RIO GRANDE DO SUL, 1858, p. 31).

Podemos verificar que a aplicação da vacina significava a imunização de uma parcela muito pequena da população, e, se levarmos em conta os casos narrados como “sem efeito”, o número de vacinados diminui ainda mais. O problema persistiu e, em 1874, um grande número de pessoas foi acometido pela moléstia em Porto Alegre, sendo enfáticos os posicionamentos favoráveis à intensificação da vacina (BRIZOLA, 2014, p. 59).

O que se verifica ao longo do exposto é que, até o final do XIX, a saúde pública continuava a ser objeto de preocupação para os rio-grandenses. Contudo, as ações não repercutiram como era desejado, pois algumas moléstias persistiram e iniciaram um novo ciclo, afetando o século XX, como podemos verificar com as epidemias de peste bubônica, com o recrudescimento da tuberculose e até mesmo com a chegada da gripe espanhola, moléstias que se abateram sobre a população gaúcha ao longo do novo século, sem escolher cor, religião ou classe social.

Conclusão

O século XIX foi o século da mudança. É verdade que boa parte dele foi dedicada à manutenção de estruturas tidas como definitivas, contudo foi durante o Oitocentos que vimos conceitos arraigados ruírem. O fim da escravidão é um exemplo dessas alterações na sociedade brasileira, assim como as novas ideias sobre saúde e medicina.

Esse mesmo século introduziu a preocupação com os aspectos da saúde, a partir da qual se criou uma estrutura mínima de leis, regulamentos sanitários, códigos de posturas e instituições voltadas para o interesse coletivo, centradas na higiene e na saúde das cidades e da população, que, no caso do Rio Grande do Sul, se ampliava com a chegada em grande número de imigrantes europeus.

Outro aspecto significativo presente no XIX e no início do XX diz respeito ao uso de “manuais de medicina popular”, que foram essenciais na difusão de saberes práticos e na introdução de conceitos ligados à prevenção de doenças. A esse auxílio recorreram muitos indivíduos durante o período, pois a grande extensão territorial das províncias não permitia o atendimento médico adequado à população que, em sua maioria, estava estabelecida no espaço rural brasileiro.

No caso do Rio Grande do Sul, percebemos que as ações estatais no âmbito da saúde pública se deram na medida em que as necessidades surgiam, visto que as epidemias alteravam o fluxo cotidiano da província. Nossas pesquisas bibliográficas e análises de fontes documentais – relatórios dos presidentes da província – mostram os recursos mobilizados para atender essa questão tão importante. As ações, na medida do possível, eram embasadas por novos conceitos médicos, que articularam também o surgimento de hospitais, essenciais naquele momento como focos irradiadores da cura.

Referências

A REFORMA. Porto Alegre, 25 de julho de 1870.

ABREU, Jean Luiz Neves. Higiene e conservação da saúde no pensamento médico luso-brasileiro do século XVIII. *Asclepio*, Madrid, v. 62, p. 225-250, 2010.

_____. **Nos domínios do corpo**: o saber médico luso-brasileiro no século XVIII. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ABREU, Laurinda. O papel das Misericórdias dos ‘lugares de além-mar’ na formação do Império português. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 591-611, 2001.

ALEXANDRE, Jucieldo Ferreira. **Quando o “anjo do extermínio” se aproxima de nós**: representações sobre o cólera no semanário cratense O Araripe (1855-18864). 2010. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

ÁVILA, Vladimir Ferreira. **Saberes, históricos e práticas cotidianas sobre saneamento**: desdobramentos na Porto Alegre do século XIX (1850-1900). 2010. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

AZEVEDO, Astrogildo de. Salubridade de Santa Maria. **Revista Comemorativa do Primeiro Centenário da Fundação da Cidade de Santa Maria da Boca do Monte**, Santa Maria, 1914.

BERTUCCI-MARTINS, Liane Maria. “Conselhos ao povo”: educação contra a influenza de 1918. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 23, n. 59, abr. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622003000100008>>. Acesso em: 2 abr. 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. A política de saúde no Brasil: trajetória histórica. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de; ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de. **Capacitação para Conselheiros de Saúde**: textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. p. 21-28.

BRIZOLA, Jaqueline Hasan. **A terrível moléstia**: vacina, epidemia, instituições e sujeitos: a história da varíola em Porto Alegre no século XIX (1846-1874). 2014. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Fi-

osofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

CAMPANHOLE, Adriano; CAMPANHOLE, Hilton Lobo. **Constituições do Brasil**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

CHARTIER, Roger (Org.). **História da vida privada 3: da Renascença ao Século das Luzes**. Tradução de Hildegard Feist. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

CHAVES, Larissa Patron. **Honremos a Pátria, Senhores!** As Sociedades Portuguesas de Beneficência: caridade, poder e formação de elites na Província de São Pedro (1854-1910). 2008. Tese (Doutorado em História) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, 2008.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. **Dicionário de medicina popular e das ciencias accessorias para uso das famílias**. 6. ed. Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. 2 v.

CORRESPONDÊNCIA dos Governantes. 1855. Localizado em: Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. Maço 26.

COSTA, Veloso. **Alguns aspectos históricos e pré-históricos do Recife**. Recife: UFPE, 1971.

FERNANDES, Tânia Maria. Imunização antivariólica no século XIX no Brasil: inoculação, variolização, vacina e revacinação. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 461-474, 2003. Suplemento 2.

_____. **Vacina antivariólica: ciência, técnicas e o poder dos homens, 1808-1820**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

FERREIRA, Luís Gomes. **Erário mineral**. Organização de Júnia Ferreira Furtado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 2 v. (Coleção Mineiriana). Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/ypf34>>. Acesso em: 7 abr. 2014.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. Os manuais de medicina e a circulação do saber no século XIX no Brasil: mediação entre o saber acadêmico e o saber popular. **Educar**, Curitiba, n. 25, p. 59-73, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

FRANCO, Sérgio da Costa. **Guia histórico de Porto Alegre**. Porto Alegre: Editora da Universidade (UFRGS), 1988.

FRANCO, Sérgio da Costa; STIGGER, Ivo. **Santa Casa: 200 anos de caridade**. Porto Alegre: Editora ISCMPA, 2003.

FREYRE, Gilberto. **Vida social no Brasil nos meados do século XIX**. 4. ed. São Paulo: Global, 2008.

GARCIA, Abílio. **Histórico da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Bagé: 1870-1985**. Bagé: Urcamp, 1985.

GUIMARÃES, Maria Regina Cotrim. Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 501-514, maio-ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n2/16.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2014.

GURGEL, Cristina. **Doenças e curas: o Brasil nos primeiros séculos**. São Paulo: Contexto, 2011.

HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Fogos de bengala nos céus de Porto Alegre: a faculdade de medicina faz 100 anos**. Porto Alegre: Tomo, 1998.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **A época colonial: administração, economia e sociedade**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1960. v. 2. (História Geral da Civilização Brasileira, 1).

IBGE. Conselho Nacional de Estatística. **A população do Brasil**: dados censitários – 1872/1950. Rio de Janeiro, 1958. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv82736.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2016.

_____. População nos Censos Demográficos, segundo os municípios das capitais: 1872/2010. In: _____. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**: Brasil. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=6&uf=00>> Acesso em: 23 mar. 2016.

IRMANDADE SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. Centro de Documentação e Pesquisa. **Relatório da Provedoria da Santa Casa**. 1855.

KHOURY, Yara Aun (Coord.). **Guia dos arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil**: fundadas entre 1500 e 1900. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2004. v. 1.

KUMMER, Lizete Oliveira. **A medicina social e a liberdade profissional**: os médicos gaúchos na Primeira República. 2002. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

LANGGAARD, Theodoro J. H. **Diccionario de medicina domestica e popular**. Rio de Janeiro: Tipografia Laemmert, 1865. v. 2, p. 94, 120, 144, 214 e 625. Disponível em: <<http://books.google.com/books?id=2gAHAAAAcAAJ&hl=pt-BR>>. Acesso em: 7 abr. 2014.

MONTEIRO, Charles. Urbanização e modernidade em Porto Alegre. In: BOEIRA, Nelson; GOLIN, Tau (Org.). **República**: República Velha (1889-1930). Passo Fundo: Méritos, 2007. t. 2, p. 229-257. (História Geral do Rio Grande do Sul, v. 3).

OLIVEIRA, Daniel. **Porto dos degenerados**: os enfermos acometidos por doenças venéreas internados nos hospitais Santa Casa de Misericórdia e Beneficência Portuguesa de Porto Alegre entre os anos de 1881 e 1892. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em História) – Unisinos, São Leopoldo, 2009.

PEREIRA, Nuno Marques. **Compêndio narrativo do peregrino da América**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira, 1939. 2 v.

PEREIRA, Patrícia do Carmo; GUZZO, Raquel Souza Lobo. Diferenças individuais: temperamento e personalidade: importância da teoria. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 91-100, jan.-abr. 2002.

PESAVENTO, Sandra Jatahay. Espaço, sociedade e cultura: o cotidiano na cidade de Porto Alegre. In: BOEIRA, Nelson; GOLIN, Tau (Org.). **República: República Velha (1889-1930)**. Passo Fundo: Méritos, 2007. t. 2, p. 163-227 (História Geral do Rio Grande do Sul, v. 3).

PORTUGAL (Reino). **Código Philippino ou ordenações e leis do Reino de Portugal recopiladas por mandato d'El-Rey Dom Philippe I**. 14. ed. Rio de Janeiro: Typographia do Instituto Philomathico, 1870.

RANGEL, Mario César de Freitas. **Formulário prático de medicina**. 2. ed. Rio de Janeiro: Pimenta de Mello, 1933.

RASPAIL, François-Vincent. **Manual de saúde ou medicina e pharmacia domesticas**. 4. ed. Lisboa: Tipografia da Madre de Deus, 1860.

REZENDE, Joffre Marcondes de. Dos quatro humores às quatro bases. In: _____. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. p. 49-53. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8kf92>>. Acesso em: 7 abr. 2014.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. **História sem fim...** Inventário da Saúde Pública: São Paulo, 1880-1930. São Paulo: Unesp, 1993.

RIO GRANDE DO SUL (Província). **[Relatório 1855]**. Relatório com que o vice-presidente Luiz Alves Leite de Oliveira Bello entregou a presidência da província de S. Pedro do Rio Grande do Sul ao Exm. Sr. Barão de Muritiba no dia 26 de setembro de 1855. Porto Alegre: Typographia do Mercantil, 1855.

_____. **Relatório do presidente da província de S. Pedro do Rio Grande do Sul, Angelo Moniz da Silva Ferraz, apresentado á Assembléa Legislativa Provincial na 1.^a sessão da 8.^a legislatura.** Porto Alegre: Typ. do Correio do Sul, 1858.

_____. **Relatório do presidente da província de S. Pedro do Rio Grande do Sul, Jeronymo Francisco Coelho, na abertura da Assembléa Legislativa Provincial em 15 de dezembro de 1856.** Porto Alegre: Typ. do Mercantil, 1856.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior. **Relatório apresentado ao Presidente do Rio Grande do Sul, em 15 de setembro de 1893, pelo Secretário de Estado Interino dos Negócios do Interior e Exterior Possidonio M. da Cunha Junior.** Porto Alegre: Oficinas Tipográficas de A Federação, 1893. Localizado em: Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul, SIE.3 – 001.

RODRIGUES, Cláudia. **Lugares dos mortos na cidade dos vivos:** tradições e transformações fúnebres no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, 1997.

ROSA, Carlos Augusto de Proença. **História da ciência:** o pensamento científico e a ciência no século XIX. 2. ed. v. 2, t. 2. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2012.

SÁ, Isabel dos Guimarães. **Quando o rico se faz pobre:** misericórdias, caridade e poder no Império Português: 1500-1800. Lisboa: Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimientos Portugueses, 1997.

SALIS, Eurico Jacinto. **História de Bagé.** Porto Alegre: Livraria do Globo, 1955.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. **Nas trincheiras da cura:** as diferentes medicinas no Rio de Janeiro imperial. Campinas: Editora da Unicamp, 2001.

SÃO GABRIEL está em situação de emergência e população esgota máscaras. **Zero Hora**, Porto Alegre, 23 jun. 2009. Disponível em: <<http://zh.cli>

crbs.com.br/rs/noticia/2009/06/sao-gabriel-esta-em-situacao-de-emergencia-e-populacao-esgota-mascaras-2555303.html>. Acesso em: 2 abr. 2014.

SCHWARCZ, Lília Moritz. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SERRES, Juliane; QUEVEDO, Éverton Reis; REICHARDT, João Carlos (Org.). **Beneficência Portuguesa: a primeira Sociedade de Socorros Mútuos do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Edipucrs, 2010.

SILVA, Karla Maria da. O papel das câmaras municipais no Brasil colonial: novas possibilidades de análise. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA: história e ética, 25., 2009, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: ANPUH, 2009.

SILVEIRA, Janete Abrão. **Banalização da morte na cidade calada: a hespanhola em Porto Alegre, 1918**. 2. ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2009.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE PELOTAS. **Ata da Primeira Sessão, de 21 de junho de 1857**. [1857a]. Localizado em: Arquivo Institucional da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Rio Grande. Ata das Sessões de Assembleia Geral.

_____. **Ata da Sétima Sessão, de 21 de junho de 1858**. [1858]. Localizado em: Arquivo Institucional da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas. Ata das Sessões de Assembleia.

_____. **Ata da Terceira Sessão, de 8 de setembro de 1857**. [1857b]. Localizado em: Arquivo Institucional da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Rio Grande. Ata das Sessões de Assembleia Geral.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE RIO GRANDE. **Ata 19, de 3 de julho de 1859**. [1859]. Localizado em: Arqui-

vo Institucional da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Rio Grande. Ata das Sessões de Assembleia Geral.

SORIO, Livia. **Cemitérios da Província**: história e arte cemiterial em Porto Alegre. Porto Alegre: Edição do autor, 2009.

TOMASCHEWSKI, Cláudia. **Caridade e filantropia na distribuição da assistência**: a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas – RS (1847-1922). 2007. Dissertação (Mestrado em História) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

VALLADARES, Clarival do Prado. **Arte e sociedade nos cemitérios brasileiros**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Cultura, 1972.

WADI, Yonissa Marmitt. **Palácio para guardar doidos**: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar**: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928. Santa Maria: UFSM, 1999.

_____. **Códigos de posturas e regulamentação do convívio social em Porto Alegre no século XIX**. 1992. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1992.

WEBER, Beatriz Teixeira; SERRES, Juliane C. Primon (Org.). **Instituições de saúde de Porto Alegre**: inventário. Porto Alegre: Ideograf, 2008.

WITTER, Nikelen Acosta. **Dizem que foi feitiço**: curadores e práticas de cura no sul do Brasil (Santa Maria – RS, 1845 a 1880). 1999. Dissertação (Mestrado em História) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.

_____. **Males e epidemias**: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX). 2007. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, 2007.

XAVIER, Alvorino Mércio. As grandes organizações hospitalares do Rio Grande do Sul. In: FRANCO, Álvaro; RAMOS, Senhorinha Maria (Coord.) **Panteão médico riograndense: síntese cultural e histórica**. São Paulo, 1943. p. 81-87.

OS FLAGELOS PAULISTAS DO SÉCULO XIX

Rafael Mantovani

Maria Cristina da Costa Marques

A província de São Paulo no século XIX¹⁴³

Pesquisar a capitania/província de São Paulo, assim como sua capital, é entender um pouco da história militar de Portugal e, a partir de 1822, do Império brasileiro. São Paulo tinha uma grande importância estratégica de movimentação de expedições para combater ameaças invasoras que proviñham do Paraguai e do rio da Prata (MARCÍLIO, 1973, p. 78). Era, portanto, residência e local de trânsito de militares, organizada urbana, política e logisticamente por eles e para eles. A princípio, tratava-se de ocupação militar de caráter defensivo devido aos ataques dos índios; mas já no século XVII se transformou em força expedicionária (MORSE, 1970, p. 37). Houve, desde fins do século XVII, a preocupação por parte da Coroa portuguesa em conhecer as capacidades locais para assentamento e defesa de determinados territórios críticos, que, até o início do século XIX, eram, especialmente, São Paulo e Pará. São Paulo era o território estratégico de defesa do ouro de Minas Gerais em caso de ofensiva hispânica pelo sul, e o Pará, território fundamental para uma tentativa de domínio da Bacia Amazônica (BACELLAR, 2013, p. 8).

Somem-se a isso as bandeiras paulistas: contingentes de homens em direção ao sertão em enormes expedições que deixavam uma população feminina bastante desproporcional, por exemplo, na capital (MARCÍLIO, 1973, p. 22). Esta foi uma realidade até o início do século XIX com a Guerra da Cisplatina (1825-1828), momento em que mais um contingente masculino se perdia.

143. Gostaríamos de agradecer imensamente a grande ajuda de Mariângela Bernardo de Souza e de Cristina Santarem, da Biblioteca de Documentação da Câmara Municipal de São Paulo.

Já desde a segunda metade do século XVII, os párocos faziam registros de nascimentos, mortes e casamentos, os quais, a partir de meados do século XVIII, deveriam ser realizados sob a responsabilidade dos capitães-mores dos municípios. Com as grandes distâncias da província, a dificuldade das estradas, a dispersão da população, tal esforço teria sido “notável para a época” (MARCÍLIO, 1973, p. 80).

Duas importantes medidas da Coroa portuguesa em meados do século XVIII demonstram a preocupação com a defesa militar da sua colônia mais importante. Primeiro, o estabelecimento da capital mais ao sul de Salvador, no Rio de Janeiro, em 1763. Dois anos depois, assim que a capitania de São Paulo se separou da do Rio de Janeiro¹⁴⁴, em 1765, veio Luís Antônio de Souza Botelho Mourão, o Morgado de Mateus, para governá-la. As listas com dados sobre a população, que já vinham preparadas pelos clérigos, precisavam ser feitas com duas cópias: uma para ser mantida com o governador da capitania e outra para ser enviada à corte. O governador Antonio José Franca e Horta exigia mais informações em 1803; queria que os capitães-mores, em suas listas, também informassem “classe”, idade, sexo, ocupações, casamentos, nascimentos e mortes (ARQUIVO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1937, p. 206-207). Tratava-se de tentar pôr em prática a exigência de D. Maria I, que, em outubro de 1797, exigia maior precisão de tais dados (BACELLAR, 2013, p. 22).

O recenseamento mais notável até meados do século XIX foi o de 1836, organizado pelo marechal e engenheiro Daniel Pedro Müller, contudo ele mesmo reconheceu as deficiências do seu quadro estatístico. Marcílio (1973, p. 84) aponta que, a partir de 1847, não houve mais levantamento estatístico até o primeiro recenseamento nacional de 1872.

