ARIOSVALDO DA SILVA DINIZ

CÓLERA: REPRESENTAÇÕES DE UMA ANGÚSTIA COLETIVA (A doença e o imaginário social no século XIX no Brasil).

Tese de Doutorado - Volume I
Universidade Estadual de Campinas
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de História

Novembro de 1997.

D615c
v.1
34068/BC

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DO IFCH - UNICAMP

D 615 c

Diniz, Ariosvaldo da Silva
Cólera : representações de uma angústia coletiva (a doença e o imaginário social no século XIX no Brasil) / Ariosvaldo da Silva Diniz . - - Campinas, SP : [s.n.], 1997.

Orientador: Italo Arnaldo Tronca.
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Cólera (Doença) - Recife (PE) - 1856 - Aspectos sociais. 2. Cólera - Brasil, Nordeste - História - Séc. XIX. 3. Imaginário. 4. Epidemias. I. Tronca, Italo Arnaldo. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III.Título.

ARIOSVALDO DA SILVA DINIZ

CÓLERA: representações de uma angústia coletiva

(A doença e o imaginário social no século XIX no Brasil)

Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, sob a orientação do Prof. Dr. Ítalo Arnaldo Tronca.

Este exemplar corresponde à redação final da tese defendida e aprovada pela Comissão Julgadora em 1º/04/98.

Banca:

Prof.(a) Dr. (a)

Prof. (a) Dr. (a)

Prof. (a) Dr. (a)

Prof. (a) Dr. (a)

Prof. (a) Dr. (a)

CAMPINAS

Novembro de 1997

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste trabalho contraí muitas dívidas intelectuais com pessoas e instituições que contribuíram de alguma forma para sua realização. Não poderia declinar aqui o nome de todas elas sem correr o risco de cometer algumas omissões. Por isso vou me restringir àquelas pessoas e instituições que estiveram mais diretamente presentes nos momentos decisivos desta tese.

Agradeço em primeiro lugar aos meus colegas do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal da Paraíba que me concederam afastamento para a realização do doutorado.

À Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais -ANPOCS, sou grato pelo financiamento à pesquisa "Quando os sinos dobram ... (Doença, medo e morte nos tempos do cólera: 1856)", que deu origem a artigos e ao projeto desta tese. Nessa pesquisa para a ANPOCS contei com a colaboração da professora e colega Fátima Araújo, a quem agradeço pela leitura de parte do presente trabalho. Agradeço também ao professor e amigo Raimundo Barroso Jr. pela gentileza em ler e comentar a primeira versão deste trabalho num momento em que ele próprio estava realizando a sua pesquisa de doutorado.

Contei com a ajuda do PICD-CAPES que me concedeu bolsa durante quatro anos.

Ao pessoal das bibliotecas e arquivos onde realizei a pesquisa sou profundamente grato pela gentileza e dedicação com que me trataram. Grande parte do material levantado foi encontrado no Arquivo Público Estadual de

Pernambuco e na Biblioteca Pública do Estado de Pernambuco. Na Fundação Joaquim Nabuco pude consultar os jornais microfilmados do século XIX.

Na Biblioteca Nacional e no Arquivo Nacional, no Rio de Janeiro, encontrei e consultei documentos importantes não localizados nos arquivos do Recife.

Na UNICAMP, pesquisei jornais e outro tipo de documentação no Arquivo Edgar Leuenroth e consultei o essencial da bibliografia sobre o tema na Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Não posso deixar de registrar aqui meu reconhecimento a Solange Vital de Souza, que requisitou livros, artigos e bibliografia sobre cólera em outras bibliotecas.

Aos professores do doutorado em História Social do Trabalho, nomeadamente Edgar de Decca, Sidney Chalhoub e Stella Bresciani sou imensamente reconhecido pelas discussões instigantes dentro e fora das salas de aula. A Stella Bresciani, em particular, agradeço pela oportunidade de discutir questões angustiantes deste trabalho. Durante a realização do doutorado na UNICAMP tive a grata satisfação de conhecer e privar da amizade de muitas pessoas especiais: Flávio, Marcos, Kazumi, Cristina, Vera, Liane e Walter são algumas delas.

Quero agradecer também aos membros da banca de qualificação do doutorado, Stella Bresciani, José de Lira Tavares e Ítalo Tronca pelos comentários e correções de rumo da primeira versão desta tese. José de Lira Tavares teve a gentileza de me enviar um instigante comentário por escrito que me foi de grande importância na reta final.

A Ítalo Tronca, que me acompanhou e orientou ao longo de todas as etapas desta tese, nunca fazendo concessão à banalidade, nem transigindo no

exercício da crítica, devo muito do que aprendi nesta aventura intelectual. Obrigado pela paciência e pela grande amizade com as quais me brindou.

E por falar em paciência e compreensão, é o momento de agradecer a Virgínia, Manaíra e Márcia, que tiveram de suportar a convivência, as inquietações e as angústias de uma pessoa obcecada por sua pesquisa. À Márcia, minha companheira de tantos anos, sou particularmente grato por suportar valentemente essa situação, desviando-se de sua pesquisa para revisar o presente texto.

RESUMO

Este trabalho trata da relação entre doença e imaginário social no Brasil do século XIX. Tomando como tema de estudo a grande epidemia de cólera de 1856 no Nordeste, tenta investigar como, a partir da percepção de uma nova e terrível doença, vão sendo construídas verdades e definições a seu respeito.

Busca analisar a doença sob o ângulo epistemológico e cultural. Na dimensão epistemológica, procura situar as características discursivas e os valores presentes nas teorias produzidas sobre a propagação do cólera. Na dimensão cultural, ressalta a produção de representações do corpo biológico e social.

Como doença-síntese, o cólera criou um consenso do mal e reatualizou velhas representações das antigas pestes. O seu poder de causar catástrofes e mobilizar o conjunto da sociedade desencadeou tecnologias, acentuou conflitos de poder e saber e mobilizou sentimentos, emoções e medos.

"O que há de rigorosamente patético no sistema do medo é sua gênese no seio da Fortuna, temporalidade caprichosa, quando nada podemos fazer senão esperar ou temer o que virá, chorar ou bendizer o que foi. Mais do que em qualquer outro afeto, no medo ficamos expostos à imagem de nossa impotência. Essa imagem não produz apenas a mais terrível das paixões - a flutuação do ânimo (fluctuatio animi) - que nos faz experimentar, simultaneamente, temor, regozijo, desespero, esperança e remorso, 'balançando como vagas num mar revolto', mas ainda origem da servidão suprema, que Espinosa chama de superstição".

(Marilena Chauí - Sobre o medo)

Como o medo, a angústia é ambivalente. É pressentimento do insólito e espera da novidade; vertigem do nada e esperança de uma plenitude. É ao mesmo tempo temor e desejo. Kierkergaard, Dostolévski e Nietzsche colocaram-na no coração das reflexões filosóficas".

(Jean Delumeau - História do medo no Ocidente)

SUMÁRIO

Volume I

PÁG.

INTRODUÇÃO 01

Notas 31

I - EPIDEMIA

1. Do contágio à transmissão: vivências reais e projeções imaginárias 36

2. Cólera: o retorno da praga 58

3. Pandemias: o itinerário do medo 88

Notas 114

II - CIDADE

1. Recife nos meados do século XIX: angústias e medos urbanos 122

2. Os perigos urbanos: uma descoberta desconcertante 126

3. Meio-ambiente ou contágio? 153

4. Um plano para a cidade do Recife 191

Notas 217

III - MEDO

1. Ordem, acaso, fatalidade e contágio 225

2. Da angústia aos medos nomeados 230

3. A incredulidade, a piedade e a angústia 241

4. O medo na visão médica: predisposição e contágio 255

5. O medo do contágio e a despersonalização da morte 270

Notas 289

Volume II

IV - TENSÃO

1. O ajuste de contas 296

2. Mapeando a doença 324

3. Mortalidade entre negros escravos e livres 327

4. Identificando os culpados (medos étnico-sociais) 337

Notas 347

V - MEDICINA

1. Momento crítico 352

2. Investigação 384

Notas 413

VI - GOVERNO

1. A ordem responde à peste 418

2. Mudar a cidade 460

Notas 475

CONCLUSÃO 478

Fontes e Bibliografia 482

Lista de quadros e ilustrações 503

Introdução: o caso pai Manoel

Nordeste, 1856. Ano do cólera. Uma verdadeira hecatombe: cerca de cento e quarenta mil vítimas fatais em pouco mais de seis meses!

Recife, março do mesmo ano. A epidemia atinge seu ponto máximo, com uma média diária de mais de cem mortos, para uma população aproximada de setenta mil habitantes. Começando pelo bairro de São José, expande-se pelos de Santo Antônio e Boa Vista, tomando de assalto logo em seguida toda a cidade. No mês seguinte, subitamente, declina e desaparece. Saldo da tragédia: três mil, trezentos e trinta e oito óbitos na cidade, sendo que três mil apenas em um mês.

No auge da epidemia, quando todas as medidas sanitárias pareciam inócuas, eis que surge na cidade, inusitadamente, um obscuro curandeiro negro anunciando um remédio milagroso contra a doença.

Pai Manoel ou "doutor" Manoel da Costa, como passou a ser chamado pela população negra do Recife, era um escravo do Engenho Guararapes, uma espécie de curandeiro africano, cujo prestígio vinha crescendo em decorrência de seus supostos poderes mágicos para curar as pessoas acometidas da terrível doença. O qualificativo de "doutor", ao que parece, traduzia, ao mesmo tempo, um tácito reconhecimento e um visível escárnio. Reconhecimento pelas possibilidades alternativas de cura para as quais o curandeiro parecia acenar; escárnio, porque simbolizava um desprezo pelos doutores oficiais. Certo é que a

pressão popular contra a medicina oficial parece ter sido tão forte durante a epidemia que mesmo as autoridades governamentais se viram constrangidas a autorizar pai Manoel a instalar-se no Hospital de Marinha do Recife e tratar os doentes de cólera, sobretudo escravos e negros livres pobres. Situação, no mínimo, desconfortante para os médicos recifenses. Na realidade, este episódio causou profundo mal-estar na corporação médica e constituiu o principal motivo da renúncia coletiva da Comissão de Higiene Pública de Pernambuco(1).

Ocorreu, porém, que vários enfermos sob os cuidados do curandeiro terminaram falecendo, aumentando a pressão médica para punir o "charlatão". Ao ser advertido pelas autoridades de que estava proibido de usar seu "remédio", pai Manoel recusou-se a cumprir as determinações da polícia, sendo, então, recolhido à Casa de Detenção.

A sua prisão, entretanto, surtiu um efeito imprevisto. Por pouco as ruas do Recife não se transformaram em palco de luta entre negros e brancos. Os adeptos de pai Manoel, indignados com a sua prisão, saíram às ruas em protesto, acusando as autoridades e os médicos de estarem usando o cólera como um instrumento diabólico para eliminar a gente de cor. Exaltados, "os negros tornaram-se insolentes", na expressão de um médico da época, formando grupos que percorreram as ruas durante duas noites, gritando imprecações contra os doutores. Até mesmo um sacerdote pregou no púlpito a favor do curandeiro e contra os médicos e boticários, alegando que estes queriam matar o escravo Manoel porque ele curava "pardos" e "pretos" (2). Nesse clima, um princípio de

motim popular se formou, com o surgimento de alguns bandos que pretendiam quebrar as boticas e agredir os médicos.

Os depoimentos sugerem que não havia médico naquele momento que rivalizasse com o curandeiro. De todos os lugares e posições sociais acorriam pessoas para se consultarem com o "doutor Manoel": os "pardos" e "pretos" dos mucambos e das senzalas, mas também os "brancos" dos sobrados(3).

O presidente da Província de Pernambuco, em relatório encaminhado ao Ministro do Império, tentou justificar sua atitude ao conceder permissão para a prática de cura do escravo Manoel em um hospital do governo. Segundo ele, era politicamente arriscado proibir as atividades do curandeiro porque poderia indispor o povo contra o governo. A força do curandeiro era tão avassaladora que não havia como coibir suas atividades. Assim, a crise gerada pela epidemia de cólera dera margem ao aparecimento dessa figura misteriosa, "com aura extraordinária", logo alçada à condição de redentor dos "pretos", "pardos" e até mesmo de homens "brancos" importantes.

Os boatos de que o negro realizava curas instantâneas logo se espalharam por toda a cidade. Aplaudido pelo povo, transportado em carruagem de um lugar para outro, o prestígio do curandeiro aumentava, enquanto a crença e respeito aos médicos decaía cada vez mais. Temendo um motim popular, caso se proibissem as atividades do curandeiro, o governo provincial autorizou o dito pai Manoel a atender as vítimas do cólera no hospital mencionado. Agindo desse modo, o governo supunha neutralizar a insatisfação popular alimentada pelos

boatos de que se pretendia prender o escravo Manoel para deixar que os médicos matassem a gente de "cor", que era a mais perseguida pela epidemia (4)

Como era de se esperar, o episódio teve repercussões extremamente desfavoráveis, não só nas províncias vizinhas, mas na Corte Imperial, notadamente na Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro. Visto como escandaloso, destituído de uma visão política mais ampla, o fato se apresentava mais grave ainda porque havia colocado o povo contra a classe médica(5).

Acontecimento insólito este, sugestivo de um leque bastante amplo de questões. Temos aqui um momento crítico onde se destacam: 1) uma medicina oficial vivenciando uma profunda crise nos seus pressupostos epistemológicos (desconhecimento da etiologia e do modo de transmissão do cólera), bem como nos seus fundamentos terapêuticos (incerteza sobre a maneira mais eficaz de cura da doença); 2) a emergência de práticas de cura alternativas; 3) tensões envolvendo a medicina alopática, o governo e a pressão popular, que culminam com a renúncia da Comissão de Higiene Pública de Pernambuco, no auge da epidemia; 4) princípio de motim popular (negros livres e escravos), fundado na suspeita de que a doença estava sendo usada como solução racial -o branqueamento da população, com a substituição da mão-de-obra negra pela imigrante européia; 5) reações às políticas de combate à epidemia, que apareciam para a população pobre como estratégias de segregação racial e social, bem como de disciplinamento e "civilização das condutas". Em suma, o episódio relatado parece sintetizar, de maneira exemplar, os diversos significados

atribuídos a uma doença, cujo impacto na medicina, na organização social e nas relações de poder não parece ter sido irrelevante.

O objetivo do presente trabalho é tão-somente indicar como uma conjuntura de crise epidêmica se caracterizou por um jogo de forças em que noções concorrentes de saúde e práticas terapêuticas disputaram legitimidade social e reconhecimento hegemônico. Na conjuntura analisada, percebemos como os diferentes discursos médicos construídos sobre a doença demonstraram suas vinculações com os interesses políticos em jogo, desmascarando a pretensa neutralidade da ciência e do progresso. Mas as vinculações políticas desses discursos não foram vistas aqui a partir de uma exterioridade ou de uma justaposição, onde o poder se apropriaria do saber para atingir seus objetivos, mas de imanência, onde a dimensão política desse saber foi condição mesma da sua existência. Dito de outra forma, o estudo da conjuntura específica permitiu identificar e analisar os modelos médicos de conhecimento da doença e visualizar suas propostas intervencionistas de saneamento, higienização e reordenamento geral da cidade.

Tentamos aqui entender porque um determinado modelo se tornou dominante, pondo os demais em situação secundária ou periférica. Neste ponto, trilhamos o caminho daqueles que entendem a medicina não apenas como uma forma de conhecer - através do organismo humano - o corpo social, mas também como uma maneira peculiar de intervir politicamente neste corpo. Se é assim, ela cuida não só da saúde dos cidadãos, mas também da saúde das cidades (6).

O destaque dado, portanto, a um acontecimento mórbido decorre da convicção de que a doença, não só nas suas manifestações ao nível do indivíduo, mas ao nível coletivo (traço mais marcante de uma epidemia), é sempre um fator tanto de desagregação como de reorganização psicossocial. Nesta ótica, ela constitui um momento particularmente privilegiado para o pesquisador, pois torna mais explícitas as teias de articulação essenciais do grupo, as linhas de forças e as tensões psicológicas e sociais que o atravessam. O momento de uma epidemia pode ser um instante onde todos os dispositivos políticos, administrativos, religiosos, éticos, científicos ou de exclusão social se tornam mais reais.

Tomando como tema de estudo a epidemia de cólera de 1856 em Recife, indagamos que concepção se fazia àquela época sobre a doença epidêmica e que meios eram utilizados para combatê-la. Esta primeira aproximação do problema já permite enfatizar aqui que não entendemos a doença como um dado, mas como uma construção. A doença não se reduz a uma evidência "orgânica", "natural", "objetiva". Ela é também uma realidade construída histórica e socialmente. Não se trata, evidentemente, de negar a existência, por exemplo, do vibrião colérico, mas de dizer que não se pode conhecer a doença a não ser através de instrumentos conceituais. Visto por esse ângulo, o que importa resgatar ou reconstituir é o modo como a doença foi idealizada, metaforizada, ou seja, construída pelos discursos da época.

Desse modo, ocupamo-nos mais da doença enquanto idéia da doença do que da doença enquanto realidade objetiva que poderia ser apreendida por um saber científico rigoroso. Sabemos que todo discurso sobre a doença é uma

construção, mesmo o discurso médico, que se pretende fundamentar nos registros dos dados. "Objetividade" e "subjetividade", "realidade" e "ficção" na representação da doença não são assim pólos antinômicos. Não há compreensão "cientificamente neutra", isenta de representação, assim como uma representação nunca é integralmente fictícia.

Este estudo apresenta-se numa dupla dimensão: epistemológica e cultural. Enquanto dimensão epistemológica, importa situar as características discursivas e os valores contidos nas teorias produzidas sobre a propagação do cólera. Nesse nível da análise, foi preciso observar como, a partir da percepção da ocorrência da epidemia de uma nova doença, foram construídas verdades e definições a seu respeito, conceitos que procuraram encontrar modos racionais de lidar com o desconhecido. A filiação aqui à história das idéias, renovadas com os estudos de Canguilhem e Foucault, é clara.

Canguilhem chamou a nossa atenção para a questão da racionalidade no discurso científico. No seu projeto epistemológico, a ciência, discurso normatizado e normativo, aparece como o lugar por excelência do conhecimento e da verdade, ou seja, da instauração da racionalidade. A ciência, entretanto, não é um objeto dado, natural, mas uma produção cultural. Nesse sentido, ela não é senão um conjunto de proposições articuladas sistematicamente. Em suma, a ciência é essencialmente discurso com pretensão da verdade. Mas a questão da verdade só tem sentido se colocada no interior da ciência. Assim, cada discurso científico produz a sua verdade, já que não existiriam critérios universais ou exteriores para julgar da verdade de uma ciência.

Foucault, por seu lado, ainda que não tenha criticado implícita ou explicitamente a preocupação da epistemologia na busca de uma racionalidade para o discurso científico, abandonou a questão da cientificidade e realizou uma história dos saberes onde não existia qualquer preocupação com o progresso da razão. O deslocamento produzido por sua arqueologia pretendeu ser uma crítica da própria idéia de racionalidade. Assim, o discurso que persegue a verdade, buscando encontrar modos racionais de lidar com o desconhecido, é também elaboração simbólica e produz significados.

Como a lepra, a peste, a sífilis, a tuberculose e a aids em nossos dias, o cólera, no século XIX, suscitou catástrofes, mobilizando o conjunto da sociedade. Foi uma doença-síntese porque criou o consenso do mal proveniente das "anomalias sociais". Neste sentido, teve a força de atualizar significados relacionados à experriência das antigas pestes. Ao evocar antigas imagens do contágio, desencadeando medos arcaicos, atitudes irracionais, obscurantistas e estigmatizadoras, veio ressaltar que o discurso científico era incapaz de substituir ou esgotar o conjunto de questões levantadas pelo acontecimento epidêmico. O cólera reuniu em si as explicações dos desequilíbrios individuais (autojulgamento e autopunição), sociais (modo de vida opressivo e repressivo) e transcendentes (ligação do material ao espiritual). Foi interpretado como capaz de atingir a todos indiscriminadamente, fazendo parte, portanto, de um imaginário social mais amplo, que explica a desordem, os desvios morais e até a pretensa "devassidão" do ser humano. Neste sentido, o cólera é um fenômeno privilegiado de análise e questionamento da precariedade da organização social.

Ao reunir em si as ameaças de morte da humanidade, anunciar a decadência, atualizar a permanência simbólica ou real da infelicidade, chamou atenção para os "comportamentos recriminâveis", considerados vetores do mal. A síndrome do medo do cólera, reforçou, enfim, as crenças conservadoras da sociedade, refundindo visões arcaicas e modernas do mal.

Pela sua capacidade de desencadear tecnologias, acentuar conflitos de poder e saber e, ao mesmo tempo, mobilizar sentimentos, emoções e medos, o cólera se sobrepôs, no imaginário social, ao quadro mais amplo da morbimortalidade da sociedade da época. Foi, neste sentido, uma doença sintomática de seu contexto cultural, pois ao criar um clima de medo, de catástrofe e de desordem, terminou sendo usada ideológica e politicamente como meio de recompor a harmonia social. Além do seu caráter de sofrimento e infelicidade, essa doença foi construída socialmente como mito através do qual os membros dos grupos expressaram sua coerção e coesão em torno da organização social.

O objetivo principal do presente trabalho é reconstituir a arqueologia de um saber - no caso o da medicina - sobre esse fenômeno mórbido específico (o cólera) e o modo como esse saber se inseriu na sociedade, demonstrou sua eficácia e seus limites como estratégia de poder.

O caso pai Manoel tem valor de símbolo. Se explorado nos seus mínimos detalhes talvez possa revelar as múltiplas dimensões dos sentidos atribuídos à doença no século XIX. Em outras palavras, ele nos permite entender como as

elites e as classes populares vivenciaram e representaram um acontecimento traumático, cujo significado mais imediato era a ameaça da morte como possibilidade constante e coletiva.

Queremos sugerir nas páginas seguintes que a epidemia de cólera de 1856 suscitou modelos de convivência contraditórios: de um lado, gerou imagens caóticas de uma sociedade aparentemente anômica, cujas convenções sociais e mecanismos políticos pareciam seriamente abalados; de outro, ensaiou modelos políticos e médicos de uma sociedade autoritária, excludente e normatizada. A epidemia exibiu, enfim, momentos críticos onde a sociedade oscilou entre o caos e a geometria euclidiana, entre as confusões provocadas pela mistura dos corpos, pela doença, pelo medo e pela morte e as prescrições, os regulamentos, as divisões estritas e as estratégias disciplinares. Diante da desorganização provocada pela epidemia, a sociedade parecia expressar o seu desejo de eternidade, combatendo, para tanto, o regresso ao caos, imagem e realização da própria morte. Este esforço de perenidade reforçava a eterna idéia da sacralização do poder (7).

O altíssimo índice de mortalidade, num curto espaço de tempo, provocou uma forte carga de dramaticidade e representou profundas perturbações na vida econômica e social da região, bem como no cotidiano e no imaginário dos contemporâneos. O imaginário da doença e da cura, as representações sobre a vida e a morte, os olhares sobre a cidade e a convivência urbana, a problematização das instituições de auxílio à pobreza, das desigualdades sociais e da escravidão, só para citar alguns dos temas mais importantes abordados

neste trabalho, sofreram profundas influências da epidemia de cólera. E, no entanto, constituem uma temática muito pouco abordada pela historiografia brasileira.

Leituras

O cólera foi a doença epidêmica clássica no século XIX. Sua severidade e novidade na Europa estimulou uma grande quantidade de escritos de governantes, administradores, médicos, jornalistas e escritores. Como objeto de estudo, entretanto, só veio despertar interesse dos historiadores nas décadas de 1950 e 1960, quando deixou de ser um problema restrito à área médica. A partir daí suscitou questões no campo da sociologia, da história social, das ideologias e das mentalidades. Afinal, percebeu-se que, quando uma sociedade se confronta com um surto de uma doença contagiosa e mortal, são esboçadas certas reações defensivas que transcendem o aspecto puramente biológico da autoconservação. Para enfrentá-la, os grupos humanos desenvolvem certas crenças, conhecimentos, percepções, discursos e práticas discursivas que interessam também ao historiador.

Até bem recentemente os estudos sobre cólera trilharam duas vertentes básicas: a epidemiológica e a sociológica. Na primeira, observa-se uma preocupação em reconstituir o que se sabia da doença, das causas

predisponentes, da patogenia, da etiologia e as circunstâncias da sua disseminação. Nesta linha de investigação, três tópicos fundamentais eram contemplados: a saúde pública, a teoria médica estrito senso e a epidemiologia de maneira geral. Na vertente sociológica, enfatizavam-se, sobretudo, as respostas sociais à doença, destacando-se também três temáticas essenciais: as medidas adotadas pelas autoridades para combater o mal, as reações violentas dos pobres que, via de regra, culpavam os médicos e as autoridades constituídas pela disseminação e mortandade da doença e a conduta do governo diante das epidemias. Sob essa ótica de análise, a França parece ter sido o primeiro país a inaugurar tal tipo de estudo. Pensamos, por exemplo, em Chevalier (8), que estudou o cólera como indicador das desigualdades sociais. Já na Inglaterra e na América, nos anos 60 e 70, as abordagens voltaram-se, sobretudo, para os aspectos quantitativos e demográficos do impacto da doença como fator de reformas administrativas e políticas.

Atualmente, a tendência da historiografia inglesa sobre cólera tem se caracterizado por enfoques ligados à história social centrados nos conflitos sociais e políticos, gerados pelas epidemias(9). Discute-se, em geral, a questão das repercussões das epidemias nas estruturas políticas, administrativas, sociais e psicológicas das sociedades afetadas. Neste ponto, as análises se dividem. Há aqueles que, como Margareth Pelling (10) e Charles Rosenberg (11), por exemplo, atribuem pouca significação ao cólera como doença responsável por mudanças profundas nas estruturas políticas e administrativas. Para eles, na Inglaterra, mais importante do que as epidemias de cólera teriam sido as febres e

a tuberculose, doenças, essas sim, que contribuíram para amplas reformas na condução das administrações das grandes cidades.

A maioria dos historiadores, entretanto, parece convencida de que as epidemias de cólera no século XIX deixaram marcas indeléveis nas estruturas sociais, políticas e mentais das sociedades afetadas. Foi com essa convicção que uma série de estudos tem aparecido ultimamente, sobretudo na França, utilizando um enfoque centrado nas representações sociais da doença, nas mentalidades e no imaginário.

A questão dos medos suscitados pelo cólera, por exemplo, parece despertar o interesse de alguns historiadores franceses. Lembramos, a título de ilustração, os sugestivos trabalhos de Bourdelais, Raulot e Dodin (12). Estes autores demonstraram como a expressão francesa "une peur bleue", até hoje empregada para descrever o estado de pânico em que se encontra uma pessoa, surgiu para qualificar o cólera, pois tanto dava conta de uma descrição física das vítimas (pele dos enfermos assumindo um tom azulado em conseqüência da massiva desidratação e da coagulação do sangue) como do seu estado psicológico (aparência patética ou comatosa, resultante do imenso terror que se apoderava dos doentes). Por ser desconhecido e pelos terríveis sofrimentos que infligia, o cólera teve esse terrível poder de provocar na imaginação dos europeus as mais variadas reações de medo.

Ainda no campo do imaginário, alguns autores exploraram recentemente outras dimensões da doença que não haviam recebido a devida atenção.

Referimo-nos à riquíssima documentação iconográfica elaborada sobre o cólera. Utilizando-se de desenhos, ilustrações, cartuns, como fonte principal de suas pesquisas, Bourdelais e Dodin (13) conseguiram demonstrar como a doença foi metaforizada não só nas descrições literárias como também nas imagens visuais. Mostraram, enfim, como os cartunistas satirizaram as reações públicas à doença, como ridicularizaram os medos oficiais e as curas milagrosas, como representaram o medo da morte. Toda essa produção visual tinha certamente um sentido ou vários: atribuir sentidos à doença.

Na senda aberta pelos trabalhos de Michel Foucault, alguns estudos instigantes foram elaborados na França, destacando-se o excelente trabalho de Delaporte (14). Este autor parte dos medos provocados pelo cólera para discutir a construção da doença pelos médicos parisienses. A doença aqui é vista como um resultado das práticas discursivas e não-discursivas médicas, elaboradas no contexto da epidemia de cólera de 1832, na França (15). Neste sentido, a epidemia teria sido um marco divisor nas concepções médicas sobre doenças epidêmicas. Primeiro, porque teria provocado um importante deslocamento do objeto, método e práticas da medicina da época. As estruturas tradicionais de explicação das doenças epidêmicas, bem como as práticas sanitárias delas decorrentes, foram, em larga medida, questionadas pelo aparecimento dessa nova e gravíssima doença. Tanto as velhas teorias não conseguiram explicar a etiologia e a disseminação do cólera como as antigas práticas empregadas nos momentos críticos - quarentenas, desinfecção, isolamento, cordões sanitários - provaram sua inteira ineficiência. O cólera não só pôs por terra a medicina

mesológica, aerista ou miasmática, mas também contribuiu para o surgimento de uma medicina social, à medida que substituiu as explicações baseadas nas condições topográficas e climáticas pelas condições sociais. Neste sentido, pela primeira vez, doença e sociedade estavam juntas. O impacto desta descoberta foi profundo: estavam nascendo naquele momento não só uma medicina moderna mas também as modernas ciências do social, sem falar numa série inteira de práticas administrativas e de controle social de novo tipo.

A importância do trabalho de Delaporte, segundo entendemos, reside nesta dupla significação da doença: origem de um novo saber médico e de novas práticas de controle e disciplinarização da sociedade. Neste ponto, toda a montagem de uma estratégia discursiva era orientada para promover uma campanha para "civilizar o pobre". Ligando a doença à sua origem geográfica (Índia) - país exótico, de costume bárbaros - e social (doença da sujeira e da pobreza), o cólera foi visto como uma ameaça ao progresso e à civilização burguesa. Ao vincularem a doença à sujeira e à pobreza, as elites terminaram por culpar os pobres pela origem e disseminação desse mal. Se a moléstia atacava preferencialmente os incivilizados, mal-educados, indisciplinados, loucos, mendigos e massas pauperizadas, ou seja, a parte de barbarismo que existia também dentro das sociedades civilizadas ocidentais, era preciso promover campanhas para colonizá-la e civilizá-la. Este foi, segundo Delaporte, o sentido essencial das campanhas sanitárias desenvolvidas durante a epidemia e posteriormente.

Como tais questões poderiam ser tratadas num contexto histórico diferente como o do Brasil do século XIX? Podemos dizer que o sentido essencial da epidemia de cólera de 1856 aponta para tais conclusões? A resposta a esta questão é o argumento principal deste trabalho. Mas, antes, gostaríamos de prosseguir na revisão bibliográfica sobre o tema e comentar ligeiramente a produção da historiografia brasileira sobre cólera.

Ainda que tenhamos uma enorme quantidade de teses médicas, relatórios de autoridades provinciais, folhetos e cartuns sobre cólera, a produção no campo estrito da história praticamente não existe(16).

Mesmo correndo o risco de simplificações, poderíamos visualizar duas tendências gerais no campo de estudos sobre cólera no Brasil. A primeira refere-se a uma literatura que abordou as epidemias sob um ângulo estritamente descritivo (preocupação com as origens, a trajetória, a cronologia e a difusão geográfica do fenômeno), estatístico (dimensões da mortalidade) e clínico, onde a intenção é discutir as causas da doença, suas condições de produção, seus efeitos nos indivíduos, os quadros de mortalidade, sua evolução e sua cartografia. Em geral, essas análises fundam-se numa visão ufanista da história da medicina, à medida que são edificadas para celebrar o presente, justificando-o pela ardorosa conquista de uma posição de racionalidade duramente realizada ou a se realizar (17).

A segunda tendência, de origem mais recente, inspira-se na historiografia francesa e, mais especificamente, nos trabalhos de Foucault. Como se sabe, foi

este autor quem atentou com maior acuidade para as relações entre doença, saber e poder disciplinar. Comentando as estratégias idealizadas para combater as epidemias de peste na Europa no século XVII, ele demonstrou como os dispositivos disciplinares surgiram e se afirmaram como resposta à desordem causada pela doença. Neste sentido, traçou uma interessante demarcação entre as medidas suscitadas para combater a lepra e a peste. Enquanto aquela estimulou mecanismos de exclusão social, dando origem, até certo ponto, à forma geral do grande fechamento, esta última suscitou dispositivos de natureza disciplinar (18).

Investigando temáticas semelhantes ou muito próximas, historiadores da nova história, como Ariès (19), Lebrun (20), Delumeau (21), demonstraram como em tempo de peste as sensibilidades e comportamentos são profundamente afetados e modificados. O caso específico das atitudes em relação à morte e aos mortos, por exemplo, comprova uma ruptura traumática em tempos de epidemias. Segundo esses autores, no momento em que o cadáver passa a ser identificado como agente pestilencial, a morte deixa de ser um assunto tratado com todo investimento simbólico possível e passa a ser encarada como uma terrível ameaça. Foi na senda aberta por esses e outros trabalhos que se inspiraram, aqui no Brasil, os estudos de Machado (22), Athayde (23), David (24), Tronca (25), Reis (26) e outros. Com exceção, salvo engano, dos trabalhos de Athayde e David, dedicados exclusivamente à epidemia de cólera em Salvador, no ano de 1855, nenhum deles detém-se sobre o momento histórico aqui recortado.

Privilegiando uma abordagem quantitativa, onde enfatiza a relação entre epidemia e conjuntura econômica (mortalidade, depressão, prosperidade, curva de preços e salários), bem como a relação entre epidemia e situação social das pessoas vitimadas, o texto de Athayde levanta também questões de interesse para a história das mentalidades, tais como o medo e suas possíveis conseqüências: insatisfação popular, desconfiança em relação aos estranhos, ao próximo, ao médico e à própria família.

David, de certo modo, retoma as questões suscitadas por Athayde e amplia a análise para o conjunto do Estado da Bahia, enfatizando sobretudo o impacto causado pela epidemia na economia, na demografia e nas mentalidades.

O sugestivo livro de Reis, "A Morte é uma festa", sem dúvida obra pioneira no estudo das atitudes diante da morte na nossa historiografia, infelizmente dedica apenas os dois últimos parágrafos à epidemia de cólera de 1855 na Bahia.

No que tange especificamente ao episódio pai Manoel e aos conflitos gerados por sua prisão durante a epidemia de cólera em Recife, apenas Gilberto Freyre dedicou meia dúzia de páginas, por sinal bastante sugestivas em seu "Sobrados e Mucambos". Contudo, o texto de Freyre não explora os amplos conteúdos simbólicos que o acontecimento representou. Ele limita-se a caracterizar o conflito de forma bastante generalizante, afirmando tratar-se da "mais clara expressão de luta entre classes, entre raças ou entre culturas" (27). Neste ponto, como de resto em todos os outros referentes à epidemia de cólera em Recife, tudo ainda está por ser explorado.

Uma abordagem possível

O nosso interesse pela temática da doença e, mais especificamente, pelo cólera no século dezenove no Brasil, não decorre apenas de uma imposição da atual conjuntura onde essa enfermidade reaparece com toda força, mas de uma opção teórico-metodológica pelos novos objetos da Historiografia Social e da Antropologia. A historiografia do nosso tempo, atendendo ao apelo de Lucien Febvre, eliminou os temas tabus e ousou trabalhar com assuntos aparentemente menos nobres, como as atitudes em relação ao gosto culinário, ao amor, ao medo, à doença e à morte. Procurando aproximar as fronteiras teóricas entre a História e a Antropologia, este trabalho orienta-se pela preocupação de compreender "grandes questões" em contextos localizados e precisos.

A abordagem metodológica aqui adotada procura captar os comportamentos individuais e coletivos em tempos de peste a partir de uma dimensão sempre presente nestes momentos traumáticos, mas pouco explorada nas ciências sociais: o medo. O medo, essa paixão ou sentimento paralisante, recobre e domina as representações e as condutas nos tempos do cólera. Foi ele quem criou situações reais e imaginárias profundamente antitéticas. De um lado, como já salientamos, o pânico gerou uma situação tendente a um estado de anomia, onde os padrões ditos "normais" de convivência foram seriamente abalados. De outro, ensejou modelos médicos e políticos de uma sociedade

voltada para uma progressiva disciplinarização. Mas foi também o medo o agente responsável pelas profundas alterações nas representações, atitudes e comportamentos dos contemporâneos em relação à doença, aos mortos e à morte, só para citar alguns dos temas e problemas mais importantes daquele momento.

É certamente uma tarefa difícil estudar os comportamentos individuais e coletivos a partir dessa *démarche*. Primeiro, como se sabe, porque o medo é, em geral, uma dimensão quase sempre oculta, pouco explicitada: trata-se de um sentimento considerado menos nobre. Ninguém ousa confessar seus medos, como diria Barthes em certa ocasião. Visto como uma paixão negativa, certamente a mais vil, o medo é, entretanto, um traço constantemente presente no nosso imaginário e nas nossas condutas. Paradoxalmente, sua força parece residir no fato de ser um sentimento recalcado e por isso mesmo quase sempre inconfesso. Mas isso não nos impede de reconhecer que as nossas vidas estão permanentemente comprometidas num eterno diálogo com o medo (28).

Mas, afinal, por que o medo? No que ele pode "iluminar" esta pesquisa?

Parece que o medo tem sido, ao longo da história, um componente maior da experiência humana. Os gregos erigiram as divindades *Deimos* (o Temor) e *Fobos* (o Medo) e os romanos *Pallos* e *Pavor* como entidades poderosas com as quais era preciso conciliar-se, numa demonstração de que o medo era um poder mais forte do que os homens. Na Idade Média , quando a insegurança, i. é., o símbolo de morte, parece ser o traço dominante, o medo é a paixão sempre a

embasar as condutas. Mas o medo está presente em alta escala nas condutas dos indivíduos nas sociedades contemporâneas.

Em que consiste esta que foi considerada por Espinosa a mais triste das paixões tristes? Na definição corrente da psicologia, o medo é uma emoção-choque, geralmente precedida de surpresa, provocada pela tomada de consciência de um perigo presente e urgente que ameaça, assim pensamos, nossa conservação. O medo, portanto, decorre da tomada de consciência da identificação de uma situação de perigo, de uma situação mais ou menos conhecida, de um objeto ao qual se pode fazer frente. Neste sentido, o medo é sempre particular, ou seja, sempre nomeado. Mas o medo muitas vezes é precedido pela angústia, um sentimento muito próximo do primeiro, mas que, para os propósitos deste trabalho, é preciso aqui distinguir. Confundidos até bem recentemente como idênticos, angústia e medo são distintos. Suscitam situações psicológicas diferentes. O medo suscita o espanto, o pavor, o terror, enquanto a angústia gera a inquietação, a ansiedade , a melancolia. Parece que a grande distinção entre ambos refere-se ao discernimento da razão. Enquanto o primeiro refere-se ao conhecido, ao identificável e, portanto, ao previsível, o segundo remete ao desconhecido. O medo decorre de um perigo identificado, racionalizado, supostamente passível de ser combatido. Ele não nasce da ignorância nem será suprimido pelo verdadeiro saber. Mas se o conhecimento do verdadeiro não o elimina e nem a ignorância o provoca, é nela e dela que ele vive e prospera. Desse modo, "o sistema do medo, conjunto ou campo passional,

produz 'teorias', espécies de esconjuros efêmeros, cuja fragilidade, sempre renovada, prolonga o pavor" (29).

A angústia, ao contrário, resultaria da incapacidade de divisar precisamente um perigo. Por isso gera uma situação insuportável, espera dolorosa, sentimento global de insegurança. Isto explica porque a angústia é mais difícil de suportar que o medo. Na angústia, a imaginação parece desempenhar uma função muito importante. Por isso a sua existência nem sempre está limitada ao desaparecimento das ameaças. A angústia é "o medo metafísico sem objeto" (30).

A distinção entre angústia e medo foi magnificamente sugerida por Edmund Burke a partir da categoria da **obscuridade**: " Para tornar algo extremamente terrível, a obscuridade parece ser, em geral, necessária. Quando temos conhecimento de toda a extensão de um perigo, quando conseguimos que nossos olhos a ele se acostumem, boa parte da apreensão desaparece" (31).

A diferenciação entre angústia e medo, freqüentemente confundidos na linguagem corrente, parece operacionalmente útil para entender duas situações nos tempos do cólera: o momento da espera e o do enfrentamento, o pressentimento do perigo desconhecido e o da identificação do mal. A angústia nasce da incerteza, do indefinido e indefinível, por isso ela é uma fonte de proliferação perigosa do imaginário. Como apreensão de uma ameaça imprecisa, mas nem por isso menos real, a angústia é um estado que não pode se prolongar demasiadamente no ser humano, sob pena de desencadear mecanismos de

autodestruição. Daí a necessidade que todos temos de transformar a angústia, de fragmentá-la em medos precisos ou nomeados. Diante de uma ameaça que pode atingir a totalidade da população, gerando angústias coletivas, o imaginário social fragmenta essas angústias em medos precisos, sem dúvida temíveis, mas precisos, explicados e racionalizados. São os chamados medos teológicos, "científicos", profanos.

A intrusão maciça da teologia, por exemplo, na explicação das causas de uma epidemia, atribuindo-a a uma punição divina, não era uma forma de dissipar a pesada angústia que pairava sobre a coletividade afetada e apontar a origem do mal , abrindo, ao mesmo tempo, as portas da esperança e da salvação neste e no outro mundo?

Pense-se nos principais conceitos elaborados pela medicina para entender uma epidemia. Além de elaborações racionais para lidar com o desconhecido, eram também construções simbólicas e produtoras de sentido. A discussão sobre o conceito de "transmissão", tão acalorada no século XIX, foi sempre referida a uma experiência originária - o medo do contato - que se relaciona à percepção do contágio (32).

Todo o trabalho da medicina que lidou com a ocorrência de epidemias mortais no século XIX consistiu em elaborar conceitos científicos que produzissem verdades e definições sobre as causas de sua propagação. O conceito de "transmissão", ao definir as maneiras específicas de propagação da doença, construiu uma racionalidade capaz de dissipar a angústia difusa ligada à

velha noção de contágio. Nesse sentido, a substituição progressiva da noção de contágio pela de transmissão na medicina epidemiológica parece significar essa busca de localização do perigo. Como se sabe, a noção de contágio, historicamente associada a reações difusas de medo (angústia), referia-se originariamente a algo desconhecido, não-específico e muito amplo, ou seja, tudo ligado ao contato e ao sentido do tato. A noção de transmissão, por sua vez, estaria ligada à identificação de um agente microbiológico preciso, capaz de produzir uma doença no organismo. Neste caso, a propagação da doença está ligada a uma estrutura morfológica dada. Para além dos limites do racional, o conceito moderno de "transmissão" pode ser assim compreendido a partir de sua relação com a percepção do contágio e o medo do contato.

Canetti observou que nada mais infunde tanto temor ao homem que o contato com o desconhecido , querendo com isso dizer que o ser humano tem necessidade de dissipar o mistério das coisas que o estão tocando. E dissipar esse mistério é conhecer, classificar, nomear o desconhecido (33).

Os elos entre a angústia e o medo constituem, portanto, os fios que tecem a trama desse trabalho. Partimos do pressuposto de que aspectos importantes da história das populações urbanas nordestinas, na segunda metade do século XIX, podem ser compreendidos se relacionados à onda de pequenos e grandes pânicos que atravessaram o período, provocando abalos profundos nas estruturas mentais dos contemporâneos. Com efeito, no curto espaço de menos de três décadas, entre 1850 e 1880, a região foi duramente castigada pelos três

personagens bíblicos do apocalipse: a peste (febre amarela, cólera), a fome (seca de 1877-79) e a guerra (Ronco da Abelha, Quebra-Quilos).

Essas crises foram representadas pelo imaginário das elites locais em tons de preocupação, angústias e temores ante a sombria ameaça de uma plebe doente, faminta e sediciosa. No caso específico das epidemias, as elites identificaram a desordem urbana como a causa mais imediata. O medo da desordem urbana, num primeiro momento, entretanto, refere-se mais às regiões de amontoamento, de confusão e do perigo urbano propriamente, do que à ameaça da plebe. A pobreza não é ainda objeto de análise, mas os cemitérios, os matadouros, as cloacas, os pântanos. O agravamento, contudo, da pobreza urbana passa a ser visto como o elemento responsável pela irrupção de doenças contagiosas, como a lepra, o tifo, o cólera. A associação entre pobreza e epidemia constituirá o ponto de partida para a instauração de um conjunto de práticas discursivas e não-discursivas, cujo desdobramento será a transformação da filantropia caritativa em filantropia higiênica.

A filantropia caritativa - incapaz de prevenir e curar os doentes, disciplinar os mortos ou regenerar os delinqüentes - sofre profundas modificações nos momentos de crises traumáticas, ensejando um redimensionamento da questão da pobreza, da doença e da morte (34). Trata-se, assim, de refazer o percurso da formação do imaginário das sociedades que se instituíram sobre o pressuposto de um ideário sanitário, ou seja, de uma sociedade sã: sem doenças, sem crimes, sem sedições . A idéia sanitária, ao pensar o homem na sua dupla acepção - física e moral -, entendia que poderia atingir a formação moral por meio da

modificação do meio-ambiente. Associada, portanto, aos objetivos de melhorar as condições de vida urbana estava a intenção de civilizar os seres considerados semi-bárbaros (35).

Perseguir essas pistas significa investigar o conjunto de estratégias de controle social implementado para enquadrar a cidade e seus habitantes no campo do saber e do poder disciplinar. Nessa dimensão da análise, esta pesquisa orientou-se para a consulta e tratamento de fontes que revelassem a natureza do saber médico sobre a saúde, a doença e a morte. Mas foi preciso ir mais além e entender que este saber não se encerrava em si mesmo, mas constituía também prática social, uma vez que a dimensão política era parte constitutiva mesma da existência do discurso. Neste sentido, era preciso averiguar como o saber sobre a doença se transmudava em práticas institucionais médicas e caritativas nos hospitais, asilos, prisões, orfanatos, escolas, cemitérios, enfim, por todo o corpo social, no momento da epidemia de cólera, bem como nos momentos imediatamente anteriores e posteriores a ela.

Talvez seja conveniente dizer antecipadamente que este estudo embora concentre-se num momento conjuntural de crise epidêmica (o ano de 1856) e circunscreva-se a uma cidade (Recife), recorreu a uma temporalidade mais ampla e a exemplos de outras localidades sempre que a investigação exigia.

Ainda que o foco da análise aqui realizada incida basicamente sobre as formações discursivas médicas e suas práticas intervencionistas no contexto da epidemia, procuramos explorar, sempre que possível, os discursos e práticas que

irromperam das camadas populares. Nessa outra dimensão da análise, tentamos investigar como a medicina social, ao se estruturar como instrumento de controle e disciplinamento da população pobre, suscitou resistências. Neste sentido, identificamos nas práticas religiosas e de cura, elaboradas pelas camadas pobres (negros escravos e livres), não simples fenômenos residuais de crenças arcaicas ainda não-desaparecidas, mas conteúdos densos de resistência à medicalização autoritária. No momento de um evento traumático, como o foi a epidemia de cólera, o apelo dos pobres, por exemplo, a procissões, missões, promessas e flagelações, rezas e curas mágicas - sem dúvida, atos de contrição, arrependimento e de salvação - parecia ser um recurso perfeitamente enquadrado à concepção geral da epidemia e estava longe de representar apenas sinal dos tempos de ignorância. Sabemos o quanto é difícil trabalhar essa outra história das atitudes, comportamentos e representações coletivas dos pobres. Ainda assim, ousamos elaborar uma trama cuja tessitura se alimenta também dos fragmentos, indícios, ecos pouco audíveis dessa outra história. Tal teimosia da nossa parte talvez se explique pela convicção que ainda nos resta de que a história é um campo de possibilidades no qual os sujeitos atuantes são portadores de projetos diferenciados. Em cada momento, um desses projetos se torna vencedor, tentando apagar a memória dos vencidos (36). No caso específico da epidemia de cólera de 1856 em Recife, o projeto vencedor foi aquele que se expressou por uma nova concepção da doença, que implicava em um conjunto de normas e valores calcados numa nova disciplina espacial, física, ética e cultural. Essa concepção de doença que emergiu como resposta à peste

era totalizante e normativa, posto que implicava num gesto reformador da vida dos homens e mulheres pobres. Neste sentido, tratavam-se de idéias e práticas produtivas e positivas, pois não se limitavam a reprimir ou a excluir. Mas os discursos e práticas elaborados no contexto da epidemia não podem ser vistos como engrenagens perfeitas, silenciosas, bem lubrificadas, onde os dominados seriam meros produtos, suportes ou fantoches dela. Idealizados para submeter, os dispositivos disciplinares dessa nova engrenagem suscitaram resistências, como a do episódio em torno de pai Manoel.

Isto posto, mais um lembrete sobre os limites desta abordagem. Não se trata, evidentemente, de entender qualquer processo histórico sob o ponto de vista de uma paixão - no caso, o medo. Apenas sugerimos que dificilmente poder-se-ia ignorar essa dimensão crucial do medo por trás das ações individuais e coletivas nos tempos do cólera. Isto não quer dizer que, ao projetar sobre esse momento histórico da nossa história este tipo de enfoque, ele seja o único possível.

Finalmente, anunciemos, de forma resumida, o que se vai ler a seguir. No primeiro capítulo, procuramos pôr o leitor em contato com as epidemias de cólera no século XIX, no mundo e no Brasil. A intenção aqui é traçar uma trajetória da construção da noção de epidemia no seu duplo sentido (epistemológico e cultural), bem como apresentar uma visão panorâmica da doença, destacando as suas características principais e o modo como foi representada pelos contemporâneos.

No segundo capítulo, tomamos como objeto de análise a cidade do Recife antes da grande epidemia de cólera de 1856. A intenção aqui é reconstituir a arqueologia de um saber médico sobre a cidade, quando esta passa a ser um objeto problematizado. Nele demonstramos como a cidade na visão médica é sinônimo de perigo, porque é ambiente formador e propagador da doença. Com base neste diagnóstico, os médicos fazem todo um inventário dos medos urbanos, ao mesmo tempo que idealizam estratégias de intervenção na cidade.

No terceiro capítulo, objetivamos reconstituir os diferentes sentidos atribuídos à doença no contexto da epidemia de cólera no Recife e demonstrar como o medo foi o suporte de todas as projeções imaginárias.

A narração e a problematização de alguns aspectos das tensões sociais (caso pai Manoel, crise na medicina, dificuldades políticas na administração da epidemia) geradas pelo cólera em Recife são objetos do quarto capítulo. Neste sentido, tentamos avaliar as respostas sociais às práticas terapêuticas da medicina oficial, bem como os projetos idealizados para combater a epidemia e implementar políticas públicas sobre a cidade.

No quinto capítulo, mostramos o impacto que a doença causou nas concepções médicas e os conseqüentes deslocamentos de seu objeto, problemas e métodos. O objetivo principal aqui é demonstrar com numa conjuntura de crise epidêmica, noções concorrentes de saúde e práticas terapêuticas disputaram legitimidade social e reconhecimento hegemônico.

O sexto e último capítulo trata do esforço realizado pelas instituições em jogo para combater a epidemia e impor um projeto de reordenamento da sociedade.

Notas da Introdução:

1. **Diário de Pernambuco**, 29-02-1856.

2. Manifesto do Dr. Joaquim de Aquino **Fonseca** renunciando à presidência da Comissão de Higiene Pública de Pernambuco. **Diário de Pernambuco**, 29-02-1856.

3. Análise dos motivos apresentados no Manifesto do Dr. J. A. Fonseca pelo Dr. Cosme de Sá **PEREIRA**, presidente da Comissão de Higiene Pública, **Diário de Pernambuco, Documento n. 6 do Relatório do Estado Sanitário da Província de Pernambuco,** 1857, p. 118.

4. "Informação que o Conselheiro Dr. José Bento da Cunha e **FIGUEIREDO** dera ao Exm. Ministro do Império por ocasião de ter sido denunciado de ter autorizado o exercício médico a pessoas não-habilitadas. Juízo que o Exm. Ministro do Império fizera da denúncia e da informação , **Documento n. 7. e 8, do Relatório do Estado Sanitário da Província de Pernambuco,** 1857, p. 225.

5. **Anaes Brasiliense de Medicina,** Tomo XI, n. 1, março de 1857, pp. 9-10.

6. **LUZ,** Madel T. **Medicina e Ordem Política Brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930).** Rio de Janeiro, Edições Graal, 1982, p. 14. Na ótica desta autora, "... os discursos médicos sobre a saúde revelaram ser tanto modelos de conhecimento sobre a estrutura das doenças e suas causas, como propostas práticas de intervenção saneadora e reorganizadora do espaço físico das cidades brasileiras - sobretudo nos centros urbanos portuários - e na vida das populações, no sentido de higienizá-las e organizá-las para o tipo de relações sociais ascendente na formação social brasileira". Idem, pp. 16-17.

7. **LE GOFF**, Jacques, **CHARTIER**, Roger e **REVEL**, Jacques. **A Nova História**. Coimbra, Almedina, 1978.

8. **CHEVALIER**, Louis. **Le Choléra. La premiere epidemie du XIXe Siècle**, Paris, 1988.

9. **EVANS**, Richard J. **Blue Funk and Yellow Peril: Cholera and Society in Nineteenth-Century France.** in European History Quartely. Vol. 20, january, 1990, pp. 111-126.

10. **PELLING,** Margaret. **Cholera, Fever and English Medicine 1825-1865**. Oxford, 1978.

11. **ROSENBERG,** Charles E. **"Cholera in Nineteenth-century Europe: a tool for social economic analysis".** Comparative studies in Society and History. Vol. VIII, 1965.

12. **BOURDELAIS**, Patrice e RAULOT, Jean-Yves. Une peur bleue. Histoire du choléra en France 1832-1854. Paris, Payot, 1987.

13. **BOURDELAIS**, Patrice e **DODIN. Visages du choléra en Paris**. Editions Belin, 1987.

14. **DELAPORTE**, François. **Desease and Civilization. The cholera in Paris, 1832**. Cambridge MA, The MIT Press, 1986.

15. Ver a propósito **SOURNIA**, Jean-Charles. "**O homem e a doença**" in **LE GOFF**, Jacques e outros. **As doenças têm história**. Lisboa, Terramar, 1985, p. 359, quando diz que "as doenças têm apenas a história que lhes é atribuída pelo homem. A doença não tem existência em si, é uma entidade abstrata à qual se dá um nome. A partir das indisposições sentidas por uma pessoa, os médicos criam uma noção intelectual que agrupa os sintomas de que sofre o 'o doente', os sinais que um observador pode constatar, as lesões anatômicas, por vezes, uma causa ou um germe causal, e a este conjunto aplicamos uma etiqueta chamada diagnóstico, do qual decorre um tratamento destinado a agir sobre os sintomas e, se possível, sobre as causas".

16. O cólera e a febre amarela foram as doenças que mais preocuparam os médicos brasileiros no século XIX, embora não tenham matado mais do que a varíola ou a tuberculose, donde se conclui que outros fatores, além da taxa de mortalidade, intervinham nessa preocupação, tais como o desconhecimento dessas doenças (etiologia e formas de disseminação), os efeitos desastrosos sobre a vida econômica, as relações sociais e a estabilidade política. Isto certamente explica o número impressionante de escritos da época sobre o comportamento dessas enfermidades. Num levantamento feito na Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro, consegui listar 136 títulos sobre cólera, muitos dos quais teses médicas defendidas nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e de Salvador, Bahia.

17. **ANDRADE**, Gilberto Osório. **A Cólera-Morbo. Um momento crítico da história da medicina em Pernambuco.** 2a. ed., Recife, Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 1986. Deve-se salientar que este livro de Andrade ultrapassa os limites da historiografia médica, pois se preocupa em traçar um painel sócio-cultural de Pernambuco, extrapolando o meramente documental e contribuindo para uma interessante e bem-humorada reflexão sobre a crise nos pressupostos teóricos da medicina recifense diante de um objeto terrível e desconhecido.

18. É desnecessário dizer que a obra inteira de Michel **FOUCAULT** constitui uma instigante reflexão sobre as relações entre saber e poder nas sociedades modernas. Reporto-me aqui, em especial, a **Vigiar e Punir. História da Violência nas Prisões**. 4a. ed., Petrópolis, Vozes, 1986.

19. **ARIÈS,** Philippe. **História da Morte no Ocidente**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977.

20. **LEBRUN**, François. **Les Hommes et la Mort en Anjou aux 17e et 18e siècles**. Paris, Mouton, 1971.

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

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

23. **ATHAYDE,** Johildo Lopes de. **Salvador e a grande epidemia de 1855.** Salvador, Publicações do Centro de Estudos Baianos, UFBa, 1985.

24. **DAVID**, Onildo Reis. **O inimigo invisível. Epidemia na Bahia no século XIX**. Salvador, EDUFBA/Sarah Letras, 1996.

25. **TRONCA**, Ítalo A. "**História e Doença: a partitura oculta (A lepra em São Paulo, 1904-1940)**. in **RIBEIRO**, Renato Janine (org.). **Recordar Foucault**. São Paulo, Brasiliense, 1985.

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

27. **FREYRE,** Gilberto. **Sobrados e mucambos: decadência do patriarcado rural e desenvolvimento do urbano**. 5a. ed., Rio de Janeiro, J. Olympio, Brasília, INL, 1977, p. 506 e segs.

28. **DELUMEAU,** op. cit., especialmente a introdução. Ver também **AZEVEDO**, Célia Marinho de. **Onda Negra, Medo Branco. O negro no imaginário das elites - séculos XIX.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

29. **CHAUÍ**, Marilena. "**Sobre o medo**"in **CHAUÍ**, Marilena e outros. **Os Sentidos da Paixão.** São Paulo, Companhia das Letras, 1988, p. 57.

30. Idem, p. 39.

31. **BURKE**, Edmund. **Uma investigação filosófica sobre a origem de nossas idéias do sublime e do belo.** Campinas, Papirus: Editora da Universidade de Campinas, 1993, p. 66.

32. **CZERESNIA**, Dina. **Do contágio à transmissão. Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1997.

33. **CANETTI**, Elias. **Massa e Poder**. São Paulo, Companhia das Letras, 1995.

34. Tomo de empréstimo aqui as expressões cunhadas por **CASTRO,** Myriam Mesquita Pugliese e **ABREU**, Sergio França Adorno de. "**A pobreza colonizada**" in **Serviço Social & Sociedade**, n. 17, Abril, São Paulo, Cortez Editora, 1985, pp. 49-72, que definem filantropia caritativa como uma política de administração da pobreza caracterizada pelo espírito de perseverança e benemerência, onde a caridade de Cristo é o princípio normativo das obras sociais. Segundo estes autores, não havia aí preocupações preventivas de separar, hierarquizar ou classificar os diversos assistidos sociais. Por filantropia higiênica entender-se-ia uma fase em que as administrações pública e privada se pautariam por regras de ação prático-normativas, com o objetivo de controlar e disciplinar os indivíduos, sobretudo aqueles considerados "socialmente perigosos". Ver também dos mesmos autores "**A arte de administrar a pobreza: assistência social institucionalizada em São Paulo no século XIX**" in **TRONCA,** Ítalo (org.). **Foucault vivo**. Campinas, Pontes, 1987, pp. 101-109.

35. **BRESCIANI**, Maria Stella M. **"Lógica e Dissonância - sociedade de trabalho: lei, ciência e resistência operária".** in **Revista de História** n. 11., vol. 6, São Paulo, Ed. Marco Zero, 1986. pp. 7-44.

36. **DECCA,** Edgard S. **O Silêncio dos vencidos**. São Paulo, Brasiliense, 1982.

CAPÍTULO I:

EPIDEMIA

1 - Do contágio à transmissão: vivências reais e projeções imaginárias.

> "... a epidemia tem uma espécie de individualidade histórica. Daí a necessidade de usar com ela um método complexo de observação. Fenômeno coletivo, ela exige um olhar múltiplo; processo único, é preciso descrevê-la no que tem de singular, acidental e imprevisto."
>
> **(Michel Foucault, O nascimento da clínica)**

As epidemias têm sido, ao longo da história, quase uma constante na vida dos povos. Desde a Antigüidade, dispomos de relatos e análises sobre esse fenômeno mórbido, cujo traço mais distintivo parece ser a ambivalência: manifestação coletiva e, ao mesmo tempo, singular. Coletiva, enquanto evento que atinge grupos de indivíduos, alterando o seu modo de vida; singular, na medida em que é uma ocorrência única na unidade de tempo e espaço em que se manifesta.

A história do sofrimento humano tem sido, portanto, pontilhada pela febre conjuntural das epidemias. É certamente uma história dramática que, através dos tempos, tem revelado, em cada época, uma doença emblemática, unindo o horror dos sintomas ao pavor de um sentimento de culpabilidade individual e coletivo.

Em todas as situações em que ocorrem epidemias, os homens elaboram representações, conhecimentos, saberes e práticas, com o fim de debelar o mal. Na vivência trágica das epidemias que marcaram a história da humanidade com

tudo quanto há de terrível, misterioso, aniquilante e fatal, encontramos, assim, as origens das projeções imaginárias sobre as doenças.

Durante muito tempo, as epidemias mortais foram representadas como pestes, ou seja, foram vistas como castigo ou punição. Ao que se sabe, o termo "peste" apareceu pela primeira vez na narração do historiador grego Tucídides, quando reconstituiu a epidemia que irrompeu em Atenas no ano de 430 a. C. Em seu relato, percebe-se a preocupação em descrever a natureza e os sintomas do evento de forma geral, sem se ocupar das variedades e das diversas peculiaridades dos casos particulares. Captando os traços essenciais de uma epidemia, o historiador grego forneceu um modelo de análise que se repetiu na descrição de eventos semelhantes no decorrer da história. Eis uma passagem que ilustra bem a sua preocupação em pôr em relevo os traços sempre recorrentes de uma epidemia mortal:

> "Alguns morriam sem assistência, outros em meio a toda atenção. Nenhum remédio foi encontrado que pudesse ser utilizado como específico; o que era bom para um caso, era prejudicial para outro. Constituições fortes e fracas mostravam-se igualmente incapazes de resistência, todos sucumbiam, embora seguissem regimes com extrema precaução. De longe, a mais terrível característica da doença, era o desânimo que sucedia quando alguém se sentia doente, pelo desespero em que imediatamente caía, levando embora seu poder de resistência, e tornando-se uma presa mais fácil do mal ; ao lado disso, havia o terrível espetáculo de homens morrendo como carneiros ao pegarem a infecção cuidando uns dos outros. Isto é que causava a maior mortalidade. Por um lado, se tivessem medo de visitar uns aos outros, pereciam abandonados; certamente muitas casas ficaram vazias por falta de alguém para prestar socorro; por outro lado, caso se aventurassem a fazê-lo, a morte seria a conseqüência. Esse foi especialmente o caso daqueles que tiveram pretensões à bondade: a virtude tornou-os cruéis consigo mesmos ao darem assistência à casa dos amigos, onde mesmo os membros da família estavam por fim abatidos para lamentar os mortos, sucumbindo à força do desastre. Foi naqueles que se haviam restabelecido que os doentes e mortos encontraram maior compaixão. Estes já sabiam do que se tratava, pela própria experiência, e já não tinham medo por eles mesmos; a doença nunca atacava o mesmo homem duas vezes - pelos menos não fatalmente. E tais pessoas não somente eram felicitadas por todos, como elas próprias, no enlevo do momento, iludiam-se na vã esperança de que estavam salvas de qualquer outra doença no futuro (1).

Acontecimento trágico, permeado de imagens de terror, conflitos, mortes e desagregação. Desconhecimento das causas do mal, impotência da medicina, súplicas, preces, desânimo e, sobretudo, medo do contágio: eis a imagem da peste descrita por Tucídides. Há, entretanto, um aspecto na passagem acima para o qual o historiador grego parece chamar mais atenção: a percepção do contágio. Teme-se a aproximação do outro, que pode significar morte. Quebram-se os rituais tradicionais de enterro dos mortos, evitam-se os doentes e mesmo os aparentemente sãos. Perdem-se as referências morais: já não se temem as leis humanas, nem as divinas. A magnitude da catástrofe, atingindo a todos sem piedade (bons e maus), instaura o desespero, a entrega a prazeres intensos e imediatos, já que a perspectiva de futuro é abolida.

Essas imagens extraordinárias elaboradas por Tucídides estão presentes em muitas outras descrições das epidemias mortais. Na descrição da peste que se abateu sobre Florença, em 1348, Boccaccio, por exemplo, recorre às mesmas imagens do historiador grego. A percepção da epidemia associada ao contágio levava as pessoas a desregramento das condutas, dissolução das estruturas de autoridade, rompimento das regras básicas de convivência, isolamento e solidão (2).

A epidemia como punição dos deuses parece ser uma outra importante associação já presente nas culturas do Mundo Antigo. O texto da 'peste' em Ovídio (42 a.C. - 18 d.C.) ilustra bem a associação entre epidemias e castigo divino: o flagelo terrível que atacou o povo teria sido provocado pela ira de Juno à Terra, que tinha o nome de uma rival (3). Na Ilíada, canto I, temos a peste

representada por flechas enviadas por Zeus valendo-se de Apolo. Essas mesmas imagens das epidemias sendo enviadas por intermédio de flechas lançadas como punição contra os pecados da humanidade aparecem nas iconografias cristãs durante a Idade Média (4).

Dentro da mesma concepção da epidemia como peste, além daquela que associava doença e castigo divino, mas recorrendo a causas naturais, temos as explicações que atribuíam a ocorrência desses eventos a condições climáticas. Ovídio, por exemplo, sugere que a peste irrompeu no momento em que "... o céu cobriu a terra com uma escuridão profunda e encheu essas trevas de um calor sufocante. O cálido Austro soprou um vento mortal". Referindo-se, em seguida, à contaminação e envenenamento das águas, escreve: "era evidente que a peçonha se espalhava pelas fontes e pelos lagos, e que milhares de serpentes, errando pelos campos incultos contaminaram os rios com seu veneno" (5). Ele associava, ainda, a peste ao contágio provocado pelo ar corrompido pelo cheiro dos cadáveres dos corpos que jaziam nos bosques, campos e estradas.

Assim, "loimos", em grego, e "pestis', em latim, eram expressões usadas para designar um flagelo geral, uma fatalidade do que poderia haver de pior, isto é, todas as doenças contagiosas e mortais. A representação das epidemias como flagelo ou castigo parece ter sido a mais antiga forma de representação das doenças. Temos, portanto, desde a Antigüidade, uma longa série de imagens extraordinárias dos flagelos, como descreveu Camus:

> "Atenas empestada e abandonada pelos pássaros; as cidades chinesas cheias de moribundos silenciosos; os condenados de Marselha empilhando em covas os corpos

que se liqüefaziam; a construção, na Provença, de uma muralha para deter o vento furioso da peste; Jafa e os seus mendigos horrendos, os catres úmidos e podres colados à terra batida do hospital de Constantinopla; os doentes suspensos por ganchos, o carnaval dos médicos mascarados durante a Peste Negra; os acasalamentos dos vivos nos cemitérios de Milão; as carretas de mortos na aterrada Londres; as noites e os dias em toda parte e sempre cheios dos gritos intermináveis dos homens" (6).

Toda doença muito temida, não só por ser fatal, mas também por transformar o corpo em algo repulsivo, era promovida à condição de "peste". O imaginário coletivo, desse modo, criava em torno de uma enfermidade um território fortemente simbólico. É o que se constata ao se estudar a história da lepra, da sífilis, do cólera ... e, nos dias atuais, da aids.

Em oposição a essa secular representação da doença, a medicina ocidental, desde Hipócrates, tentou elaborar um outro saber que estabelecesse formas mais seguras de identificação do mal, percebendo-o como proveniente da natureza e das relações entre os homens. Essas noções, teorias e explicações elaboradas pela medicina suscitaram práticas sociais de proteção às epidemias que tenderam a falar do lugar da ordem, ainda que estivessem constantemente permeadas por um imaginário religioso com um sentido de expiação e purificação.

O modelo de organização de práticas suscitado pela lepra, que incluía exílio, exclusão e purificação, é, certamente, o exemplo mais contundente. Entre os séculos VI e XIV, a lepra na Europa tornou-se um sério problema social. Representada pelo imaginário religioso como uma doença típica dos espiritualmente impuros, foi duramente combatida com ritos de purificação e

exclusão, sendo os leprosos proscritos, destituídos de direitos civis e considerados socialmente mortos (7).