A economia da *capitania*¹⁴⁵ de São Paulo era basicamente de subsistência, com uma movimentação de produção muito afetada pelo terrível estado das estradas (MESGRAVIS, 1976, p. 98; MARCÍLIO, 1973, p. 50). Ao se analisarem as *Atas da Câmara Municipal de São Paulo*, nota-se que surgiam problemas semestralmente com os caminhos em toda a província, inclusive na capital, como derrubamentos e inundações de pontes. Os problemas

144. A capitania havia sido extinta em 1748 e o território incorporado à província do Rio de Janeiro.

145. Ou “província”, como passaram a se chamar as divisões da colônia a partir de fevereiro de 1821.

urbanos, especialmente os das vias, inspiraram os edis a imporem o pagamento em espécie àqueles que trafegavam pela cidade, logo se eximindo do trabalho de comprar material: em 24 de outubro, a câmara deu instruções aos cobradores para que não houvesse tergiversações na entrega de “carradas de pedras” – ou seja, o montante de pedras que cabia em um veículo – destinadas à municipalidade (SÃO PAULO, 1922b, p. 326).

Mas como era a província de São Paulo à época da independência? Como já mencionado de forma breve anteriormente, ela foi subordinada à do Rio de Janeiro em 1748, mas retomou a autonomia em 1765. A província de São Paulo, portanto, compreendia o território que corresponde hoje ao estado de São Paulo e ao do Paraná, o qual se separou do primeiro em 1853 (PRIORI et al., 2012, p. 15).

Em 1836, a população da província de São Paulo contava com 326.902 almas (MARCÍLIO, 1973, p. 99). No território que hoje é o estado de São Paulo, eram 284.012 (BASSANEZI, 1998, p. 31), e no que viria a ser o estado do Paraná, 42.890 (p. 166). São Paulo, a cidade mais populosa e capital da província, tinha 21.933 habitantes (p. 31). A cidade mais populosa ao sul era Curitiba, com uma população de 16.157 pessoas (p. 166).

Apesar desses números exatos, que sugerem uma enorme precisão na contagem, havia erros de procedimento por parte dos recenseadores e, mesmo, procedimentos de má-fé, por exemplo, a simples cópia dos dados do ano anterior por parte do responsável pela contagem (MARCÍLIO, 1973, p. 82).

A divisão dos municípios que ocorreu no decorrer do XVIII e XIX é também um fator que pode induzir a ideia de que a população teria ficado estagnada ou, até, que tenha havido despovoamento, uma vez que as listas de 1836 apontam uma população total de 21.933 na capital, enquanto em 1816 (vinte anos antes, portanto) se menciona uma população de 25.486 (MARCÍLIO, 1973, p. 99). Esses dados, em realidade, são reflexos não de uma diminuição da população, mas sim das divisões políticas do território: em 1750, a cidade de São Paulo passava do rio Jaguari ao norte, chegando até a província de Minas Gerais, e ia até a Serra de Cubatão ao sul. Esse território não se manteve. Em 1769, Atibaia, Nazaré e Jaguari se desligaram da capital. Em 1832, foi a vez de Santo Amaro (p. 47, 49), que voltaria a se unir à capital em 1935.

Em 1836, a província de São Paulo possuía um total de 46 municípios. Quarenta no território do que seria hoje o estado de São Paulo: Bananal, Arêas, Lorena, Guaratinguetá, Cunha, Taubaté, Pindamonhangaba, São Luiz

do Paraytinga, São José (atual São José dos Campos), Jacarehy, Parahibuna, Mogy-das-Cruzes, Santa Izabel, São Paulo, Santo Amaro (extinto em 1935 para se tornar um bairro da capital), Parnaíba (atual Santana de Parnaíba), Bragança (atual Bragança Paulista), Atibaia, Jundiahy, São Carlos (atual Campinas), Mogi-Mirim, Franca do Imperador (atual Franca), Ytú, Capivary, Porto-Feliz, Constituição (atual Piracicaba), Araraquara, São Roque, Sorocaba, Itapetininga, Itapeva, Apiahy, Iguape, Cananéia, Itanhaen, São Vicente, Santos, São Sebastião, Bella da Princeza (atual Ilhabela), Ubatuba (BASSANEZZI, 1998, p. 17). E mais seis no que viria a ser o estado do Paraná: Castro, Curitiba, Nova do Príncipe (atual Lapa), Guaratuba, Paranaguá, Antonina (p. 162)

O território administrado politicamente se tratava de uma região muito próxima ao litoral, cujos municípios mais interioranos eram os de Franca do Imperador (média de quinhentos quilômetros até Santos), Constituição (hoje, Piracicaba) e Castro (cuja distância média até Curitiba é de 150 quilômetros). Até o século XVIII, os bandeirantes foram os responsáveis por adentrar no território afastado do mar. Contudo, nota-se com esses dados que não houve organizações políticas relevantes no interior. Sem tais organizações e fontes oficiais, podemos apenas deduzir o que havia nessas regiões por relatos provindos dos territórios de administração imperial. Portanto, vejamos:

Nos lugares onde escasseavam índios administrados, e era o caso, por exemplo, de Campinas, o português dominava sem contraste. Mesmo em Campinas, porém, havia por aquele tempo [1825] quem ainda soubesse falar corretamente o tupi. Gumbleton Daunt, fundando-se em tradição oral, informa que um genro de Barreto Leme, Sebastião de Sousa Pais, era “profundo conhecedor dessa língua”. Poderia acrescentar que, tendo nascido bem antes de 1750, posto que morresse no século seguinte, já centenário, segundo ainda reza a tradição, Sousa Pais era ituano de origem e ascendência, como talvez a maioria dos principais moradores de Campinas. De terra, por conseguinte, onde tinha sido considerado o número de índios administrados durante grande parte do Setecentos (HOLANDA, 1995, p. 130).

Desse imenso interior se pode inferir que se tratava de um território parcamente povoado, mormente por índios, andarilhos e pequenos agricultores que tinham mais afinidade com o Paraguai indígena do que com a cultura ibérica.

Sabe-se que o primeiro motivo de morte dos indígenas na América no contato com o europeu eram as doenças que atravessaram o Atlântico. Desde a chegada dos portugueses a São Paulo até o século XVIII, a varíola foi a principal doença dos brancos (MARCÍLIO, 1973, p. 15-16), logo, pode-se dizer que o contato desses povos do interior paulista com os bandeirantes pode ter resultado ou em escravização ou em epidemia de varíola, como a registrada já em 1563 por Machado d'Oliveira, a qual exterminou populações indígenas e aldeias criadas por jesuítas em Itaquaquecetuba, M'Boy, Itapeperica, Carapicuíba, Guarulhos, entre outros municípios (MARCÍLIO, 1973, p. 42).

A capital

A cidade de São Paulo foi fundada no alto de sua colina em 1554, tornando-se capital da capitania em 1683, elevada à categoria de cidade em 1771. Era limitada pelos rios Tamanduateí e Anhangabaú. Sua dimensão era notavelmente modesta: a parte urbana era limitada pelo triângulo formado pelo Pateo do Colégio, o Convento São Bento e o Convento dos Franciscanos. Do Convento São Bento ao Convento dos Franciscanos, a distância é de setecentos metros. Esta área era composta pelas freguesias da Sé, do Bom Jesus do Brás e de Santa Efigênia. Ao redor da cidade, havia outras seis freguesias que lhe estavam subordinadas: Conceição de Guarulhos, Nossa Senhora do Ó, Cotia, Nossa Senhora da Penha, São Bernardo, Juquery e a capela de M'Boy (SAMARA, 1989, p. 24).

A cidade era o centro político e espiritual da província, mas não o econômico. Os fazendeiros tinham duas casas: uma na cidade e outra nas áreas rurais (MARCÍLIO, 1973, p. 93), cuja produção era suficiente para o abastecimento, basicamente, da própria região (p. 25). Os fazendeiros iam para a cidade para tratar dos assuntos políticos e para participar das procissões obrigatórias, como Corpus Christi e São Sebastião (p. 19). Entretanto, pelo que a documentação da câmara expõe, os coronéis não pareciam ter grande interesse em estar presente, especialmente nos assuntos políticos. São frequentes as ausências de vereadores nas sessões semanais. Com a independência em 1822 e a conhecida "lei das câmaras" de 1828, que padronizou procedimentos municipais, passou-se a multar vereador-

res ausentes que alegassem doença e não apresentassem atestado médico válido. Até um administrador extremamente empenhado como foi José Manuel da Luz (obscurecido por ausência de documentos que fornecessem mais dados sobre a sua vida) foi multado em 12 mil réis por falta (SÃO PAULO, 1923b, p. 160).

O crescimento

A cidade de São Paulo do início do século XIX era uma comunidade sem expressão econômica ou política em âmbito nacional. Tanto que, pelo fato de ter sido ali instalada a primeira Faculdade de Direito (ao mesmo tempo que a sua congênera em Olinda, que, posteriormente, mudou-se para o Recife), Bruno (1954b) a chamava de “burgo de estudantes”. Contudo, a partir de 1830, a cidade passou a ter mais importância política exatamente devido à faculdade, e também pelas personagens ilustres que surgiram naquele momento. É importante enfatizar que a expansão cafeeira no Vale do Paraíba se iniciou a partir de 1820 (KOWARICK, 1994, p. 36), o que começou a deslocar o centro econômico do nordeste para o sul do império.

O centro urbano da cidade possuía cerca de 12 mil habitantes em 1855, momento em que o cultivo de cana-de-açúcar cedia lugar ao café. Para o crescimento econômico, era necessário um sistema de transporte mais eficaz, cuja estruturação se iniciou em 1867, com a inauguração da Estrada de Ferro que ligava Santos a Jundiá. Em seguida, foi construída a estrada que ligava São Paulo a Campinas em 1782. O seu prolongamento até Limeira e Rio Claro deu-se em 1873; até Sorocaba, em 1875; e até Amparo e Moji-Mirim, em 1875. Nesses anos chegaram os imigrantes, e a população saltou para 23.245 habitantes, mas, desde o início, a cidade teve que lidar com seus pobres e doentes, assim como com os enviados de outros municípios (MESGRAVIS, 1976, p. 97-137).

Médicos, cirurgiões, curas e danças da chuva

Em São Paulo, faltavam profissionais da saúde. Franca e Horta foi o primeiro governador a tentar resolver o problema, criando um curso de ana-

tomia em 1803, sediado no Hospital Militar. Foi a primeira iniciativa de ensino médico oficial do Brasil (CAMPOS, 1944, p. 145; TAUNAY, 1956a, p. 194). Não houve mais registros sobre esse curso, e a ausência de médicos e cirurgiões seguiu. A câmara fazia a sua parte, solicitando-os à corte, como nesse registro de 1808:

Sendo próprio a este Senado¹⁴⁶ (como não é desconhecido de Vossa Alteza) vigiar sobre a saúde deste povo trabalhar sobre os seus interesses, e cooperar quanto fôr possível para sua felicidade ouve com bem pesar os lamentáveis gritos da humanidade soffredora, que reclama por habeis professores de medicina que possam suavisar suas dores, applicando adequados e promptos remedios aos seus males (SÃO PAULO, 1922i, p. 25-26).

Além de requisitar mais médicos, a câmara pedia que fossem reconhecidos aqueles que já residiam na capital. E, curiosamente, pedia também um afrouxamento da fiscalização régia, como fez em 29 de janeiro de 1811: assinou-se uma representação ao Protomedicato¹⁴⁷ para que o órgão fosse menos rígido, afinal havia as próprias fiscalizações locais¹⁴⁸. Alegavam que não havia droguistas para atender a todos na cidade e que, por isso, fossem os mercadores liberados para vender as drogas (SÃO PAULO, 1922e, p. 345-351).

Saint-Hilaire (1976, p. 135) afirmou que em “1839 havia em São Paulo cinco médicos, quatro cirurgiões e sete farmacêuticos, sendo impossível que não houvesse entre eles alguns bons profissionais, pois fazia alguns anos que médicos de vários países vinham para o Brasil [...]”. Esperava-se, assim, que se requisitassem mais profissionais e que formas alternativas de cura fossem empregadas.

146. Até 1828, as câmaras municipais eram chamadas de “Senado da Câmara” (SANTOS FILHO, 1991, v. 2, p. 490).

147. O Protomedicato foi abolido em 1809, segundo Machado e outros (1978, p. 36). Tânia Pimenta (2004, p. 90) complementa a informação: a Fisicatura-mor existiu no Brasil até 1782; de 1782 a 1809, passou a chamar-se Protomedicato. O que significa que, no momento em que a carta dos paulistas foi redigida, o órgão teria voltado a se chamar Fisicatura; contudo, os autores se dirigiram ao órgão como Protomedicato.

148. A câmara de São Paulo começou a se preocupar com a fiscalização dos curandeiros já em 1579. Tal fiscalização era realizada pelo juiz de ofício, o barbeiro Antônio Rodrigues (BRUNO, 1954a, p. 331).

Se já não era um *hábito* procurar um médico até fins do XIX (FIGUEIREDO, 1998, p. 9, 41), a ausência do profissional de saúde tendia a fazer pulular as inúmeras formas populares de cura. Houve um meio encontrado pela edilidade paulistana para combater tanto a seca de 1819 quanto a peste e a seca que assolaram a província de São Paulo em 1816. Nessas ocasiões, obtiveram-se bons resultados. Graças a estes, durante a estiagem de 1828, o cura da cidade sugeriu, em forma de abaixo-assinado enviado à câmara, a adoção do mesmo procedimento realizado naqueles primeiros anos:

A plena confiança que o povo desta Imperial Cidade tem na intercessão da Virgem Mãe de Deus invocada sob o título de Penha de França, e representada na Sagrada Imagem que existe na Matriz do mesmo nome é tão notória que não necessita ser encarecida. Nas grandes pestes, nas longas secas e em outras calamidades funestas, os devotos desta Soberana Senhora tem recorrido a ela e tem achado o alívio e remédio que imploram de seu Filho Onipotente. Sem remontar a épocas remotas, na seca e peste que grassou [sic] nesta Província no ano de mil oitocentos e dezesesseis e, depois, na seca de mil oitocentos e dezenove foi evidente o prodigioso efeito que resultou de se ir buscar a dita imagem para colocá-la na Catedral desta cidade, onde se lhe dirigiram súplicas e votos sinceros, tais são as razões por que os abaixo-assinados, vendo que a seca atual se dilata de uma maneira que faz prever terríveis consequências, e não anteolhando algum recurso eficaz senão na Divina Providência, tantas vezes manifestada a rogos da Senhora da Penha, vêm à respeitável presença de Vossas Senhorias pedir-lhes solicitar da excelsa piedade do Excelentíssimo Senhor Bispo Diocesano a faculdade do estilo para que a mencionada Imagem seja conduzida para essa cidade, e aí receba as incessantes orações que perante ela os fiéis desejam fazer subir ao Trono do Altíssimo (SÃO PAULO, 1923c, p. 456-457).

O mesmo expediente de convocar a imagem de Nossa Senhora da Penha foi usado no século anterior por Morgado de Mateus, em 1768, devido a uma epidemia de icterícias causada por uma tempestade de relâmpagos, e, ainda, no ano seguinte, em 1767, durante uma epidemia de varíola (MESGRAVIS, 1976, p. 122).

Epidemias que eram, em realidade, endemias

Francisco Xavier Sigaud escreveu no seu jornal, em 1835, que o Brasil era um local salubre, sem grandes problemas de saúde pública, pois “não tem engendrado se não passageiras epidemias de dysenteria, bexigas, e ophthalmias no espaço dos trez ultimos seculos” (DIÁRIO DE SAÚDE, 1835, p. 3). Haveria, segundo o médico, alguma relação com a diminuição do tráfico de escravos, que, a partir de 1831, já era ilegal.

Alguns anos depois, uma nova discussão surgiria trazendo à tona a relação entre escravidão e doença em periódicos médicos: dessa vez, a febre amarela. O Dr. Mathieu François Audouard afirmava que havia relação entre a epidemia de febre amarela em Barcelona em 1821 e o tráfico negreiro. No Brasil, o tema só ganharia volume de discussão em fins de 1849, quando, enfim, a doença chegou ao país (KODAMA, 2009, p. 518). E, se a tese racialista e antiescravista de Audouard (KODAMA, 2008, p. 810) havia ganhado força nos anos de 1820, os médicos brasileiros decidiram oferecer o seu parecer já na década de 1830 (antes, portanto, de qualquer registro de febre amarela no Império):

Nós, que praticamos a medicina na capital do Brasil, e que por isso estamos bem ao facto de todas as enfermidades que costumão aqui reinar, e que pelas nossas relações e estudo sabemos das que pouco mais ou menos existem por todo o Brasil; achamo-nos bastante habilitados para dizer ao Dr. Audouard, que está perfeitamente em erro (REVISTA MEDICA FLUMINENSE, 1839a, p. 51).

Já que os médicos brasileiros viviam em país escravocrata, supunham-se melhores avaliadores da questão, aliás, com uma espantosa sinceridade: “Ao contrario, a experiencia **felizmente** nos mostra, que este commercio tendo por diversas vezes introduzido no Brasil epidemias de bexigas, sarampos, ophthalmias, desynterias, sarnas, &c., até hoje ainda não nos causou a febre amarella [...]” (REVISTA MEDICA FLUMINENSE, 1839a, p. 51-52, grifos nossos). Quantas doenças estavam contidas no “etc.” da citação é impossível saber; entretanto, “felizmente”, não havia febre amarela.

Tem-se, assim, a impressão de que, se houve epidemias, elas acometeram basicamente os escravos e, posteriormente, os imigrantes. Esse discurso oficial deu base a uma interpretação historiográfica confirmatória, como a

de Blount, que primeiramente estudou a política de saúde de São Paulo de fins do século XIX em termos historiográficos atuais: segundo ele, não teria havido progresso no campo da saúde pública no Brasil graças a uma “relativa liberdade de surtos epidêmicos até depois da metade do século XIX” (BLOUNT, 1971, p. 21) e, “aparentemente, a primeira metade do século XIX foi um período de relativa salubridade por todo Brasil¹⁴⁹” (p. 27). Tal tese é também sustentada por Ribeiro (2004, p. 309) e Silva (2011).

Ao se analisar criteriosamente a documentação, o que se nota é algo um tanto diferente: havia doenças endêmicas graves em todo o território habitado de São Paulo, que eram algumas vezes tratadas como epidemias quando atingiam os estamentos superiores da sociedade. Só a partir de então, começava-se a tomar alguma atitude a respeito.

De fato, todos os viajantes e memorialistas que estiveram em São Paulo durante o século XIX – D’Alincourt (1975); Casal (1976); Kidder (2001); Mawe (1978); Saint-Hilaire (1976); Spix e Martius (1981) – concordaram em duas coisas: a cidade tinha um clima excelente e era extremamente limpa¹⁵⁰. Nesse aspecto, São Paulo contrastava muito com outras cidades, incluindo a capital do Império. Ao que tudo indica, a cidade era comparativamente mais limpa de fato, tendo sido essa sua particularidade um grande elemento legitimador de políticos paulistas de início do XIX. Esses relatos, no entanto, falam das ruas, das vielas, das construções, das casas dos “graduados”, mas não mencionam os transeuntes das ruas.

Quadro geral de doenças inflamatórias e contagiosas

Segundo Spix e Martius (1981, p. 145), os problemas respiratórios e alérgicos eram os grandes flagelos do XIX paulista: “o reumatismo e estados inflamatórios, sobretudo dos olhos, peito, pescoço, e, por conseqüência, tuberculose dos pulmões e laringe, e blefarites [...]. As afecções do fígado não são raras aqui [...]”.

149. Tradução livre dos autores.

150. Impressão que apareceu também em carta do sacerdote Nuno Eugênio Lóssio e Seibitz, que em 1813 escreveu à Câmara de São Paulo dizendo estar muito feliz por haver sido despachado pelo rei para a capitania e que considerava em grande estima a praça “de cujos habitantes, e clima tenho ouvido fallar com tanta vantagem” (SÃO PAULO, 1922h, p. 474).

Maria Luiza Marcílio (1973, p. 176-177) nos oferece um quadro mais amplo das causas dos óbitos em São Paulo no início do século XIX. Em relação aos registros na Paróquia da Sé, considerando a população livre no período de 1799 a 1809, a autora indica, para cada categoria de doenças, a distribuição de mortes por gênero e a proporção por mil óbitos de acordo com a causa declarada. Ela aponta que, na categoria *doenças infecciosas e parasitárias*, aparece o maior número de óbitos (645), na proporção de 622,6 em 1.000. A maioria desses registros indica como causa as febres intermitentes, denominadas *febre podre* e *febre maligna*, com 260 óbitos. A categoria de registro *doenças de parto e do puerpério* assinala um total de 160 óbitos, sendo 149 registrados em *recém-nascidos* e 11 em *partos*. As categorias *doenças do aparelho digestivo e doenças da pele e do tecido celular* são, também, indicadas com número significativo de óbitos no período. Marcílio aponta em seu estudo que, no período e paróquia especificados, registraram-se 2.406 óbitos, dos quais 1.036 tiveram as causas especificadas, e 1.370, causas não especificadas, o que nos revela a dificuldade com diagnósticos mais precisos, além da falta de assistência.

Febres intermitentes e varíola, segundo o quadro, foram problemas graves do início do século XIX paulista. Entretanto, havia duas outras doenças endêmicas importantes no conjunto da população que não aparecem nos registros: a sífilis e a lepra.

Sífilis

Saint-Hilaire (1976, p. 135) nos conta que *perguntaram* a uma prostituta se ela era portadora da sífilis, e ela respondeu: “Quem é que não é?”.

[...] parece certo que a sífilis teria sido bastante disseminada, outrora. No entanto, ela jamais aparece mencionada. Temos fortes razões para acreditar que: primeiro, ou ela não era jamais declarada; segundo, ou era declarada sob nomes diferentes: cancro, anúria, abscesso ou mesmo sarna (MARCÍLIO, 1973, p. 178).

Apesar de, na interpretação de Gilberto Freyre (2003, p. 109), haver o orgulho da sífilis, por esta indicar a marca do contato sexual, a doença era também transmitida pela vacinação braço a braço (CHALHOUB, 1996, p. 116).

Segundo Carrara (1996), as linhas gerais de compreensão da sífilis apenas se consolidaram no começo do século XX e mantiveram as mesmas noções até meados da década de 1940. Entretanto, aponta o autor, foi na primeira metade do século XIX que a doença ganhou atenção e teorias sobre sua evolução. Citando a publicação de 1866 do higienista Claudemiro Caldas, ele aponta que a sífilis circulava, oculta ou aparente, em todas as camadas sociais, constituindo-se uma moléstia universal. Caldas indicava que, embora não se manifestasse como as epidemias, a sífilis devia ser considerada um grande flagelo dada a sua forma lenta de causar males terríveis em todas as classes sociais, e, entre outras cidades, apontava São Paulo também como um território da doença. Havia, pois, uma doença endêmica cuja abrangência era impossível de mensurar.

Lepra

Uma segunda doença endêmica que assolava São Paulo desde o século XVIII era a lepra:

Parece certo que a varíola, a icterícia e a lepra foram doenças endêmicas em São Paulo durante a época colonial. De resto, entre 1750 e 1800, os documentos oficiais da municipalidade falam sem cessar destas moléstias. Pudemos constatar que estas revelaram-se várias vezes, sem muita violência nos anos de 1762, 1768, 1770, 1775, 1777, 1780, 1784, 1785, 1790, 1798 e 1808. Mas os documentos que as testemunham, nada dizem sobre o número de mortos (MARCÍLIO, 1973, p. 142).

Em 1802, Franca e Horta mandou edificar um lazareto (MESGRAVIS, 1976, p. 124), que era uma instalação para confinar os enfermos... pobres. Tratava-se de um verdadeiro depósito de “desgraçados levados allí só para morrer” (SANT’ANNA, 1951, p. 94). Os cuidados médicos eram raros, assim como as roupas; os detidos andavam nus, além de comerem a refeição menos recomendada para quem era acometido pela afecção: feijão e carne, servidos praticamente crus (p. 100).

A seletividade para o aprisionamento no leprosário era notável. Por exemplo, em setembro de 1809, a câmara enviou um ofício aos generais da capitania

informando que o sargento-mor Antonio Barbosa, do Primeiro Regimento de Infantaria Miliciana, o alferes Agostinho Felix dos Santos, capelão do regimento da Praça de Santos, e o sargento Joaquim José dos Santos, da Legião de Voluntários Reais, estavam com morfeia, mas mesmo assim andavam e se comunicavam “nesta cidade sem exceção de pessoa alguma, e menor cautela” (SÃO PAULO, 1922f, p. 133). Capelães, sargentos e sargentos-mores jamais seriam ali confinados. Em 1836, um relatório forneceu dados sobre o leprosário: “[...] contem 14 doentes a ser – 10 mulheres de diversas cores sendo o maior numero de pretas, e 4 homens hum branco, e tres pretos” (SANT’ANNA, 1951, p. 114). Um homem branco apenas havia; a probabilidade de confinamento era maior caso o doente fosse negro e mulher.

Primeiramente Morgado de Matheus preocupou-se com a lepra, depois Franca e Horta, e, nas vésperas da independência, o governador-geral João Carlos Augusto de Oeynhausens-Gravenburg também notou que se tratava de um grave problema; em março de 1820, Toledo Rendon afirmava que no caminho ao Rio de Janeiro, nas chamadas vilas da Serra Acima, havia 295 doentes (MESGRAVIS, 1976, p. 125), por isso exigiu listas dos infectados aos capitães-mores de cada município. Alguns não responderam, e um deles era, exatamente, o da capital. Contudo, os números apontados pelos capitães são bastante consideráveis: Taubaté, 92; Jacareí, 63; Lorena, 48; S. M. de Areas, 43; Sorocaba, 41; Moji das Cruzes, 32; Curitiba, 29; São José, 25; São Luís, 23; São Carlos, 20; Itapetininga, 18; Guaratinguetá, 17; Itu, 16; Pindamonhangaba, 14; Castro, 14; Cunha, 12; Vila Nova do Príncipe e S. Antônio da Lapa, 6; Ubatuba, 5 (ou 8); Antonina, 1; Paranaguá, 0; S. Sebastião, 0; Santos, 0 (p. 126-127).

Esses números são confiáveis? Talvez sim, considerando-os como o número mínimo de doentes. É provável que Franca, Apiaí ou Jundiá não tivessem doentes? Não. A explicação para o fato de algumas cidades não terem enviado a lista com o número de leprosos aparece nas atas de São Paulo da década seguinte.

O secretário da câmara exigiu do fiscal, em julho de 1835, uma análise escrupulosa sobre as pessoas afetadas pela morfeia que andavam pela cidade (SÃO PAULO, 1938b, p. 149). Em janeiro de 1836, o fiscal não havia ainda apresentado a relação e foi questionado do porquê (1938c, p. 23). Então, no dia 18, apareceu a resposta do fiscal:

A relação dos morpheticos que andão pela Cidade não apresentei por querer 1º certificar-me se tem verdadeiramente tal moléstia, e por fim consegui saber que vagão pelas ruas sómente 2: 1 escravo do Medico Dupuy, o qual o comprou da Fazenda Publica por 1 bagatella, vindo do Caminho de Santos já muito arruinado e anda pelas ruas comprando generos de comestiveis e com outros serviços para a caza de seu Senhor; outro escravo de José Antonio Fernandez que pelas informações que tive tambem se acha infectado dêste mal, o qual carrega, leva 1 vacca no Campo &º. O Senhor deste passêa a cavallo de madrugada, acha-se na rotula de sua casa todo o dia com carpinteiros em casa para suas obras, e além disto abre e fexa a tramella da rotula para entrarem os carpinteiros e outras pessoas, e ao meio dia o caixeiro do dito, em uma occasião vi abrir a tramella e entrar, o dito Fernandez está com o dito mal muito adiantado. Pello José de Mesquita a meo vêr está em principio, pelo que se conhece das feições do rosto, móra no Tabatinguera quando vem de seu sitio para as partes de S. Caetano (SÃO PAULO, 1938a, p. 86-87).

Nota-se que o fiscal dizia tratar-se de dois morféticos, mas faz menção a três. Uma compreensão disso é que o pedido era uma relação de morféticos que estivessem *andando pela cidade*. Já que o Sr. José Antonio Fernandez permanecia todo o tempo no seu sítio e, segundo o entendimento do fiscal, não deveria constar na lista. Também é curioso o fato de os dois morféticos encontrados pelo fiscal serem escravos. Mais ainda: um deles foi comprado por uma “bagatella”. Era importante, pois, considerar o escravo de quem seria mandado ao leprosário.

O censo de leprosos de 1851 apontava 849 doentes na província (MESGRAVIS, 1976, p. 132).

Expostos

“Expostos” era o termo da época para o atual “menor abandonado”. A Casa dos Expostos foi inaugurada em 1825. Permaneciam ali até os 7 anos, quando então os meninos eram encaminhados para o Seminário de Santana, e as meninas, para o Seminário da Glória (MESGRAVIS, 1976, p. 134-184). No século XIX, cuidar da infância era uma das maiores

preocupações da saúde pública da época, uma vez que todos os governos (à exceção daqueles influenciados pelos teóricos ingleses da vertente malthusiana) buscavam o crescimento da sua população. Portanto, não é à toa que a lei francesa de 1841 que regulava o trabalho infantil foi considerada uma das mais importantes decisões que diziam respeito à saúde pública (LA BERGE, 1992, p. 306).

De julho de 1825 a maio de 1831, dos 109 órfãos que haviam entrado na Casa dos Expostos, 60 morreram (SANT'ANNA, 1951, p. 79). Trata-se de uma taxa de mortalidade de 55 %. Apesar do desaparecimento do livro de entradas na Casa, Martins de Almeida, em 1875, informa que a instituição teria recebido, entre 1864 e 1874, 106 crianças, das quais 35 vieram a falecer, ou seja, um terço (MESGRAVIS, 1976, p. 186).

Entretanto, a morte de crianças não era uma questão apenas para os expostos da Santa Casa. Utilizando uma expressão bastante moderna, pode-se afirmar que havia uma verdadeira “epidemia de mortalidade infantil” durante o século XIX paulista. Nem a Misericórdia nem a Catedral mantiveram os registros de tal mortalidade, contudo a comarca de Itu, sim: em 1798, dos bebês nascidos naquele ano, morreram 35,6 %. Em 1803, 13,8 %. Em 1808 e 1813, cerca de 15 %. Em 1818, 22,8 %. Em 1822, 29,2 %, quase um terço (SAMARA, 1989, p. 51). Das mesmas fontes, temos dados com relação à mortalidade entre 0 e 5 anos em 1798, 1803, 1809, 1813 e 1818. Vejamos os de 1813 e 1818.

Tabela 1 – Registro de óbitos na comarca de Itu

	1813			1818		
	total	0 a 5 anos	%	total	0 a 5 anos	%
brancos	157	84	53,5	82	36	43,9
pretos	165	96	58,2	107	27	25,2
mulatos	20	8	40,0	29	5	17,2

Fonte: Samara (1989, p. 50).

Não há indícios de que na capital a situação fosse consideravelmente diferente. E, caso seja possível estender esses números para a capitania/província de São Paulo, pode-se aferir que metade da população infantil faleceu antes de completar 5 anos.

Freyre cita o estudo do Barão de Lavradio de 1847, *Algumas considerações sobre as causas da mortalidade das crianças no Rio de Janeiro e molestias*

mais frequentes nos seis ou sete primeiros mezes de idade, em que o autor afirmava que as principais causas da mortalidade infantil eram:

[...] o mau cuidado do cordão umbilical; vestuário impróprio; pouco cuidado no princípio das moléstias das escravas e das crianças de mais idade; alimentação desproporcional, insuficiente ou imprópria; desprezo no princípio das moléstias da primeira infância, apresentando-se ao médico crianças já moribundas de gastroenterites, hepatites e tubérculos mesentéricos (FREYRE, 2003, p. 450).

Após apresentar esse excerto de Freyre, Samara (1989, p. 51) diz que os fatores citados, “somados à falta de higiene, às más condições das habitações, ao clima considerado impróprio e à sífilis eram responsáveis pelo grande número de crianças mortas tão precocemente”.

Cadeia

Há registros de uma epidemia de sarampo na cadeia em 1806. O cirurgião Thomaz Gonçalves Gomide, do regimento de Mexias, foi chamado para atender os casos (SÃO PAULO, 1921a, p. 378).

A partir de 1815, a câmara passou a contar com um cirurgião oficial para dar assistência aos pobres e presos, Manuel José Chaves (SÃO PAULO, 1922c, p. 112-113). Em boa parte da documentação analisada, chama a atenção a quantidade de vezes que o cirurgião pediu aumentos salariais ao próprio imperador¹⁵¹. No último pedido da década de 1820, o imperador exigiu que o seu salário fosse realmente aumentado. O deferimento do imperador apareceu no mês seguinte, curiosamente quando tanto o médico quanto o carcereiro estavam sendo investigados pela morte de um “preto” na cadeia. Depois desse evento, ficou decidido que Chaves deveria fazer visitas diárias à cadeia (1922j, p. 529). Não foi um grande empecilho para

151. Um pedido em 20 de setembro de 1819 (SÃO PAULO, 1922g, p. 484), outro em 1824 (1922d, p. 21), no ano seguinte, em maio de 1825 (1922k, p. 336) e, o último registrado, em agosto de 1826 (1923d, p. 32). Para Morse (1970, p. 78), tratava-se de parte da cultura ibérica que os súditos, mesmo que para questões de âmbito municipal, recorressem ao imperador diretamente.

que o imperador lhe concedesse o desejado aumento que um preso sob sua responsabilidade tenha morrido de forma suspeita.

Os presos eram alimentados uma vez por dia e nem todos conseguiam chegar à comida antes de ela terminar: os que não conseguissem tinham que esperar até que a próxima refeição fosse servida às 11 horas do dia seguinte. Porém, devido às turbulências e revoltas dentro da cadeia, que resultaram em diversas tentativas de arrombamento e arrombamentos de fato, a câmara decidiu servir comida aos presos duas vezes ao dia (SÃO PAULO, 1937c, p. 12; 1937b, p. 33; 1937d, p. 39). Contudo, não se tratava de dobrar a quantidade de comida, mas sim de servir a mesma quantia insuficiente dividida em duas porções.

No dia 6 de maio de 1833, a câmara sugeriu que um preso que estava cumprindo três meses de prisão fosse removido, por já estar em estado tão avançado de lepra que lhe tinham caído os dedos (SÃO PAULO, 1937f, p. 152). Ao contrário da certeza que o leitor possa ter de que atitudes foram tomadas imediatamente, o pedido para retirar o leproso reapareceu no dia 11 de junho (1937e, p. 191).

A cadeia era, portanto, um foco de sarampo, lepra e varíola. Essas eram as doenças endêmicas dos empobrecidos, contra as quais as autoridades locais só tomavam alguma providência quando chegavam aos estamentos superiores. Contudo, não eram as únicas.

Em 1793, o médico Luiz Antonio de Oliveira Mendes fez um discurso na Academia Real das Ciências de Lisboa a respeito das doenças mais agudas da escravidão que chegava ao Brasil. Eram as seguintes:

- 1º) febres carneiradas;
- 2º) mal de Luanda (escorbuto);
- 3º) corrupção intestinal ou “do bicho” (como era chamada no Brasil);
- 4º) constipações;
- 5º) sezões;
- 6º) opilações;
- 7º) bexigas e sarampo;
- 8º) gangrena pela tentativa frustrada de retirada de determinado “bicho” fino e branco encontrado no corpo dos negros;
- 9º) carbúnculos ou antrazes (MENDES, 1812, p. 32-35).

Nota-se que, de toda uma gama de doenças, a varíola era apenas a sétima. Estava longe, pois, de ser a principal entre os escravos. Conclui-se, assim, que os cuidados dispensados aos bexigentos eram realizados mais

pelo medo da contaminação do que pelo sentimento de obrigação em manter aqueles homens e mulheres saudáveis.

Outras doenças que Mendes cita figuram em São Paulo. Por exemplo, há referência à venda de ervas de pimenta contra o bicho (a terceira da lista), a “corrupção” que vinha com os negros (BRUNO, 1954a, p. 353).

Outro exemplo: as sezões (quinta doença na lista) eram creditadas à transposição que havia sido feita do leito do Tamanduateí (BRUNO, 1954a, p. 347-348).

Por fim, havia a opilação (sexta da lista), que era um seríssimo problema da escravatura (FERREIRA, 1996, 1999). É improvável que São Paulo tenha sido uma exceção.

Variola

A variola foi o flagelo que mais preocupou os paulistas até o fim do século XIX. Manuel Aires de Casal (1976, p. 110) afirmou:

É incompreensível o medo, que os paulistas têm das bexigas, ela (sic) é que mata a maior parte dos que morrem, quando delas são atacados. Em se dizendo a um doente que o seu mal são bexigas, ei-lo já abatido, e sobremaneira descorçoado: muitos nem querem sujeitar-se a remédios, nem tomar alimentos, persuadidos que não podem vencer a moléstia.

Marcílio (1973, p. 174) nos oferece informações a respeito da segunda metade do XVIII e início do XIX:

As epidemias fizeram muitas vítimas em São Paulo. A variola, inicialmente, mas também a lepra, a icterícia, a escarlatina e a difteria ou crupe, registrada em 1813, nos assentos paroquiais, faziam grandes devastações entre a população. Foram nos anos de 1768, 1780 e 1808 que a epidemia de variola apresentou-se particularmente forte; as próprias Atas da Câmara de São Paulo as mencionam. Mas nenhuma destas epidemias foi muito violenta [...].

Bertolli Filho (2008) nos fala a respeito das mais graves epidemias de variola que assolaram São Paulo em 1798 e em 1815. Contudo, as atas

da câmara nos falam de epidemias de bexigas também em 1809 (SÃO PAULO, 1921b, p. 4), em 1829 (1922a, p. 18), 1838 (1937a, p. 113), durante os anos de 1850 e 1851, quando o presidente da província pediu ao chefe de polícia interino informações a respeito com urgência (1939a, p. 227), 1863 (1945, p. 118-119), 1866 (1946a, p. 186), 1873 (1948, p. 165), 1879 (1949, p. 8), 1882 (1951a, p. 177), e receio de desenvolvimento de nova epidemia em 1886 (1951b, p. 69).