Associada no imaginário medieval à idéia de contágio, a lepra mobilizou todo um conjunto de dispositivos da ordem para submeter os leprosos. Uma vez identificada a doença num indivíduo, a Igreja e os saberes dominantes pronunciavam uma sentença de isolamento, seguido de um ritual onde lhes eram consagradas vestes, um par de luvas e um chocalho, bem como uma série de advertências:

> **"Eu te proíbo de entrar em igrejas, abadias, feiras, engenhos ou mercados só ou entre a companhia de outros.**
>
> **Eu te proíbo de andar sem o teu hábito.**
>
> **Eu te proíbo de lavar as mãos ou qualquer coisa tua nos córregos e nas fontes, ou beber lá; e se necessitar de água pegue-a de teu barril em teu copo.**
>
> **Eu te proíbo de tocar em qualquer coisa que negocie, ou compre, até que seja teu.**
>
> **Eu te proíbo de ir a qualquer taverna; se quiser vinho, se comprá-lo ou alguém te vender, coloque-o em teu barril.**
>
> **Se estiver na estrada e encontrar outra pessoa que fale contigo, eu te proíbo de responder até que se colocado contra o vento.**
>
> **Eu te proíbo de tocar em crianças ou de dar-lhes qualquer coisa.**
>
> **Eu te proíbo de comer ou beber de qualquer recipiente exceto os teus.**
>
> **Eu te proíbo de beber e comer em companhia, exceto de leprosos" (8).**

Nesses rituais religiosos atribuía-se formalmente o estatuto de morto ao leproso. Rezavam-se-lhe réquiens, semelhantes aos que eram lidos para os mortos. Em seguida, ao som fúnebre dos sinos, o doente era conduzido, pela mão do padre, ao cemitério, onde era enterrado simbolicamente. (9).

A imagem do contágio parece ter sido a mais poderosa fonte de proliferação de um imaginário fundado no medo. Mas o medo do contágio não se restringiu apenas à lepra. As descrições da peste nos séculos XIV e XV reproduzem imagens muito semelhantes. Boccaccio descreveu de que modo não só a proximidade contagiava os sãos, mas também como o simples fato de conversar e cuidar dos doentes, de tocar em suas roupas, "ou em qualquer outra coisa que tivesse sido usada ou manipulada por um doente, transferia a outro indivíduo a doença em questão. Os objetos dos doentes ou dos mortos pela doença, se tocados por animais, também os contaminavam e matavam em pouco tempo" (10).

O imaginário social na Idade Média relacionou a peste ao sentido do olfato e ao tato. Por isso, durante as epidemias, era comum observar-se cenas de pessoas vagando de um lugar para outro levando flores, ervas odoríferas e perfumes. A imaginação coletiva supunha que "todo o ar estivesse tomado e infectado pelo odor nauseabundo dos corpos mortos, das doenças e dos remédios"(11).

As medidas tomadas contra a peste eram decorrentes destes dois sentidos: o tato e o olfato. Dever-se-ia evitar a proximidade e o contato, mas também neutralizar com perfumes e proteger com máscaras os odores viciados que corrompiam o ar.

Na tentativa de compreender a rápida propagação da peste, o imaginário social a descreveu como algo semelhante a um vasto incêndio. De acordo com o

Decameron, a doença se comportava "de modo igual àquele pelo qual procede o fogo: passa às coisas secas, ou untadas, estando elas muito próximas dele"(12).

Vale observar que a associação entre contágio e fogo certamente corresponde à força simbólica das imagens suscitadas por este último. O fogo é considerado por todo o gênero humano como o mais antigo e forte símbolo da massa. Como destacou Canetti, sugere sempre um inequívoco perigo comum, estimulando um medo compartilhado por todos. O seu toque é hostil e assustador: "Quem quer que se interponha no caminho é contaminado por essa disposição genericamente hostil do fogo; a maneira como este se propaga, como vai paulatinamente cercando as pessoas e, por fim, as envolve por completo ... "(13).

O fogo é contagioso e insaciável: "... a ausência de resistência possível ao contato com as chamas é algo sempre espantoso. Quanto mais vida algo abriga, tanto menos será ele capaz de defender-se do fogo; capaz de fazer-lhe frente é apenas o que há de mais inanimado: os minerais. Sua veloz desconsideração não conhece fronteiras. Ele quer conter tudo e nunca se dá por satisfeito "(14).

A associação entre contágio, ar e fogo parece sugerir que miasma e contágio eram noções estreitamente vinculadas nos tratados medievais. Assim, na origem das epidemias, as explicações correntes relacionavam influências astrológicas e divinas, miasmas e contágios. É o que parece sugerir o depoimento de Defoe, quando procura identificar as causas da grande peste que se abateu sobre Londres em 1665:

> "Para mim, isso encerra a questão e a calamidade se espalhou por contágio, ou seja, por certos vapores e fumos que os médicos chamam de eflúvios, pela respiração e pelo suor ou pelo maus cheiro das feridas dos doentes. Ou, quem sabe, também por outros

meios, até mesmo acima do alcance dos próprios médicos, com eflúvios atingindo os sãos que chegassem a determinada distância de um doente e penetrando imediatamente nas partes vitais das pessoas ditas sadias, pondo seu sangue em imediata fermentação e agitando seus espíritos ao nível de se perceber que estavam perturbados" (15).

Relacionando a doença a uma "abertura" às sensações, entendia que os mais propensos a caírem enfermos seriam aqueles mais abertos ao contato e aos estímulos, os mais sensuais, ávidos e disponíveis aos prazeres dos sentidos. Nesta perspectiva, os indivíduos potencialmente sujeitos ao perigo seriam

"... aqueles que têm o corpo cheio de humores, especialmente humores pútridos e corruptos. E também aqueles que durante o ano todo deleitam-se em comer e beber muito. E aqueles que têm freqüentes intercursos com mulheres. E aqueles que têm as porosidades de seus corpos naturalmente ou artificialmente abertas, assim como aqueles que se banham freqüentemente. Naturalmente, aqueles que são hipersensíveis ao calor ou ao frio. E aqueles que suam sem muita razão. E aqueles cujos corpos são cabeludos, porque abundância de cabelos denota porosidade ampla do corpo" (16).

O ato de adoecer, portanto, consistia na abertura dos interstícios do corpo, na ampliação dos seus espaços de permeabilidade - os poros -, tornando-o receptivo à entrada de estímulos danosos (17).

Entendidas assim, as práticas de combate à doença se resumiam basicamente em medidas de isolamento que protegessem o corpo de vários tipos de influências deletérias. O sistema de quarentena instituído no período da peste parece corresponder de maneira exemplar a esse entendimento da doença. De duvidosa eficácia, sua utilização era sempre associada às práticas de fumigamento e desinfecção, como acender fogueiras purificadoras nas encruzilhadas de uma cidade; desinfectar com perfumes e enxofre os indivíduos, casas, roupas e outros objetos ou utilizar máscaras ou lenços.

Até finais do século XIX, duas formas polares de representação da doença fundamentaram o saber médico sobre as epidemias: a concepção ontológica, presente no imaginário de praticamente todas as culturas desde o Mundo Antigo, e a concepção dinâmica, formulada no Mundo Grego em conformidade com a idéia de *physis*. As noções de contágio e miasmas estiveram ligadas a essas duas concepções de doença. A primeira entendia a enfermidade como possuidora de um estatuto com existência própria, uma entidade concreta que vinha do exterior - tanto do ar, como de outros indivíduos e objetos - e que não fazia parte da natureza do homem. Era uma espécie de forma do mal que penetrava no corpo, como espíritos, possessões demoníacas ou flechas lançadas pelos deuses. Neste caso, o homem doente seria aquele ao qual havia se agregado um ser (a doença). A cura, em oposição, seria um esforço para expulsar, por meio de tratamentos mágicos, esse ser estranho.

Já a concepção dinâmica, presente nas teorias hipocráticas, era totalizante e baseava-se no entendimento da natureza (*physis*) como harmonia e equilíbrio. Neste sentido, a doença era resultante da perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia. Como tal, não se localizava em parte alguma do corpo humano. Estava no homem todo e lhe pertencia por completo. A enfermidade não era só desequilíbrio ou desarmonia: era, sobretudo, o esforço da natureza no homem para obter um novo equilíbrio. A doença seria simplesmente uma reação generalizada com intenções de cura : o organismo desenvolveria uma doença para curar-se. Vista desta perspectiva, a teoria médica não passava de uma ação imitativa da ação médica natural (18).

Contudo, havia um ponto comum entre essas duas concepções das enfermidades: ambas convergiam para um dimensão "naturalística", ou seja, o evento doença era conceptualizado a partir de um modelo oferecido pelo conceito de natureza. A natureza era harmonia e equilíbrio estático (concepção ontológica) ou dinâmico (concepção dinâmica). Disso resultava uma situação paradoxal: a ação interventora da medicina era essencialmente passiva, contemplativa, pois consistia, no limite, em potencializar as tendências naturais (19).

Enquanto prevaleceu a concepção de natureza como o conceito fundamental para pensar as enfermidades, predominou na medicina ocidental o entendimento de que as epidemias eram resultantes do desequilíbrio dos elementos e dos humores.

Os escritos hipocráticos, ao estabelecerem um princípio de causação entre a natureza (as estações, os climas, os ventos, as propriedades das águas e outras influências ambientais) e a doença, permitiram a formulação das noções de miasma e contágio, tão importantes para a história do pensamento médico. A idéia de miasma, termo originário do grego, tinha o significado de tingir, manchar (20). Contágio, por sua vez, era o ato de propagação de uma doença pelo contato mediato ou imediato.

Segundo entendia a medicina hipocrático-galênica, a simples absorção de ar corrupto degenerava os humores corporais que, uma vez expelidos através dos poros ou da respiração, poderiam corromper o ar. Nesse sentido, a noção de contágio implicava não só naquilo que poderia decorrer do contato, mas também

da simples aproximação. Não havia, então, como distingüir, com clareza, contágio e miasma. Tal distinção só viria a ocorrer a partir do século XVI, quando formulou-se uma teoria ontológica de propagação da doença com pretensão científica. É o momento, então, em que surgem duas interpretações distintas sobre a origem das doenças epidêmicas: a da constituição epidêmica, derivada da concepção hipocrática, e a do contágio, formulada por Fracastoro.

Fracastoro definiu contágio como uma corrupção que ocorre de modo semelhante entre portadores e receptores, causada por infecção de partículas imperceptíveis. O contágio resultaria tanto do próprio corpo como do meio ambiente, passando de um para outro direta ou indiretamente. Mas poderia ocorrer também à distância, sem mediação de nenhum objeto (21).

Ao formular essas associações, Fracastoro parecia entender a noção de contágio como uma estrutura material, propondo, assim, uma teoria da propagação das epidemias que rompia com a oposição entre contágio, provocado por contato homem a homem, e infecção, proveniente da atmosfera. O que o preocupava era identificar um princípio, uma causa que fosse sua origem, em lugar de entender a epidemia como resultante do desequilíbrio de uma constituição atmosférica ou corporal.

Ao observar o comportamento das epidemias, Fracastoro verificou que um grande número de pessoas, ainda que perfeitamente saudáveis e "... cujos humores não haviam sofrido nenhuma corrupção, apesar disso pegaram o

contágio, simplesmente pela associação com os atingidos pela peste ou com suas roupas. (...) Os princípios do contágio eram *per si* o próprio germe" (22).

Mas a teoria do contágio de Fracastoro, ainda que sugerisse uma nova racionalidade para a explicação da propagação das doenças epidêmicas, não divisava com clareza as origens precisas do contágio. Assim, o contágio resultaria de putrefações ou corrupções que "ocorriam em torno da terra", suscitadas por conjunções planetárias, terremotos, umidade e calor excessivos, estrelas cadentes e cometas (23). A intervenção de forças sobrenaturais era vista como a ação da própria natureza. O "naturalismo" da Renascença, neste sentido, não era senão a naturalização mágica do sobrenatural (24).

Assim, a teoria de Fracastoro, como a de Vesálio e Paracelso, representaram tentativas de transformação da medicina de contemplativa em operativa, e expressaram o pensamento científico da Renascença. Contudo, era um pensamento marcado por um discurso pré-moderno, constituído por associações de semelhanças, assimilações e noções como de antipatia e simpatia (25). Por isso, é preciso vê-lo não como uma antecipação iluminada de uma verdade que viria a ser descoberta no século XIX mas como um prenúncio ou esboço de um projeto que só encontraria possibilidade efetiva de expressão no século passado.

Desta forma, até meados do século XIX, a noção de contágio era tida como absurda, especulativa e sem base consistente (26). A explicação que

prevalecia sobre as doenças epidêmicas era, até então, derivada da releitura da tradição hipocrática.

A teoria miasmática, por exemplo, reelaborada por Boyle e Sydenham, no século XVII, explicava o aparecimento de epidemias utilizando o conceito de constituição epidêmica.

Para Sydenham, havia diferentes constituições em diferentes anos. Elas se originavam de certas misteriosas e inexplicáveis alterações nas entranhas da Terra. Através de seus eflúvios, a atmosfera e os organismos humanos predispostos se contaminavam:

> "Se as entranhas da Terra, sob várias alterações, pelos vapores que exala, contamina o ar, ou se a atmosfera está modificada por algumas alterações induzidas por conjunções peculiares de algum corpo celeste, a verdade é que em um certo momento, o ar é material cheio de partículas que são hostis à economia do corpo humano, assim como em outras vezes ele está impregnado com partículas provenientes da desagregação dos corpos de diferentes espécies de animais selvagens. Sempre que recolhemos, com nossa respiração, tais miasmas nocivos e naturais, misturando-os ao nosso sangue, caindo em doenças epidêmicas que eles são aptos em engendrar, a Natureza chama a febre como seu instrumento usual para expelir do sangue qualquer material hostil que possa emboscá-lo. Essas doenças são usualmente chamadas epidêmicas" (27).

Como se pode ver, as doenças epidêmicas eram entendidas pela medicina das espécies como entidades qualitativamente diferentes daquelas doenças não-epidêmicas. A vinculação natureza/enfermidade parecia clara, pois era um certo estado da atmosfera a causa de tais enfermidades. A idéia de miasma e de seu mecanismo de ação sobre o corpo humano era suficientemente lógica para ser aceita.

A concepção de epidemia elaborada pela medicina das espécies no século XVIII entendia que a noção de constituição não se confundia com a de epidemia, pois não era qualquer constituição que poderia ser considerada epidêmica. A epidemia era uma constituição de tessitura mais compacta de fenômenos constantes e mais homogêneos. No século XVIII, era mais do que uma forma particular de doença, era um modo autônomo, coerente e suficiente de ver a doença. Neste sentido, não havia diferenças de natureza ou espécie entre uma doença individual e um fenômeno epidêmico. Bastava que uma doença se reproduzisse algumas vezes para que fosse considerada uma epidemia. Tratava-se, portanto, de um problema puramente aritmético de limiar, pois o esporádico era apenas uma epidemia infraliminar. Esta percepção não era essencial e ordinal " como a da medicina das espécies, mas quantitativa e cardinal"(28).

Por conseguinte, o caráter essencial de uma epidemia não residia nessa ou naquela doença, uma vez que o seu suporte seria dado por um conjunto de circunstâncias presentes em um lugar, em um certo tempo (noção de "constituição"). A doença teria, então, a marca da repetição, ao passo que a epidemia parecia ser única. O que atribuiria essa singularidade à epidemia seria a especificidade do contexto no qual ocorreria e não a essência de uma doença qualquer.

Sydenham imaginava que a doença era fruto de uma relação dinâmica entre corpo e meio-ambiente. As epidemias resultariam das alterações nas propriedades do ar que predispunham ao adoecimento. A constituição epidêmica

significaria, assim, uma ocorrência singular, na qual as doenças surgiriam de alguma desordem peculiar de corpos particulares (29).

O suporte, pois, da percepção de Sydenham sobre a ocorrência das epidemias parece ser um núcleo de circunstâncias, uma rede de acontecimentos que assumem as dimensões de uma história, de uma geografia, de um Estado. A essência de uma epidemia não está nessa ou aquela doença, mas nesse ou naquele lugar. O que é específico não é a doença mas a constituição epidêmica:

> "Pode haver, possivelmente, vários tipos de desinteria, como há vários tipos de varíola, e outras epidemias peculiares a constituições diferentes e que podem, portanto, requerer diferentes métodos de cura em algumas particularidades (30).

No século XIX emerge um novo conceito de doença na medicina, fundado na percepção de que a atividade humana se legitima pela capacidade de mudar o curso natural das coisas. Essa nova percepção entende que o homem pode e deve forçar a natureza a dobrar-se às suas intenções normativas, daí resultando a impossibilidade de se fazer uma distinção qualitativa entre o normal e o patológico. Segundo Canguilhem, a característica epistemológica fundamental do conceito de doença que a medicina moderna utiliza seria pois a de que normal e patológico não se diferenciam senão enquanto quantidades diversas de uma mesma qualidade. A medicina experimental estaria erguida sobre este edifício (31).

No plano estrito das doenças epidêmicas, sabe-se como, no século XIX, com a emergência de uma medicina social, se desenvolve e se consolida uma concepção que associa condições sócio-econômicas e saúde.

Virchow, por exemplo, estudando uma epidemia de tifo na Silésia, em 1847, desenvolveu a teoria segundo a qual a enfermidade seria uma manifestação do desajustamento social e cultural:

> "Se a doença é uma expressão da vida individual sob condições desfavoráveis, a epidemia deve ser indicativa de distúrbios em maior escala da vida da massa. [...]
>
> As epidemias não apontarão sempre para deficiências da sociedade? Pode-se apontar como causas as condições atmosféricas, as mudanças cósmicas gerais e coisas parecidas, mas em si e por si estes problemas nunca causam epidemias. Só podem produzi-las onde devido a condições sociais de pobreza, o povo viveu durante muito tempo em uma situação anormal"(32).

Virchow estabelecia uma curiosa classificação entre epidemias resultantes de causas naturais e artificiais, demonstrando o momento de passagem de uma medicina "naturalística" para uma medicina social. O seu enfoque, contudo, já enfatizava a importância do conceito de cultura como elemento decisivo para pensar as epidemias:

> "[...] não há mais dúvida de que a história das doenças epidêmicas deve ser uma parte inseparável da história da cultura da humanidade. As epidemias correspondem a grandes sinais de alerta que mostram ao verdadeiro estadista que um distúrbio ocorreu no desenvolvimento de seu povo, que nem mesmo uma política caracterizada pelo desinteresse pode negar" (33).

Revelando uma aguda percepção da natureza histórica e social da doença, Virchow dizia que condições meteorológicas, mudanças cósmicas gerais e outros argumentos semelhantes, por si sós, não seriam suficientes para originar as epidemias:

"Saúde e doença, naturalmente, são propriedades do indivíduo, desde que a vida não pertence à massa e sim ao indivíduo. Certas condições de vida, contudo, dizem respeito a nações inteiras ou a maior parte da população, enquanto os indivíduos nas suas vidas particulares sempre são os portadores e a expressão de situações e condições, normais e anormais, ainda assim, as manifestações da vida, quando modificadas por condições espaciais e temporais podem aparecer de uma maneira tão massiva que podemos nos permitir falar de saúde e doença do povo de uma maneira abstrata, mesmo que não seja o ideal (34).

As epidemias, enquanto fenômenos coletivos, eram indicadores de que a saúde da população se encontrava em condições anormais. As condições sociais precárias poderiam provocar situações anormais, deteriorando as condições naturais e gerando as epidemias. Note-se, de passagem, que essa concepção dinâmica da doença, entendida como desequilíbrio interno ou externo, expressou-se em práticas que perseguiam uma vida equilibrada, imposta pelo indivíduo a si mesmo, e certamente se relacionavam também às condições gerais de vida que os governos teriam obrigação de garantir a seus povos.

Até meados do século XIX, como se sabe, a teoria da constituição epidêmica dominou. Contudo, a partir do final do século anterior já se observa um deslocamento da concepção dinâmica de doença para uma concepção ontológica localizante dos princípios que causam as enfermidades. O discurso médico a respeito da propagação das epidemias vai deixando de lado os imprecisos sentidos do olfato e tato para afirmar-se no sentido da visão.

O nascimento da clínica no final do século XVIII, que se estrutura através de uma linguagem que fala do olhar, inaugura um novo discurso, marcado pela objetividade, formalidade, empiricidade, concretude, análise e profundidade.

Foucault assinala que essa nova perspectiva discursiva cria as condições de possibilidade de uma experiência clínica. A estrutura discursiva incide a partir daí sobre o indivíduo, sobre o seu corpo, e a doença é identificada como uma lesão em um órgão. A doença encontra uma correspondência no corpo. A anátomo-clínica, a partir do estudo da morte, da sua observação, da sua descrição, produz o acesso do olhar para o interior do corpo. O campo onde se produz a doença centra-se no espaço corporal. A anátomo-clínica, com seu olhar de profundidade, torna visível o que era invisível (35).

Desvendar uma trama orgânica que se produz no espaço corporal; encontrar suas determinações causais: eis uma nova forma de conhecer a doença. Esse novo olhar sobre a doença deslocou para outra esfera discursiva a velha disputa entre contagionistas e miasmáticos, centrando-se, a partir daí, em um elemento particular da anatomia: o revestimento corporal. Assim, a noção de contágio passa a ligar-se principalmente ao revestimento externo - a pele; a noção de miasma, ao revestimento interno - as membranas mucosas (36).

Como se sabe, até meados do século passado, a teoria do contágio era tida como ultrapassada e a teoria da constituição epidêmica tinha atingido seu maior grau de elaboração. Paradoxalmente, a noção de contágio foi reabilitada e tornou-se aparentemente vitoriosa quando deixou de ser teoria do contágio para incorporar uma noção distinta: a de transmissão.

A noção de transmissão refere-se ao corpo do homem tal qual a biologia do século XIX o concebe: no seu recorte orgânico. O aparecimento desse

conceito parece marcar uma significativa descontinuidade discursiva, pois indica mudanças importantes na própria estrutura perceptiva da apreensão da propagação de doenças epidêmicas. Ao orientar o olhar para as estruturas anatômicas, buscando descrever e explicar a origem morfofuncional das lesões ou inflamações que ocorrem no processo da doença, esta nova estrutura perceptiva marca o surgimento da medicina moderna (37).

Até a primeira metade do século XIX, as noções que disputavam a explicação da origem das epidemias fundavam-se nos sentidos do tato (contágio) e olfato (miasma). O conceito de transmissão, assim como o conceito moderno de doença, apóia-se no sentido da visão, mais próximo da linguagem - da razão -, enfim, das descrições supostamente mais claras e objetivas (38).

Foi, portanto, a partir do estudo das características anátomo-patológicas de inflamações específicas que a medicina identificou a natureza específica da causa das doenças. O trabalho de John Snow, "Sobre a Maneira de Transmissão do Cólera", é visto como o exemplo mais conhecido dessa nova estrutura discursiva na medicina. O ponto de partida de sua investigação é o de que "a patologia do cólera é que pode indicar o modo pelo qual a enfermidade é transmitida' (39).

Após descrever detalhadamente as relações entre lesões, fisiopatologia, sintomas clínicos e análises químicas do sangue e das fezes, Snow anota que os sintomas do cólera dependem da exudação proveniente da membrana mucosa intestinal, que posteriormente é expelida copiosamente pela evacuação.

Tentando identificar a causa "verdadeira e específica" da doença, conclui que o "veneno do cólera" se introduz no canal alimentar, reproduzindo-se, provavelmente, de forma semelhante à de uma célula, sendo expelido nas fezes. Em seguida, Snow traça o roteiro de disseminação do cólera que, saindo do corpo por meio das fezes, contamina mãos, objetos, roupas e se mistura à água. Era através da via hídrica, segundo ele, que o cólera alcançava as "habitações aglomeradas das pessoas de poucos recursos" e se propagava por maior extensão, inclusive alcançando as classes mais abastadas. Demonstrou essa conclusão a partir de um apurado estudo da relação entre casos de cólera e o tipo de abastecimento de água em Londres.

Após examinar listas de mortalidade provocadas pelo cólera em Londres, Snow se deu conta de que a doença era mais grave numa certa localidade da cidade, ainda que aparecesse em outras. Entrevistando famílias dos mortos, ele descobriu um único fator comum: o poço de Broad Street, do qual as vítimas bebiam água. Investigou outros poços provavelmente contaminados e obteve os mesmos resultados. Ao final de sua minuciosa investigação, descobriu que a água era o principal veículo transmissor da doença.

O surpreendente de tudo isto é que sem conhecer a causa precisa do cólera, ele, mediante um procedimento lógico, foi capaz de identificar a fonte de infecção e prescrever o modo de combatê-la. Mas Snow não parecia estar sozinho em suas pesquisas. William Bud, por exemplo, publicou um panfleto, "O

cólera maligno, sua maneira de propagação e sua prevenção", onde chegava a resultados similares aos de Snow.

O trabalho de Snow não era apenas uma bem-elaborada investigação sobre a associação causal entre doença e o consumo de água contaminada, como querem alguns autores (40). Sua abordagem envolvia uma ampla rede de processos que determinavam as condições de produção e propagação da doença no espaço urbano. Por isso, seu olhar se debruçou, como o de Virchow, sobre o cotidiano, os hábitos e modos de vida, os processos de trabalho e a natureza das políticas públicas e suas implicações na morbidade.

2. *Cólera: o retorno da praga*

> "Sonhou, durante a doença, que o mundo todo estava condenado a ser vítima de uma terrível, inaudita e nunca vista praga que, originária das pronfundidades da Ásia, cairia sobre a Europa. Todos teriam que perecer, exceto uns tantos, muito poucos, escolhidos. Surgira uma nova triquina, ser microscópico que se introduzia no corpo das pessoas. Mas esses parasitas eram espíritos dotados de inteligência e de vontade. As pessoas que os apanhavam tornavam-se imediatamente loucos".
>
> **(Dostoiévski - Crime e Castigo)**

No início dos anos 1830, uma ameaça irrompe no meio das cidades européias, percorrendo seus caminhos, ruas e becos, invadindo suas casas, tocando seus habitantes, prenunciando a morte como possibilidade imediata para todos. O quadro é apocalíptico: populações dominadas pelo medo, cidades sitiadas pela morte, que se anuncia como doença contagiosa e assimilada à peste. Contágio, peste, morte despersonalizada e súbita: eis o cólera que se apresenta.

Doença contagiosa de alta letalidade, o "cólera-morbus" foi assim denominado por seu caráter maligno.

A palavra cólera, que em nossa língua significa um impulso violento contra o que nos agride - ira, raiva, fúria, furor, zanga -, vem do latim *cholera*, que por sua vez a recebeu do grego *kholéra*, derivado de *kholé*, que quer dizer bílis. Até o século XIX, cólera com o sentido de doença era um vocábulo composto de uma palavra portuguesa - ***cólera*** - associada a uma latina - ***morbus*** -, ***cólera-morbus,***

que significava enfermidade, peste do cólera e era empregado invariavelmente no masculino.

Em hebraico, o termo *col le rá* quer dizer "todo mal". A Bíblia hebraica faz referência nos ESCRITOS (II Crônicas 21, 14-15) a uma doença dos intestinos, conhecida em torno de 349 a. C., "... que no decorrer do tempo fará os intestinos ficarem à vista...", aludindo provavelmente ao cólera, pela sua violência.

Na Grécia Antiga, a palavra cólera foi empregada para designar distúrbios gastrointestinais, atribuídos a desarranjos da bílis. Segundo a teoria humoralista hipocrática, a bílis (amarela e preta) formava, juntamente com o sangue e o fleugma ou muco, os quatro humores do corpo. Como se sabe, a saúde ou a doença resultavam do equilíbrio ou desequilíbrio entre estes quatro humores. O cólera era, assim, um desequilíbrio da bílis. Contudo, como veremos, essa representação da doença como desequilíbrio dos humores foi também utilizada para descrever o desequilíbrio da personalidade e constituição dos seres humanos. Neste sentido, os termos fleugmática, biliosa, colérica, sangüínea e melancólica foram largamente usados para classificar as condutas das pessoas. Um indivíduo colérico, portanto, era aquele portador de um cólera mental, extremamente irritado e revoltado com algo. Como uma epidemia de cólera, por exemplo.

Os sinais clássicos do "cólera-morbus" foram descritos a partir das manifestações de vômitos constantes, diarréias, supressão da urina e desidratação, provocando a morte em poucos dias.

Na verdade, como se sabe hoje, o cólera é uma infecção aguda no aparelho intestinal causada por um micróbio, o vibrião colérico. Trata-se de uma enfermidade endoepidêmica que só afeta o homem. Os seus sintomas mais pronunciados são graves diarréias e vômitos constantes, levando geralmente à desidratação e à perda de electrólitos. Devido à instantaneidade dos seus sintomas, à sua gravidade, à sua alta mortalidade e, principalmente, à impossibilidade de ser tratado eficazmente, o cólera se tornou uma das enfermidades mais dramáticas da história da humanidade. Associada à peste no universo mental da época moderna, o cólera talvez tenha sido a doença mais terrível do século XIX (41).

Hoje se sabe que o período de incubação é de dois a quatro dias, após o que a doença se manifesta rapidamente com vômitos, cólicas intestinais e diarréias. Mas os sintomas da doença podem se configurar inteiramente entre 5 e 12 horas. Não havendo tratamento adequado, a morte sobrevêm por colapso em 50% dos casos. Nos dias atuais o cólera é reconhecido facilmente, especialmente quando em estado epidêmico. Os vibriões podem ser identificados nas fezes do paciente. O bacilo transmissor da doença só foi descoberto por Koch, em 1882. Este germe encontra condições ideais de sobrevivência em regiões de umidade e calor, principalmente nas águas dos rios. Aí ele pode sobreviver até 20 dias. Nas águas mornas e quentes pode se multiplicar rapidamente, mas também sobrevive em temperaturas frias. Sua transmissão, motivo de grande polêmica entre médicos no século passado, ocorre mais facilmente através da água, mas também pelos alimentos, sobretudo frutas e

vegetais lavados com água contaminada. A manteiga e o leite, por exemplo, são hospedeiros ideais para a sobrevivência do vibrião. Na manteiga, ele chega a sobreviver até por um mês.

No século dezenove não havia certeza quanto à forma de transmissão da doença, ainda que houvesse fortes suspeitas de que a contaminação só poderia ocorrer se o bacilo penetrasse no aparelho digestivo humano, isto é, se algum alimento ou outra substância infectada fosse ingerido. Muito menos se suspeitava que o simples toque das mãos contaminadas na boca pudesse transmitir o germe. O contágio de pessoa a pessoa, por exemplo, amplamente questionado no século passado, sabe-se hoje, pode ocorrer até indiretamente, através de comidas infectadas, de vestiários ou banheiros. Podemos imaginar, assim, as amplas possibilidades de propagação do cólera naquele tempo.

Atualmente, o tratamento dessa enfermidade consiste no isolamento dos enfermos em recintos onde as paredes e o assoalho possam ser desinfectados; na reposição de líquidos e electrólitos e na correção da *acidosis*. A tetraciclina e a furazolina são os medicamentos mais eficazes para reduzir o período de diarréia e a excreção de vibriões. Contudo, a eficácia de qualquer destas medidas depende de um diagnóstico rápido e de um tratamento imediato.

No século passado, sabia-se muito pouco sobre a doença, ainda que os seus sintomas já tivessem sido minuciosamente descritos e já houvesse uma classificação bastante variada das fases pelas quais passava. Alguns médicos distingüiam pelo menos três formas particulares de cólera, de acordo com a força

da quantidade e severidade da diarréia: benigna, grave e fulminante. O que não faltavam eram teorias em torno da etiologia do cólera. Desde explicações que identificavam a sua origem em veículos, que propagavam o mal por importação e por contágio, até teorias de natureza mesológica ou psicológica. Mesmo aqueles que reconheciam o contágio transmitido pela água contaminada, pelos alimentos ou pelo contato com os enfermos e os cadáveres, achavam que era necessário que houvesse, além disso, uma propensão ou receptividade especial por parte do indivíduo para que a infecção evoluísse (42).

Nos momentos de epidemia, já se suspeitava que medidas preventivas podiam ser tomadas, tais como filtrar ou ferver a água e cozinhar os alimentos. Imaginava-se, também, que o vibrião não convivia com o ácido e os sucos gástricos. Por isso, a terapêutica à base do suco de limão foi amplamente adotada. Descobriu-se, inclusive, que nas bebidas alcóolicas o vibrião sobrevivia apenas alguns minutos.

O ponto estratégico tanto para prevenir como para disseminar a doença era e continua sendo o suprimento de água. Mas, como já dissemos, o contato de pessoas, sobretudo em moradias superlotadas e sujas, onde as toaletes são repartidas por muitos, já era percebido, no século passado, como veículo ou foco de transmissão do perigo. Os médicos também imaginavam que uma das formas de propagação da doença em larga escala geográfica ocorria com a locomoção das vítimas. Uma suposição muito difundida era a de que a circulação de pessoas e coisas infectadas espalhava a doença como as águas de um rio contaminado leva a doença em seu curso. Daí a recorrência aos cordões sanitários, às

quarentenas e isolamento, à fixação, enfim, dos indivíduos nos seus devidos lugares.

Os cordões sanitários e as quarentenas tinham por finalidade atingir as três principais estratégias de territorialização: fixação, enclausuramento e esquadrinhamento do espaço. Em suma, através do confinamento celular, da vigilância e do registro dos movimentos da população, os cordões sanitários e as quarentenas estabeleciam políticas de controle da população. Neste sentido, as medidas empregadas para combater as epidemias tinham a intenção tanto de debelar a doença em si como de eliminar os seus efeitos deletérios, ou seja, a ameaça à ordem social.

O caso da França, a esse respeito, é bastante ilustrativo. Quando o cólera irrompe na Europa Oriental e ameaça o Ocidente, os governos europeus montam cordões sanitários e quarentenas, principalmente nas fronteiras e nos portos marítimos. Em 1832, as autoridades francesas submetem o país a um rigoroso sistema de vigilância e registro dos movimentos da população, determinando o registro dos casos de doença e o isolamento dos doentes. Estabeleciam-se severas penas, inclusive a de morte, para os casos de infrações. Como se sabe, essas medidas foram inúteis, reforçando a imaginação médica de que o cólera não era contagioso.

Além dessas medidas, de caráter mais geral, algumas medidas profiláticas mais comuns eram em geral adotadas, tais como ferver a água, cozinhar os alimentos, tostar o pão, esterilizar os utensílios de cozinha e de mesa, ferver a

água destinada ao banho, manter rigoroso asseio pessoal, cobrir a boca e o nariz em caso de manipulação de cadáveres coléricos, entre outras. Insistia-se, também, no asseio coletivo, recomendando-se o dessecamento dos pântanos, charcos, alagados e águas estagnadas, a limpeza das ruas, praças e praias. Para eliminar os focos de infecção, tidos como responsáveis pela irrupção da doença ou pelo seu agravamento, sugeria-se manter rigorosa vigilância e inspeção sobre os mercados, matadouros, carnes, bebidas, farinhas e alimentos em geral.

Por volta dos meados do século passado, sabia-se muito pouco sobre a maneira de transmissão do cólera. As pesquisas geniais do médico inglês, John Snow (43), publicadas em 1849, permaneceram praticamente desconhecidas ou desprezadas pela comunidade médica.

Snow, como vimos, estudando atentamente o comportamento do cólera na Inglaterra, chegou a conclusões interessantes. Percebeu que era uma doença contagiosa, transmitida de pessoa a pessoa, através do contato com o paciente ou com suas secreções. A sua transmissão podia também ocorrer à distância, por meio de alimentos infectados, excrementos e água contaminada. Para contrair o cólera, o agente causador deveria ser introduzido no canal alimentar. O período de incubação era curto, entre 24 e 48 horas, sendo, portanto, uma enfermidade de mais rápida disseminação. Alertava, ainda, o médico, para o fato de que o que mais favorecia a propagação do cólera era a ausência de asseio pessoal. Estas conclusões de Snow eram corretas, mas, estranhamente, não foram levadas a sério pela maioria dos médicos europeus. Prevaleceu o ponto de vista da medicina miasmática, segundo o qual a doença seria transmitida pelos eflúvios

introduzidos pelo paciente no ambiente que o cercava, eflúvios esses que seriam inalados pelos presentes. A doença decorria de alguma coisa desconhecida na atmosfera, que, uma vez estacionária, gerava um ar viciado e contaminado pelos gases libertados por matéria animal e vegetal.

Em suma, a noção que se tinha sobre a etiologia do cólera, no século dezenove, era mais ou menos precisa. Havia-se avançado também quanto à observação e à classificação dos sintomas da doença, bem como quanto ao diagnóstico e prognóstico, mas pouco se sabia sobre sua forma de transmissão e, sobretudo, sobre sua terapêutica. Assim, o tratamento não obtinha, em geral, os resultados desejados, limitando-se muitas vezes a aliviar os sintomas sem atacar diretamente a causa do sofrimento.

Quanto aos medicamentos, a confusão era geral. Não havia um medicamento especifico. As medidas terapêuticas utilizadas tinham geralmente o objetivo de parar as evacuações intestinais, com o emprego do ópio (geralmente, láudano), calomelano, tanino, ácido carbônico, cloridrato de cocaína, mercúrio metálico, éter sulfúrico. A medicação era regida pela sintomatologia e de duvidosa eficácia.

Uma doença exótica...

Doença inteiramente desconhecida no mundo ocidental, o cólera aparece na Europa no início dos anos 1830, após percorrer uma longa trajetória do Oriente (Índia, onde existia em estado endêmico) até o Ocidente. O cólera era conhecido na Índia com o nome de *mari*, que significa doença mortal. O médico hindu Susruta, que viveu em torno de 600 a.C., descreveu doenças que causavam diarréia e morte, provavelmente referindo-se ao cólera. Em decorrência talvez da anterioridade dessa doença e suas primeiras manifestações no continente asiático, ela foi chamada "cólera-asiática", assumindo essa expressão uma conotação cultural, como veremos.

Os portugueses foram os primeiros europeus a tomarem conhecimento dessa enfermidade, quando descobriram o caminho marítimo para as Índias. Em 1498, quando Vasco da Gama chegou à Costa do Malabar, os médicos a bordo puderam conhecer a nova doença. Gaspar Correia, médico lusitano, descreveu em "Lendas da Índia" uma epidemia de cólera que ocorreu em Goa, em 1543. Um outro médico português, Garcia de Orta, fez uma notável descrição de seus sintomas, a primeira, completa e clara, feita por um médico. Mas essas epidemias ficaram limitadas à Índia - seu nicho ecológico - até o início do século XIX.

A irrupção do cólera na Europa parece ter sido uma decorrência do desenvolvimento dos transportes marítimos e ferroviários, bem como da expansão da indústria e do comércio britânico com a Índia (44).

A origem não-européia da doença alimentou o imaginário médico sobre o perigo do contato com os países exóticos, de costumes bárbaros. O cólera foi desse modo, desde o início, considerado uma doença da pobreza, da sujeira, do atraso e da falta de civilização (45).

Revivendo velhas noções hipocráticas como, por exemplo, a suposição de que o temperamento de um povo dependia do clima e do governo, os higienistas concluíam que, nos países quentes e dominados por tiranos, o povo era covarde e preguiçoso - sinais externos que revelavam a constituição interna dos indivíduos. Era exatamente essa constituição física e moral dos povos da Índia, segundo imaginavam os europeus, que os tornava mais vulneráveis aos estragos do cólera. Nesta ótica, o Oriente era associado às doenças pestilenciais.

A imaginação européia sobre a Índia reforçava essa associação entre doença e atraso. A Índia era vista como um país de profundos contrastes, causando, a quem a visitava, deslumbramento e perplexidade. A morte e a vida pareciam conviver ali em grande promiscuidade. Por isso recebeu muitas denominações: terra da miséria, das grandes ilusões, das monções e das montanhas fantásticas, da peste e do cólera, entre outras. Seus habitantes eram vistos como seres primitivos que conservavam antigos costumes sociais e tradições religiosas. Era exatamente a estes ritos culturais e práticas sociais

milenares e sagradas que o imaginário europeu do século XIX atribuía as fontes das doenças epidêmicas, como o cólera. Dizia-se que a Índia era o berço do cólera porque suas crenças religiosas se caracterizavam por uma completa promiscuidade nos rituais de purificação.

A crença na transmigração da alma, o sistema rigoroso de castas sociais isoladas e estratificadas induziam os hindus a viverem e a se organizarem de modo a evitar o contato com os elementos de outra casta. O simples toque físico com um indivíduo inferior e/ou com um alimento por ele preparado contaminariam o membro de uma casta superior, o qual precisaria se submeter a um ritual de purificação. Esse ritual era consumado com um banho nas águas sagradas do rio Ganges - o que acabava contribuindo para a poluição do rio e a transmissão do cólera.

Considerados agentes poluidores, a urina e a defecação, além do ato sexual e o contato com os mortos deveriam ser neutralizados através de rituais que consistiam em meditações e banhos no rio. Os observadores europeus responsabilizavam essas meditações e purificações nas águas do rio pela origem e alastramento do cólera. A mistura de meditação e purificação com defecação e poluição fecal nas águas do rio criava todas as condições para produzir o mal.

Em seu curso, as águas poluídas do rio Ganges misturavam-se com as do Bramaputra e desembocavam no golfo de Bengala, no oceano Pacífico, veiculando o cólera por todos os oceanos. Ao mesmo tempo, caravanas, vias marítimas e o tráfego costeiro difundiam a doença pelo continente europeu. Eis,

em resumo, a explicação etiológica do cólera, construída pelo imaginário médico europeu do século XIX (46). Curiosamente, essa imagem adentrou no século vinte, como se pode observar na descrição da irrupção da doença na Europa, elaborada por Thomas Mann em "Morte em Veneza":

> "Desde alguns anos, a cólera hindu havia demonstrado uma tendência a alastrar-se e emigrar. Originada dos pântanos quentes do delta do Ganges, aparecendo com o alento mefítico daquele exuberante-inútil mundo antediluviano e ilhas selvagens evitadas pelo homem, em cujos espessos bambuzais espreitava o tigre, contínua e extraordinariamente violenta, se alastrara para a China ao oeste, para o afeganistão e a Pérsia a leste e, seguindo as estradas principais do tráfego de caravanas, levara seus horrores até Astracã, e mesmo até Moscou" (p. 110)".

Essa representação do cólera como enfermidade exótica, própria dos povos bárbaros, tornar-se-á uma imagem de grande poder na definição das estratégias e táticas de combate à doença, bem como na fundamentação das políticas de vigilância e controle social da população pobre. A luta contra o cólera no Ocidente será, então, encarada como uma cruzada da civilização contra o barbarismo, começando com a identificação das causas indiretas da doença: clima hostil, solos degradados, populações famintas e preguiçosas. Tais argumentos serão utilizados para justificar tanto a dominação colonialista quanto a colonização interna dos setores bárbaros de cada país (entendendo-se por setores bárbaros internos o proletariado e as camadas pauperizadas da população).

Em "Crime e Castigo", de Dostoiévski, o sonho do personagem Raskólhnikov refere-se ao cólera como "praga inaudita e nunca vista", "originada das profundidades da Ásia". Trata-se de uma imagem secular, elaborada pela

cultura européia, segundo a qual não só o cólera como também as demais doenças epidêmicas graves viriam sempre dos países do Oriente, com seu povo bárbaro, ignorante e submisso (47).

... humilhante e terrível...

> "...a imaginação constitui a mais ampla esfera do prazer e da dor, dado ser ela o campo de nossos temores e de nossas esperanças, assim como de todas as nossas paixões a ela ligadas, e tudo que é apto a nela gerar essas idéias imperiosas, mediante a força de uma impressão primitiva e natural, necessariamente tem a mesma influência sobre a grande maioria dos homens"(Burke,)

O cólera era uma doença particularmente temida por ser desconhecida e pela virulência e efeitos humilhantes que impunha às suas vítimas. Havia toda uma variedade de sintomas que incapacitavam, desfiguravam e submetiam o doente a situações vexatórias: organismo cada vez mais fraco, indefeso e incapaz de controlar suas funções e necessidades básicas.

A doença aparecia de repente, esmagadora e brutal: o indivíduo, aparentemente sadio, pela manhã, à tarde perdia todas as suas forças e precisava ser conduzido por outros.

As vítimas, depois de algumas horas ou dias, apresentavam um aspecto aterrador. Daí a associação direta entre cólera e morte. Os sinais da morte se confundiam com os sinais da vida. A aparência cadavérica dos pacientes, a secura da pele, as mudanças faciais, os olhos profundos e azulados sugeriam uma maquiação da morte.

Todos os sinais observados em cadáveres eram também encontrados nas pessoas atingidas pela doença. Não havia margens para alimentações românticas ou sentimentais, pois o cólera era uma estranha doença que, literalmente, copiava a morte (48).

Para uma aproximação mais clara dos efeitos da doença nos pacientes, transcrevo uma descrição minuciosa e densa que só os médicos do século dezenove seriam capazes de fazer:

> " (...) as dejeções alvinas são extremamente abundantes, o ventre fica selado, a fisionomia decomposta, os olhos encovados, lânguidos e ternos, a esclerótica embaciada, os olhos semi-abertos e revirados para cima, dureza do ouvido, a pele do rosto (especialmente a roda dos olhos), e das mãos, lívida, mormente nos brancos e mamelucos, frio glacial, extremidades dos dedos das mãos e dos pés engelhados, como se estivessem mergulhados na água fria por muito tempo, unhas roxas, calor ardente no epigástrio, de sorte que o doente diz ter um fogo que o queima por dentro; extrema ansiedade, inquietação e dessocego tais que o doente não conserva a mesma posição por cinco minutos se tanto; suor abundantíssimo, frio e viscoso, voz sumida e fraca, urinas raras, escassas e, às vezes completamente suprimidas, língua violácea, fria, espalhada, hálito frio e de cheiro sui-generis, pulso pequeno, filiforme, e às vezes, sumido, sêde devoradora e grande desejo de bebidas geladas, caimbras fortíssimas, amiudadas, e em grande números de músculos, e tais que fariam o doente lançar-se fora do leito se não fosse sustido por outras pessoas, perda da contractilidade da pele a ponto de se lhe fazer uma prega em forma de beliscão e não voltar ao seu primitivo estado, e por último quase sempre a morte" (49).

Nessa descrição tudo é desconcertante, incerto, confuso e terrível. Os aspectos brutais e espetaculares da doença desenvolvia na imaginação a faculdade para a produção das mais angustiantes emoções.

A enfermidade assustava não só por sua letalidade, pelo perigo que oferecia, pelo mistério e falta de controle, mas também por seu aspecto horroroso, ou seja, pelos efeitos funestos e repulsivos produzidos nas vítimas. A aparência repulsiva e o odor repelente provocavam rejeição e, não raramente, auto-rejeição.

Ao se revelar com essas características, o cólera passou a ser, no século XIX, "a doença" por excelência, a representação do mal que atacava a vida; a doença por metáfora.

O corpo colérico revela-se como o espaço do "horrível" que se mostra, simbolizando o "infeliz" e o "alienante" na sociedade, aquilo que para ela não está resolvido e que não é compreendido. Diante dos cataclismas do corpo, ou seja, de sua rápida decomposição, as pessoas sentiam-se dominadas e mudas de terror (50). Em poucas horas, uma profunda desidratação encolhia a vítima e a transformava numa caricatura de si mesma. Sua pele assumia uma cor azulada, o corpo esfriava e a morte sobrevinha em poucas horas ou dias. Morrer de cólera, na melhor definição, não era nada belo! Doença da pobreza, parecia só causar repugnância. Por isso, foi sinônimo de abuso e horror pestilencial.

Essa imagem portentosa da desfiguração do corpo produzia nas vítimas e naqueles que as comtemplavam a mais forte emoção que um indivíduo poderia suportar. Daí a expressão francesa "**une peur bleue**" para descrever o medo paralisante que se apossava dos enfermos e de quem os contemplava.

Edmund Burke cunhou uma expressão que sintetiza essa experiência estética do feio, do sujo, do desconhecido, do estranho e do insólito, da perplexidade, da obscuridade e do terror: "sublime". A imagem do sublime, segundo ele, se configuraria em tudo o que de alguma forma fosse terrível ou agisse de maneira semelhante ao terror (51).

As fontes do sublime - essa estética da comoção, da intensidade e do traumatismo - seriam uma série de qualidades particulares que, uma vez reunidas, desencadeariam uma reação de impacto emocional violenta. Como não pensar na perplexidade, por exemplo, que o cólera provocava, criando um estado emocional no qual os movimentos eram suspensos pelo enorme terror. Terror esse que decorria daquilo que era terrível ao olhar. Mas talvez a obscuridade e a privação que a doença suscitava fossem as fontes mais proliferadoras da experiência estética do sublime.

A obscuridade, ou seja, o desconhecimento da verdadeira extensão do perigo, alimentava as apreensões, aumentando a angústia. A privação criava a "sensação de vacuidade, escuridão, solidão e silêncio" (52).

A instantaneidade e aleatoriedade do ataque da doença eram outras fontes do sublime, pois provocavam sobressaltos, decorrentes da percepção do perigo ameaçador. Esses dois aspectos da doença impressionavam vivamente todos aqueles que viveram em tempos coléricos.

Do mesmo modo, o caráter súbito da morte por cólera foi amplamente ressaltado ou, mesmo, exagerado pelos contemporâneos.

Em suma, os depoimentos e impressões deixados sobre o cólera sugerem um verdadeiro "museu do horrível", onde são exibidos, em nível individual, o martírio das vítimas e, em nível coletivo, a confusão dos mortos, dos enfermos, dos gemidos e pavores, da dor, da angústia, dos medos, do desespero, das lágrimas, da solidão, das ameaças, dos isolamentos, das suspeitas, dos

tratamentos torturantes e dos desfalecimentos. Essa torrente desordenada de situações, ao se acumularem, suscitaram traumatismos psíquicos profundos, mas também projeções imaginárias que procuravam conferir sentido ao absurdo da existência.

Enfim, uma punição exemplar

> "Toda epidemia particularmente terrível provoca uma grita contra a indulgência, a tolerância que passa a ser encarada com frouxidão, fraqueza, desordem, corrupção: doença. Exige-se que as pessoas sejam submetidas a 'exames', que sejam isolados os doentes e os suspeitos de estar doentes ou transmitir a doença, que sejam levantadas barreiras contra a contaminação - real ou imaginária - representada pelo estrangeiro".
>
> **(Susan Sontag. A AIDS e suas metáforas)**

Desde o início, o cólera demonstrou ser uma doença seletiva, atacando sobretudo as camadas mais pobres da população. Estudos sobre as epidemias ocorridas na Europa demonstraram a estreita relação da mortalidade com a ocupação das pessoas (53). Havia um maior número de vítimas entre os trabalhadores ligados às atividades fluviais, portuárias, à fabricação de alimentos, ao transporte de mercadorias e à prestação de serviços. Análises das atividades ocupacionais das vítimas na França, Alemanha, Inglaterra demonstraram essa correlação. Pobreza, alimentação deficiente, sujeira e insalubridade aumentavam as possibilidades de infecção. Neste ponto, como em vários outros, Snow foi perspicaz. Ele percebeu que a maior incidência da doença e da mortalidade entre as classes trabalhadoras ocorria porque as habitações eram pequenas e superlotadas, obrigando, freqüentemente, os membros da família a fazerem as refeições no quarto do paciente. Da mesma maneira, o trato dos mortos pelo cólera nas habitações dos trabalhadores favorecia a disseminação da doença :

> " ... os serviços realizados em torno do cadáver, tais como deitá-lo, se realizados por mulheres da classe trabalhadora, que aproveitam a ocasião para comer e beber, são amiúdes seguidos de ataque de cólera; o mesmo ocorre com pessoas que simplesmente assistem ao funeral, não tendo qualquer contato com o cadáver, provavelmente em conseqüência do compartilhamento de alimento preparado ou tocado por pessoas que

trabalham em torno do paciente colérico, ou que cuidam de sua roupa branca e pertences de cama" (54).

O médico inglês concluía que entre as pessoas de poucos recursos, cujas famílias eram obrigadas a dividir um só aposento para dormir, cozinhar e se lavar, o cólera se disseminava com maior virulência. Igualmente, nas instituições de caridade, nos asilos, prisões, internatos para pobres, a incidência da doença era maior.

Mas havia um elemento, segundo Snow, que espalhava a doença para além das regiões de pobreza e constituía uma ameaça às classes ricas. A mistura dos excrementos dos coléricos com a água usada para beber e para fins culinários poderia infiltrar-se no solo, alcançando poços, canais, esgotos e rios que, algumas vezes, abasteciam de água cidades inteiras. Ele demonstrou claramente a relação entre a natureza do abastecimento de água e a epidemia, relação essa que podia ser modificada pelo grau de pobreza da população.

A associação do cólera a uma doença que atacava sobretudo os pobres - os quais eram, para as elites, seres estranhos habitando no meio deles - reforçava a ligação com o estrangeiro, com um lugar exótico, muitas vezes primitivo. Mas o problema para as elites é que esses estranhos seres constituíam um perigo permanente, pois conviviam com elas lado a lado, habitando, às vezes, os mesmos bairros.

Relacionando a disseminação do cólera a um ambiente infecto (ou impuro), ou seja, a emanações espontaneamente geradas por algo sujo, as elites e os

médicos terminaram por identificar na miséria urbana e nos maus hábitos dos habitantes pobres os grandes propagadores do mal. Pobreza e pecado eram, assim, os fatores responsáveis pelo cólera. Inversamente, hábitos regulares, produtividade e autocontrole eram seus antídotos. A saúde terminava sendo identificada com valores morais e obediência às regras sanitárias. Em suma, saúde era sinônimo de virtude; doença, de depravação. Esse entendimento se expressava literalmente no provérbio "limpeza é quase divindade" (55).

Em 1832, os pregadores metodistas associavam a epidemia de cólera, por exemplo, ao alcoolismo das classes trabalhadoras. Mesmo com as sucessivas epidemias durante o século XIX, essa interpretação religiosa e moralizante não desaparece. Rosenberg observa que, em 1866, já se percebia uma progressiva substituição das interpretações religiosas do cólera pelas interpretações ligadas às deficiências sanitárias, mas a doença continuava sendo vista como flagelo dos pecaminosos. Não parecia ser outra a interpretação que o "New York Times", de 22 de abril de 1866, dava à matéria: "A cólera castiga especificamente o descaso com as leis da higiene; é a maldição dos sujos, dos beberrões, dos degradados" (56).

A interpretação de que o cólera era conseqüência de uma dieta inapropriada e de "hábitos irregulares" teve vida longa, como se verá no decorrer desse trabalho. Ela alimentou o medo do contágio físico e moral e suscitou estratégias de controle do território urbano, estabelecendo um maior distanciamento geográfico e social entre ricos e pobres. Assim, a propagação do

cólera por toda a Europa, a partir da década de 1830, cristalizou em torno da população pobre uma série de medos políticos e sanitários.

Durante as epidemias, os ricos podiam, entretanto, livrar-se da doença com relativa facilidade. Suas ocupações não os colocavam em contato com o perigo: água contaminada, toaletes infectados, sujeira. Além do mais, podiam fugir dos lugares afetados com mais facilidade e rapidez. O impacto diferencial da mortalidade colérica sobre os ricos e pobres era visível a todos e certamente contribuiu para exacerbar as tensões sociais. Por isso, o progresso da doença na Europa foi marcado por um crescimento das revoltas e distúrbios na maior parte dos lugares atingidos.

Inicialmente, a opinião popular não aceitava que o cólera fosse uma doença desconhecida. Antes, considerava que ele era uma tentativa das camadas dominantes para reduzir, pelo envenenamento, o número de pobres. A relativa imunidade da burguesia foi interpretada pelos pobres como uma evidência da exploração, injustiça ou, mesmo, um desejo positivo da parte dos ricos para reduzir o fardo da pobreza pelo assassinato de suas principais vítimas.

Ao estudar as respostas sociais elaboradas durante a epidemia de cólera de 1832, R. J. Morris mostrou que a população pobre de Londres não acreditava na chegada do cólera, mesmo depois de mais de cem casos registrados. Essa incredulidade foi expressa de modo irônico nos versos publicados em um periódico londrino:

Todos vocês que moram em Londres,
Vou empenhar-me para lhes agradar,
Se vocês escutarem, lhes contarei

sobre o Cólera Morbo.

Em toda rua que você passa,
Tome cuidado, dizem eles, ou morrerá,
Enquanto outros gritam: "É só meu olhar",
Não existe Cólera Morbo.
Dizem que os médicos foram em todos os lugares,
Por todas as partes da cidade de Londres,
Mas em nenhum lugar puderam-no encontrar,
Já havia partido, o Cólera Morbo.

Alguns dizem que era uma estória,
Para melhorar a vida dos médicos,
E agora já temos quase o bastante,
A respeito do cólera. (57)

O motivo da descrença popular parece explicitar-se na última estrofe e decorria provavelmente da suspeita, muito difundida na Inglaterra, de que o cólera era mais uma trama urdida entre médicos, farmacêuticos, negociantes e autoridades governamentais para desviar o dinheiro dos cofres públicos. Mas a dúvida quanto à existência da doença parece ter sido uma característica presente em todos os lugares onde ela irrompeu. Evans (58) nos informa que na Rússia, na Hungria e em outros países o povo desprezava as advertências das autoridades. Pairava a suspeita popular de que a epidemia era provocada por veneno administrado pelos médicos, com o fim de reduzir o excesso populacional. Essa suspeita originou incidentes em diversos lugares.

Nas ruas de Paris, Londres e Moscou repetiram-se as agressões a médicos e estudantes de medicina. Em Moscou, os ataques populares a médicos culminaram com o assassinato de vários deles em 1831.

A animosidade popular em relação aos médicos parece ter sido alimentada pela suspeita de que eles estavam matando doentes de cólera para obter cadáveres para aulas de anatomia. Como demonstram vários estudos, a prática de anatomização de cadáveres da gente do povo se difunde por essa época e suscita indignação e revoltas populares. Descrevendo o fenômeno, Morris anotou que, "por volta do século XIX, anatomia e dissecação haviam tornado parte reconhecida de um bom curso de medicina. A única origem legal de 'cobaias' era a execução de criminosos. O resto era fornecido por saques a covas recentes, feitos por elementos meio criminosos que depois os vendiam às escolas de medicina. Esta era uma ameaça frontal ao direito de um enterro decente para a classe trabalhadora. Quaisquer que fossem as indignidades que os trabalhadores pobres sofressem em suas vidas, a que eles mais temiam era um enterro de indigente" (59).

Na Escócia, em 1831, na cidade de Arberdeen, uma revolta popular destruiu completamente o anfiteatro de Anatomia, quando se descobriram pedaços de um corpo nas suas proximidades. A própria instalação de hospitais nos distritos atingidos pelo cólera foi vista com suspeita, pois, além de um meio de internamento de doentes pobres, era uma forma de massacre e de dissecação praticada pelos médicos. Não é estranho, portanto, o sentimento de repulsa popular contra a hospitalização (60). Temendo, assim, o que ocorria nos hospitais, os pobres só entravam neles sob enorme pressão.

O medo e a revolta contra os hospitais suscitaram incidentes graves, como o que se verificou na cidade de Manchester, no ano de 1832. Indignados com a

descoberta do corpo decapitado de uma criança de quatro anos, recém-internada com suspeita de cólera, a multidão logo concluiu que o menino teria sido vítima dos anatomistas. O evento gerou protestos populares pelas ruas da cidade e culminou com a completa destruição do hospital e a liberação dos internados (61).

Percebe-se, assim, que a agressão popular era direcionada, em primeiro lugar, contra as autoridades e, em segundo, contra os médicos. A população pobre acusava as autoridades de se aproveitarem dos momentos de epidemia para impor medidas autoritárias: cordões sanitários, quarentenas, fumigações, desinfeções, isolamentos (hospitalização compulsória).

Os cordões sanitários impunham restrições não somente ao movimento de pessoas para escapar da cena da epidemia mas também ao livre movimento das mercadorias e produtos. Isto provocava, muitas vezes, cortes dramáticos ou redução do suprimento de alimentos e mercadorias essenciais às populações urbanas. Tais medidas reforçavam a crença popular numa conspiração oficial para reduzir o peso dos pobres nas despesas públicas com a simples eliminação deles.

Os médicos, contudo, foram vistos pelo povo como os principais responsáveis pelos sacrifícios impostos pelo cólera. Eram tidos como os mentores intelectuais e conselheiros das autoridades, quando se tratava de impor medidas arbitrárias. Afinal, não eram eles que recomendavam o isolamento das vítimas, a destruição dos objetos contaminados, a desocupação das residências afetadas e a internação compulsória nos hospitais e casas de saúde? Além do mais, como

vimos, eram olhados como violadores de costumes populares, quando sugeriam mais rapidez no despacho dos cadáveres. Neste clima de suspeita geral, pode-se entender as inúmeras revoltas e motins que irromperam durante a epidemia de cólera. A título de ilustração, Wohl (62) estimou 30 revoltas associadas com o cólera somente na Inglaterra.

Na França, cada epidemia de cólera fazia eclodir conflitos urbanos, dois dos quais extremamente sangrentos: o verificado em 1832, em Saint Merry, e o de Saint Marcel, em 1849.

A virulência com que atacava os pobres (metade das vítimas sucumbiam) provocou um choque na sensibilidade da burguesia européia, sobretudo francesa, que considerava seu país imune a tais catástrofes. De fato, a sociedade francesa, devido ao seu progresso material e cientifico, ficou traumatizada com os estragos provocados pela epidemia. Muitos se interrogavam: como uma doença ligada ao atraso podia causar tantas vítimas em uma Europa biológica e culturalmente superior ao resto do mundo? O cólera impunha, assim, uma desagradável constatação: a grande mortalidade entre as camadas pobres parecia indicar que o progresso material e cultural da Europa chegara apenas para poucos. Tal constatação, contudo, foi objeto de múltiplas interpretações, prevalecendo, como veremos, aquela que culpava os pobres por serem pobres e, por conseqüência, doentes.

O cólera atacou a Europa e o mundo em quatro grandes pandemias durante o século XIX. Desconhecida no continente europeu até 1830, esta terrível doença

se espalhou da sua terra de origem, a Índia, para o Afeganistão e a Rússia, com o crescimento do comércio combinado aos efeitos da industrialização britânica. No continente europeu, moveu-se com grande rapidez ao longo dos cursos d'água e, por último, pelas estradas de ferro, principais artérias da rápida expansão do comércio no século passado. Ao comentar, em 1849, as circunstâncias em que ocorria o avanço do cólera - após ter identificado a via hídrica como meio transmissor, em lugar do ar da teoria miasmática -, Snow observa que a doença se movia "ao longo das grandes trilhas de convivência humana, nunca mais rápido que o caminho do povo, e, via de regra, mais lentamente". E acrescenta:

> Ao se propagar a uma ilha ou continente ainda não atingidos, surge sempre primeiramente num porto marítimo. Jamais ataca as tripulações de navios que vão de um país livre de cólera para outro onde ela está se desenvolvendo, até que eles tenham entrado num porto, ou que tenham tido contato com o litoral. O seu avanço preciso de cidade em cidade nem sempre pode ser seguido; contudo, o cólera jamais apareceu, exceto onde tenha havido abundantes oportunidades para que fosse transmitido por convívio humano" (63).

Snow anotou, ainda, certas regularidades ou circunstâncias relacionadas com o comportamento do cólera. A sua duração, por exemplo, dependia diretamente da densidade demográfica. Nas pequenas localidades, a doença não permanecia mais que duas ou três semanas, dois ou três meses numa cidade de bom tamanho. Como muitas outras enfermidades contagiosas, o cólera era um fenômeno essencialmente urbano. Além de disseminar-se mais rapidamente pelo contágio das aglomerações urbanas, seguia as trilhas dos movimentos populacionais, cruzando fronteiras, desembarcando nos portos. Era um grande viajante que precisava do apoio das redes de cidades para se espalhar. Seus princípios de territorialização eram a dispersão, a mobilidade e a errância

permanente. Uma outra regularidade digna de nota: a epidemia em geral atingia seu clímax no verão. O tempo quente parecia mais favorável à sua propagação do que o frio. No que tangia à mortalidade, as mullheres eram as suas maiores vítimas: além dos riscos que compartilhavam com os homens, eram elas, geralmente, que tratavam dos enfermos. A maior incidência do cólera ocorria nos rios, desaguadouro natural das matérias fecais e das águas servidas das populações que viviam às suas margens e, ao mesmo tempo, fonte abastecedora da água que consumiam (64). Os rios eram também as rotas mais rápidas de propagação da doença, transmitindo o mal de aldeia a aldeia, de cidade a cidade. Por último, Snow encontra semelhanças entre o cólera, a peste e a febre amarela. Segundo ele, as três enfermidades se proliferam pela aglomeração de pessoas e pela falta de asseio individual.

O impacto do cólera nas teorias médicas sobre as causas e maneiras de transmissão das doenças epidêmicas parece ter sido considerável. Pela primeira vez, as teorias hipocrático-galênicas foram seriamente questionadas, bem como as tradicionais medidas preventivas das quarentenas e dos cordões de isolamento.

No campo das mudanças verificadas nas concepções médicas sobre o cólera, temos o exemplo clássico das pesquisas de Snow, já comentado. As investigações de Snow possibilitaram, pela primeira vez, construir uma teoria sobre a causação do cólera que levava em consideração a perspectiva da relação causa/ efeito. Não é por acaso que ele foi reconhecido como o fundador da epidemiologia, entendida esta como o conhecimento objetivo normativamente

voltado para as condições de produção da doença no espaço público. Trata-se de uma perspectiva baseada principalmente no evolucionismo biologicista, no causalismo e no empiro-indutivismo.

Com o objetivo de verificar as associações positivas entre a ocorrência do cólera e as condições concretas do meio, Snow conseguiu dar tratamento analítico ao material de pesquisa que tinha em mãos. Testando as possíveis variáveis associadas à produção do cólera e desenvolvendo um trabalho sherlockiano de reconstituir, caso a caso, a cadeia de transmissão de surtos localizados, ele chegou à causa efetiva da doença: a transmissão de fezes oriundas de organismos infectados conduziria a doença a outros organismos (65).

Como já sugerimos, a importância da investigação de Snow não se resume à descoberta do processo de transmissão do cólera. Cameron e Jones (66) demonstraram agudamente como se fez uma leitura restrita da obra de Snow, enfatizando-se apenas o desenho da investigação proposto por ele, ou seja, o mecanismo de transmissão do cólera via hídrica, quando o mérito de suas pesquisas era bem mais significativo. Na visão desses autores, o aspecto principal da obra de Snow reside na maneira como integra, na sua investigação, todo o conhecimento disponível na época, ao examinar os processos físicos, químicos, biológicos, sociológicos e políticos, responsáveis pela doença. Nesse sentido, havia uma preocupação do médico inglês em precisar a rede de processos que determinavam a distribuição do cólera nas condições concretas da cidade de Londres. Isto explica porque o olhar de Snow dava conta de uma realidade abrangente: cotidiano, hábitos e modos de vida, processos de trabalho

e natureza das políticas públicas. Em resumo, como ressaltaram Cameron e Jones, ele "não estava buscando associações mas conectando cadeias causais"(67).

O modelo de análise proposto por Snow para o estudo da epidemia de cólera tinha em consideração todos os ângulos e nuanças possíveis. Contudo, quando ele aborda a questão da causalidade social do cólera, observa-se uma redução da determinação social aos hábitos e modos de vida das populações pobres . Ainda que reconheça, em seus escritos, a influência das "condições de vida" sobre a irrupção das epidemias, ele sutilmente desloca seu enfoque para os chamados "hábitos morais" da população pobre quando indica que o que mais favorece a propagação da doença é a ausência de asseio pessoal, decorrente de hábitos anti-higiênicos ou da escassez de água.

O modelo de Snow era, como se pode ver, multifatorial, pois enfatizava o meio, as condições de vida. Tinha um sentido moralizador ("É a vida que se leva que faz adoecer"), normalizador e intervencionista. A doença enquanto decorrência de "hábitos morais" suscitou todo um conjunto de providências durante as epidemias de cólera: asseio escrupuloso do corpo e da alma, das roupas e dos alimentos; vida regrada, controle emocional. No plano mais amplo, para prevenir as ocorrências de epidemias, propunha um sistema eficiente de drenagem e de abastecimento de água, internação e isolamento de indigentes e pobres em geral, vigilância sobre pessoas, navios e mercadorias, sobretudo as provenientes de regiões infectadas (68).

O combate ao cólera foi, em parte, responsável pelas primeiras iniciativas para a instauração de uma organização sanitária. A criação, por exemplo, da Junta Central de Higiene, em 1848, na Inglaterra, dirigida por reformadores sociais como Chadwick, procurou limpar as cidades inglesas e instalar sistemas de distribuição de águas e esgostos em todo o país. Exemplos semelhantes ocorreram nos países europeus e americanos onde a doença irrompeu.

3. Pandemias: o itinerário do medo.

O cólera representou um exemplo histórico clássico de epidemia. Obedecendo ao padrão de difusão e circulação de doenças transmissíveis através do mundo, expandiu-se ainda mais pelo Globo do que a Peste na Idade Média (69). O século do cólera, como observamos, foi também o século do intenso contato entre os povos, em decorrência da expansão do comércio e da indústria, bem como dos transportes terrestres e marítimos. Acompanhar o itinerário do cólera, lançando mão de um mapa-mundi, de certo modo lembra uma aula de geopolítica: observa-se o poder britânico espalhando pelos mares interiores e oceanos a enfermidade (70).

A primeira pandemia de cólera começa na Índia em 1817, atinge a China, Japão, parte do sul da Ásia, Madagascar e o leste da costa da África, mas estanca na Anatólia e no Cáucaso, em 1823, deixando, entretanto, a Europa aflita. A segunda pandemia, estende-se de 1826 a 1837, atravessando toda a Europa e o norte da África, cruzando o Atlântico a bordo dos navios da América do Norte. A década de 1830 marca, portanto, a globalização definitiva da doença. A terceira, datada de 1841-59, segue o mesmo trajeto e irrompe nas mesmas áreas, só que amplia seu raio de ação e atinge dessa vez partes das Américas Central e do Sul. A quarta pandemia (1863-75) afeta novamente a Europa inteira e grande parte da América Central e do Sul, a África, a China, o Japão e o sul da

Ásia. Por sua amplidão geográfica é considerada a maior das pandemias de cólera.

Em todas as quatro pandemias a mortalidade foi terrível: cerca da metade das pessoas atingidas morria da doença.

Somente na Grã-Bretanha, Ackerknecht (71) calculou que cerca de 150 mil pessoas morreram durante essas pandemias. Esses números parecem modestos, pois Hodgkinson (72) estimou que, nesse país, por ocasião das segunda e terceira epidemias, entre 1848 e 1854, verificaram-se cerca de 250 mil mortes.

Depois de fazer sua ronda por quase todos os países europeus e pelos Estados Unidos nas décadas de 1830, 40 e 50, o cólera penetra no Brasil, em 1855, via Belém do Pará, trazido supostamente pela galera portuguesa "Defensora", que viera do Porto. Estende-se em seguida pelo Amazonas, Maranhão, Bahia, Rio de Janeiro e demais províncias do Nordeste.

Talvez valha a pena circunstanciar o modo pelo qual o cólera entrou no Pará, pois ali ficavam evidenciados os principais problemas que as autoridades governamentais e os médicos teriam de enfrentar: o completo desconhecimento da doença, as dificuldades para descrever seus sintomas específicos, sua etiologia, suas formas de disseminação e os meios de prevenção e cura.

Quando a galera "Defensora" chegou ao porto de Belém, em 15 de maio de 1855, com 288 colonos, no registro de bordo constava o falecimento suspeitíssimo de 37 passageiros durante a travessia da cidade do Porto, onde vários casos de cólera já tinham sido verificados, até o Brasil. Como era de praxe

nestas ocasiões, designou-se uma comissão de médicos para investigar as causas da mortalidade durante a viagem. O diagnóstico da comissão atribuiu os 37 óbitos a "uma intoxicação pelo cloreto de cobre, determinada pela cocção da comida em caldeira de cobre, não estanhada e completamente azinhavrada" (73). Em outras palavras, o diagnóstico da Comissão de Higiene Pública simplesmente entendeu que as 37 mortes haviam sido provocadas por envenenamento !

Com base nesse diagnóstico, as autoridades portuárias permitiram o desembarque dos passageiros e, com eles, do terrível mal. O cólera desembarcava em terras brasileiras como um ilustre desconhecido, burlando todas as medidas de precaução adotadas pelos governos provinciais: quarentenas, cordões sanitários, lazaretos. Pura ignorância dos médicos paraenses ou pressa das autoridades em atender aos interesses do comércio local? Talvez um misto de tudo isso, com uma pitada a mais de crença de que a doença não se transmitia por contágio e importação.

Certo é que uma semana após a chegada da galera dois casos fatais de uma estranha doença foram registrados em Belém. Ao visitar os doentes do 11°. Batalhão de Caçadores, Américo Marques de Santa Rosa, cirurgião do corpo de saúde do Exército ficou impressionado com o aspecto de dois soldados. Em sua descrição eles apresentavam semblante cadavérico, olhos encovados, pele azulada, pulso fraco, fraqueza nos membros a ponto de não se sustentarem em pé. Acompanhemos o esforço do médico para descrever o quadro geral das duas vítimas:

> "Era com efeito uma cena desesperada: ambos os doentes pareciam dois cadáveres animados por uma força desconhecida; o corpo estava glacialmente frio, contrastando

com o calor que diziam sentir, a ponto de não consentirem a menor cobertura; a pele era embaciada, as feições decompostas, os olhos encovados, o nariz afilado, o ventre retraído, os dedos das mãos enrugados, como se estivessem mergulhados em água fria por longo espaço de tempo. O pulso estava tão concentrado que mal se percebia, a respiração era curta e freqüente; os vômitos e a diarréia de um liquido esbranquiçado, não cessavam. Os doentes sentiam câibras fortíssimas nas extremidades inferiores, estavam numa agitação externa; um deles dava gritos com uma voz rouca e medonha; no outro a voz estava quase extinta. Ambos faleceram no espaço de quatro horas"(74).

Intrigado com o quadro observado nos dois enfermos, Américo Marques decidiu investigar . Examinou detidamente as possibilidades das vítimas terem sido envenenadas pelos vasilhames da cozinha do refeitório do 11. Batalhão de Caçadores. Tudo em vão! Todos os indícios conduziam a uma constatação aterradora: tratava-se, sem dúvida, do "cólera-morbos epidêmico". Pode-se imaginar o efeito dessa descoberta para o médico. Reconhecer o estado de peste exigia grande cautela, pois, naquele momento, era muito difícil descobrir a origem do mal, bem como avaliar sua amplitude e, especialmente, o impacto que poderia causar na população. O médico, porém, convicto do seu diagnóstico, não exitou e comunicou às autoridades suas conclusões.

A sua declaração explodiu como uma bomba na cidade, provocando as mais desencontradas reações: pânico em uns; dúvidas e insultos em outros. De qualquer modo, estava posto o problema da existência do cólera na cidade. Logo aflorou uma acirrada discussão entre os médicos sobre o caráter da doença. Qual era a natureza do cólera-morbos? Como havia aparecido no Brasil?

Naquela altura dos acontecimentos, quando vários casos já haviam sido registrados, não havia como negar a presença da doença na cidade. Mas o que

suscitou polêmica foi determinar o caráter do mal: "cólera-morbos epidêmico ou cólera-morbos esporádico"?

A discussão poderia parecer puramente semântica, se não expressasse duas concepções bastantes diferentes sobre a doença. A posição oficial, defendida pela Comissão de Higiene Pública, sustentava o ponto de vista de que era o "cólera-morbos esporádico", doença de origem nativa ,já observada em anos anteriores, especialmente "nas épocas de passagem do verão para o inverno" (75).

O diagnóstico da Comissão de Higiene Pública apontava, portanto, para causas mesológicas: clima, chuvas. O cólera seria uma doença endêmica na região, podendo se tornar epidêmica quando condições especiais se reunissem. Desse modo, as causas patogênicas eram os chamados miasmas.

Em defesa de tal diagnóstico, a Comissão procurava demonstrar como a cidade reunia naquele momento todas as circunstâncias propiciadoras de uma epidemia: calor excessivo, falta de chuvas, escassez de carnes verdes, abuso do peixe salgado e de bebidas alcóolicas pelo povo.

Em suma, os adeptos do caráter esporádico do cólera achavam que a doença não era importada mas, sim, que havia se desenvolvido espontaneamente no País, uma vez que aqui se encontravam as mesmas condições que na Índia. Vejam o Amazonas, diziam eles, com o comportamento de suas águas muito semelhante ao das do Ganges - sujeitos ambos os rios a transbordamentos, que espalham substâncias vegetais e animais em

decomposição, exalando miasmas pestilenciais. Some-se a isso a semelhança do clima, do solo e do sol abrasador. Ao caracterizarem o cólera como esporádico, negavam ao mesmo tempo sua contagiosidade, argumentando que o mal não se havia transmitido para a província do Maranhão, cujos contatos comerciais com o Pará eram freqüentes.

Mas os contagionistas pareciam esgrimir argumentos bem mais convincentes para demonstrar a fragilidade do diagnóstico mesológico. Negavam, de início, a possibilidade de que certas circunstâncias cósmicas pudessem explicar o aparecimento e desenvolvimento da doença, já que ela atacava indiscriminadamente os moradores de um bairro, enquanto os de outros, submetidos às mesmas condições, influenciados pelas mesmas causas, não sofriam nenhuma alteração.

Da mesma forma, a doença não poderia ser provocada pelo desprendimento dos miasmas oriundos das cheias do rio Amazonas, à semelhança do que ocorria nas margens do Ganges. Admitir tal correlação era reconhecer que o cólera existia em estado endêmico também nas margens do rio brasileiro. Neste caso, o cólera já teria aparecido em outras épocas de transbordamento do rio. Além do mais, a irrupção da epidemia não coincidiu com a época das cheias. Finalmente, se o cólera tivesse se originado no Amazonas, por que, indagava Américo Marques, os estragos e a mortalidade não começaram por lá? Ao contrário, a mortalidade em suas margens tinha sido muito pequena.

Para o doutor Américo - voz quase solitária naquele momento - o cólera era epidêmico, havia sido importado e se transmitia por " miasma" invisível, impalpável, que agia como um veneno, diminuindo a energia vital, quebrando a cadeia das sinergias, rompendo o equilíbrio de todas as funções. Dizia ele que a prova da existência do miasma gerador da moléstia, ou seja, sua transmissibilidade, estava no fato de fazer sua peregrinação por todas as regiões do mundo. Como explicar de fato a transmissão da doença de um lugar para outro, senão pelo contágio?

Mas como ocorreria o contágio? Na visão desse médico, seria provocado por um agente (o miasma) que,

> "dotado de uma poderosa força antevival, absorvido pela respiração, percorre de envolta com o sangue todas as regiões do corpo, põe-se em contato com todas as moléculas vivas, de sorte que todo o organismo sente a sua ação maléfica, e todas as funções se perturbam, começando pelo sistema nervoso, que presidem e regulam os fenômenos dessa força desconhecida em sua natureza íntima, mas necessária para exprimir certos fatos fisiológicos, a qual se tem dado o nome de força de resistência" (76).

O que o médico estava sugerindo era a existência de um agente causador da doença que penetrava no organismo, via respiração, provocando desordem nas funções do aparelho digestivo, perturbação na circulação sangüínea, na calorificação, na respiração e na hematose. Que agente causador era esse, o esculápio nem de longe suspeitava.

As opiniões desse médico, como vimos, mais próximas de um diagnóstico correto da doença, foram escarnecidas e desqualificadas pelos defensores do cólera esporádico e endêmico. Para estes, a morosidade do mal, seu ataque

seletivo, vitimando sobretudo as classes pobres, e a semelhança com casos verificados em anos anteriores, eram prova do seu caráter esporádico e não-transmissível.

Enquanto esta discussão prosseguia de forma acalorada na comunidade médica, o cólera fazia seus estragos na cidade. Com vinte dias após o desembarque dos passageiros da "Defensora", a capital da província já registrava cinqüenta e dois casos, com vinte e dois óbitos - todos estes casos com sua filiação epidemiológica nitidamente articulada na referida galera portuguesa. A rapidez da propagação da doença foi tão grande que, em 30 de junho, mais da metade da população da capital do Pará já tinha sido afetada (77).

Quando a doença transpôs os limites da cidade de Belém, invadindo o interior, provocando verdadeira hecatombe em algumas localidades, como Cametá, seguindo depois para o Amazonas e outras províncias do Império, o caráter epidêmico do cólera tornou-se manifesto, bem como sua transmissibilidade. Mas nem por isso as divergências diminuíram, como veremos mais adiante.

Do Amazonas o cólera propagou-se para o Maranhão e, a 21 de julho, irrompe em Salvador. Em seguida, dissemina-se em direção ao sul, centro e nordeste da Bahia. Em julho, chega à capital do Império onde, até abril de 1856, mata 4.843 pessoas, dentre elas 2.513 escravos. Nos últimos meses de 1855 devasta as províncias de Sergipe, Alagoas (novembro), Pernambuco (dezembro), Paraíba (fins de dezembro) e Rio Grande do Norte, onde termina (julho de 1856).

No decurso de pouco mais de um ano, entre maio de 1855 e julho de 1856, o cólera provocou um altíssimo índice de mortalidade (cerca de 130 mil óbitos nas cidades nordestinas). Estima-se que aproximadamente 200 mil pessoas faleceram da doença entre 1855 e 1862, sendo 2/3 da raça negra. Estes números são evidentemente aproximados, dado que os quadros demográfico-sanitários locais eram bastante imprecisos, se consideradas as irregularidades com que foram feitos os lançamentos. Sabe-se que muitos cadáveres foram sepultados clandestinamente (78).

A epidemia de cólera de 1856 atingiu praticamente todo o Nordeste, sendo que as províncias mais afetadas foram as de Pernambuco (37.586 óbitos), Bahia (36.000) e Paraíba (30.000).

Em Pernambuco, cidades como Vitória de Santo Antão e Nazaré ficaram literalmente despovoadas, tal era o número de mortos e fugitivos. Em Vitória de Santo Antão, por exemplo, o Conselho de Higiene local pensou em mandar incendiar a cidade, "porque a esperança de debelar o mal havia abandonado a todos" (79).

A rapidez de propagação do cólera nas províncias de Alagoas, Pernambuco e Paraíba, bem como o alto índice de vítimas fatais, podem ser avaliados pela relação entre o número de habitantes de cada localidade, o número de mortos e a duração do surto epidêmico.

Nos períodos críticos, quando a epidemia estava no auge, morriam em média, por exemplo, na cidade de Areia (PB), cerca de 100 pessoas por dia,

totalizando, em apenas 35 dias, 3.300 mortos para todo o município - isto numa população orçada em 3.000 na área urbana.

O jornal "A Época", de 8.3.1856, informava que era tão alto o número de mortos em Areia e a pressa nos sepultamentos que alguns coléricos foram vivos para o cemitério, lugar improvisado às pressas pelas autoridades municipais. Em certas localidades, como a Vila do Pilar (PB), a epidemia irrompeu com tamanha violência que a população e o único médico do lugar fugiram apavorados. Quando um destacamento de polícia, enviado da Capital, chegou à Vila presenciou um quadro tétrico. Nas ruas corvejavam os urubus atraídos pelo odor dos cadáveres já em adiantado estado de putrefação. Na casas vazias foram encontrados 26 corpos em decomposição. Aqueles que escaparam da contaminação haviam abandonado a vila e se refugiado nos campos. A Vila do Pilar se transformara numa nova Necrópolis, habitada apenas por cães famintos e por bando de aves sinistras.

O presidente da província da Paraíba registrou dia-a-dia o avanço do cólera em relatório que mais parece um diário da Peste. Após traçar uma cartografia da epidemia, seus pontos de passagem e seus estragos, ele comunica, profundamente abalado, ao ministro do Império a irrupção da moléstia na província. Numa primeira avaliação, Pinto e Silva acreditava que a doença era benigna na maior parte dos casos e lenta em sua marcha. Avaliações como esta eram típicas dos pronunciamentos oficiais, quando podia-se ocultar da população, pelo menos por algum tempo, as dimensões reais da catástrofe.

Um mês depois (29 de fevereiro), quando os números da mortalidade falavam por si próprios, Pinto e Silva reconhecia os erros de suas primeiras avaliações e registrava: "o cólera, infelizmente depois do começo de um vigoroso inverno, se desenvolveu em uma zona de quase quarenta léguas em toda a provincia, cortada por rios, e onde tem-se mostrado com caráter maligno".

A 1°. de março, anotava: "o desânimo grassa entre a população, porque os casos são na maior parte fatais, devido sem dúvida, a miséria da população em abandono de todas as comodidades devidas; os médicos poucos, não são suficientes a acudir a todos e já vão sendo afetados ...".

A 29 de março informa que a peste chegara ao auge na capital da Província, registrando 59 mortos. Finalmente, a 24 de maio, respirava aliviado ao constatar que a epidemia se achava quase extinta.

Fazendo um balanço da mortalidade, o presidente afirmava: "(...) as cifras aqui não são exatas; muitas pessoas faleceram e foram sepultadas fora dos lugares para isto designados, sem que a confusão que estão havia permitisse a alguém fazer nota disso. Calcula-se aproximadamente em 30.000 as vítimas que sucumbiram ao cólera-morbo na Provincia" (80).

Este alto índice de mortalidade em quase todos os lugares onde o cólera irrompeu certamente se explica pelo fato de que até meados do século XIX o estado sanitário das cidades brasileiras era o mesmo do período colonial. Durante todo o período colonial, as epidemias, as febres, os focos de contágio e infecção da água e do ar, considerados veículos mórbidos, portadores de emanações

pútridas e fétidas, conhecidas como miasmas, foram pesadelos ameaçadores para os poderes públicos e para a população de maneira geral. Por ocasião dos surtos epidêmicos, quando a população pobre sofria terrivelmente, ou nos períodos intercríticos, a taxa de mortalidade era muito alta.

As administrações municipais, ante tal quadro sanitário, sentiam-se impotentes e desesperadas para debelarem a situação, uma vez que não dispunham de recursos para construir esgotos, fiscalizar a limpeza pública, calçar ruas, regulamentar o comércio de alimentos, bem como estabelecer um controle mais rígido e permanente sobre a população. Esse quadro manteve-se praticamente o mesmo quando do aparecimento do cólera em 1855.

Contudo, os altos níveis de mortalidade acima referidos foram bem menos brutais que seus impactos sociais e psicológicos - os medos e terrores gerados pelo cólera no cotidiano e no imaginário dos contemporâneos.

No capítulo que segue, apresentamos ao leitor a cidade do Recife, cenário dessa trama. Conduzidos pelo olhar de alguns observadores da cena urbana, poderemos perceber como tudo e todos vivenciaram as angústias e medos dos perigos urbanos e, em especial, do grande mal que se avizinhava.

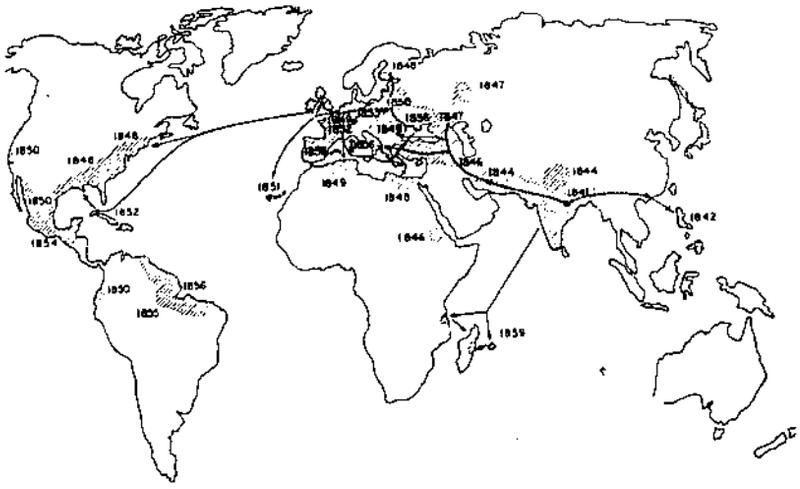

Fig. n. 1 - Mapa da terceira pandemia de cólera (1841-1859) Ásia, África, Europa, Américas.

Fig. n. 2 - Aspectos faciais de um doente de cólera: pele esverdeada, olhos fundos, fora das órbitas, desidratação por diarréias e vômitos, boca entreaberta, deixando escorrer muito líqüido. Fotografia reproduzida em Bourdelais, P. e Dodin, A. Visages du Choléra, Paris, Belin, 1987, p. 10.

Fig. n. 3 - A barbárie e o cólera invadindo a Europa (La Caricature, 1831). Reproduzido em Bourdelais, P. e Dodin, A. Visages du choléra, Paris, Belin, 1987, p. 39.

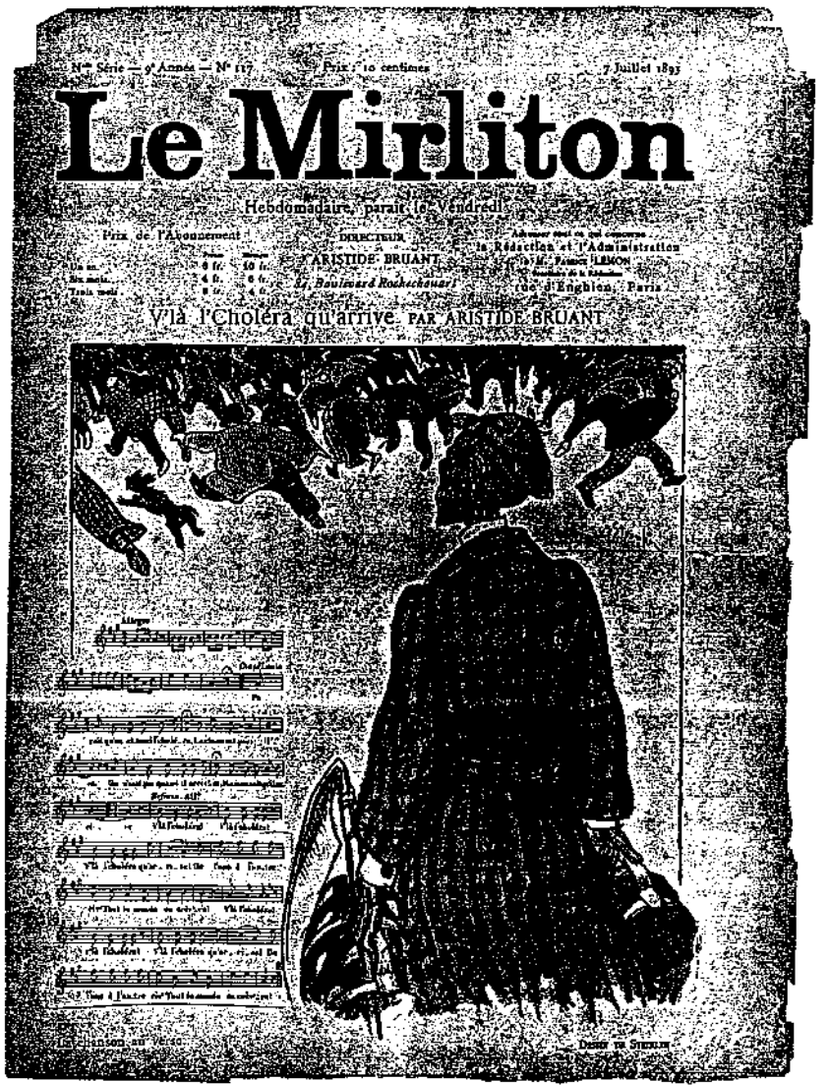

Fig. n. 4 - A visita do cólera. A caricatura associa a doença à visão tradicional da morte: figura cadavérica portanto uma foice. Pronto para atacar suas vítimas, o cólera se apresenta como um grande viajante, provocando o pânico e a fuga quando se anuncia (Le Mirliton, n. 117, julho de 1893).

Fig. n. 5 - John Snow (1813-1858).

Fig. n. 6 - Sátira à intolerância das autoridades frente ao problema do cólera. A ilustração sugere uma dúvida sobre a difusão da doença: água ou veneno? Confiante na distribuição de água, a população é traída pelos efeitos indiretos do progresso.

Fig. n. 7 - Cólera em Paris, 1832 (por Daumier). Imagem clássica do quadro desolador causado pela doença: vítimas desfalecendo em plena via pública, o medo estampado no rosto da mulher que foge para o interior de sua casa, cadáveres sendo transportados, etc. A ilustração parece captar as rupturas com o cotidiano urbano. Repredoduzido em Bourdelais, P. e Dodin, A., obra cit., p. 87.

Fig. n. 8 - O clima de perplexidade e medo que tomava conta das pessoas com a irrupção do cólera (1832, Orige Legitimiste).

Fig. n. 9 - Cena do cólera (1834). Uma família desolada com a morte do pai. Reproduzida em Bourdelais, P. e Dodin, A.., obra cit. p, 116.

Fig. n. 10 - Estragos causados pelo cólera numa aldeia francesa. A cena, de inspiração piedosa, procura realçar os comportamentos heróicos de membros da Igreja. Reproduzido em Bourdelais, P. e Dodin, A., obra cit., p. 117.

Fig. n. 11 - Colérico enterrado ainda vivo: um receio muito difundido durante as epidemias. Reproduzido em Bourdelais e Dodin, p. 90.

Fig. n. 12 - O pão envenenado (1832, Museu da Prefeitura de Paris). Um princípio de motim popular surgido a partir da suspeira de que as autoridades estavam contaminando as comidas e bebidas com um veneno letal.

Fig. n. 13 - O miasma do cólera (Le Honneton, julho de 1867, detalhe). Essa parece ser a mais antiga representação do germe que se tem conhecimento. Fisionomia apavorante e azulada de um homem, num corpo diabólico, cujas asas possibilitam sua locomoção pelos ares.

Fig. n. 14 - A experiência do não-contágio. Para provar que o cadáver de colérico não era contagioso, o médico se deita ao lado de uma vítima recente. Reproduzida em Bourdelais, P. e Dodin, A., obra cit., p. 74.

Fig. n. 15 - Um doutor incrível. A caricatura mostra os esforços dos anticontagionistas para provarem que o cólera não era contagioso. O detalhe revela um médico ingerindo dejeções de colérico e, minutos depois, defecando um botão de flores. Reproduzida em Bourdelais, P. e Dodin, A., obra cit., p. 75.

Fig. n. 16 - Micróbio do cólera (Le Grelot, julho de 1884). A primeira representação não-antropomorfa do vibrião colérico.

Fig. n. 17 - Robert Koch (1843-1910), à época da sua descoberta do vibrião colérico.

Notas do Capítulo I:

1.**THUCYDIDES. The history of the peloponnesian war**. London, Everyman's Library, 1963, pp. 100-101.

2. **BOCCACCIO**, G. **Decamerão**. São Paulo, Abril Cultural, 1970.

3. **OVÍDIO. As metamorfoses**. Rio de Janeiro, Ediouro, 1983.

4. **DELUMEAU,** Jean. **A história do medo no Ocidente:1300-1800. Uma cidade sitiada.** São Paulo, Companhia das Letras, 1989.

5. **OVÍDIO**, op. cit., p. 133.

6. **CAMUS**, Albert. **A peste**. Rio de Janeiro, Editora Record, s/d, p. 32.

7. **ROSEN**, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo, Hucitec, Editora Unesp,Abrasco, 1994.

8. **TROUILLARD** apud **WINSLOW**, C-E. A. **The conquest of epidemic disease**. New York-London. Hafner Publishing Company, 1967, p. 90.

9. **LOISNE** apud **WINSLOW**, op. cit., p. 91.

10. **CZERESNIA**, Dina. **Do contágio à transmissão. Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1997, p. 45.

11. **BOCCACCIO**, op. cit., p. 14.

12. Idem, p. 14.

13. **CANETTI,** Elias. **Massa e Poder**. São Paulo, Companhia das Letras, 1995, p. 26.

14. Idem, p. 75.

15. **DEFOE**, Daniel. **Um diário do ano da peste**. Porto Alegre, L&PM, 1987, p. 80.

16. **JACME** apud **WINSLOW**, op. cit., p. 111.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

17. **CZERESNIA**, Dina, op. cit., p. 47.

18. **CANGUILHEM**, G. **Lo Normal y lo Patológico**. Buenos Aires, Siglo Veintiuno Argentina Editores, 1971, p. 18.

19. **GONÇALVES**, Ricardo Bruno Mendes. **Reflexão sobre a Articulação entre Investigação Epidemiológica e a Prática Médica a Propósito das Doenças Crônicas Degenerativas** in **COSTA**, Dina Czeresnia (org.) **Epidemiologia: Teoria e Objeto**. São Paulo, Hicitec-Abrasco, 1994, pp. 39-86.

20. **CUNHA**, A. G. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1982.

21. **FRACASTORO** apud **WINSLOW**, C-E. A. **The conquest of epidemic disease**. New York-London, Hafner Publishing Company, 1967.

22. Idem, p. 137.

23. Ibidem, p. 137.

24. **KOYRÉ**, A. **Estudos de história do pensamento científico**. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1991, p. 48.

25. Ver **FOUCAULT**, Michel. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. São Paulo, Martins Fontes, 1995, p. 39 quando ele comenta a relação entre simpatia (uma das formas de semelhança) e a noção de contágio: "A simpatia atua em estado livre nas pronfudezas do mundo. Em um instante percorre os espaços mais vastos: do planeta ao homem que ela rege, a simpatia desaba de longe como o raio; ela pode nascer, ao contrário, de um só contato - como essas "rosas fúnebres que servirão num funeral", que, pela simples vizinhança com a morte, tornam "tristes e agonizantes" toda a pessoa que respirar seu perfume. Mas é tal seu poder, que ela não se contenta em brotar de um único contato e em percorrer os espaços; suscita o movimento das coisas do mundo e provoca a aproximação das mais distantes".

26. **ARCKERKNECHT**, E. H. **Anticontagionism between 1821 and 1867**. Bulletin of the History of medicine, 22:562-93, 1948.

27. **KEELE**, Kenneth D. **The Sydenhan-Boyle theory of morbific particles**. Medical History. 1974, v. 18, p. 240-8.

28. **FOUCAULT**, Michel. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1977.

29. **SYDENHAM** apud **WINSLOW, C-E. A. The conquest of epidemic disease**. New York-London, Hafner Publishing Company, 1967, p. 169.

30. Idem, p. 168.

31. **CANGUILHEM**, G. Obra citada, p. 19.

32. **ROSEN**, George. **Da Polícia Médica à Medicina Social.** Rio de Janeiro, Graal, 1979, p. 83.

33. Idem, p. 84.

34. **VIRCHOW, R. Colleted essays on public health and epidemiology.** V. 1. USA: Science History Publications, 1985, p. 120.

35. **FOUCAULT,** Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1987.

36. **CZERESNIA,** Dina. **Do contágio à transmissão. Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1997, p. 60.

37. **FOUCAULT**, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1987.

38. Ver **ARENDT**, Hanna. **A condição humana**. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1987 quando anota o fato de que a modernidade assumiu como valor uma profunda desconfiança em relações aos sentidos, à exceção do sentido da visão. O discurso das ciências naturais, ao insistir sobre a ilusão dos sentidos humanos no ato do conhecimento, foi certamente responsável por essa desconfiança. Contudo, o sentido da visão passou a ocupar uma posição privilegiada na ciência. Aliás, esta última possibilitou que os espaços de visibilidade fossem ampliados por meio de instrumentos, fazendo com que o homem visualizasse realidades anteriormente inimagináveis.

39. **SNOW,** John. **Sobre a maneira de trasmissão do cólera**. São Paulo. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1990, p. 77.

40. **ROUQUAYROL**, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 3a. ed., Rio de Janeiro, Editora Medsi, 1988, p. 7.

41. Ver **PASSMORE**, e **ROBSON**, J. S. **Tratado de Ensenãnza Integral se la Medicina**, Barcelona, Editorial Científico-médica (4 Vols.), 1975

42. **VELOSO**, Maria del Pilar. **La Epidemia de Cólera de 1833 y la mortalidad em la Cidade de México. In Estudios Demográficos y Urbanos**, n.19,México, s/d.

43. Ver a respeito **ROSEN**, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo, Hucifec: Editora da UNESP, Abrasco, 1994.

44. **EVANS**, Richard. **Death in Hambug: society and polítics in the cholera years, 1930-1910,** Londres, Peguin Books, 1987. Ver também **ROSEN,** George. Obra citada, p. 214, quando ele relaciona as quatros grandes pandemias de cólera no século XIX com a unificação do mundo, facilitada pelo desenvolvimento dos transportes terrestres e marítimos: "Naquele tempo, a via férrea e o navio a vapor revolucionaram os transportes. Com o vapor, a navegação passou a não depender mais das incertezas do tempo. Navios e trens chegavam no prazo, podiam-se transportar bens perecíveis, mais pessoas viajavam. O mundo começou a diminuir de tamanho, chegava-se a lugares distantes com relativa facilidade e em tempo relativamente curto. Em conseqüência, as comunidades comerciais que mantinham contato extenso com países em condições sanitárias mais pobres se expunham à importação de casos de doenças transmissíveis. Quando as comunidades em condições ambientais desfavoráveis, como suprimentos de águas poluídas, sistemas de esgotos inadequado, habitações congestionadas eram invadidas, o aparecimento de epidemias não causava surpresa. Doenças comunicáveis intestinais - como cólera, febre tifóide, escarlatina e sarampo - em geral se comunicam de pessoa a pessoa, por goticulas saídas da boca. Em ambos os casos, a situação existente nas comunidades urbanas facilitava a difusão e os surtos das doenças infecciosas".

45. A representação do cólera como uma doença exótica, natural dos povos bárbaros foi exemplarmente analisada por **DELAPORT**, François. **Disease and cilization: the cholera in Paris. 1832.** Cambridge e Londres. The MIT Press, 1986.

46. **LIMA,** Darcy roberto. **Só tem cólera quem quer.** Rio de janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A., 1992; Sobre a questão dos rituais de purificação ver o sugestivo livro de **DOUGLAS**, mary. **Pureza e perigo.** São Paulo, Editora Perspectiva S.A., 1966.

47. Ver **SONTAG**, Susan. **A AIDS e suas metáforas**. São Paulo, Companhia das Letras, 1989, p. 47, onde a autora assegura que as doenças que mais alimentam o imaginário coletivo, provocando o terror, são aquelas que além de letais, são também desumanizadoras. Sobre o cólera ela escreve: "Embora matasse menos pessoas do que a varíola, na Europa Ocidental do século XIX, era mais temida, porque surgia subitamente e seus sintomas eram degradantes: diarréia, vômitos inconsoláveis, provocando o espetáculo horrível da decomposição do corpo. Em algumas horas, a desidratação radical encolhia o paciente e o transformava numa caricatura enrugada de si próprio; a pele ficava azulada (até hoje, em francês, um medo paralisante é ' une peur bleue'), o corpo esfriava; a morte ocorria no mesmo dia ou pouco depois" .

48. **SONTAG,** obra citada, p. 48 e seguintes.

49. **Relatório da Junta de Higiene do Pará**, citado por **Vianna**, Arthur. **As Epidemias no Pará**. Imprensa do "Diário Oficial". 1906, p. 128.

50. **HERLIZLICH**, Claudine. **Santé et Maladie**. Paris, La Haye, Mouton, 1983.

51. **BURKE**, Edmund. **Uma investigação filosófica sobre a origem de nossas idéias do sublime e do belo.** Campinas, Papirus, Editora da Universidade de Campinas, 1993.

52. Idem, p. 76. Ver também **BRESCIANI**, Maria Stella Martins. **Metrópoles: As faces do Monstro Urbano (as cidades no século XIX).** in **Rev. Brasileira de** História, São Paulo, v. 5 n. 8/9, pp. 41-42, 1985.

53. Ver **EVANS,** Richard, op. Cit. P. 129.

54. **SNOW**, J. op. cit, p. 28.

55. **SONTAG**, Susan. Obra citada, p. 65.

56. **ROSENBERG,** Charles. **The chólera years: the United States in 1832, 1849, and 1866.** Chicago, The University of Chicago Press, 1962, p. 65.

57. **MORRIS,** R. J. **Cholera 1832: The social response to an epidemie.** London: Croom Helm, 1976, p. 96. Ver também o instigante livro de **RICHARDSON**, Ruth. Death, **Dissection and Destitute**. London, Penguin Books, 1988.

58. **EVANS,** R. **Epidemics e revolutions: cholera in nineteenth-century Europe**. Past & Present, 120, Aug. 1988, p. 137.

59. **MORRIS**, op. cit, p. 101.

60. **GAUTIER**, Henry. **The origins and progress of yhe malignant cholera im Manchester**, apud. **MORRIS**, op. cit., p. 103.

61. Ibidem.

62. **WOHL**, Anthony S. **Endangered Lives. Public Health in Victorian Britian**, Methuen, 1986.

63. **SNOW**, J. op. cit, p. 12.

64. Ibidem, p. 142.

65.**AYRES**, José Ricardo de C. M. **Epidemiologia e Emancipação**. São Paulo, Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1995. Ainda sobre os achados de John Snow e a importância da sua abordagem epidemológica ver **CAMERON** , Donald e **JONES**, Ian G. **The Broad Street Pump and Modern Epidemiology, Int. J. Epidemiol., 12:393-6, 1983 e COSTA**, Dina Czeresnia e **COSTA**, Nilson do Rosário. **Teoria do conhecimento e epidemiologia: um convite à leitura de Snow.** In **COSTA**, D. C. (org.). **Epidemiologia: teoria e projeto.** São Paulo, Hucitec- Abrasco, 1990, p.p. 167-202.

66. **CAMERON**, D. & **JONES**, C. **"John Snow, the Broad Pump and Modern Epidemiology**, Int. J. **Epidemiology,** 12 (4), 1983, p. 395.

67. Idem, p. 394.

68. **BARATA**, Rita de Cássia Barradas. **Menigite, uma doença sob censura**? São Paulo, Cortez, 1988.

69. Ver a propósito **McNEILL**, W. H. **Plagues and Peoples**. Garden City Nova Yorque, Anchor Books, 1976; **BOURDELAIS**, P. **"Le Choléra: Presentation"**, in **BARDET**, J.P. et alli, **Peurs et Terreurs face à la Contagion,** Paris, Fayard, 1988.

70. **SANTOS**, Luiz Antônio de Castro. **"Um século de cólera: intinerário do medo"** in **Phisis. Revista de saúde coletiva**. Vol. 4, n. 1, Rio de Janeiro, IMS/UERJ, Relume & Dumara, 1994, pp. 79-110.

71. **ACKERKNECHT**, Erwin. **Anticontagionism Between, 1821 and 1867**. In Bulletin of the History of Medicine. Vol. 22, 1984, p. 575.

72. **HODGKINSON**, R. **Public Health in the Victorian Age**, vol. 1, Londres, Gregg International Publishers, 1973, esp. "Introduction", p. 3.

73. Ver Ofício da comissão de Higiene Pública do Pará ao presidente da Província, de 23 de maio de 1855.apud, **VIANNA**, Arthur. **As Epidemias no Pará**. Imprensa do 'Diário Oficial", 1906, p.

74. **VIANNA**, Arthur. op. cit., pp. 114-115.

75. Ofício da Comissão de Higiene Pública do Pará ao presidente da comissão Central de Higiene Pública do Rio de Janeiro, **Jornal Treze de Maio,** n^0 506, de 12.06.1855.

76. Citado por **VIANNA**, A., op. cit., p. 123.

77. Ofício publicado no **Jornal Treze de Maio**, n^0 512, de 10.07.1855.

78. A dificuldade de se ter números confiáveis da mortalidade na epidemia de cólera advém tanto da manipulação dos boletins de mortalidade, acusados de falsificação pelo povo que suspeitava de sonegação de informações, como da própria ocultação da doença e do cadáver pela população pobre. Como se pode imaginar, a descoberta pelos médicos ou inspetores de quarteirão da presença de um doente de cólera ou de um cadáver podia significar uma completa alteração no cotidiano dos demais membros da família, com o seqüestro de seus pertences para desinfecção, o internamento e o isolamento dos familiares. Por essas razões, não foram poucos os sepultamentos feitos altas horas da madrugada em cemitérios clandestinos ou no próprio cemitério oficial do Senhor do Bom Jesus da Redenção, em Santo Amaro, sem o conhecimento das autoridades ou dos médicos. Não deixa de ser interessante lembrar que as dificuldades para lidar com os números da mortalidade das doenças epidêmicas contagiosas no séc. XIX no Brasil não se restringia só ao cólera. No caso da febre amarela, por exemplo, ficou patente a irregularidade das estatísticas. Muitos mortos deixaram de ser contabilizados porque as pessoas morriam em casas particulares, sem que jamais tenha chegado às enfermarias e aos hospitais o conhecimento delas. Acrescente-se que, dado o fato do terror generalizado das enfermarias e hospitais, muitos preferiam permanecer doentes em casa. Os dados relativos à mortalidade exibidos aqui foram recolhidos por **REGO,** José Pereira, **Memória histórica das epidemias da febre amarela e cólera/morbo que tem reinado no Brasil**, Rio de Janeiro, Typografia Nacional, 1873; **PEIXOTO**, Afrânio. **Clima e Saúde.** São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1938 e **COOPER**, Donald B. **"The New Black Death": cholera in Brazil, 1855-1856**. In **Social Science History**, Durham, 10 (4): 467-88, winter, 1986.

79. A mortalidade em Vitória de Santo Antão foi a mais espantosa de toda a epidemia em Pernambuco. Por isso, constituiu motivo de discussão e de exemplo a ser evitado. Ver a esse respeito, dentre outros, **ARAGÃO**, José. **História da Vitória de santo Antão**. 3 vol. (1843-1982), Biblioteca Pernambucana de História Municipal, vol. 17, Recife, FIAM/Centro de Estudos de História Municipal, 1983, especialmente p. 13 e **PINHO**, Sabino Olegário L. **Apontamentos para a História da Homeopatia**. Recife, Tipografia de M. F. De Faria, 1859.

80. Relatório do Presidente da Província da Paraíba, Pinto e **SILVA**, ao Ministro do Império, de 1856 in **FERREIRA PINTO**, Irineu. **Datas e notas para a história da Paraíba.** João Pessoa, Editora Universitária/UFPB,1977, pp.243-247.

CAPÍTULO II:

CIDADE

1. Recife nos meados do século XIX: angústias e medos urbanos.

> "A história da cidade é primeiro a seqüência da pobreza e da cólera, depois da miséria e da tuberculose; a seqüência dos contágios epidêmicos, viciosos e sediciosos. Essa história-sequência é recoberta por uma rede de mapas, de cifras, de gráficos e de instituições higiênicas que modelaram a ciência da higiene e suas estratégias, a polícia sanitária: sua grande aliada, as técnicas sanitárias"
>
> **(Stella Bresciani - Lógica e Dissonância. Sociedade de Trabalho: lei, ciência, disciplina e resistência operária).**

Entre 1850 e 1856, a cidade do Recife viveu sob o impacto de duas grandes e terríveis epidemias: a de febre amarela em 1850 e a do cólera em 1856. Estes dois traumáticos acontecimentos parecem ter deixado marcas profundas nas mentalidades e no imaginário dos contemporâneos. Uma nova sensibilidade e percepção do urbano começam a se delinear nesse momento, traduzindo-se na preocupação com os supostos perigos que a cidade pode suscitar. Perigos que se refletem numa atitude de medos e angústias com relação ao ambiente urbano.

Percorrendo alguns textos de jornalistas, políticos, literatos e, especialmente, higienistas, tento indicar como se delineia em seus registros uma nova representação da cidade, calcada sobre uma cultura de medos, seja das oficinas, das fábricas, dos hospitais e das prisões no centro da cidade, seja das casas altas demais, pouco arejadas e iluminadas, das ruas estreitas e sinuosas, do amontoamento e promiscuidade entre vivos e mortos, das massas invisíveis (os miasmas) e visíveis (a pobreza) e, sobretudo, das epidemias urbanas.

Este capítulo persegue a formação dessa nova sensibilidade sobre o urbano no momento mesmo em que ele é apreendido como questão técnica. A partir da tomada de consciência de que o meio urbano, com a irrupção de epidemias mortíferas, constitui uma crescente ameaça para a saúde física e moral dos seus habitantes, emerge a idéia sanitária como técnica instrumental de modificação do meio. É o momento, então, de elaboração de todo um diagnóstico e de um conjunto de estratégias de intervenção na cidade.

Um documento escrito por um médico pernambucano da época parece ilustrar bem esse novo olhar sobre a cena urbana. Refiro-me às sugestões escritas pelo higienista Joaquim de Aquino Fonseca, intituladas "Bases para um plano de edificação da cidade", publicadas no "Diário de Pernambuco" de 28 de agosto de 1855 (1).

Atendendo à solicitação da Câmara Municipal, que parecia estar preocupada com o estado sanitário da cidade, especialmente com a iminente invasão do cólera na Província, o médico elaborou um interessante diagnóstico dos principais problemas urbanos do Recife e suas possíveis soluções, ainda que fizesse a ressalva de que não era de sua competência elaborar planos de construção - atribuição restrita a engenheiros e arquitetos.

Como se verá ao longo deste capítulo, o médico abordava com detalhes os princípios que deveriam nortear a construção de uma cidade saudável, onde imperasse a luz, a ventilação, o traçado quadricular das ruas e praças, a higiene nas habitações, o asseio e a ordem dos cidadãos. Mesmo admitindo a

impossibilidade de se improvisar cidades, reconhecia que os vícios de seus planos primitivos poderiam e deveriam ser corrigidos.

Produzido em uma década marcada por grandes epidemias, o plano era uma tentativa de pensar a cidade enquanto espaço produtor da doença/saúde dos homens. Percebe-se, desde as primeiras considerações, o esforço do autor em demonstrar como o olhar médico, conjugado com o saber do engenheiro, poderiam resultar na observação/transformação do meio-ambiente urbano. Em suas linhas gerais, o plano fundava-se na convicção de que a cidade não poderia ser vista apenas como ambiente corruptor, mas também como meio formador, caso sofresse intervenções cirúrgicas que erradicassem as causas da insalubridade.

A preocupação central do plano parece incidir na questão de como edificar uma cidade mais protegida da doença. Por isso, as observações se referem mais precisamente ao grande problema das cidades no século dezenove: a circulação dos elementos, ou seja, como canalizar e regularizar a circulação dos fluídos (ar, luz solar, água). Da solução deste problema, como parece entender o higienista mencionado, dependia a salubridade de uma cidade. Neste sentido, o plano revela uma aguda consciência de que a saúde é um problema técnico, que pode ser controlado com a ajuda de médicos, engenheiros e "artefatos sanitários" (2).

A importância desse documento parece residir não só no fato de revelar a cidade do Recife nos meados do século XIX, através do olhar clínico e detalhista de um médico preocupado com as questões de higiene, mas também no

testemunho que fornece da emergência de uma nova percepção do urbano como fato problematizado.

O objetivo deste capítulo é, portanto, acompanhar a trajetória da formação de um saber e um atuar sobre a cidade, no momento em que esta passa a ser objeto privilegiado de análise e intervenção do pensamento e da prática médica.

Em primeiro lugar, pretendo sugerir como um certo número de pequenos pânicos, que atravessaram a vida urbana do Recife, se alimentaram das ameaças de epidemias mortais. Parece que o pensamento e a atuação dos higienistas locais estiveram permanentemente voltados para dominar esses fenômenos médicos e políticos que tanto inquietaram a população da cidade. Tento, então, reconstituir o saber médico sobre a cidade e as doenças epidêmicas e pontuar as correlações que se faziam entre ambas.

Em segundo lugar, pretendo inventariar, através do olhar médico, os principais problemas sanitários e políticos da cidade e verificar como eles interferiram na conjuntura crítica da grande epidemia de cólera de 1856.

2. Os perigos urbanos: uma descoberta desconcertante

A primeira visão: a proverbial salubridade

Ao se aproximar da cidade, vindo por mar, o viajante do século XIX tinha a nítida impressão de que o Recife se revelava aos poucos aos olhos do observador. Inicialmente, emergiam os coqueirais, denunciando sua aproximação. Depois, o casario alto e magro. Seguia-se o arrecife, o ancoradouro, sempre cheio de barcos. Uma vez em terra, o visitante era atraído por um tipo de edificação diferente dos existentes em outras cidades: os sobrados, estreitos e altos, de dois, três, quatro e até cinco andares.

O viajante poderia também perceber que a área urbana situava-se em espaços entrecortados por ilhas, rios e pontes. Certamente não lhe escapava o traçado sinuoso, estreito e mal-cuidado das ruas, repletas de negros, sempre fazendo grande algazarra, e vazia de mulheres brancas. Desta primeira visão de alguns visitantes ilustres que estiveram no Recife até os meados do século passado pode-se intuir que o panorama geral da cidade lhes causara boa impressão.

O encanto da primeira impressão do Recife, por exemplo, foi registrado por Vauthier em seu "Diário Íntimo": "... aspecto pitoresco de Pernambuco: casas

brancas, ou telhados emergindo da fresca vegetação. Estaria longe de imaginar esse cenário gracioso. O sol ao erguer-se, coloriu com riqueza a paisagem..." (3).

A imagem de uma terra dotada de atributos naturais saudáveis (localização, ventos, ar, água,) já era decantada desde os séculos XVII e XVIII.

Diogo de Loreto Couto, falando do clima de Pernambuco, por volta de 1775, dizia:

> "Sem controvérsia é Pernambuco o mais delicioso país da América Portuguesa. O seu clima é por excelência o melhor entre os bons. É um segundo paraíso em ares vitais e benignos. O terreno é outra nova terra de promissão. Logra uma contínua primavera, em que se enfeita a terra, alegra a vista, recreia o olfato, sustenta o gado, cura os homens, enriquece os pobres...
>
> O sol com seus raios desfaz as humidades e adelgaça os vapores que dos rios se levantam, purificando seus ares, de sorte que ficam os mais salutíferos do mundo. Não há verão que aflija, nem inverno que moleste. O temperamento é benígno, o ar tranquilo, e o terreno ubérrimo. Respira em todo o tempo vapores suaves amigos da natureza, e inimigos da corrução.
>
> Os ares puríssimos, e de noite tão claros e transparentes, deixam ver os átomos e argueiros do céu nas mais pequenas estrelas. Não há na terra felicidade mais constante, nem sai flora dos seus campos, nem panorama de suas hortas, porque ao pé das flores nascem as frutas. Nunca lhe volta cara a primavera. O estio é uma estação tão cortês, que o abânico da viração a todos refresca. Águas salutíferas, que confortando a saúde no mesmo tempo que matam a sêde, sempre com regalos, e nunca com dano de se beber" (4).

Essa visão do paraíso parece ter persistido até o final da década dos quarenta do oitocentos.

Com efeito, até o início da segunda metade do século XIX, o Recife ostentava uma imagem de gozar de boas condições de salubridade. Enquanto as epidemias de cólera flagelavam a Europa e a América do Norte, desde os anos trinta, o Recife e o País como um todo permaneciam incólumes. Muitos atribuíam

este invejável estado de salubridade da cidade às suas condições naturais favoráveis.

O médico Maciel Monteiro, por exemplo, ao estudar as causas das doenças que irrompiam na capital pernambucana, descartava qualquer relação com a topografia, a localização ou o clima. Para ele, a localização do sítio urbano do Recife não podia ser mais feliz, fato que proporcionava condições favoráveis de salubridade:

> "Edificada em vasta planície, desabafada de montanhas, que embaracem o giro dos ventos, ou façam verberar os ardentes raios do sol, cortada por dois rios caudais, que nutrem perene verdura, banhada pelo mar do lado do Norte, Leste e Sul; esta cidade não receia o ardor infenso do sol dos trópicos, de que é corretivo viração constante, que do mar a bafeja, reinando nesta latitude os ventos dos quadrantes, que compreendem de Norte, Leste e Sul" (5).

Esta opinião do médico era compartilhada por outros observadores da cidade. O jornalista Antônio Pedro de Figueiredo, importante articulista do "Diário de Pernambuco", também elogiava esse paraíso tropical: "Clima benigno, céu esplêndido, lua formosíssima, situação geográfica encantadora, tudo entre nós é invejável" (6).

Essa visão da situação geográfica privilegiada da cidade não era só local, nem recente. Desde a época dos Descobrimentos, havia uma crença muito difundida, segundo a qual os bons ares, o "saudável temperamento da terra" seriam a garantia da imunidade contra as pestilências que grassavam ao norte do Equador (7).

Até mesmo médicos importantes na capital do Império brasileiro, como José Pereira Rego, acreditavam que o calor - a proximidade do Equador - protegeria as cidades da infestação da febre amarela e do cólera. Talvez tenha sido por isso mesmo que ele se recusou a admitir que a epidemia de febre amarela de 1850 no Rio de Janeiro fosse decorrente apenas de causas locais. Para ele, como de resto para a maioria dos médicos brasileiros daquela época, não havia doenças pestilenciais abaixo do Equador. Dizia-se até que o Brasil era a terra onde até "as pestes andavam desterradas". Sigaud, em 1844, ainda exaltava as condições ideais do Brasil quando observava que o clima daqui era "reputado com justa razão o melhor de todos os encontrados no globo" (8).

A segunda visão: o inferno dos trópicos

A imagem da terra e da cidade saudável só perdurou até o final da década de quarenta do século passado. Nos anos cinqüenta, sob o impacto das epidemias de febre amarela, varíola, sarampo e a ameaça do cólera, o discurso médico e de observadores em geral mudou de tom, ainda que perdurassem as crenças segundo as quais no Brasil não se podia "encontrar a causa produtora do cólera", uma vez que nenhuma constituição médica ao "sul do Equador teria essa disposição pestilencial do 'tifo levantino"(9).

Parece que o marco de ruptura com a visão da proverbial salubridade vai ser o ano de 1849, quando irrompe a febre amarela no Recife. Essa nova sensibilidade em relação à topografia e ao clima da capital pernambucana foi expressa de maneira clara no discurso do dr. Lima Bastos, em 1855, quando da fundação do Hospital Português Provisório. Dizia ele que a bela província de Pernambuco, "tão aprazível, e tão amena... gozava os foros de fagueira salubridade, pagando, é verdade, o lúgubre tributo à sentença do Eterno, à desobediência dos nossos primeiros pais, mas tributo parco, natural, acorde com as misericórdias do Ente Supremo". Mas isso até o momento em que o "funesto giro solar do ano de 1849 (viera) anuviar o belo horizonte sanitário, que tão lisonjeiro nos sorria por espaço de 3 séculos e meio" (10).

A partir desse momento, o entusiasmo e o elogio das belezas naturais é substituído por desenganos, desilusões, queixas e temores. Acusam-se os astros de serem malignos, o clima de ser rigoroso, o calor de produzir insolações, a umidade de gerar miasmas, a natureza de ser excessivamente agressiva, a alimentação de ser indigesta. Em suma, maldizem-se o clima tropical e as condições sanitárias, que passam a ser responsaveis por doenças tropicais, pondo em constante perigo a vida dos homens, especialmente os estrangeiros.

O clima tropical, com seu calor abrasante, suas chuvas torrenciais e, sobretudo, sua excessiva umidade, passa a ser visto como produtor de emanações mefíticas e de eflúvios corruptores responsáveis pelas doenças tropicais. Constrói-se, assim, uma imagem de que as doenças têm origens

continentais: a peste é "oriental", a febre amarela é "americana", o cólera é indiano (11).

É o momento em que tudo o que é urbano passa a ser visto como fonte de perigo e inspirador de temores. As condições naturais da cidade são agora objeto de preocupação: sua topografia, por exemplo, já não é mais considerada ideal.

Edificado em solo plano, de aluvião, na embocadura de dois rios - Beberibe e Capibaribe - o Recife passa a ser descrito como uma cidade cercada de grandes pântanos e mangues, resultado da mistura das águas dos rios com as do mar.

Era opinião corrente que o seu perfil urbano fora, em parte, desenhado pelos rios, que se dividiam, se subdividiam e se emaranhavam por todos os recantos da cidade. Na visão dos médicos, isso não era saudável. O fato de localizar-se em solos quase ao nível do mar, onde o lençol submarino se encontrava bem próximo da superfície, tornava a cidade passível de uma umidade doentia e incomodativa. Dizia-se que a cidade padecia de um elemento mórbido especial: o máximo de umidade correspondendo ao máximo de temperatura. Isto decorria, segundo essa opinião, da posição topográfica de uma cidade rodeada de água por todos os lados, situada em terrenos baixos, e com uma boa parte de suas casas construídas sobre áreas roubadas aos rios, em praias lamacentas, que pouco antes eram depósitos das imundícies e do lixo da cidade (12).

A evolução arquitetônica e urbanística da cidade, com sua verticalidade dos sobrados e horizontalidade dos mucambos, parecia refletir as condições topo-hidrográficas do sítio urbano: escassas áreas de terra firme, constantemente ameaçadas por alagamentos. Qualquer expansão da cidade no sentido horizontal parecia implicar numa luta contra as águas, pântanos e manguezais. A própria construção dos mucambos, habitações das camadas mais pobres da população, nas áreas de terrenos baixos e intermitentemente alagados (os mangues), refletia essa luta contra a exigüidade de terrenos(13).

A combinação destes três elementos - abundância de águas, em boa parte estagnadas, altas temperaturas e solo exíguo e impregnado - alimentou a crença na insalubridade da cidade. Essa perigosa combinação, cedo ou tarde, supunha-se, produziria efeitos de infecção de diversos tipos.

Já observamos que, naquele momento, a correlação entre clima (altas temperaturas) e a produção de doenças era imediata no campo do discurso médico.

Neste sentido, um médico pernambucano, ao discutir, nos anos cinqüenta do século passado, a causa da grande difusão da lepra na cidade do Recife, afirmava que essa enfermidade era decorrente do calor dos trópicos, agravado pelos maus hábitos dos cidadãos. Anotava que, além do intenso calor responsável pelas alterações da atmosfera, os habitantes deste país tropical abusavam na maneira de vestir, copiando o estrangeiro, excediam-se nos atos "sensuais", nas comidas e nas bebidas, residiam em habitações apertadas e

insalubres, trabalhavam em horas impróprias e davam-se a certos divertimentos e recreios desaconselháveis para esse tipo de clima. E concluía:

> "Muitas destas coisas, que nos climas temperados não são nocivas, e que nos frios são proveitosas e até necessárias, no nosso país eu as considero sumamente prejudiciais, e origem de infinitos males, particularmente durante a estação mais calmosa" (14).

Tem-se, assim, por essa época, uma acentuada ênfase na percepção da interferência das condições naturais na produção da saúde e da doença na cidade.

Mas a identificação dos perigos urbanos não pára por aí. Após discutirem os efeitos perniciosos desta primeira natureza sobre a cidade, os analistas se voltam para o fenômeno propriamente urbano, essa segunda natureza. A cidade, enquanto engenho humano, passa também a ser questionada em seus fundamentos.

Uma primeira constatação: o grande descompasso entre a natureza e a técnica na cidade do Recife. Antônio Pedro de Figueiredo, já citado, mirando-se no exemplo de Paris, que passava naquele momento por profundas transformações em seu tecido urbano, graças às reformas de Haussmann, lamentava que, no Recife, as idéias de transformação arquitetural não tivessem ainda deitado raízes e não fossem adotadas com vigor. Era uma cidade cujas qualidades ou defeitos provinham daquilo que a natureza oferecia.

Constatando que no Recife só havia natureza, pois o poder da técnica tinha feito insignificantes conquistas, o articulista do "Diário de Pernambuco"

instigava as autoridades a seguirem o exemplo de outras cidades européias e norte-americanas, que haviam obtido uma feição mais "harmônica" e "humanitária", de maneira que "o homem, ainda que pobre", havia encontrado um ambiente mais sadio e agradável, "de acordo com o ideal das comodidades, do luxo e da perfeição que ele aspira a realizar nesta vida" (15). Isto não ocorria, segundo ele, no Recife. As qualidades naturais da cidade, se não sofressem uma intervenção da ciência e da técnica poderiam degenerar-se, como de fato já estava ocorrendo, em ambiente perigoso à saúde dos seus habitantes.

Contudo, é preciso registrar que essa aposta dos observadores da cidade do século XIX no esforço humano para dominar a natureza, como uma forma de resolver os problemas urbanos, não estava isenta de controvérsias. Eram cada vez maiores as dúvidas quanto ao ambiente urbano, essa segunda natureza criada pelo homem. A sua visível deterioração, provocada pelo crescimento populacional e por todos os problemas daí decorrentes, levantava dúvidas quanto à superioridade da cidade sobre o campo. A vida urbana parecia oferecer mais riscos e vícios do que virtudes.

Essa mística da vida rural como símbolo de inocência certamente repousava numa série de ilusões. Assim, o mundo da natureza, embora devesse ser domesticado, não deveria ser completamente dominado e suprimido. Havia, portanto, na primeira metade do século XIX, como até hoje há, uma sensibilidade cindida (16).

O próprio Antônio Pedro de Figueiredo não era o que se poderia dizer um adepto incondicional do progresso. É certo que ele saudou o período Rego Barros como uma "transição do passado para o futuro da sociedade pernambucana", por ter representado uma fase de "melhoramentos materiais" e de "trabalhos públicos" (17). Contudo, fez ressalvas à onda de progresso e novidades ocorridas em Paris e Londres. Dizia ele que com a febre das demolições, "toda a antiga poesia, todo o perfume das gerações mortas, toda a beleza arqueológica, [tinham] desaparecido debaixo destas camadas de ouro que a civilização moderna lançou sobre o seu antigo manto"(18).

Ainda relacionada a essa nova sensibilidade sobre o urbano como fonte dos perigos, os médicos observavam, com preocupação, que a própria localização da cidade era causa de grandes problemas. Boa parte do sítio urbano do Recife fora edificada sobre um solo de constituição geológica precária, sem que houvesse dessecamento prévio e drenagem do subsolo e sem preparo ou impermeabilização de espécie alguma. A situação sanitária da cidade havia-se agravado ainda mais com a construção de casas que não obedeciam às mínimas condições de higiene moderna: sem luz e ar suficientes, amontoadas umas sobre as outras e edificadas em ruas estreitas, mais parecendo vielas escuras e becos sem saída. Para os médicos, o modo de construção da cidade parecia indicar que os recifenses só se preocupavam em poupar espaço.

Desde o século XVII, quando da ocupação dos holandeses, a exigüidade de moradias parece ter sido contornada com a construção dos sobrados, de dois, três, quatro e até cinco andares. A falta de espaço horizontal era compensada

com espaço vertical (19). Essas observações talvez fossem exageradas para a cidade como um todo, mas decerto se aplicavam muito bem ao núcleo central da cidade: o bairro do Recife.

Com seu traçado sinuoso, repleto de ruas, vielas e becos estreitos, onde a luz do sol e a ventilação tinham dificuldade de penetrar, esse bairro já enfrentava sérios problemas de moradia e saúde pública. Ele era tomado pelos médicos como o exemplo da cidade colonial e arcaica que deveria ser removida. Por volta dos anos 1840, tivera início uma nova sensibilidade, que desaprovava o modo de construção colonial.

Uma nova sensibilidade estética?

Segundo alguns observadores, a arquitetura da cidade do Recife, até princípios do século XIX, era de um pitoresco mais oriental do que europeu: as construções, especialmente os sobrados, altos e magros, com seus telhados extremamente inclinados, "com as telhas das pontas em forma de meia-lua ou de asa de andorinha", lembravam as construções orientais. As ruas estreitas, irregulares, cheias de mistérios, revelavam surpresas para um transeunte menos avisado (20).

A cidade, por essa época, era constituída apenas por três bairros: pelo do Recife propriamente dito, pelo de Santo Antônio, ligado ao primeiro por duas pontes, e pelo de Boa Vista.

O bairro do Recife, conhecido como a *cité* da capital pernambucana, era formado por ruas estreitas e irregulares, onde havia grande dificuldade para o desenvolvimento do trânsito de veículos e pedestres. Centro financeiro e comercial, ali estavam situadas as casas comerciais de atacado, nacionais e estrangeiras, as chancelarias consulares, bancos, associação comercial. Em geral, as edificações eram de dois, três e quatro andares.

O bairro de Santo Antônio concentrava a maior parte das repartições públicas: o palácio e a secretaria do governo, a repartição da polícia, a secretaria de obras públicas, a Relação do Distrito, o Tribunal dos Jurados, a Tesouraria Geral, a Provincial, a sala das audiências dos juízes do crime, do cível e da paz, o correio e o imponente teatro Santa Isabel, várias tipografias e diversas lojas de livros. As ruas de Santo Antônio eram em geral mais largas e mais retilíneas que as do bairro do Recife. Nas construções predominavam as casas térreas. Centro político, o bairro abrigava vastas e belas residências.

O bairro da Boa Vista apresentava uma densidade de edificação caracterizada por dois traços distintos: uma área bastante povoada, onde as construções se aglomeravam, e outra, ainda pouco ocupada, de sorte que em algumas ruas ainda se encontravam espaços vazios entre uma e outra casa e, até mesmo, ruas somente edificadas de um lado (21). A maioria das edificações deste

bairro era constituída de casas térreas espaçosas e elevadas. As ruas eram bastante largas, sobretudo as construídas mais recentemente.

A partir dos anos 1840, podemos notar nas observações de viajantes estrangeiros, médicos, jornalistas, administradores, uma nova percepção dos problemas urbanos do Recife. O seu crescimento populacional significativo, dobrando o número de habitantes em apenas três décadas, conforme Quadro 1 abaixo, era um dos indicadores do agravamento das condições de moradia, trabalho e salubridade, numa cidade cortada por rios e pântanos e com poucos espaços para a construção de habitações.

QUADRO 1:

POPULAÇÃO DO RECIFE (1710-1850)

Ano	População
1710	12.000
1749	16.000
1782	18.000
1810	26.000
1822	34.000
1824	40.000
1842	60.000
1850	70.000

Fontes: **COWELL** Jr., Bainbridge. **"Cityward migration in the nineteenth century. The case of Recife, Brazil". Journal of interamerican studies and world afairs.** 17. (1): 47. Feb., 1975.

Os problemas de circulação passam a ser diagnosticados como resultantes de um crescimento desordenado, da formação irregular das ruas, que tinham percursos sinuosos e de larguras inconstantes, da ausência, enfim, de normas que fiscalizassem as construções. Para as elites locais, tais problemas não só prejudicavam a funcionalidade econômica da cidade mas também feriam os novos padrões estéticos copiados do exterior.

A recente abertura do País ao comércio exterior e o contato com a cultura européia eram fatores que atuavam no sentido de provocar alteração nos gostos estéticos das elites. Neste sentido, o modelo de cidade brasileira até então em voga, com tudo o que havia herdado do passado colonial, passava a ser questionado como inadequado e inapropriado para atender às novas exigências de uma comunidade econômica internacional. Esse sentimento de "atraso" ou de

arcaísmo foi enormemente alimentado pelas opiniões de visitantes ilustres, que ficavam chocados com a estranheza do traçado urbano, das edificações e, sobretudo, da confusão e "ausência" de padrões e normas de convivência tolerados em público nas cidades brasileiras do século XIX. A imagem construída sobre o urbano era a de um espaço caótico, sem lei e sem ordem.

Tal caoticidade, diziam os observadores, decorria também da falta de instrumentos eficientes de controle e normatização da convivência urbana. A gestão urbana era da responsabilidade das câmaras municipais, cuja experiência administrativa, retirada do período colonial, só contava com os vagos instrumentos legais da Constituição e da Lei de outubro de 1828 que, em última instância, terminava por reduzir o já limitado poder das administrações municipais.

De acordo com a referida lei, sobretudo no seu Título III, art. 66, ficava a cargo das câmaras municipais fazer respeitar as posturas policiais, ou seja, as leis locais que regulamentavam o cotidiano dos habitantes do município. O universo a ser legislado era muito amplo: limpeza, alinhamento das ruas, construção e ordenamento das fachadas dos edifícios, iluminação, reparos, segurança dos logradouros públicos, controle dos "loucos, embriagados, animais ferozes ou danados", silêncio e moralidade pública.

As limitações das câmaras municipais eram basicamente de duas ordens. Primeira: não dispunham de um conjunto de normas "racionalizadoras" para ordenamento do espaço urbano. Segunda: quando tomavam alguma iniciativa

neste sentido tinham que lutar contra fortes interesses privados. Estes dois problemas dificultavam a aplicação das posturas e o cumprimento dos regulamentos. Dada a ausência de uma prática permanente de regulação estatal do espaço urbano, era grande a resistência da população à aplicação das leis, sobretudo quando se referia à propriedade imobiliária. Assim, o crescimento urbano se fazia de maneira desordenada, "espontânea", dependendo quase que exclusivamente da iniciativa privada. Acrescente-se a tudo isso o fato de que as câmaras não dispunham de recursos financeiros para implementação das obras públicas.

Mesmo com todas essas limitações, observa-se, a partir dos anos trinta do século passado, uma tentativa da Câmara Municipal do Recife para limitar, através de posturas municipais, os abusos cometidos por particulares, especialmente aqueles relacionados ao desrespeito aos espaços públicos. É o momento de fixação da importância, da dignidade, dos direitos da rua, até então considerada o lado imprestável da cidade. Neste sentido, multiplicam-se proibições de todo o tipo: de construção de biqueiras nas casas, de janelas que se abrem para a rua, de criação de animais domésticos (porcos, ovelhas e cabras) no perímetro urbano, de lavagem de roupas nas bicas do centro da cidade. Impõe-se uma lei de zoneamento que regulamenta a construção de casas, passeios e calçadas em alinhamento regular. Obriga-se os proprietários de imóveis a cuidarem das frentes de suas casas, entupindo buracos, poças de lama.