Cólera

Na primeira epidemia mundial de cólera-morbo, que assolou Ásia e Europa a partir dos anos 1820 e chegou aos Estados Unidos em 1832 (ROSENBERG, 1987, p. 15), o Brasil saiu ileso. Entretanto, esteve a par da pandemia; o primeiro alerta dado pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro aparecia em 24 de outubro de 1831 (SÃO PAULO, 1923a, p. 173). Na segunda investida mundial, a moléstia chegou ao Brasil. Pelos relatos oficiais, a doença se tornou uma ameaça grave aos estamentos superiores nas regiões portuárias.

Em 1855, requisitava-se que um médico e um boticário munido de uma botica portátil e instruções práticas “no caso de invasão do flagello” (SÃO PAULO, 1940a, p. 160). No dia 19 de novembro do mesmo ano, cogitava-se estabelecer um cordão sanitário se as notícias sobre Santos piorassem (1940b, p. 185).

Na prática, o temor do cólera resultou na realização das leis estabelecidas em 1828 quanto às obrigações da câmara no que dizia respeito à saúde pública, como acelerar a construção do cemitério público. No início do século XIX, São Paulo era considerada, comparativamente a outras províncias, limpa e higiênica (MANTOVANI, 2015, p. 85-92), e só restava deixar de enterrar os mortos nas igrejas, o que parece não ter sido uma prioridade nem para os prelados nem para os médicos (CAMARGO, 1995, p. 125). O cemitério de Salvador, com toda a desordem social que causou, foi construído em outubro de 1836 (REIS, 1991). Há registros de um cemitério construído no Rio de Janeiro em julho de 1839 (REVISTA MEDICA FLUMINENSE, 1839b, p. 182-183); o de São Paulo foi terminado apenas em 1858. O resguardo do próprio *ethos* militar, com suas hierarquias e patentes, pode ser uma hipótese que explique a postergação em enterrar

corpos longe do lugar sagrado, em solo profano e, talvez, insultuosamente democrático. E o que se vê nas atas é que o medo da chegada do cólera na cidade era um dos motivos alegados para que as obras prosseguissem. Em 1867, havia medidas sanitárias que eram tomadas para evitar que a epidemia irrompesse e cuidados que preparavam a população para a epidemia, “caso apareça” (SÃO PAULO, 1946b, p. 60).

Na década de 1880, vê-se também que se despendia todo cuidado quando a doença perdia o controle, mesmo que fosse em cidades de países vizinhos, como a Argentina (SÃO PAULO, 1951c, p. 236).

Na década seguinte, os médicos foram comunicados de que seria compulsório o aviso de doenças epidêmicas, como a varíola, a febre tifoide, o “croup” e o cólera (SÃO PAULO, [191 ?], p. 158), mas, ao que tudo indica, os estamentos superiores estiveram bastante salvaguardados do cólera durante o XIX.

Febre amarela

Em dezembro de 1852, o governo provincial ordenava que os municípios informassem o seu estado sanitário, com especial atenção à febre amarela (SÃO PAULO, 1939b, p. 175), ao que o médico da câmara, João Thomaz de Mello, respondeu dizendo que não havia nem na capital nem em outro município do litoral caso algum (1940c, p. 10). Os documentos oficiais da municipalidade não anunciam estado epidêmico – assim como não anunciaram nenhum quadro epidêmico de cólera em São Paulo –, o que nos leva à conclusão de que a doença foi mantida em níveis aceitáveis, ou seja, de que se manteve nas camadas empobrecidas e escravizadas da população paulistana. Havia, no entanto, grande temor pelo contágio de febre amarela, que grassava em diversas partes do estado (1908, p. 150) e fazia suas vítimas na cidade, como se percebe quando “a Intendencia solicitava providencias afim de não serem conservadas por muitas horas no centro da cidade cadaveres de pessoas fallecidas de febre amarella” (1905, p. 90). Nos anos 1890 as ações mais enérgicas começavam a ser tomadas, já na Primeira República (1903, p. 145).

As cidades que parecem ter sido afetadas, nos anos 1880, de maneira epidêmica não apenas pela comum varíola, mas também pela febre amarela

e pelo cólera, foram Santos, Campinas, Descalvado, Rio Claro, entre outras que a fonte não cita (SÃO PAULO, 1906, p. 148).

Considerações finais

São Paulo alcançou nas duas últimas décadas do século XIX um crescimento importante e poucas vezes experimentado por outras cidades: a população paulistana saltou dos 31.385 habitantes em 1872 para 47.697 em 1890, atingindo 239.820 moradores dez anos mais tarde (CAMARGO, 2007). No período de 1882 a 1891, chegaram à cidade portuária de Santos, no estado de São Paulo, 263.196 migrantes estrangeiros, sendo o maior contingente de italianos (202.503). Hall (2004) aponta que, na década seguinte, São Paulo receberia mais 430 mil italianos, que passaram a representar cerca de 30 % da população da capital. Entre o final do século XIX e o início do século XX, São Paulo se transformou em uma das maiores cidades de migrantes do mundo (MARQUES et al., 2014).

Entre 1891 e 1900, 65 % dos migrantes que chegaram ao país se dirigiram para São Paulo, 58 % nos dez anos seguintes, e 63 % na década de 1910. O atrativo era o trabalho na cafeicultura paulista e, também, as oportunidades com a crescente urbanização da capital, processo este que não deixou de ter consequências para o quadro de saúde do estado e da cidade. Telaarolli Junior (1996) mostra que, em 1886, período que antecedeu a migração em massa para o Brasil, o Ministério do Interior da Itália orientou as autoridades do país quanto ao embarque de italianos para terras brasileiras, principalmente para a província de São Paulo, considerada como das “mais insalubres e inóspitas do Império”.

Epidemias e endemias de grande impacto, como a febre amarela, a varíola, o cólera, a malária, a febre tifoide, acidentes ofídicos e outras, foram focos de atenção no final do século XIX, e o receio não era apenas dos imigrantes que chegavam, mas também da população local, pois, desde o início da imigração em massa de europeus para o Brasil, as doenças epidêmicas introduzidas pelos estrangeiros se transformaram em motivo de preocupação para o governo paulista.

O estado de São Paulo, na nascente república brasileira, criou um aparato sanitário institucional que começou a ser organizado na última

década do século XIX, aparato este que se inseria no projeto político e econômico paulista a ser concretizado no século XX. A Lei Estadual nº 12, de 1891, estabeleceu o Serviço Sanitário de São Paulo, com diretrizes institucionais e de intervenção sanitária na cidade e no interior.

O Desinfectório Central, por exemplo, órgão ligado ao Serviço Sanitário Estadual e criado em 1893, tinha entre suas funções a atuação sobre o contingente de imigrantes que chegavam a São Paulo no período. O relatório do Serviço Sanitário de 1893-1894 demonstra a centralidade do Desinfectório Central e do aparato organizado para combater as epidemias em São Paulo por meio do relato do Dr. Joaquim José Torres Cotrim, chefe da Comissão de Desinfecções do Estado. O médico relatava que, no dia 31 de agosto de 1893, uma epidemia de cólera fora declarada na Hospedaria dos Imigrantes, e o procedimento de controle tinha sido altamente rigoroso, em duas etapas: primeiramente, realizara-se o processo de isolamento dos imigrantes, com portões de entrada e saída distintos para que não houvesse contaminação cruzada, além da “força policial na parte externa do edifício, a fim de impedir a fuga dos imigrantes” (ROXO et al., apud MOTA, 2005, p. 102-103); e, depois, o processo de desinfecção, no qual a principal técnica era a de colocar os objetos contaminados em estufas a 120 °C. A Hospedaria de Imigrantes do Brás, construída entre os anos de 1886 e 1888, foi central no aparato institucional de São Paulo para apoio ao projeto de desenvolvimento do estado no período (MARQUES, 2014).

O século XIX chegava ao fim. São Paulo não era mais a pequena província do início do século. A cafeicultura ocupava outras direções no interior do estado, e a expansão ferroviária a acompanhava com novas cidades e movimentos populacionais. A cidade de São Paulo terminou o século XIX com quase 240 mil habitantes contabilizados no censo de 1900, firmando-se como um dinâmico centro comercial e financeiro. Mais flagelos viriam, alguns permaneceriam, mas esta é outra história.

Referências

ARQUIVO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Carta circular aos Capes. Mores, e Comdes. da Capnia [enviando instruções para a organização e remessa dos mapas de recenseamento] (Do Secret.º). In: _____. **Documentos**

interessantes para a história e costumes de São Paulo: correspondência oficial do Capitão General Antonio José da Franca e Horta (1802-1804). São Paulo: Instituto Histórico e Geográfico de S. Paulo, 1937. v. 55, p. 206-207.

BACELLAR, Carlos. **Para conhecer os súditos d'El Rey: as listas nominativas de habitantes nas terras do Brasil.** Trabalho apresentado no X Congresso da Associação de Demografia Histórica, Albacete (Espanha), 2013.

BASSANEZI, Maria Sílvia (Org.). **Dados demográficos:** São Paulo do passado (1836). Campinas: Núcleo de Estudos de População/Unicamp, 1998.

BERTOLLI FILHO, Claudio. História da vacina e da vacinação em São Paulo: séculos XVIII e XIX. **Cadernos de História da Ciência:** Instituto Butantan, v. 4, n. 1, p. 85-111, 2008.

BLOUNT, John Allen. **The public health movement in São Paulo, Brazil:** a history of the sanitary service, 1892-1918. Thesis (Ph. D.). Nova Orleans: Tulane University, 1971.

BRUNO, Ernani Silva. **História e tradições da cidade de São Paulo:** arraial de sertanistas (1554-1828). Rio de Janeiro: Livraria José Olympio, 1954a. v. 1.

_____. **História e tradições da cidade de São Paulo:** burgo de estudantes (1828-1872). Rio de Janeiro: Livraria José Olympio, 1954b. v. 2.

CAMARGO, Luis Soares de. **Sepultamento na cidade de São Paulo:** 1800-1858. 1995. Dissertação (Mestrado em História) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

_____. **Viver e morrer em São Paulo:** a vida, as doenças e a morte na cidade do século XIX. 2007. Tese (Doutorado em História) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

CAMPOS, Ernesto de Sousa. Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo**, São Paulo, v. 64, parte 2, p. 9-50, 1949.

_____. Um governador de São Paulo no início do século XIX. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo**, São Paulo, v. 62, p. 105-174, 1944.

CARRARA, Sérgio. **Tributo a Vênus**: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

CASAL, Manuel Aires de. **Corografia brasílica ou relação histórico-geográfica do Reino do Brasil**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1976.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio. A reforma sanitária “pelo alto”: o pioneirismo paulista no início do século XX. **Dados**: Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 361-392, 1993.

_____. Estado e saúde no Brasil (1889-1930). **Dados**: Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 237-250, 1980.

_____. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção de nacionalidade. **Dados**: Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

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

D'ALINCOURT, Luís. **Memória sobre a viagem do porto de Santos à cidade de Cuiabá**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1975.

DIÁRIO DE SAÚDE. Rio de Janeiro: Typ. Imp. e Const. de Seignot-Plancher e Comp., v. 1, n. 1, 18 abr. 1835. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/702900/3>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

FERREIRA, Luiz Otávio. **O nascimento de uma instituição científica**: o periódico médico brasileiro da primeira metade do século XIX. Tese (Doutorado em História) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

_____. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-43). **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro,

v. 6, n. 2, p. 331-351, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000300006-&lng=pt&nrm-iso>. Acesso em: 20 jun. 2016.

FERREIRA, Tolstói de Paula. Subsídios para a história da assistência social em São Paulo. **Revista do Arquivo Municipal**, ano 6, v. 67, p. 5-76, jul. 1940.

FIGUEIREDO, Betânia. **A arte de curar e os seus agentes no século XIX na província de Minas Gerais**. 1998. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande & senzala**: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. São Paulo: Global, 2003.

GIORDANO, Carolina. **Ações sanitárias na imperial cidade de São Paulo**: mercados e matadouros. 2006. Dissertação (Mestrado em Urbanismo) – Centro de Ciências Exatas, Ambientais e de Tecnologia, Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2006.

HALL, Michael. Imigrantes na cidade de São Paulo. In: PORTA, Paula (Org.). **História da cidade de São Paulo**: a cidade na primeira metade do século XX. São Paulo: Paz e Terra, 2004. p. 121-151.

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

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

KIDDER, Daniel. **Reminiscências de viagens e permanências no Brasil**: Rio de Janeiro e Província de São Paulo. Brasília: Senado Federal, 2001.

KODAMA, Kaori. Antiescravidão e epidemia: “o tráfico dos negros considerado como a causa da febre amarela”, de Mathieu François Maxime Audouard, e o Rio de Janeiro em 1850. **História, Ciências, Saúde**: Manquinhos, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 515-522, abr.-jun. 2009.

_____. O doutor Audouard em Barcelona (1821) e a repercussão de sua tese sobre a febre amarela no Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 805-817, dez. 2008.

KOWARICK, Lúcio. **Trabalho e vadiagem**: a origem do trabalho livre no Brasil. Rio de Janeiro: Terra e Paz, 1994.

LA BERGE, Ann F. **Mission and method**: the early nineteenth-century French public health movement. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MANTOVANI, Rafael. **Modernizando a ordem em nome da saúde**: doenças, política e administração urbana em São Paulo, 1805-1840. 2015. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

MARCÍLIO, Maria Luiza. **A cidade de São Paulo**: povoamento e população, 1750-1850, com base nos registros paroquiais e nos recenseamentos antigos. São Paulo: Pioneira, 1973.

MARQUES, Maria Cristina da Costa; AFONSO, Fernanda de Carvalho; SILVEIRA, Cássio. A atenção à saúde do imigrante no contexto histórico da saúde pública em São Paulo. In: MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S. M. C.; SILVEIRA, Cássio (Org.). **Saúde e história de migrantes e imigrantes**: direitos, instituições e circularidades. São Paulo: Casa de Soluções, 2014. p. 73-89. (Coleção Medicina, Saúde e História, v. 5).

MARTINS, Antonio Egydio. **São Paulo antigo**: 1554-1910. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

MAWE, John. **Viagens ao interior do Brasil**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1978.

MENDES, Luiz Antonio de Oliveira. Discurso academico ao programma:... In: ACADEMIA REAL DAS CIÊNCIAS DE LISBOA. **Memorias economicas da Academia Real das Sciencias de Lisboa**: para o adiantamento da agricultura, das artes, e da indústria em Portugal, e suas conquistas. Lisboa: Typografia da mesma Academia, 1812. v. 4, p. 1-3.

MESGRAVIS, Laima. **A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 1599?-1884**: contribuições ao estudo da assistência social no Brasil. São Paulo: Conselho Estadual de Cultura, 1976.

MORSE, Richard. **Formação histórica de São Paulo**: de comunidade a metrópole. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.

MOTA, André. **Tropeços da medicina bandeirante**: medicina paulista entre 1892-1920. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2005.

MOURA, Paulo Cursino de. **São Paulo de outrora**: evocações da metrópole. Belo Horizonte: Itatiaia, 1980.

PAPÉIS AVULSOS. Coleção de documentos manuscritos custodiados pelo Arquivo Histórico Municipal de São Paulo. 1833. v. 49; 1837, v. 80.

PIMENTA, Tânia Salgado. Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 11, p. 67-92, 2004. Suplemento 1.

PORTO, Antônio Rodrigues. **História urbanística da cidade de São Paulo (1554 a 1988)**. São Paulo: Carthago & Forte, 1992.

PRIORI, Angelo et al. A emancipação política do Paraná. In: _____ (Org.). **História do Paraná**: séculos XIX e XX. Maringá: Eduem, 2012. p. 15-22. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/k4vrh>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

REIS, João José. **A morte é uma festa**: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

REVISTA MÉDICA FLUMINENSE. Rio de Janeiro: Sociedade Médica do Rio de Janeiro, ano 5, n. 2, maio de 1839a. Disponível em: <http://memoria.bn.br/pdf/341622/per341622_1839_00002.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

_____. Rio de Janeiro: Sociedade Médica do Rio de Janeiro, ano 5, n. 4, jul. 1839b. Disponível em: <http://memoria.bn.br/pdf/341622/per341622_1839_00004.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

RIBEIRO, Maria Alice. A cidade de São Paulo e a saúde pública (1554-1954). In: PORTA, Paula (Org.). **História da cidade de São Paulo: a cidade no império, 1823-1889**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

_____. **História sem fim...**: inventário da saúde pública: São Paulo – 1880-1930. São Paulo: Editora Unesp, 1993.

ROSENBERG, Charles. **The cholera years: The United States in 1832, 1849, and 1866**. Chicago: The University of Chicago Press, 1987.

SAINT-HILAIRE, Auguste de. **Viagem à província de São Paulo**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1976.

SALLA, Fernando. **As prisões em São Paulo: 1822-1940**. São Paulo: Anablume, 2006.

SAMARA, Eni de Mesquita. **As mulheres, o poder e a família**. São Paulo: Marco Zero, 1989.

SANT'ANNA, Nuto. **Documentário histórico: relatórios das comissões de visitas a estabelecimentos de caridade e prisões da cidade de São Paulo, de 1829 a 1841**. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 1951. v. 2.

SANTOS FILHO, Lycurgo. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1991. 2 v.

SÃO PAULO (Cidade). Archivo Municipal de S. Paulo. **Actas da câmara**

municipal de S. Paulo: 1797-1834. São Paulo: Typographia Piratininga, 1921-1923. v. 20-27.

_____. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo:** 1803-1830. São Paulo: Typographia Piratininga, 1921-1923. v. 13-20.

_____. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo:** 1830-1831. São Paulo: Empresa Grafica da “Revista dos Tribunais”, 1936. v. 21.

SÃO PAULO (Cidade). Câmara Municipal. 12.^a sessão ordinária aos 4 de outubro de 1851. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Atas da câmara da cidade de S. Paulo:** 1850-1851. São Paulo, 1939a. v. 38, p. 227-230.

_____. 13.^a sessão ordinaria [aos 17 de dezembro de 1892]. In: SÃO PAULO (Cidade). **Actas das sessões da câmara municipal de São Paulo:** 1892. São Paulo: Typ. Espindola & Comp., 1908. [v. 78], p. 142-153.

_____. 18.^a sessão ordinaria, aos 2 de outubro de 1894. In: SÃO PAULO (Cidade). **Atas da câmara da cidade de S. Paulo:** 1894. São Paulo, [191-?]. v. 79, p. 155-167.

_____. 39.^a sessão ordinaria aos 12 de outubro de 1855. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Atas da câmara da cidade de S. Paulo:** 1855. São Paulo, 1940a. v. 41, p. 159-163.

_____. 47.^a sessão extraordinaria aos 19 de novembro de 1855. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Atas da câmara da cidade de S. Paulo:** 1855. São Paulo, 1940b. v. 41, p. 182-185.

_____. 70.^a sessão ordinaria [aos 5 de maio de 1900]. In: SÃO PAULO (Cidade). **Actas das sessões da câmara municipal de São Paulo:** 1900. São Paulo: Typ. Espindola & Comp., 1903. [v. 85], p. 145-152.

_____. Cópia de uma parte do officio do fiscal da cidade em data de 18 de janeiro de 1836. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo**: 1836. São Paulo, 1938a. v. 26, p. 86-87.

_____. Extraordinaria: sessão extraordinaria a 3 de setembro de 1838. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Atas da câmara da cidade de S. Paulo**: 1838. São Paulo, 1937a. v. 31, p. 111-114.