No campo dos costumes, observa-se também uma tentativa do poder público para erradicar algumas práticas que passam a ser consideradas

impróprias e condenáveis. Restringe-se, por exemplo, o poder dos senhores de espancar seus escravos após as noves horas da noite.

Contudo, as posturas da Câmara Municipal do Recife, a partir de 1831, parecem se ocupar especialmente da conduta dos escravos no espaço público. Assim, os costumes e comportamento dos negros passam a ser alvo de severas proibições. A partir de 10 de dezembro de 1831 é editada uma lei do silêncio, proibindo na cidade, de dia ou de noite, algazarras, "vozerias, alaridos e gritos pelas ruas", que atingia em cheio os costumes religiosos e recreativos dos negros. Proibia-se também que os negros carregadores andassem pelas ruas cantando, "desde o recolher até o nascer do sol". Proibia-se, ainda, que os negros e "vadios" jogassem nas ruas, praças, praias ou escadas; que os escravos andassem pelas ruas com paus, ou outra qualquer arma, pública ou oculta (22).

Essas campanhas de moralização dos costumes da população pobre ganharam mais impulso nos anos quarenta e cinquenta do dezenove. Nessa última década, a coerção e a repressão aos costumes populares parece ter aumentado. Em 1856, o "Diário de Pernambuco", de 11 novembro, aplaudia a ação da polícia que dispersava o maracatu dos "pretinhos do Rosário", não "porque julgasse que aquele inocente divertimento era atentatório da ordem pública, mas porque do maracatu passariam à bebedeira e daí aos distúrbios".

Juntamente com essa campanha de "civilização dos costumes", as elites locais empreendem também campanhas pela reestruturação do espaço urbano. Assim, durante o governo de Rego Barros (1837-1844), a Câmara Municipal do

Recife iniciou um plano de reforma e modernização da cidade. Na verdade, em decorrência das limitações da Câmara, pode-se dizer que as transformações na gestão urbana do Recife, na década de quarenta do dezenove, foi uma iniciativa do poder público provincial, com a criação, no governo mencionado, da Repartição de Obras Públicas (23).

Restaurada em 4 de novembro de 1834, a Repartição de Obras Públicas passou por um período de redefinição entre 1836 e 1844, tornando-se o principal instrumento do governo provincial na reformulação do espaço urbano do Recife.

Na primeira metade do século XIX, o Recife passou por uma fase de crescimento e modernização, resultantes da elevação da renda dos grandes proprietários rurais e comerciantes com os lucros decorrentes do aumento dos preços do açúcar, do algodão e do couro (24).

Ao assumir o governo da Província de Pernambuco, em 1837, Rego Barros traçou um vasto programa de reformas que viessem a atender as urgentes necessidades econômicas e políticas locais. O crescimento das exportações do açúcar era dificultado pelas péssimas condições das estradas e precariedade das instalações portuárias. Para fazer face a esse problema, o governo propôs melhoramentos no porto do Recife e a construção de estradas que facilitassem o escoamento da produção do interior à Capital.

O governo Rego Barros representou mudanças marcantes no modo de realizar a gestão urbana da cidade. Pela primeira vez, uma administração provincial em Pernambuco estabelecia como prioridade de atuação e como tema

central de debate político a questão dos "melhoramentos materiais", ou seja, dos equipamentos urbanos e sua importância na cidade.

Pode-se afirmar, assim, que uma nova sensibilidade sobre o urbano aflora no Recife por essa época. São muitos os indicadores dessa nova atitude. Multiplicam-se, por exemplo, os olhares de políticos, médicos, jornalistas, engenheiros sobre os problemas urbanos. Cresce a preocupação com as questões ligadas à infra-estrutura urbana, com a ausência ou deficiência da maquinaria do conforto: água encanada, esgotos, traçado das ruas, edificações, transporte público e, principalmente, saúde pública. Emerge, sobretudo na comunidade médica, a idéia de que a saúde dos cidadãos depende em larga medida dos equipamentos urbanos.

Mas há, paralelamente a isso, uma outra preocupação das elites com a questão da estética urbana. Já não se convive tranqüilamente com uma cidade marcada por traços coloniais, arcaica, sem ventilação e iluminação adequadas, cortada por ruas estreitas, sinuosas e sujas. Vista como uma cidade antiquada, distante dos padrões urbanos europeus, o Recife não mais parecia condizer, aos olhos das camadas mais esclarecidas, com o papel que havia assumido como centro comercial importante do Império do Brasil.

O programa de governo de Rego Barros tinha, assim, o intuito de "modernizar" a cidade do Recife quando propunha a construção de estradas ligando a zona produtora de açúcar ao porto e a restruturação deste. Na esteira desses melhoramentos vinham o reordenamento urbano, alinhando ruas e

disciplinando as construções, a criação de equipamentos públicos e culturais e a modernização dos serviços públicos.

Com a presença de engenheiros e arquitetos franceses, sob a direção de Louis Leger Vauthier, a partir de 1839, iniciava-se um vasto programa de reformas urbanas. A marca definidora dessa gestão era implantar uma nova racionalidade nos processos administrativos e realizar obras de vulto que produzissem mudanças cirúrgicas no tecido urbano: sistema viário provincial, infra-estrutura urbana (porto, pontes e abastecimento de água). Vauthier iniciou também um mapeamento da cidade, visando elaborar um plano geral de expansão e normalização do processo de arruamentos e dos espaços públicos, além de planos para expansão de áreas periféricas, especialmente aterro de pântanos e alagados. Muitas dessas iniciativas foram implantadas na Boa Vista, Madalena e Manguinhos, transformando esses espaços em áreas residenciais importantes.

No âmbito da "engenharia social", Vauthier traça projetos de "higienização da cidade do Recife e seus arredores", destacando-se dentre eles um que previa um sistema de abastecimento d'água por encanamento, substituindo, assim, os transportadores e vendedores de água e os poços urbanos; outro, que estabelecia um tratamento das águas servidas e dos excrementos, até então lançados nos rios pelos escravos e, por último, um plano de construção de cemitérios extramuros (25).

O projeto de Rego Barros de "modernização" do Recife, ainda que tivesse obtido êxito na realização de transformações materiais significativas, não

conseguiu atingir os principais objetivos traçados. Terminou melancolicamente quando encerrou-se a sua administração.

Nos governos seguintes, a situação sanitária do Recife continuou precária ou, para ser mais preciso, agravou-se, como indicaram as constantes epidemias dos anos 50.

Com a expansão do comércio internacional, a cidade ficou ainda mais exposta às epidemias de febre amarela e cólera, introduzidas através dos navios. A intensificação do movimento do porto e a ausência de organismos eficientes de controle de mercadorias e pessoas agravaram mais o quadro. Mesmo com a criação do Conselho de Salubridade Pública, em 1845, com a finalidade de regular as práticas higiênicas, a cidade permaneceu indefesa diante das epidemias.

Epidemias no Recife

Entre 1849 e 1856, foram registradas na cidade de Recife onze epidemias, sendo as mais graves as de febre amarela (1849, 50, 51 e 52) e a de cólera (1856). Dir-se-ia haver quase que uma cotidianidade do extraordinário.

A cidade enfrentou duas grandes epidemias de febre amarela, uma em 1695 e outra em 1850. Esta última foi descrita pelo dr. Lima Bastos como uma praga enviada pelo Criador:

"A justiça de Deus feriu-nos horrivelmente. As sepulturas atulharam-se de corpos regelados; centenares de famílias vestiram o crepe da orfandade e da viuvez; o terror e a aflição lavraram impetuosamente nos peitos mais corajosos; e o torpor do desalento invadiu o alcaçar das almas mais santamentente resignadas"(26).

Segundo um relatório do Conselho Geral de Salubridade Pública, a epidemia não respeitou condição alguma, espalhando a morte tanto nas habitações pobres como nas ricas (27). Pereira da Costa, nos informa que

"a epidemia em seu furor não poupou quase habitação alguma desta cidade. Viam-se fechadas as lojas das ruas e distritos inteiros. Os sinos não deixavam de dobrar anunciando ao povo aterrado o falecimento ou o estado mórbido dos habitantes. Os médicos, exaustos de forças, não chegavam para os doentes. De noite, por todas as ruas se encontravam ricos e pobres: transluzia em todos os semblantes a incerteza do futuro e o horror do presente" (28).

Por ter-se constituído no paradigma da doença epidêmica para o médicos pernambucanos e na principal experiência acumulada para combater o cólera, vale a pena avaliar um pouco seus efeitos sobre o Recife.

A febre amarela, que fizera grandes estragos em 1685, reapareceu com furor nos anos de 1849-50. Ela parece ter-se constituído no denominador comum das epidemias no século XIX. Dos números globais coletados por José Pereira Rego (29), pode-se deduzir que a segunda metade do século XIX registrou três fases graves de epidemia de febre amarela. Na primeira (1850-60), irromperam 22 surtos no país, com 92.955 óbitos. Na segunda (1861-70), tivemos 18 epidemias e um número de 88.643 óbitos. Na terceira (1871-80), 23 surtos graves e 118.240 vítimas fatais. A terceira fase caracterizou-se pela generalização das epidemias, num preocupante crescendo de ano para ano.

A febre amarela foi uma lição amarga ... mas também proveitosa, segundo os higienistas de plantão. Ela chamou a atenção das autoridades políticas e sanitárias para os graves problemas de higiene da cidade. Contagiosa ou não, os médicos da época teceram teorias, especularam sobre sua natureza e forma de transmissão e, mesmo não chegando a resultados consensuais, sugeriram uma série de medidas para dificultar sua irrupção ou disseminação. Não é objetivo deste trabalho discutir demoradamente as repercussões desta doença na medicina e na maneira de gestão do urbano, mas tão-somente indicar, resumidamente, os problemas mais gerais que ela levantou. Além de ter produzido mudanças significativas no cotidiano da administração pública e nas mentalidades dos contemporâneos, a grande epidemia de 1849-50, no Recife, levantou uma série de questões relacionadas às condições de higiene da cidade e de sua população. Eis algumas delas:

1. suscitou entre os higienistas e os poderes públicos uma acalorada discussão sobre as condições sanitárias da cidade, dando origem a denúncias e ataques à prostituição, suas conseqüências sociais e implicações venéreas (aqui o imaginário médico parecia reproduzir literalmente a velha crença de que a prostituição era uma das causas das epidemias, à semelhança do que ocorrera em 1685, quando os "bandos", editados pelo Marquês de Montebelo, determinavam a expulsão das prostitutas das ruas do Recife para purificar a cidade);
2. levantou a questão da presença e convivência perigosa dos escravos nos mesmos espaços disputados pelo restante da população, dando

origem a campanhas p. disciplinã-los, através de uma melhor alimentação, da proibição de bebidas alcoólicas, de um maior cuidado com seu vestuário, suas condições de habitação e hábitos sanitários;

3. aguçou e refinou a sensibilidade do habitante da cidade em relação aos perigos urbanos, especialmente aqueles referentes aos maus odores oriundos dos excrementos animais e humanos (surge a implicância com os "tigres" - tonéis de dejetos -, com os despejos, na beira do rio, das sujeiras domésticas, com o destino dado ao lixo e águas servidas, com os matadouros, as estrebarias, estábulos e cavalariças estabelecidas em pleno centro urbano, empestando de miasmas e fedor as habitações). Promovem-se campanhas para transferir para a periferia padarias, funilarias, oficinas de caldeireiro e ferreiros, fábricas de curtume e sabão, que enchiam os ares, nos bairros, de fumaça e fuligem;
4. ao nível da administração pública, enfatizou a necessidade de se instituir uma polícia sanitária que fiscalizasse e fizesse cumprir as posturas municipais sobre a maneira correta das edificações (obedecendo aos mais elementares requisitos de ventilação e luz solar). Foi reivindicada a melhoria nas condições dos presos da cadeia pública; procedeu-se a campanhas de fiscalização, reforma e disciplinamento de instituições educacionais (escolas, asilos, abrigos para a mendicância) e hospitalares (controle à imundície, à promiscuidade e à miséria no Hospital dos Lázaros e no Grande Hospital de Caridade);

5. impôs a fiiscalização dos gêneros alimentícios, sobretudo da carne verde e sua venda aos pobres, com o combate ao monopólio deste produto e a conseqüente redução dos preços;
6. estimulou uma vasta campanha de erradicação das condições que favoreciam a produção da doença na cidade: aterramento dos alagados, remoção dos monturos e recolhimento do lixo doméstico, transporte dos dejetos em recipientes fechados e construção de rampas sobre o rio para o despejo bem longe das suas margens, inspeção e higienização das moradias e dos quintais, disciplinando os moradores sobre a exigência da ventilação, interdição do comércio ambulante de gêneros alimentícios e instalação de mercados onde a fiscalização se fizesse possível e constante, obrigatoriedade da construção, em todas as residências ribeirinhas, de canos de esgotos lajeados ao alcance das oscilações das marés.
7. colocou na ordem do dia a criação de cemitérios públicos e a proibição dos enterros em igrejas.

Sobre esta última providência, vale lembrar que até 1851 os sepultamentos no Recife eram realizados nas igrejas. Assim, a interdição dos enterros nos templos vinha pôr fim a esse secular costume. Na visão do médico José Eustáquio Gomes, esse velho hábito fazia da casa de Deus, lugar de orações , "uma morada de horror, onde em vez de aspirar-se fragrâncias de aroma e puro incenso, aspirava-se mefíticas exalações"(30).

Os médicos anotavam com preocupação que, em tempos de epidemias, as sepulturas eram abertas "ainda verdes" para dar lugar a novos cadáveres. Até 1851, quando foi construído o primeiro cemitério público no Recife, a legislação sobre sepultamentos, existente desde o início do século, era sistematicamente burlada. Mesmo com a inauguração do cemitério do Senhor Bom Jesus da Redenção, passados os momentos críticos das epidemias, os enterros nas igrejas voltaram a ser praticados, como observou o Imperador D. Pedro II em seu Diário, quando da sua visita a Recife, em 1859 (31).

Mas não foi só a experiência da epidemia de febre amarela de 1850 que suscitou um maior interesse pela higienização do espaço urbano. A própria ameaça de uma invasão do cólera na Província contribuiu também para reforçar as campanhas sanitárias movidas pelo Conselho de Salubridade Pública. Desde 1845, e sobretudo 1849, observa-se uma constante inquietação no discurso médico local com relação à presença ameaçadora do cólera que devastava a Europa e a América:

> "O fundado receio ... de que o cólera-morbus invada esta Província, como tem sucedido em outros lugares, e as aterradoras notícias, recebidas da Europa, e até da América do Norte, tem feito com que o Conselho desenvolva toda a sua atividade em destruir os meios de transmissão, desinfectando todos os navios chegados dos portos, em que lavra esse cruel flagelo do gênero humano. (...) O Conselho não pode asseverar que esses meios de desinfecção evitarão que o cólera se comunique pela importação aos habitantes desta Província; porquanto as epidemias muitas vezes zombam dos cordões sanitários os mais regulares, e dos recursos, que a arte prescreve; mas eles podem embaraçar essa comunicação, e todos os esforços empregados para este fim são uma satisfação dada à humanidade, e uma prova de que o governo não olha com indiferença para os perigos, que ameaçam; e de que o Conselho não recua diante deles" (32).

O receio da invasão do cólera no Brasil era, como se pode ver, uma quase certeza, uma vez que as medidas sanitárias comumente adotadas (cordões

sanitários, quarentenas e desinfecções) eram consideradas pelos próprios médicos adeptos da teoria contagionista como de eficácia duvidosa, implementadas mais por razões políticas (satisfação à população ou às elites?) do que sanitárias.

3. Meio-ambiente ou contágio?

Como os médicos recifenses pensavam as doenças epidêmicas e que relação estabeleciam entre elas e a cidade? Afinal, as epidemias eram provocadas pelo meio-ambiente corrompido ou decorriam da importação e do contágio?

Até meados do século XIX, a maioria dos médicos radicados na cidade do Recife era formada na França, de onde trazia toda uma bagagem intelectual embebida das idéias filosóficas e científicas do Século das Luzes. A crença no poder transformador da razão; uma visão da história como um progressivo movimento de distanciamento da barbárie e da superstição; a convicção de que a humanidade marchava rapidamente rumo à civilização eram, dentre outras, idéias que iriam fundamentar o discurso e as práticas médicas para higienizar a capital pernambucana.

Julgando-se representantes da "Era das Luzes" nos trópicos, os médicos acreditavam que só o seu saber especializado poria o Brasil à altura da civilização européia e, mais especificamente, da França, seu modelo maior. O fascínio da França como exemplo de civilização e progresso seria considerável sobre a maioria dos médicos brasileiros do século XIX. Mas era sobretudo no campo da higienização que aquele país demonstrava sua superioridade, combatendo seus

miasmas desde o século XVIII. O Brasil Imperial deveria também, na ótica dos higienistas locais, combater os seus como parte de um projeto civilizatório.

Nunca é demais lembrar que o imaginário médico em gestação naquele momento trabalhava obsessivamente com a oposição entre "civilização" e "passado colonial", versão nativa da clássica oposição na Europa entre "civilização" e "barbárie". A civilização era identificada com o aperfeiçoamento moral e material, caminho que as sociedades do Novo Mundo deveriam trilhar para sair do atraso. Para atingir tais objetivos, ou seja, alcançar um estágio de grandeza e prosperidade semelhante aos países mais cultos, a solução seria submeter os principais problemas da sociedade brasileira a uma perspectiva da higiene pública. Em síntese, as condições da higiene pública, aos olhos desses médicos, pareciam constituir o elemento definidor da civilização de um povo. Considerando-se um agente "civilizador", legítimo "representante nos trópicos" do "racionalismo iluminista", o médico acreditava que o seu trabalho era elevar o país "à altura da civilização" européia através de um saber especializado. A idéia sanitária é, assim, conduzida à condição de panacéia universal.

Segundo entendiam os médicos do século XIX, a idéia sanitária, ao incorporar a cidade e a população no campo do saber científico, era de fundamental importância para a implantação de uma nova racionalidade na sociedade brasileira. Formulando novos conceitos científicos, aplicando técnicas eficientes de submissão, a higiene congregou interesses de agentes empenhados neste projeto: médicos, elites agrárias e urbanas e o Estado. A salubridade parece ter sido o ponto de convergência deste acordo. A questão da salubridade

levantada pela medicina ligou-se, de imediato, ao interesse do país. As epidemias sempre foram pesadelos para a administração colonial. Nestes momentos, a população era dizimada e nos períodos intercríticos apresentava uma taxa de mortalidade muito elevada. A técnica de higienização das populações foi um dos trunfos decisivos para a afirmação da superioridade do saber médico. Através de definições do que seria salubre e insalubre, a medicina apropriou-se do espaço urbano e imprimiu-lhe as marcas do seu poder. Tudo o que era urbano - esgotos, águas, ares, lugares, habitações, fábricas, escolas, prostíbulos, matadouros, cemitérios - passa a ser objeto de análise e intervenção. O conceito de higiene recobria, assim, quase todos os aspectos físicos, humanos e sociais, aspectos para os quais estabeleciam-se táticas apropriadas de abordagem, domínio e transformação (33).

"A morte flutua no ar": miasmas e contágios.

Toda concepção médica da época explicava o modo de transmissão das doenças epidêmicas pela doutrina do miasma telúrico. Enfatizavam-se as emanações mefíticas e os eflúvios exalados dos charcos e pântanos aquecidos, especialmente nas regiões tropicais. Clima e doença: eis uma correlação sempre presente quando se tratava de explicar a irrupção de epidemias. Temia-se sempre a entrada do verão, momento em que apareciam as enfermidades. O perigo das águas corrompidas, dos seus sedimentos e dos depósitos de matérias pútridas,

exalando com a maior intensidade os miasmas pestilenciais, angustiava os contemporâneos. A cidade e suas circunvizinhanças, durante as estações chuvosas, parecia submersa em suas águas. Muitas delas eram águas paradas, estagnadas, que, em contato com numerosos e vastíssimos montões de matérias orgânicas em decomposição pútrida, formavam focos de miasmas pestilenciais, lançando na atmosfera partículas deletérias que tanto mal pareciam causar (34).Suspeitava-se que as emanações miasmáticas infectavam o ar, incubavam as epidemias.

A doutrina do miasma telúrico, como vimos, de existência antiga, desde os romanos, foi retomada por Ambroise Pare e reforçada por Sydenham no século XVII. Ela opunha a infecção local à estrita etiologia humoralista, da má qualidade ou desarmonia dos humores.

Muitos médicos do Recife, sem dúvida a grande maioria, eram ardorosos defensores da teoria miasmática, pois reconheciam os prejuízos que a proximidade dos pântanos, a sujeira das ruas e casas, enfim, o meio ambiente corrompido poderiam causar à saúde da população. Mas essa convicção quase consensual sobre o perigo dos miasmas não impedia divergências quando se tratava de definir suas propriedades e efeitos nos indivíduos. Neste sentido, a confusão era geral. Desconheciam-se os seus princípios deletérios e apenas se supunha que era uma emanação de um princípio orgânico, resultante da fermentação pútrida das águas encharcadas, que se elevava com os gazes e vapores e acompanhava esses veículos na dilatação ou condensação pelas

variações diurnas do calor atmosférico, causando danos às pessoas que habitavam a vizinhança dos charcos (35).

Contudo, mesmo entre os adeptos da teoria miasmática no Recife, era possível encontrar médicos não tão ortodoxos a ponto de desconhecerem outras causas das doenças epidêmicas, tais como a importação e o contágio. Em 1851, referindo-se à epidemia de febre amarela, o higienista Aquino Fonseca dizia que não se sabia qual era a causa desta moléstia. Sabia-se, entretanto, que algumas coincidências meteorológicas ou topográficas estavam sempre presentes (36).

Note-se que o médico prudentemente falava só de "coincidências", não de "causas". Tanto o calor e a umidade atmosférica (fenômenos de ordem meteorológicos) quanto as matérias em decomposição (fatores topográficos) seriam causas predisponentes às epidemias. Mas Aquino não afastava a hipótese de que a febre amarela e, certamente, o cólera pudessem resultar de outros fatores. Havia que considerar também, dizia ele, a possibilidade da importação e do contágio. Estudando atentamente o itinerário da febre amarela, anotara que ela só aparecia em lugares visitados pelos indivíduos doentes e em que se estabeleciam focos de infecção. Esta posição de Aquino, também sustentada pelo médico Cosme de Sá Pereira, iria suscitar uma acalorada discussão sobre a importação ou não da febre amarela e do cólera, como se verá mais à frente.

Por ora devo apenas lembrar o fato de que a medicina nos meados do século XIX era em larga medida infeccionista, o que eqüivale dizer que negava qualquer possibilidade de comunicação de doenças como a febre amarela e o

cólera pelo contágio ou até mesmo a viabilidade de sua importação. Saber se as doenças se deslocavam de um lugar para outro era uma questão que dominava o imaginário médico naquele momento.

Desde o final do século XVIII, a teoria infeccionista tinha sido reapropriada por médicos que insistiam em estabelecer uma linha divisória rigorosa entre doenças epidêmicas propriamente ditas, produto das condições locais, e aquelas cuja comunicação se dava por corpúsculos malignos, acres e voláteis, pelo contato mediato ou imediato, ou seja, pelo contágio.

O conceito de contágio adquire mais precisão com Fracastoro que, pela primeira vez, distinguia contágio indireto, direto e longínquo. Havia doenças, segundo ele, que podiam comunicar-se de indivíduo para indivíduo (sarna, lepra) e outras que se propagavam à distância, através de veículos (mercadorias, papéis, roupas) ou por meio das sementes mesmas da infecção. Após essa longa e complicada evolução, o conceito de "contágio", entretanto, ainda permanecia bastante confuso para os médicos da primeira metade do século passado. Na tentativa de esclarecer essa noção complicada, muita tinta e papel foram gastos. Aqui importa apenas registrar que a noção de contágio que tinham os médicos pernambucanos nos meados do século XIX dizia respeito exclusivamente à ação de comunicação de uma moléstia de um indivíduo para outro indivíduo. O significado emprestado ao termo já não tinha relação com a causa, mas com a transmissão. Por essa época, já havia uma vaga distinção entre infecção, provocada por substâncias animais ou vegetais adulterando o meio ambiente, e infecção contagiosa que, uma vez produzida, para se propagar não tinha mais

necessidade das condições ambientais. Podia reproduzir-se independentemente, por contato.

Essa polêmica sobre o caráter contagioso ou infeccioso de uma doença epidêmica não era do interesse apenas dos homens dedicados ao "progresso da ciência". Tinha implicações que extrapolavam os limites puramente acadêmicos, envolvendo interesses econômicos, sociais e políticos. Poucas questões, no século XIX, foram tão discutidas, às vezes de forma tão passional, como esta. Isto talvez se explique porque envolvia toda a população. Afinal, a discussão sobre o caráter contagioso ou não de uma enfermidade era uma questão política, traduzida nos seguintes termos: necessidade ou não de quarentenas.

Os adeptos da teoria infeccionista eram claros: para que estabelecer cordões sanitários, lazaretos e quarentenas se as epidemias não provinham de fora? Em lugar de desperdiçar esforços neste sentido, deveriam, sim, atacar diretamente as suas causas reais, isto é, a "constituição atmosférica", as "causas locais", a "infecção", para ser mais exato. Majoritários em Pernambuco, mas nem por isso tão influentes como os contagionistas, como veremos, eles sustentavam a crença de que a transmissão da doença de um lugar para outro era possível, mas somente pela via aérea, supostamente nas asas do vento. Essa convicção de que o vento levava a infecção até grandes distâncias tinha uma longa trajetória. Na verdade datava dos tempos de Hipócrates. Admitida apenas esta forma de transmissão, os anticontagionistas eliminavam qualquer possibilidade de transmissão por intermédio dos doentes ou dos objetos deslocados do "*foyer epidêmico*". Pensando assim, a sua lógica parecia irrefutável. Era impossível

impedir que o mal se propagasse através do elemento atmosférico. Qualquer barreira, cordão sanitário ou quarentena eram, portanto, medidas inócuas (37).

Mesmo para a pequena minoria que admitia a importação das doenças, predominava a tese anticontagionista. Com base em experiências das grandes epidemias européias, principalmente de cólera, negavam a validade de medidas preventivas para evitar o pretenso contágio. No limite, admitiam apenas a possibilidade da doença viajar de um lugar para outro, em decorrência da mobilidade dos focos epidêmicos. Mas negavam peremptoriamente qualquer comunicação da doença pelo contato.

Na ótica desses médicos, havia que distinguir entre focos epidêmicos e focos de contágio. Os focos epidêmicos podiam ser as emanações miasmáticas, resultantes do ar adulterado, de alimentos corrompidos, de animais mortos e de cadáveres humanos em adiantado estado de decomposição, dentre outras fontes. Os focos de contágio, por sua vez, eram aqueles que se originavam de uma moléstia importada que se transmitia por contato, passando dos doentes para os sãos, por via imediata ou mediata.

Anticontagionista convicto, o médico Pedro Dornellas dizia que os adeptos do contágio se guiavam pelo instinto de conservação, ou seja, pelo medo, e não por argumentos racionais. Discutindo a origem da bouba, doença que atacava principalmente os escravos na província de Pernambuco, concluía que esta enfermidade não era oriunda da África, nem tinha sido importada de lá para a América. Se ela existia em quantidade considerável entre os africanos, tal fato

deveria ser atribuído às condições inumanas da escravidão. Para esse médico, contágio era uma idéia que nascia da insegurança. Quanto mais grave, mais abrangente e desconhecida da medicina, mais terror infundia uma doença na população. A tendência natural era se afastar do suposto foco de contágio. Isto também se aplicava aos médicos. O contágio seria assim uma noção oriunda do primeiro sentimento do homem preocupado com a necessidade de sua conservação. Diante da perda ameaçadora provocada por uma moléstia muito grave, capaz de acometer muitos indivíduos ao mesmo tempo e no mesmo lugar (definição de epidemia?), naturalmente aflorariam nos homens sentimentos de defesa que os tornariam menos aptos para as operações da sua inteligência (38). Esse tipo de raciocínio terminava por descredenciar os argumentos dos contagionistas, pois os classificava de reações puramente instintivas e, portanto, destituídas de qualquer racionalidade científica.

Dornellas dizia que, com exceção das doenças produzidas por causas materiais, todas as demais seriam ocasionadas por condições patogênicas individuais e atmosféricas. Em síntese, para este médico as enfermidades deveriam ser consideradas sob três aspectos: 1) a sua forma epidêmica ou endêmica não decorreria das transformações sucessivas das emanações miasmáticas dos indivíduos afetados ou sãos: 2) com raras exceções, as doenças dependiam, para sua formação e desenvolvimento, das condições patogênicas e atmosféricas, e quanto maior e mais geral era a afinidade entre estas duas condições, mais rápido seria seu desenvolvimento, maior o número dos doentes, dos falecidos, se ela era mortífera, e vice-versa; 3) as doenças contagiosas só

seriam transmissíveis pela amamentação, pelo ato sexual, pela inoculação "e talvez a contigüidade continuada de um indivíduo afetado em outro são". Nem mesmo o cólera, esse recente devastador da Europa, poderia ser entendido como uma enfermidade contagiosa, como o haviam demonstrado, segundo Dornellas, as pesquisas "audazes e perseverantes" de Foy, Briére de Boismont, De Genettes e outros. Mas os argumentos de Dornellas e dos demais anticontagionistas no Recife foram seriamente abalados com a irrupção da febre amarela e, posteriormente, do cólera na província.

Contágio, infecção e livre comércio

Em 1849, a Inspeção Geral de Saúde de Londres publica os famosos pareceres de Sharterbury, Edwin Chadwick e T. Southwood Smith sobre a ineficácia das quarentenas contra a febre amarela. A opinião da I.G.S. de Londres, endossada pelo parlamento britânico, concluía que as doenças epidêmicas não eram contagiosas e não se propagavam gradualmente. Em decorrência disto, a dispersão dos doentes não resultava na dispersão da doença. Nestes pareceres, a febre amarela era considerada uma infecção de natureza local. O agente causador era local e endêmico em sua origem. Esse diagnóstico se estendia também ao cólera. Assim sendo, os pareceres terminavam por sugerir que a forma correta de combater essas enfermidades não

podia ser a quarentena ou o cordão sanitário, mas medidas sanitárias que tivessem por objetivo remover e prevenir contra as diferentes condições do meio-ambiente adulterado (39). A tese da geração espontânea das epidemias, ou seja, a idéia de que elas eram resultantes de causas locais (naturais e/ou sociais) parecia dominar o imaginário médico na Europa e no Brasil.

Mas nem tudo era ponto pacífico. A Comissão de Salubridade Pública de Pernambuco, baseada nas observações e experiências obtidas durante a epidemia de febre amarela de 1850, estava convencida de que havia algo que vinha contaminando as pessoas e as coisas. Por isso escreveu um relatório contestando os pareceres da Inspeção Geral de Saúde de Londres. Neste documento, a Comissão de Salubridade Pública de Pernambuco discordava radicalmente das conclusões dos higienistas britânicos, assegurando que as opiniões emitidas pela I. G. S. L. refletiam muito mais preocupações de natureza econômica e política do que sanitárias. Segundo a Comissão, era tão pronunciado o empenho da Inglaterra para facilitar o comércio, de livrá-lo de qualquer embaraço que pudesse contrariar seu livre desenvolvimento, que até mesmo se tornava pouco exigente com medidas higiênicas (40).

Contestando as conclusões do referido relatório, a Comissão procurava desmontar peça por peça os argumentos apresentados por Shafterbury, Chadwick e Smith. Reconhecia, em princípio, que tanto a febre amarela como o cólera podiam irromper simultaneamente em diferentes cidades, distantes umas das outras, sem que tivesse havido comunicação com as pessoas infectadas. Mas, no caso do Brasil, dizia ela, a febre amarela só irrompia nos lugares em que os

doentes infectados apareciam e em que se estabeleciam focos de infecções, dos quais se irradiavam os miasmas. A febre amarela e o cólera, na concepção daqueles médicos, se comunicavam de pessoa a pessoa, não pelo contato

> "(...) da superfície cutânea de um indivíduo são com a de outro, que se acha em estado de saúde, e sim pelo ar atmosférico impregnado de miasmas infeccionantes que, indo pôr-se em contato com a mucosa brônquica, transmite o germe do mal em porção tal, que é suficiente para fazê-lo desenvolver-se no indivíduo são, o que com mais dificuldade se pode evitar" (41).

Sendo assim, os perigo do contágio e da morte flutuariam no ar, transmitindo-se pelo transporte das partículas deletérias suspensas na atmosfera.

A difusão dessas doenças, ao contrário do que dizia o relatório inglês, ocorria com mais facilidade com a dispersão dos doentes, pois estes poderiam constituir focos de infecção, dos quais partiriam raios que afetariam outros indivíduos, sobretudo aqueles já atacados por outras afecções e, por conseguinte, mais aptos para contraí-la. Entretanto, se, por um lado a dispersão dos doentes poderia trazer benefício para os mesmos, ao retirá-los dos focos miasmáticos, por outro, poderia ser causa de propagação do mal em diversas direções.

Para a Comissão de Higiene, as causas ditas "excitantes" da febre amarela, como do cólera, pareciam as mesmas. Seriam as ditas "condições localizadoras", noção bastante ampla que abarcava desde

> "(...) a habitação sobre terrenos de aluvião ou pantanoso, um ar quente e úmido, a residência em casas baixas, mal arejadas e em que moram muitas pessoas, a acumulação de grande quantidade de matérias animais e vegetais em putrefação, uma alimentação insuficiente e insalubre, uma grande miséria física, o estado habitual de sofrimento moral" até a "negligência das leis da higiene pública e privada" (42).

Mas tudo isso não era suficiente para a irrupção de uma epidemia. Era preciso que houvesse a transmissão da infecção miasmática pelo ar carregado de partículas empestadas pelos corpos doentes. Em suma, a Comissão concluía que a febre amarela e o cólera eram doenças que podiam ser importadas e transmitidas de pessoa a pessoa. Este processo de transmissão ocorria quando os enfermos, viciando o ar das localidades em que se achavam, criavam focos de infecção suscetíveis de transmissão às pessoas sãs. Entendia-se que os focos de infecção poderiam persistir mesmo depois de terem sido removidos os doentes. Neste sentido, as ditas "condições localizadoras" (nocão de constituição?) poderiam produzir, facilitar a progressão ou diminuição destas moléstias. Como se pode ver, a medicina pernambucana vivia um momento de transição na classificação das doenças epidêmicas. Momento este caracterizado por um enfoque ambivalente, onde, de um lado, enfatizava as condições de produção da doença e, de outro, valorizava a cadeia epidemiológica. Este último aspecto das doenças epidêmicas exigia, na ótica dos médicos da Comissão, estratégias de combate semelhantes às sugeridas pela Academia de Medicina de Paris, em 1846:

> "Se a peste manifestar-se em uma casa, será necessário mandar transportar imediatamente o indivíduo acometido por ela para algum lugar distante, perfeitamente arejado, onde receberá todos os cuidados que reclamar o seu estado. Todos os outros habitantes da casa serão submetidos à vigilância de um médico, a casa, evacuada, será limpada, lavada, ventilada, purificada, e deverá ficar vazia durante um mês pelo menos. Se diversas casas vierem a ser acometidas, guardar-se-á com cada uma o que fica indicado. Demais excitar-se-á ou mesmo obrigar-se-á o maior número possível de habitantes a sair da cidade, se lhes marcando lugares de refúgio, sendo submetidos às medidas de isolamento necessárias para impedir a propagação da moléstia pelas populações vizinhas. Se cidades inteiras vierem a ser teatro de uma epidemia de peste, essas disposições deverão ser postas em execução em maior escala e com uma rigorosa severidade, sem que os princípios mudem. Conviria sempre, de uma parte, empenhar-se em fazer sair dos focos epidêmicos todas as pessoas ainda não atacadas

pela moléstia, e de outra, isolar, dissem[illegible]s acometidos pela peste, colocando-os em lugares altos, bem ventilados, de modo a prevenir a formação de focos pestilenciais" (43).

A doença epidêmica, vista como contagiosa, deveria ser combatida, portanto, com estratégias de isolamento, fixação e rigoroso controle dos doentes e dos sãos pelos poderes públicos.

Como se sabe, as quarentenas configuraram de maneira exemplar essa estratégia de isolamento e segregação espacial. Mas esse tipo de medida somente era adotado em casos extremos, pois os médicos e as autoridades tinham consciência dos constrangimentos que ele causava à população. Além dos transtornos impostos aos que ficavam retidos a bordo dos navios, dificultava as transações comerciais e a circulação de pessoas e mercadorias. Por isso, as quarentenas só poderiam ser adotadas sob certas condições, ou seja, desde que houvesse disposição de instalações adequadas (lazaretos) e pessoal treinado, para que se oferecessem aos internados algumas "comodidades e vantagens necessárias". Na visão dos contagionistas, obviamente os lazaretos ocupavam um papel decisivo para o combate das doenças tidas como contagiosas. Na impossibilidade de se transportar toda uma população de uma cidade infectada, nada parecia mais racional do que segregar, "do resto da população", aqueles que vinham de portos contaminados.

Contudo, sua eficácia para impedir a entrada de doenças contagiosas era muito duvidosa. Em geral, os lugares destinados ao isolamento (os lazaretos) eram estabelecimentos desprovidos das mínimas condições para atendimento dos

doentes, sem recursos farmacêuticos e sem médicos para dar assistência aos enfermos. A sua função era basicamente excluir e não curar. Na maioria dos casos, não passavam de simples depósitos de pessoas para ali encaminhadas com o intuito de se evitar que elas, uma vez sob suspeita de contaminação, transmitissem o mal para as pessoas receptíveis residentes nos centros urbanos mais densamente povoados (44).

Os contagionistas não desconheciam as dificuldades para se adotar as clássicas medidas de quarentenas e cordões sanitários contra a invasão de doenças contagiosas. Nessas ocasiões, havia sempre forte resistência dos interesses comerciais e da população em geral. Isto se verificou tanto durante a epidemia de febre amarela de 1850 quanto durante a de cólera de 1856. As medidas preventivas adotadas incomodaram sobretudo o comércio importador. Por isso, freqüentemente os cônsules pressionavam as autoridades locais e faziam divulgar pareceres opinando sobre a superfluidade e impertinência das quarentenas.

Em relatório dos trabalhos da Comissão de Higiene durante o ano de 1855 ficam claros os obstáculos interpostos pela Câmara para frustrar o plano de higienização da cidade. Os médicos diziam que havia "empenhos" e "ludíbrios" para impedir a realização das medidas. Em geral, o apadrinhamento dos poderosos, a cúmplice displicência das autoridades e a interferência dos políticos impediam a decretação de posturas coercitivas, burlavam a execução das promulgadas e asseguravam aos infratores a "mais insolente impertinência". Em decorrência desse descaso para com a salubridade, o lixo acumulado nas praças

e nas ruas do Recife, apesar da existência de carroças para recolhê-lo, era um verdadeiro pesadelo.

Uma teoria sobre a cidade?

A medicina praticada no Recife até meados do século passado parece indicar um momento de transição de uma medicina das doenças para uma medicina da saúde. Sinais desse deslocamento perceptivo podem ser observados quando a medicina passa a considerar a doença não como um fenômeno isolado, como uma entidade independente que deveria ser combatida só quando de seu aparecimento. O que cada vez mais parecia claro para os higienistas era a necessidade de cercar e debelar as condições que propiciavam o aparecimento da doença, através de ações preventivas, atuando sobre suas causas. Verificava-se, assim, um progressivo deslocamento do objeto da medicina, da doença para a saúde. Descortinando uma nova visibilidade, ao situar as causas das doenças não no próprio corpo doente, mas nas condições que o cercava, em sua vizinhança, no meio-ambiente, esta medicina apontava para um novo olhar, que correlacionava meio-ambiente urbano e irrupção de epidemias (45).

Nasce daí uma preocupação no pensamento médico de identificar, classificar e avaliar tudo o que no mundo urbano seja causa potencial de doenças. Observar, inventariar e dissecar o ambiente, palmilhando o território em busca da localização do perigo; idealizar estratégias de intervenção e buscar

apoio dos poderes públicos para impedir que as doenças apareçam: eis uma nova direção que alguns, não todos, higienistas recifenses irão imprimir às suas ações na luta cotidiana para debelar as enfermidades. Nesta luta incansável e, muitas vezes, mal-sucedida, destacam-se figuras como os médicos Joaquim de Aquino Fonseca e Cosme de Sá Pereira, além de outros, que, à frente da Comissão de Salubridade Pública de Pernambuco, durante os anos quarenta e cinqüenta do dezenove, desempenharam um papel decisivo. Inventariando, analisando e propondo soluções para os problemas sanitários da cidade, estes higienistas terminaram por construir um saber ou uma teoria médica sobre a cidade.

Para esses médicos, o perigo do meio urbano existia porque a cidade era causa de doenças, devido, sobretudo, à desordem que intrinsecamente a caracterizava. Por isso, tudo o que era urbano deveria ser do interesse do higienista: lugares, objetos e elementos (ar, água, luz, lixo, excrementos, cadáveres). Tudo deveria estar sob a fiscalização e o controle das autoridades sanitárias.

Esse conhecimento médico sobre a cidade decorria da preocupação com uma questão básica: o modo de ser promíscuo da organização do espaço urbano. Por isso, os problemas oriundos da localização espacial e temporal e da intercomunicação ou contato orientarão todo o discurso médico de análise e intervenção na cidade. A obsessão com a questão da localização espacial decorre da necessidade de evitar essa mistura urbana. Assim, localizar espacialmente era uma forma de decompor, distinguir e isolar os elementos de mistura urbana.

A desordem urbana era diagnosticada como resultante de duas causas: naturais (a posição geográfica, os pântanos, as montanhas, o clima , os ares e as águas) e sociais (ao nível micro e macro-social). Natural e social não constituíam, entretanto, níveis estanques e separados. Pelo contrário, eram aspectos interligados e compunham uma totalidade na reflexão médica. Referindo-se aos elementos urbanos e sua circulação, a teoria médica dizia que nada poderia permanecer estacionário. Para a água permanecer saudável, por exemplo, fazendo desaparecer suas qualidades mórbidas, era preciso disciplinar o seu curso por canais e esgotos. O mesmo se aplicava ao ar que, para conservar suas qualidades e circular livremente, deveria ser desbloqueado, eliminando os acidentes naturais (morros, matas) e afastando para a periferia os acidentes artificiais também produtores de miasmas (matadouros, fábricas, hospitais e cemitérios) (46).

O primeiro objeto de análise da investigação médica da cidade é o seu aspecto natural. Assim, os médicos criticam antes de tudo o sítio geográfico onde se situa a cidade. Dizem que as razões que determinam a localização de uma cidade podem ser de toda ordem (econômica, política, militar), menos por motivos higiênicos. Na ênfase dada à situação geográfica, o clima figura como um aspecto decisivo. Ele é mesmo, segundos alguns médicos, a categoria central, que permite correlacionar as condições naturais e a transformação da cidade(47). Ao lado do clima, vêm as águas estagnadas e os pântanos, por serem focos de exalações miasmáticas e causas de insalubridade. O problema das águas represadas já era visto, desde a década de quarenta do século passado, como

uma das causas principais da irrupção de epidemias no Recife. A água sempre inspirava desconfiança e se ela era estagnada suscitava ameaças.

Em 1842, a Sociedade de Medicina de Pernambuco fez uma representação ao governo da Província onde procurava demonstrar que as águas represadas e corrompidas, bem como os depósitos de matérias de origem animal e vegetal em fermentação pútrida, eram responsáveis pelas emanações pestilenciais que produziam envenenamentos miasmáticos, faziam aparecer enfermidades malignas e perniciosas e, principalmente, epidemias mortíferas, que tanto devastavam as populações (48).

A representação prosseguia mostrando como a cidade do Recife se tornava praticamente inabitável no tempo do inverno, quando tudo parecia submergir. Com a obstrução dos poucos lugares de esgotos, as ruas ficavam intransitáveis e as casas alagadas: as águas permaneciam represadas até que fossem evaporadas pelo calor.

À medida que a cidade ia crescendo, a situação piorava, com a multiplicação dos charcos pantanosos e infectos. Mas o estado da periferia não era mais lisonjeiro: vastas lagoas, resultantes da reunião das águas das chuvas, das inundações do rio e da maré, cercavam toda a cidade. O quadro pintado pelos médicos se agravava com a presença de grandes depósitos de lamas, de imundícies e de tantas substâncias de origem animal e vegetal em permanente decomposição, produzindo incessantemente os mais pestíferos miasmas. As ruas que margeavam o rio e a maré eram particularmente tidas como insalubres, pois

exalavam o mais insuportável cheiro. O litoral era descrito como uma muralha de lama podre, formado de material orgânico em fermentação.

Outro motivo de grande angústia era a presença de pântanos na vizinhança da cidade. Vistos como nocivos, lugares de onde se desprendia todo o tipo de odores e partículas em fermentação, comprometendo a pureza do ar, mobilizaram grande parte da atenção médica para desalagá-los e desentulhá-los. A erradicação desses lugares submersos era condição, segundo os higienistas, para se assegurar a salubridade do ar - elemento "tão importante às funções do bofe, órgão da respiração, e conseguintemente da vida, assim como é para o estômago, e vias digestivas, o bom e digesto alimento" (49).

Ainda segundo os médicos, a cidade sofria uma outra ameaça permanente, além dos pântanos no seu interior e no seu entorno e de um litoral cheio de lixo e podridão: fora edificada sobre um paul infecto e terrível. Tanto ou mais que os pântanos, os paús alimentaram o imaginário médico com receios e medos de envenenamentos miasmáticos.

Em seu incansável trabalho para detectar, inventariar e eliminar os perigos urbanos no Recife, os médicos evocavam outros dois problemas que agravavam ainda mais a situação já insalubre da cidade: o desmatamento e o aterramento do rio. Na preocupação obsessiva dos médicos com as qualidades do ar, a arborização ocupava um importante lugar. Além de contribuir poderosamente para a purificação da atmosfera, ela ainda promovia a agitação do ar.

Ora, o crescimento da cidade estava transformando bosques em quarteirões de casas e em ruas cobertas por lamas e águas encharcadas. O aterramento, estreiteza e obstrução do rio, por seu turno, criava sérios problemas para a cidade. As águas, não encontrando escoadouros naturais, invadiam os mais inesperados lugares. Da mesma forma, as marés estavam minando lentamente vários terrenos nas vizinhanças da cidade, provocando inundações, formando depósitos, multiplicando os pântanos, os charcos e paús (50). Havia receio de que as águas, "um dia assoberbadas", fizessem terrível invasão na cidade. Essa imagem do descontrole das águas, comprometendo o bom funcionamento da cidade e desestabilizando o cotidiano faz parte, desde muito tempo, do inventário dos medos urbanos no Recife.

O segundo aspecto da reflexão médica sobre a cidade dizia respeito aos problemas propriamente urbanísticos. Não se tratava mais de discutir sobre o local onde a cidade se situava, sua configuração natural, mas a cidade como artefato produzido pelo homem para submeter o mundo físico e dobrá-lo aos caprichos humanos. Sob este ângulo, o da cidade como engenho humano, os observadores da cena urbana (médicos, jornalistas, políticos, administradores) tendiam invariavelmente a operar com uma lógica que confrontava constantemente as categorias natureza e cultura. A primeira era sempre vista como dadivosa: a ação do homem é que havia perturbado ou destruído esse presente, ao poluir os rios, desmatar as florestas, comprometer a qualidade do ar e obstruir a penetração da luz no ambiente urbano. A cidade seria, então, uma segunda natureza degradada, lugar do caos e do perigo.

Para o imaginário médico, o traço mais contundente das cidades era a desordem urbana. Desordem que se configurava, de saída, na construção das casas, pois os seus proprietários não obedeciam aos mínimos preceitos de higiene. Muitas das habitações eram carentes de dispositivos que fizessem escoar as águas servidas e os excrementos, o que resultava no acúmulo de imundícies e monturos nos quintais. Desordem que também se revelava no destino dado aos excrementos humanos, transportado por escravos, em barris - os famigerados "tigres"-, através das ruas, empestando a cidade no trajeto até a praia ou até as margens do rio.

Havia também confusão e mistura no tratamento dado aos mortos, decorrente da prática secular e insalubre dos enterros nas igrejas; do hábito de se jogar animais mortos nas ruas; da existência de lixo, monturo, estrebarias e currais no perímetro urbano; da ausência, enfim, de regras higiênicas e disciplinadoras nas fábricas, hospitais, prisões e no espaço urbano como um todo.

Mas a desordem da cidade, para os médicos, se revelava na sua própria configuração material, ou seja, no traçado irregular de suas ruas, em geral estreitas e tortuosas, dificultando a renovação do ar e a circulação dos veículos. O aspecto lastimável das vias públicas reforçava essa imagem do ambiente desconfortante e perigoso do espaço urbano:

> "Olhai para as ruas desta cidade: no verão cheias de pó subtil incômodo e sufocante; no inverno encharcadas de lama e de águas lodosas, que por falta de conveniente esgoto só desaparecem lentamente, e por evaporação, depois de haver infeccionado a atmosfera" (51).

Angustiante também era a insalubridade dos rios e praias, vistos como imundos depósitos de fezes, de lixo, de despejos das casas, de animais mortos em estado de putrefação "e até cadáveres insepultos".

A presença de pântanos, como já foi lembrado, era sobretudo inquietante, não só porque eram tidos como lugares insalubres, viveiros de plantas e de aves aquáticas, de insetos, que neles se geravam, cresciam, viviam, morriam e apodreciam, mas também porque deles se retirava água para o consumo humano.

Todo esse diagnóstico médico conduzia naturalmente a propostas de transformação da fisionomia da cidade. Tratava-se, assim, de remover tudo o que transformava a cidade em ambiente corruptor da vida humana e promover uma nova gestão do urbano que solucionasse o problema mais grave da cidade: a questão da circulação dos elementos.

Como já sugerimos, na montagem de uma teoria geral sobre a cidade, o ar, a água e a luz formam o tripé decisivo no pensamento médico para analisar tanto o aspecto natural quanto o propriamente urbanístico da cidade. Pode-se dizer, sem exagero, que eles são as condições de possibilidade para o discurso médico interpretar a cidade. Nessa tríade, entretanto, o ar representa o papel principal.

Visto como um elemento ao mesmo tempo natural e social, é por seu intermédio que ocorre a comunicação entre os vários componentes do meio. Em geral saudável, o ar podia tornar-se nocivo pela má influência do meio natural ou social. O meio natural alterava o ar, tornando-o pernicioso, quando certos

aspectos naturais - morros, pântanos, charcos, águas estagnadas - dificultavam a sua circulação. Mas o meio social também podia ser agente corruptor do ar, através das aglomerações, das sujeiras acumuladas nas ruas e nas habitações, das exalações, da respiração de muitas pessoas num ambiente apertado, da excreção, enfim, dos homens e animais. Para os médicos, o homem podia duplamente contribuir para corromper o ar, seja através de sua própria existência física, seja por meio de suas obras.

Essa obsessão pelo ar (denominada aerismo) orientaria as ações médicas no combate aos perigos urbanos. Era em função desse critério, isto é, da qualidade do ar, que se organizariam as normas do salubre e do insalubre. A análise da cidade, bem como das instituições que a compunham, também se pautaria por ele.

Assim, quando os médicos se lançavam no projeto de medicalização das instituições, visando dotá-las de "normas racionais", o foco das suas preocupações incidia sobre dois pontos básicos: a questão da sua localização e da sua organização interna. Por serem em geral fonte de exalação de miasmas perniciosos, as instituições deviam-se localizar em lugares distantes dos centros urbanos. A preocupação com a localização das instituições decorria da crença de que elas estavam quase sempre situadas em lugares escolhidos por critérios que não levavam em conta a salubridade. A localização, por exemplo, de fábricas, hospitais, matadouros, cemitérios, prisões no centro da cidade podia constituir focos de epidemias e contágio. Neste sentido, impunha-se a expulsão desses estabelecimentos para lugares mais afastados. Esta crítica ao modo como se

relacionavam os espaços urbanos e o espaço institucional se articulava com outra preocupação: a de ordenar as instituições a partir de seus espaços internos.

Já em relatório de 29 de agosto de 1845, pouco tempo depois de sua posse como presidente do Conselho de Salubridade Pública de Pernambuco, Aquino Fonseca elaborava extenso diagnóstico sobre a situação dos hospitais do Recife e de Olinda. Reconhecendo a má fama dos hospitais, tidos como antecâmara da morte, lugar onde se ia morrer, ele traçava um quadro nada animador destes nosocômios: aí predominaria a desorganização interna, caracterizada pela ausência de distribuição racional do pessoal empregado, a confusão e mistura na distribuição dos doentes, inviabilizando uma classificação das doenças e aumentando o perigo do contágio.

Atentava ainda o médico para o perigo da contigüidade entre vivos e mortos, com a existência de cemitérios nos pátios internos dos hospitais, bem como para as práticas de inumações sem conhecimento das regras de higiene. O relatório concluía com a sugestão de urgentes reformas na organização interna daqueles hospitais, bem como a sua transferência para lugar mais adequado (52).

Sobre o Hospital dos Leprosos, por exemplo, o Conselho descrevia o quadro de completo abandono em que se encontravam os doentes. Tudo parecia ali reunido para inspirar terror no ânimo das pobres criaturas. Os médicos constatavam que até pessoas que não sofriam de lepra estavam misturadas com os doentes. O hospital não tratava os leprosos, não empregava nehum meio para

aliviar o sofrimento dos enfermos, nem ensaiava nenhum medicamento. Havia carência de pessoal habilitado, a comida era péssima e a mortalidade muito alta. Os próprios enfermos cavavam as sepulturas no centro do edifício para enterrar seus companheiros!

Com as mesmas preocupações quanto à localização e à organização interna das instituições, os médicos se voltavam para os estabelecimentos comerciais e fabris. Visitando as fábricas de refinação de açúcar, localizadas no perímetro urbano, o Conselho de Salubridade chamava a atenção para o perigo que estes estabelecimentos constituíam para a saúde da população urbana, pois nesses locais havia falta de limpeza, as instalações eram apertadas, pouco arejadas e os trabalhadores eram submetidos a um excessivo calor e ao fumo, que comprometia suas vidas e a daqueles que habitavam nas vizinhanças.

Note-se que o Conselho, nos casos dos estabelecimentos fabris, não tecia qualquer comentário crítico sobre as condições de exploração do trabalhador, limitando-se apenas a sugerir a remoção desses estabelecimentos para os arrabaldes da cidade (53).

A presença de matadouros no centro da cidade é outra fonte de inquietação e temor:

> "Não é crível, nem verossímil que, numa capital da ordem desta, os matadouros estejam no estado em que estão, que a matança do gado seja feita com tanta imperícia e negligência! Na verdade de propósito não se faria coisa que mais danosa seja à saúde pública. As poças de sangue que cobrem toda a superfície, entrando prontamente em decomposição, pois esse líquido é sumamente putrescível, sobrecarregam a atmosfera da circunvizinhança de tantos miasmas, e emanações pútridas, que ao aproximar-se de tão infectos lugares sente-se um cheiro intolerável, o que toma aquelas localidades incapazes de ser habitadas. Os moradores de seu contorno sofrem lento, mas verdadeiro envenenamento miasmático. As emanações pútridas, que deles exalam, derramam-se por toda a cidade, onde igual efeito vão produzir. Eles são muito intensos focos de miasmas deletérios, que aumentam a força dos outros existentes" (54).

Do que precede, pode-se ver como uma categoria geral, vagamente definida como miasma (maus ares), fundamenta toda a investigação e análise do pensamento médico sobre os supostos perigos urbanos, i. é., as temíveis massas visíveis e invisíveis, responsáveis pela irrupção das moléstias.

Nada do que é urbano deve ser estranho

Criado pela lei n. 143, de 15.5.1845, o Conselho Geral de Salubridade Pública foi o órgão máximo de arbitragem das questões sanitárias no Recife, durante dez anos. Antes dele, a polícia sanitária era exercida pela Câmara Municipal, com a ajuda de um delegado do Protomedicato. Os serviços de higiene sob a órbita da Câmara Municipal resultavam numa quase caótica situação sanitária, pois as posturas editadas por aquela instituição, rigorosas na letra, eram inoperantes na prática.

O Conselho de Salubridade dispunha de apenas cinco funcionários - três médicos e dois farmacêuticos - para cumprir objetivos muito amplos, tais como promover e propagar a vacinação anti-variólica; visitar assiduamente as prisões e casas de socorros públicos; inspecionar os estabelecimentos industriais, fábricas e oficinas existentes na cidade; fiscalizar os cemitérios, catacumbas e outros quaisquer lugares de inumações; cuidar dos meios de prevenir as epidemias, as

endemias e os contágios; reprimir o charlatanismo; examinar rigorosamente os alimentos dados ao consumo; vistoriar as boticas e examinar as suas drogas e remédios; dar parecer sobre assuntos de higiene; fazer a estatística médica da Província; fiscalizar os facultativos no desempenho de suas funções, superintendendo seus atos, além de outros objetivos e obrigações (55).

O Conselho foi extinto pela lei provincial n. 316, de 14 de maio de 1853, sendo substituído pela Comissão de Higiene Pública, instalada em 11 de agosto de 1853 (56).

No dia da instalação do Conselho, Joaquim de Aquino Fonseca, seu único presidente ao longo dos dez anos, proferiu um discurso onde anunciava as suas intenções programáticas:

> "É preciso que empenhemos nossos esforços para que o público se convença de que um Conselho de Salubridade é uma instituição de suma importância em qualquer país civilizado, porque cuida do melhoramento sanitário, e tem de resolver questões de higiene e de medicina legal de alto interesse para a sociedade" (57).

Durante o tempo em que dirigiu o Conselho, Aquino desenvolveu intensa atividade para higienizar o Recife. Moveu campanha para a construção do cemitério público, pela reforma nos hospitais, pela vacinação antivariólica, pela fiscalização das boticas e contra o charlatanismo, contra os enterros à noite, pelo isolamento dos leprosos, pelo serviço de verificação de óbitos, pelo melhoramento sanitário das praias, ruas e praças, pela extinção dos pântanos da cidade, enfim, por uma reforma urbana. Nada que era urbano lhe era indiferente. Este vastíssimo programa de reformas, caso tivesse sido realizado, teria

transformado a cidade do Recife de uma das cidades mais sujas do país em uma capital "limpa, ordeira e disciplinada".

A morte: um assunto sério

O primeiro trabalho de envergadura do Conselho, elaborado por Aquino, foi sobre inumações, sepulturas e enterros. Neste documento, o médico propunha uma reforma completa e radical dos antigos hábitos de enterramentos dos mortos, considerados por ele perigosos à saúde pública. Determinar a realidade da morte; verificar se sua origem era criminosa; certificar-se de que não tivesse sido causada por enfermidade contagiosa; acionar medidas higiênicas, em caso afirmativo; identificar a causa da morte nos casos que não receberam assistência médica; expedir atestado de óbitos; disciplinar os sepultamentos e cemitérios: eis o leque de medidas necessárias para a normatização da morte.

Entendiam os médicos do Conselho que eram muitas as irregularidades praticadas quando da inumação de cadáveres. Os sepultamentos eram, em geral, realizados sem exame médico, sem conhecimento das autoridades policiais. Nos enterros, abusava-se no transporte dos corpos até as sepulturas, ampliando o trajeto o máximo possível. Tais práticas passam a ser vistas pelos doutores como costumes bárbaros, insuportáveis para uma cidade civilizada. Afinal, o disciplinamento da morte era um assunto muito sério para permanecer fora do

controle médico. Todos esses assuntos deveriam ser submetidos ao exame de um especialista. A começar, por exemplo, pela verificação da morte, problema que sempre atormentava os espíritos dos contemporâneos. Sem um exame cadavérico metódico, corria-se pelo menos dois grandes riscos: sepultar pessoas vivas e ignorar as causas de sua morte.

O temor da morte aparente dominou por muito tempo o imaginário médico e popular. O dr. Aquino não se conformava que uma questão tão grave, como o era a da verificação da morte, continuasse nas mãos da Igreja, ou seja, de um vigário ou prioste, totalmente incompetentes para verificar a morte de um indivíduo. Este era um assunto para a medicina. Contudo, os esforços para instituir um serviço oficial de verificação da realidade da morte, bem como de controle e vigilância dos cemitérios, caixões e carros usados no transporte de cadáveres, durante muito tempo, não foram bem sucedidos, como veremos mais adiante.

Ainda com relação à medicalização da morte, os doutores procuravam demonstrar os inconvenientes dos enterros nas igrejas. Mesmo que ferissem os rígidos princípios religiosos e suas formas seculares de lidar com a morte, os médicos investiam contra as práticas de inumação nas igrejas. Era inadmissível, dizia um deles, que situações como a verificada na Igreja de N. S. do Rosário do bairro de Santo Antônio continuassem a ocorrer. Ali, as famílias que se dirigiam à missa de madrugada mal podiam penetrar na igreja, tal era o desagrado e, sobretudo, o temor que lhes causava o mau cheiro exalado das sepulturas que ficavam abertas durante a noite.

Um dos grandes temores a dominar o imaginário médico da época era a abertura de sepulturas antes do tempo. Imaginava-se que a abertura de sepulturas, especialmente de cadáveres que não tinham passado o tempo suficiente para a sua inteira decomposição, resultava em mortes instantâneas e cruéis epidemias. Supunha-se que a terra que cobria o cadáver, impregnada de partículas animais semi-decompostas, expostas quando da abertura das sepulturas nas igrejas, devia espalhar na atmosfera miasmas perniciosos à saúde. Acreditava-se que as covas eram mais perigosas que as catacumbas. Mesmo estas últimas ofereceriam riscos aos vivos porque não eram bem lacradas, deixando exalar cheiro infecto. Muitas delas passavam horas abertas, à espera de novos cadáveres, empestando o ambiente. Temia-se, sobretudo, o pouco cuidado que se prestava na abertura de sepulturas, pois pouco se sabia sobre o tipo de doença que havia vitimado aqueles que se encontravam enterrados. Ninguém duvidava que um cadáver vitimado por doença contagiosa ou epidêmica, mesmo passados vários anos, pudesse desencadear surtos de moléstias terríveis. A segunda epidemia de cólera no Recife (1862), por exemplo, foi atribuída à exumação de um cadáver de colérico!

O transporte dos mortos era outro aspecto muito deplorado pelos médicos. Conduzidos, em geral, em redes ou caixões carregados por homens e em forma de procissão, percorriam as ruas da cidade em trajetos demorados e , muitas vezes, de forma espalhafatosa.

Hábito também considerado pernicioso pelos médicos era o uso de caixões alugados, circulando de um lado para outro, das casas para as igrejas e vice-

versa, na mais displicente e repugnante falta de higiene. O mesmo caixão era usado várias vezes, sendo motivo de transmissão de doenças contagiosas, pois não passava por nenhuma desinfecção. Forrados interiormente de panos, ficavam logo impregnados de substâncias corruptas provenientes dos cadáveres que ali permaneciam horas, se não dias inteiros, na residência de suas famílias e que somente eram levados à sepultura já em adiantado estado de decomposição. Acompanhar um enterro, diziam os higienistas, era um ato de verdadeiro heroísmo, não porque os corpos exalasseam um cheiro insuportável mas, acima de tudo, porque os esquifes que os conduziam não estavam sujeitos a fiscalização alguma. Essa falta de fiscalização suscitava amplos temores, pois o caixão alugado poderia ter transportado na véspera um varioloso ou um corpo com outra enfermidade tão contagiosa como esta.

Referindo-se à cerimônia dos enterros, os médicos criticavam o modo pomposo como era realizada. Marcado quase sempre para a noite, o féretro saía em procissão, iluminado por tochas ou archotes acesos, animado por encomendações recitadas em voz alta. O espetáculo procurava realçar o fausto, a opulência e a ostentação, sobretudo quando se tratava de pessoa importante na cidade. Mas esses altos investimentos simbólicos na morte pareciam uma preocupação presente nas mais variadas camadas sociais. Na visão médica, contudo, esse espetáculo ofendia a moralidade e chocava o bom senso. Era tido como prova reconhecida de falta de cultura e civilização.

O cortejo fúnebre, depois de percorrer uma longa caminhada, às vezes atravessando as duas pontes da cidade que uniam os três bairros, chegava,

finalmente, à igreja onde o corpo iria ser sepultado. Eis aí, para os médicos, o lado mais terrível dos tradicionais cuidados com a morte: a promiscuidade entre vivos e mortos. Os sepultamentos nas igrejas eram práticas consideradas, sob todos os aspectos, perigosas para a salubridade pública. A começar, porque ofendiam a sensibilidade olfativa: as catacumbas nestes templos deixavam exalar um cheiro infecto, empestando o ar e constituindo uma ameaça para os fiéis. O fechamento precário dessas catacumbas, bem como o fato de que muitas delas permaneciam abertas durante horas à espera de novos cadáveres, provocavam um elevadíssimo estado de putrefação. Além disso, muitas igrejas recebiam um considerável número de cadáveres, fazendo com que os túmulos fossem abertos muito antes da completa destruição dos corpos.

Na ótica dos doutores, era necessário dar um basta a esses costumes bárbaros. Algumas medidas se impunham para disciplinar a questão. Em primeiro lugar, era preciso medicalizar a morte, tornando-a um objeto estrito do controle da medicina. Tem-se aqui uma nova percepção social, que nasce da necessidade de se depurar os sepultamentos de seus muitos fatores de insalubridade (58). As inumações só deveriam ser controladas pela autoridade policial após, evidentemente, o exame cadavérico expedido por um facultativo. Depois da verificação da morte por uma autoridade competente, devia-se estabelecer um tempo ideal para o sepultamento: nunca antes de 24 horas e nem depois de 36 horas. Nos casos especiais (rápida decomposição do cadáver, doença contagiosa ou em épocas de epidemia), a autoridade médica determinaria o tempo para o

sepultamento. Para a realização dos enterros, recomendava-se um certificado de autorização de um facultativo e um mandado da Câmara Municipal.

No que tangia à normatização das sepulturas, prescrevia-se um tempo em que um cadáver deveria permanecer enterrado (2 anos nas catacumbas, 1 ano e meio na terra). Para os cadáveres de pessoas vitimadas por doenças contagiosas ou epidêmicas devia-se exigir mais 6 meses para exumá-los. E ainda assim, nestes casos, o Conselho de Salubridade deveria ser consultado e estar presente no momento da exumação.

O cuidado com os mortos exigia também prescrições sobre a largura, profundidade e distância de uma cova para outra. Evitar a confusão dos corpos, a mistura dos cadáveres, era uma tentativa para classificar e identificar o perigo que os mortos ofereciam. Este perigo era, sobretudo, inquietante quando havia necessidade de remover os cadáveres e renovar a terra das covas, de quatro em quatro anos. Daí o imperativo de um maior controle das sepulturas, com a sugestão de que fossem numeradas. Este recurso permitia identificar com mais facilidade aquelas sepulturas particularmente perigosas, ou seja, onde existiam restos mortais de pessoas vitimadas por doença contagiosa ou epidêmica.

Mas era preciso disciplinar também os enterros, para que não constituíssem perigo à salubridade pública, proibindo-os durante a noite - excetuando-se, evidentemente, os casos em que o estado adiantado de corrupção do cadáver, doença contagiosa ou epidêmica exigiam um tratamento especial. Durante o dia, a fiscalização seria mais fácil. Quanto aos enterros

durante a noite, só deveriam ser permitidos em momentos de epidemia, quando tinham o mérito de esconder da população aflita os cortejos repetidos, que aumentavam o medo e tornavam mais intenso o mal. Esta medida tinha sido adotada com resultados satisfatórios em Paris, em 1832 e 1848, quando ali irromperam epidemias de cólera (59).

Ainda com relação aos enterros, devia-se exigir que os corpos só fossem transportados em caixões fechados, evitando-se assim maus odores e cenas que aterrassem os observadores. Insistia-se também na proibição de cenas espalhafatosas nos momentos de translado do féretro pelas ruas da cidade. A prática usual de encomendações pelas ruas, feitas quase sempre em voz alta, tornava o espetáculo da morte, segundo os médicos, algo mais terrível do que era na realidade. Por isso, eles insistiam em medidas que tornassem a morte uma matéria cujo tratamento deveria ser asséptico, inodor e, sobretudo, discreto. Esta nova postura se revelava até mesmo no momento de transporte do cadáver, quando sugeriam que deveria ser abreviado o seu percurso, seguindo o caminho mais curto para a sepultura. Este conjunto de medidas para disciplinar a morte culminava com a criação de espaços especiais para os mortos: os cemitérios extra-muros.

No Recife, a criação de um cemitério público, em lugar distante do centro da cidade, era uma aspiração dos sanitaristas que data bem antes da existência do Conselho de Salubridade Pública. Já em 1840, o Conde da Boa Vista havia nomeado uma comissão, composta pelos médicos Eustáquio Gomes, Morais Sarmento, Aquino Fonseca e pelo engenheiro L. L. Vauthier, diretor das Obras

Públicas da Província, para escolher um local apropriado e elaborar um plano para a construção do cemitério. No relatório da "Comissão encarregada de indicar e desenvolver o local, plano, planta e mais condições e detalhes da obra do Cemitério Público" daquela capital, salientam-se os critérios adotados para a escolha do local: arejado, alto e seco, remoto e solitário, mas não muito distante dos três bairros da cidade (60).

Os planos da comissão ficaram apenas no papel. Em 1849, com a cidade avassalada pela febre amarela, o governo ressuscitou o plano, determinando uma reavaliação das plantas feitas por Vauthier (agora substituído, na Comissão, por José Mamede Alves Ferreira). Mas o trabalho não prosseguiu, ocorrendo apenas a transferência do local de edificação do cemitério. Finalmente, com a grande mortalidade provocada pela febre amarela, em 1850, os higienistas chamaram a atenção das autoridades para o perigo do acúmulo de cadáveres nas igrejas, o que urgia a aprovação das obras do cemitério público.

A criação de um cemitério extra-muro no Recife não foi, contudo, saudada com grande entusiasmo pela população da cidade. Ao contrário, desencadeou resistências. Primeiro, porque feria interesses de setores que lucravam com o comércio da morte. Era o caso, por exemplo, dos vendedores de cera, que se viram lesados, com a proibição dos enterros à noite. Realizados à luz do dia, prescindiam das velas e dos barandões, dos alugadores de eças, de candelabros e até de carpideiras. Além disso, havia a disputa de jazigos privilegiados, junto a altares de santos de particular adoração, sendo esse um negócio que interessava particularmente às irmandades religiosas (61). Mas a grande desaprovação

provinha da imensa maioria da população, que via as suas crenças religiosas sendo postas em cheque.

À semelhança do que ocorrera em 1836, em Salvador, a população de Recife tentou, por várias vezes, sabotar a construção do cemitério, demolindo, sistematicamente, numa noite, os muros feitos no decurso de vários dias. O protesto chegou ao ponto de acompanhantes de cortejos fúnebres depositarem, por várias vezes, os cadáveres nos corredores da casa residencial do presidente do Conselho de Salubridade Pública. Somente a epidemia de cólera de 1856 alterou substancialmente essa intransigência da população em relação aos cemitérios extra-muros (62).

A pobreza: uma questão de sensibilidade

Da mesma forma que se move uma campanha médica para disciplinar o cadáver, investe-se também no disciplinamento da pobreza. Uma nova atitude a esse respeito se verifica com a intransigência dos médicos em relação à presença constrangedora dos pobres em lugares públicos. Sistematicamente, os observadores da cena urbana (jornalistas, políticos, médicos) insistem na necessidade de se retirar das ruas indivíduos que possam constituir focos perigosos de contágio, entendida aqui esta noção no seu duplo sentido: físico e moral. Denuncia-se, assim, o espetáculo deprimente da pobreza nas ruas centrais

do Recife e propõe-se uma "limpeza" geral, retirando-se os mendigos, "chagados" e leprosos das ruas e pontes e internando-os em casas de caridade e leprosários.

Para as elites, a reunião destes pobres, geralmente acometidos de diversas moléstias, nos principais pontos da cidade, além de ser uma ofensa à moral pública, pondo em descrédito a cidade aos olhos dos estrangeiros, que disso tiravam tristes conclusões sobre o estado de civilização da população, era prejudicial à saúde pública porque muitos desses pobres eram atacados por doenças contagiosas. O que mais parecia ferir a sensibilidade das elites era a suposta especulação que os doentes faziam de suas feridas. Para impressionar os transeuntes, eles as expunham ao sol, agravando-as ou irritando-as, para, desse modo, não cicatrizarem e, assim, iludir a caridade pública, incomodando-a com suas estudadas súplicas. Um médico observava que a presença dessa gente em determinados locais da cidade constituía um grande risco para a saúde pública. Dizia ele que o perigo era tanto maior quando se sabia que alguns desses indivíduos se postavam em pontos estratégicos dos mercados públicos, levando uma vida devassa e contaminando, com suas feridas, as carnes e os peixes expostos à venda (63).

4. Um plano para a cidade do Recife.

Quais seriam os princípios que deveriam nortear a transformação de uma cidade insalubre, permanentemente produtora de doenças, numa cidade formadora de cidadãos saudáveis e civilizados? Em meados da década de 1850 essa questão parece preocupar não apenas os higienistas mas as autoridades municipais do Recife. Coagida pelos problemas urbanos e temendo novas epidemias mortíferas, emerge uma nova mentalidade sobre a cidade e sua relação com a saúde/doença dos seus habitantes. Neste sentido, o plano de edificação da cidade proposto por Aquino Fonseca à Câmara Municipal do Recife oferecia uma resposta à questão acima formulada. É verdade que não era uma resposta original, uma vez que se fundava numa concepção de cidade calcada nos princípios da arquitetura barroca (amplidão e clarificação) e na teoria dos fluídos (64).

Uma cidade saudável, para Aquino, era aquela em que o seu desenho urbano se adequava à lógica da circulação dos elementos ar, água e luz e aos condutores desses mesmos elementos (canalização de águas e esgotos, ruas retas e largas para a circulação do ar, construções iluminadas), não menosprezando a questão da funcionalidade (fluxo de pessoas e veículos).

No plano de Aquino, divisa-se a crença de que as condições de salubridade determinam a duração da vida nas cidades. Um primeiro elemento de

importância capital para a existência de uma cidade sã é a qualidade do seu ar atmosférico. Estabelece-se uma clara relação proporcional entre saúde e ar atmosférico. Quanto mais puro o ar atmosférico, tanto mais sólida é a saúde. A partir de observações empíricas, Aquino constatara que, na cidade do Recife, nos quarteirões ricos, onde o ar atmosférico era mais puro, o índice de doenças era bem menor. Por outro lado, nos quarteirões pobres, onde as pessoas não dispunham de suficiente aeração e luminosidade, era maior o índice de moléstias e mortandade, uma vez que a "população se achava exposta à ação de agentes debilitantes". Uma forma de corrigir estes problemas seria adotar um melhor sistema de edificação.

Note-se de passagem que Aquino parecia ter consciência de que a cidade não era só um ambiente corruptor e deformador dos homens. Suas reflexões apontavam para o entendimento positivo de que a técnica, em especial as técnicas de higienização das cidades e das populações, poderiam alterar os elementos do meio-ambiente. Neste sentido, a cidade é pensada como um espaço que, transformado, poderia ser um meio ideal para formar cidadãos saudáveis.

O fundamento para pensar tanto o aspecto natural quanto o propriamente urbanístico da cidade é o ar:

> "Por mais sadios que sejam os alimentos, quando mesmo sem proporção com as necessidades da digestão, se o ar não é puro, o homem definha e sucumbe; porquanto esse ar penetra a cada instante nos pulmões, exercendo sobre eles uma ação benéfica ou perniciosa, segundo as suas condições de pureza ou de insalubridade: ele ou é o princípio da vida, ou um veneno; mas não basta que o homem esteja cercado por uma atmosfera pura; é preciso que a quantidade de ar seja suficiente para a boa hematose, e se renove constantemente; porque, se isso

não sucede, essa mesma atmosfera, que era pura, deixa de sê-lo. Assim, pois, convêm que as habitações sejam situadas em lugares salubres, ventiladas convenientemente e expostas à ação vivificadora dos raios do sol"(65).

O ar era classificado como um elemento ao mesmo tempo natural e social. Era por seu intermédio que ocorria a comunicação entre os vários componentes do meio. Em geral sadio, podia, contudo, tornar-se pernicioso pela influência do meio natural e social. O meio social corrompia o ar quando se formavam aglomerações de pessoas em lugares pouco espaçosos. Da exalação ou respiração, ou mesmo excreções produzidas pelos homens e animais, emanavam gases que podiam ser perniciosos. Temia-se, principalmente, quando um grande número de indivíduos habitava aposentos pouco espaçosos, pois a atmosfera pouco se renovava, a respiração terminava alterando as proporções dos princípios constituintes do ar, diminuindo a quantidade de oxigênio e aumentando a do gás carbônico, nocivo à vida. Desse modo, em um recinto, mesmo espaçoso, o ar se empobrecia rapidamente, desde que fosse inspirado por muitos indivíduos e não fosse renovado.

Os perigos urbanos referiam-se basicamente às situações onde se confirmavam a degeneração do ar, o mefitismo, a promiscuidade nauseabunda, o miasma aéreo ou a molécula pútrida que emanava da corrupção dos elementos do meio. Daí a importância de se conservar um ar saudável.

Não menos importante que o ar, na concepção médica da época, era a luz solar. Da sua ausência ou raridade, resultaria a debilitação do organismo e a vida esvair-se-ia antes que tivesse percorrido suas diversas fases. Sendo assim, um

ambiente propiciador de saúde era aquele em que a luz solar derramava-se sobre todas as ruas e vias públicas, penetrando nos mais recônditos dos aposentos. Na construção das habitações, o ar atmosférico saudável e a luz solar deveriam ser os fatores decisivos. Era em função deles que se determinavam o lugar, o tamanho, a divisão interna e a altura das construções. Sob esse ângulo, devia-se exigir que as próprias ruas e vias públicas tivessem largura suficiente para a circulação livre e para que os raios solares penetrassem em todos os recantos.

Assim como o meio social, o meio natural também poderia alterar o ar, tornando-o nocivo. Isto ocorria quando certos acidentes naturais - morros, pântanos, mangues, lagoas, charcos e águas estagnadas - dificultavam a sua circulação. Assim sendo, imaginava-se que o simples efeito da circulação do vento era uma forma de dispersar os miasmas que exalavam dos focos de infecção.

Contudo, o vento, como agente modificador do ar atmosférico, podia contribuir tanto para a salubridade como para a propagação de doenças. Tudo dependia de onde ele se deslocava. O vento leste, por exemplo, deslocando-se do oceano para o continente, era considerado como um elemento que contribuía para melhorar o estado sanitário da cidade do Recife. Em contrapartida, o vento que soprava do oeste, durante a noite, era tido pelos médicos como prejudicial à saúde, pois trazia sobre a cidade os miasmas que, durante o dia, se elevavam dos pântanos que ocupavam grande parte da superfície da área urbana, estendendo-se de Olinda ao Rosarinho e dos Afogados à Piranga e lugares

adjacentes. Supunha-se que os miasmas se acumulavam durante a noite nas altas regiões da atmosfera e, em seguida, eram transportados nas asas do vento e derramados sobre a cidade, influindo decisivamente na depreciação da salubridade pública. Essa ameaça que flutuava no ar era tanto mais grave porque havia um grande desmatamento de árvores e mangues frondosos que cobriam e impediam a evaporação intensa e rápida dos pântanos. Isto tudo tornava a cidade mais exposta. No imaginário médico, os ventos podiam transportar a grande distâncias princípios mórbidos que encontravam em sua passagem, disseminando-os pelos diferentes pontos por eles percorridos.

A água era outro elemento vital na economia de uma cidade salubre. Devido à sua importância, era necessário que estivesse ao alcance de todos e que fosse de boa qualidade. A saúde pública era tanto maior quanto mais água de boa qualidade dispusesse a população.

No Recife, as águas utilizadas provinham de chafarizes e poços comuns - fontes abastecedoras que geravam inconvenientes. As águas dos chafarizes, ainda que de melhor qualidade, tinham o problema de se contaminarem de partículas férreas que se desprendiam dos canos de transmissão. Já as que procediam de poços comuns, por serem estagnadas, podiam causar problemas digestivos. Contudo, o maior problema das águas do Recife, no entender dos higienistas, estava no fato de que a população não dispunha dela com facilidade e abundância. Transportada em baldes, na cabeça de escravos, tornava-se produto caro. Por isso, a solução para este problema seria a construção de tubos que levassem a água dos chafarizes às habitações do rico e do pobre.

Ainda que banhada por dois rios, a cidade do Recife não era bem servida de água potável. O encontro das águas desses dois rios com o mar, dentro da própria área urbana, tornavam-nas impróprias para o consumo alimentar da população. Desse modo, os habitantes do Recife bebiam somente água de poços e cacimbas ou tinham que mandar buscá-la a distâncias apreciáveis, no Monteiro ou em Beberibe. Transportada por canoas fechadas, era vendida ou baldeada para pipas ou carroças e conduzida até as habitações. Toda essa distância e trabalho para torná-la acessível à população terminava por transformar a água potável num líquido raro e caro.

A distribuição de água encanada no Recife foi um problema atacado pela primeira vez por Vauthier (66). Preocupado com as águas sujas das casas e com o saneamento da cidade em relação aos rios, o engenheiro francês, em relatório de 1842, apontava como uma das poderosas fontes de insalubridade para a cidade os "imensos depósitos (de lixo) feitos em vários lugares no centro ou nas beiras de seus bairros..." (67). Vauthier estava se referindo mais especificamente ao problema dos dejetos humanos e de como se livrar deles.

A convivência com a horripilante experiência dos "tigres" tornara-se insuportável para uma nova educação dos sentidos que começava a tomar forma por essa época. A questão dos "tigres" é bastante ilustrativa dessa nova sensibilidade burguesa. O próprio significado emprestado à palavra "tigre" sugere isto. O termo tanto serviu para designar os barris de excrementos humanos como também para qualificar os próprios condutores desses depósitos, de modo que havia "tigres com chapéu" e "tigres sem chapéu", ou seja, de tampa ou sem ela.

Parece que a expressão "tigre" era uma alusão à coragem dos seus carregadores. O transporte desses depósitos pelas ruas suscitava os mais variados constrangimentos, sacrifícios e repugnâncias. Era o momento em que todos levavam o lenço ao nariz, desviavam-se das calçadas, encolhiam-se, fechavam as janelas ou fugiam (68).

Para a solução desse velho problema, aumentado com o crescimento populacional, Vauthier propunha que os dejetos fossem transportados em canoas com uma abertura no fundo, para facilitar o despejo, e jogados ao mar, longe da barra. O plano não foi executado.

O Recife continuou uma das cidades mais insalubres do Brasil. Os despejos das casas continuaram a ser feitos nos leitos dos rios e nas praias. Os lugares preferidos para os despejos eram as pontes, onde os escravos despejavam os terríveis barris. O problema das águas servidas e dos dejetos agravava-se porque os barris passavam várias horas, até dias, nas casas, antes de serem despejados nos rios. Ocorria às vezes de os fundos dos "tigres" se romperem, sujando as ruas e aqueles que os transportavam.

À medida que a cidade crescia, o destino a ser dado aos excrementos humanos tornava-se um problema mais angustiante. O trânsito dos barris aumentava, em conseqüência de um maior volume de águas servidas e excrementos nas residências. Esse péssimo sistema de eliminação das fezes e das águas sujas ia-se refletindo nas condições higiênicas da cidade, sobretudo nos momentos de epidemias.

Os odores dos excrementos, juntamente com os dos cadáveres e carcaças, passavam, assim, a se constituir cada vez mais, na imaginação da época, em ameaças claras, que demandavam vigilância olfativa. A intensidade dos eflúvios nauseabundos dos "tigres" revoltava o olfato e reforçava a crença no poder de corrupção dos odores fecais, pois o ar se viciava, as ruas e casas se infectavam, os habitantes eram incomodados. O perigo maior surgia quando os excrementos permaneciam estagnados. Os maus odores e os efeitos perniciosos dos excrementos acumulados colocavam em questão a própria existência da cidade.

A casa (in)salubre

As habitações do Recife, de maneira geral, foram alvo de críticas de todo o tipo. Para os médicos, elas possuíam uma arquitetura fechada, impermeável ao exterior, eram construídas sob os temores dos "maus ares", dos ventos e miasmas. Por isso eram consideradas insalubres e doentias. Ademais, quando da construção das casas, critérios essenciais não eram levados em consideração, tais como a funcionalidade, o conforto e, principalmente, a questão da saúde.

Era em nome desse último item que os médicos traçavam os princípios que deveriam nortear a construção das habitações. Eles determinavam até mesmo a qualidade dos materiais que entravam na construção das casas. Assim, havia materiais mais adequados do que outros do ponto de vista da salubridade. Supunha-se que havia uma estreita relação entre os materiais de construção e a transmissão de doenças. Os médicos adeptos da teoria miasmática acreditavam que os materiais que entravam na construção das casas podiam ser condutores

de mefitismo. Daí a insistente advertência para que não se habitassem casas recém-construídas:

> "Todos os médicos têm mostrado o perigo que há em permitir-se que em casas apenas acabadas vão residir famílias, e hão observado moléstias graves e por vezes incuráveis que procedem desse abuso" (69).

Contudo, tal recomendação era quase sempre desrespeitada, dada a falta de escrúpulos dos proprietários, movidos por interesses lucrativos, e na falta de uma legislação coercitiva. Desse modo, os médicos lamentavam que as casas recém-construídas no Recife fossem alugadas antes mesmo que o reboco ou a pintura estivessem secos, do que resultava, segundo eles, toda a sorte de doenças: reumatismo, inflamações das articulações, bronquites, cefalalgia, tuberculose.

Outra questão que preocupava os médicos era a altura das casas. Caso as construções não obedecessem a medidas convenientes, a salubridade pública poderia ser seriamente afetada. O princípio norteador, como já indicamos, era atender às exigências da circulação dos elementos: ar e luz. Altura, largura e localização estavam em função desses elementos. Assim, casas de qualquer altura, sem considerar-se a largura das ruas, podiam interromper ou embaraçar a circulação da ventilação, tanto no seu interior como nas ruas, e impedir a penetração da luz solar, tão necessária aos requisitos da saúde.

Por outro lado, as construções muito altas eram também criticadas porque dificultavam a realização de muitos serviços (transporte de água, excrementos), exigindo mais encargo com a mão-de-obra escrava. Tal era, por exemplo, a

situação dos sobrados de três, quatro e até cinco pavimentos. Essas construções altas demais eram vistas sob suspeita médica especialmente porque permitiam um maior número de habitantes, multiplicando os focos de infecção, além de dificultarem o sistema de canalização e abastecimento de água e alimentos. Por todas essas razões, o padrão de habitação salubre, segundo os médicos, deveria ser aquele onde imperasse o princípio de que nenhuma edificação tivesse mais altura do que largura.

Sob esta ótica, a concepção arquitetural da casa salubre pressupunha a combinação harmoniosa entre espaço, iluminação, ventilação e circulação dos elementos. Qualquer observador, com um pouco de perspicácia, diziam os médicos, podia constatar que isso não ocorria com freqüência nas habitações do Recife. Em geral, os quartos das casas de moradia eram pequenos e abafados, o que dificultava a renovação do ar.

Embalados pelas crenças nos miasmas, tidos como agentes produtores de doenças, os doutores temiam, em especial, as casas térreas, porque aí o ar carregado de miasmas, que se desprendiam das matérias animais e vegetais em putrefação, exerceria uma ação deletéria maior. Desse modo, a insalubridade da casa térrea se devia ao fato de que ela se situava em solos muito baixos, com o agravante da umidade do ar, muito grande na cidade, em decorrência da proximidade do mar, do rio e dos pântanos e charcos. Uma forma de evitar esses efeitos perniciosos era habitar casas com pavimentos elevados :

> "...a altura de um primeiro andar é o quanto basta para pôr ao abrigo o homem, destes efeitos; porque o ar carregado de miasmas, em geral, não pode chegar a uma tal altura, e quando chegue já é rarefeito, purificado em parte, e não se torna por isso tão nocivo" (70).

Na sua crítica à casa insalubre, a medicina tinha um cuidado especial com as cozinhas. Sendo em geral pequenas, escuras, pouco ventiladas, cobertas de fumaça, eram tidas como causadoras de doenças pulmonares, especialmente nos escravos domésticos. Mais grave, ainda, era quando as cozinhas se localizavam no centro das habitações. Aí o ar viciado se tornava mais nocivo ao ser contaminado com o fumo. A solução para as cozinhas, quartos e alcovas, lembravam os médicos, passava por uma reestruturação dos espaços interiores das habitações, tendo sempre em vista o número de pessoas que neles circulavam ou dormiam. Para se obter maior ventilação e luz era necessário abrir janelas que dessem para pátios espaçosos.

A construção de pátios ou de espaços livres internos nas habitações, onde a luz e a ventilação pudessem ser canalizadas para os aposentos, talvez fosse, como pensava o dr. Aquino Fonseca, o tipo de construção mais adequado. Contudo, como ele próprio observara, não era o que ocorria na cidade do Recife:

> "É verdade - dizia ele - que as casas desta cidade tem quintais, mas estes não satisfazem as condições higiênicas, e são outros tantos focos de infecções, que cumpre proscrever. Se mui poucas são as casas que poderão ter esses pátios, em conseqüência de sua pouca largura, reformando-se o sistema de edificação conseguir-se-á que se estabeleçam entre duas ou mais casas pátios comuns, servindo como modelo para as grandes casas o Palácio da Presidência e esses claustros de alguns conventos" (71)

Um bom pátio teria que ser espaçoso e calçado, com inclinação conveniente para o escoamento das águas e de dimensões amplas. Como era praticamente impossível construir esses pátios em cada casa, sugeria-se a

reunião de alguns quintais e a sua transformação em pátios coletivos, para três ou quatro casas.

Outro aspecto das habitações, também digno de nota para os médicos e que merecia reforma, eram as escadas. Ao que parece, elas se constituíam no lugar mais sujo e insalubre das habitações, em cujos pés eram depositados os barris de excremento à espera de seu transporte no final do dia ou no dia seguinte. Descritas como repulsivas, em geral exalando mau-cheiro de urinas ou mesmo de excrementos humanos, eram estreitas, escuras e pouco arejadas.

Saindo do âmbito restrito da habitação e refletindo sobre a cidade como um todo, nota-se uma preocupação dos médicos com um novo traçado urbano que atenda aos imperativos da clarificação, ventilação e maior circulação das mercadorias e pessoas. Isto fará com que os médicos do Recife se voltem para a questão do alinhamento das ruas.

Em virtude da ausência de um sistema regular de edificação, as construções no Recife se faziam à vontade de cada um, resultando não só na tortuosidade das ruas, na difícil comunicação entre os diversos pontos da cidade, mas também no impedimento de uma melhor ventilação. Mas isso não era tudo. Como a preocupação do recifense era poupar espaço, as construções das casas se faziam umas contíguas às outras, amontoando as habitações e formando quarteirões muito grandes, sem que se pudesse penetrar em seus centros. Ocupados em geral por quintais, esses centros se transformavam em locais onde cada um despejava águas domésticas e depositava lixos e imundícies, tornando-

se focos de infecção. Aí a circulação do ar não se fazia livremente e os raios do sol dificilmente penetravam, do que resultava, segundo os médicos, uma perene umidade.

Como medida saneadora dessa situação, propõe-se a regulamentação das construções, proibindo-se as edificações que excedam o alinhamento das outras casas e adotando-se um sistema de quarteirões com pátios comuns e regulares. Cada um desses pátios deveria possuir uma canalização em declive para o poço no centro. Na impossibilidade de tal medida, sugeria-se que a reunião dos quintais formasse nos centros das casas um quadrado regular, descrito pelo alinhamento das faces posteriores das casas.

Para os quarteirões já edificados, a solução indicada seria a reunião de quintais em um só pátio, eliminado-se os muros da divisão de cada um ou, então, cortando-os por meio de ruas. Com isso, eliminavam-se os lugares úmidos e infectos que tanto influíam perniciosamente sobre a saúde pública.

A reforma proposta por Aquino Fonseca para os quarteirões do centro do Recife implicava um vasto programa de demolições, bem como a construção de novas ruas, praças e passeios públicos.

O traçado das ruas deveria estar atento à direção dos ventos. Neste sentido, o traçado quadricular da cidade era considerado o mais racional, com ruas bastante largas, partindo de leste a oeste, e cortadas por outras que se dirigissem de norte a sul, entremeadas com praças e espaços geométricos retangulares. Para reforçar suas propostas de urbanização do Recife, Aquino

Fonseca empunhava o princípio da circulação como causa eficiente da maior ou menor saúde de uma cidade. Neste sentido, opunha o velho centro do Recife às novas possibilidades urbanísticas. Segundo ele, o centro do Recife era constituído de ruas estreitas, sinuosas, escuras, devido à altura demasiada das suas construções. Nessas ruas úmidas, sujas, pouco ventiladas desenvolviam-se com maior facilidade doenças infecto-contagiosas.

Nessa obsessiva busca para tornar a cidade um lugar asséptico, nem mesmo a questão do calçamento das ruas deveria permanecer intocada. O médico entendia que o calçamento das ruas não era somente uma questão de comodidade, mas de salubridade. Dentre as múltiplas funções que este desempenharia, destacava-se a maior facilidade de locomoção, o escoamento com presteza das águas da chuva e mesmo das que procediam de certos usos domésticos. Além disso, o calçamento mantinha as ruas secas e não lamacentas, evitando os charcos, que se formavam no inverno ou depois de copiosas chuvas, e a poeira incômoda e, muitas vezes nociva, característica do verão.

Discutindo as formas de pavimentação das ruas, Aquino observava minuciosamente as vantagens e desvantagens de cada uma. O critério, como sempre, para se adotar uma forma de pavimentação não deveria ser o econômico mas o da salubridade. O calçamento de Mac Adam, por exemplo, não era muito conveniente porque levantava muita poeira, em conseqüência do detrito das pedras quebradas, e suscitava o aparecimento de afecções dos olhos e pulmões. Mas o de betume também não era aconselhável porque resistia pouco ao calor. Fosse qual fosse o tipo de calçamento a ser adotado, o que importava era a

conseqüência de sua existência: isolar a cidade da sujeira do solo ou da podridão das camadas aquáticas. Neste sentido, o calçamento era uma forma de revestir a cidade de uma couraça contra o miasma.

Como se pode ver, o pensamento médico da época ainda estava profundamente influenciado pelo modelo da circulação sangüínea de Harvey. Toda a concepção da cidade salubre fundava-se no imperativo da circulação dos elementos: ar, água e luz. Assegurar o escoamento destes produtos era obter as condições necessárias para a produção da saúde. Neste sentido, o movimento era o contrário do insalubre. As ruas, neste modelo - vistas metaforicamente como artérias -, não passavam de condutos para fazer escoar pessoas, mercadorias e elementos. Talvez isso explique porque existe uma verdadeira obsessão quanto ao problema da canalização dos esgotos nos escritos médicos da época. No plano de Aquino, por exemplo, há toda uma análise cuidadosa da questão do escoamento dos esgotos, de sua capacidade proporcional em relação à quantidade das águas pluviais e domésticas, bem como do seu traçado e declive.

Em suma, pode-se dizer que o olhar médico sobre a paisagem urbana e as estratégias para o reequacionamento dos seus problemas tinham um objetivo claro: tornar a cidade um espaço desodorizado e salubre. Ventilar, iluminar, drenar, pavimentar eram os fundamentos que deveriam reger o bom funcionamento de uma cidade saudável.

O plano de edificação sugerido por Aquino Fonseca subordinava-se ao princípio de que a salubridade de uma cidade dependia, como vimos, da boa circulação dos elementos constitutivos do meio urbano. Fazer circular os elementos do meio: eis uma nova representação do urbano. Nessa nova imagem da cidade, todo empenho será dado ao movimento que incita às canalizações e expulsão das sujeiras. Como bem observou Corbin: "Secar uma cidade através da drenagem significa desativar a estagnação pútrida genealógica, preservar o futuro desta cidade, garantir, através da técnica, a regulagem que a natureza sozinha não poderia operar nesses locais de amontoamento artificial"(72).

O plano era uma proposta de intervenção cirúrgica para debelar as constantes epidemias que assolavam o Recife. O projeto de urbanização idealizado por Aquino, ao mesmo tempo em que analisava, desvelava a cidade como uma totalidade organizada. O seu olhar sobre a cidade pretendia dar conta de uma realidade integral, onde nada lhe era estranho: clima, topografia, regime de chuvas, ventos ou, mesmo, a presença humana na construção da cidade, ainda que este último aspecto tenha tido um peso secundário em suas análises. Em sua ótica, a luta contra a doença passava pelo planejamento urbano.

O reequacionamento da cidade, fundado na teoria dos fluídos, exigia, contudo, investimentos na infra-estrutura urbana que estavam além dos interesses das elites locais. Afinal, fazer circular o ar, a água, a luz, as mercadorias e as pessoas demandava a construção de redes de esgotos, a canalização de água, a regulamentação das construções e o recorte ordenado das ruas (73).

O plano do médico Aquino Fonseca para higienizar o Recife foi engavetado e relegado ao esquecimento. A cidade continuou sendo uma das mais insalubres do Império e inteiramente despreparada para enfrentar uma grande epidemia, como logo se verificaria.

Aos olhos dos higienistas, uma cidade de ruas tortuosas e sujas, emergindo dos mangues e lamaçais, sem nenhum respeito aos códigos de higiene e inteiramente surda às prescrições das autoridades sanitárias era terreno fértil para a proliferação de epidemias.

Mas o despreparo da cidade para enfrentar uma terrível epidemia não podia ser atribuído apenas às condições ambientais ou às condutas irracíveis da população. As autoridades sanitárias tinham consciência do estado precário em que vivia a maioria dos habitantes, decorrente de um regime de escravidão. Viam com inquietação as péssimas condições de trabalho, alimentação e moradia a que estavam submetidos os negros escravos e livres. Este último aspecto, a moradia, era particularmente preocupante, pois as senzalas e mucambos insalubres podiam constituir perigosos focos de contágio.

As autoridades sanitárias tinham também consciência de seus limitados recursos técnicos para enfrentar uma terrível epidemia. Todos reconheciam que a cidade não possuía um sistema de saúde eficiente, bem com uma medicina preparada para enfrentar o grande desafio que se aproximava.

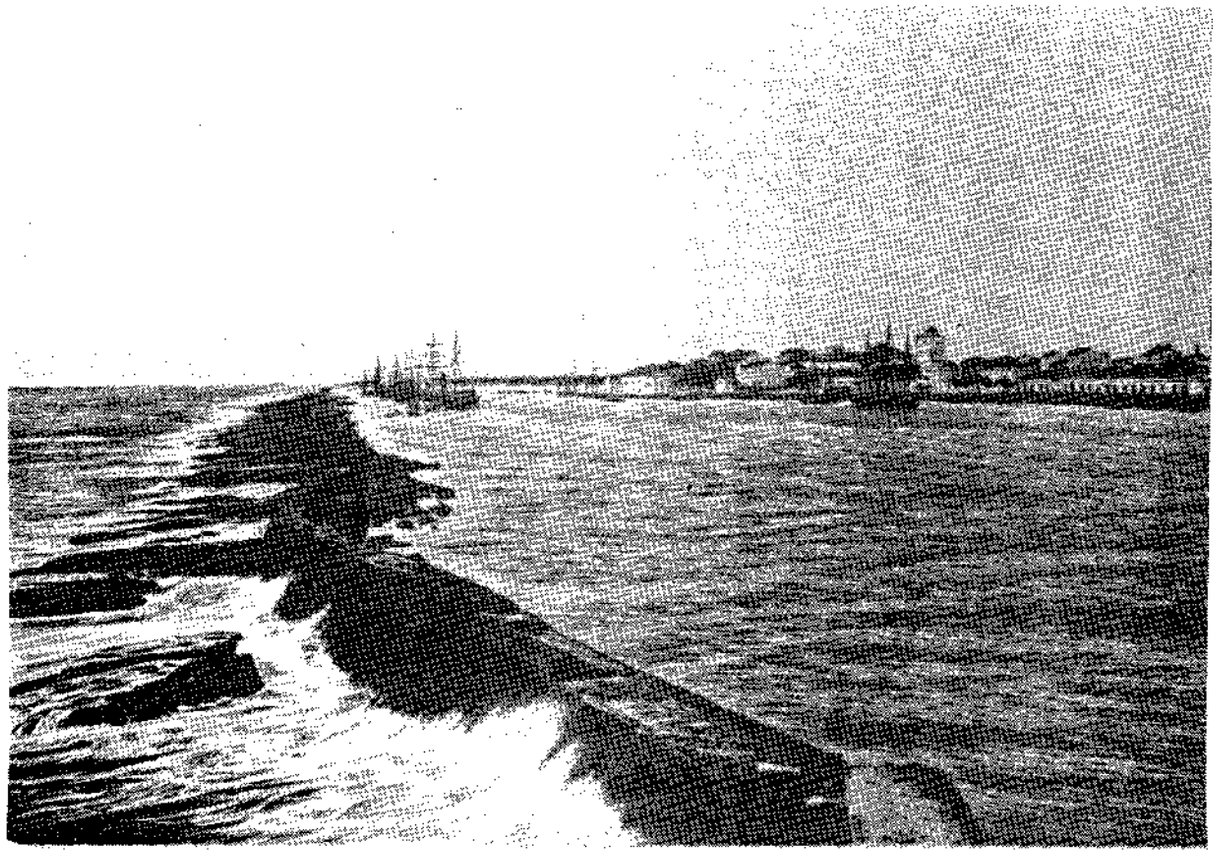

Fig. n. 18 - Vista do Recife - do Álbum de Pernambuco - Impr. Louis Glaser Lepzig - Edição da Livraria contemporânea S/D. Ramiro Costa & Cia, Pernambuco.

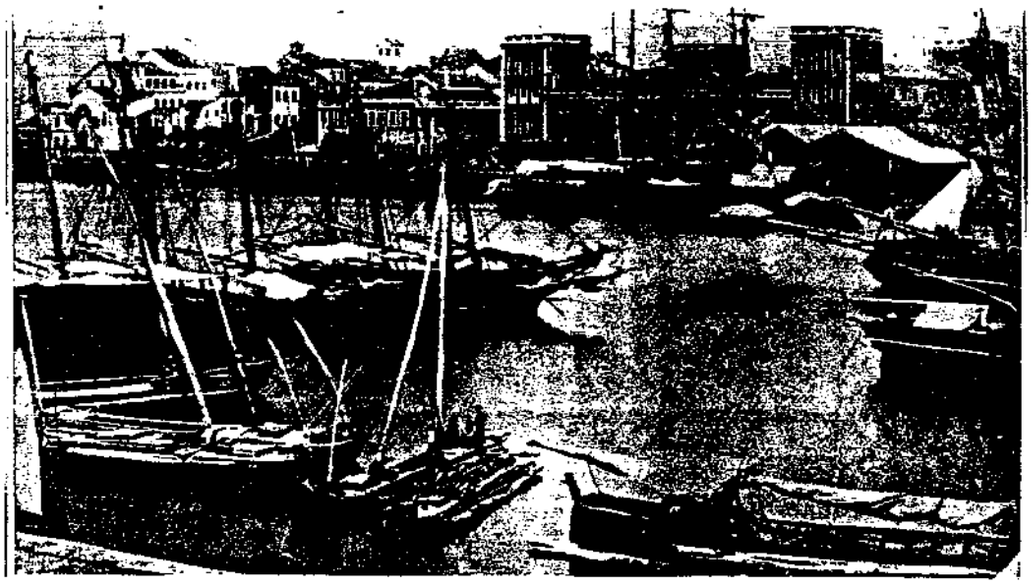

Fig. n. 19 - A baía interna de Recife, 1862, mostrando canoas a vela, barcos costeiros e navios de alto bordo (Brancoft Library. University of California, Berkeley).

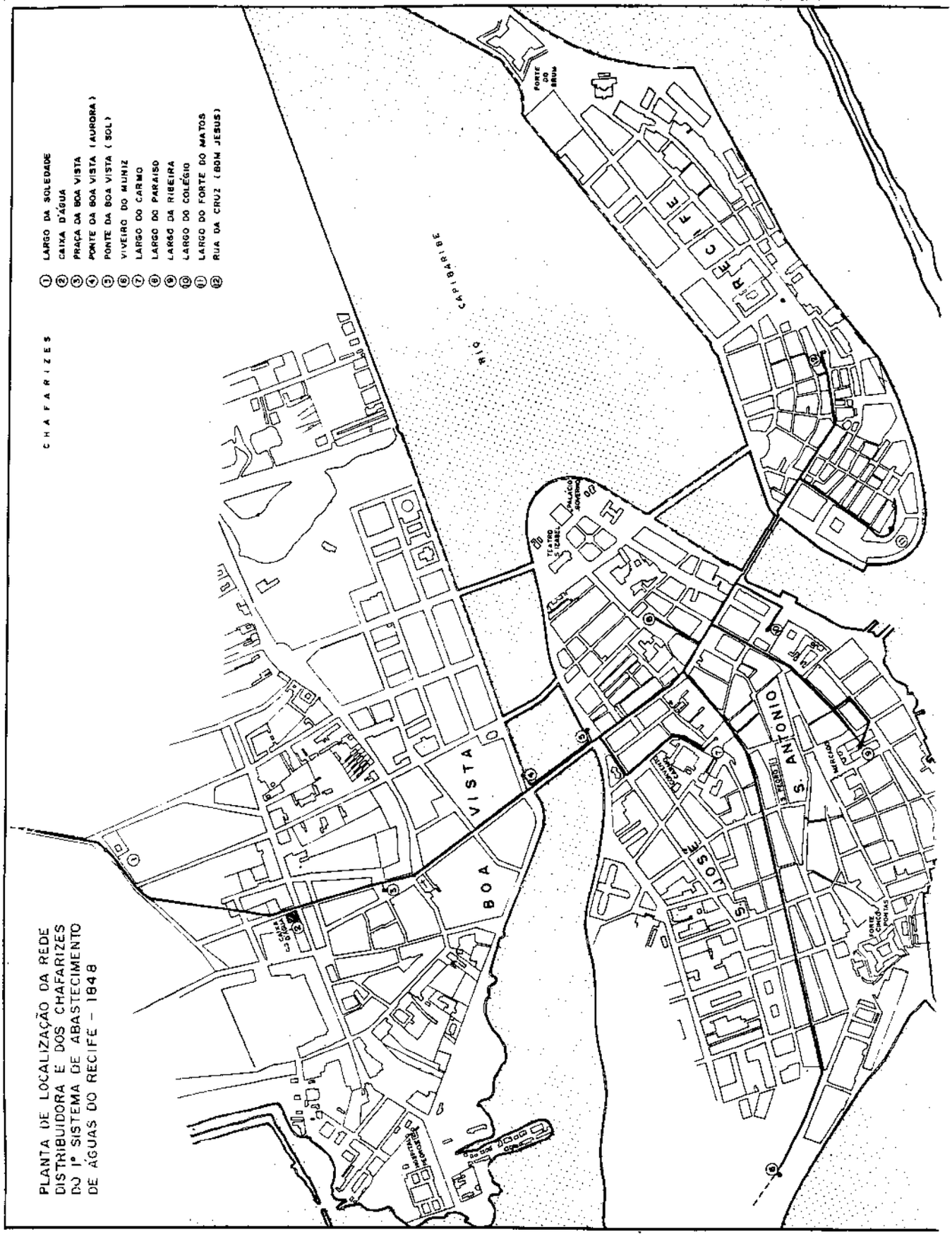

Fig. n. 20 - Planta de localização da rede distribuidora e dos chafarizes do 1. sistema de abastecimento de águas do Recife - 1848. Reproduzida em **Mello**, Virgínia Pernambucano de. **Água vai!** Recife, Companhia Pernambucana de Saneamento - COMPESA. História do Saneamento de Pernambuco, S/D, p. 63.

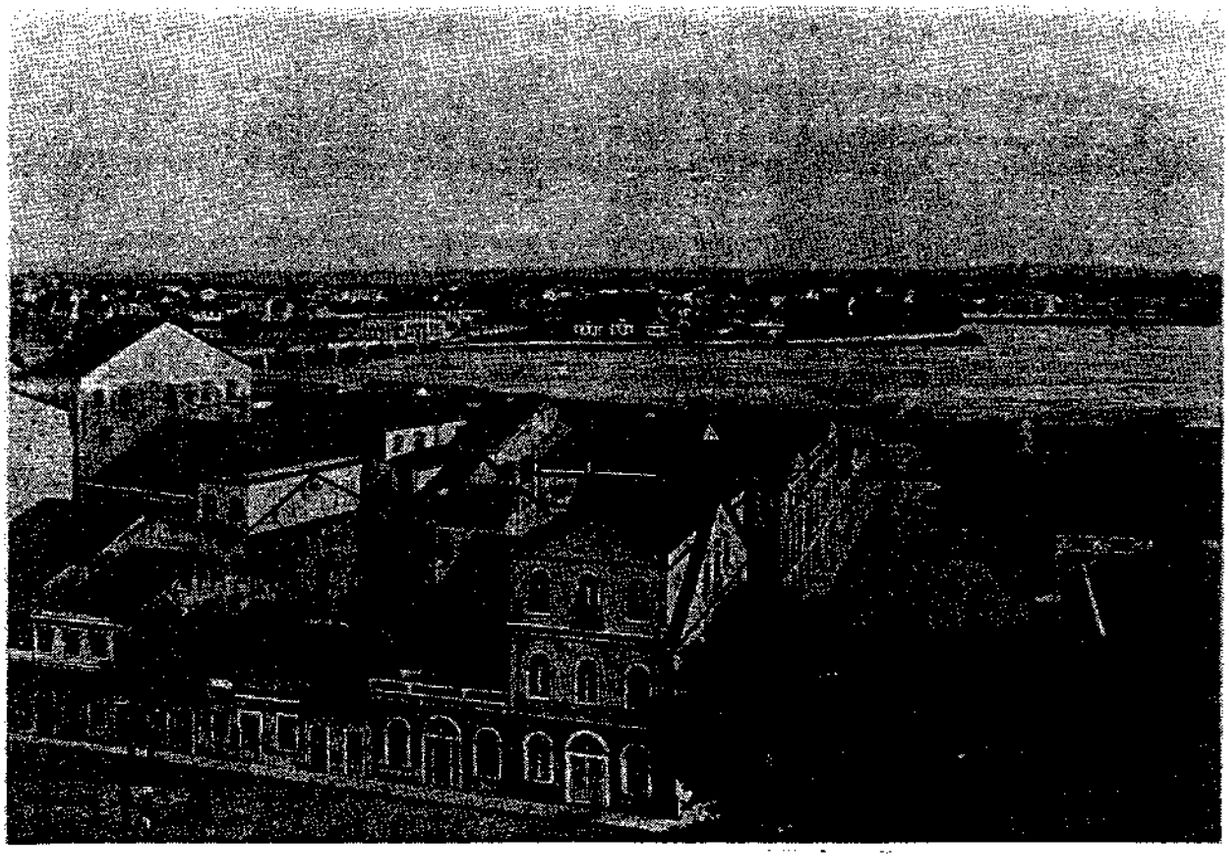

Fig. n.21 Vista do Recife e Bairro de Santo Antônio. Do Álbum de Pernambuco, Impr. Louis Glaser Lepzig, Edição da Livraria Contemporânea S/D. Ramiro Costa & Cia., Pernambuco.

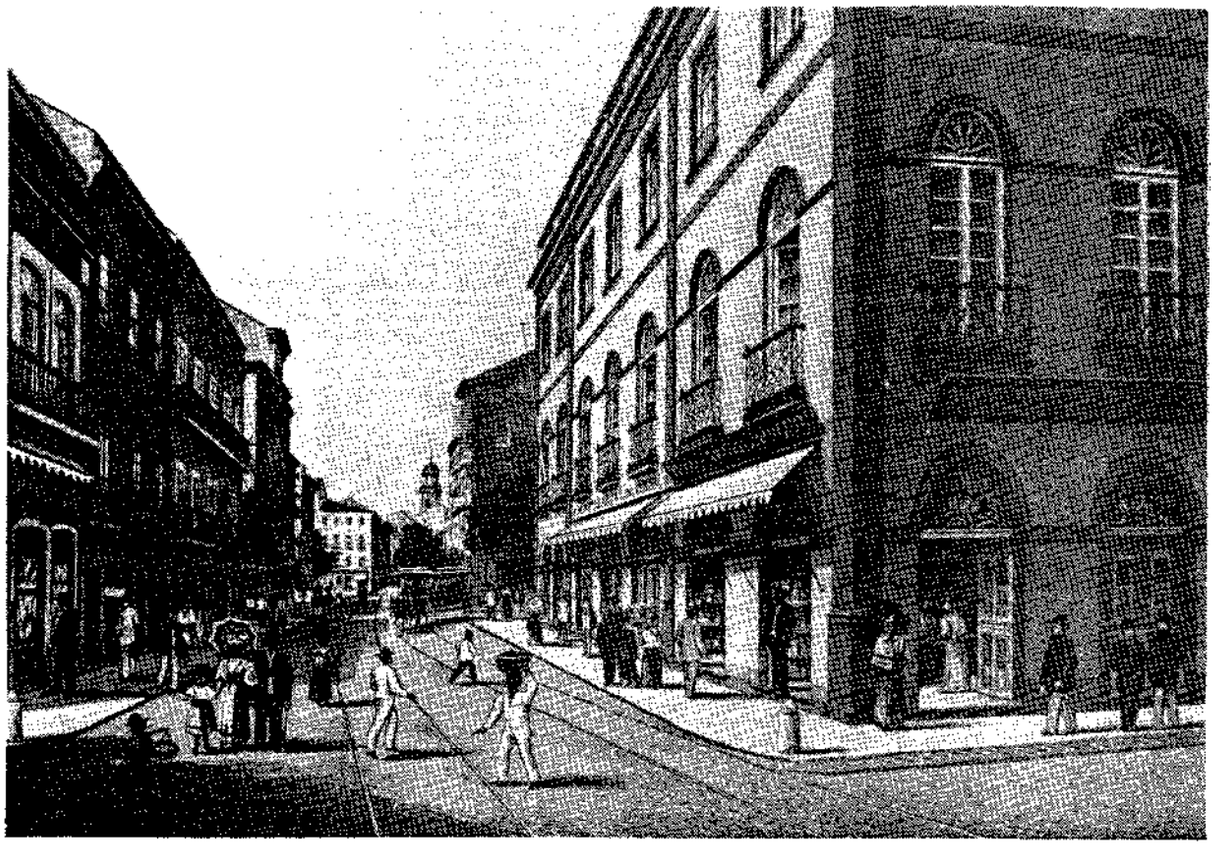

Fig. n. 22- Vista do Recife (Rua 1. de Março), do Álbum de Pernambuco , Impr. Louis Glaser Lepzig, Edição da Livraria Contemporânea S/D. Ramiro Costa & Cia., Pernambuco.

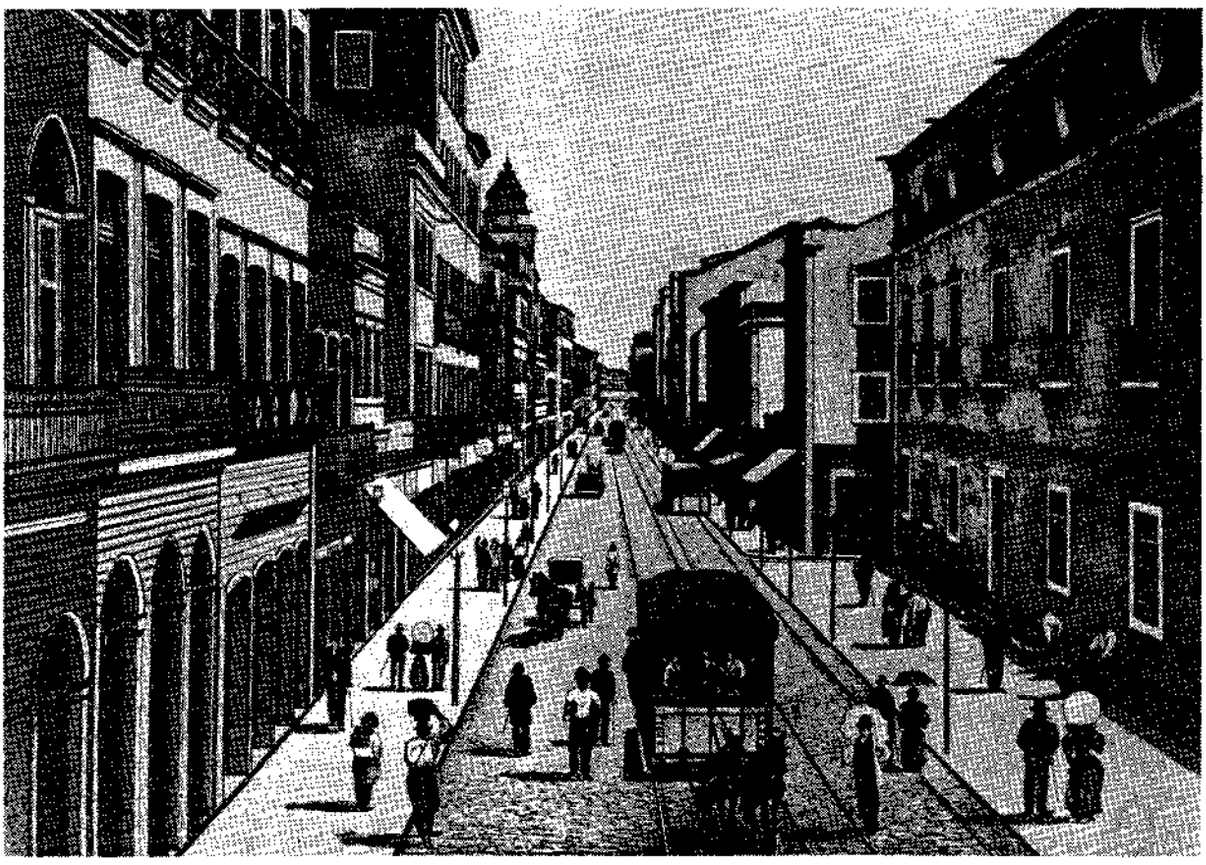

Fig. n.23 - Vista do Recife (Rua Nova), do Álbum de Pernambuco, Impr. Louis Glaser Lepzig, Edição da Livraria Contemporânea S/D. Ramiro Costa & Cia., Pernambuco.

Fig. n. 24 - Recife, Largo do Corpo Santo. (Emil Bauch, meados do século XIX).

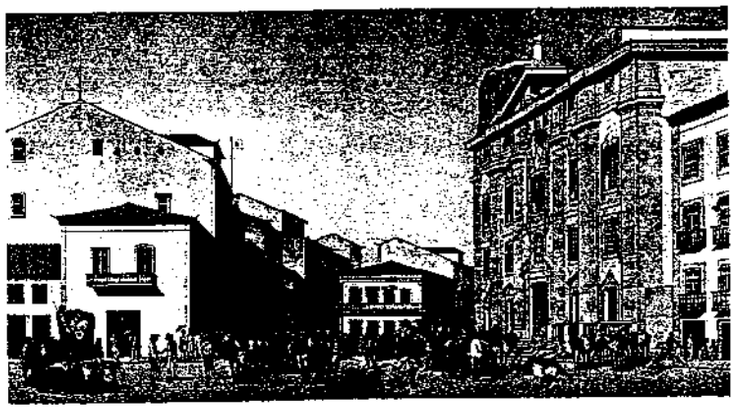

Fig. n. 25 - Sobrados oitocentistas na Rua do Crespo, no Recife.(Emil Bauch, meados do século XIX).

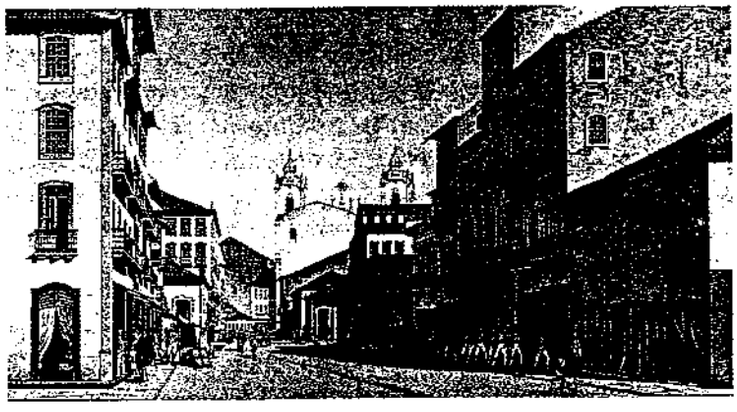

Fig. n. 26 - A Rua da Cruz no Recife. (Emil Bauch, meados do século XIX).

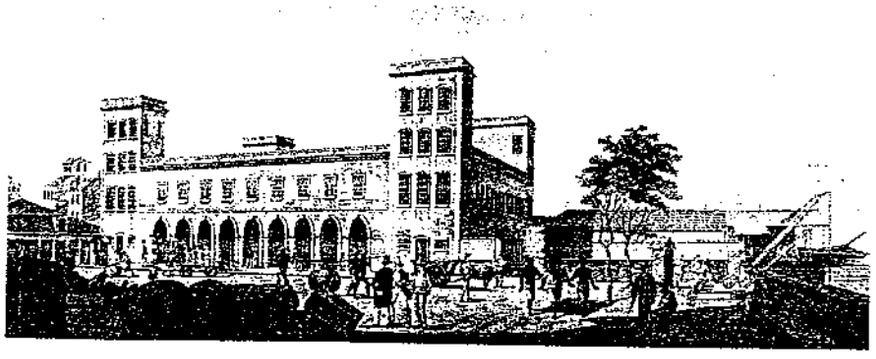

Fig. n. 27 - O movimento do Bairro Comercial do Recife. (Emil Bauch, meados do século XIX).

Fig. n. 28 - Pessoas passeiam na ponte de Boa Vista, no Recife, onde dois mendigos se instalaram. (Emil Bauch, meados do século XIX).

Fig. n. 29 - Os "tigres": escravos despejando dejetos domésticos na praia. (A semana ilustrada, 1861).

Notas do capítulo II:

1. Como se verá ao longo do deste capítulo, o destaque dado à figura do dr. Joaquim de Aquino Fonseca decorre do fato de ter sido ele o principal higienista pernambucano até, pelo menos, a primeira metade do século XIX. Formado pela Faculdade de Medicina de Paris, em 1840, com uma tese sobre faringite, esofagite e aneurisma, Joaquim de Aquino Fonseca (1812-1882) retorna no mesmo ano a Recife, onde exercerá até o final de seus dias atividades no campo da medicina. Em 1841, participa da fundação da Sociedade de Medicina de Pernambuco, tornando-se assíduo colaborador e destacado polemista dos Anaes de Medicina Pernambucana, órgão divulgador da produção teórica daquela sociedade. Com a extinção dos Anaes (1844), publica artigos sobre medicina e higiene nos Arquivos de Medicina Brasileira. Em 1845 foi nomeado presidente do Conselho Geral de Salubridade Pública de Pernambuco, criado pela lei provincial de 15.05.1845. Este Conselho era formado por três médicos entendidos em assuntos de higiene pública e medicina legal e dois farmacêuticos. Foi nesse difícil cargo que Aquino Fonseca se revelou um arguto perscrutador e diagnosticador dos problemas sanitários do Recife. Durante os dez anos em que esteve à frente do Conselho produziu uma massa significativa de trabalhos, escritos, quase todos, em forma de relatórios apresentados à Câmara Municipal e à Assembléia Provincial. Ali o dr. Aquino investiu contra tudo aquilo que considerava como maus hábitos dos habitantes do Recife: sepultamento dos mortos nas igrejas, disposição de lixo nas ruas, escoamento das águas servidas nas vias públicas, construção inadequada das ruas, prédios e casas, hábitos alimentares extravagantes, tudo, enfim, que depunha contra "o progresso e a civilização". A transformação da cidade de ambiente corruptor do físico e da moral dos cidadãos em ambiente formador de hábitos saudáveis seria o objetivo permanente desse higienista. Neste sentido, sua atuação se pautou pela preocupação em desenvolver um extenso programa de reorganização das principais instituições formadoras de indivíduos, como as prisões, escolas, hospitais, quarteis, cemitérios, culminando com um plano de reorganização da cidade, matéria sobre a qual nos deteremos mais demoradamente neste capítulo. Sobre a vida e obra de Joaquim de Aquino Fonseca ver **ROCHA**, Leduar de Assis. **Notas sobre um higienista pernambucano do século XIX.** Recife, Editora do Arquivo Público Estadual, 1955.

2. **BEGUIN**, François. **"As maquinaria inglesas do conforto" in Espaço & Debate**, Ano XI, n. 34, São Paulo, 1991, pp. 39-54.

3. **VAUTHIER**, L. L. **Diário Íntimo**, citado por **FREYRE**, Gilberto. **Oh de casa**. I.J.N.PS., Arte Nova, Recife, 1979, p. 106. Sobre viajantes que deixaram impressões favoráveis do Recife no século XIX, ver, dentre outros, **KOSTER**, Henry. **Viagens ao Nordeste do Brasil**. Brasiliana vol. 221, Companhia Editora Nacional, **1942; TOLLENARE**, l.f. de. **Notas dominicais**, in **Revista do Instituto Archeológico e Geográfico Pernambucano**, Recife, 1908.**GRAHAM**, Maria. **Diário de Uma Viagem ao Brasil**. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1956. É verdade, por outro lado, que outros visitantes ilustres não partilharam dessa visão edênica. **DARWIN**, Charles. **Viagens de um Naturalista ao redor do mundo**, (trechos escolhidos), São Paulo, Abril Cultural, s/d., ao visitar o Recife em 1836, teve uma péssima imagem da cidade: "Recife acha-se construída sobre bancos de areia estreitos e baixos, separados um do outro por canais rasos de água salgada. As três partes da cidade estão ligadas entre sí por meio de duas compridas

pontes sobre pilares de madeira. A cidade é por toda parte detestável, as ruas estreitas, mal calçadas e imundas; as casas, altas e lúgubres. A estação das chuvas acabava apenas de findar-se, de maneira que a região adjacente, com quase não se achar acima do nível do mar, apresentava-se completamente alagada, pelo que não logrei fazer passeios distantes", p. 129. **GARDNER**, George. **Viagem ao Interior do Brasil (1836 - 1841)**. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 1975, horrorizado com a sujeira das ruas do Recife e o perigo das epidemias, sentencia: "A cidade de Pernambuco é pouco recomendável a quem tem negócios a tratar", p. 50.

4. Citado em **VIANNA**, A. J. Barbosa. **Recife, capital do Estado de Pernambuco** (Reedição). Recife, Governo de Pernambuco, Secretaria de Estado de Educação e Cultura, 1970, pp. 139-140.

5. **ANNAES DA MEDICINA PERNAMBUCANA (1842-44).** Recife, Secretaria da Educação e Cultura, 1977, p. 70.

6. FIGUEIREDO, **Antônio Pedro.** Diário de Pernambuco, **28--09-1857**, p. 4.

7. Para uma análise das crenças sobre a ausência de padecimentos físicos e a longevidade dos habitantes do Novo Mundo, ver **HOLANDA**, S. B., **Visão do Paraíso**, São Paulo, Ed. Nacional, 1985. Ele escreve que havia uma crença de que "as pestilências de bordo prontamente desapareciam ao contato de certas terras privilegiadas", p. 269

8. **SIGAUD**, José Francisco Xavier. **Du climat et des maladies du Brésil, ou statistique médical de cet Empire,** Paris, chez Fortin, Masson, 1844, p. 7

9. **SEIXAS**, Domingos Rodrigues. **Da cólera morbus epidêmica de 1855 na Província da Bahia**. Bahia, Tip. de Antônio Olavo da França Guerra. Rua do Tira-Chapéu, n. 3, 1860.

10. **BASTOS**, Lima. **Diário de Pernambuco**, 20-9-1855.

11. **PEIXOTO,** Afrânio. **Clima e Saúde**. São Paulo, Ed. Nacional; Brasília (Brasiliana), s/d.

12. **GOMES**, José Eustáquio. **"Discurso recitado na sessão solene de aniversário de instalação da Sociedade de Medicina de Pernambuco"**, Recife, 1842, p. 8.

13. Essa imagem da ocupação espacial da cidade do Recife como uma luta contra as águas parece ter feito escola. **OLIVEIRA**, Waldemar. **Geologia da planície do Recife**. Recife, 1942, dizia que, no Recife, "o que não é água, foi ou lembra água, sendo essa razão porque o chamam cidade anfíbia. Ver também **CASTRO**, Josué de. **Fatores de localização da cidade do Recife; um ensaio de Geografia Urbana.** Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1948; Jurema, **ADERBAL. O sobrado na paisagem recifense**. Recife, Editora Nordeste, 1952; **LINS**, Rachel Caldas. **Alguns aspectos originais do sítio urbano do Recife. Diário de Pernambuco**. Recife, 02.11.75. Caderno especial; **MELO**, Mário Lacerda de. **Metropolização e subdesenvolvimento: o caso do Recife**. Recife, UFPe, 1978.

14. **ANNAES DA MEDICINA PERNAMBUCANA**, obra citada, p. 70.

15. **FIGUEIREDO**, Antonio Pedro, obra citada, p. 4.

16. Neste ponto tenho me inspirado nas instigantes observações de **THOMAS**, Keith. **O homem e o mundo natural.** São Paulo,Companhia das Letras, 1988.

17. **FIGUEIREDO,** Antonio Pedro. **Diário de Pernambuco,** 16-6-1856.

18. **FIGUEIREDO,** Antônio Pedro. **Diário de Pernambuco,** 22-6-1857.

19. **MELLO**, José Antônio Gonçalves de. **Tempo de Flamengos**. Coleção Documentos Brasileiros, 54. Rio de Janeiro, José Olympio, 1947.

20. **FREYRE**, Gilberto. **Um Engenheiro Francês no Brasil**. Rio de Janeiro, Livraria José Olympio Ed., 1940, p. 93.

21.**FIGUEIREDO**, Antônio Pedro de. **Diário de Pernambuco**, 28-09-1857.

22. "**Posturas da Câmara**", **Diário de Pernambuco**, 13 de dezembro de 1831.

23. **ZANCHETI**, Silvio Mendes **"Formação e consolidação da Repartição de Obras Públicas de Pernambuco (1836-1844)"** in **Espaço & Debate. Revista de Estudos Regionais e Urbanos**. Ano XI, n. 34, São Paulo, pp. 75-83.

24. **ANDRADE,** Manoel Correia. **Recife: problemática de uma metrópole de região subdesenvolvida**. Recife, UFPe, Ed. Universitária, 1979.

25. **VAUTHIER,** L.L. **Diário Íntimo do Engenheiro Vauthier. 1840-1846**. Prefácio e notas de Gilberto Freyre. Rio de Janeiro, Serviço Gráfico do Ministério da Educação e Saúde, 1940. **FREYRE**, Gilberto. **Um Engenheiro Francês no Brasil**. Rio de Janeiro, Livraria José Olympio, 1940. **MARSON**, I. A. **"O Engenheiro Vauthier e a modernização de Pernambuco no Século XIX: contradições do progresso** in **BRESCIANI,** M. Stella (org.). **Imagens da cidade: séculos XIX e XX.** São Paulo, Marco Zero, 1993, pp. 35-60.

26. **BASTOS**, Lima. **Diário de Pernambuco**, 20-9-1855.

27. **Relatório de abril de 1850,** in **Coleção dos Relatórios do Conselho Geral de Salubridade Pública.** 5. vols. (1845-1851). Recife.

28. **PEREIRA DA COSTA - Mss. no Arquivo Público do Estado de Pernambuco,** 18-12-1849.

29. **REGO,** José Pereira. **Memória Histórica das Epidemias que tem reinado no Brasil.** Rio de Janeiro, Typografia Nacional, 1873.

30. **GOMES**, José Eustáquio. **"Discurso recitado na sessão solene de aniversário de instalação da Sociedade de Medicina de Pernambuco,** Recife, 1842, p. 8.

31. **DOM PEDRO II. Viagem a Pernambuco em 1859**. Cópia, introdução e notas de Guilherme AULER in **Revista do Arquivo Público do Estado de Pernambuco**, vol. VII, Recife, 1952.

32. **Relatório do Conselho Geral de Salubridade Pública De Pernambuco,** 1849, p. 41.

33. **COSTA**, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro, Graal, 1979, p. 30.

34. **Annaes da Medicina Pernambucana (1842-44)**. Recife, Secretaria da Educação e Cultura, 1977, p. 55.

35. **FONSECA**, Joaquim de Aquino. **Coleção de Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública**. Recife, 1845, pp. 40-41.

36. **Relatório do Conselho Geral de Salubridade Pública de Pernambuco**, 1851, P. 5.

37. ANDRADE, Gilberto Osório. **A cólera-morbo. Um momento crítico da história da medicina em Pernambuco.** 2a. ed., Recife, Fundação Joaquim Nabuco - Editora Massangana, 1989, p. 29.

38. **Annaes da Medicina Pernambucana**, obra citada, p. 38.

39. FONSECA, Joaquim de Aquino. **Coleção de Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública**. Recife, 1850, p. 23.

40. FONSECA, Joaquim de Aquino. **"Reflexões às conclusões do Relatório apresentado ao Parlamento Inglês pela Inspetoria Geral de Saúde, acerca da febre-amarela"** in **Coleção de Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública,** Recife, 1850, p. 12.

41. FONSECA, J. A. Idem, p. 12.

42. Idem, p. 17.

43. Ibidem, p. 28.

44. FREITAS, Octávio. **Medicina e Costumes do Recife Antigo**. Recife, Imprensa Industrial, 1943, observa que o lazareto da ilha do Pina, em Recife, logo se revelou ineficaz como medida de contenção das epidemias. Com a intensificação do tráfego marítimo, aumentou significativamente o número de pessoas no lazareto, dificultando ainda mais a questão do alojamento e do tratamento. Durante a epidemia de cólera de 1856 o lazareto funcionou basicamente como local de isolamento e não de tratamento.

45. MACHADO, Roberto ... et. al. **Danação da Norma. Medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978, p. 248.

46.----------, Idem, p. 262.

47.----------, Ibidem, p. 265.

48. **Annaes da Medicina Pernambucana**, obra citada, p. 123.

49. SERPA, Joaquim Jerônimo. **Topografia da cidade do Recife (** extraído da Rev. Médica Fluminense), in **Annaes da Medicina Pernambucana,** obra citada, pp. 76-77.

50. **Annaes da Medicina Pernambucana**, obra citada, p. 126.

51. Idem, p. 61.

52. **Relatório do Conselho Geral de Salubridade Pública de Pernambuco**, 1845, pp. 30-39.

53. **FONSECA,** Joaquim de Aquino. **Coleção de Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública de Pernambuco.** Recife, 1845, p. 27.

54. **Annaes da Medicina Pernambucana**, obra citada, p. 133.

55. **Estatutos do Conselho Geral de Salubridade Pública de Pernambuco**, 1845, in **Coleção de Trabalhos do C.G.S.P.P.**, p. 60.

56. **Relatórios dos presidentes da província de Pernambuco, 1839-1855.** Recife, Biblioteca Pública do Estado de Pernambuco.

57. **Coleção de Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública de Pernambuco.** Recife, 1845, p. 1.

58. A lei que tratou da criação de cemitérios extra-muros foi promulgada em 1. de outubro de 1828, determinando que as Câmaras Municipais promovessem o estabelecimento de cemitérios subordinados ao clero local. No Recife, a primeira iniciativa neste sentido se deu com a Lei Provincial n. 91, de 7 de maio de 1841. Mesmo com a aprovação dos recursos pela Câmara, a construção do primeiro cemitério, no campo de Santo Amaro, só viria a ocorrer dez anos depois e, certamente, motivado pela epidemia de febre amarela de 1850, quando as igrejas se encheram de cadáveres, indicando os limites de sua capacidade para atender a tantos sepultamentos.

59. **Relatório do Conselho Geral de Salubridade Pública de Pernambuco, 1845**, pp. 26-27.

60. **Ms. no Arquivo Público do Estado de Pernambuco.**

61. **Diário de Pernambuco**, 24-10-1873.

62. **CHERMONT**, Olympio Leite. "Estudos sobre cemitérios" in **Annaes do Congresso médico de Pernambuco**, 1909, pp. 457-557, cit. por **ANTUNES**, José Leopoldo Ferreira. **Crime, sexo, morte. Avatares da medicina no Brasil**. Tese de doutorado em Sociologia apresentada no Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP. São Paulo, (mimeo), 1995, esp. p. 250.

63. **Relatório do Conselho Geral de Salubridade Pública de Pernambuco**, 1845.