_____. Extraordinaria: sessão extraordinaria a 24 de outubro de 1831 – presidencia do senhor Alvim. In: SÃO PAULO (Cidade). Archivo Municipal de S. Paulo. **Actas da câmara municipal de S. Paulo**: 1831-1832. São Paulo: Typographia Piratininga, 1923a. v. 26, p. 173-176.

_____. Extraordinaria: sessão extraordinária do dia quatorze de dezembro de mil oitocentos e vinte e nove – presidencia do senhor Gomide. In: SÃO PAULO (Cidade). Archivo Municipal de S. Paulo. **Actas da câmara municipal de S. Paulo**: 1829-1830. São Paulo: Typographia Piratininga, 1922a. v. 25, p. 18-22.

_____. Instruções para os agentes do cobrador das carradas de pedras. In: SÃO PAULO (Cidade). Archivo Municipal de S. Paulo. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo**: 1824-1826. São Paulo: Typographia Piratininga, 1922b. v. 18, p. 326-327.

_____. Officio do Secretario ao Fiscal da Cidade [em 22 de janeiro de 1833]. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo**: 1833. São Paulo, 1937b. v. 23, p. 30-33.

_____. Officio do Secretario ao Fiscal [em 10 de janeiro de 1833]. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo**: 1833. São Paulo, 1937c. v. 23, p. 12.

_____. Offício do Secretario ao Procurador [em 22 de janeiro de 1833]. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo**: 1833. São Paulo, 1937d. v. 23, p. 37-39.

_____. Offício do Secretario ao Fiscal. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo**: 1833. São Paulo, 1937e. v. 23, p. 191-192.

_____. Offício do Secretario ao Fiscal da Cidade. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo**: 1835. São Paulo, 1938b. v. 25, p. 149.

_____. Offício do Secretario ao Procurador. In: SÃO PAULO (Cidade). Archivo Municipal de S. Paulo. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo**: 1829-1830. São Paulo: Typographia Piratininga, 1923b. v. 20, p. 160.

_____. Offício do Secretario. ao Fiscal. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo**: 1836. São Paulo, 1938c. v. 26, p. 23-24.

_____. Offício da Camara ao Exmo. Presidente da Provincia. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo**: 1833. São Paulo, 1937f. v. 23, p. 152.

_____. Registo da informação que deu a Camara desta cidade, em consequencia de um officio que a ella dirigiu o Ilustrissimo, e Excelentissimo conde de Palma actual governador e capitão general desta Capitania, e mais documentos pertencentes ao cirurgião Manuel José Chaves. In: SÃO PAULO (Cidade). Archivo Municipal de S. Paulo. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo**: 1814-1819. São Paulo: Typographia Piratininga, 1922c. v. 15, p. 112-113.

_____. Registo da portaria do Ilustrissimo e Excelentissimo Presidente dirigida ao Senado da Camara sobre o requerimento de Manuel José Chaves que fez subir á Augusta Presença de S. M. I. In: SÃO PAULO (Cidade). Archivo Municipal de S. Paulo. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo:** 1824-1826. São Paulo: Typographia Piratininga, 1922d. v. 18, p. 21-22.

_____. Registo da representação que acompanhou o mesmo officio retro. In: SÃO PAULO (Cidade). Archivo Municipal de S. Paulo. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo:** 1808-1813. São Paulo: Typographia Piratininga, 1922e. v. 14, p. 345-351.

_____. Registo de um assignado pela cura do povo. In: SÃO PAULO (Cidade). Archivo Municipal de S. Paulo. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo:** 1826-1828. São Paulo: Typographia Piratininga, 1923c. v. 19, p. 456-459.

_____. Registo de um officio que esta Camara dirigiu na mesma vereança ao Exmo. Sr. General. In: SÃO PAULO (Cidade). Archivo Municipal de S. Paulo. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo:** 1808-1813. São Paulo: Typographia Piratininga, 1922f. v. 14, p. 133-134.

_____. Registo de um officio que o ouvidor geral e corregedor dirigiu a esta Camara acompanhado de uma provisão do Desembargo do Paço que fica registada no livro de ordens Regias a f. 217. In: SÃO PAULO (Cidade). Archivo Municipal de S. Paulo. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo:** 1814-1819. São Paulo: Typographia Piratininga, 1922g. v. 15, p. 484.

_____. Registo de uma carta que Dom Nuni e Elocio digo Nuno Eugenio de Elocio Sciblz despachado ouvidor para esta cidade e comarca. In: SÃO PAULO (Cidade). Archivo Municipal de S. Paulo. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo:** 1808-1813. São Paulo: Typographia Piratininga, 1922h. v. 14, p. 474-475.

_____. Registo de uma carta que o Senado da Camara dirigiu a Sua Alteza Real, á côrte do Rio de Janeiro. In: SÃO PAULO (Cidade). Archivo Municipal de S. Paulo. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo:** 1808-1813. São Paulo: Typographia Piratininga, 1922i. v. 14, p. 25-27.

_____. Registo do officio que a Camara dirigiu ao cirurgião de partido da mesma Manuel José Chaves para em observancia della fazer uma visita diaria na cadeia. In: SÃO PAULO (Cidade). Archivo Municipal de S. Paulo. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo: 1826-1828.** São Paulo: Typographia Piratininga, 1923d. v. 19, p. 32-33.

_____. Registo do officio que o doutor ouvidor geral da comarca Joaquim Propicio Picão Salgado dirigiu, ao juiz presidente e officiaes da Camara tendente, á assistencia dos presos pobres enfermos do sarampo. In: SÃO PAULO (Cidade). Archivo Municipal de S. Paulo. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo: 1803-1808.** São Paulo: Typographia Piratininga, 1921a. v. 13, p. 378-379.

_____. Sessão de 21 de maio: presidencia do Sr. L. de Toledo. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Atas da câmara da cidade de S. Paulo: 1863.** São Paulo, 1945. v. 49, p. 117-121.

_____. Sessão extraordinaria de 2 de agosto de 1873. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Atas da câmara da cidade de S. Paulo: 1873.** São Paulo, 1948. v. 59, p. 165.

_____. Sessão extraordinaria de 14 de janeiro de 1879. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Atas da câmara da cidade de S. Paulo: 1879.** São Paulo, 1949. v. 65, p. 7-10.

_____. Sessão ordinaria aos 5 de janeiro de 1853. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Atas da câmara da cidade de S. Paulo: 1853-1854.** São Paulo, 1940c. v. 40, p. 10-11.

_____. Sessão ordinaria [de 4 de julho de 1865]. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Atas da câmara da cidade de S. Paulo: 1865.** São Paulo, 1946a. v. 51, p. 181-187.

_____. Sessão ordinária de 7 de dezembro de 1886. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Atas da câmara da cidade de S. Paulo**: 1886. São Paulo, 1951c. v. 72, p. 235-242.

_____. Sessão ordinária de 14 de agosto de 1882. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Atas da câmara da cidade de S. Paulo**: 1882. São Paulo, 1951a. v. 68, p. 176-186.

_____. Sessão ordinária de 18 de dezembro de 1852. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Atas da câmara da cidade de S. Paulo**: 1852. São Paulo, 1939b. v. 39, p. 174-179.

_____. Sessão ordinária de 24 de março de 1886. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Atas da câmara da cidade de S. Paulo**: 1886. São Paulo, 1951b. v. 72, p. 67-77.

_____. Sessão ordinária [de 26 de março de 1867]: presidência do Sr. Tenente Corel. Antonio José Ozorio da Fonseca. In: SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Departamento de Cultura. Divisão de Documentação Histórica e Social. **Atas da câmara da cidade de S. Paulo**: 1867. São Paulo, 1946b. v. 53, p. 55-60.

_____. Sessão ordinária [de 26 de março de 1890]. In: SÃO PAULO (Cidade). **Actas das sessões da câmara municipal de São Paulo**: 1890. São Paulo: Typ. Espindola, Siqueira & Comp., 1905. [v. 76], p. 89-96.

_____. Sessão ordinária [de 30 de abril de 1889]. In: SÃO PAULO (Cidade). **Actas das sessões da câmara municipal de São Paulo**: 1889. São Paulo: Typ. Espindola & Comp., 1906. [v. 75], p. 146-153.

_____. Termo de vereança de 14 de fevereiro de 1809. In: SÃO PAULO (Cidade). Archivo Municipal de S. Paulo. **Actas da câmara municipal de S.**

Paulo: 1809-1815. São Paulo: Typographia Piratininga, 1921b. v. 21, p. 4.

_____. Vereança de 12 de agosto de 1826. In: SÃO PAULO (Cidade). Archivo Municipal de S. Paulo. **Actas da câmara municipal de S. Paulo:** 1822-1826. São Paulo: Typographia Piratininga, 1922j. v. 23, p. 528-529.

_____. Vereança de 21 de maio de 1825. In: SÃO PAULO (Cidade). Archivo Municipal de S. Paulo. **Actas da câmara municipal de S. Paulo:** 1822-1826. São Paulo: Typographia Piratininga, 1922k. v. 23, p. 336-337.

SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. **Atas da câmara da cidade de S. Paulo:** 1835-1851. São Paulo: Departamento de Cultura/Divisão de Documentação Histórica e Social, 1935-1939. v. 28-38.

_____. **Registro geral da câmara municipal de S. Paulo:** 1832-1851. São Paulo: Departamento de Cultura/Divisão de Documentação Histórica e Social, 1936-1945. v. 22-34.

SEMANÁRIO DE SAÚDE PÚBLICA. Rio de Janeiro: Sociedade Médica do Rio de Janeiro, 1831-1834. Disponível em: <<http://bndigital.bn.br/acervo-digital/semanario/702560>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

SILVA, Márcia Regina Barros da. Concepção de saúde e doença nos debates parlamentares paulistas entre 1830 e 1900. In: MOTT, Maria Lucia; SANGLARD, Gisele (Org.). **História da saúde em São Paulo:** instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958). Barueri: Minha Editora, 2011. Capítulo 3.

_____. O processo de urbanização paulista: a medicina e o crescimento da cidade moderna. **Revista Brasileira de História,** São Paulo, v. 27, n. 53, p. 243-266, 2007.

SOUZA, Laura de Mello e. **O sol e a sombra:** política e administração na América portuguesa do século XVIII. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

SPIX, Johann Baptist von; MARTIUS, Carl Friedrich Philipp. **Viagem pelo Brasil:** 1817-1820. Belo Horizonte: Itatiaia, 1981.

TAUNAY, Affonso. **História colonial da cidade de São Paulo no século XIX (1801-1822)**. São Paulo: Arquivo Histórico, 1956a. v. 3.

_____. **História da cidade de São Paulo sob o Império (1822-1831)**. São Paulo: Arquivo Histórico, 1956b. v. 4.

_____. **História da cidade de São Paulo sob o Império (1831-1842)**. São Paulo: Arquivo Histórico, 1961. v. 5.

_____. **História da cidade de São Paulo sob o Império (1842-1854)**. São Paulo: Arquivo Histórico, 1977. v. 6.

TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho. Imigração e epidemias no estado de São Paulo. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 3, p. 2, p. 265-283, 1996.

SOB O SIGNO DO CÓLERA: MÉDICOS ACADÊMICOS CONTRA A EPIDEMIA EM SERGIPE

Amâncio Cardoso

Introdução

A difusão de epidemias se acelerou a partir do século XIX. Desde então, surgiram preocupações higiênico-sanitárias advindas da expansão do capital internacional, das conquistas territoriais e da consequente urbanização. Nesse contexto, propagaram-se pandemias, e, entre outras, as de cólera-morbo. O mundo presenciou, desde 1817, vários surtos de cólera a devastar continentes e regiões; inclusive o Império brasileiro.

O Brasil foi acometido pela pandemia de cólera em 1855. Este surto se destacou por produzir um dos tempos mais críticos de nossa história, provocando mudanças e abalos no universo socioeconômico e mental. Os estragos demográficos também foram consideráveis: a epidemia de cólera dizimou no Brasil cerca de 200 mil pessoas, apenas entre os anos de 1855 e 1856, conforme dados do Barão do Lavradio, então presidente da Junta Central de Higiene Pública do Império (SANTOS FILHO, 1947, p. 113)¹⁵².

152. Estatísticas de mortalidade por cólera-morbo, no século XIX, eram irregulares e, quando feitas, geralmente se serviam de dados imprecisos ou de estimativas. Dessa forma, encontrei algumas diferenças entre os autores, a depender das fontes consultadas. Para a Bahia, por exemplo, baseado na “estatística da mortalidade colérica” do Dr. Rodrigues Seixas, médico da província na época, David (1996, p. 129) apresenta uma mortalidade de 36 mil pessoas, enquanto Peixoto (1980, p. 186), informando outra fonte, além do próprio Dr. Seixas, registra um número menor: 29.590 vítimas fatais. Uma significativa diferença de mais ou menos 6.400 óbitos. Diferença semelhante – cerca de 5 mil mortos – ocorre também nos registros de óbitos para Pernambuco entre David (1996, p. 129-130) e Andrade (1986, p. 57).

A região Nordeste foi atingida com gravidade. O morbo chegou à Bahia em julho de 1855 e atravessou em agosto a fronteira sul de Sergipe, onde fez milhares de vítimas fatais¹⁵³. Na pequena província, a epidemia prevaleceu entre agosto de 1855 e fevereiro de 1856 e dizimou cerca de 30 mil pessoas, 25 % da população, conforme testemunho do comendador Travassos (2004, p. 64).

Para entender as ações dos médicos acadêmicos de Sergipe contra o cólera, analisaremos as diferentes estratégias empreendidas para debelar a epidemia. A doença era conhecida à época, porém sua cura efetiva era desconhecida pelos médicos, que, apesar disso, combateram a moléstia com diversas terapêuticas, produzindo “discursos e tecnologias à população”¹⁵⁴.

Segundo Mott (1986, p. 87-88), em meados do século XIX, a província de Sergipe, situada entre a Bahia (ao sul e oeste) e Alagoas (ao norte), “contava com uma população de cerca de 134.124 habitantes, sendo que destes, 101.383 (75,5 %) eram livres e 32.741 (24,5 %) escravos”. Esta população estava distribuída entre cinco cidades, quinze vilas, sete freguesias e quatorze povoados, chegando a oito comarcas em 1868. Em 1854, a província possuía 665 pequenos engenhos. O número destes estabelecimentos denuncia sua tradição agrária. À época, o governo não tinha condição financeira suficiente para fazer frente aos surtos epidêmicos. Sua dependência econômica em relação à vizinha província da Bahia era um dos principais entraves para o desenvolvimento econômico. Além de tudo, havia seu parcial isolamento, pois as estradas eram mal conservadas e as comunicações marítimas irregulares (ALMEIDA, 1984, p. 21-91).

Por sua vez, a “oligarquia da cana”, ou os senhores de engenho, controlavam a política com disputas acirradas, e até violentas, pelo comando regional. O período entre 1836 e 1842 foi de agitação, de paixões pessoais, de assassinatos, de desprezo pela lei, de prepotência dos chefes políticos. Após este

153. Foram cerca de 36 mil óbitos na Bahia (DAVID, 1996, p. 129); 30 mil em Sergipe (TRAVASSOS, 2004, p. 64); 18 mil em Alagoas (COSTA, 1981); 32 mil em Pernambuco (ANDRADE, 1986, p. 57); e 28 mil na Paraíba (PEIXOTO, 1923, p. 67).

154. Cólera-morbo ou cólera asiático é uma doença infectocontagiosa provocada pela instalação de bactérias (*Vibrio cholerae*) no intestino humano. Ela é caracterizada, nos casos típicos, por incubação de 1 a 4 dias e início abrupto, com náuseas, vômitos, cólicas abdominais e diarreias profusas de fezes riziformes (aspecto de água de arroz). A perda rápida de água e de sais conduz a um estado de profunda desidratação indicado por olheiras profundas, mãos engelhadas (“mãos de lavadeira”) e pele sem elasticidade; acompanhado de resfriamento do corpo (algidez), queda de pressão arterial, supressão da secreção urinária e colapso circulatório (BIER, 1994, p. 649).

ínterim, iniciou-se um tempo de conagração partidário e de projeto de empreendimentos na administração pública. No entanto, conforme Freire (1977, p. 286), “a situação financeira da província ou os caprichos da política não permitiam a execução de alguns melhoramentos em benefício público”.

A população sergipana era, em sua maioria, analfabeta. Em 1860, apenas 1,85 % dos habitantes frequentavam as primeiras letras. Quanto ao ensino secundário, “o percentual era ainda menor” (NUNES, 1984, p. 100). Todavia, circularam na província vários jornais no século XIX; quase todos com vida breve. Em 1855, havia apenas a folha oficial *Correio Sergipense* e a *Voz da Razão*. Foi nesse contexto que a epidemia grassou na província de Sergipe, desafiando o saber médico-científico da época.

Um mundo de miasmas

Dois grupos disputavam a hegemonia pela explicação médica sobre a origem e a propagação das epidemias no século XIX: *infecionistas* e *contagionistas*. O embate teórico entre eles, na primeira metade do século, era intenso¹⁵⁵.

No Brasil, para combater o cólera de 1855, os médicos acadêmicos se basearam essencialmente na concepção infeccionista, seguindo diretrizes da Junta Central de Higiene Pública da Corte.

Os infecionistas sustentavam a “teoria dos miasmas”, que foi o esteio do principal paradigma médico-científico até o final do século XIX. A partir desta teoria, explicavam-se tanto a origem, a natureza, as formas de propagação e a transmissão do cólera-morbo quanto a prevenção e a terapêutica contra ele e outras doenças epidêmicas.

Segundo a crença infeccionista, as más condições sanitárias tornavam o ambiente propício a surtos epidêmicos, pois davam ensejo ao surgimento de elementos difusores e causadores de infecções: os miasmas. Estes seriam emanações nocivas (geradas em focos específicos, onde houvesse pouca circulação do ar, baixa luminosidade, evaporação, umidade) que, a partir da decomposição de corpos orgânicos de origem vegetal ou animal, inclusive

155. Sobre as divergências entre as duas tendências médicas e suas imbricações com a teoria dos miasmas e ações do governo em diversos países da Europa e no Rio de Janeiro, Pará, Pernambuco e Bahia, ver respectivamente: Bardet e outros (1988, p. 73-77); Chalhoub (1996, p. 62-68); Beltrão (1999, p. 70-79); Andrade (1986, p. 29-38); e David (1996).

o próprio homem, corrompiam o ar e atacavam os seres humanos pelas vias respiratórias, poros e outros orifícios, infeccionando o corpo. Em tese, eles podiam ser percebidos pelo olfato, já que se caracterizavam por ser um gás pútrido, excrementício e deletério. O ar seria, portanto, o principal veículo de transmissão das doenças¹⁵⁶. Isso explica a adoção de uma política sanitária baseada na “desodorização” de ambientes considerados focos de exalação de miasmas. O fartum das latrinas, esgotos, cloacas, sepulturas, pântanos, matadouros, açougues, estábulos, prisões, quartéis, hospitais, enfim, todos os lugares de confinamento e com odores considerados incômodos, eram tidos como insalubres, sendo circunscritos por uma intensa vigilância olfativa.

À luz desta doutrina, redigiram-se relatórios sobre as condições de salubridade das cidades; instruções sanitárias, nas quais se ordenavam preceitos da moderna higiene pública (desinfecção de casas, aterro de charcos, transferência de prédios considerados insalubres) e privada (dieta frugal, atitudes morigeradas, uso de roupas adequadas à estação); e, por fim, fórmulas de tratamento para expurgar dos corpos humores corrompidos por miasmas.

Em 1855, a Junta Central de Higiene Pública da Corte distribuiu instruções sanitárias de caráter marcadamente “infeccionista” aos governos provinciais. Ilustrando a hegemonia dessa concepção no Império, a câmara da cidade de Campinas (SP), embora não tenha sido invadida pela epidemia de cólera de 1855, expediu as seguintes precauções higiênicas: 1) limpeza das ruas; 2) inspeção semanal em casas, armazéns, açougues, etc.; 3) caiação das casas; proibição de criação de animais no centro povoado; 4) fiscalização de alimentos; 5) proibição dos enterramentos na “capelinha do córrego” (TRÍPOLI, 1991, p. 36-48). Também o médico dinamarquês radicado no Brasil, Dr. Theodoro Langgaard, emitiu conselhos preventivos à Câmara de Campinas e ao povo nos mesmos moldes: 1) cuidados com a inumação e com os cadáveres; 2) estabelecimento de cemitérios e zelo com a rede hídrica; 3) desinfecção dos lares; 4) tranquilidade de espírito (LAPA, 1991, p. 6-7).

156. A teoria dos miasmas foi refutada pelo médico inglês John Snow (1999). Ele demonstrou, em 1854, por métodos de análise epidemiológica, a natureza transmissível do cólera. Concluiu que a doença se transmitia pela água e também de pessoa a pessoa, ou ainda através de alimento contaminado. Ademais, deduziu ser um organismo vivo a causa da doença. Ele inaugurou a epidemiologia moderna e antecipou o que seria comprovado pelos estudos bacteriológicos iniciados por Louis Pasteur e consolidados por Robert Koch. No entanto, os médicos acadêmicos dos países europeus e do Brasil não reconheceram as pesquisas de Snow, ao menos durante o cólera de 1855-1856.

Dentro desta ordem, entre o fim do século XVIII e início do XIX na Europa, verificam-se mudanças nas formas de percepção e análise dos odores, o que alterou a mentalidade sobre os problemas relativos à saúde pública¹⁵⁷. Esta nova sensibilidade produziu atitudes e estratégias sociopolíticas de controle das doenças e da população, submetidas ao então novo saber médico-científico: a medicina social.

A medicina social surgiu na Alemanha (medicina de Estado), depois chegou à França (medicina urbana) e à Inglaterra (medicina da força do trabalho) devido às preocupações com a formação e manutenção dos Estados modernos em fins do século XVIII. Os governos estabeleceram, naquela época, o controle sobre a população através da criação de sistemas mais complexos de observação de morbidades, da regulamentação da prática e do saber médicos, da criação de organizações administrativas (juntas e comissões) e de um corpo de funcionários médicos, do controle das estruturas urbanas através de posturas (leis municipais), das estatísticas de nascimentos e mortalidade, dos censos populacionais, dos índices de saúde e longevidade; enfim, de diversos dispositivos de intervenção sistemática para elevar o nível de saúde coletiva.

Com a medicina social, concebem-se novas noções de salubridade (base material capaz de assegurar a melhor saúde possível) e higiene pública. Legitimou-se uma razão médico-científica que se esforçava pela lógica experimental e pela aplicação da observação minuciosa do meio ambiente e dos indivíduos. Este saber estabelecia o controle e a vigilância do indivíduo, da população, das instituições e dos espaços através da dilatação de sua influência em áreas como o direito, a moral, a religião, a política, a economia. Um processo de *medicalização* se espalhou então pelo Ocidente. Tal processo se efetivou com a crescente laicização dos costumes a partir da construção de um conjunto de normas e mecanismos de intervenção legitimados por um saber médico organizado. Este atribuía à medicina acadêmica o poder de ordenar, disciplinar a sociedade à luz de um discurso considerado como verdade científica (FOUCAULT, 1996).

157. Um competente estudo sobre os significados da acentuação de uma sensibilidade olfativa; sobre a luta para executar a desodorização pela química e pela medicina; e, por fim, sobre as tramas sociais por trás das modificações dos sistemas simbólicos de percepção e análise olfativas na França, entre os séculos XVIII e XIX, foi escrito por Corbin (1987b). Segundo o autor, “[...] enquanto a clínica nascente privilegia a visão, a audição e o tato, cabe ao olfato revelar a fisiologia subterrânea, controlar a modificação dos humores, acompanhar a ‘ordem da putrefação’” (p. 31).

A medicina social de caráter francesa, ou seja, a que se caracterizava por intervir nos espaços urbanos para combater os focos de infecção miasmática, foi a que se instituiu no Brasil nas primeiras décadas do século XIX¹⁵⁸. Ela foi disseminada num momento de constituição do Estado nacional, de uma incipiente, mas crescente, urbanização e de grandes epidemias. Os médicos, visando firmar uma intervenção social e, por conseguinte, obter legitimidade, organizaram associações, fundaram faculdades, mantiveram intercâmbio com médicos europeus, criaram periódicos especializados, imiscuíram-se na administração pública e no poder legislativo, exerceram atividades paralelas (literatura, jornalismo, estudo de história, docência) e participaram de movimentos políticos (aboliconismo, republicanismo) e de sistemas filosófico-religiosos (maçonaria, catolicismo, espiritualismo, evolucionismo, positivismo) (SANTOS FILHO, 1947).

De outro lado, estavam os contagionistas. Eles acreditavam que a origem e a propagação das epidemias eram causadas por um elemento externo e independente, que se disseminava para o indivíduo pelo contato direto com alguém contaminado¹⁵⁹.

Ou seja, o “agente” do contágio necessitaria do contato para sua transmissão; e a geração do miasma, por seu turno, dependeria da combinação entre as alterações na natureza (topografia, solo, clima, atmosfera), as condições ambientais propícias para a “fermentação” (pântanos, fontes de água estagnada, monturos, locais sem asseio e fétidos) e o ar, como veículo de propagação. Na prática, as correntes infeccionista e contagionista muitas vezes apresentavam limites indefiníveis, pois se acreditava que uma doença infecciosa poderia se transformar em contagiosa, e vice-versa¹⁶⁰. Falava-se

158. As citações dos doutores nas fontes pesquisadas referiam-se sempre à literatura médica francesa. Ver sobretudo os *Annaes Brasilienses de Medicina* (1851-1856).

159. O médico de Verona, Girolamo Fracastoro, elaborou em 1546 uma teoria racional sobre o contágio, segundo a qual “corpos minúsculos” do indivíduo doente passavam, pelo contato, ao não infectado. Estas “sementes” do contágio teriam o poder de se multiplicar, de se reproduzir (ROSEN, 1994, p. 89, 367).

160. Desde a Antiguidade Clássica, passando pela Idade Média, existia a ideia de condições naturais influenciando em “constituições epidêmicas”, mas foi o médico inglês Thomas Sydenham (1624-1689) que aprofundou e difundiu esta ideia. “Sydenham não tinha certeza quanto à natureza da mudança atmosférica, mas a atribuía a um miasma que se elevava da terra” (ROSEN, 1994, p. 89). Contrariando a visão paradisíaca das terras d’além-mar, os navegadores dos séculos XV e XVI deram testemunho da força e permanência de teorias médicas da Antiguidade, como a ideia nefasta do ar “corrompido” ou miasmático devido à desorganização dos astros. No Brasil setecentista, os médicos, influenciados pelos saberes das três culturas

então em “contágio miasmático” como sendo amálgama das duas: “[...] é sempre difícil discriminar, se existe uma causa infectante que impressiona a muitos indivíduos do mesmo modo, ou se a moléstia se transmite por contágio” (LANGGAARD, 1873, p. 46). O Dr. Chernoviz (1890, p. 277) apresenta diferenças e semelhanças entre as duas posturas:

[o contágio] se reproduz de certo modo por si mesmo, por contato, e independentemente, até certo ponto, das condições atmosféricas; ao passo que a infecção, devida á ação que substancias animais e vegetais em putrefacção exercem no ar ambiente, não atua senão na esfera do foco de que emanam os miasmas morbíficos. Verdade é que a infecção propaga-se de um individuo doente a outro são, como o contágio; mas não é por contágio; é alterando o ar ambiente que o primeiro individuo atua sobre o segundo, a respeito do qual ele vem a ser, de alguma sorte, outro foco de infecção.

Em que pese a polêmica, os próprios acadêmicos confundiam as duas teses sobre a natureza da transmissão do cólera. Por exemplo, numa tese de doutoramento, defendida em 1881, certo médico escreveu convicto que o cólera-morbo era uma doença “produzida pelo efeito da infecção e do contágio” (SANCTOS, 1881, p. 3); noutra monografia, o médico concluía, peremptório: “A cholera transmite-se de um individuo a outro por meio das matérias fecais; são elas que contêm o miasma específico da cholera-morbus, e o ar é seu veículo” (CARDOSO, 1879, p. 49).

Os médicos contra o cólera

Durante a epidemia de cólera em Sergipe em 1855 e 1856, o Dr. Pedro Autran da Matta Albuquerque Junior escreveu um documento no qual diagnosticava o estado sanitário da cidade de Laranjeiras, localizada na região canavieira, na zona da mata do estado. Ele explicava, estribado na concepção miasmática, as causas por que a cidade teria sido a mais atingida na província e sugeria prevenções contra futuros ataques coléricos.

fundadoras, aprenderam uma medicina cuja concepção “está em constante contato com forças celestes e demoníacas [...]”. Assim, “os poderes ligados à igreja e à medicina reservavam para si o controle do campo mágico” (RIBEIRO, 1997, p. 93).

No documento, o médico condenou a situação topográfica da cidade, que era desfavorável ao conceito higiênico de então. A cidade está edificada em uma baixa cercada de montanhas, que em diversas direções *canalizariam o ar*. Para ele, Laranjeiras formava um conduto aéreo dos eflúvios emanados dos charcos de suas ruas. Estas não tinham declive para o curso livre das lamas originadas pela mistura do solo de massapê com as águas de chuva ou das enchentes do rio Cotinguiba. Outros fatores de insalubridade eram considerados pelo doutor, tais como: a umidade atmosférica no inverno, proveniente dos vapores que, ao amanhecer, emanavam do rio; a elevação de temperatura no verão, “em que o calórico principia a decompor as matérias que se acham apodrecendo nas poças d’água”; e a falta de asseio das ruas (ALBUQUERQUE, 1856, p. 13-18).

As observações do Dr. Pedro Autran estão em consonância com a doutrina da medicina hipocrático-galênica, a qual atravessou o saber médico ocidental desde a Antiguidade clássica, tendo como princípio a influência da qualidade do ar, das águas e dos lugares na formação das epidemias miasmáticas, além da preocupação com a circulação dos fluidos (ar, água e luz).

O livro hipocrático *Ares, águas e lugares* representou, por mais de dois milênios, o texto fundamental da epidemiologia. [...]. Galeno (c. 129-199 d. C.) produziu a síntese final do conhecimento médico da Antiguidade, que serviu como base para as práticas de medicina e de saúde pública durante os mil e quinhentos anos seguintes (ROSEN, 1994, p. 367).

Segundo essa medicina, fatores naturais (solo, altitude, temperatura, clima, atmosfera) e sanitários, como o acúmulo de imundícies e a presença de áreas encharcadas, eram princípios causadores de doenças comunicáveis ou epidêmicas.

Não obstante as velhas teorias, o miasma revelava-se ainda como um elemento de natureza ambivalente e misteriosa. Sua “composição íntima” ou qualidade era um mistério para os médicos. Só o olfato poderia advertir sobre a presença deste veneno volátil e pútrido, gás mefítico e deletério, eflúvio invisível e impalpável, exalação mortífera e obscura. Desta maneira, o miasma tornou-se uma “verbosidade mistificadora” entre os especialistas e muito mais para os leigos. “[...] o jargão sem dúvida tem seus usos legitimados atuando como uma estenografia profissional; mas, queiram ou não,

ele também gera uma verbosidade mistificadora que é obscura para o público” (PORTER, 1997, p. 57). Havia, portanto, um sentimento de incerteza quanto à natureza deste “espectro sombrio e letal”. O Dr. Chernoviz (1890, p. 421, 422), cujo dicionário de medicina foi um dos mais divulgados no Império, comenta:

Nada há mais obscuro do que a natureza íntima dos miasmas [...]. Submetendo-os à investigação de nossos sentidos, só o olfato nos pode advertir da sua presença: não nos é dado toca-los nem vê-los. A química mais engenhosa perde-se na sutileza das doses e combinações miasmáticas; de ordinário, nada descobre no ar insalubre ou mortífero que d’eles esteja infectado, e quando consegue reconhecer n’ele uma proporção insólita, ou a presença acidental de algum princípio gasoso, não nos revela senão uma diminutíssima parte do problema.

Ademais, o miasma possuía um caráter ubíquo. Acreditava-se que ele estaria necessariamente onde se achasse a espécie humana, animal ou vegetal (CHERNOVIZ, 1890).

Assim, por estas incertezas, acreditava-se na possibilidade de um foco de infecção se transformar num foco epidêmico ou contagioso.

Para os contagionistas, a medida preventiva mais eficaz era a quarentena: período de isolamento e inspeção de pessoas e cargas vindas de portos contaminados. No entanto, muitos governos comungavam com a tese infeccionista para não se entorpecerem os interesses mercantis.

O Império brasileiro, capitaneado pela Inglaterra, adotou esta diretriz, pois a liberdade de comércio era comprometida por entraves que a quarentena impunha. Remetendo-se a um artigo clássico de Erwin Ackerknecht, publicado em 1948, intitulado “O anticontagionismo entre 1821 e 1867”, Chalhoub (1996, p. 170-171) escreve:

Ackerknecht enfatiza que as quarentenas significavam, para a classe ascendente de comerciantes e industriais, uma fonte de prejuízos econômicos e uma arma intolerável do controle burocrático. Esta classe, com seus políticos e representantes na imprensa, estaria naturalmente por trás daqueles que argumentavam que não havia fundamento científico para as quarentenas. Em suma, o contagionismo, estando associado à ampliação dos

poderes das burocracias governamentais, tornara-se suspeito aos apologistas da ideologia liberal – interessados estes na superação de entraves ao livre desenvolvimento das relações de mercado.

Um médico, cirurgião de esquadra e capitão de mar e guerra da Marinha Imperial, o Dr. Noronha Feital, foi um dos poucos na Academia Imperial de Medicina a defender com veemência a tese do contágio colérico, denunciando os estragos de sua importação através dos vapores britânicos. Adepto da tese contagionista, ele proclamava que o Império britânico promovia a propagação do cólera-morbo em nome da ganância, do lucro no comércio. Protestava: “Vença a Inglaterra, lucre o inglês, e acabe-se o resto do mundo: para o inglês a Gram Bretanha é tudo, o universo é nada; por isso os ingleses dizem sempre EU – escrevem I; o seu estilo os denota, e faz conhecer quanto Buffon tinha razão, *l’style c’est l’homme*” (FEITAL, 1854, p. 280-282).

Muito antes da chegada do cólera em 1855, havia a preocupação com os embaraços políticos e econômicos provocados pela tese do contágio. Desta forma, o médico Antonio Correa de Lacerda se dirigiu à Câmara Municipal de Belém (PA) por meio de ofício, ainda em 1834:

Continuo a estar persuadido, como sempre, que ella [cólera-morbo] não é contagiosa. Os governos que melhor cuidarem dos seus interesses serão aquelles, que, procurando salubrisar as povoações, e illudir o terror publico, poserem menos estorvos as communicações commerciaes e se occuparem com particularidade dos meios com que os pobres devem ser soccorridos no tempo da sua invasão (LACERDA, 1834 apud SILVA, 1888, p. 155).

É a partir do espírito da tese infeccionista ou miasmática, portanto, que os doutores irão combater o cólera no Brasil e, mais especificamente, em Sergipe; sem descartar, contudo, o emprego das quarentenas nos portos, embora feita sem o rigor necessário, como ocorreu na cidade de São Cristóvão (SE):

[...] os Vapores da empresa – Santa Cruz – apenas fundeavam no ancoradouro d’aquela Cidade procedentes da Bahia, onde reinava a epidemia, derramavam logo pela população todos os seus passageiros. Dirigi-me [o Barão de Maruim] à Autoridade Policial respectiva, e ao Dr. Francisco Sabino Coelho de Sampaio, encarregado do serviço da quarentena, para que não

tolerassem semelhante infração das ordens anteriormente expedidas (SERGIPE, 1856, p. 17-18).

Albuquerque (1856, p. 13-18), por exemplo, sugeriu como medida geral de prevenção a desinfecção das casas onde morreram coléricos e que se achavam fechadas, além do aterro de diversos charcos e lagos que se encontravam em toda a cidade de Laranjeiras, a limpeza das ruas e a feitura de um escoamento para o corrimento das águas.

Quanto às regras de higiene pessoal para prevenir o cólera, aconselhadas pela Junta Central de Higiene da Corte, também de caráter miasmático, o Dr. Pedro Albuquerque receitou o seguinte: 1) não exceder nos prazeres venéreos; 2) evitar ajuntamento de pessoas em espaço limitado, mal arejado e sem iluminação solar; 3) queimar ou remover as imundícies (lixo); 4) não perturbar o espírito com excesso de trabalho físico ou moral; 5) vestir-se de modo que se resguarde da *impressão do ar*; 6) não abusar das comidas apimentadas e de difícil digestão; 7) fugir ao excesso de bebidas espirituosas; 8) não beber água de gasto; 9) não habitar casas úmidas, mal ventiladas e sem luminosidade¹⁶¹.

Algumas destas regras representavam, sobretudo, a valorização do comportamento morigerado nas pessoas. A higiene dos esculápios, por um lado, restringia os “abusos”, os “excessos” físicos e/ou morais. Por outro, o ajuntamento, o tumulto, antes de perturbar o espírito, desarranjava a ordem social. A medicina higienista do século XIX implantou um projeto de normatização dos costumes, mormente nos surtos epidêmicos, tomando-o como símbolo de progresso social e, em contrapartida, de combate à “barbárie”, consubstanciada nos “vícios” e “superstições” das classes inferiores. A “civilização” seria construída sob a égide das regras de higiene, de suas restrições, modificando os comportamentos “desviantes”, e o médico seria uma espécie de “herói civilizador”.

Assim, a saúde individual e da população correspondia ao progresso moral das instituições e do Estado. Neste sentido, o provedor de saúde de Sergipe, Francisco Sabino Coelho de Sampaio, escreveu que

[...] faltando a salubridade pública, desaparece com ela o engrandecimento do país, seu progresso moral e material, pois que o estado sanitário do povo importa para ele o que a saúde

161. Essas normativas foram publicadas também no jornal da época *Correio Sergipense* (REGRAS..., 1855, p. 3-4).

privada [importa] para o indivíduo que a goza [...]. Ocupando--se a higiene pública dos preceitos concernentes à conservação da saúde do homem considerado coletivamente, já se vê quanto deve ser ela inseparável de todos os atos da vida social. Por isso que seus fins estendem-se ao modo prático de governa-lo, à influência de suas crenças e práticas religiosas, e afinal às leis sanitárias relativamente à construções das cidades, hospitais, casas penitenciárias e em geral a todos os edifícios público (SAMPAIO, 1861, p. 5).