64. Sobre os princípios que fundamentaram o urbanismo barroco ver **MUNFORD**, L. **A cidade na História. Suas origens, transformações e perspectivas.** São Paulo, Martins Fontes, 1982.

65. **FONSECA,** Joaquim de Aquino. **"Bases para um plano de edificação da cidade"** in **Diário de Pernambuco, 28-8-1855.**

66. **JUCÁ,** Maria Joselice de V. **Estudos sobre as companhias urbanas de Pernambuco no sec. XIX. Ensaios Pernambucanos.** Recife, Governo do Estado de Pernambuco, 1977. Coleção Pernambucana, vol. VI, p. 43, onde a autora mostra que as "tentativas de solucionar o abastecimento de água do Recife e Olinda, remontam à primeira metade do século passado, tomando novas diretrizes com a chegada de Vauthier a Pernambuco, na década de 40. Assumindo a direção da Repartição de Obras Públicas em 1842, elabora projetos objetivando a melhoria do abastecimento d'água, pela implantação do sistema de encanamento". Na verdade, o projeto de Vauthier era uma tentativa de ampliar e melhorar o sistema de abastecimento d'água já existente, sob a direção da Companhia do Beberibe.

67. **FREYRE**, Gilberto. **Um engenheiro francês no Brasil**. Rio de Janeiro, Livraria José Olympio, 1940.

68. **SETTE,** Mário. **Arruar. História Pitoresca do Recife Antigo.** Rio de Janeiro, Livraria da Casa do Estudante do Brasil, 1948, p. 280.

69. **FONSECA,** Joaquim de Aquino. **Coleção de Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública.** Recife, 1855, p. 6.

70. **SANTOS**, Carolino Francisco de Lima. **Conselhos higiênicos aos europeus que abordam o Brasil,** cit. em **FREYRE**, Gilberto. **Sobrados e Mucambos**. 2a. Ed. Rio de Janeiro, São Paulo, José Olympio, 1951, 562.

71. **FONSECA**, Joaquim de Aquino. **"Bases para um plano de edificação da cidade", Diário de Pernambuco,** 28-8-1855.

72. **CORBIN**, Alain. **Saberes e Odores. O Olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX.** São Paulo, Companhia das Letras, 1987, p. 122.

73. **BRESCIANI**, Maria Stella. **Lógica e Dissonância - sociedade de trabalho: lei, ciência e resistência operária"** in **Revista de História** n. 11, vol. 6, São Paulo, Editora Marco Zero, p. 28.

CAPÍTULO III:

MEDO

1. Ordem, acaso, fatalidade e contágio

> "A palavra contágio sempre será sinônimo de terror, abandono, desespero, com a triste consolação de algumas dedicações tão sublimes quanto estéreis; a doutrina do contágio não sabe senão inspirar a fuga, não sabe produzir senão cordões sanitários, lazaretos e quarentenas".
>
> **(Dr. Riuhlot, Diário de Pernambuco, 26-01-1856)**

Ao longo da história, cidade e epidemia estiveram sempre associadas. Contudo, essa associação parece ter sido permanentemente marcada por uma forte tensão: a cidade, enquanto suposto símbolo da ordem e do poder centralizado, ver-se questionada nos seus fundamentos com a presença das epidemias, fenômenos anárquicos de dissolução das formas de sociabilidade. Ao contrário da cidade, as marcas predominantes de uma epidemia ou peste sempre se traduzem na desordem, no acaso e na fatalidade (1).

Nas cidades pestilentas, os quadros da sociedade se desfazem, a ordem entra em franca bancarrota. É o momento, então, em que as formas de sociabilidade estabelecidas dão lugar à gratuidade imediata de ações inúteis e sem sentido para a sociedade envolvente (2).

O cotidiano da vida urbana precisa seguir ritmos marcados por regularidades, convenções, compromissos, ações previsíveis. Uma epidemia mortal, pelo contrário, não segue caminhos preestabelecidos. Manifesta-se, essencialmente, pelo acaso e pela fatalidade. Apesar do seu caráter contagiante,

o mal ataca sem regras e de modo imprevisto, poupando uns, mesmo em contato com os enfermos, atacando outros, que se consideram seguros. Do mesmo modo, alguns que contraem a doença se curam, outros, morrem. Vê-se, assim, que a contaminação, a cura e a morte dependem de fatores imponderáveis e aleatórios.

Parece que a instauração do acaso e da fatalidade no espaço urbano, mais do que as altas taxas de mortalidade, constituía o motivo principal que impulsionava as autoridades a eliminarem o mal do interior da cidade (3). Esse caráter imprevisto das epidemias, entretanto, frustrava quase sempre as estratégias idealizadas para debelá-las. Por isso havia um esforço imenso na comunidade médica para extrair uma certa "racionalidade" do comportamento das epidemias, que redundou, como se sabe, na fundação do campo de estudo denominado epidemiologia.

Esse comportamento imprevisto da doença foi sublinhado pelos médicos do Recife, que ficavam desnorteados quando procuravam encontrar regularidades e manifestações previsíveis do cólera. Num esforço para realizar a cartografia da epidemia, seu percurso, bem como para determinar suas características e modos de contágio, a investigação médica se deparava com situações intrigantes. Na sua rota, a doença às vezes poupava certas localidades, interrompia-se sem motivo definido, recrudescia a qualquer momento e se extingüia sem motivo aparente. A dificuldade em captar a natureza de sua força interior criava uma angustiante e terrível espera, desfazendo todos os laços humanos (4).

O que parecia mais preocupante para as autoridades urbanas diante da epidemia não era somente o número de mortes, como já mencionamos, mas o seu caráter de fatalidade e acaso, traços que reforçavam o medo do contágio. Como observou Canetti: "o elemento do contágio, tão importante na epidemia, produz como efeito o apartamento dos homens uns dos outros. O mais seguro é não se aproximar demasiadamente de niguém, pois qualquer um poderia estar contaminado" (5). Se a doença é contágio, ou seja, o mal que se contrai pelo contato, a saúde é o isolamento, a distância do outro. Manter-se à distância parecia ser, assim, a última esperança de preservar-se.

Contágio e medo eram termos tão associados nos tempos de epidemia que muitos médicos derivavam uma situação da outra. Pedro Dornelas, por exemplo, médico que vivia em Recife nos tempos do cólera, atribuía a idéia de contágio ao sentimento de preservação do ser humano:

> "A primeira idéia de contágio é originária do primeiro sentimento do homem, este amor de sua própria conservação, cuja perda e ameaçadora moléstia quanto mais grave é, e mais indivíduos acomete ao mesmo tempo e no mesmo lugar, mais aterra o homem que tornando-se menos apto para as operações de sua inteligência, então errônea, procura como único preservativo do mal, apartar-se de suas vítimas" (6).

Sendo assim, parece que o acaso, a fatalidade e, sobretudo, o medo do contágio do cólera constituíram as fontes que alimentaram a imaginação coletiva e suscitaram as reações mais desencontradas e contraditórias.

Neste capítulo, procuramos fazer um inventário dos medos usuais (medo da doença e da morte) e dos medos mais específicos, ou seja, daqueles que

surgem em decorrência de uma situação particularmente desestruturadora, como é o caso de uma epidemia mortal.

O medo, como já tivemos oportunidade de lembrar, não é, de modo algum, um sentimento excepcional, raro ou, mesmo, atípico na vida das pessoas ou das coletividades humanas. Graças a estudos mais recentes, podemos verificar como, ao longo da história, sempre existiu um permanente diálogo dos indivíduos e dos povos com o medo.

Paixão que nasce da necessidade de segurança, o medo é uma espécie de reação, em parte instintiva, em parte consciente, para a conservação da espécie. Neste sentido, é também um elemento presente nos mais diversos seres do mundo animal. Contudo, enquanto para os animais o medo parece se revestir de uma única preocupação - o temor de ser devorado -, entre os seres humanos, ele assume variadas formas. Assim, tem-se para cada época histórica e para cada condição social, uma tipologia muito rica de medos.

Para o que nos propomos a seguir, limitar-nos-emos ao estudo dos medos suscitados pelas epidemias e, em particular, dos medos evocados pelo cólera. Antes disso, devemos retomar a abordagem metodológica proposta na introdução deste trabalho. Ali procuramos distinguir o medo da angústia - duas situações aparentemente idênticas, mas que guardam diferenças importantes entre si. Considerados durante muito tempo sentimentos equivalentes, são hoje vistos como estados psíquicos ao mesmo tempo semelhantes e diferentes: a angústia referir-se-ia a uma situação de perigo ainda não conhecido, suscitando a

inquietação, a ansiedade e a melancolia; o medo, por sua vez, decorreria da consciência de um perigo definido, mais ou menos conhecido. As reações neste caso se manifestariam pelo temor, espanto, pavor, terror. O medo se explicitaria pela identificação de um objeto determinado ao qual se poderia fazer frente, ao passo que a angústia não divisaria esse objeto e por isso seria vivida como uma espera dolorosa diante de um perigo tanto mais terrível quanto menos claramente identificado. Em suma, a angústia seria um sofrimento global de insegurança (7).

Quando surgiu a ameaça do cólera, um sentimento de angústia tomou conta de todos os recifenses. Entre os médicos, essa angústia parecia decorrer das inseguranças e incertezas quanto ao caráter da doença, suas causas, suas formas de transmissão e os meios para sua cura. Na população, ela se manifestou na incompreensão da instantaneidade do mal, em seu ataque indiferenciado, em sua virulência e transmissibilidade.

Face à impossibilidade de conviver por muito tempo com essa situação de angústia, os médicos e a população em geral procuraram elaborar representações que conferissem à doença um sentido, numa tentativa de localizar, identificar e nomear os medos precisos.

No que segue, tentaremos demonstrar como as situações de angústia, produzidas pela espera da peste, pela incompreensão de sua natureza e de suas formas de transmissão, cederam lugar ao medo, quando o perigo, antes distante e vago, se tornou real e ameaçou a todos.

2. Da angústia aos medos nomeados

Entre maio de 1855, data em que o cólera irrompe em Belém do Pará e 28 de janeiro de 1856, quando foi anunciado o primeiro caso da doença no Recife, o cólera percorreu um longa trajetória. Em julho de 1855 a doença já se manifestava de forma epidêmica em Salvador, supostamente trazida pelo navio Imperador, procedente de Belém. Da Bahia, após provocar uma extraordinária mortalidade (cerca de 36.000 óbitos), a epidemia se dissemina, via terrestre, pelas províncias de Sergipe, Alagoas e Pernambuco. Em dezembro de 1855 aparece em Garanhuns. Em janeiro irrompe em Vitória de Santo Antão, onde provoca um espantoso morticínio, pânico e fuga. A população restante, apavorada com a voracidade da doença, despeja-se pelas estradas em direção a Jaboatão, Peres, Tejipió, Barro, Imbiribeira e Afogados, deixando os mortos ao longo do caminho (8).

De Jaboatão o cólera deu um salto para o Recife. Segundo observações do dr. Aquino, a doença teria sido introduzida na cidade através de um tal Hermenegildo de Paula Albuquerque, residente na rua do Ouro, ou talvez através do bolieiro português José Maria Borges, que o levara a Jaboatão e o trouxera de volta na tarde de 27 de janeiro.

O fato é que o mal começou a se manifestar no final de janeiro no bairro de São José, tomou impulso no bairro de Santo Antônio e Boa Vista, e dominou

toda a cidade, chegando ao paroxismo em março, quando morriam mais de cem pessoas por dia.

Segundo Cosme de Sá Pereira, a doença progredia sobre a capital como um exército implacável: "Caminhava com tanta regularidade que dado o lugar em que hoje se via, podia-se logo marcar aquele que atacava no dia seguinte". (9). Esse avanço rápido e fulminante encheu de espanto aqueles que defendiam a tese de que a epidemia resultava de causas locais. A partir desse momento, a teoria anticontagionista foi por água abaixo.

Declarado o estado de peste, a cidade mergulhou no medo. Desde a expectativa da calamidade em Recife até o momento da sua irrupção, temos a constituição de uma trama inconsútil, caracterizada por uma sequência de comportamentos dignos de nota.

Parece que a primeira reação das autoridades e do povo em geral diante do perigo da epidemia de cólera que se aproximava da capital pernambucana foi de alheamento, descaso ou negligência. Para a população do Recife, o perigo continuava irreal. Essa negligência em relação ao perigo decorria basicamente de duas motivações: político-econômica e psicológica. Para as autoridades locais, o reconhecimento do perigo iminente de uma epidemia de cólera poderia criar situações de completo descontrole político e desorganização econômica. Uma população assustada poderia, na ótica dos governantes, fugir do controle e cometer desatinos. Tal crença das autoridades se mirava em outras experiências, como as epidemias de peste negra na Europa ou, mesmo, a febre amarela entre

nós, em 1850. Nessas ocasiões, multiplicavam-se os casos de saques, roubos e atos de "crueldades". O perigo de contágio exigia medidas drásticas de controle dos fluxos de pessoas, mercadorias e animais. O sistema de quarentena significava para uma cidade interromper as relações comerciais com o exterior, o que acarretaria dificuldades de abastecimento, paralisação dos negócios, diminuição dos lucros.

Para além dessas considerações de ordem econômica e política, de natureza supostamente "racional", havia motivações menos conscientes. Pode-se supor que o medo (plenamente justificado) que os contemporâneos tinham de uma epidemia de cólera induzia-os a retardar ou adiar o máximo de tempo possível o instante supremo em que ela seria olhada de frente. Pensar ou admitir o estado de peste era suprimir o futuro e tudo quanto isto significava.

É por isso que a atitude dos recifenses em relação aos boatos de que o cólera vagava por outras províncias do Império foi, num primeiro momento, de descaso ou indiferença.

À excessão de algumas medidas sanitárias sugeridas pela imprensa (quarentenas para os navios e para as tripulações oriundas de áreas de risco), que foram adotadas pelo doutor João Ferreira da Silva, Provedor da Saúde do Porto, bem como da organização de contribuições para a ajuda aos que fossem atingidos pelo mal, se por ventura ele invadisse a província, " o Recife, já orgulhoso da sua posição geográfica e comercial, vivia (no início do ano de 1856) a vida ordinária dos dias de placidez e bonança "(10). O cotidiano da vida na

cidade não parecia ameaçado. Neste momento, os recifenses se recusavam a acreditar no perigo iminente.

Mesmo quando o cólera se anunciou na região, os primeiros casos foram vistos como de pouca gravidade. Afinal, alguns casos não poderiam constituir uma epidemia se se tomassem algumas precauções. Essa atitude de recusa para encarar de frente o perigo do cólera se manifestava em expressões evasivas ou otimistas. Muitos acreditavam que se a doença irrompesse na cidade seria combatida com eficácia e rapidez. Otimismo a qualquer preço: eis a atitude recomendada pelas autoridades e pela imprensa oficiosa. Essa confiança foi expressa nos versos publicados no "Diário de Pernambuco" de 1° de fevereiro de 1856:

"O horizonte parece turvado,
A borrasca talvez vá surgir:
Lá navega o *gangético* ousado,
Que nos tenta, nos quer engolir!
Não se torça o semblante ao malvado,
Que há de, ao fim, cabisbaixo fugir.

Prevenimos de há muito o ataque:
Eis-nos firme, leais campeões;
Se vier, não tememos o saque,
Que será repelido a limões,
E o tirano, rolando no baque,
Morrerá em cruéis convulsões

Note-se de passagem, que essa alusão "aos limões" se fazia porque a Comissão de Higiene Pública de Pernambuco havia concluído que o suco de limão era um grande antídoto contra o cólera. Mas o que importa destacar aqui é que, naquele momento, qualquer medida de cautela mais rigorosa contra a invasão da doença provocava galhofas ou críticas (11).

Quando, porém, de suposta ameaça a epidemia se tornou um perigo real, as providências tomadas pelas autoridades ainda demonstravam um inconsciente desejo de desconhecer o mal.

Logo que foram registrados os primeiros casos suspeitos no Recife, o Governo mandou os médicos da Comissão de Higiene Pública examinarem as vítimas. Induzidos pelo desejo de esconjurar o mal, os primeiros diagnósticos foram tranqüilizadores:

> "Posto que se tenha dito que há nesta cidade casos de cólera-morbus em algumas pessoas nela residentes, isto não é exato. Alguns incômodos, exagerados pelo medo, tem feito crer na existência dessa afecção: os casos que se hão dado são de pessoas que procedem de focos epidemicos ou neles se achavam. Talvez que um ou sintoma de colerina tenham sido observados; mas estes hão cessado com as aplicações terapêuticas que lhes tem sido feito"(12).

Tais diagnósticos correspondiam certamente às expectativas da população. Entretanto, confirmada a presença do cólera na cidade, procurou-se, por todos os meios, evitar o pânico, reduzindo o perigo sob alegação de que a doença apresentava característica benigna na maior parte dos casos e morosa em acometer outros lugares. Mesmo com o aumento dos casos de contaminação e mortes no início de janeiro, houve pouco alarido e a imprensa manteve-se

discreta. Afinal, alguns casos a mais na mortalidade não pareciam falar à imaginação. Como não havia uma idéia exata sobre as taxas de mortalidade nos períodos normais e nem mesmo da população total da cidade, ignorava-se a proporção de óbitos causados pelo cólera. Em suma, à população faltavam, de alguma maneira, pontos de referência. A eloquência dos números só se impôs quando a epidemia tomou toda a cidade. Até então, prevaleceu a atitude de disfarçar a inquietação com gracejos ou mesmo com discussões tranqüilizadoras.

Nada mais ilustrativo dessa atitude de esconjurar o mal, reduzindo ou amenizando seus efeitos reais, do que a polêmica instaurada entre "contagionistas " e "infeccionistas", em Recife, por ocasião da invasão da doença na província do Pará.

Quando as notícias sobre o cólera irrompido no Pará (maio de 1855) chegaram a Pernambuco, ocorreu uma acirrada discussão entre os médicos recifenses sobre as causas da epidemia. Era a velha questão que vinha ocupando os médicos desde os anos trinta do século XIX: infecção ou contágio?

Já tivemos ocasião de mencionar que a medicina da época era predominantemente infeccionista e que não admitia a hipótese da transmissão do cólera pelo contágio.

O imaginário médico, em geral, atribuía a origem do cólera a uma atmosfera infecta ou suja. A doença provinha de emanações geradas espontaneamente por algo sujo.Talvez por causa do fedor, a matéria orgânica em putrefação era vista como contaminadora da atmosfera e portadora de doenças.

O miasma (a atmosfera contaminada) passou a ser relacionado com a miséria urbana, em oposição à rural, e com o lixo, a podridão, a proximidade dos cemitérios (13).

A teoria dos miasmas, do mefitismo dos trópicos, incluindo a crença de que as epidemias de febre amarela e cólera se geravam espontaneamente, parecia mais convincente, especialmente quando o perigo ainda se configurava como ameaça distante. Mas era também mais sedutora porque tranqüilizava a população, as autoridades e os interesses econômicos.

Parece que toda a discussão entre infeccionistas e contagionistas se resumia no problema ou não da importação do cólera. Da solução deste problema dependiam as medidas preventivas: quarentenas, cordões sanitários, desinfecção e isolamentos, ou nada disso. Se a enfermidade era produzida pela "constituição atmosférica", pelas "causa locais", em suma, pela "infecção", tais medidas eram inócuas.

É verdade que os defensores da teoria infeccionista admitiam a possibilidade de transmissão da doença de um lugar para outro, através do ar atmosférico. Eles julgavam que o vento seria capaz de levar a "infecção" para lugares distantes do seu foco de origem, mas nunca por intermédio dos doentes ou dos objetos deslocados do *foyer* epidêmico - donde se concluía que nenhuma medida preventiva adotada para isolar uma comunidade seria eficaz, já que não conseguiria impedir que o mal se propagasse através do elemento atmosférico.

Face ao rumo dos acontecimentos, a idéia do contágio, defendida pela Comissão de Higiene, acabou prevalecendo. Tratava-se, entretanto, de uma posição temerária, pois poderia trazer grandes inconvenientes, tais como induzir à deserção pelo medo, instaurar o pânico e comprometer a ordem pública.

Convicta de que o cólera era contagioso, a Comissão de Higiene exigiu e acabou impondo o seu projeto de quarentena, medida tradicionalmente adotada nos períodos de epidemia. Como forma de controle lacunar, fragmentada, isolada no tempo, sabia-se que a quarentena era uma ação médica que se situava entre o curativo e o preventivo.

Declarada a guerra contra prováveis "focos de contágio", a Comissão de Higiene Pública entendeu que devia-se proceder à fumigação dos navios que aportassem no Recife, desinfectar a correspondência postal e as mercadorias ou, mesmo, a sua inutilização, além de retirar os contaminados para lazaretos, sepultando os falecidos lá mesmo.

Esse reconhecimento do caráter contagioso do cólera, seguido de medidas de combate à epidemia, alterou completamente o cotidiano da vida das pessoas.O "Diário de Pernambuco" de 14 de janeiro dizia que o cólera era "a única idéia, a exclusiva preocupação" que monopolizava tudo, era o fantasma que aterrorizava todos os espíritos.

A partir desse momento, a cidade se sentia invadida pelo inimigo implacável. O comércio importador, praticamente paralisado, parecia morrer de cólera; as comunicações com o exterior foram desfeitas: nenhum navio,

mercardoria e até mesmo correspondência saía ou entrava na cidade sem uma rigorosa fiscalização. A confusão, o medo e o pavor tomaram conta das pessoas: se o mal era contagioso, ninguém estava a salvo do flagelo. A fuga, solução clássica nessas ocasiões, não parecia ser a saída, pois toda a província já estava tomada pela epidemia. Assim, a população teve de se confrontar com a angústia cotidiana e se viu forçada a conviver com uma existência profundamente diferente daquela a que normalmente se habituara.

A presença do cólera na cidade introduziu uma desestruturação da vida cotidiana. O medo do contágio, da doença e da morte subverteu as relações entre os recifenses. Temendo contaminar-se, os habitantes distanciavam-se uns dos outros, evitando a circulação e o contato. A cidade entrou num outro ritmo. As pessoas já não circulavam naturalmente, as ruas ficaram desertas e silenciosas, como se todas as atividades da labuta diária tivessem sido suspensas. O "Diário de Pernambuco" de 17 de março dizia:

> "(...)o movimento estrepitoso, que outrora enchia as ruas e praças, foi quase nulo, e apenas haviam alguns sinais de animação no espaço que decorre das 10 horas da manhã às 3 da tarde; nas outras partes do tempo reinava uma perfeita monotonia. Os regosijos públicos tem cessado inteiramente, e os próprios ajuntamentos, que nesta quadra do ano se formavam para ver as procissões tem desaparecido; apenas observa-se uma ou outra pessoa às janelas para contemplar estas solenidades da religião".

A presença do cólera passou a ser vista como a própria instauração do mal. A sua contagiosidade foi idealizada como um fogo violento e impetuoso que consumia tudo que encontrava pela frente. Apavorada, a população rompeu com as regras de convivência em público, transgredindo as leis e ameaçando a ordem. Tudo, enfim, parecia reduzido a uma grande confusão.

O medo do contágio desestruturou o cotidiano e abalou as bases do psiquismo individual e coletivo. Naquele momento as atitudes e comportamentos pareciam marcados por grandes oscilações: condutas heróicas eram contrabalançadas com atos de covardia, estoicismos com desregramentos, desalentos e loucuras.

Um contemporâneo fez uma vívida descrição do quadro de horror que o cólera projetou no Recife:

> "O cólera, este brado agonizante que partindo os corações aflitos, se perde na extensão dos ares, para de novo ouvir-se ainda com maior desespero; este terrível inimigo que, sem guardar considerações, ostenta o seu poder contra o pobre e o rico; este devastador insano da humanidade, que colo erguido parece querer engulir o mundo inteiro, finalmente esse zombador da ciência, cujos resultados até o presente tem sido inúteis a combatê-lo é hoje o objeto único das nossas meditações, como tem sido em qualquer parte do seu aparecimento. Por todos os lados se encontram os vivos pungentes sinais de sua ruina: as margens dos rios estão juncadas de fúnebres despojos; aqui vê-ss um caixão, indício cruel do leito de dor, que o monstro acabou de fazer a sua vítima; alí um travesseiro, mais adiante uma cama... Não é sem o maior assombro que se encara este teatro de morte, onde as cenas de consternação fazem refletir em nossa mente os quadros mais significativos do sofrimento humanidade. Constantemente os sinos paroquiais anunciam que mais um cristão recorre em sua hora verdadeira ao sacramento que dá alívio espiritual e corporal; sai o santíssimo viático, e em lugar de ir ser aplicado em lum, o é em três ou quatro que ansiosos querem receber tão santa instituição de Jesus Cristo, único alívio desta hora extrema. Os veículos de socorro público são a cada passo encontrados na condução daqueles que, desfavorecidos da fortuna, procuram, ao último caso, os asilos de caridade, para neles encontrarem, quando não a saúde, pelo menos os útimos sufrágios que recomenda a Igreja. No meio de tudo isto os carros fúnebres cruzam as ruas da cidade na transportação daqueles que tendo pago o pesado tributo à natureza, vão ao cemitério público encontrar a sua última morada" (14).

Quando a cidade foi sitiada pelo mal e em seguida invadida, imperou a confusão dos mortos, dos contaminados, da doença e do sofrimento, das angústias e dos medos, dos gestos de desespero e de solidão, das suspeitas e dos isolamentos. Além dos terríveis sofrimentos físicos causados pela doença, tinha-se o sofrimento da solidão, produzido pelo medo do contágio.

Um médico da época atribuiu toda essa enorme confusão e pânico à "errônea, maldita e anti-christã idéia do contágio", que teria "apagado dos corações daquele povo todos os sentimentos generosos, e por conseguinte a caridade tão precisa em momento tão calamitoso ..." (15).

Essas cenas e imagens de espanto, pesadelo, confusão e insegurança eram, por um lado, consequência direta da exarcerbação dos comportamentos num tempo de profundos traumatismos psíquicos. Por outro, esse tempo de subversão da normalidade do cotidiano exigia dos indivíduos e das coletividades afetadas um extremo esforço para superar essas rupturas inumanas e recriar um imaginário que pudesse conferir um sentido a essa trágica experiência do vivido (16).

Conferir um sentido ao que estava se passando era necessário para se avaliar um perigo somente imaginado. O perigo precisava ser identificado e "racionalizado". Identicar as supostas causas do perigo era uma forma de atenuar o mistério.

3.A incredulidade, a piedade e a angústia.

A cidade do Recife, como vimos, foi uma das últimas localidades a ser invadida pelo cólera. À medida que se aproximava da cidade, a doença alimentava o imaginário de seus habitantes. Este imaginário foi profundamente tocado pelo exemplo de cidades vizinhas, como Vitória de Santo Antão, onde houve uma verdadeira hecatombe. Félix Cavalcanti, que residia por essa época nessa cidade, registrou em suas memórias cenas de horror, confusão e medo:

> "A morte ameaçando a todos, os cadáveres ficavam insepultos, a cidade entregue à desolação. A própria atmosfera durante dias inteiros esteve carregada, as nuvens apenas dando passagem a uma luz baça e pálida, que só servia para fazer mais pungentes e mais tristes os efeitos da destruição.As ruas constantemente desertas. Quando passava alguem, era tão taciturno que impressionava. Alguns passavam chorando. Outros, acometidos do mal no caminho, eram logo conduzidos para o cemitério.A persistência do mal embrutece o homem e torna-o insensível. Vias-se com uma mistura de dor e de indiferença morrer o amigo, o pai, o filho e o esposo, e a sensibilidade já amortecida não manifestava o pesar intenso que a todos devia dilacerar. Geralmente pensava-se seguir em breve aquela a quem se amava. Era a idéia que mais se misturava ao sentimento de saudade, que deixa o ente querido na ocasião do apartamento eterno. Oh, fatalidade! oh, tempo de angústia, de terror e de dor! Que funesta recordação deixaste gravada na memória daqueles que escaparam a tua fúria! (17)

Segundo esse mesmo autor, houve dia em que morreram de cólera, em Vitória, cento e vinte pessoas, numa cidade cuja população não ultrapasava mais de seis mil habitantes. No cômputo geral, a mortalidade ali atingiu a casa dos quatro mil, em apenas dois meses de epidemia. Félix Cavalcanti informava ainda que houve dia em que se contaram trezentos cadáveres espalhados pelo cemitério. Esse acúmulo de cadáveres insepultos se deveu à dizimação dos

coveiros em serviço e da dificuldade de se arregimentar novos trabalhadores para realizar os enterros.

O exemplo de Vitória foi visto pelos recifenses como um alerta geral. Era preciso se preparar para enfrentar o terrível invasor.

Neste clima de espera, houve uma proliferação de imagens que procuraravam conferir ao mal algum significado. Assim, uma das primeiras representações sobre a doença foi associá-la a outros dois grandes flagelos tradicionais: a fome e a guerra.

Inicialmente, o mal foi visto como uma ameaça externa. Como em caso de guerra, a sobrevivência da população parecia incerta. Essa metáfora militar, ou seja, a doença vista como um inimigo invasor, era muito comum na época. Ela dava forma à visão do cólera como uma doença particularmente temida como um "outro", um estranho, um inimigo invisível, que deveria ser tratado como se fosse uma guerra (18).

Para que a cidade e seus habitantes se protegessem do inimigo implacável era preciso não só identificar a doença com o próprio mal, tornando culpadas as suas próprias vítimas, mas caracterizá-la, para que se pudessem adotar estratégias de enfrentamento. Caracterizar a doença era uma necessidade do imaginário da época para transformar uma situação de angústia - uma ameaça indefinida - em perigos nomeados, ou seja, em medos precisos.

Os furores de um inimigo invisível, implacável e desconhecido, deu margem aos mais variados boatos e elocubrações. Como era de se esperar, este

esforço para entender a doença produziu diferentes maneiras de interpretá-la. Todas pareciam refletir formas variantes de um medo singular: o medo do contágio, da doença e da morte.

Mas, sobre essa necessidade comum de conservação - reação instintiva de sobrevivência - construíram-se imagens e elaboraram-se interpretações que tinham como finalidade conferir significados ideológicos e sociais ao mal. Esses diversos significados atribuídos ao contágio naturalmente refletiam os diferentes interesses sociais em jogo.

A representação da doença como um inimigo invasor surgiu quando o mal se afigurava como uma ameaça distante. Tratava-se de uma representação que procurava dar unidade à diversidade social, sugerindo que, diante da ameaça externa, a população deveria se preparar para enfrentá-la como um exército disciplinado se prepara para a guerra. Não parece ser outra a exortação que fazia o "Diário de Pernambuco" de 31-01-1856:

> "...ora, meus irmãos, mostrai que sabeis resistir aos embates de qualquer inimigo: se não tendes coragem como haveis de encarar para os nossos, que podem muito bem salvar-se, se não os abandonares? Receais que não sereis felizes na ação? Correi quanto antes aos pés de um sacerdote, confessai-vos, muni-vos, armai-vos, e esperai tranqüilos em vossas casas pelo inimigo. Ele é terrível: é verdade; mas também é covarde; investe e recua logo que encontrar-vos de baioneta calada no limiar de vossa casa. O que quer dizer cólera? O que quer dizer esse grito de agonia, que ouvimos em nossas ruas ao som das armas no dia 2 de fevereiro de 1849? Tudo a mesma coisa. Ali morre-se, aqui morre-se; a questão é de tempo. Se resistires corajosos, caridosos, a nossa capital quando não for isenta de perdas, será isenta de grande número de ceifados. Nós vos consideramos em bravura como o soldado francês; por ventura eles recuaram diante da peste, fome e guerra? Não, que Sebastopol foi tomada.
>
> Essa mortandade que tem infelizmente havido pelo centro ficai certo, é devido ao medo em grande parte. Se numa rua ficou insepulto um cadáver, essa rua será vítima, e Deus, meus irmãos, não pune o que se presta caridosamente a dar sepultura aos seus; e se pune é porque não se prestam por vontade. (...) O cólera só tem de horroroso o nome; a morféia já caiu em esquecimento entre nós, e no entanto os lázaros aí estão recheados. A febre amarela não vos causou tanto terror; mas ela ainda mora entre nós. Porque haveis de ficar branco quando diz que um colérico fica azul, verde, encarnado e amarelo? (...) A morte não tem cor; se o colérico em poucas horas muda, em poucos

dias restabelece-se quando há ânimo. Fugi dos comesanos, do excesso das bebidas, das noites perdidas, de enxugardes no corpo o suor, das ceias pesadas, dos excessos sexuais, trazei os pés aquecidos, fugi dos banhos frios, fumai, transpirai, trabalhai, conversai e confiai. Ouvi pela manhã antes de irdes ao trabalho a vossa missa, confessai-vos sempre que possais, e mostrai afinal que sois cristão. **Deus, médico, governo e coragem deve ser o emblema do vosso pavilhão** (Grifo meu), arvorai-o com entusiasmo, que quem há de fugir de nós há de ser o mofino do coisa ruim do cólera!".

Ligado, ainda, à imagem da guerra, o cólera foi associado a outro elemento de grande poder destruidor: o fogo. A sua rápida propagação, o seu caráter de fácil comunicação, a sua irrupção repentina em lugares inesperados fizeram da epidemia algo semelhante a um "incêndio pavoroso e indomável", semeando morte e destruição em sua passagem.

Note-se que a associação da epidemia à figura de um vasto incêndio se fazia pelo caráter contagioso e de rápida propagação do mal. Observe-se, ainda, que a idéia de contágio e de contaminação aparecia no imaginário médico e popular da época carregada de conotações ambíguas, pois se referiam não só às primeiras noções de epidemiologia mas coincidiam também com idéias de degenerescência moral e social. Esta última associação, como veremos mais adiante, constituirá uma poderosa metáfora social para justificar a adoção de políticas higienistas de moralização e disciplinamento das camadas mais pobres.

Os recifenses cunharam algumas metáforas recorrentes para denominar o mal originário do Ganges. Às vezes o chamavam de "monstro exterminador", "suão da morte", "flagelo da humanidade", "nuvem devoradora vinda do estrangeiro", espalhando morte e destruição em sua volta. Contudo as

expressões mais freqüentes no imaginário popular eram "peste", "praga" e "cavaleiro do apocalipse".

Na busca para encontrar as causas da doença e recriar um quadro tranqüilizador, três explicações distintas foram imaginadas sobre a origem do cólera. Ao nível das elites eruditas, temos a concepção médica, que procurava ligar as causas da doença a fenômenos naturais e humanos, seja na versão infeccionista (corrupção do ar), seja na contagionista (importação e contato). Entre as camadas populares, dominavam explicações relacionadas à idéia de manipulação da doença. Quanto à terceira explicação, vinculada ao catolicismo oficial, identificava-se a doença a castigo e punição.

Não é preciso dizer que todas essas explicações muitas vezes se complementavam, embora houvesse pontos de tensão entre elas. As explicações médicas, objeto do capítulo V, procuravam se diferenciar das concepções religiosas e populares , reivindicando o seu estatuto de conhecimento empírico e racional.

As concepções populares, por outro lado, procuravam reunir o máximo de causas possíveis para a ocorrência do mal, enquanto o imaginário religioso recorria à idéia de que a doença era mandada por Deus para vingar-se de uma população pecadora.

Como o cólera se afigurava a um mal instantâneo e generalizado, atingindo ricos e pobres, jovens e velhos, provocando morte rápida, muitos o viam

como uma peste ou praga, isto é, como uma punição divina contra o orgulho, a cupidez e a luxúria.

Sendo a doença castigo divino que desencadeava perniciosos fluxos de forças cósmicas e telúricas, o pecado (corrupção e podridão dos costumes) era a principal causa do mal.

Na concepção cristã, o cólera era visto como uma flecha mandada por Deus sobre a cidade da desordem, surpreendendo-a em meio aos seus prazeres e ceifando, de preferência, os indivíduos pecadores que se entregavam aos excessos das paixões e dos gozos brutais (19).

Dessa maneira de encarar a doença decorriam duas consequências: aceitar com docilidade e sem medo a punição e regenerar-se dos pecados cometidos através de penitências, rezas, flagelações, missas e procissões.

Na primeira semana de fevereiro, quando a epidemia já havia assumido dimensões assustadoras, as autoridades eclesiásticas do Recife decidiram enfrentar o cólera pelos seus próprios meios, organizando uma série de atos piedosos. O "Diário de Pernambuco" de 5 de fevereiro divulgava algumas dessas iniciativas da Igreja Católica. Uma delas foi a exposição diária, até as nove horas da noite, da imagem do Senhor Bom Jesus dos Desamparados no cruzeiro da Igreja Nossa Senhora do Terço, para que os fiéis fizessem suas venerações. Os demais templos da cidade foram abertos até altas horas da noite para a celebração de missas. Nessas ocasiões, os párocos deveriam exortar os cristãos a implorarem "ao altíssimo sua infinita misericórdia", para que os livrasse "do

terrível flagelo que ameaçava a todos". Deveriam também convocar seus rebanhos para o "arrependimento dos seus pecados, manifestando sinceros desejos de emenda de suas culpas". É difícil dizer que tipo de efeito esses sermões produziam nos fiéis. Sabemos apenas que toda essa agitação religiosa culminou, no dia 10 de fevereiro, com uma grande procissão que percorreu sete templos da cidade, acompanhada de mais de quatro mil pessoas.

O apelo a procissões, missões, promessas e flagelações era uma consequência lógica do entendimento de que a doença era uma punição. Longe de representarem sinais de um tempo de ignorância, esses atos de arrependimento eram recursos perfeitamente enquadrados na concepção popular dominante da época. Aliás, a presença da morte em tão ampla escala propiciava um momento privilegiado de afirmação da influência religiosa.

Na visão do clero, a epidemia era um momento para renovar os laços com a população descrente. Nessa interpretação teológica, a doença era uma retaliação moral, produto da cólera divina. Por isso mesmo, alertavam os clérigos, limpar as consciências era mais importante do que limpar e varrer casas e ruas. A única maneira de se manter imune contra a doença era recorrer à religião (20).

Nos jornais do Recife, onde podemos encontrar, por essa época, grande número de orações sobre a epidemia, aparece com nitidez a noção da doença como punição. Uma delas, "Bendito do Senhor dos Passos", ficou particularmente famosa e parece representar o paradigma das orações religiosas sobre a peste:

"Senhor, pelos vossos passos
Prá salvar a humanidade
Da cruel peste livrai o povo desta cidade.

Esta cólera terrível
Que não cede a medicina
É dos crimes o castigo
É a justiça Divina.

Humilhados contritos
Na vossa imortal prensa
Viemos hoje apelar
Da vossa justa sentença.

Cheio de fé esperamos
Que ela será reformada
Pois Maria, vossa mãe
É a nossa advogada.

O ímpio, Senhor, conhece
O vossa terno poder
E hoje só pede vida

Pra vos amar e querer.
Sedes vos mesmo o santelmo
Que neste mar de amarguras
Livre do cruel naufrágio
As aflitas criaturas.

Reparai, Jesus querido
Pra o nosso litoral
Vedes as horríveis desgraças
Conseqüência deste mal.

Aflição, a dor e o luto
A viuvez, a orfandade.

A compaixão vos não move
Oh! Senhor Deus da bondade?
Somos culpados decerto!
Porém, meu Deus, perdoai;
Prá quem correrá um filho
Se não lhe valer o pai?

A vossa justiça brada
Dos crimes a punição;

Mas vossa misericórdia
Também vos brada-perdão.

Caminharemos no Calvário
Prá nós todos salvar
E quereis, Jesus eterno,
A nós todos condenar?
Não e tão pia e cristã
Esta terra Bom Jesus,
E este Império que geme,
Não é da vossa cruz?

Lave, meu Deus, nossas culpas,
Vosso sangue precioso,
Seja o Brasil como dantes,
Um Império venturoso.

À vosso salvai
Pela queda que levastes,
Pelas cruéis bofetadas,
Pela cruz que carregastes.

Pela coroa de espinhos
Por vossa morte e paixão
Por Maria vossa mãe
Misericórdia e perdão" (21).

Os casos fulminantes, a instantaneidade do contágio, o seu ataque indiferenciado, ainda que seletivo, conferiam ao mal uma imagem de pesadelo e de clímax apocalíptico. Vista como praga, como sinônimo do mal, a doença aparecia aos olhos da sociedade como uma punição das vítimas pelos desregramentos e excessos.

Sendo o vício a principal causa da doença, a alta mortalidade nas camadas pobres podia ser explicada pelo desregramento e dissolução dos bons costumes. Com isso, obliteravam-se as causas reais da alta mortalidade, sem aludir às condições de vida.

A alta mortalidade era relacionada ao excessivo uso do álcool, do sexo, do fumo e da comida. Dessa maneira, a saúde aparecia como conseqüência ou como recompensa de uma vida de acordo com os princípios da ética burguesa. A doença, pelo contrário, era uma punição. Castigo divino e interpretação moral das causas e da incidência da doença (maior suscetibilidade ao contágio por parte de comportamento social "reprovável") andavam de mãos juntas. A igreja enfatizava a relação doença/culpa/punição, quando dizia que a imoralidade e o pecado predispunham o indivíduo a contrair o cólera. Se a doença era um instrumento da providência divina, a terapêutica espiritual era o remédio mais adequado para combatê-la.

É preciso, contudo, sublinhar que a visão teológica da doença como punição não era bem vista pelos setores ilustrados da população. Parecia haver aí uma tensão entre a moral, a religião e a ciência médica. Para esta última, a representação da doença como castigo divino poderia ser prejudicial porque estimulava condutas inconvenientes, tais como ações fanáticas e tresloucadas, além, é claro, de obstacularizar a ação da medicina.

Assim, os homens tidos como "racionalistas" e "eruditos" " criticavam, em nome de um Deus misericordioso e não vingativo e, sobretudo, em nome da

salubridade pública, as manifestações religiosas fanáticas, tais como os dobres lúgubres dos sinos, as procissões de penitência e os martírios públicos, que contribuiriam ainda mais para difundir o medo, componente considerado não menos importante para incrementar a epidemia:

> "Nestes tempos de aflição tudo que pode concorrer para aterrar deve ser banido inteiramente. O que querem dizer essas procissões de penitências, que além de não serem feitas legalmente, vão os penitentes de túnicas brancas, correntes, mugindo medonhamente por essas ruas da capital? Não basta fazer ver ao povo por meios judiciosos, pelas reflexões evangélicas, pelas mesmas doutrinas do divino mestre, que só o pecado é causa genitora desse flagelo que nos acabrunha? Estará nas regras da oratória sagrado o derramamento nas turbas do terror pânico, das pinturas exageradas do inferno de fogo, do peso horrível de um anátema violento, contra o qual não há mais remissão? Oh! Isso até além dos males gravíssimos, que causa à salubridade pública, inocula nas inteligências menos ilustradas a idéia anti-ortodoxa de que Deus é vingativo! Não, leitores. Um dos atributos mais eminentes do ser supremo é ser sumamente misericordioso; Deus não quer a morte do pecador, quer que se arrependa e viva, e não é com terror, que se quer incutir no povo, que se poderá alcançar o fim desejado - a contrição. A exageração nos serviços piedosos é eminentemente perigosa, pode cair no perigosíssimo fanatismo, e deste na bárbara superstição..." (22).

O mesmo jornal de 25 de fevereiro, relatando um escândalo que ocorrera durante a procissão da Ordem Terceira Franciscana, quando um carro que conduzia um cadáver de cólerico atravessou o préstito e provocou grande alarido, observava os males desses atos públicos de fé e piedade cristã:

> " Melhor seria que as preces se fizessem nas igrejas, com se tem feito na Penha! Que silêncio, que respeito se observa naquele templo! Cada um chega, se ajoelha, faz oração sem falar nem voltar-se para o vizinho, e retira-se no maior recolhimento possível!".

Realmente, nada parecia impressionar mais os contemporâneos do que as procissões de penitência:

> "Na frente uma grande cruz cingida com uma toalha branca, uma matraca a soar, o padre de alva estola preta a entoar uma voz cavernosa e soturna o penitente e após a multidão dos fiéis, uns com grandes pedras sobre a cabeça, outros com barricas ou pesados madeiros, descalços todos a percutirem o peito a clamar misericórdia ou a verter o sangue a mercê dos azorragues; as casas de portas e janelas fechadas, ninguém ousando olhar os penitentes porque então sobrecarregaria a consciência com os pecados deles; ao chegar ao templo, mal iluminado, ao clarão dúbio de poucas velas,

> muitas se atiravam ao chão para que a multidão lhes passasse por cima, outros permaneciam imóveis de braços abertos, e a cada canto gemidos e o tilintar das disciplinas a cortarem as carnes sem piedade. As disciplinas eram lâminas de ferro, dentadas, de 10 centímetros mais ou menos, presas a cordões"(23).

Em 28 de fevereiro, o "Diário de Pernambuco" voltava a insistir sobre o perigo das procissões de penitência, pois, além de burlarem a lei, causavam uma triste impressão, suscitando a melancolia, a inquietação e o terror. Ora, dizia o "Diário", tudo isso contribuía ainda mais para incrementar a epidemia e burlar as medidas de salubridade pública. O aspecto que mais parecia preocupar o "Diário" era que, na exibição desses espetáculos piedosos, o componente maior parecia ser o fanatismo, misto de ignorância e superstição. E fanatismos era um estado emocional alterado, propenso a cometer desatinos de todo tipo.

Na verdade, essas procissões simbolizavam um processo de expiação da coletividade, que confessava suas faltas e pedia perdão. Os recursos a orações, procissões e jejuns, ainda que insuficientes para a cura, eram considerados meios apropriados para obtê-la. A prece, por exemplo, era uma recusa da impotência humana, um entendimento de que, apesar de tudo, era possível atuar sobre o acontecimento que escapava do controle humano.

Mas qualquer defesa parecia boa diante do inimigo misterioso e mortal que desafiava a medicina e as medidas profiláticas. Assim, além das fervorosas correntes de orações, procissões e rituais de flagelação, outras práticas mais profanas foram adotadas para esconjurar o mal da cidade, como as fumegações,

as fogueiras aromáticas, as lavagens de cal branca, sem falar nas alternativas de cura pela homeopatia e pelo curandeirismo.

Era opinião corrente que tudo poderia contribuir para o incremento da epidemia. Assim sendo, os "miasmas", por exemplo, que estariam condensados na atmosfera, deveriam ser dispersados através das fogueiras aromáticas, que desinfectariam o ar, tornando-o salubre. O "Diário de Pernambuco" de 13 de fevereiro insistia sobre a importância dessas fogueiras, desde que fossem feitas em grande quantidade:

> "(...) se atacarem por todos os becos, ruas, travessas e mesmo pelos quintais, e dentro das casas tendo a noite fogueiras queimando resinas aromáticas é de crer que naturalmente o mal não seja tão intenso como se supõe. O que acima está de tudo isso é que o povo alimente o espírito com obras pias, as devoções e orações, também moderada e honestamente alimente os sentidos para que essas idéias exageradas dos terroristas não permaneçam por muito tempo nos ânimos dos fracos, que bastam elas para lhes tornar afetados".

O recurso simultâneo às preces e às fogueiras aromáticas dão uma idéia de como as concepções correntes sobre as causas da epidemia misturavam argumentos religiosos e profanos. Ainda que se acreditasse que a doença era enviada por Deus e, nesse caso, só os ímpios seriam contaminados, não custava nada recorrer a medidas mais terrenas contra o mal. O método de desinfecção dos miasmas pelas fogueiras aromáticas, aconselhado pela Comissão de Higiene, parece apontar para essas dúvidas teológicas, pois centenas delas foram preparadas pelos moradores em frente às suas casas.

A limpeza das habitações, a expulsão dos animais do convívio doméstico e, sobretudo, a caiação das casas, interna e externamente, atendiam também à mesma lógica. Sob esse último aspecto, a cal era considerada uma verdadeira mística de desinfecção, pois suas propriedades adstringentes eram vistas como uma arma poderosa contra a doença.

4. O medo na visão médica: predisposição e contágio

Era opinião corrente entre leigos, religiosos e médicos que todas as medidas recomendadas para se proteger do mal não seriam suficientes se as pessoas não se mantivessem equilibradas física e emocionalmente. Neste sentido, as pregações religiosas ou profanas insistiam na necessidade de se manter o controle emocional, entretendo o espírito com obras pias, devoções, orações, para afastar as "idéias terroristas" que enfraqueciam os ânimos e tornavam as pessoas predisponentes a contrair a doença. A angústia, a melancolia e o medo eram vistos como estados de desequilíbrio entre a alma e o corpo, experiências imaginativas decorrentes da ignorância e geradoras de consequências desastrosas. Parecia haver um consenso geral de que o medo seria uma das causas responsáveis pelo incremento da epidemia. Talvez por isso mesmo os médicos relutassem em admitir a idéia do contágio, pois este reconhecimento equivaleria a suscitar o pânico. O dr. Sabino, por exemplo, reconhecia que o medo punha em debandada a população e, nesse sentido, era uma das causas da intensidade e extensão da epidemia:

> "O povo deve convencer-se da verdade de que a fuga não o livra da peste; e pelo contrário parece que Deus, para puni-lo do desumano abandono em que deixam seus pais, mães, filhos, irmãos, parentes, amigos, e em uma palavra aos seus semelhantes, o indigita para de preferência ser atacado e sofrer então a pena de Talião, deixando-o morrer no mesmo abandono com que deixou ao seu próximo".

Por isso exaltava a coragem como uma virtude que "ilustra o homem em sua vida e o honra depois de sua morte" (24).

Ao reconhecer o caráter contagioso do mal, alguns médicos temiam frustrar ou, mesmo, sabotar todo um conjunto de medidas profiláticas. Negar o contágio, por outro lado, seria inviabilizar procedimentos eficazes de combate à epidemia. Este era o grande dilema da Comissão de Higiene.

Ironicamente, no momento em que a epidemia atingiu o paroxismo em Pernambuco, ainda se publicavam comunicados médicos contrários à teoria do contágio e insistindo na idéia de que o medo poderia ser uma das principais causas da epidemia. Os opositores do contágio diziam que essas noções atendiam a interesses escusos e eram "úteis porque os filhos do medo as exigem, a ignorância as impõe" (25).

Os médicos também partilhavam da crença de que o susto, o temor antecipado da doença e o receio de morrer dela eram algumas das causas de sua maior propagação. O caso da Bahia é bastante ilustrativo. Relatando a evolução da epidemia naquela província, Rodrigues Seixas, por exemplo, sublinhava que o "terror imprimia maior malignidade à epidemia". E acrescentava: "As emoções, o medo da invasão do mal, a tristeza, e todas as espécies de abalo do espírito são causas capazes de apressar a aparição da moléstia" (26). Igualmente, no Pará, o dr. Silva e Castro enumerava entre os fatores responsáveis pela maior difusão da epidemia as condições ambientais - topografia, alimentação, carência de

medicamentos - e "o terror que se apoderou do povo, acreditando que a moléstia era contagiosa e incurável"(27) .

A medicina do século passado prestou uma atenção especial à doença imaginária. O abatimento moral e o medo não eram propriamente doenças reais, mas tinham, entretanto, o poder de suscitar o contágio. O médico português João Mendes Sachetti, nas suas "considerações médicas sobre o método de conhecer, curar e preservar as epidemias", fez uma curiosa distinção entre o contágio "interno" e "externo". O ar comprimido, as matérias putrefatas, os miasmas, enfim, se alinhavam entre as causas "externas", enquanto o estado de espírito, sobretudo, dominado pelo medo era o agente "interno". Segundo o seu próprio testemunho, "um camponês se fizera hidrófobo por ter se assustado com a aparição de um cão raivoso" (28) .

Assim, a angústia, o medo, a melancolia eram tomados como estados de desequilíbrio entre a alma e o corpo. Vistas como provocadoras de distúrbios, essas paixões deixavam de pertencer ao campo da ética, da política ou da metafísica, para se tornarem objetos de estudo da medicina, da psicologia e da clínica. Para a medicina, essas paixões nasciam da experiência imaginativa da irremediável contigência dos eventos, mas eram frutos da ignorância.

A exploração moralizante da epidemia de cólera surge com a associação da doença ao descontrole emocional, à dissolução dos bons costumes e ao alcoolismo. O conceito de saúde termina sendo uma virtude e a doença um desequilíbrio físico e/ou moral.

Do lado dos desequilíbrios do corpo, o diagnóstico proposto por reformadores seculares era o de que o cólera decorria de uma dieta inapropriada e de hábitos irregulares. Persistia, portanto, a idéia de que o mal seria resultante da frouxidão moral e da devassidão. Manter o corpo são e a mente alegre e serena era uma forma de evitar a doença. Moderação e regularidade no modo de vida: eis os procedimentos mais apropriados para impedir ou amenizar os efeitos do cólera. Neste sentido, um dos primeiros cuidados deveria ser com a alimentação, evitando comidas salgadas, muito apimentadas e em quantidade excessiva. Abster-se de bebidas alcoólicas, à exceção de um cálice de vinho ou de aguardente, era outra atitude sensata. A noção que comandava essas prescrições para evitar ou abrandar a doença era a do justo meio: comedimento e muita limpeza.

O médico Joaquim de Aquino Fonseca escreveu um opúsculo sobre o tratamento do cólera, onde indicava como medidas preventivas as precauções sobre as variações atmosféricas, o cuidado com o agasalhamento nos quartos de dormir, com a alimentação (fugir das comidas salgadas) e com as bebidas alcoólicas. Mas parece que a sua preocupação fundamental era com a limpeza do corpo (banhos e troca de roupas), incusive dos escravos, que deveriam ser obrigados a banhar-se uma vez por dia. Mas isto não era tudo. Era preciso que os proprietários de escravos proibissem seus cativos de freqüentar lugares muito movimentados e acanhados e que os impedissem de dormir amontoados em lugares úmidos e abafados.

Na impossibilidade da aplicação de tais medidas, recomendava acender fogueiras pequenas à noite para dispersar os ares corrompidos pelas respirações de muita gente no mesmo ambiente. Sugeria ainda que não se deveria em hipótese nenhuma deixar que o escravo saisse de casa em jejum. Por isso, lembrava aos proprietários que administrassem aos cativos, antes do trabalho, uma chícara de café preto sem leite ou um pequeno calix de genebra ou aguardente de cana (29).

Contudo, a questão do medo era um problema considerado da maior importância para os médicos. A sua prevenção preocupava tanto os adeptos da teoria do contágio quanto os "infeccionistas". Para estes últimos, o pavor do cólera era insensato porque predispunha os sãos a contraí-lo e aumentava o pânico geral. Os "contagionistas", por outro lado, entendiam que o povo deveria ser esclarecido quanto às causas da epidemia, mas temiam que isto o pusesse em debandada. Havia, entretanto, um ponto sobre o qual todos estavam de acordo: a melhor forma de evitar o cólera era não se deixar dominar pelo pavor, conservando a serenidade e o equilíbrio moral. A insistência sobre o desequilíbrio emocional como um das causas da doença era uma decorrência, talvez, da influência de uma medicina dos humores. Um médico do Recife dizia que o medo era uma das causas responsáveis pelo incremento da epidemia reinante: "Já se tem provado que o medo do cólera faz que muitos sejam atacados por ele, e por isso acho muito justo o que escreveu o célebre Van-Delont - Timor atque contagium est unum et idem"(30).

Outro médico, ao indicar os meios de preservação do cólera, recomendava manter a tranqüilidade da alma, evitando inquietações do espírito. Desse modo, qualquer comoção das emoções parecia prejudicial, pois "as impressões morais, que tem ação direta sobre o órgão encefálico, determinam quase sempre nos fenômenos de digestão algumas desordens consecutivas" (31).

Era, portanto, largamente difundida entre os médicos a crença da influência de causas psicológicas na contração do mal. Muitos diziam que um simples acesso de raiva ou um pavor momentâneo podiam predispor o indivíduo a um ataque de cólera. Mulheres que amamentavam, ao sofrerem fortes emoções, podiam alterar de tal maneira o seu leite que as crianças que dependiam deste líquido seriam atacadas pela doença.

As instruções sanitárias redigidas por um médico paraibano em 1856, mesmo admitindo o desconhecimento das circunstâncias causadoras do cólera, enumeram algumas precauções e medidas preventivas que se deviam tomar durante a epidemia: manter o máximo de higiene pessoal e nas habitações públicas e privadas; recolher-se cedo, para evitar a umidade ou sereno das noites e, principalmente, as variações atmosféricas; renovar o ar, dissolvendo ou evitando os aglomerados humanos; evitar a proximidade dos animais; conservar a sobriedade nos alimentos e nas bebidas e manter o controle do corpo e da alma, porque eram causas predisponentes do mal o medo, a tristeza, as vigílias, assim como o abuso dos prazeres (32).

O comportamento pessoal, portanto, era uma das causas favoráveis para se contrair a doença. O desequilíbrio emocional, a maneira de viver, a sujeira, o desânimo, a negligência quanto às condições de moradia, o abuso de bebidas alcoólicas encorajavam a infecção. O medo, diziam os médicos, exercia uma influência paralisante no sistema nervoso. Ao enfatizarem os aspectos ou fatores individuais como principais predisposições para adquirir a doença, os médicos terminavam explicando a moléstia como resultante da fraqueza moral de suas vítimas. Visto, portanto, como um problema da moralidade individual (imoralidade, desordem emocional ou excitamento), o cólera passou a ser um problema de controle social.

É ocioso dizer que essa representação da doença tinha implicações políticas claras: manter a ordem, especialmente nesses momentos de grande tensão social. Mas essa representação da doença serviu também para mascarar as causas sociais da mortalidade. Por que os negros constituíam uma raça singularmente vulnerável ao cólera? Para as elites, como vimos, a alta mortalidade entre eles era um indicador da sua fraqueza emocional. Mas essa fraqueza era mais de ordem moral, resultante de uma vida dissoluta, marcada por excessos e comportamentos desviantes.

Mas alcançar o equilíbrio e manter o controle sobre as emoções não parecia tão simples assim. O medo, como se sabe, instala-se em relação às doenças que a medicina do tempo não sabe curar.

Assim, o tão almejado estado de equilíbrio não foi o traço dominante nos comportamentos da população ameaçada. Naquele momento de grandes provações, as atitudes dos contemporâneos oscilavam entre os extremos: comportamentos estóicos se alternavam com atitudes de desregramentos; atos de heroísmo com a deserção, a covardia, o desalento ou a loucura. Não havia lugar para aquilo que os médicos perseguiam tanto: o universo do meio termo, do homem mediano.

Enquanto os doutores discutiam o caráter contagioso ou não do cólera, a população não parecia levar em consideração esse dilema shaskespeariano. Transidas de terror, entendendo a epidemia como um flagelo enviado por Deus para punir a humanidade pecadora, as pessoas ou fugiam apavoradas ou se entregavam a comportamentos desregrados. A tônica dominante foram cenas de desalento, resignação, arrependimentos, perdões, reconciliações e flagelações.

Os jornais da época relatam, com impressionante ênfase, atos públicos de contrição e penitência, procissões noturnas fantasmais, flagelações em plena rua, sermões que advertiam os fiéis pelos pecados cometidos. Esse clima de expiação coletiva, de castigos e arrependimentos, muitas vezes culminava em pranto lúgubre, que escoava pelas igrejas. O "Diário de Pernambuco" descreveu o momento da epidemia nos seguintes termos:

> "Não se via menino na calçada, nem mulher na varanda, quando passavam, herâticos, espectrais, conduzindo o andor de N. S. dos Passos ou a imagem de São Roque "o advogado da Peste", altos comerciantes de rodaque abotoado, políticos influentes de cartola na mão, militares luzindos os seus botões dourados, fidalgos, capitães de navios com as tripulações; ou metidos em sacos de penitente, ou embuçados em grossos balandraus, com um pedaço de corda amarrado à cintura. Nas salas de visitas, à luz das velas, contava-se lamentosamente o terço enquanto as sombras, sinistramente

alongadas pelo clarão dos archotes, iam escorrendo, cá fora, nas fachadas. Havia os que carregavam pedras, alguns enormes cruzes. Numa procissão que foi da igreja do Corpo Santo até a Boa Vista um penitente estendera-se no chão e deixara-se pisar por todos do cortejo. Outro que se fustigara até sangrar era nisso imitado por dois filhos menores (...)" (33).

Completando esse quadro de horror, os sinos não paravam de tocar, lembrando aos vivos que a morte morava ao lado, à espreita de novas vítimas:

"dobravam pelo doente, pelo moribundo, pelo morto. Plangiam à saída do viático, à passagem do viático, à saída e a passagem dos enterros. Transida dentro de casa, olhando pelas frestas do postigo as fogueiras de lenha e alcatrão que ardiam pelas ruas , aquela pobre gente do Recife era alcançada em seu esconderijo pelo sonoro impacto macabro dos clamores de bronze, como se ouvisse as trombetas do vale de Josafá. Chegou a haver postura municipal proibindo os rebates por mais de cinco minutos de cada vez; mas isso não era obedecido sendo na medida da importância do finado, do pesar do vigário, do zelo da irmandade ou do nervoso afã do sacristão. De que a cidade toda se enervou histericamente com esse abuso dos sinos dão mostra as irritações e os protestos pela imprensa. Protestos, mesmo, contra os repiques festivos que saldaram o fim da epidemia. Já não se agüentava mais ouvir os sinos, nem mesmo em ação de graças"(34).

A proibição do dobre exagerado dos sinos, na visão médica, era uma forma de inibir o medo:

"(...) Reconhecendo todos que os toques de sino muito influem sobre o ânimo dos timoratos, e por isso tendo eles sido proibidos em toda parte em que há reinado essa afecção, a Comissão de Higiene Pública vem rogar a Vossa Excelência que se digne de dar providências a fim de que cessem os das igrejas desta cidade, não sendo permitidos os prolongados repiques com que as matrizes costumam chamar os fiéis a compartilharem o Viático"(35).

Havia toda uma literatura médica sobre os efeitos perniciosos dos dobres exagerados dos sinos. Dizia-se que eles causavam uma impressão dolorosa e aflitiva nos doentes e nos sãos, além de outros prejuízos: cefaléia,

abatimento, opressão da região precordial, ansiedade, asfixia. Era, portanto, idéia corrente entre os médicos que o dobre dos sinos fazia parte dos sons que chegavam aos ouvidos para causar tristeza, desalento e aflição. Houve médico, inclusive, que defendeu a tese de que os dobres dos sinos eram particularmente prejudiciais no Brasil, "onde, pela influência climática, poucos indivíduos são fleugmáticos, possuindo a maior parte de seus habitantes um temperamento nervoso, que os torna muito impressionáveis". Assim, esses sons teriam a capacidade de alterar as faculdades intelectuais e morais, transformando os indivíduos prudentes em coléricos, os expansivos em retraidos, os alegres em melancólicos (36).

A grande ironia de tudo isso foi que, no momento em que os médicos do Recife combatiam o abatimento, o desalento e o medo, certamente com o intuito de evitar o pânico e o descontrole da situação, a Comissão de Higiene Pública, composta pelos médicos Joaquim de Aquino Fonseca, Ferreira da Silva e Pereira do Carmo, renunciou coletivamente, sob alegação de que todos os seus membros estavam doentes.

Uma análise mais detalhada dos motivos da renúncia o leitor encontrará no capítulo seguinte. Por isso, vamos nos restringir neste momento apenas a um motivo inconfesso: o medo que dominou os doutores da Comisssão.

Segundo Gilberto Osório, o termo exato para caracterizar a renúncia da Comissão não era o medo, mas o temor. Isto porque, para ele, "entre o medo e temor há um distância que vai da imprecisão do perigo somente

imaginado, ou vagamente pressuposto, à consciência dum risco que se sabe possível, ou provável. No plano em que o instinto de autopreservação evolui do domínio dos atos reflexos para o dos atos racionais o temor distancia-se da pusilanimidade, que é um vício, e acerca-se da prudência, que é uma virtude. O temor toma o lugar do medo à medida em que o mistério se atenua. O temor não é vil, não é poltrão. Quanto mais ficamos sabendo como as coisas acontecem menos nos sentimos superados por elas, mesmo se irreprimíveis, ou insaciáveis" (37).

Essas observações de Osório, com alguns pequenos reparos, especialmente na terminologia, coincidem com a distinção que procuramos fazer entre a angústia e o medo. Se ela é pertinente, podemos dizer que, para a Comissão e, especialmente, para seu presidente, o dr. Aquino, a contagiosidade do cólera já não era um perigo somente imaginado, vagamente suposto ou um mistério sem solução, mas um risco bem possível, quase uma certeza.

Mesmo que não tivesse uma idéia exata de como a doença se transmitia, ele estava convicto de que o cólera era contagioso. E isto significava que parte do mistério já não era mistério.

Naquele momento, como já observamos, admitir o contágio era duplamente perigoso: de um lado, representava um atitude de desequilíbrio, de insegurança e até mesmo de covardia, segundo alguns médicos anticontagionistas; de outro, e isso parecia mais grave, incorria em alimentar o pânico na população, especialmente se a crença no contágio provinha de um

médico. Neste caso, o contágio era encarado quase como uma sabotagem à profilaxia. Ser acusado de contagionista naquele momento, portanto, era uma imputação grave que exigia direito de defesa. O presidente Cunha e Figueiredo, defendendo-se perante o ministro do Império de acusação à sua gestão da Província durante a epidemia, responsabilizava o dr. Aquino por divulgar "a idéia de contágio" (38).

Obrigado a se explicar, o dr. Aquino se eximiu de tamanha responsabilidade: "mais de uma vez tenho dado provas de que não tenho receio de que o mal se me transmita. Para aproximar-me de coléricos nunca me foi preciso empregar desinfetantes ... não lavo as mãos com água de Labarraque, e até por vezes deixo de fazê-lo com água comum" (39). Isto certamente não passava de uma bravata do dr. Aquino. A conduta mais comum dos médicos durante a epidemia de cólera era ter o máximo de cuidado para não tocarem nas vítimas. Muitas vezes eles se recusavam a atender às pessoas acometidas da doença ou a visitar lugares tidos como de alto risco. A esse respeito, o "Diário de Pernambuco", de 18 de fevereiro, fazia duras críticas à conduta de certos médicos:

> "Consta igualmente que alguns médicos e enfermeiros não se portam com cuidado e desvelo, recomendados extritamente pelo governo, e prescrito pela caridade. Dizem que certos médicos chamados para ver algum indivíduo atacado, ou se recusam de fazê-lo, dizendo que não pertencem ao distrito, ou quando o fazem é precipitadamente, às carreiras, e com repugnância, procedimento que acarretou a anedota seguinte: sendo chamado um médico para ver um doente, que tinha caído fulminante, dizem que ele se pusera de parte, tapando o nariz e a boca com um lenço, e mandara um soldado de polícia tomar o pulso do doente. Pondo parte o que há de fabuloso neste caso, o que é certo, é que alguns facultativos não têm manifestado o zelo e a dedicação que se exigem em tais crises".

Os próprios membros da Comissão, por exemplo, se recusaram a visitar Vitória. Mesmo com promessas de vantagens, nenhum médico do Recife atendeu ao apelo patético do governo para assistir à população daquela cidade. Um único que tentou chegar até Vitória, segundo o "Correio Mercantil", o dr. Caetano Xavier de Brito, que se valeu de uma expedição aparatosa, com polícia, ambulância e "até barris de polvora (...) para com o fumo e estampido purificar a atmosfera", levou três dias de ida e apenas meio dia de volta (40).

Essa conduta pouco ética dos médicos foi duramente criticada pela imprensa. O "Diário de Pernambuco" e o "O País" passam a exigir dos médicos dedicação, disciplina e permanência "em seus postos como um general", até a morte. Fazendo o seu papel de órgão situacionista, o Diário insistia na tese oficiosa de que o medo era a principal causa da doença, chegando ao ponto de fazer piadas a respeito do cólera e do pânico (41). Já o jornal "O País" tentou amenizar as notícias da alta mortalidade afirmando que muitos sepultamentos eram falsos, inventados para alimentar uma indústria rendosa: o transporte de cadáver. Nesse sentido, o jornal divulgava o boato de que os cocheiros estavam transportando caixões com pedras em lugar de cadáveres. Como ninguém ousava abrir a tampa do caixão, no cemitério, os cocheiros estavam se aproveitando do momento para encherem os bolsos (42).

Diante da recusa dos médicos em ir até Vitória, o governo intimou os cirurgiões militares que, por sua vez, desobedeceram as ordens e foram todos presos (43). Desesperado com a falta de pessoal médico, o presidente da

Província solicitou médicos de fora, estudantes de medicina voluntários e homeopatas, como veremos no próximo capítulo.

O que parece digno de nota é que, fazendo um balanço das perdas do pessoal médico durante a epidemia, constatamos que, dos quarenta médicos que atuavam no Recife nessa época, morreu apenas um, o dr. Joaquim da Silva Araújo Amazonas, e três estudantes de medicina.

Do que precede, podemos pensar que havia uma atitude deliberada de contagionistas e anticontagionistas no sentido de evitar o pânico, caso se divulgasse o caráter contagioso do cólera. Neste ponto parecia haver uma cumplicidade do sigilo, ou seja, ninguém, naquele momento crucial, ousava admitir o contágio, mesmo aqueles que acreditavam nele, como os doutores Aquino e Cosme de Sá Pereira.

Contudo, visto por outro ângulo, o medo do contágio poderia ser um excelente aliado dos médicos em suas campanhas sanitárias. À vista da ameaça, dizia Aquino, "convirá confessar que o medo, que incute nos ânimos, concorrerá para que se removam certas causas de insalubridade, que parecem permanentes e irremediáveis" (44). Era preciso, portanto, tirar partido do medo.

Cosme de Sá Pereira, que teve de assumir às pressas a presidência da Comissão de Higiene Pública, com a renúncia de Aquino, adotou posição semelhante. Para ele, não se deveria ocultar da população a contagiosidade do cólera, sob a alegação de que a notícia geraria pânico ou levaria ao abandono dos enfermos. Observar como a doença se transmitia de indivíduo a indivíduo não significava desencorajar as pessoas. Ver o que estava diante dos

olhos não era desvario, mas uma forma de identificar as causas do mal e se precaver contra ele (45).

5. O medo do contágio e a despersonalização da morte

O medo do cólera, como vimos, começava por uma atitude de descaso, alheamento, uma espécie de recusa deliberada ou inconsciente em reconhecer o mal tão terrível. Isto se exprimia, em primeira instância, quando se evitava pronunciar certas palavras tidas como tabus. No imaginário da época, supunha-se que o simples ato de nomear o mal era uma forma de admitir a sua presença ameaçadora e de atraí-lo, descerrando, assim, as últimas barreiras protetoras que o mantinham à distância.

Quando, porém, os fatos se impuseram e a epidemia se anunciou com todo o ímpeto, foi preciso caracterizá-la e denominá-la, para que pudesse ser combatida. Mas, ainda assim, o mal foi diagnosticado e denominado com expressões evasivas, quase sempre em sentido negativo e tranqüilizador: "a epidemia não tem tomado incremento ou então é benigna" (46) .

A Comissão de Higiene Pública, por exemplo, tentou minimizar o perigo da epidemia no Recife quando os primeiros casos de cólera foram anunciados:

> "Os casos que se hão dado são de pessoas que procedem de focos epidêmicos ou neles se achavam . Talvez que um ou outro sintoma de colerina tenham sido observados; mas estes hão cessado com as aplicações terapêuticas que lhes tem sido feita" (47) .

Essa atitude dos médicos e dos governantes de acalmar a população era um recurso comum quando uma epidemia mortal irrompia. Afinal - diziam eles -

para que aumentar ainda mais a carga de ansiedade da população sobre a doença? Chegou um momento, porém, em que todas as evidências já não podiam ser disfarçadas ou recalcadas, quando, então, o mal se instalou e o pânico tomou conta das pessoas. A primeira reação de defesa era a fuga. Foi assim em vários lugares do interior das províncias de Pernambuco e Paraíba, ficando alguns deles inteiramente abandonados.

Para a grande maioria dos habitantes do Recife, entretanto, não havia para onde fugir. Só restava esperar e adotar um estilo de vida em ruptura profunda com aquele ao qual se habituaram em tempos normais.

Assim, a instalação do mal na cidade produziu uma completa desestruturação da vida quotidiana e trouxe imensas perturbações, induzindo a comportamentos que exprimiam um enorme pavor dos doentes, dos moribundos e dos mortos. Mas significou também a instauração de um estado de anomia, com a desorganização do governo político, a desestruturação da família, da vida cotidiana, enfim. Tudo parecia se reduzir a uma extrema confusão. Os quadros familiares foram praticamente abolidos. Temia-se o próximo que, em caso de suspeita de contaminação, era imediatamente isolado em casa, degredado para algum lazaredo e, muitas vezes, abandonado à sua própria sorte. O medo do contágio conturbou totalmente as relações humanas. Evitava-se, ao máximo, a aproximação com os suspeitos.

O período de epidemia do cólera foi também o tempo do silêncio, da desconfiança, da perseguição (dos suspeitos, dos forasteiros, dos animais) e do

abandono. Ele significou um momento de extremo isolamento, seja do exterior (interrupção do comércio, das mercadorias e rigorosa fiscalização até mesmo da correspondência), seja da vida social da comunidade (suspensão dos encontros, dos divertimentos, dos prazeres). A presença dos outros já não representava um elemento fundamental da vida em sociedade, mas uma ameaça constante.

A epidemia de cólera parece ter suscitado uma profunda mudança em relação às atitudes dos contemporâneos diante da morte e dos mortos. A terrível experiência cotidiana da morte rondando a todos, dos corpos putrefatos a exigir o máximo de pressa nos enterramentos, a confusão da mistura de cadáveres nas covas coletivas produziram transformações sensíveis na maneira de encarar a morte e, principalmente, os mortos. A morte, antes um espetáculo ou uma eventualidade, passa a ser vista como uma ameaça pessoal, distinta, imediata (48).

Lidar com a morte em larga escala, registrando os óbitos, cuidando das cerimônias fúnebres e dos enterros, num momento em que o cadáver era um perigoso foco de contágio, suscitou medos.

O registro de morte exigia alguns cuidados de uma equipe médica, tais como verificação da causa e do lugar da morte. A estatística da mortalidade era uma forma de obter um conhecimento detalhado da evolução da epidemia e um controle sobre a situação. Os resultados deveriam fazer parte de relatórios ou boletins que tinham de ser publicados diariamente. Só se permitia o enterro com o certificado de morte emitido e confirmado por testemunhas.

Os sepultamentos eram motivo de preocupação. Se houvesse demora nos enterros, aumentava o perigo do contágio. Por outro lado, enterrar os mortos antes de 24 horas poderia ser um ato precipitado, principalmente quando se constatava que os doentes de cólera assumiam aspectos muito semelhantes aos dos cadáveres. Um paciente letárgico, muitas vezes não mostrando sinais de vida, poderia ser facilmente confundido com um cadáver. Félix Cavalcanti registrou em suas memórias um caso em que ele próprio evitou por um triz que um doente fosse conduzido ao cemitério ainda vivo:

> "... ressuscitei uma mulher a quem iam enterrar. Os homens que a levavam, tendo precisão de pequena demora, pediram-me para deixa-la na calçada, por poucos instantes, recomendando-me que tivesse cuidado dela. Observei com pouco, que a mulher não estava morta; chamei o enfermeiro, fi-la conduzir para dentro, tratamos dela ... (49).

Mas essa confusão ocorria até mesmo entre os próprios médicos. Em muitos casos de pacientes coléricos os sinais da morte se confundiam com os sinais da vida: aparência cadavérica, às vezes mais pronunciadas em pacientes vivos do que nos cadáveres, secura ou lassidão da pele; olhos de aparência profunda e azulados. Todos esses sinais encontrados em cadáveres, que davam indicações seguras da morte, agora eram também encontrados nas vítimas vivas do cólera (50).

A pressa nos enterros poderia aumentar os riscos de enterrar pessoas vivas. Essas incertezas quanto ao exato diagnóstico da morte resultaram em pânico sobre a possibilidade de enterros precipitados. O "Diário de Pernambuco"

de 13 de fevereiro de 1856 dizia que "o povo clamava em receio de serem enterrados os coléricos ainda vivos".

Neste sentido, a demora nos sepultamentos era uma forma que a burocracia encontrava para compensar a insegurança médica quanto aos sinais exatos da morte. Da mesma forma, exigia-se maior controle na exumação dos cadáveres e na forma como eram enterrados.

O dr. Aquino alertava para o perigo dos sepultamentos precipitados. Por isso solicitava providências no sentido de conduzir os cadáveres para o Cemitério Público em caixões não lacrados, a fim de que fossem depositados em uma sala especial, só sendo sepultados passadas algumas horas e depois que se tivesse certeza da morte. Sugeria também o uso de desinfetante na referida sala, para eliminar os miasmas exalados dos cadáveres (51) .

Outra dificuldade em lidar com a morte nos tempos do cólera era o transporte dos mortos. O número de encarregados do transporte e enterro era pequeno, geralmente composto de escravos, negros livres e "desclassificados sociais": mendigos, bêbedos e vagabundos. Era contra essa gente sem eira nem beira, inteiramente insensível no trato com a morte que se insurgia do púlpito de um templo da cidade do Recife um missionário capuchinho. Ele lamentava que, num país católico como o Brasil, os cadáveres humanos fossem conduzidos aos cemitérios por mercenários, já que ninguém queria participar deste ato de fé e piedade cristã. Parece que o medo do contágio do cadáver e a pressa nos

sepultamentos provocavam esse desleixo e pouco caso com o transporte dos cadáveres, de que se lamentava o clérigo:

> "Os cadáveres, muito em breve, são conduzidos para o cemitério na garupa dos cavalos. Ultimamente nem os caixões são hermeticamente fechados, a ponto de sentir-se dos sobrados o fétido dos cadáveres... . Quando voltam os cocheiros tiram os panos mortuários, fazem uma trouxa e assentam-se em cima, sem o menor respeito à cruz que o decora. A polícia que sem dúvida ignora tudo isso, ponha termo a tanto insulto e veneração de todos os cristãos" (52).

Durante a epidemia, os funerais foram tão simplificados que se tornaram abjetos. As palavras de ordem eram: rapidez e o mínimo de riscos. Todas as formalidades deveriam ser economizadas, abolindo qualquer pompa fúnebre. Os mortos agora não podiam ser velados por seus familiares e amigos e, muito menos, acompanhados até à sepultura. Eles eram transportados por funcionários sem escrúpulos, geralmente bêbedos, em caixões frágeis e ordinários, e enterrados em covas comuns. A força das circunstâncias fez desaparecer até mesmo o pudor que impedia a mistura dos corpos numa mesma vala. Com o aumento dos cadáveres e a escassez de coveiros, passaram a enterrar os mortos de qualquer maneira, uns sobre os outros, homens, mulheres e crianças, sem nenhuma preocupação com a decência. O acúmulo de vítimas ultrapassou em muito as possibilidades do cemitério de Santo Amaro, levantando a necessidade de instalação de cemitérios provisórios só para coléricos.

Com a elevação da mortalidade, os carros funerários existentes não conseguiam atender a todo o serviço diário. Do mesmo modo, à medida que aumentava a mortalidade aumentava também a dificuldade para a contratação de

coveiros. Mesmo com a organização de uma companhia de coveiros, recrutados entre os escravos do governo e homens livres pobres, o medo da contaminação provocou a deserção de muitos deles. Mas os problemas nessa matéria não se resumiam apenas à dificuldade de mão-de-obra. O medo do contágio aumentava também a incerteza quanto às medidas das covas, o tamanho, a profundidade, a distância, quando era possível, de uma para outra, o número de cadáveres em uma mesma cova. Era muita difundida a crença de que vários cadáveres enterrados numa mesma cova poderiam, em curto espaço de tempo, aumentar a contaminação. Mas, muitas vezes, não era possível separar as covas. Isso aumentava o medo das emanações dos cemitérios. Por isso, os médicos sugeriram que se criassem cemitérios especiais para enterrar as vítimas do cólera.

O medo da doença e o medo da morte (medos distintos?) alteraram profundamente o tratamento para com os mortos. Isto ficou evidente com a mudança no tratamento dado às vítimas ao longo da epidemia. As primeiras vítimas eram enterradas com todas as honras civis, militares e religiosas. Com o aumento do número de mortes, entretanto, esse tipo de tratamento comum nos tempos normais, rapidamente, foi substituído. Os estragos da doença afetaram estes rituais, que tinham, como se sabe, a função de ajudar a mascarar o horror da morte e a moderar o sofrimento dos sobreviventes. Naquele momento da epidemia, o morto era transportado rapidamente, o que causava escândalo. Casos foram registrados em que o caixão chegava separado do cadáver. O povo

sentia-se ultrajado com a impiedade e com o que considerava uma profanação da morte (53).

A morte, até então encenada como uma festa (54), se transforma num espetáculo horrendo. Os mortos, até então venerados e tolerados na sociedade dos vivos, habitando os mesmos lugares freqüentados por estes últimos, constituíam agora um perigo a ser esconjurado.

O médico Cosme de Sá Pereira afirmava que nenhuma medida higiênica poderia ser mais acertada do que livrar-se com a maior urgência de "um corpo fácil de corromper-se", especialmente se ele era vítima de uma doença que se supunha contagiosa. A demora na condução ao sepultamento quanto mais prolongada fosse mais perigosa se tornava (55). Neste sentido, a Comissão de Higiene Pública, em ofício à Câmara Municipal do Recife, reputava da maior importância que os serviços de enterramento funcionassem com a maior presteza, alertando "a administração do cemitério para ter de prontidão não só os carros fúnebres que para esse serviço [fossem] necessários, como também [para] dobrar os vencimentos dos empregados do cemitério, aumentando o nº. deles conforme as circunstâncias o [exigissem]..." (56).

Assim como a doença, existem maneiras cultural e historicamente situadas de encarar a morte. Sabe-se que até o século XVIII, na Europa, as atitudes diante da morte e dos mortos caracterizou-se por uma relação de proximidade entre ambos. Ariès denominou esse período de "morte doméstica", identificando como seu traço definidor a não separação radical entre a vida e a morte(57).

Com o advento das idéias iluministas, ocorreu um avanço do pensamento racional em direção à laicização das relações sociais e à secularização da vida cotidiana. Michel Volvelle sublinhou, a partir da Revolução Francesa, a emergência de um fenômeno que ele denominou processo de descristianização, ou seja, uma nova atitude que se traduzia por um menor investimento na economia da salvação: caem os pedidos de missa, invocações de santos e instruções para pompas funerárias. Segundo ele, os funerais se tornam mais econômicos, menos barrocos. É certo que essas mudanças obedecem a ritmos e periodizações que variaram de região para região (58).

De qualquer forma, o processo como um todo parece ter apontado para uma nova atitude em relação à morte e aos mortos. Inaugura-se uma nova época do silêncio em relação à própria morte (nos testamentos) e ocorre uma maior proliferação de representações sobre a morte alheia. De acordo com Ariès, a morte alheia é exaltada, dramatizada, vista como impressionante e arrebatadora. É a fase da morte romântica, em sua dimensão literária, e da morte privada, recôndita, na esfera do cotidiano (59).

Nos finais do século XVIII, quando a medicina interveio nessa matéria, ocorreram mudanças significativas em relação às atitudes diante da morte e dos mortos.Tais mudanças apontavam para uma conduta hostil em relação à proximidade do moribundo e do morto. Essa conduta foi recomendada pelos médicos por motivo de saúde pública e se apoiava na redefinição das noções de poluição ritual. Com a redefinção de pureza e perigo por critérios médicos e não religiosos, a proximidade dos moribundos e dos mortos passa a ser considerada

perniciosa (60). Essa nova atitude em relação aos moribundos e aos mortos se apoiava na doutrina dos miasmas, como já vimos. O combate aos miasmas mobilizou permanentemente as hostes médicas e os governos durante todo o final do século XVIII e primeira metade do século XIX. Daí a preocupação particularmente obsessiva com a circulação dos elementos. Robert Favre comenta que, entre as muitas idéias inventadas pelo Século das Luzes, destaca-se a idéia da fuga do ar viciado (61).

À descoberta desconcertante do miasma seguiu-se a descoberta do mau cheiro do cadáver decomposto. Surge, então, uma nova sensibilidade olfativa, que substitui o odorato piedoso da fase barroca.

Até então, havia uma grande proximidade entre vivos e mortos. A doença e a morte eram assuntos domésticos, cercados de cuidados e rituais, onde parentes, médicos, padres e amigos estavam sempre presentes. Pressentindo a proximidade da morte, o moribundo tomava as providências necessárias para uma boa morte: manifestava seus últimos desejos, pedia perdão pelos pecados cometidos em vida e se despedia.

Uma boa morte significava uma morte doméstica, cercada dos entes queridos. Seguia-se, então, uma liturgia, onde o morto cumpria as etapas necessárias deste último rito de passagem: toalete fúnebre, velório, enterro. Cerimonia pública aberta à comunidade, a morte era um grande espetáculo, sendo o enterro o momento mais significativo e, por isso mesmo, aquele que exigia maiores cuidados e investimentos econômicos e simbólicos.

Os sepultamentos eram realizados nas igrejas ou nos cemitérios contíguos, em estreita convivência com o sagrado e o profano. Mortos e vivos mantinham estreitas relações no cotidiano da vida da cidade.

Nas igrejas, onde se desenrolavam os principais acontecimentos de caráter social e político, além de religioso (batizados, casamentos, eleições), os mortos eram sepultados em quase todos os lugares: nas paredes, no pavimento, de lado, debaixo e em cima dos altares. Havia, enfim, uma profunda comunhão entre mortos e vivos nos espaços santificados. Era assim que se morria na Europa até o século XVII e no Brasil até a segunda metade do século XIX.

Uma nova atitude diante da morte e dos mortos se delineia, no Brasil, sob a influência francesa, após a terceira década do século passado, em forma de leis e posturas municipais, dispondo sobre criação de cemitérios extra-muros e proibição de sepultamentos nas igrejas. Essas novas atitudes diante da morte e dos mortos desencadearam, entretanto, reações violentas dos contemporâneos, pois representavam uma ruptura traumática de atitudes e sensibilidades com relação à morte até então em vigor (62).

As epidemias de febre amarela e, principalmente, de cólera, com o seu cortejo de mortes e a experiência cotidiana dos corpos putrefatos, terminaram impondo atitudes em relação à morte e aos mortos que as leis e as autoridades por si sós não haviam conseguido. No auge de uma epidemia tão terrível como fora a do cólera, operara-se uma ruptura com os ritos mais profundamente enraizados no inconsciente coletivo. Os doentes, os moribundos e os mortos já

não recebiam o tratamento costumeiro. O medo do contágio transformava o doente e o cadáver em presenças indesejáveis, de que era preciso se livrar o mais rápido possível.

O medo do contágio pelo cadáver das vítimas de cólera dominou o imaginário médico e popular na cidade do Recife. Antes da doença invadir a cidade ocorreu um incidente que ilustra bem o medo do contágio. Trata-se de um episódio onde apareceram, em maior ou menor grau, alguns ingredientes básicos: polêmicas passionais, disputa entre profissionais, sensacionalismo da imprensa, comoção pública e o apego popular ao sentimento trágico.

Uma menina de três anos de idade, filha do desembargador Jerônimo Martiniano Figueira de Melo, morrera no Rio de Janeiro, vítima, segundo laudo médico, de um mal crônico do intestino. Embalsamado o corpo e transportado para o Recife, o caixão mortuário foi impedido pela Comissão de Higiene Pública de desembarcar, sob a alegação de que a vítima procedia da Corte Imperial, onde o cólera se fazia presente. O cadáver da menina ficou depositado, então, por recomendação da Comissão de Higiene, até ulterior deliberação, no porão do patacho "Pirapama", fundeado junto à barra.

Ao saber da existência de um cadáver no porto do Recife, oriundo de uma cidade presa do cólera, a opinião pública se excitou e se dividiu. Uns ficaram indignados com a atitude da Comissão, que impedira a "presença do cadáver inofensivo de uma criança morta por moléstia não contagiosa", negando-lhe o acolhimento pátrio, o amor e a saudade paternas e uma sepultura decente. Isto

era um ato de torpe selvageria! Outros, ao lado da Comissão, diziam que o desembarque e o sepultamento do cadáver no cemitério do Senhor Bom Jesus da Redenção, em Santo Amaro, ultrapassavam os limites dos chamados cordões sanitários de defesa e poderiam fazer irromper na cidade a temida doença.

Aquino sugeriu que o corpo da menina fosse, provisoriamente, inumado em "lugar já bento" da ilha do Pina, nas cercanias do lazareto, em túmulo de pedra e cal, até que, passada a epidemia, se fizesse a sua transladação para melhor jazigo, no Cemitério Público.

Esse episódio mostra como o temor do contágio alterou atitudes e sensibilidades em relação aos mortos. Como realidade permanente e extensiva, passível de se multiplicar às centenas e aos milhares, tornando impossível dispensar-lhe os cuidados de costume, o morto era agora encarado como fonte de perigo e, portanto, como presença indesejável, que precisava ser afastada o quanto antes possível. A morte coletiva, anônima e repulsiva era necessariamente uma morte despersonalizada.

A instalação do mal abolia os tradicionais rituais fúnebres, que cumpriam, entre outras coisas, a função de retirar da morte o seu aspecto mais terrível.

A epidemia de cólera transformou o doente e o cadáver em agentes pestilenciais, perigosos focos de contágio. Daí se repetirem, em várias localidades atingidas, casos de pessoas - inclusive de padres e médicos - que fugiam dos doentes e abandonavam seus mortos. Os sobreviventes agora tinham

"horror dos mortos". Um caso ocorrido em Campina Grande, no ano de 1856, ilustra esse terror que inspirava o corpo contagioso:

> "No dia 30 de novembro do ano próximo passado, seguindo para o interior da província o estafeta Manoel Peneira do Nascimento, com mala das cartas do serviço público, foi acometido de febre na vila de Campina Grande, e aí, não achando uma casa, nem uma choupana em que se pudesse recolher, cheio de langor, e sem força para caminhar, não encontrando quem de seu estado enfermo ao menos se compadecesse, ao contrário conspirando-se contra ele quase todos os habitantes da vila, somente porque tinha esse infeliz uma febre, o fizeram conduzir as brenhas, longe do povoado e ali o deixaram debaixo das árvores sem recurso e sem caridade, até que veio a morrer à fome e a sede ao fim de doze dias!!..." (63).

Uma das primeiras medidas reveladoras dessa nova atitude diante dos mortos foi a proibição de enterros nas igrejas. Segundo entendiam os higienistas, as sepulturas nas igrejas constituíam um costume pernicioso para o ar da cidade, pois corpos amontoados jaziam quase a descoberto, gerando, com a putrefação, gases pestilentos.

Além do mais, era preciso desfazer o quadro de confusão entre vivos e mortos, proibindo os sepultamentos nas igrejas. Ali havia uma perigosa mistura e amontoamento dos cadáveres, resultando numa atmosfera de asfixiamento dos vivos pelos mortos. Esta situação era particularmente agravada pelo fato de que as igrejas se concentravam no centro da cidade, em meio aos quarteirões populosos, onde o ar mal podia circular.

O medo do cadáver foi uma criação do imaginário médico, reforçado, certamente, nos momentos de peste. A criação de cemitérios extra-muros nascia da convicção de que o cadáver deveria ser afastado do convívio dos vivos, pois a

sua presença era responsável por exalações e gerações de miasmas, constituindo-se um foco de epidemias e contágios.

A medicalização da morte passava, assim, pela neutralização dos efeitos mórbidos causados pelo cadáver. Neutralizar significava excluir do convívio dos vivos a presença dos mortos e a ameaça que estes representavam. Os cemitérios extra-muros configuravam a metáfora arquitetural do projeto médico para domesticar e disciplinar a morte. Estruturados sob dois princípios básicos, o da localização e o da organização interna, eles atendiam também a dois objetivos essenciais: 1) expulsão do morto do convívio dos vivos - para que não fosse causa de morte - , com a proibição dos sepultamentos nas igrejas; 2) disciplinamente do morto, atentando à mesma preocupação.

Nasce, então, o projeto médico do cemitério individualizado, com caixão individual, sepultura reservada para as famílias, inscrição do nome de cada um. Se, anteriormente, o culto dos mortos era ditado por razões teológico-religiosas, agora o é por motivos político-sanitários de respeito aos vivos.

A epidemia de cólera em Recife demonstrou a fraqueza do sistema médico, suas deficientes medidas preventivas, a precariedade hospitalar e a dificuldade de lidar com os mortos.

Ao lado dos medos usuais - associados à doença e à morte -, o cólera suscitou temores que induziram às suspeitas, tensões e violências, porque estavam relacionados com a opressão racial e social.

Fig. n. 30: Caricatura ridicularizando os anti-contagionistas. As cenas do fundo reproduzem as situações em que o cólera seria impedido de entrar no Recife. As legendas dizem o seguinte: "...pela barra ele não chegará... Pelo Brum também não, que o velho Agostinho não consentirá que este maldito venha atacar o belo sexo ... Por Olinda ainda menos. O velho Tacaruna precisa dele para dar cabo dos tapadores de beco... A Draynage faz limpeza e aquilo que deveriam fazer os particulares. A limpeza das ruas faz-se perfeitamente bem. Ninguém tem a dizer da municipalidade. O Dr. Rabicho já não faz versos. O Modesto já esgotou a Nova Hamburgo. O Cunha tem muita cajurubeba. E o italiano da rua Imperatriz finalmente limpará o quintal". Ao pé do fantasma do cólera lê-se: "Quem tem medo de mim?". No barril do Cunha está escrito: "cana e castanha pisada". (O Patusco, n. 11, Recife, 28-11-1886). (Coleção da Biblioteca Pública do Estado de Pernambuco).

Fig. nº 31: "Ah! Não leia: ela veio da França, traz cólera..." Uma vez confirmado o contágio do cólera, até a correspondência postal vinda da Europa passou a inspirar medo. A charge ilustra a tentativa de uma esposa para convencer o marido a não tomar conhecimento de uma carta de amor (América Ilustrada, nº 14, Recife, 24 de agosto de 1884). (Col. da Bib. Pública de Estado de Pernambuco).

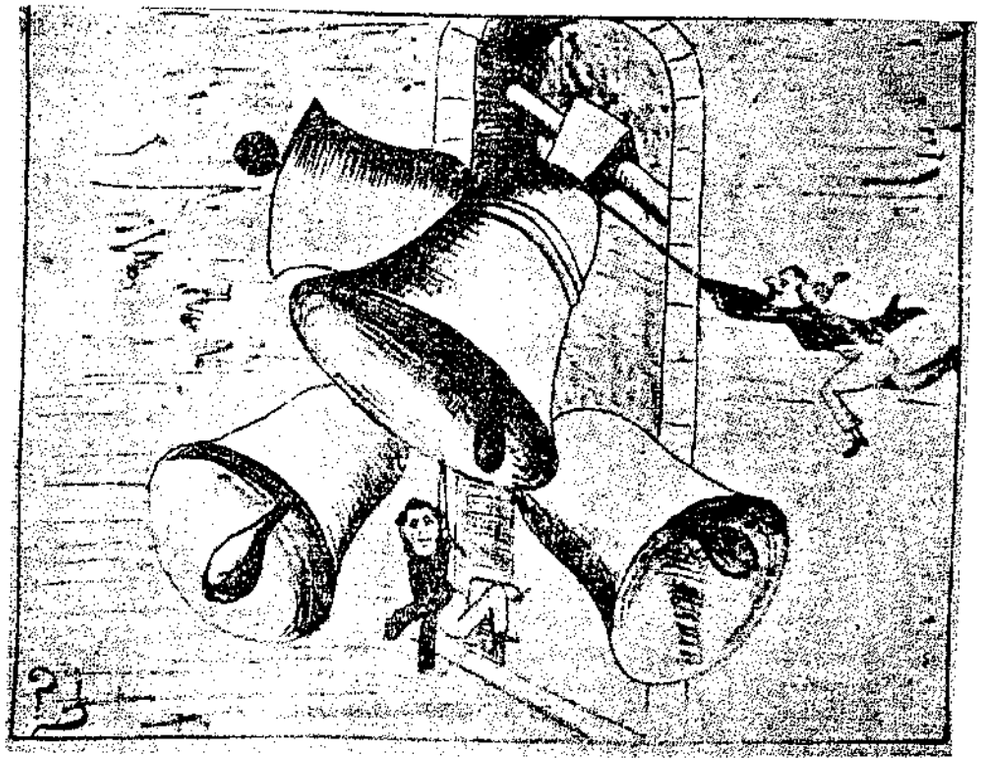

Fig. n. 32: O dobre deprimente dos sinos.

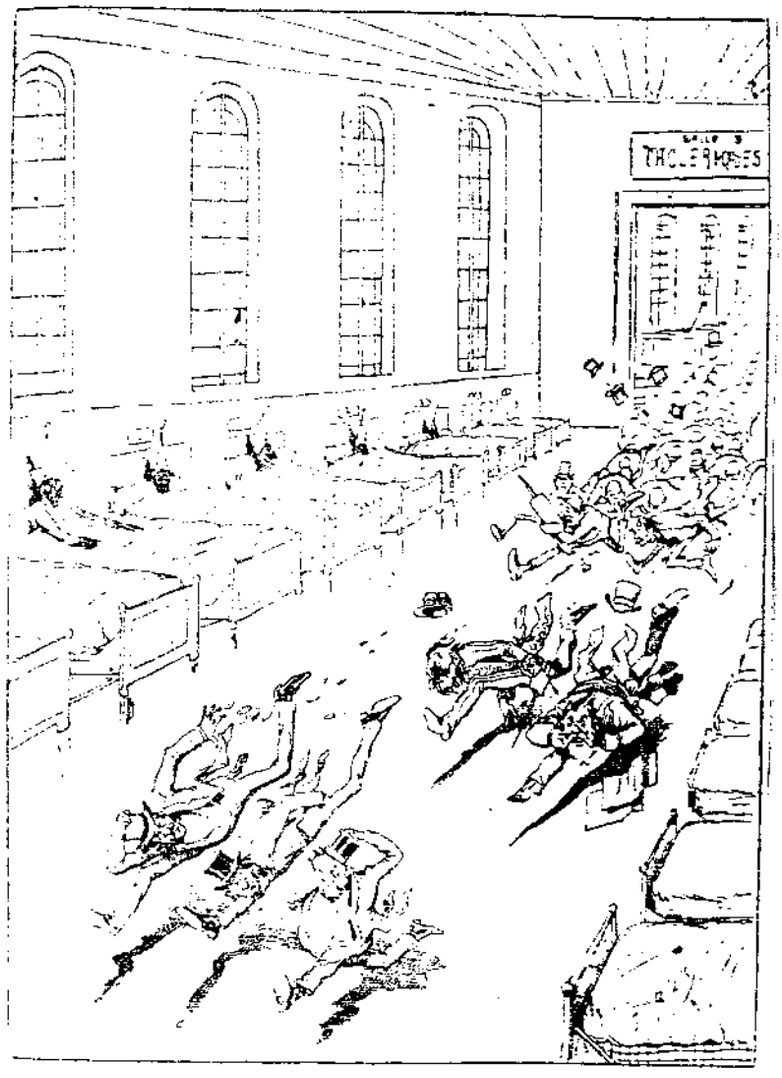

Fig. n. 33: Uma visita pouco digna de autoridades a um hospital de coléricos (Tribouler, 1884).

Notas do capítulo III:

1. A palavra "peste", como vimos, surge pela primeira vez na Grécia Antiga. De acordo com **Sournia** e **Ruftie**, "depois 'pestis' designou em francês todas as doenças contagiosas ao ponto de podermos falar das pestes, mas atualmente não podemos empregar este termo senão perante certos sintomas clínicos" (**As Epidemias na História do Homem.** Edições 70, Lisboa, 1986, p. 79). Procuramos emprestar ao termo o seu sentido original, ou seja, uma "doença contagiosa grave", ocasionando grande mortandade. Mas o que importa neste estudo é recuperar o significado atribuído ao termo pelo imaginário coletivo. Neste sentido, peste seria um flagelo, uma calamidade, um mal coletivo, uma fatalidade do que poderia haver de pior. Conforme **Sontag**, Susan. **A AIDS e suas metáforas**, São Paulo, Cia das Letras, 1989, p. 54, "Normalmente , epidemias é que são consideradas pestes. E essas ocorrências de doença coletiva são encaradas como castigos impostos. A idéia da doença como castigo é a mais antiga explicação da causa das doenças - uma idéia a que se opõe toda a atenção dada aos doentes que mereça o nobre nome de medicina". Segundo a mesma autora "as doenças mais temidas, as que não são simplesmente fatais, mas transformam o corpo em algo repulsivo, como a lepra, a sífilis, a cólera... são as que parecem mais suscetíveis a ser promovidas à condição de "Peste".

2. **ARTAUD**, Antonin **Le Théatre et son double**. Éditions Gallimard, Paris, 1964, p.23.

3. **ANDRADE**, Carlos Roberto Monteiro de. **A peste e o plano: o urbanismo sanitarista do engenheiro Saturnino de Brito**, São Paulo. Dissertação de mestrado. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, 1922, p.14.

4. **DELUMEAU,** Jean. **História do Medo no Ocidente; 1300-1800. Uma cidade sitiada.** São Paulo, Companhia das Letras, 1989.

5. **CANETTI,** Elias. **Massa e Poder**, São Paulo, Companhia da Lestras, 1995, p. 274.

6. **FREITAS**, Octávio. **Medicina e costumes do Recife Antigo**. Recife, Imprensa Industrial, 1943, p. 83.

7. **DELUMEAU**, Jean. Obra citada, p.25.

8. Ver **PEREIRA**, Cosme de Sá. **Relatório do estado sanitário da Província de Pernambuco no ano de 1856**. Pernambuco. Tip. de M. F. de Farias, 1857.

9 .Idem, p. 7.

10. **ROCHA**, Leduar de Assis. **Figuras e fatos da velha medicina pernambucana**. Recife, Prefeitura municipal do Recefi. DDC, s/d., p. 112

11. Mesmo em momento posterior, na década de 1880, quando o cólera ameaçava novamente a cidade do Recife, as atitudes eram de descaso e ironia. Ver a propósito **O Patusco,** n. 11, Recife, 28 de novembro de 1886, que estampa um desenho onde se identifica o cólera com a morte, mas que não é preciso temê-lo porque todas as portas de entrada do mal na cidade estariam guarnecidas. Ver também relatório do presidente da província da Paraíba, de 1856, in **PINTO**, Irineu Ferreira. **Datas e Notas para a História da Paraíba.** João Pessoa, Editora Universitária/UFPb, 1977, pp. 243-244.

12. Boletim do cólera-morbus, **DIÁRIO DE PERNAMBUCO**, 5-2-1856.

13. **DIÁRIO DE PERNAMBUCO**, 7-3-1856.

14. **ANDRADE,** Gilberto Osório. **A Cólera-Morbo. Um momento crítico da medicina em Pernambuco**, 2ª ed., recife, Fundação Joaquim Nabuco - Editora Massangana, 1989, p. 29.

15. **OLIVEIRA**, Pedro de. **ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA**, Comissões sanitárias, 1855-87, maço 1584, citado por **DAVID,** Onildo Reis. **O inimigo Invisível. Epidemia na Bahia no Século XIX**. UDUFBA/Sarah Letras, 1996, p. 79

16. **DELUMEAU**, J. Obra citada, especialmente a introdução, pp. 11-40.

17. **FREYRE**, Gilberto. **O velho Félix e suas "Memória de um Cavalcanti"**, Recife, FUNDAJ, Editora Massangana, 1989, p. 22.

18. **SONTAG**, Susan. **A Aids e suas metáforas**, São Paulo, Companhia das Letras, 1989.

19. **CHEVALIER**, Louis. **Le choléra. La premiere epidemie du XIX Siècle**, Paris, 1988.

20. **KEITH**, Thomas. **A Religião e o declínio da magia. Crenças populares na Inglaterra, século XVI e XVII.** Companhia das Letras, 1991. Ver também **ROSEN**, George . **Uma história da saúde pública,** São Paulo. Hicit: Editora da Universidade Estadual Paulista: Rio de Janeiro, Associação Brasileira de pós-graduação em Saúde Coletiva, 1994, p. 34, quando diz que milhares de anos as epidemias foram consideradas como julgamentos "divinos sobre a perversidade do ser humano. Apaziguando-se os deuses irados, evitar-se-iam as punições. No Egito, por exemplo, Sekhmet, deusa da pestilência, provocava epidemias, se irritada, e as extingüia quando acalmava. Essa teoria teúrgica da doença perdurou por vários milênios. Mas

ao seu lado se desenvolveu, aos poucos, a idéia de dever-se a pestilência a causas naturais, ligadas, em especial, a clima e ambiente físico".

21. **Diário de Pernambuco**, 10 - 2 - 1856.

22. **Diário de Pernambuco**, 28 - 2 - 1856.

23. **BARÃO DE STUDART. Memória sobre a climatologia, epidemias e endemias no Ceará**, cit. por **PINTO**, Irineu Ferreira. **O cholera-morbus na Paraíba**. In **Revista do Instituto Histórico e Geográfico Paraibano.** Ano II, 1910, vol. 2. João Pessoa, Imprensa Oficial, PB. p. 120.

24. **PINHO,** Sabino Olegário Ludgero. **Apontamentos para a história da homeopatia.** Pernambuco, Typografia de M.F. de Faria, 1859, p. 34.

25. **O País**: 1856.

26. **SEIXAS**, Domingos Rodrigues. **Da Cólera - Morbus epidêmica na Província da Bahia**, Tipografia de Antônio Olavo da França Guerra, 1860.

27. **VIANNA,** Arthur . **As Epidemias no Pará**. Imprensa do "Diário Oficial", 1906, p.126.

28. **BARBOSA**, João Sachetti. **Considerações médicas sobre o método de conhecer, curar, e preservar as epidemias, etc. ,** Lisboa, Oficina de José da Costa Coimbra, cit. por **ANDRADE**, Gilberto Osório. Op. cit., pp. 66 - 67.

29. **FONSECA,** Joaquim de Aquino. **Tratamento do cólera-morbus**. Diário de Pernambuco, 26/08/1862.

30. **ADUCCI**, Pio. **Methodo para preservar-se do cólera-morbus aplicado nos costumes dos habitantes da Bahia, seguido de um meio fácil e popular para curar esta doença** ... Bahia, Typografia de F. Pedroza, 1855, p. 14.

31. Idem, p. 15.

32. **CORDEIRO**, Antônio Cruz. Instruções sanitárias populares. in **CASTRO**, Oscar Oliveira. **Medicina na Paraíba. Flagrantes da sua evolução**. João Pessoa, Publicações A União, 1945, pp. 48-73.

33. **DIÁRIO DE PERNAMBUCO**, 30.03.1850.

34. **ANDRADE**, G. O., Op. cit., p. /8.

35. **Ofício da Comissão de Higiene Pública de Pernambuco** ao presidente da província, de 16 - 2 - 1856, SP - 08, fl. 34 Arquivo Público do Estado.

36. **COSTA**, Luiz C. da. "Observações da Comissão de Salubridade Geral ... sobre o abuso dos toques dos sinos" SSP, n. 148 (2741833), pp. 538-40 citado por **REIS**, João José. **A morte é uma festa. Ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX.** São Paulo, Companhia das Letras, 1991, p. 265.

37. **ANDRADE**, Gilberto Osório. **A Cólera-Morbus. Um momento crítico da medicina em Pernambuco**. 2a. ed., Recife: FUNDAJ, Editora Massangana, 1986, p. 58

38. Informaçãp que o Conselheiro dr. José Bento da Cunha e Figueiredo dera ao exmo. Ministro do Império por ocasião de ter sido denunciado de ter autorizado o exercício médico a pessoas não habilitadas. Juizo que o exmo. Ministro do Império fizera da denúncia, e da informação (24-3-1856), Documentos números 7 e 8, anexos a **COSME DE SÁ PEREIRA, Relatório do estado sanitário da Província de Pernambuco no ano de 1856, apresentado pela Comissão de Higiene Pública da mesma**, etc. Pernambuco. Tip. de M. F. de Faria, 1857, pag. 222 e seguintes.

39. Correspondência de J. de Aquino **FONSECA** in o **Liberal Pernambucano**, 28-3-1852.

40. **CORREIO MERCANTIL**, Rio de Janeiro, 25-2-1856.

41. **DIÁRIO DE PERNAMBUCO**, 31-12-1855.

42. **O PAÍS**, 10-3-1856.

43. **O PAÍS**, 5-2-1856.

44. **FONSECA**, Joaquim de Aquino. **Relatório do estado sanitário da Província de Pernambuco durante o ano de 1854**. Recife, Tip. de M.F. de Faria, 1855.

45. **PEREIRA**, Cosme de Sá. **Relatório do estado sanitário da Província de Pernambuco no ano de 1856**. Recife, Tip. de M. F. de Faria, 1856, p. 19

46. **FREIRE**, Flávio. **Relatório da Província da Paraíba à Assembléia Provincial**, 2 de Outubro de 1855, p. I.

47. Boletim da mortalidade colérica na cidade do Recife, **Diário de Pernambuco**, 5 - 2 - 1856

48. **LEBRUM**, François. **Les Hommes et la mort en Anjou aux 17e et 18e siécles**. Paris, Mouton, 1971, p. 430.

49. **FREYRE,** Gilberto. **O velho Félix e suas "memórias de um Cavalcanti"**, op. cit., p. 24.

50. **DELAPORTE**, François. **Disease and civilization: the cholera in Paris**, 1832 Cambridge e Londres, The MIT Press, 1986.

51. Ofício da **Comissão Provisória de Higiene Pública de Pernambuco** ao presidente da província, de 14 - 4 - 1856, SP 08, fl. 100, **Arquivo Público do Estado de Pernambuco**.

52. **Diário de Pernambuco**, de 29 - 2 - 1856.

53. **DELAPORTE**, François. Op. cit. , p. 44.

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

55. **Ofício da Comissão Provisória de Higiene Pública** ao presidente da província de Pernambuco, de 14 - 4 - 1856, SP 08, fl. 100, **Arquivo Público do Estado de Pernambuco**.

56. **DIÁRIO DE PERNAMBUCO,** 29-1-1856.

57. **ARIÉS,** Philipe. **História da morte no Ocidente**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977; **VOLVELLE,** Michel. **Ideologias e mentalidades**. São Paulo, Brasiliense,1991.

58. **VOLVELLE**, Michel. **Piété baroque et déchristianisation en Provence au XVIII siècle**, Paris, 1978.

59. **ARIÈS**, Phelippe. **História da Morte no Ocidente**, Rio de Janeiro, 1977.

60. **DOUGLAS,** Mary. **Pureza e Perigo,** São Paulo, 1976.

61. **FAVRE**, Robert. **La mort dans la littérature et la pensée fançaises au Siècle des Lumières,** Lyon, 1978.

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

63. **PINTO,** Ireneu Ferreira. Datas e notas para a história da Paraíba. João Pessoa, Editora Universitária/UFPb, 1977, p. 253.

ARIOSVALDO DA SILVA DINIZ

CÓLERA: REPRESENTAÇÕES DE UMA ANGÚSTIA COLETIVA (A doença e o imaginário social no século XIX no Brasil).

Tese de Doutorado - Volume II
Universidade Estadual de Campinas
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de História

Novembro de 1997.

D615c
v.2
34069/BC

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

CAPíTULO IV:

TENSÃO

1. O ajuste de contas.

A alta mortalidade, especialmente entre negros escravos, livres e mulatos, nos meses de fevereiro e março de 1856, gerou um clima de forte tensão social na cidade do Recife. Como era de se esperar, a epidemia foi interpretada sob diversos ângulos, conforme a posição social de quem emitia os conceitos. Contudo, todas as interpretações pareciam refletir formas variantes de um medo singular: o medo do contágio. Evidentemente, os vários significados atribuídos à doença terminaram por alimentar o clima de suspeita geral. Neste sentido, o cólera foi visto tanto pelas elites como pelas camadas populares como um instrumento de ajuste de contas social.

Do lado das elites, havia o medo da contaminação por um agente letal, quando suspeitavam que a maior malignidade da doença parecia originar-se dos focos pestilenciais localizados nos quarteirões pobres e nos mucambos espalhados pela cidade. Mas o perigo maior de contaminação foi identificado entre os escravos domésticos e de ganho: eles passaram a ser vistos como veículos que traziam a contaminação para o interior das habitações ricas. Assim, além de constituírem perigo como agentes produtivas e enquanto questionadoras da ordem pública, as classes pobres começaram a ser vistas também como perigosos focos de contágio.

Para os médicos e as elites dominantes, os pobres ofereciam perigo de contágio porque suas habitações eram focos de irradiação de epidemias, como de resto, terrenos férteis para a propagação de vícios de toda a espécie. Neste sentido, uma autoridade da época procurava correlacionar condições de vida com saúde física e moral:

> "Há ruas nesta Capital sobretudo no bairro do Recife, exclusivamente estreitas, úmidas, mal arejadas, guarnecidas de edifícios velhos e ignóbeis, em que habitam muitas famílias, que ali acham a deterioração de sua saúde, visível nos traços de suas fisionomias, e até a deterioração de seu moral, pois a imundície que cerca o corpo contamina também a alma" (1).

Desde a irrupção da febre amarela, em 1850, o foco de atenção dos poderes públicos já vinha sendo dirigido para o problema da insalubridade. Inicialmente, o que ocupava a imaginação dos médicos eram as chamadas massas invisíveis: os famigerados miasmas. Contudo, a própria obsessão com a qualidade do ar terminou por incluir as aglomerações, a poluição, a sujeira e a pobreza ,de modo geral, no rol das fontes de perigo. Assim, tanto as habitações dos pobres como o seu modo de vida passaram a ser vistos como ameaças às condições higiênicas da cidade como um todo. A epidemia de cólera, ao causar enorme mortalidade nas camadas pobres, levantou, pela primeira vez de forma clara, a questão da associação direta entre a doença e as condições de miséria em que vivia a população.

Quanto aos pobres, traumatizados com a grande mortalidade entre negros escravos e livres, a doença não lhes parecia estar ligada à insalubridade ou fragilidade racial. Ela foi interpretada como um sortilégio, como um plano

diabólico dos brancos para eliminar a gente de "cor": o cólera seria fruto do envenenamento das comidas e das bebidas, planejado pelos médicos e autoridades governamentais. Essa crença, ao que parece, bastante generalizada entre escravos e livres, de que a mortalidade colérica não passava de um envenenamento deliberado - um artifício de brancos para atingir os negros -, parece indicar que os pobres viam a profissão médica como um instrumento de manipulação a serviço das autoridades e das elites. Tal suspeita encontrava apoio no fato de que as primeiras vítimas eram sempre gente simples, além do fato de que a mortalidade, em larga medida, era maior entre estes, demonstrando que a desigualdade com respeito à morte coincidia com a desigualdade com respeito à vida.

De resto, essa seletividade da mortalidade colérica foi de imediato constatada pelas autoridades locais e representantes estrangeiros. O cônsul de Portugal em Recife, por exemplo, afirmou que a moléstia atacava com mais inclemência a gente pobre e, principalmente, os negros. Segundo ele, até aquele momento, 19 de fevereiro de 1856, vinte e um dias após o aparecimento do primeiro caso e quando os boletins de mortalidade registravam mais de duzentas vítimas fatais, ainda não havia falecido "pessoa alguma de consideração, quer nacional, quer estrangeira" (2).

Cruz Cordeiro, estudante de medicina em Salvador, em 1856, dizia que naquela cidade a epidemia provocava a

> maior mortalidade nas classes baixas e mais desvalidas do povo [...]" Estas classes desgraçadas de indivíduos mal vestidos, mal alojados, e mal nutridos; indivíduos extenuados de fadigas, perseguidos pela fome, atacados de moléstia chronicas, e

> devorados pelo excesso de bebidas espirituosas; [...] foram também as mais soffredoras desde o apparecimento do cholera-morbus' (3).

Igual constatação fazia José Pereira Rego, quando dizia que o cólera no Rio de Janeiro, no ano de 1855, limitou-se "no geral a atacar os pretos, os homens de côr, e alguns ilheus empregados em trabalhos árduos por desprezarem os preceitos higiênicos". Atacou também, dizia ele, de maneira violenta, "os mendigos e velhos, eliminando praticamente os primeiros" (4).

Esse alto índice de mortalidade entre negros escravos e livres, como veremos, foi uma constante em todas as cidades onde irrompeu a doença e, ao que parece, era uma evidência indiscutível.

Mas retomemos, por ora, o problema da suspeita de envenenamento. Os rumores de que o cólera seria um envenenamento eram provenientes de várias fontes. Curiosamente, uma delas era a própria interpretação médica de que a causa da doença poderia ser provocada por um tóxico. É certo que o povo nada entendia do assunto de etiologia e epidemiologia, mas não deixava de fazer suas interpretações sobre as "rigorosas" teorias dos homens de ciência. Neste sentido, a imaginação coletiva de que o cólera era um envenenamento simplesmente refletia a maneira simples como a gente comum via a doença e expressava seus medos.

A reapropriação dessas explicações médicas pelo senso comum não é nenhum fenômeno atípico ou extraordinário. Extraordinário mesmo foi como essa fantasia de envenenamento se difundiu com tanta força. Há nessa crença e na

forma como ela se propagou tão rapidamente um emaranhado de fatos densos e difíceis de interpretar. Alguns deles pareciam bem reais, outros, imaginários, mas nem por isso menos decisivos para explicar a conduta das pessoas da época.

No que segue, tentaremos investigar alguns dos motivos que deram origem à interpretação popular das causas da doença. Antes, porém, é preciso dizer alguma coisa sobre as dificuldades para se trabalhar essa dimensão da análise das concepções populares sobre doença e cura. No caso em exame, as informações disponíveis são quase todas indiretas, elaboradas em sua grande maioria pelos médicos ou autoridades locais. Infelizmente, não há nenhum documento escrito onde possamos encontrar de modo claro as impressões e medos da gente comum. Isto certamente cria inúmeras dificuldades para o pesquisador que se aventura nessa área. Dificuldades essas que surgem, em primeiro lugar, porque a documentação é especialmente difícil, devido à natureza dispersa das fontes e, sobretudo, por essas fontes estarem comprometidas com valores outros, de dominação e de poder, e muito reticentes com relação ao imaginário da gente comum. Trata-se, realmente, de elaborar uma história do implícito, lida nas entrelinhas dos documentos oficiais.

Dessa forma, as marcas dos discursos dos grupos sociais dominados, ou seja, a memória social de suas vidas foi soterrada pelo esquecimento ideológico. As informações, ralas e fragmentadas, em geral se ocultam nas entrelinhas dos documentos oficiais, onde pairam fora do corpus central do conteúdo explícito. Não obstante todas essas dificuldades, parece possível identificar pistas, indícios, fragmentos das representações populares e sua resistência à hegemonia das

elites dominantes a partir dos comportamentos e respostas destas últimas aos conflitos sociais. Explicando melhor: se pensarmos o conflito social como uma relação de reciprocidade, segundo o qual uma e outra parte da equação (dominantes e dominados) são, até certo ponto, prisioneiras da contrária, é possível resgatar informações preciosas sobre o comportamento dos grupos dominados a partir dos grupos opressores. Assim, o discurso da ordem pode revelar muito sobre a resistência dos grupos oprimidos, desde que o pesquisador desmonte com habilidade a lógica que comanda tal discurso.

Por outro lado, se as camadas populares deixaram poucas informações escritas sobre suas representações da vida, da doença e da morte, isto não significa que não se expressaram por uma outra linguagem. De fato, o discurso de resistência dos grupos dominados muitas vezes se expressa por um linguagem que precisa ser decodificada. Antes de ser um discurso articulado em propostas ou formulações claras, verbalizadas ou escritas, não raro é um discurso fundamentalmente da ação.

Tendo presentes as limitações acima consideradas, vamos nos aventurar na empreitada para compor um quadro do imaginário social das camadas pobres ao tempo da epidemia de cólera a partir do que as elites intelectuais e políticas deixaram registrado.

Sob o impacto das ações desencadeadas pelo aparecimento de Pai Manoel na cidade do Recife em 1856, autoridades médicas, policiais e governamentais, bem como jornais locais, elaboraram uma versão dos fatos que

contêm informações úteis para se intuir alguma coisa sobre o universo cultural das camadas afro-brasileiras e suas concepções sobre a doença e a cura. Foi com base nessa documentação que elaboramos a trama que segue, conscientes de que muito do que se dirá daqui para frente se apóia quase que exlusivamente nas impressões e interpretações dos eventos vistos pela ótica dominante.

Retornando à questão inicial: qual era a lógica que comandava a suspeita dos negros escravos e livres de que o cólera constituía um veneno utilizado para eliminar a gente de "cor"? Independemente de qualquer outra consideração, é preciso reter, desde logo, um ponto: escravos e negros livres pobres podiam, dependendo do contexto histórico e cultural, entender que a doença era um sortilégio e, nesse caso, servir como arma nas mãos dos senhores para atingi-los.

Dizíamos que a alta mortalidade por sí só não seria suficiente para a elaboração de tal interpretação da doença. De fato, outros elementos se conjugavam a esse para compor uma representação da enfermidade como instrumento de manipulação e punição.

Um dos elementos responsáveis por essa atitude dos negros era certamente a própria conjuntura crítica da epidemia. É possivel perceber, pela leitura dos jornais, como um certo clima de animosidade e antagonismos vai se formando à medida que a doença se torna mais grave. Neste sentido, a febre conjuntural da epidemia tornou mais explícitos e mais reais os dispositivos políticos, administrativos, religiosos, éticos, científicos e de exclusão social. Temos, assim, além da traumática realidade da morte coletiva, a presença de

mecanismos de controle e opressão social mais difusos, que estimularam essa suspeita geral. Pensamos, por exemplo, nos mecanismos de controle social postos em prática para responder à epidemia: a concentração discricionária de poder, o controle dos fluxos de pessoas e mercadorias, o racionamento de víveres imposto à cidade, as campanhas religiosas de moralização das condutas, as campanhas médicas de desinfecção e internamento compulsório.

Mas por ora, deixemos essa visão de conjunto e fixemo-nos nos aspectos mais específicos das reações suscitadas pelo cólera.

Neste particular, parece interessante observar como a suspeita de envenamento era alimentada até mesmo pelas concepções médicas da época. A própria manifestação súbita da doença, por exemplo, com ataques fulminantes em qualquer lugar e a qualquer hora, causava surpresas e suspeitas. Muitas das vítimas não morriam em casa ou nos hospitais, mas sucumbiam em lugares públicos, nas praças ou nas ruas. Outras caíam repentinamente nos lugares mais freqüentados, como os bares, depois de comerem e beberem (o que alimentava a crença de que as comidas e bebidas podiam estar envenenadas).

Mas talvez o que mais tenha impressionado a opinião pública era que os sintomas da doença, em especial para um observador inexperiente, lembravam ou se assemelhavam aos sintomas de grave intoxicação: vômitos, espasmos, convulsões e morte quase repentina. Era o que a medicina chamava cólera fulminante. Félix Cavalcanti, que vivenciou a epidemia de cólera em Vitória (PE), relatou em suas memórias um caso, dentre outros, de morte súbita:

"Vimos, eu e algumas pessoas, cair na rua um homem que conduzia um balde d'água. Chegamos a ele para acudi-lo e estava morto. Proclamou-se que era o cólera fulminante. A mulher do morto, avisada chegou ali imediatamente. Perguntei-lhe se ele em casa já tinha sentido algum incômodo; respondeu-me que nada, que estava muito bom, apenas tinha-lhe aparecido na véspera uma pequena indigestão, isto é, uma diarréia; o povo chama a diarréia, indigestão. Eis ao que chamam - cólera fulminante" (5).

Para além desses sinais, supostamente mal interpretados pela população, pesavam argumentos econômicos, sociais e raciais de envenenamento. Muitos suspeitavam que o cólera era um instrumento de eliminação da população pobre para evitar uma iminente escassez de alimentos. Essa crença era alimentada por alguns jornais da oposição, que acusavam o governo de ser "um carrasco que sacrifica o povo aos horrores da fome e da peste". Até mesmo o "Diário de Pernambuco", jornal oficioso, reconhecia as dificuldades do governo para evitar a escassez de alimentos e a alta dos preços:

" Como é natural sente-se geralmente entre nós grande penúria de gêneros alimentícios, e os que há se vendem por muito alto preço; de sorte que, se o mal que nos flagela, não melhorar, teremos de passar por todos os horrores de uma verdadeira fome" (6).

Mas o argumento que parece ter tido um maior peso para a difusão das suspeitas de envenenamento foi o de que as elites dominantes, com o apoio dos médicos, estavam aproveitando o pretexto da existência de uma epidemia mortal para substituir os trabalhadores negros por imigrantes europeus. Voltaremos a esse ponto mais adiante.

Por enquanto registremos uma observação geral: muitas das tensões e conflitos que emergem no contexto da irrupção da doença decorriam da opressão

social e racial em que viviam os negros escravos e livres. Nesse sentido, a epidemia explicitou ou tornou mais real as linhas de forças e as tensões que atravessavam toda a organização social. Mas isso ainda diz muito pouco: é preciso reconstituir a teia dos motivos que levaram a esse clima geral de suspeitas.

Desde o início, a alta mortalidade entre os pobres foi justificada pelas elites como uma conseqüência dos maus hábitos das vítimas, sua fraqueza moral, sua irresponsabilidade e, quiçá, sua fragilidade étnica. Os pobres, e especialmente as raças ditas "inferiores", foram assim responsabilizados pela disseminação da doença não só nas áreas em que habitavam mas por toda a cidade.

A correlação que se fazia, naquele momento, entre constituição física e moral desequilibrada e doença parece apontar para uma inequívoca e permanente interdependência entre o pensamento médico e as ideologias políticas e raciais. A maior vulnerabilidade dos negros à doença passou a ser explicada por dois ângulos: 1) pelas péssimas condições de higiene, habitação e deficiências nutricionais; 2) pelas supostas deficiências raciais (7).

Ao mesmo tempo em que se reconhecia a necessidade de melhoria das condições de vida e trabalho dos negros escravos e livres, como uma forma de torná-los menos vulneráveis às doenças epidêmicas, os médicos defendiam a adoção de políticas de higienização e disciplinamento de suas condutas. Isto motivou a proliferação de um conjunto de enunciados médicos e morais que viriam incidir sobre o corpo/saúde dos cativos e dos homens livres pobres. Dessa

forma, os escravos, homens livres pobres, mendigos e vagabundos foram alvo dos olhares de suspeita da medicina higiênica, que os via como anti-norma da higiene.

Essa nova atitude das elites e dos médicos em relação a tais camadas sociais parece emergir no contexto da epidemia de cólera de 1856. Até então, não havia uma prática médica voltada para esse problema. O alvo da atenção do discurso higienista vinha sendo até aí as chamadas massas invisíveis: a ameaça dos miasmas que se originavam de focos pestilenciais (8).

Não deixa de ser interessante lembrar que essa imagem de que a doença teria preferência social e racial não tinha nada de original. Na América do Norte, quando o cólera fez um enorme estrago em 1832, matando mais negros do que brancos, consolidou-se também uma interpretação de que a doença tinha preferência racial. Os brancos cristalizaram uma imagem de que a maior mortalidade entre os negros, durante a epidemia de cólera, era um indício claro da inferioridade da raça negra (9).

Pai Manoel: o santo guerreiro contra a "fera do Ganges"

Como já sugerimos, o caso talvez mais ilustrativo dos antagonismos sociais acirrados com a epidemia é o aparecimento do curandeiro Manoel na cidade do Recife. Ele surge numa atmosfera de desconfiança geral e ganha dimensões inesperadas, porque expressa receios e suspeitas, muitos deles com

fundamentos reais. Tais suspeitas e receios nasciam da constatação de que muitos médicos estavam se recusando a socorrer as vítimas do cólera, da falta de enfermeiras, hospitais e, sobretudo, da ineficácia dos tratamentos e remédios.

A primeira notícia sobre a existência de um curandeiro negro que teria descoberto um remédio contra o cólera aparece no "Diário de Pernambuco", de 16-2-1856, onde se relatava a existência no engenho Guararapes, nas cercanias da cidade, de um escravo que havia descoberto uma "planta anti-cólera":

> "Nos últimos dias da semana apareceu a notícia de que um preto, escravo do sr. de engenho de Guararapes, conhecia um remédio tão eficaz para curar o cólera-morbus, que poucas pessoas atacadas deixavam de ser curadas. A notícia espalhou-se com um rapidez prodigiosa, e preocupou a toda gente".

O jornal descrevia, em seguida, o tratamento adotado pelo curandeiro:

> "Pisam-se as ervas abaixo declaradas, com azeite de carrapato, unta-se todo o corpo do doente, especialmente a espinha dorsal, peitos, cabeça, sovaco, até que desapareçam ou cedam em parte as dores. Quando o doente torna a si, da-se-lhe uma xícara do cozimento a beber; assim, se repetirá, se for preciso, o que quase sempre não acontece. Logo que se dá a untura e o remédio, fica o doente descoberto; nesse estado, de ordinário, dorme, transpira e aparece a febre. Os negros tem muito em consideração aplicar os remédios no principio do mal. Eles não dão importância a quantidade de cada uma das ervas; só no cozimento lhe deitam grande porção de entrecasca da raiz da cajazeira velha. O cozimento é adoçado com açúcar branco".

A dieta recomendada pelo curandeiro para os convalescentes era comer carne assada com pirão e depois da aplicação de seu remédio dar um banho frio no enfermo. Dizia-se que o negro, ao entrar em casa de colérico, mandava tirar de cima do doente toda e qualquer coberta, abrir as janelas e portas das casas. A terapêutica aplicada pelo curandeiro, como se vê, era, no mínimo, pouco

ortodoxa, se comparada com o tratamento da medicina oficial, que se baseava em procedimentos de cura dolorosos para as vítimas, como veremos mais adiante.

A fama desse curandeiro, segundo o médico Cosme de Sá Pereira, cresceu por um desses caprichos da epidemia de cólera, ao poupar o lugarejo onde residia o escravo. Por ter-se mantido praticamente incólume, coisa que ocorre como exceção à regra em toda a epidemia, o lugarejo foi visto como um exemplo da eficácia de um curativo inventado por um dos negros do engenho Guararapes. Segundo o mesmo doutor, a notícia da ausência de casos fatais de cólera naquela localidade foi transmitida à cidade do Recife de forma "exagerada e tomada por isso quase como milagrosa; todos já sabiam dela e queriam ter certeza" (10).

Essa explicação do doutor Cosme de Sá Pereira para a fama rápida e avassaladora desse curandeiro fora elaborada, contudo, com o intuito de demonstrar a que ponto chegava a ignorância e crendice popular. Ela não parecia procurar as causas reais da emergência do curandeiro. Assim, não levou em consideração o fato de que boa parte do alto conceito obtido por esse escravo entre sua gente decorria da crença bastante difundida, naquele momento, de que alguns africanos teriam "meios tradicionais de curar" o cólera, doença tida por eles como transmitida por "um bicho"

Uma matéria assinada por "um filantropo" no "Diário de Pernambuco", de 5 de março de 1856, sugeria que os africanos da região do Niger, na África, conheciam o cólera:

"As inundações do Niger e outros rios grandes do interior da África ali tambem ocasionaram o cólera, o qual é epidêmico naquela região, donde resulta que os negros do interior possuem meios tradicionais de curar a dita doença ..."

O mesmo artigo informava que o tratamento que os africanos usavam na cura do cólera seria à base de fricções, especialmente no espinhaço, seguido de banhos, beberagens, todos destinados a expelir o "bicho" nas dejeções alvinas.

É interessante registrar que essa crença de que os africanos conheciam remédios contra o cólera pareceu tão forte que o próprio presidente da Comissão de Higiene Pública se viu obrigado a tratar do assunto no "Diário de Pernambuco" de 27 de fevereiro de 1856, argumentando que se "essa afecção [o cólera] fosse conhecida na Costa da Guiné, e que se houvesse um preto que a curasse, na Bahia, foco dos pretos da Costa da África, não teria deixado de aparecer algum que a conhecesse e soubesse curá-la ..." .

Se os africanos conheciam ou não o remédio não se sabe. Mas a força do boato e a crença nele pareciam um remédio mais eficaz do que a própria beberagem.

Pressionada pela opinião pública e movida pela obrigação de controlar e coibir as práticas de curas efetuadas pelos chamados "charlatães", a Comissão de Higiene Pública designou um dos seus membros para investigar as atividades do curandeiro. O médico indicado visitou o engenho Guararapes, fez indagações, observou o tratamento aplicado a alguns doentes de cólera e concluiu que o tratamento por ele observado tinha tido "bom êxito" em algumas pessoas acometidas pelo cólera (11).

Mas o relatório do dr. Alexandre de Souza Pereira sobre o caso do escravo Manoel, talvez por seu tom enigmático e um tanto lacônico, ao invés de esclarecer, levantou mais dúvidas sobre a suposta cura da enfermidade pelo curandeiro. Afinal, o médico não esclareceu qual o número de pessoas salvas por pai Manoel, bem como não emitiu uma opinião conclusiva sobre o caso. Isto gerou dúvidas, incertezas e pôs mais lenha na fogueira dos boatos.

A Comissão de Higiene, talvez pressionada pela opinião pública, solicitou a vinda do curandeiro do engenho Guararapes à capital. Com a recusa do senhor daquele engenho na liberação do escravo, apareceu um outro negro dizendo-se mestre do de Guararapes. Aqui começava a tumultuada e meteórica carreira de pai Manoel.

Aparecendo no momento em que a epidemia zombava de toda a medicina e provocava um verdadeiro morticínio, esse curandeiro atraiu todas as atenções e esperanças. As solicitações de seus préstimos foram tantas que lhe ofereceram carro para condução rápida.

Neste clima, cresce a fama de pai Manoel no Recife, dividindo a opinião pública. Os médicos, o chamam de assassino, o povo, "por convicção, ou por querer injusta e acintosamente ridicularizar a pobre classe de médicos o chama de Dr. Manoel da Costa (porque o preto é d'Africa)" (12).

Tentando dirimir as dúvidas quanto ao poder do curandeiro de curar ou não os doentes de cólera, o "Diário de Pernambuco" sugeriu ao governo da Província providências no sentido de investigar com mais rigor o caso:

"Convém tomar uma medida, seja ela qual for, contando que esse preto seja tido e havido, ou como enviado da Providência para nos salvar desta crise assombrosa, e então o governo e a policia dêem toda a proteção a esse preto, ou como embusteiro e assassino, que precisa ser rigorosamente punido; mas para chegar-se a esse fim o que precisa fazer? O sr. presidente e o sr. dr. chefe de policia acompanhados de professores hábeis, e o sr. dr. presidente da Junta de Higiene, e mais quem quizer ir com esse preto aos hospitais observarem seus curativos, mandarem vigiar por pessoas de confiança os doentes, que novos medicamentos não lhes sejam aplicados pelos professores, sem que se conheça do estado dos doentes, etc., etc., e dos resultados bem ou mal tomar o governo e a policia uma medida, porque se o negro é realmente um curador do mal que sobre nós pesa, deve não só andar a carro, como de braço a quem lho der, e se é um charlatão que a custa de defuntos quer passar a vida, então a policia sabe o que cumpre fazer" (13).

Se o curandeiro Manoel foi avaliado por uma comissão de professores, não se sabe, mas o certo é que ele acabou sendo instalado pelo governo da Província no Hospital da Marinha, para cuidar, especialmente dos escravos e negros livres pobres. Essa atitude do governo gerou um profundo mal-estar entre os médicos da Comissão de Higiene e na maioria dos esculápios do Recife.

O primeiro protesto contra essa autorização veio naturalmente da direção do referido hospital. Em ofício publicado no "Diário de Pernambuco" de 23 de fevereiro de 1856, o cirurgião do Hospital Provisório do Arsenal da Marinha, Joaquim José Alves de Albuquerque, registrava sua total isenção de qualquer responsabilidade pela instalação de "camas em uma sala da antiga casa deste arsenal para servir de enfermarias aos doentes que tivessem de ser tratados" por pai Manoel, bem como pela morte de dois africanos que estiveram sob os cuidados do curandeiro.

O conselheiro José Bento, presidente da Província, incomodado com as críticas e reações dos médicos, tentou se explicar. Admitia que havia realmente dado essa permissão para evitar tumultos e conflitos por parte dos adeptos de pai

Manoel. Mas se apressava em adiantar: se essa permissão era necessária para satisfazer "de certo modo a ansiedade pública", era preciso impedir que "o preto curasse a rédeas soltas". Por isso determinara que o curandeiro atendesse seus pacientes sob a fiscalização de médicos. Daí a sua instalação no Hospital Provisório do Arsenal da Marinha.