Esta “ortopedia moral” envidada pelos higienistas foi um dos suportes para a construção dos valores relativos à ideia de sociedade, família, corpo e indivíduo modernos. O saneamento moral e a manutenção dos bons costumes, a partir dos padrões estabelecidos pelo saber médico-acadêmico, eram lemas da bandeira higienista¹⁶². Deste modo, havia um programa de domesticação do espírito e das instituições na medicina científica daquele século¹⁶³. Instituiu-se uma “pastoral da miséria”, na acepção de Vigarello (1988, p. 211-221), ao se abordar a pedagogia moral da limpeza ou a ação dos “dispositivos regeneradores” dos higienistas sobre os miseráveis e posteriormente sobre os trabalhadores.

Outro aspecto verificado nas regras dos infeccionistas é a importância dada à livre circulação dos fluidos – ar, água e luz. Estes elementos (herança da medicina grega antiga) fundamentam as preocupações sobre as ações preventivas. São eles que permanecem no imaginário científico para nortear as medidas de prevenção e de combate ao cólera nos ambientes. Em suma, os ares, os lugares e as “as classes inferiores” seriam escrutinados pelos esculápios para extinguir os focos miasmáticos.

Esta preocupação pelos desvalidos foi assinalada em Sergipe pelo Dr. Valois Galvão. Comissionado para socorrer os coléricos da cidade de Maruim (a 35 quilômetros da capital), o médico discordava da política curativa, mal executada, segundo ele, pelo poder público. Ele apançou, com tino administrativo, que “não é tratando dos doentes que se opõe a principal bar-

162. Ainda em pleno século XX, um médico sergipano proclamou: “Sanear o Brasil é povoá-lo; é enriquecê-lo; é moralizá-lo” (SOBRAL, 1932, p. 6).

163. Ver, para o Brasil, os livros de Machado e outros (1978), *Danação da norma*, especialmente a segunda parte, “Melhor prevenir que remediar”; e Reis (1991), *A morte é uma festa*, especialmente os capítulos 10, “Civilizar os costumes (I): a medicalização da morte”, e 11, “Civilizar os costumes (II): a morte legislada”.

reira a tão terrível epidemia”, mas sim ministrando aos pobres comestíveis, roupas, lenha, boa água e melhores casas, “e com isto o pobre ocupar-se-á da parte higiênica que pertence ao espírito, a qual muito concorre para a saúde pública”. O doutor continua escrevendo que tratar de doentes e enterrar os mortos é medida urgentíssima; e sentencia: “mais urgente porém é evitar o mal, por isso é necessário que o Governo se ocupe do bem estar da classe pobre antes de cair doente”. O médico, nesse mesmo documento, pede demissão do cargo, não sem antes haver reclamado das condições de atendimento do hospital improvisado em Maruim: “o hospital se acha em grande abandono por falta de enfermeiros, entendemos que é melhor acabar-se com ele” (OFÍCIO..., 14 nov. 1855).

A visão preventiva do Dr. Valois Galvão destoava das políticas públicas de então, pois tais medidas tinham caráter de emergência ou eram restritas aos socorros às vítimas da epidemia. O idealismo do doutor chocou-se com a realidade dos serviços de saúde naquela quadra, cujo ideal da “medicalização” estava em vias de afirmação¹⁶⁴.

Outro exemplo do mal-estar dos médicos com a precariedade dos serviços públicos, representando uma nova ordem de valores, pode ser vislumbrado com o testemunho do Dr. Freitas Júnior, médico comissionado em Aracaju, capital de Sergipe. Em outubro de 1855, ele reclamou da falta de comodidade e higiene da enfermaria militar improvisada no quartel da capital. Preocupava-o, sobretudo, a promiscuidade entre os doentes que “se acham de mistura com os bons”. Aconselhou, portanto, a compra de uma casa “em que se possa com a maior brevidade estabelecer uma Enfermaria” (FREITAS JÚNIOR, 1855, p. 1).

Conforme a teoria miasmática, os doentes corromperiam a atmosfera do recinto através de sua transpiração e aumentariam o risco de contaminar os sãos. Eles, os doentes, sendo um foco miasmático, deveriam ser isolados ou excluídos do convívio.

Além do hospital, a prisão constituía um perigo à saúde pública. A promiscuidade, segundo os doutores, era uma das causas para a proliferação de miasmas e a corrupção dos ambientes, o que causava receio até entre os que praticavam a arte de curar. Na prisão de Santo Amaro das Brotas (a 42 quilômetros da capital), localizada na zona canavieira sergipana, por

164. Encontra-se um relato quanto às ações sanitárias do poder público em Sergipe no século XIX em Santana (1997).

exemplo, o delegado José da Silva Travassos denunciou a escassez das visitas aos presos pelo médico. No recinto, achavam-se três afetados pelo cólera, e um outro havia falecido no dia anterior à reclamação da autoridade policial (TRAVASSOS, 1855, p. 1).

A exiguidade de profissionais da saúde durante a epidemia e a alta demanda no período talvez expliquem a pequena assiduidade da assistência médica na prisão de Santo Amaro das Brotas. Ou, por outra razão, o médico, sabendo que ali se encontrava um preso gravemente doente do cólera há algumas semanas, evitava respirar o “ar contaminado” do cubículo. Ocorria que, há quase um mês, estava detido naquela prisão um certo Manoel Ferreira, intensamente acometido pelo cólera-morbo e sentenciado pelo júri da vizinha cidade de Divina Pastora a galés perpétuas (TRAVASSOS, 1855, p. 3).

As más condições de higiene e de instalação das cadeias públicas também vitimavam os presos. Alguns morriam de forma quase fulminante, a exemplo de um tal Vicente Cardozo, que manifestou os primeiros sintomas do cólera às 7 horas da noite e falecera às 10 da manhã na mesma prisão de Santo Amaro das Brotas (TRAVASSOS, 1855, p. 4).

Na cidade da Estância (a 70 quilômetros da capital), no litoral sul de Sergipe, os detentos também se encontravam em situação precária. Conforme o médico do lugar, os presos estavam “quase nus [...] em uma meia água que lhes serve de prisão, tendo por cama o chão de terra” (SOLEDADE, 1855, p. 1).

Estes e outros recintos, de acomodação promíscua e com a higiene que não atendia às recomendações higiênico-miasmáticas, atemorizavam os médicos. Alguns deles não arriscavam, com raras exceções, percorrer ambientes suspeitos de geração de miasmas.

O Dr. Joaquim José de Oliveira, por exemplo, afirmava ter como costume “não entrar de noite em lugares empestados, sem lhes conhecer a posição e ventos reinantes” (OLIVEIRA, 1855, p. 1).

Já o Dr. Manuel Antunes de Salles disse que sacrificou sua vida ao suportar o “veneno miasmático” que impregnava a atmosfera do povoado Santo Antônio, a uma légua da vila do Lagarto, a 82 quilômetros da capital, no sudoeste de Sergipe. Ele fora visitar alguns doentes e passara pelas imediações de uma igreja abarrotada (dentro e fora) com “mais de cinquenta cadáveres coléricos, exalando o miasma deletério” (SALLES, 1855, p. 1)

A vigilância de focos potenciais era uma preocupação médica na Europa e no Brasil do século XIX, e a província sergipana não fugia à regra¹⁶⁵. Exemplo disso foi que os donos de alambique em Laranjeiras, cidade mais atingida pelo cólera em Sergipe, foram intimados pelo delegado, que, aconselhado por médicos ali residentes, pedira a suspensão da destilação. Segundo os doutores, a destilação não era salutar em razão dos “gases mefíticos” produzidos pelo caxixe (resíduo tóxico da cana-de-açúcar) lançado no rio que contorna a cidade (GUIMARÃES, 1855, p. 1).

O esquadrinhamento da vigilância médico-sanitária atingia não apenas os locais públicos, como as prisões e os hospitais, mas também os privados. As casas mais humildes, por exemplo, eram condenadas como focos de proliferação de miasmas. Sobre a residência dos sergipanos, Pedro Autran Albuquerque, aqui já citado, declarou:

São as habitações em geral más, e construídas fora de todos os preceitos higiênicos. Edifícios estreitos, acanhados, baixos, pela maior parte térreos, mal ventilados, e sem que bem se difunda em seus interiores a luz solar, [...], sem falar da umidade, que em muitos lugares invade a propriedade em virtude de sua má colocação em relação ao ponto de sua edificação (ALBUQUERQUE, 1856, p. 2).

O exemplo acima ilustra a concepção dessa medicina herdeira da doutrina hipocrático-galênica, calcada na livre circulação dos fluidos como fonte de salubridade. Este preceito determinava a evitação do estacionamento de ares corrompidos por miasmas e dos ambientes estagnados pela escuridão e umidade.

Quanto às residências da nova capital da província, Aracaju – projetada para ser um símbolo de modernidade urbanística –, os médicos da comissão de higiene denunciavam “os maus e raros abrigos, que este lugar proporciona aos que o vão habitar; abrigos que não os põe protegidos das umidades do terreno e das fortes ventanias”¹⁶⁶(REBELLO, 1855, p. 2).

165. Sobre a vigilância sanitária das instituições pela medicina social na Europa e no Brasil do século XIX, ver respectivamente: Corbin (1987a) e Machado e outros (1978, p. 278-352).

166. Aracaju foi elevada por decreto governamental à capital da província em 17 de março de 1855. Suas obras urbanísticas foram paralisadas pelo surto epidêmico nos seus primeiros meses de vida.

Nas moradias, para expurgar os miasmas do cólera, os médicos utilizavam a desinfecção e a caiação. Em Sergipe, o Dr. Valois Galvão desinfetou residências dos emigrados da epidemia na cidade de Maruim¹⁶⁷, porém ressaltou que muitos deixaram nelas “mundícies de toda a natureza, e os diversos objetos que serviram aos doentes em grande falta de asseio, ameaçando a saúde dos que ficaram na cidade” (VALOIS GALVÃO, 1855, p. 1).

Também nas embarcações, os desinfetantes eram recorrentes. O Dr. Guilherme Pereira Rebello, responsável pela inspeção de navios no porto de Aracaju em 1855, usou o gás ácido sulfuroso para purificar camarotes, roupas, cartas, objetos em caixas e baús, passageiros e tripulantes vindos de portos infectados (REBELLO, 1855, p. 2).

Já nas ruas, era comum, quando a epidemia se insinuava numa região, a desinfecção do ar com a queima de fogueiras contendo esterco, breu e alcatrão para combater os possíveis focos miasmáticos, numa contundente vigilância olfativa para curar os doentes.

O tratamento dos coléricos

A vigilância médica sobre a salubridade das cidades era acompanhada pela preocupação com os doentes, sobretudo com os coléricos desvalidos. Estes, como foi dito, eram considerados focos de infecção miasmática pela carência que tinham de recursos morais e materiais que satisfizessem as exigências propugnadas pelos médicos acadêmicos.

As formas de tratamento eram variadas. Não havia uniformidade, porque não se conhecia um procedimento seguro e infalível de cura à época, nem uma etiologia específica. Alguns métodos empregados, quando não abreviavam a vida do doente, intensificavam os sintomas da doença. Portanto, as terapêuticas propostas eram puramente de caráter sintomatológico. Algumas soam prosaicas aos olhos de nosso século.

Como exemplo, podemos citar as *Breves instruções* escritas pelo Dr. João

167. No Pará, por exemplo, as casas eram assim desinfetadas: “Lança-se o muriato de soda, óxido de manganésio, e água em uma vasilha, junta-se pouco a pouco o ácido sulfúrico, tendo o cuidado de mexer a mistura de cada vez que se deitar o ácido. Fica a vasilha com a mistura no meio do quarto, fecham-se as portas e janelas do quarto, ou da sala, e nele não se entra senão depois de doze horas” (COMISSÃO DE HIGIENE PÚBLICA apud VIANNA, 1975, p. 157).

Ferreira de Brito Travassos. Ele tratou dos coléricos da Freguesia de Japarutuba (a 63 quilômetros da capital), na região da zona da mata canavieira. Esse médico instruiu que o melhor combate advém durante os primeiros sintomas – “roncaria nas tripas, dores no ventre e pequena diarreia”. Dr. Brito Travassos (1863) receitava gotas de tintura de laranjeira amarga ou chá de limão em meio cálix de água; agasalho com baeta para transpirar e banho quente no ventre. Persistindo a diarreia acompanhada por vômitos, continuava o médico, dar-se-ia vinho de ipecacuanha (planta medicamentosa) “para favorecer os vômitos [...] meio que emprega a natureza para se desembaraçar dos miasmas, que tende a desorganiza-la”. Quando chegasse a ansiedade e a aflição no coração do infeliz, escreveu ainda, o doente deveria cheirar éter sulfúrico e beber água de flores de laranjeira, que serviam como calmantes. Se isto não bastasse, aplicar-se-ia sinapismo (cataplasma que provoca rubefação) de pimenta ou de mostarda sobre o estômago¹⁶⁸.

Para as câibras, ainda conforme Dr. Brito Travassos, faziam-se fricções com um pedaço de baeta embebida em álcool canforado e tintura de gengibre. Chegando a algidez e a *diarreia rebelde*, recomendava a aplicação de um vesicatório (produção de vesícula por aquecimento) sobre o estômago. Prosseguindo o acometimento violento, aplicar-se-iam nos pés botijas cheias de água quente e fricções ao longo da coluna vertebral para excitar o doente.

Essas terapêuticas muitas vezes acentuavam os sintomas da doença, justamente pelo então desconhecimento do agente etiológico. Um depoimento do uso dessas técnicas de tratamento que levavam à morte do doente foi dado pelo polígrafo Sílvio Romero. Ele recorda a dolorosa passagem do cólera por sua família em 1856 num engenho do município de Lagarto (SE), quando também foi utilizada uma botija de água quente em sua irmã vitimada pela moléstia:

Numa vasta sala (era a sala de jantar) junto a uma das paredes laterais, em colchão posto no chão, agonizava minha irmã Lídia [...]. Minha mãe, perto da doentinha, punha-lhe botijas de água

168. Em dezembro de 1855, o Barão de Maruim avisa ter recebido o número de um periódico paraense, anexo ao ofício do presidente daquela província, no qual se lia sobre o uso profícuo do sumo de limão no combate ao cólera (OFÍCIO..., 29 dez. 1855). O sumo de limão foi utilizado com relativo sucesso na província do Pará. O limão também foi empregado em Paris no surto de 1832. Dr. Robert Koch, descobridor do micróbio do cólera em 1883, verificou que uma pequena quantidade de ácido, no caso cítrico, fazia sucumbir o bacilo (VIANNA, 1975, p. 146-151).

quente, fervendo, aos pés. [...] A peste continuava a lavar com intensidade. Lídia morreu. Minha mãe atacada depois, esteve a se partir também. Muitos escravos de estima faleceram. Eu nada tive, mas acendeu-se em minha alma uma tão intensa saudade do “engenho” que me torturou por anos inteiros (ROMERO apud RIO, 1994, p. 42-43).

Voltando aos conselhos do Dr. Brito Travassos, este recomendava o seguinte: “se a algidez se torna geral é mister então recorrer ao ferro em brasa, ou a um ferro de engomar quente, que se aplicará rapidamente sobre o estômago para produzir vesícula”. Por fim, ele prescrevia a sangria no braço quando houvesse graves congestões cerebral, pulmonar, cardíaca ou inflamação intestinal, febre e retenção de urinas. E, ainda, não se deveria negar água aos doentes, dizia o médico (TRAVASSOS, 1863, p. 4).

Seguindo a antiga ideia da harmonia dos humores como fator de saúde, os médicos do século XIX, assim como o Dr. Brito Travassos, receitaram vomitórios, purgações e sangria¹⁶⁹. A teoria hipocrática dos humores preconizava que, enquanto estes elementos estivessem em equilíbrio, o indivíduo seria saudável. Algumas doenças, portanto, desencadeariam o acúmulo maior de um desses fluidos, levando o organismo ao desequilíbrio.

Os excessos de sangue, catarro, bile, matérias fecais, urina, suor tornavam-se visíveis durante as crises de desequilíbrio, e não raro a doença desaparecia após a descarga de um desses fluidos, através de diarreias, vômitos, sudoreses, hemorragias, etc. Se a descarga não era feita naturalmente pelo organismo, deveria, segundo algumas correntes doutrinárias, ser provocada, sendo a terapêutica hipocrática dirigida basicamente para o ataque às causas do desequilíbrio, visando restabelecê-lo (LIMA, 1995/1996, p. 47-48).

A ideia de circulação, liberação e fluidez permaneceu desde o estabelecimento dessa teoria, elaborada por Galeno, segundo as concepções de Hipócrates na Grécia antiga. Tal teoria atravessou os séculos e sustentou-se com força numa época de liberdade comercial com a ascensão de uma classe

169. Sobre o uso excessivo das sangrias e purgações nos séculos XVII e XVIII na Europa, ver Lebigre (1997) e Rosen (1994, p. 69).

que propunha a livre circulação de mercadorias desde a alta Idade Média – época dos burgueses notáveis¹⁷⁰.

No Brasil, a sangria teve largo emprego durante o período colonial, representando a migração de um imaginário ou de uma prática tradicional. Era recorrente na colônia, chegando até o século XIX, a figura do barbeiro-sangrador ou cirurgião-barbeiro. Este era geralmente leigo ou raramente examinado. Além de cortar o cabelo e fazer a barba, praticava a pequena cirurgia; sangrava, escarificava, aplicava ventosas e sanguessugas, etc. Eram fortes concorrentes de físicos e cirurgiões na arte de curar, sobretudo nos lugares onde era preciosa a presença dos cirurgiões ou médicos (SANTOS FILHO, 1947, p. 145-149).

Durante a epidemia de cólera de 1855, a sangria foi receitada nos estágios crônicos da doença. No entanto, na província do Pará, houve “renhida discussão” em torno do seu uso em doentes crônicos. Já na Bahia, o sangramento foi usado com cautela por alguns terapeutas: somente quando houvesse febres e em indivíduos de forte constituição. Em Sergipe, parece que não houve discussão sobre o método, mesmo havendo quem o utilizasse. Assim, o já citado Dr. Valois Galvão pediu, com urgência, ventosas e um escarificador. Este instrumento servia para a sangria por sarjas na pele. Outro médico local, Dr. Derizans, também registra o uso da sangria em sua lista de tratamentos no combate ao flagelo (DERIZANS, 1876, p. 5).

Outras terapêuticas e medicamentos foram vendidos como infalíveis no tempo do cólera. O próprio Dr. Derizans garantia a cura daqueles que seguissem com rigor o tratamento com sulfato de quinina. Este esculápio acreditava que o cólera era um envenenamento miasmático que abatia o sistema nervoso, e suas consequências eram verificadas, segundo ele, pelo mau funcionamento do sistema circulatório e digestivo. A terapia era complementada com calóricos, esfregações, sinapismos, banhos de vapor e sangria. Apenas um detalhe: faleceram todos os 24 pacientes submetidos ao coquetel elaborado por Derizans.

Diante da situação, ele lamenta não poder curar pacientes em estado avançado e declara-se frustrado: “Tudo quanto recomenda a ciência tinha sido esgotado por mim”. Quanto ao estado dos doentes, contou o médico,

170. Em 1756, na França, os cirurgiões passaram a fazer parte “do número dos burgueses notáveis das cidades e lugares onde residem [...]” (LEBRUN, 1997, p. 304).

era tão crítico que os alimentos ingeridos pareciam ter “corrido por um canudo inerte”, e não pelo tubo digestivo (DERIZANS, 1876, p. 5-6).

O mesmo Dr. Derizans tinha outra preocupação: a regularidade do fluxo sanguíneo. Ele acreditava que o alvo do cólera era o sistema nervoso e que este era o responsável pela distribuição regular do líquido vital, donde se explica seu uso de técnicas para enrubescimento do corpo algado dos coléricos (DERIZANS, 1876, p. 15).

Por outro lado, a concepção humoral da doença sobre o corpo também se verifica no uso, por vezes abusivo, de laxantes. O citrato de magnésia foi usado para este fim pelo Dr. Freitas Júnior, de acordo com uma lista de medicamentos enviada aos coléricos da Barra dos Coqueiros, município fronteiro à capital de Sergipe. Além do laxante, a lista trazia calmantes, suadores e aquecedores por fricção, cataplasmas para suspensão das dores no ventre e chás com éter sulfúrico para suspensão de vômitos e “ameaças nervosas” (FREITAS JUNIOR, 1855). Respeitando a ideia da evacuação dos humores corrompidos, os médicos durante a epidemia aplicavam nos coléricos os eméticos, remédios que provocam vômitos, como o emético catártico e o pó da raiz de ipecacuanha.

Seguindo outro norte com relação aos tratamentos, nosso já conhecido Dr. Pedro Autran não estava tão preocupado com medicamentos, mas com a infraestrutura para os atendimentos. Ele reclamava da falta de condução e cavalgadura, exigia diligência pela grande demanda no aviamento dos remédios e lamentava a baixa qualidade dos socorros por falta de auxiliares habilitados. Dr. Pedro Autran argumentou que, na azáfama da epidemia, “poucos são os instantes que tem o médico de demorar-se à cabeceira do enfermo, por lhe ser preciso imediatamente acudir a outros chamados que progressivamente se vão sucedendo” (ALBUQUERQUE, 1856, p. 1).

A passagem acima ilustra as dificuldades enfrentadas pelos médicos diante da precariedade dos socorros, da rápida propagação da peste pelos rincões da província e da ausência de práticas orientadas pela higiene no seio da população. As normas e os discursos higiênicos serão paulatinamente assimilados por considerável parcela da sociedade. Desse modo, a epidemia de cólera-morbo de 1855/1856 instituiu o processo de “medicalização” na sociedade sergipana, o qual até hoje, *mutatis mutandis*, configura nossa sociedade.

Considerações finais

Nos tempos do cólera (1855-1856), a insuficiência de profissionais de saúde era fato. Um quadro catastrófico foi pincelado com a conjugação de más condições socioeconômicas da maioria, de incipiente e pouco previdente política de saúde da administração pública e de precária infraestrutura da província para socorrer a população com os limites do saber médico-científico sobre as causas e as formas de transmissão da doença e com a proximidade geográfica entre cidades e vilas ribeirinhas, o que facilitava o contágio. Nesse contexto, o cólera se disseminou como um rastilho de pólvora e desenhou seu mapa da morte.

Dessa forma, durante a epidemia do cólera, houve um descompasso entre os saberes da medicina acadêmica e sua eficácia para combater a moléstia. O poder público, por sua vez, não tinha estrutura suficiente para efetivar ações sanitárias condizentes com os conselhos higienistas, a não ser de modo emergencial. Como exemplo, temos a medida de implantação de hospitais, lazaretos e cemitérios improvisados quando a moléstia já grassava com rigor.

No entanto, é preciso reconhecer, a crise epidêmica de 1855 introduziu, e de certa forma engendrou, aspectos da modernidade em Sergipe. Por exemplo, o regime de hospitalização dos doentes, ou seja, o hospital como lugar de cura, e não mais de assistência filantrópica, surgiu nesse período. Ou ainda, após a epidemia de cólera, rompeu-se com o antigo costume de inumação nas igrejas e inaugurou-se a era dos enterramentos em cemitérios normatizados pela razão técnico-científica.

Enfim, a epidemia de cólera-morbo incitou uma nova mentalidade condizente com o que se denomina de modernidade médico-sanitária e urbanística. No bojo da instituição do processo de medicalização no tempo do cólera, houve fiscalização sanitária dos portos e decretação de quarentenas. Elas foram relaxadas para evitar a paralisação do comércio e o prejuízo à indústria açucareira, donde sobressaiu a adoção, pelo governo imperial e provincial, da doutrina médica “infeccionista”, que pregava o caráter não contagioso do cólera, mas sim um envenenamento miasmático. Por conseguinte, a suspensão do rigor fiscal nas barras de exportação e importação de cargas e passageiros foi sancionada. Isto também contribuiu para intensificar a migração do flagelo.

Mesmo diante de tanta improvisação, as medidas adotadas pela medicina científica em voga para debelar a epidemia tinham alvo certo: as

chamadas “classes inferiores”. Dessa maneira, tais medidas possuíam significados de caráter disciplinar (pois forçavam a mudança de hábitos no que diz respeito ao tratamento dos doentes em hospitais e de enterramento em cemitérios extramuros); de caráter moralizador (porquanto visava a abolir os “vícios” imputados aos pobres pela medicina burguesa – alcoolismo, imprevidência higiênica, desregramento sexual e moral, superstição, etc.); e de caráter filantropo-profilático (pois a elite urbana e o senhoreado rural queriam resguardar suas vidas e escravatura, ao mesmo tempo que cumpriam seus deveres de piedade cristã com o auxílio aos desvalidos).

A epidemia de 1855 foi um ponto crucial de um crescente processo de medicalização da sociedade, pois a onipresença do saber e das práticas médico-científicas, ainda em nossos dias, demonstra o triunfo de um competente projeto iniciado na segunda metade do século XIX.

Referências

ALBUQUERQUE, Pedro Autran da Matta. **Relatório acerca do estado sanitário da cidade de Laranjeiras**. Aracaju: Typographia Official, 1856.

ALMEIDA, Maria da Glória Santana de. **Sergipe**: fundamentos de uma economia dependente. Petrópolis: Vozes, 1984.

ANDRADE, Gilberto Osório de. **A cólera-morbo**: um momento crítico da história da medicina em Pernambuco. 2. ed. Recife: Massangana, 1986.

ANNAES BRASILIENSES DE MEDICINA: jornal da academia imperial de medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typ. de Francisco de Paula Brito, ano 7-10, n. 1-12, 1851-1856.

BARDET, Jean-Pierre et al. (Dir.). **Peurs et terreurs face à la contagion**: choléra, tuberculose, syphilis, XIXe-XXe siècles. Paris: Fayard, 1988.

BELTRÃO, Jane Felipe. Contagionistas versus infecionistas, ciência ou política? In: _____. **Cólera, o flagelo da Belém do Grão-Pará**. 1999. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Hu-

- manas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999. p. 70-79.
- BIER, Otto. **Microbiologia e imunologia**. 30. ed. São Paulo: Melhoramentos, 1994.
- CARDOSO, Sebastião. **Pântanos**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1879.
- CHALHOUB, Sidney. Febre amarela e teorias médicas na década de 1850. In: _____. **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. p. 62-68.
- CHERNOVIZ, Pedro L. Napoleão. **Diccionario de medicina popular**. 6. ed. Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. v. 2.
- CORBIN, Alain. Os polos de vigilância olfativa. In: _____. **Saberes e odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987a. p. 34-50.
- _____. **Saberes e odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987b.
- COSTA, Craveiro. **Maceió**. 3. ed. Maceió: Sergasa, 1981.
- DAVID, Onildo Reis. **O inimigo invisível: epidemia na Bahia no século XIX**. Salvador: Edufba, 1996.
- DERIZANS, Benito. **O cholera epidêmico de Laranjeiras e o seu melhor tratamento com o sulfato de quinina**. Paris: Imprimerie V. Éthiou-Pérou, 1876.
- FEITAL, José Maria de Noronha. Ainda o cholera pelo Dr. J. M. de Noronha Feital. **Annaes Brasiliense de Medicina**, Rio de Janeiro, ano 10, n. 12, p. 280-282, set. 1854.
- FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder**. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996. p. 79-98.

- FREIRE, Felisbelo. **História de Sergipe**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1977.
- FREITAS JUNIOR. **Modo de usar dos medicamentos que compõe a ambulância da Barra dos Coqueiros**. Aracaju, 9 nov. 1855. Manuscrito. Localizado em: Arquivo Público de Sergipe. Fundo G1, v. 1886.
- GUIMARÃES, Agostinho José Ribeiro. **Ofício do presidente da Câmara ao Barão de Maruim**. Laranjeiras, 12 nov. 1855. Manuscrito. Localizado em: Arquivo Público de Sergipe. Fundo CM1, v. 43.
- LANGGAARD, Theodoro J. H. **Dicionário de medicina doméstica e popular**. 2. ed. Rio de Janeiro: Laemmert, 1873. v. 3.
- LAPA, José Roberto do Amaral. Cólera: das alcovas à triste paixão. **Diário Oficial de Leitura**, São Paulo, v. 10, n. 110, p. 6-7, jul. 1991.
- LEBIGRE, Arlette. Sangrar e purgar! In: LE GOFF, Jacques et al. **As doenças têm história**. 2. ed. Lisboa: Terramar, 1997. p. 289-298.
- LEBRUN, François. Os cirurgiões-barbeiros. In: LE GOFF, Jacques et al. **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1997. p. 299-304.
- LIMA, Tania Andrade. Humores e odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro, século XIX. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 44-96, nov. 1995-fev. 1996.
- MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MOTT, Luiz. **Sergipe Del Rey**: população, economia e sociedade. Aracaju: Fundesc, 1986.
- NUNES, Maria Thetis. **História da educação em Sergipe**. São Paulo: Paz e Terra, 1984.
- _____. **Sergipe Provincial II: 1840-1889**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2006.

OFÍCIO do Dr. Raimundo de Valois Galvão ao Barão de Maroim. Maroim, 14 nov. 1855. Localizado em: Arquivo Público do Estado do Sergipe. Fundo G1, v. 1886.

OFÍCIO do presidente da província de Sergipe, Barão de Maroim, ao presidente da província do Pará. Aracaju, 29 dez. 1855. fl. 144. In: LIVRO de registro das correspondências da província de Sergipe com as demais do Império. Localizado em: Arquivo Público Estadual de Sergipe. Fundo G1, v. 88. Ano 1852-1857.

OLIVEIRA, Joaquim José de. **Ofício do provedor de saúde pública ao Barão de Maroim**. Estância, 8 out. 1855. Manuscrito. Localizado em: Arquivo Público do Estado de Sergipe. Fundo G1, v. 1886.

PEIXOTO, Afrânio. **Breviário da Bahia**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Cultura, 1980.

_____. **Um século de cultura sanitária**. São Paulo: Bibliotheca d'“O Estado de São Paulo”, 1923.

PORTER, Roy. “Perplexo com palavras difíceis”: os usos do jargão médico. In: BURKE, Peter; PORTER, Roy (Org.). **Línguas e jargões**: contribuições para uma história social da linguagem. São Paulo: Editora da Unesp, 1997. p. 57-83.

REBELLO, Guilherme Pereira. **Ofício do Provedor de Saúde do Porto da Cotinguiba ao Barão de Maroim**. Aracaju, 7 nov. 1855. Manuscrito. Localizado em: Arquivo Público do Estado de Sergipe. Fundo G1, v. 2209.

REGRAS geraes preventivas do cholera. **Correio Sergipense**, Aracaju, n. 52, p. 3-4, 10 nov. 1855.

REIS, João José. **A morte é uma festa**. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

RIBEIRO, Márcia Moisés. **A ciência dos trópicos**: a arte médica no Brasil do século XVIII. São Paulo: Hucitec, 1997.

RIO, João do. **O momento literário**. Rio de Janeiro: Fundação Biblioteca Nacional, 1994.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

SALLES, Manuel Antunes de. **Ofício ao Barão de Maruim**. Lagarto, 21 out. 1855. Manuscrito. Localizado em: Arquivo Público do estado de Sergipe. Fundo G1, v. 1886.

SAMPAIO, Francisco Sabino Coelho de. **Relatório do Inspetor de Saúde**. Aracaju: Typographia Provincial de Sergipe, 31 jan. 1861.

SANCTOS, Affonso José dos. **Regimen sanitário**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1881.

SANTANA, Antônio Samarone. A saúde pública em Sergipe no Império. In: _____. **As febres do Aracaju**: dos miasmas aos micróbios. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 1997. p. 12-88.

SANTOS FILHO, Lycurgo. **História da medicina no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1947. 2 v.

SERGIPE (Província). [**Relatorio 1856**]. Relatorio com que foi entregue a administração da província de Sergipe no dia 27 de fevereiro de 1856 ao Illm. e Exm. Dr. Salvador Correia de Sá Benevides pelo 1.º vice-presidente da mesma província o Exm. Snr. Barão de Maroim. Sergipe: Typographia Provincial de Sergipe, 1856.

SILVA, José Joaquim da Gama e (Ed.). Manuscriptos ineditos. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro**, Rio de Janeiro, tomo 51, n. 77, p. 153-165, 1888. Suplemento.

SNOW, John. **Sobre a maneira de transmissão do cólera**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

SOBRAL, Simeão Vieira. **A saúde pública em Sergipe**. Aracaju: Est. Graf. José Lins de Carvalho, 1932.

SOLEDADE, Urbano Joaquim. **Ofício do delegado ao chefe de polícia**. Estância, 11 nov. 1855. Manuscrito. Localizado em: Arquivo Público. Fundo SP1, v. 351.

TRAVASSOS, Antônio José da Silva. **Apontamentos históricos e topográficos sobre a Província de Sergipe**. Aracaju: Secretaria da Cultura de Sergipe, 2004.

TRAVASSOS, João Ferreira de Brito. Breves instruções sobre o tratamento do Cholera Morbus. Villa de Japarutuba, 30 de março de 1863. **Correio Sergipense**, Aracaju, n. 25, p. 4, 1º abr. 1863.

_____. **Carta ao Barão de Maroim**. Engenho do Rio Vermelho, 25 de novembro de 1855. Manuscrito. Localizado em: Arquivo Público de Sergipe. Fundo G1, v. 1886.

TRÍPOLI, Mailde Jerônimo. Cólera-morbo: ontem e hoje. **Boletim do Centro de Memória Unicamp**, Campinas, v. 3, n. 5, p. 36-48, jan.-jun. 1991.

VALOIS GALVÃO, Raimundo de. **Ofício ao Barão de Maruim**. Cidade de Maruim, 30 nov. 1855. Manuscrito. Localizado em: Arquivo Público. Fundo G1, v. 1886.

VIANNA, Arthur. **As epidemias no Pará**. 2. ed. Belém: UFPA, 1975.

VIGARELLO, George. **O limpo e o sujo**: a higiene do corpo desde a Idade Média. Lisboa: Fragmentos, 1988.

SOBRE OS AUTORES

Amâncio Cardoso dos Santos Neto é mestre em História pela Universidade Estadual de Campinas (2001) e professor do Instituto Federal de Sergipe.

Ana Carolina Rezende Fonseca é mestre em História pela Universidade Federal de Minas Gerais (2014), doutoranda do Programa de Pós-Graduação em História da mesma universidade e professora da rede municipal de ensino de Belo Horizonte.

André Fraga Lopes é graduado em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (2010), médico intensivista (2011), especialista em Cirurgia Geral (2013) e, atualmente, residente em Cirurgia Plástica em Santos.

André Luís Lima Nogueira é doutor em História das Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz (2013) e pós-doutorando no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde (FAPERJ/Fiocruz).

Anny Jackeline Torres Silveira é doutora em História pela Universidade Federal Fluminense (2004) e professora do Departamento de História da Universidade Federal de Ouro Preto e do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Minas Gerais.

Christiane Maria Cruz de Souza é doutora em História das Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz (2007), professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia, onde integra o Núcleo de Tecnologia em Saúde.

Cristina de Cássia Pereira Moraes é doutora em História das Ideias pela Universidade Nova de Lisboa (2005) e professora do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Goiás.

Éverton Reis Quevedo é doutor em História pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (2016) e professor do Complexo de Ensino Superior de Cachoeirinha (Cesuca).

Gláucia Giovana Lixinski de Lima Külzer é mestre em História pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (2009) e coordenadora educativa do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul.

Jairo de Jesus Nascimento da Silva é doutor em História Social pela Universidade de São Paulo (2014) e professor do Departamento de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade do Estado do Pará.

James Roberto Silva é doutor em História Social pela Universidade São Paulo (2003) e professor do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Amazonas.

Kaori Kodama é doutora em História Social da Cultura pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (2005), pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz e professora do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Fiocruz.

Keith Valéria de Oliveira Barbosa é doutora em História das Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz (2014) e professora do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Amazonas.

Liane Maria Bertucci é doutora em História pela Universidade Estadual de Campinas (2002) e professora do Departamento de Teoria e Fundamentos da Educação e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Paraná.

Luiz Felipe Sias Franco é médico pela Faculdade Brasileira/Univix (2011) e especialista em Radiologia e Neurorradiologia.

Maria Cristina da Costa Marques é doutora em História Social (2001) pela Universidade de São Paulo e professora da Faculdade de Saúde Pública na mesma universidade.

Maria Lemke é doutora em História pela Universidade Federal de Goiás (2012) e professora do Departamento de História da Universidade Federal de Goiás/Jataí.

Mariza Pinheiro Bezerra é mestre em Cultura e Sociedade pela Universidade Federal do Maranhão (2012) e doutora em História das Ciências e da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (2019).

Mayara de Almeida Lemos é mestre em História pela Universidade Estadual do Ceará (2013) e professora da rede estadual de educação do Ceará.

Paulo Roberto Staudt Moreira é doutor em História pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2001) e professor do Centro de Ciências Humanas e do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Rafael Mantovani é mestre em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2009) e doutor em Sociologia pela Universidade de São Paulo (2015).

Rozélia Bezerra é doutora em História da Educação e Historiografia pela Universidade de São Paulo (2010) e professora do Departamento de História da Universidade Federal Rural de Pernambuco.

Sebastião Pimentel Franco é doutor em História Social pela Universidade de São Paulo (2001) e professor titular do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História Social das Relações Políticas da Universidade Federal do Espírito Santo.

Tânia Salgado Pimenta é doutora em História pela Universidade Estadual de Campinas (2003), pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz e professora do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Fiocruz.

Thiago Cancelier Dias é mestre em História Cultural pela Universidade Federal de Santa Catarina (2008) e doutor em História pela Universidade Federal de Goiás (2017).

Esta publicação foi composta utilizando-se a família tipográfica
Adobe Caslon Pro.

É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que
citada a fonte e que não seja para qualquer fim comercial.