Estarrecida com a autorização governamental, a Comissão de Higiene Pública tentou reagir. Em reunião extraordinária, pediu a prisão de pai Manoel, ao mesmo tempo em que chamava a atenção do governo para o perigo do grave precedente aberto com a autorização de práticas que ela considerava pura charlatanice:

> "A Comissão de Higiene Pública, desde que viu que alguns especuladores se tinham prevalecido do estado de terror da população para explorarem a sua credulidade, vendendo por elevado preço pretendidos preservativos contra o cólera, previu que velhacos, aproveitando-se do que se atribuia ao preto do engenho Guararapes, se apresentaria; mais nunca lhe ocorreu que a degradação da inteligência chegasse a ponto de sujeitarem-se indivíduos, que raciocinam a prescrições de homens crassamente ignorantes, no que se teria de ver pretos da Costa da África exercendo a arte de curar na capital de uma das primeiras províncias do Império, a pretexto de se haverem descoberto remédios milagrosos; de sorte que não bastava que pessoas não habilitadas, munidas de carteirinhas homeopáticas estivessem a exercer funções que a lei só permite aqueles que têm títulos, nem que estudantes dos primeiros anos médicos se achassem nesta cidade revestidos de autorização, que só depois de formados podem ter; era preciso que se decesse tão baixo, que se servisse de escárnio mesmo as mais pequenas províncias do Brasil! Ninguem pode exercer a arte de curar sem título conferido ou verificado pelas escolas de medicina do Império; ninguem pode expor à venda remédio de composição secreta sem que este haja sido aprovado pela Junta Central. As comissões de higiene pública têm obrigação de fazer observar o que prescreve o Regulamento que baixou com o Decreto n. 828, de 29 de setembro de 1851, e é justamente nesse Regulamento que se acha prescrito o que se acaba de dizer. A Comissão não pode deixar que as coisas continuem por esse modo; e por isso recorre a V.Exc., rogando que se digne das prontas providências, porquanto isto não só é uma ofensa ao bom senso, senão uma porta que se abre para que outros muitos especuladores se apresentem, e então ter-se-á de ver o que foi visto na cidade de Vitória.
>
> A Comissão não quer opor-se a investigações; pelo contrário faz voto ao altíssimo para que se descubra um específico, ou ao menos um tratamento de muitos belos resultados; mas não pode convir em que pretos a Costa da África, com suas grosseiras misturas, estejam também a explorar a credulidade da população. Se algum medicamento há, a que se atribuam belos resultados, seja ele ensaiado sob as vistas de qualquer médico em alguns dos hospitais: verificado o seu efeito seja aplicado por pessoas competentemente habilitadas, e nunca por quem o descobre, quando mesmo

> esse fosse médico, pois que o Regulamento supracitado proibe fazê-lo. [...] A Comissão lembrada de lutuosas cenas de [Vitória] de Santo Antão, muito se empenha em que se reprimam os abusos de que trata, e espera que V.Exc. se dignará de mandar proceder como o caso pede" (14).

Presssionado de um lado pelos médicos e de outro pelos adeptos de pai Manoel, o governo procurou ganhar tempo. A tensão aumentou quando os negros tomaram conhecimento do pedido da Comissão para prender o curandeiro. Na descrição do dr. Aquino,

> "os protetores do preto redobraram de entusiasmo e gritaram pelas lojas e esquinas; a população exaltou-se e os pretos tomaram-se insolentes; os desordeiros começaram a formar grupos que percorriam as ruas, como foram vistos durante duas noites, e de todas as bocas so saíam imprecações contra os médicos que se viam expostos a ditos insultos..." (15).

Ainda segundo o mesmo médico, tudo isso se passava sem que as autoridades tomassem qualquer medida. Ao contrário, a polícia permitia que os grupos se preparassem para saquear as boticas, destacava até ordenanças para acompanhar o curandeiro e nada fazia contra as ameaças da turba de assassinar os membros da Comissão (16).

A tensão chegou ao clímax com a morte de alguns enfermos sob os cuidados de pai Manoel. A partir daí o governo parece sair de sua postura defensiva. Seguem-se a proibição das atividades do curandeiro no Hospital da Marinha, a sua própria relutância em continuar aplicando seu remédio, a sua prisão, uma onda de protestos e o início de um motim popular. Entretanto, afora a prisão do curandeiro, que durou uns dois ou três dias, não parece ter ocorrido nenhum outro incidente envolvendo médicos e manifestantes. Nenhum inquérito

foi instaurado e pai Manoel deixou a cena tão subitamente como havia aparecido. Mas os efeitos da crise gerada por ele não terminaram aí.

Uma das conseqüências da crise foi a renúncia coletiva dos membros da Junta de Higiene Pública, como admitiu, com todas as letras, o médico Joaquim de Aquino Fonseca : "Quem ignorará que foi a questão Pai Manoel, que obrigou a Junta de Higiene a retirar-se?" (17).

No manifesto de renúncia à presidência da Junta de Higiene Pública, Aquino expunha como motivo principal a impotência para cumprir as atribuições que lhe foram conferidas pelo Decreto n. 828, de 29-9-1851. Segundo este Decreto, a Junta de Higiene tinha como atribuições gerais impor multas e prisões para quem infringisse as leis de higiene, combater o charlatanismo e velar pelo exercício da medicina. Ora, dizia Aquino, parecia que a lei havia deixado de existir. As irregularidades encontradas nas boticas permaneciam impunes, o charlatanismo era exercido livremente (homeopatas e curandeiros tinham até as benesses do governo), o exercício da medicina por pessoas não habilitadas era permitido.

No caso especifico de Pai Manoel, Aquino julgava que a impunidade havia ido longe demais. Lamentava que "pessoas que ocupavam posição elevada na sociedade tomaram esse preto sob sua proteção", insuflando a população a amotinar-se e metralhar os médicos. Lembrava que até mesmo membros da Igreja pregavam no púlpito "a favor deste preto e contra os médicos e boticários, pretendendo que estes o queriam matar porque ele curava os pardos e pretos".

Tudo isso se passava debaixo do nariz das autoridades que, segundo Aquino, estavam em total conivência com a situação:

> "(...) Que fazia a autoridade policial para reprimir esses excessos, que teriam ido muito longe, se houvesse imprudência da parte de alguns médicos ou boticários? Nada: permitia os grupos que se preparavam para dar assalto às boticas, e fazia acompanhar o preto por ordenanças do corpo de polícia; e os membros da Comissão recebiam avisos de que seriam assassinados" (18).

A crise gerada pelo caso do curandeiro negro repercutiu além dos limites da Província de Pernambuco e se fez ouvir na Corte Imperial. O doutor Francisco de Paula Cândido, por exemplo, fez uma crítica severa à conduta do governo provincial de Pernambuco:

> "... Homens de espírito, que no momento de perigo esperam a salvação quantas patranhas ousa propalar a ignorância ou a torpe cobiça instalaram no público a crença de curas maravilhosas infalíveis, que operava um pobre escravo africano (o Pai Manoel), mediante beberagem - composta de substâncias vegetais, por mais ou menos inertes; o pobre preto foi solenemente levado a hospitais, acompanhado de ordenanças, para obrar o milagre e convencer o incrédulos; a primeira autoridade da Província, entendeu, que na exaltação da crença pública, na lúgubre quadra de provança, em que se achava a cidade, não devia, por causa de um artigo do Regulamento da Junta de Higiene, arrostar o sentimento público e violentar a fé que aliás indevidamente inspirava o preto Manoel: o preto teve licença de aplicar o seu curativo, o qual em breve teve sorte merecida; A Comissão de Higiene, porém, viu nesta concessão, no auxílio que a autoridade dava ao analfabeto e boçal africano grande desrespeito ao Regulamento da Junta, e grande quebra da sua força moral; não havendo sido atendida em suas reclamações contra a proteção e apoio que se dava ao preto, réu do Regulamento da Junta, deu parte - toda a Comissão - de não poder continuar em suas funções, por incômodo de saúde; em conseqüência disto, nomeou o Presidente uma Comissão, que interinamente substituísse a que dera parte de doente. Não é custoso avaliar as dificuldades que resultaram da mudança de um pessoal habituado e inteligente, que devia ser o ponto das medidas que a Presidência da Província tinha, em momento tão crítico, de tomar com a maior prontidão e energia" (19).

Esta versão dos fatos envolvendo o curandeiro Manoel e a renúncia da Comissão de Higiene Pública foi contestada por Cosme de Sá Pereira, substituto de Aquino Fonseca na presidência da dita Comissão.

Em 31 de março de 1856, Pereira divulgou no "Diário de Pernambuco" uma carta sobre a renúncia da Comissão. Respondendo ao manifesto de renúncia do dr. Aquino, ele dizia que os motivos apontados para tal decisião não se justificavam. Primeiro, porque a Comissão não havia perdido sua força moral quando denunciava infrações aos regulamentos sanitários: a função da Comissão era denunciar, a das autoridades punir. Segundo, porque o exercício da medicina por estudantes, em tempos de epidemia, não deveria ser visto como um crime, mas como uma ajuda importante num momento em que não havia médicos suficientes para atender aos enfermos.

De acordo com Pereira, a mortalidade no Recife fora de 25% dos acometidos: de 400 pessoas que adoeciam por dia, cerca de 100 morriam. Como o cólera não acometia nem matava logo na primeira hora, em 5 dias, pelos cálculos do médico, haveria 2000 pessoas doentes para serem tratadas por 40 pessoas habilitadas, segundo o regulamento, dentre médicos e cirurgiões da cidade. Ou seja: um médico para cada cinqüenta doentes diários. Ao exibir tais cálculos, Sá Pereira terminava por justificar a impossibilidade de todos os doentes serem atendidos por médicos titulados. Logo, grande parte dos acometidos ficaria sem a visita e receita dos médicos. Por tudo isso não haveria como recusar a ajuda de estudantes e, até mesmo, de curiosos (20).

Quanto ao caso Pai Manoel, Pereira entendia que ele não deveria ser visto como ofensa moral, ainda que nessa história houvesse um charlatão aventureiro protegido por uma população fanática.

Cosme de Sá Pereira insistia na tese de que a Comissão não poderia se julgar ofendida por não reprimir as infrações cometidas pelo curandeiro contra o regulamento. Mesmo o fanatismo, o cinismo da população e o seu pendor para maltratar os médicos jamais poderiam ofender moralmente, causando qualquer degradação ao caráter público ou particular. Além do mais, comentava Pereira, casos de populações fanatizadas lançarem a culpa da alta mortalidade nos médicos eram comuns em tempos de epidemia. É o que havia ocorrido durante a peste negra em Marselha, em 1730, quando os médicos foram insultados publicamente pelas ruas da cidade; em Verona (1630), quando Grázio e Geodante foram apedrejados pelo povo por terem notificado ao governo a presença da peste na cidade. Até mesmo na França, berço da ciência e da civilização, quando da invasão do cólera, em 1830, os "médicos foram acusados de serem os instrumentos de uma infernal maquinação do governo e de envenenar o povo, e muitos deles correram o risco de pagar com a vida sua devoção aos seus concidadãos (quem mais ansioso se mostrava para tratar dos coléricos maior número de mortos apresentava e mais criminoso era)"(21). Nestes vários exemplos, dizia Pereira, os médicos nunca fugiram de suas obrigações.

Do que precede, podemos dizer que o episódio envolvendo Pai Manoel parece simbolizar toda a conjuntura de tensão e crise social daquele momento crítico. A sua aparição anunciando o remédio milagroso, seus desentendimentos

com as autoridades e a sua prisão, fatos que poderiam, em épocas de "normalidade", ter passado desapercebidos, foram interpretados pelos negros como mais um elemento de confirmação da trama urdida pelas autoridades para eliminá-los .

É preciso dizer que essas reações violentas dos negros livres e escravos eram respostas à violência das autoridades e refletiam tensões sociais que extrapolavam a conjuntura crítica da epidemia.

Sem deixar de reconhecer que em tempos de epidemia os ódios de classe e raciais parecem mais exacerbados, devemos lembrar que a ameaça de ataque aos médicos e invasão de boticas decorria da crença de que os doutores, aliados às autoridades, estavam tentando substituir a mão-de-obra nacional pela estrangeira, com o envenenamento dos negros e mulatos. Neste sentido, os médicos foram simplesmente vistos como agentes do inimigo.

Pode parecer ilógico, visto da nossa perspectiva, imaginar que os senhores estavam mancomunados com os médicos e autoridades para dizimar os seus próprios escravos. Certamente os senhores tinham o interesse de preservar seu principal patrimônio - os escravos -, conservando não só suas vidas mas também sua saúde. E disto tinham também consciência os próprios negros escravos e pardos e os escravos mais ladinos. Mas a desvastação da população africana, ou de origem africana, pelo cólera, suscitou questionamentos até mesmo nos proprietários. De que valia a parafernália da medicina de origem européia, se tantos eram os negros e pardos que vinham morrendo do mal asiático? Nesse

clima de desconfiança surge, então, uma interpretação mais etnocêntrica que econômica do fato. Os pobres começaram a acreditar que os brancos estavam deixando que os médicos - quase todos brancos - matassem a gente de cor.

De onde emergiu essa crença de que havia um plano orquestrado pelas autoridades para substituir os trabalhadores nacionais por estrangeiros ?

Antes mesmo da interrupção do tráfico escravo, em 1850, já havia sinais de inquietação nas camadas populares, pelo receio de substituição da mão-de-obra nacional pela estrangeira. Com efeito, desde o início do século começara a imigração de europeus do tipo dos irlandeses, que foram chamados pela plebe do Rio de Janeiro de "escravos brancos". Projetos para a vinda de trabalhadores da Europa para o Brasil e para o Nordeste também vinham sendo cogitados desde a proibição do tráfico, ainda que muitas autoridades duvidassem de sua efetivação (22).Contudo, a preocupação das elites dominantes naquele momento não era com a imigração estrangeira mas com a utilização da grande massa de pobres livres que se encontrava fora do processo produtivo.

Pouco depois da epidemia, o "Diário de Pernambuco" publicava um artigo sobre os efeitos provocados pela mortalidade colérica na substituição do trabalho escravo pelo trabalho livre. Após constatar que a doença havia roubado às atividades econômicas milhares de braços escravos e que isso, certamente, viria apressar a solução do problema relativo à substituição do trabalho escravo pelo livre, concuía:

> "Antes de cuidarmos em colonizar, em importar para entre nós habitantes de outras terras, ou em chamar para o Brasil o excesso de população laboriosa da Europa, devemos dispor as coisas de maneira que estas populações possam empregar o seu

> trabalho de um modo produtivo, e não sejam obrigadas a vir aumentar a classe perigosa da população do nosso país. Ora, é de toda evidência que antes de tratarmos de proporcionar meios de subsistência a estrangeiros, a homens que ainda se acham em sua pátria, há um primeiro dever a preencher, dever imposto pelos mais simples sentimentos de justiça e de prudência: oferecer trabalho lucrativo, meios de subsistência a esta porção necessariamente ociosa e perigosa dos nossos concidadãos, de que acima falamos" (23).

A despeito dessa posição, temos, entretanto, já no ano de 1857, iniciativas no sentido de promover esporadicamente a importação de estrangeiros para "melhorar a qualidade" da mão-de-obra local. É o que se constata com a fundação de uma Associção para a Colonização de Pernambuco, Paraíba e Alagoas, por um grupo de comerciantes portugueses do Recife. O próprio governo imperial, em 1857, realizou um inquérito preparatório para a vinda de imigrantes para a região (24).

Mesmo que essas tentativas tenham tido pouco ou quase nenhum êxito, o problema da substituição da mão-de-obra nacional pela estrangeira estava posto.

Mas a inquietação quanto à ameaça da competição da mão-de-obra estrangeira não era recente. Como se sabe, uma das causas da revolução praieira de 1849 fora o profundo sentimento lusofóbico das camadas pobres do Recife, especialmente dos negros livres que viviam do artesanato e da prestação de serviços no espaço urbano.

Desde os anos quarenta esses trabalhadores livres pobres sentiam-se marginalizados das principais atividades econômicas na cidade, exercidas ou por escravos ou por trabalhadores brancos europeus. Em 1844, A Folhinha de Algibeira registrava que o comércio do Recife era dominado pelos estrangeiros.

Segundo ela, dos 77 grandes comerciantes existentes na cidade apenas 23 eram brasileiros (menos de um terço do total). O restante do grupo era formado por ingleses (20), alemães (10), franceses (9), portugueses (8), norte-americanos (3), suíços (2), 1 dinamarquês e 1 holandês (25).

Com o passar dos anos, esse monopólio das atividades comerciais exercido por estrangeiros tendeu a se agravar, de modo que, em 1848, A Voz do Brasil, jornal nacionalista dirigido por Inácio Bento de Loyola, dizia que os portugueses controlavam praticamente todo o comércio de carne seca da rua da praia. O mesmo periódico constatava a triste situação do restrito campo de atividade econômica para os brasileiros:

> "Tudo nos vem de fora, e com tal extensão, que nos afogamos; vêm de fora sapatos, cômodas, cadeiras, calças, jaquetas, &&&, de modo que percorrendo-se a escala dos meios de vida só fica ao brasileiro o mesquinho recurso dos empregos públicos, ou a áspera vida de soldado" (26).

Para não nos alongarmos neste ponto, vamos resumir essa situação de mal-estar causada pela presença sufocante da concorrência estrangeira no Recife com um depoimento de Borges da Fonseca, de 1844:

> "Não menos de seis mil casas de comércio a retalho se acham em Pernambuco, e todas elas de estrangeiros: assim - lojistas, quitandeiros, tabemeiros, armazeneiros, trapicheiros, açucareiros, padeiros, casas de roupa feita, de calçado, funileiros, tanoeiros, etc., tudo é estrangeiro. Cada uma dessas casas tem de 3 a 4 caixeiros, com seis mil patrões, dezoito mil portugueses que vos excluem do comércio. Os fundos com que eles comerciam são nominais, que eles todas as compras fazem aos negociantes do grosso trato e prazos. Se pois esse direito fosse exclusivo dos brasileiros, direito que se guarda religiosamente nas outras nações, não estariam acomodados dezoito mil pernambucanos!" Ïsto ainda não é tudo: todas as repartições públicas no Império, e principalmente na Côrte, estão cheias de empregados estrangeiros, despedindo-se para isso brasileiros habilíssimos, que têm ficado com seus filhinhos e mulheres expostos a morrerem de fome!" "O que nos cabe, pernambucanos, brasileiros todos, é somente a pobreza, a fome, a miséria, a escravidão" (27).

Assim, no momento em que a epidemia provocava uma enorme mortandade entre negros e mulatos, esses ressentimentos foram reatualizados na desconfiança "de que os brancos poderosos ou ricos desejavam a susbstituição dos pretos e pardos por trabalhadores também brancos" (28).

A presença do curandeiro Manoel (o São Jorge capaz de derrotar o dragão do cólera), circulando triunfalmente a cavalo, como um salvador, pela ruas "de uma das mais cultas e nobres cidades do império", parece investida de um grande simbolismo. Ela representou naquele momento, dentre outras coisas, uma fugaz vitória da medicina de origem africana sobre a medicina de origem européia.

Mas a conjuntura crítica produzida pela epidemia, provocou também suspeitas e reações dos ricos. As elites retrucaram, lançando sobre os negros e mulatos a acusação de serem um desafio ao bem-estar público, trazendo doenças e fomentando revoltas. Daí decorre a preocupação de se criar um sistema de vigilância para proteger a sociedade contra a sedição e a doença.

Recapitulando, podemos dizer que os vários significados que os diferentes grupos sociais atribuíram à doença eram concepções contrastantes, formas variantes de um medo especifico. De um lado, os pobres temiam que estivessem sendo envenenados; de outro, os ricos suspeitavam que estivessem sendo contaminados por um agente letal. Para os pobres, o governo era assassino; para as elites, os pobres eram perigosos e sediciosos.

Os conflitos em torno do curandeiro negro parecem apontar para três questões importantes: em primeiro lugar, sugerem uma reação da população pobre contra o fato de o cólera ser uma doença seletiva; em segundo, revelam os limites, a ineficácia e o caráter instrumental de uma medicina oficial, inteiramente desnorteada diante da doença; em terceiro, indicam uma forte tensão entre as camadas pobres, os médicos, as autoridades administrativas e seus planos de combate à epidemia. Vejamos, a seguir, com mais detalhes, cada um desses aspectos.

2. Mapeando a doença.

O primeiro caso de cólera, como vimos, foi registrado no Recife em 27 de janeiro de 1856, na rua do Ouro, freguesia de São José. O cólera teria sido introduzido na capital por intermédio de um indivíduo que estivera em Santo Amaro de Jaboatão, onde o mal já fazia seus estragos (29).

Apanhada de surpresa, a população, em princípio, não quis acreditar que flagelo tão terrível pudesse invadir a cidade, mesmo que tudo e todos já estivessem "preparados" cinco ou seis meses antes para recebê-lo.

Inicialmente, a moléstia não se manifestou com grande letalidade, registrando apenas 3 casos fatais em janeiro. Em fevereiro, na primeira quinzena, a média diária foi de 6 óbitos. Mas a partir dai a mortalidade aumentou progressiva e rapidamente, chegando a atingir, no fatídico dia 3 de março, a assombrosa casa de 133 pessoas mortas!

Das 3.338 mortes pela epidemia na cidade do Recife, 3 ocorreram em janeiro, 1.017 em fevereiro, 2.045 em março, 285 em abril e 9 em maio. A distribuição da mortalidade por freguesia foi a seguinte: Recife, 534; Santo Antônio, 708; S. José, 949, e Boa Vista, 1047, conforme o quadro abaixo, elaborado pela administração do cemitério público do Recife:

QUADRO II

Resumo das vítimas do cólera desde o dia 29 de janeiro de 1856 até o dia 1°. de maio do mesmo ano, segundo o Livro do Cemitério Público do Recife.

MESES	CONDIÇÕES				CORES			SEXOS		ESTADOS			FREGUESIAS				NATURALIDADE	
	CBTUÁRIO	LIVRES	ESCRAVOS	NÃO DECLARADO	BRANCOS	PARDOS	PRETOS	HOMENS	MULHERES	SOLTEIROS	CASADOS	VIÚVOS	RECIFE	SANTO ANTONIO	SÃO JOSÉ	BOA VISTA	IMPÉRIO	FORA
FEVEREIRO	1014	673	341	71	137	286	526	508	506	769	129	96	228	227	268	290	769	245
MARÇO	2085	1608	477	48	411	212	914	970	1115	1556	298	231	349	427	617	692	1664	431
ABRIL	230	181	58	3	55	68	113	106	133	186	31	22	57	54	63	66	186	61
SOMA	3338	2462	876	122	603	1066	1647	1684	1754	2531	468	340	634	468	706	1042	7511	727

FONTE: Livro de registro dos sepultamentos no cemitério público do Recife. Reproduzido no Relatório da Comissão de Higiene Pública de Pernambuco, 1856.

Como se pode ver dos dados acima, a epidemia de cólera no Recife afetou a todos os setores sociais, sem distinção de sexo e idade, mas seu impacto foi diferencial por freguesias, classes sociais e grupos étnicos. Analisando-se a mortalidade por freguesias, podemos observar que as mais afetadas foram a de Boa Vista e a de São José. As condições sanitárias entre as diferentes freguesias não eram semelhantes. A freguesia da Boa Vista, onde se situavam verdadeiros focos de infecção, como a Cabanga e a rua do Cisco, geralmente habitados por

gente miserável, vivendo em casas de palha, sem a mínima condição de higiene e tendo, além disso, a fome como companheira, certamente contribuiu para a maior mortalidade colérica. Devemos, entretanto, observar que essa correlação entre condições de vida e mortalidade não exclui outras variáveis. Neste sentido, é preciso também atentar para o fato de que a maior mortalidade na freguesia da Boa Vista se verificou porque nela se concentrava a maior parte dos hospitais da cidade, lugares, como se sabe, escolhidos para morrer.

Infelizmente não dispomos de dados estatísticos sobre a morbidade colérica no Recife. Podemos supor, entretanto, pelos dados da mortalidade, que aproximadamente um quinto da população contraiu a doença. A causa principal da alta morbidade e mortalidade parece estar ligada, evidentemente, ao modo como era feito o abastecimento de água da cidade. Como já vimos no capitulo II deste trabalho, não havia canalização e a água era distribuída e vendida pelas ruas, de modo que, uma vez contaminados os poços ou os rios, a população inteira ingeria o bacilo. Somem-se a isso a falta de esgoto, de asseio pessoal e outras tantas dificuldades enfrentadas pela população.

Coincidindo com a vasta e rigorosa campanha de desinfecção de domicílios implementada pela Comissão de Higiene, a epidemia principiou a declinar.

3. Mortalidade entre negros escravos e livres.

De que modo essa geografia diferencial da morte afetou as camadas mais pobres da população, livre e escrava? Ainda que a epidemia de cólera tenha-se constituído num perigo ameaçador para todos, ela foi também uma doença seletiva, como já dissemos anteriormente, pois afetou mais os pobres do que os ricos. Neste ponto, o cólera produziu um quadro de mortalidade inverso ao da febre amarela, que tinha entre as camadas da população branca o maior número de vítimas fatais (30).

Os escravos e homens livres pobres constituíram, assim, as camadas sociais mais vulneráveis à epidemia. Esta conclusão parece se aplicar às principais cidades brasileiras afetadas pela doença: Rio de Janeiro, Salvador, Recife, Belém.

Para o caso do Rio de Janeiro, o relatório apresentado pelo dr. Paula Cândido ao Ministro do Império demonstrou que 95% das vítimas eram escravos e pessoas pobres vivendo em condições precárias de higiene. Do total de óbitos na Capital do Império (4.843), cerca de 2.513 eram escravos. Do total da mortalidade produzida pelo cólera no Brasil 2/3 eram da raça negra (31).

Para o caso específico da cidade de Recife já apresentamos um quadro da mortalidade provocada pela epidemia de cólera de 1856, onde pudemos constatar que a mortalidade nas camadas populares - livres e escravos - foi largamente superior. A disseminação, com grande desenvoltura, do cólera nas camadas da

população desprovidas dos serviços básicos de saneamento (água tratada, esgotos, fossas, higienes) é hoje uma constatação banal. Mas na época aqui considerada não era tão evidente assim. Relacionar a transmissão da doença às condições de vida deterioradas dos habitantes da cidade foi uma operação intelectual que exigiu uma cuidadosa investigação da medicina da época, como veremos no capítulo V deste trabalho. Por ora, vejamos como os pobres interpretaram esses altos índices de mortalidade entre eles.

Sendo o cólera supostamente uma doença contagiosa, podemos imaginar que não havia ninguém melhor do que o escravo para se sentir ameaçado. Extenuado pelo trabalho, debilitado pela ausência de uma boa alimentação, obrigado a se locomover constantemente, pondo-se em contato com o perigo a todo instante, ele poderia imaginar que era mais vulnerável às epidemias, até mesmo porque exercia atividades consideradas de risco.

Mesmo admitindo a hipótese, duvidosa por sinal, formulada por Gilberto Freyre (32), segundo a qual os escravos constituíam a parcela melhor alimentada da população, não parece restar dúvida de que era a camada mais afetada pelas epidemias. Que nos seja permitido transcrever aqui um registro, embora longo, das condições de vida, de trabalho e sanitárias dos escravos em Pernambuco, no ano de 1855, elaborado por Henry Cowper, cônsul inglês naquela Província:

> "As moléstias matam muitos, mas essas são devidas em grande parte ao mau tratamento e ao pouco cuidado que há em sua marcha para suas terminações fatais. Rara é a senzala de engenho que seja construída e situada segundo os preceitos higiênicos, e quando mesmo alguma não é mal situada ou construída os escravos não tem leitos convenientes nem roupas que os cubram; de maneira que, já sendo eles pouco cuidadosos de si, nem mesmo procuram evitar aquilo que lhes pode fazer mal; pelo contrário, desejam as moléstias para terem descanso; entretanto proprietário há que mesmo assim os obrigam ao trabalho, embora se achem gravemente enfermos... Se os proprietários de escravos lhe derem bom tratamento,

> fazendo escolha dos alimentos e fornecendo-lhes roupas suficientes e apropriadas; se não obrigarem ao trabalho durante os últimos três meses de prenhez as que se acharem grávidas tendo salas em que as crias estejam durante a infância e nelas recebendo os cuidados das mães ou de pessoas encarregadas de fazê-lo, e sendo vacinadas em tempo, só principiando a trabalhar depois de dez e mesmo assim em serviço que comportem sua força; se durante as moléstias recorrem a facultativos, consultando-os desde os primeiros sofrimentos e lhes dêem boas enfermarias em que tenham os medicamentos que lhes forem prescritos; se derem aos escravos mais descanso, não os obrigando a trabalho imoderado, nem durante a noite quanto isto possa ser feito, respeitando os domingos e dias santos; se enfim situarem bem as senzalas, fazendo-as construir segundo as regras da higiene, obrigarem os escravos a entrete-las limpas e a se banharem depois do serviço, excitando-os durante o inverno com ração de aguardente, verão que as moléstias diminuirão e com elas a mortalidade, que isso a que dão a denominação de vicio de comer terra desaparecerá ou, sendo considerado, como é, um sintoma de falta de afeição, que os escravos terão muito mais vigor e em consequência o seu trabalho será dobrado e feito com mais satisfação; que maior será o número das crianças que nascerão vivas e estas não sucumbirão em grande escala... (33).

Baseado nessas precárias condições de vida e de trabalho das camadas baixas e nas péssimas condições sanitárias da Província, de um modo geral, o cônsul previa que o impacto do cólera no País seria bem pior que na Europa. Daí as sugestões feitas pelo inglês aos proprietários de escravos de Pernambuco. Sugestões que, diga-se de passagem, permaneceram letra morta, pois o "Diário de Pernambuco", vinte anos depois (27/4/1876) registraria: "há proprietários... que escolhem gêneros corrompidos para a alimentação de sua escravaria, e que assim fazem constituir a ração de cada escravo de um naco de carne de charque, uma cuia e uma xícara de farinha de má qualidade. Este proprietário não compreende o que vai nisso de sacrifício para seu capital".

Mas o que inquietava sobremaneira os escravos no momento da epidemia era ter que exercer atividades consideradas de risco. Como se sabe, os escravos figuravam no interior da cidade como instrumentos vitais para seu funcionamento. Eram eles que realizavam todos os serviços essenciais. Na ausência de

transporte animal, serviam como tração humana, transportando não só cargas mas senhores nos seus palanquins, "tigres" (os já citados barris de excrementos das casas que eram jogados na praia), água, dos chafarizes ou fontes para as casas, lixo e, em tempo de peste... cadáveres para os cemitérios. Gilberto Freyre, em uma página antológica, demonstrou como a utilização do escravo como principal instrumento de prestação de serviços básicos urbanos "retardou a instalação de serviços de canalização e de esgotos nas casas e sobrados" (34).

Contudo, a idéia da maior vulnerabilidade do escravo ao cólera foi uma construção - real ou imaginária - do discurso médico. A presença necessária do escravo para o funcionamento regular dos serviços básicos o levara a ocupar um lugar de destaque nos discursos da sociedade. Tido como elemento essencial na prestação de serviços era, ao mesmo tempo, considerado pelas elites como agente causador da desordem urbana, como foco de contágio e de doença nas cidades.

A medicina da época, ao desconhecer os agentes etiológicos biológicos, confundia produção e reprodução da doença, pois o " escravo era visto não como homem doente, mas como causa de desordem, doenças e brutalidades", ou como transmissor de "doenças próprias de suas disposições hereditárias" (35).

O negro escravo, enquanto portador de um perigo a ser evitado, já era uma preocupação da medicina desde o período colonial. Os médicos denunciavam a permanente ameaça do comércio de escravos no centro da cidade. O amontoamento dos negros nos locais mais à vista, semi-nus, cheios de moléstias,

satisfazendo todas as necessidades publicamente, além de constituir um atentado à moralidade, era um foco perigoso de contágio.

A posição estratégica ocupada pelo escravo no conjunto da economia do séc. XIX, no Brasil, fez com que ele fosse alvo do saber médico, cuja finalidade maior era transformá-lo de agente produtor e causador da doença em um ser normalizado, higiênico e moralmente são. Evidentemente, tal empresa da medicina esbarrava na própria condição jurídica do escravo, que excluía concretamente a cidadania.

A grande dificuldade, então, era como compatibilizar uma proposta de criação de cidadãos perfeitos, livres e trabalhadores com a presença corruptora do escravo na sociedade. Este era um dilema com o qual a medicina conviveria durante praticamente todo o séc. XIX. Acabar com a escravatura ou excluir o escravo do espaço urbano - espaço a partir do qual a medicina formula seus discursos e práticas de reordenação de uma sociedade civilizada - eram empreendimentos que os médicos não estavam dispostos a levar até o fim.

Mas o que importa destacar aqui é que a presença do escravo na cidade e, especialmente, no seio da família branca, era encarada como causa de desordem, doença, brutalidade e degenerescência. Tematizado como obstáculo fundamental para a construção de uma sociedade sadia, higienizada, o escravo era visto como causador de malefícios a todos os membros da família. Tanto a saúde como a moral das famílias seriam afetadas pela presença corruptora do escravo. No interior da casa ou na própria cidade, ele passa a causar repulsa,

medo e suspeição. De peça indispensável para o conforto da casa e da cidade, o escravo se torna, agora, presença indesejável. A medicina começa a vê-lo como fonte de doenças, produzidas por ele mesmo ou pelas condições precárias em que vive.

Assim, ao descrever as condições de moradia dos escravos nas senzalas e nos mucambos, os médicos concluíam que elas eram causas de doença, por serem mal localizadas, mal construídas, úmidas e imundas, não terem ventilação e abrigarem um número excessivo de escravos. Da mesma forma, a alimentação precária e o vestuário eram considerados outras tantas causas das doenças e da indolência dos escravos. O vestuário do escravo, segundo um médico da época, não oferecia garantia segura contra as intempéries (36). O trabalho também era causa de doença, dadas as condições em que se realizava e pelo excesso a que os escravos estavam submetidos.

Já na década de quarenta do século passado, os médicos recifenses chamavam a atenção das autoridades para o espantoso número de enfermos de hidronemias (frialdades, no vulgo popular) registrado entres as camadas pobres e os escravos. Atribuíam as causas da enfermidade e o grande número de vítimas que baixava à sepultura à extrema umidade do clima, à falta de higiene pública e privada e, principalmente, à deficiência alimentar (uso excessivo dos farináceos). Sugeriam aos proprietários de escravos que seria mais barato melhorar a alimentação dos seus cativos do que ter que renovar o seu plantel, além do que estariam unindo seus interesses aos preceitos da higiene e aos deveres gerais da humanidade (37).

Entretanto, a propensão para a doença no escravo, segundo entendia a medicina, não decorria apenas de suas condições de vida, mas do seu modo de vida. Neste sentido, a imagem que se constrói do escravos é a de um ser de vida desregrada e relapsa. Nas observações dos médicos, os escravos deveriam ser reeducados e disciplinados para assimilarem hábitos saudáveis. Reprovavam, assim, a conservação, por parte do escravo, do mau hábito de andar descalço, costume perigoso, principalmente nos tempos do cólera. Era necessário que se tomassem precauções todas as vezes que eles fossem repousar, fazendo-os enxugar bem os pés. Recomendava-se, ainda, que os mesmos tomassem banho pelo menos três vezes por semana e conservassem a maior limpeza em suas roupas. Devia-se também controlar sua alimentação, diminuindo a carne salgada, o feijão. A sobriedade era um preservativo contra o cólera, coisa que os escravos, na visão dos médicos, não possuíam. Por serem comilões e bebedores inveterados, eram os primeiros a serem atacados. O cólera, para muitos médicos, era uma doença de degenerados:

> "Só morre quem despreza a medicina, ou quem vive em deboches, com desregramento, passando noites no sereno, etc., enfim, havendo bom regime de vida e de boca, não se faz caso de tal doença (..) Aqui só morria gente estúpida, sem dieta, morriam ainda morrem, os negros escravos das fazendas, porque além de se alimentarem de feijão, de ordinário com desregramento, ocultavam os sintomas, e quando se davam os remédios já era tarde" (38).

Assim, a tematização do escravo pelo discurso médico deixa entender claramente que a sua presença na cidade era causa de doença, especialmente em momentos de epidemia. Por isso, ele foi colocado junto aos demais perigos

que ameaçavam a vida dos cidadãos, como os "miasmas", os "insetos", os "maus ares" e os "maus hábitos".

A presença do escravo no seio da família branca passa então, sobretudo nos momentos de epidemias, a ser indesejável e perigosa. Neste sentido, não deixa de ser interessante a crítica que o "Diário de Pernambuco", de 18-2-1856, fazia à prática habitual de arrebanhar escravos no meio da rua para transportar doentes e cadáveres de coléricos. Isto, na opinião do jornal, poderia introduzir a doença nas famílias dos proprietários, dada a desproteção em que viviam os escravos, muitos deles semi-nus e, por isso mesmo, mais sujeitos à contaminação. O jornal sugeria, então, que fossem utilizados nesses serviços fúnebres apenas mão-de-obra livre. Por aí podemos imaginar as dificuldades enfrentadas pela polícia e pelos médicos para utilizarem os escravos nos serviços de transporte e enterrramento das vítimas do cólera. Se realizadas por escravos, essas práticas punham em risco suas vidas e ainda a dos senhores, que poderiam ser contaminados por seus cativos.

A questão da dificuldade para se arregimentar mão-de-obra para os enterros parece ter sido das mais graves e angustiantes da epidemia. A polícia muitas vezes prendia os homens livres que passavam pelas ruas, obrigando-os a abrir sepulturas. David nos informa que em Santo Amaro (Bahia), "alguns médicos chegaram inclusive a participar das inumações e incineração de mortos". Os médicos da Comissão de Higiene local queixavam-se de que tinham de "haver-se com cadáveres e não com doentes" (39).

Havia um esforço das elites e, sobretudo, dos médicos para justificarem a alta mortalidade entre os negros do Recife pelo argumento de que a doença era conseqüência do barbarismo, da fraqueza moral e da irresponsabilidade dos pobres.

Para sanear a cidade burguesa de pestes e epidemias era preciso desfazer o contato do escravo com o branco. E só existiam duas possibilidades: fazer desaparecer o escravo ou transformá-lo num ser plenamente moralizado e disciplinado. Mas como disciplinar o escravo se ele não era um "cidadão perfeito, livre e trabalhador", condições necessárias para que se desse a articulação "entre o sujeito do contrato social e o sujeito da disciplina"? Neste sentido, o escravo constituía um obstáculo ao projeto de medicalização da sociedade. A solução consistia, então, em "modificá-lo higienicamente, sem alterar sua posição social e seu estatuto civil. Os médicos criaram, então, um outro procedimento tático: inverteram o valor do escravo. De 'animal' útil ao patrimônio e à propriedade, ele se tornou 'animal nocivo à saúde'. Seu lugar disciplinar foi, deste modo, garantido" (40).

Esse era o problema visto de cima, pela comunidade médica. Mas o que os escravos e negros livres pensavam a respeito? Como vivenciaram e representaram esse momento traumático? Nesses aspectos, como sempre ocorre com a história dos dominados, as fontes de que dispomos, quase todas oficiais, são reticentes, não deixando praticamente indícios da visão que tinham do problema. Podemos supor, entretanto, que eles estavam plenamente conscientes

de que eram os mais afetados pela epidemia. Colocados para enfrentar todas as situações de risco, os escravos em tempos de cólera sentiam-se naturalmente mais ameaçados do que seus senhores. Por isso, tinham um medo terrível da doença, maior do que o do seus senhores, já que eram os que mais de perto conviviam com o espetáculo do sofrimento e o aspecto medonho dos moribundos. Envolvidos diretamente com os doentes e mal-alimentados (a fome era um componente sempre presente nos tempos de epidemia), eram mais suscetíveis de serem contaminados pela moléstia. Some-se a isso, para entender a grande inquietação que houve entre eles, o fato de serem a faixa da população escolhida ou obrigada a lidar com o enterro dos mortos da epidemia, em um momento em que o cadáver passava a ser considerado também um agente pestilencial.

Em conseqüência da clara discriminação social na mortalidade, reapareceu, então, no Recife de 1856 um fenômeno já enfatizado por vários autores: o ódio de classes em tempo de epidemia (41). O momento de que estamos tratando parece sugerir que houve um recrudescimento das hostilidades entre as diversas camadas sociais da população. Na interpretação de Gilberto Freyre, este recrudescimento das hostilidades foi muito mais uma expressão dos conflitos raciais ou, mais precisamente, culturais, do que propriamente de classe:

> "A este elemento europeizado, foi particularmente desfavorável a devastação da população africana, ou de origem africana, das senzalas e mucambos, pelo `mal asiático'. Onde estava o poder da técnica européia? De que valiam os instrumentos, as máquinas, as ingresias dos médicos de formação européia, se tantos eram os negros e pardos que viviam morrendo de cólera? Apareceu então uma interpretação antes etnocêntrica que econômica do fato: os brancos estavam deixando que os médicos - quase todos brancos - matassem a gente de cor" (42).

4. Identificando os culpados (medos étnico-sociais).

> O cólera é uma arte diabólica de brancos para acabar com gente de cor" **(frase atribuída aos negros quando se manifestavam pelas ruas do Recife, em 1856).**

> "Toda doença é sempre o resultado de um feitiço, de um sortilégio: a missão de destruir, pela intervenção da magia, essa obra sobrenatural, pertence ao feiticeiro".
>
> **(Nina Rodrigues. Le animisme fétichiste des negres de Bahia, 1890)**

Como vimos, parece que, no imaginário negro, o mal asiático foi interpretado como uma doença diabolicamente importada por brancos para dizimar sua gente. Esta desconfiança dos negros em relação às autoridades e, principalmente, aos médicos é um dos aspectos importantes a se considerar, ainda que não constitua um traço específico e único na história das epidemias. Em todos os tempos nos quais epidemias devastaram as populações houve sempre uma preocupação em buscar responsáveis pela sua irrupção e propagação. O exemplo mais flagrante foi o da peste negra na Europa. Lá procurou-se responsabilizar os judeus, os leprosos, os estrangeiros e os vagabundos por sua difusão (43).

No caso das epidemias de cólera não parece ter sido diferente, como já tivemos oportunidade de mencionar no capítulo I deste trabalho. A bibliografia sobre cólera na Europa e na Ásia, no século XIX, é pródiga de casos em que a população pobre, dizimada pela doença, identificou nos poderosos diabólicas

maquinações para espalhar o mal, com o fito de livrar-se da presença incômoda e ameaçadora de um excesso de bocas famintas. Dessa forma, os camponeses pobres da Rússia acharam que os ricos haviam descoberto no cólera um novo instrumento de opressão. Semelhantes suspeitas ocorreram na Prússia e na Inglaterra no início dos anos 1830, quando o avanço da epidemia foi acompanhado por motins populares (44). Culpabilizar a opressão social pela doença parece ser um traço recorrente desses momentos críticos, ainda que os contextos culturais e históricos em que tais fatos ocorreram tenham sido bem diferentes.

Parece-nos útil, em uma primeira aproximação, reconhecer que os acontecimentos de 1856, em Recife, indicaram um conflito ora aberto e declarado, ora latente, entre duas visões bastante diferentes (não diríamos opostas) da doença e da cura. Ao vivenciarem e representarem um acontecimento traumático, cujo significado mais imediato era a ameaça da morte como possibilidade a todo instante, as elites (especialmente médicas) e as camadas populares construíram saberes sobre a doença que levaram a situações de tensão.

A crença de que a doença era uma espécie de intoxicação, como vimos, ironicamente foi construída com o auxílio da patologia humoral, que definia a enfermidade como uma "alteração no sangue" ou "envenenamento geral".

Mas a crença sobre o envenenamento ainda permanece pouco esclarecida. Por que os negros achavam que estavam sendo envenenados? Havia algum fundamento real ou era uma construção puramente imaginária? Já sublinhamos

que a alta mortalidade entre eles, por si só, não levaria a essa crença. Devia haver algo mais que levantasse tantas suspeitas. Já falamos também sobre o modo como a doença agia: ataques fulminantes, em qualquer hora e lugar. Mencionamos também os sintomas, muito parecidos com intoxicação (envenenamento). Lembramos também o exacerbamento das tensões sociais e raciais agravadas com a crise conjuntural provocada pela epidemia.

Contudo, nada disso teria contribuído para o levantamento das suspeitas de envenenamento se não houvesse entre as camadas afro-brasileiras uma forma particular de representação imaginária da doença. Aqui havia uma gritante diferença entre a visão dos higienistas e da população negra.

Os higienistas, mesmo se empenhando de todas as formas no combate à doença, terminavam por professar uma visão maltusiana da epidemia. Achavam que ela tinha um propósito de manter o equilíbrio demográfico. Os médicos do Recife viam a mortalidade como um fenômeno individual, com determinantes puramente biológicos, cujos mecanismos constituíam a etiopatologia da doença. Não suspeitavam que essa concepção biológica era insuficiente para esclarecer a mortalidade a um nível coletivo. A mortalidade era ignorada como uma conseqüência do equilíbrio entre o homem, vários fatores patógenos externos e o ambiente físico e biológico.

A medicina da época estava suficientemente comprometida com os interesses dominantes para reconhecer que a mortalidade entre os negros era resultante de variáveis tais como renda, alimentação, saneamento, atenção

médica. Sendo assim, a epidemiogia, embora fizesse observações do coletivo, tinha como marco de referência o fenômeno do indivíduo, ou seja, seu caráter biológico. A doença era, portanto, um desequilíbrio da natureza ou um sinal da Providência.

Para a população negra pobre, entretanto, o cólera tinha um significado diferente e, em certo sentido, político: o governo estava matando o povo de fome e de cólera. A epidemia seria fruto de um sórdido complô, arquitetado pelo governo e executado pelos médicos, seus aliados. Os negros acreditavam que eram alvo de uma purga - uma solução racial para resolver um problema social. Afinal, os médicos não diziam que o cólera era uma doença dos fracos - de corpo e alma? Como não responsabilizar então os negros pela própria doença?

É certo que essas suspeitas dos pobres se alimentavam dos ressentimentos acumulados com relação aos médicos, que, na visão popular, só estudavam as doenças para salvar os ricos. Os médicos deixaram de ser vistos, então, como protetores da saúde pública e tornaram-se agentes das autoridades. Sua atuação, aos olhos dos pobres, restringia-se às medidas de internação, segregação e tratamento.

Mas isto não era tudo. A própria noção de doença entre os negros reforçava a idéia de envenenamento. No imaginário afro-brasileiro, a doença era uma entidade construída e, portanto, passível de ser manipulada. Neste sentido, podia ser causada pelo poder de feiticeiros que conseguiam manipular as forças nefastas do Universo (45). A doença era concebida como punição dos deuses,

que castigavam as infrações coletivas com a peste e as individuais com a cegueira, a loucura, a lepra ou... o cólera.

Como elemento manipulável, a enfermidade podia ser prevenida ou interrompida, tudo dependendo de rituais que viessem agradar aos deuses responsáveis por seu desenvolvimento. Essa concepção espiritualista da doença fazia com que ela fosse interpretada como uma força manipulável, a serviço de forças díspares do universo. A partir desse entendimento, a utilização da doença para qualquer propósito era possível, inclusive como um instrumento diabólico nas mãos dos médicos para dizimar os negros escravos e livres.

O entendimento da doença como sortilégio é milenar. Submersos no universo mágico, os negros pouco distingüiam o natural do sobrenatural, o visível do invisível, o particular do geral, a imagem da coisa figurada. Assim, atribuía-se a curandeiros o poder tanto de restaurar a harmonia rompida com a doença, restituindo a saúde aos que a haviam perdido, como de desencadear malefícios. No Brasil Colonial e Imperial parece não ter havido uma separação funcional marcante entre curandeiros e feiticeiros, como ocorreu na Europa entre bruxas que enviavam o mal e feiticeiras que o exorcisavam. Mesmo que a homogeneização entre curandeiros que tratavam as doenças, curandeiros que curavam feitiços e promotores de feitiços tenha sido uma imagem criada pelos aparelhos repressivos, permanece o fato de que algumas pessoas tinham o poder de provocar ou curar doenças. Os feitiços utilizados pelos escravos para se resguardarem dos maus tratos dos seus senhores foi um aspecto registrado por todos que se ocuparam desse tema (46).

Assim, o modelo de doença construído pelos negros era exógeno, isto é, representava a doença como resultado da intervenção de agentes exteriores (forças do universo, maus espíritos, envenenamento). A doença era um fato construído pela ação de um elemento estranho (real ou imaginário), que se abatia sobre o doente. A origem da enfermidade estaria, portanto, na vontade maligna de um poder antropomorfo ou antropomorfizado: feitiço, gênio, espirito, diabo, até mesmo no próprio Deus, que intervinha sob a forma do Destino (47).

Note-se que essa representação exógena da doença não se encontrava apenas no imaginário das camadas populares. Boa parte da medicina ocidental também pensava os processos patológicos e terapêuticos a partir da noção da doença como resultado de um agente nocivo, mas concebido desta vez como "natura": a influência mórbida dos planetas, da geografia, do clima e da meteorologia, ou seja, do meio em sentido amplo (as condições ecológicas e sociais).

As influências da cultura médica nas concepções populares sobre doença e cura já vinham ocorrendo desde o século anterior, através da vulgarização de manuais e receitas, muitos deles bastante conhecidos, como era o caso do mencionado Dicionário de Medicina Popular de Chernoviz.

Desse modo, o pensamento mágico terapêutico dos negros incorporara alguns elementos da medicina oficial na construção da doença, demonstrando que as representações populares do cólera não se opunham como um todo coerente à cultura dominante.

A concepção negra sobre a doença em geral se guiava por um conjunto de regras, modelos, rituais, expressões ou ações, que conformavam uma série de enunciados ou saberes, oriundos, historicamente, da vida prática. Os elementos assim formados - objetos, enunciados, jogos de conceitos, séries de escolhas teóricas - não constituíam uma ciência, com uma estrutura idealmente definida, mas, tampouco, eram amontoados uns aos outros. Tratavam-se de elementos a partir dos quais se podiam construir proposições coerentes (ou não), " desenvolver descrições mais ou menos exatas, efetuar unificações, elaborar teorias" (48).

É certo que os enunciados deste saber eram elementos empíricos, se quiser, mágicos, míticos, religiosos, mas também racionais. Este saber não estava em oposição radical ao saber dominante, mas também não se identificava com ele.

O que parecia ocorrer era um processo de assimilação-oposição, onde a concepção negra sobre a doença ora exibia elementos de aceitação da cultura médica dominante, ora negava esta cultura. Quero dizer, enfim, que não era no confronto dos discursos que se dava a resistência dos negros, mas no modo pelo qual eles eram capazes de confundir o jogo do outro, "jogando o jogo do outro, isto é, jogando no espaço instituído pelo outro" (49).

O modelo exógeno da doença utilizava com freqüência algumas metáforas para descrever o ataque do mal: penetração, invasão, violentação, possessão, intoxicação, contaminação, assalto, envenenamento.

Entre os negros, a doença era em geral entendida como uma conseqüência da ação deliberadamente agressiva de um feiticeiro (negro ou branco). Era, assim, um ser maligno que havia penetrado no corpo. A cura consistia no ato de extrair, por aspiração e sucção, as materializações tangíveis da doença, seguido por uma expulsão simbólica do mal, através da purificação ritual e protetora do paciente. Todo esforço de cura baseava-se em procedimentos de chupar, assoprar, vomitar, defecar, desenterrrar, expelir, neutralizar, enfim, as energias negativas, destruidoras, tidas como provocadoras das doenças e desgraças.

Os escravos e negros livres, ao que parece, não viam com tanta resignação os efeitos da epidemia. Ainda que encarassem a doença como resultante de causas sobrenaturais - provocadas por feiticeiros e forças malignas -, acreditavam que ela era um instrumento manipulável quando se tratava da opressão social. Nestes termos, dependendo do contexto social, médicos poderiam se transformar em agentes do cólera, veículos da dizimação deliberada da "gente de cor".

Ao denunciarem a alta mortalidade entre eles, os escravos e negros livres apontavam para o caráter social da doença. Ao mesmo tempo, combatiam a noção da doença construída pelas elites, segundo a qual a grande mortalidade entre os pobres era conseqüência do barbarismo a que estavam entregues (pobreza, sujeira, fraqueza moral, irresponsabilidade).

O que vemos nesses acontecimentos é um quadro indicativo dos vários significados que as diferentes camadas sociais atribuíram à epidemia. As

interpretações contrastantes sobre a doença revelavam formas variantes, como já salientamos, de um medo singular. De um lado, temos os negros escravos e livres com o temor de que estavam sendo objetos de uma purga, cujo objetivo era alcançar uma solução para o embranquecimento da raça. De outro, temos uma elite com medo de que estivesse sendo contaminada por um germe letal oriundo da contigüidade e, mesmo, convivência com seus escravos e ajudantes pobres.

O cólera, dentre outras coisas, ao demonstrar que a desigualdade com respeito à morte coincidia com a desigualdade com respeito à vida, politizou o discurso médico. O foco de atenção do discurso médico passou a ser as condições de vida. Ao levantar o problema da ligação pobreza/doença, criou a necessidade de um novo código de saúde pública. A ênfase dada anteriormente ao clima ou à topografia (teoria hipocrática) agora incidia sobre os fatores sociais. Operava-se, assim, um deslocamento do objeto, dos conceitos, métodos e práticas da medicina, como veremos no capítulo seguinte.

Fig. n. 34: Ama escrava e menino branco: a mistura perigosa. Fotografia de Villela feita no Recife por volta de 1860.

Notas do capítulo IV:

1. Relatório do Presidente da Província de Pernambuco, dr. José Bento da Cunha **FIGUEIREDO,** à Assembléia Legislativa, 1857, p. 22. (Ms.) Arquivo Público do Estado de Pernambuco.

2.Oficio n.4, de 19-2-1856, do Cônsul de Portugal no Recife, Joaquim Baptista **Moreira,** in **MACEDO,** Carlos. **A moléstia Reinante e o Cônsul de Portugal no Recife em 1856.** Recife, pp. 18-19.

3. **CORDEIRO**, Antônio Cruz da. **Impressões da epidemia**, Bahia: typ. Camillo de Lellis Masson, 1856 p. 181-182

4. **REGO,** José Pereira. **Esboço Histórico das epidemias que tem grassado na cidade do Rio de Janeiro desde 1820 a 1870.** Diário Oficial do Império do Brasil, 1871, p. 88.

5. **FREYRE**, Gilberto. **O velho Félix e suas "Memórias de um Cavalcanti"**, Recife, FUNDAJ, Editora Massangana, 1989, p. 24.

6. **DIÁRIO DE PERNAMBUCO**, 18-2-1856.

7. **KIPLE**, Dalila de Sousa. **Darwin an medical perception of blak: comparative study of the United States and Brazil, 1871-1918.** Tese de PH. D., Browling Green Satate University, 1987, diz que os médicos brasileiros atribuíam ao meio-ambiente a maior vulnerabilidade dos negros brasileiros à doença, enquanto os norte-americanos se pautavam mais por enunciados darwinistas.

8. **MACHADO**, Roberto et. **Danação da Norma: medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil,** Rio de Janeiro, Edições Gaal, 1978; **COSTA**, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.

9. **KIPLE**, Kenneth. e **KING**, Virginia. **Another dimension to the black dispora: diet, disease, and racism.** Cambridge, Cambridge University Press, 1981. Ver também **SAVITT**, Todd L. **Medicine and slavery. The disease and health care of blacks in Antebellum Virginia**. Chicago and Londres, University of Illinois pres, 1978, quando afirma que as elites brancas da Virginia acreditavam que moral elevada, vida limpa e religião ortodoxa garantiam imunidade contra o cólera, além, evidentemente, da cor da pele. Desse modo, os brancos tentavam passar uma imagem de que o cólera era uma doença dos pobres e dos indivíduos de pele escura. O grande número de casos de cólera entre os negros e os pobres era interpretado como uma combinação de estigma racial e condições de vida desprezíveis. Mas os argumentos das elites brancas tendiam a dar maior peso às predisposições raciais e morais. Além das inadequadas condições de vida, da intemperança, da corrupção moral, investia-se também nas atitudes

aparentemente displicentes dos negros, quando se tratava de cuidarem de si mesmos. Dizia-se que os negros abusavam na alimentação, nas bebidas alcóolicas, na luxúria e, ainda por cima, relutavam no tratamento hospitalar quando adoeciam. Ver ainda o interessante estudo de **ROSENBERG,** Charles E. **The cholera years: The Unitede States in 1832, 1849, and 1866,** Chicago, 1962, onde o autor discute as atitudes sociais diante do cólera neste período.

10. **PEREIRA**, Cosme de Sá. Carta aberta. **Diário de Pernambuco**, 31-3-1856.

11. **Diário de Pernambuco**, 18-2-1856.

12. Idem, 23-2-1856.

13. Idem

14. **DIÁRIO DE PERNAMBUCO**, 28-2-1856.

15. **DIÁRIO DE PERNAMBUCO**, 27-2-1856.

16. **DIÁRIO DE PERNAMBUCO**, 27-2-1856.

17. Manifesto de renúncia do dr. Joaquim de Aquino **Fonseca**, publicado no **Liberal,** 26 de março de 1856.

18. Idem

19. **CÂNDIDO**, Francisco de Paula. **Relatório acerca da saúde pública levado à presença de S. M. o Imperador, 1-3-18546.**

20. **Relatório da Comissão Provisória de Higiene Pública de Pernambuco, 1856.** Recife, Tipografia de M. F. de Faria, 1857.

21. Idem.

22. **LIMA**, Alvaro Tibério de Moncorvo. **Falla recitada na abertura da Assembléia Legislativa da província ... 1856**. Bahia. Antônio Olavo de França Guerra, 1856, p. 99.

23. **DIÁRIO DE PERNAMBUCO**, 24-3-1856.

24. **EISENBERG,** Peter L. **Modernização sem mudança. A indústria açucareira em Pernambuco, 1840-1910.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, Campinas, Universidade Estadual de campinas, 1977., pp. 214-215.

25. **CHACON,** Varimech. **História das Idéias Socialista no Brasil.** Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, 1965, p. 29.

26. Idem, p. 29.

27. Ibidem, p. 206.

28. **FREYRE**, Gilberto. **Sobrados e Mucambos. Decadência do patriarcado rural e desenvolvimento do urbano.** Rio de Janeiro, Livraria José Olympio Editora/MEC, 1977, p. 508.

29. **PEREIRA**, Cosme de Sá. **Cholera-Morbus. Medidas Preventivas. Reminiscência do Cholera em Pernambuco nos anos de 1855 a 1856.** Recife, Tip. de M. F. de Faria, 1885, p. 20.

30. **ANDRADE**, Gilberto Osório. **Origem da febre amarela urbana na América do Sul. Ciência e Trópicos.** Recife, 4(2): 189-202, julho/dezembro, 1976.

31. **REGO**, José Pereira. **Memória histórica das epidemias de febre amarela e cholera-morbus que tem reinado no Brasil.** Rio de Janeiro, Typografia Nacional, 1873; **PORTO**, Ângela. **"A assistência médica aos escravos no Rio de Janeiro: o tratamento homeopático". Papéis Avulsos**, Rio de Janeiro, Fundação Casa de Rui Barbosa, n. 7. 1988, pp. 13-25. **COOPER**, Donald. **"The new black death: cholera in Brazil, 1855-1856" in Kiple, Kenneth. The african exchange: toward a biological history of black peoples,** Durham e Londres, 1987, pp. 235-256.

32. **FREYRE,** Gilberto. **Sobrados e Mucambos. Decadência do patriarcado rural e desenvolvimento do urbano.** Rio de Janeiro, José Olympio Ed., 1977. A obra inteira de Freyre percorre uma tendência para amenizar os rigores da escravidão, a ponto de, inclusive, afirmar que, em muitos aspectos, especialmente o da alimentação, a condição do escravo era superior à do homem livre pobre.

33. **COWPER e CLAREDON,** Pernambuco, 18 de julho de 1855, **Parliamentary Papers, 1856,** Hcc, v. LXII, AP, V. XXV, p. 237.

34. **FREYRE**, Gilberto, obra citada, p. 500.

35. **MACHADO**, Roberto... et. alii. obra citada ,pp. 354-356.

36. **JARDIM**, David Gomes. **Algumas considerações sobre a higiene dos escravos.** Tese, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1843.

37. **ANAES DA MEDICINA PERNAMBUCANA,** 1843,p. 235.

38. **Diário de Pernambuco**, 3-1-1856.

39. **DAVID**, Onildo Reis. **O inimigo invisível: epidemia na Bahia no século XIX**. Salvador, EDUFBA/Sarah Letras, 1996, p. 70.

40. **COSTA**, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979, p. 121.

41. Ver **DELAPORT**, François. **Disease and civilization: the cholera in Paris, 1832,** Cambridge e Londres, The MIT, 1986.

42. **FREYRE**, Gilberto. obra citada, p. 508.

43. **DELUMEAU**, Jean. **História do Medo no Ocidente: 1300-1800. Uma cidade sitiada.** São Paulo, Cia. das Letras, 1989, p. 140.

44. **EVANS**, Richard. **Death in Hamburg: society and politics in the cholera years, 1830-1910**. Londres, Peguin Books, 1987, pp. 227-232.

45. **CHALHOUB**, Sidney. **Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial**. Tese de livre-docência apresentada ao Departamento de História da UNICAMP em setembro de 1994, especialmente cap. III, pp. 154-286.

46. **SOUZA**, Laura de Mello e. **O diabo e a terra de Santa Cruz: feitiçaria e religiosidade popular no Brasil colonial. São Paulo**, Companhia das Letras, 1986.

47. **LAPLANTINE**, François. **Antropologia da Doença**. São Paulo, Martins Fontes, 1991, p. 68.

48. **FOUCAULT**, Michel. **A Arqueologia do saber**. México, Siglo XX, 1972, pp. 304-305.

49. **MONTERO**, Paula. **Da doença à desordem: a magia da umbanda**, Rio de Janeiro, 1985. Ver também **BOLTANSKI**, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3a. ed, Rio de Janeiro, Edições Graal, 1989.

CAPÍTULO V:

MEDICINA

1. Momento crítico

Neste capítulo destaco dois momentos importantes na história da medicina pernambucana. O primeiro se refere aos anos imediatamente anteriores à epidemia de cólera de 1856, quando os conhecimentos e as práticas médicas, predominantemente infeccionistas, se fundamentavam na crença de que o cólera era uma doença produzida pelas emanações miasmáticas, viajava pelas asas do vento e só se produzia se as condições locais fossem propícias para tanto. Essa medicina, de conteúdo ainda fortemente marcado pelas teorias hipocrático-galênicas, sofre sérios desgastes diante do desafio de uma nova e terrível doença, cuja etiologia e formas de transmissão eram desconhecidas.

O segundo momento, já sob o impacto do cólera, é aquele em que se questionam essas teorias e se procede a um progressivo deslocamento dos conceitos, do objeto e dos métodos da medicina epidemiológica, que passa a discutir o caráter contagiante da doença, suas formas de transmissão e os meios de impedir sua importação. Em suma, esse segundo momento não é mais de pura atualização de princípios, mas de explicitação da percepção localizadora.

O primeiro momento é, portanto, de crise, de questionamento e descrença na medicina oficial. O segundo, de observação, classificação, investigação e afirmação de um saber sobre a doença, que servirá como fundamento não só

para debelá-la mas também como instrumento de reordenamento da organização social.

No capítulo anterior vimos como os negros responsabilizaram as autoridades e os médicos por utilizarem a epidemia de cólera como instrumento para acabar com sua gente. Pondo à parte as motivações já citadas, esse sentimento de desconfiança parece ter sido alimentado também porque parecia haver uma descrença quase generalizada entre as camadas populares quanto aos poderes de prevenção e cura da medicina oficial.

Sem dúvida, o episódio do escravo Manoel, além de outras possíveis leituras, foi revelador de um antagonismo, ora latente, ora declarado, entre uma medicina de origem branca e européia e um curandeirismo de raízes africanas e indígenas, aguçado ainda mais pelas alternativas de cura apresentadas pela homeopatia.

O episódio pai Manoel pode ser classificado como uma clara expressão do choque de interesses classistas, raciais e culturais, exacerbados no momento mais crítico da epidemia. Este dramático conflito, aparentemente, entre brancos e negros, sem dúvida pôs de manifesto duas concepções opostas de doença e cura: de um lado, resquícios da cultura africana representada por curandeiros; de outro, inovações terapêuticas introduzidas no Brasil por médicos de formação européia (1).

Durante toda a primeira metade do século XIX, a medicina de origem européia teve que disputar terreno com as práticas de cura popular. A conjuntura

crítica instaurada com a epidemia de cólera revelou a pouca eficácia de qualquer uma das terapêuticas. Neste sentido, a doença provocou um profundo abalo na suposta superioridade da medicina européia, suscitando entre os próprios médicos uma sensação de interminável impotência e derrota e na população não só uma descrença generalizada em seus pressupostos como também uma motivação para buscar todo o tipo de cura alternativa.

No auge da epidemia, quando a situação sanitária parecia fugir do controle médico, a Comissão de Higiene Pública de Pernambuco encaminhou um relatório ao governo provincial resumindo os pontos críticos da conjuntura. Nesse documento, admitia-se com todas as letras que o saber da medicina sobre a natureza das epidemias estava passando por um sério questionamento diante do grande desafio imposto pela presença do cólera. Questionamento que se refletia tanto na comunidade médica como na população em geral. Dentro das próprias hostes médicas havia uma sensação de impotência e derrota diante de uma doença que parecia zombar de todos os conhecimentos acumulados e de todas as medidas preventivas e terapêuticas adotadas. Entre a população, esse questionamento se traduzia na busca de outros expedientes de cura, especialmente aqueles praticados pelos negros africanos, à base de ervas, fricções e bebidas. Segundo o mesmo relatório, a desconfiança na medicina oficial teria sido levada ao extremo de propor sublevações populares para metralhar médicos e boticários (2). Temos aqui um resumo do momento crítico por que passava a medicina oficial no Recife durante a epidemia de cólera de 1856. Vejamos com mais detalhes alguns elementos desse momento crítico.

Já observamos nas páginas precedentes que a concepção de doença epidêmica dos médicos brasileiros no século XIX se enquadrava nas categorias de contágio e flagelo - traços essenciais do imaginário da medicina moderna (3). A doença como flagelo, entretanto, não era mais um castigo de Deus, mas um mal natural contagioso, talvez epidêmico. Quando, porém, se tratava de identificar as causas do cólera , não havia unanimidade entre os médicos. Havia aqueles que, de um lado, acreditavam na existência de um "*contagium vivum*", isto é, o contágio por meio de microorganismos patológicos e, de outro, os que defendiam a tese dos miasmas, tendência predominante no século XIX.

Como já vimos, a tese microbiana teve como pioneiro o médico John Snow, cujos estudos sobre o surto do cólera de 1854, em Londres, já suspeitavam da existência do vibrião cólerico, transmitido, sobretudo, pelos cursos d'água.

Recapitulando, Snow contestava a tese miasmática ao afirmar que não havia qualquer relação de causalidade entre cólera e miasma, visto que ambientes limpos e arejados ou sujos e abafados eram igualmente devastados pela epidemia. Após uma exaustiva análise quantitativa e comparativa, ele chegou à conclusão que a doença era transmitida pela água contaminada com fezes de coléricos, quando utilizada para beber. Não descartou, entretanto, outras circunstâncias de propagação da enfermidade:

> "A roupa de cama quase sempre fica molhada devido às evacuações de cólera e, sendo estas destituídas da cor e do odor habituais, as mãos das pessoas que estão tratando dos pacientes ficam sujas sem que elas notem. Como consequência, a menos que tais pessoas sejam extremamente limpas nos seus hábitos e lavem as mãos antes de comer, é inevitável que acidentalmente engulam um pouco de excreção e depositem alguma no alimento em que tocam ou preparam, alimento este que é comido pelo resto da família"(4).

A tese de Snow seria mais tarde reconhecida pela medicina bacteriológica como o maior esforço já realizado até então para se chegar à identificação da causa real da doença. Contudo, nos meados do século XIX, foi aceita apenas em parte. Mesmo concordando que a doença poderia ser transmitida pela água contaminada, a maioria dos médicos na Europa e no Brasil insistia sobre a transmissão por via atmosférica. A resistência da tese miasmática talvez tenha sido a responsável pela curiosa "ignorância" dos médicos brasileiros em relação às pesquisas de Snow.

Posteriormente, a tese microbiana se consolidou com a descoberta de Bassi, da causa microscópica da doença do bicho da seda e com a descoberta bacteriológica de Pasteur e Koch, já nas últimas décadas no século XIX. Entretanto, até o início do século atual o aparecimento e difusão da microbiologia aparentemente não implicou na modificação imediata das práticas discursivas médicas. Assim, é possível observar, até bem recentemente, como conceitos herdados da doutrina miasmática se fundiram às novas formas de representação das doenças, baseadas no contágio e, sobretudo, na transmissão.

Voltando ao imaginário médico dos meados do século XIX, o cólera era classificado de diferentes maneiras, conforme as diferentes escolas da medicina. A medicina fisiológica, por exemplo, o definiu como uma aguda forma de gastroenterite, resultante da inflamação do aparelho digestivo. Já a medicina experimental viu o conjunto dos sintomas da doença como uma aflição no

coração. Mas havia outras formas de prática médica que entendiam o cólera como uma espécie de neurose, como a patologia nervosa ou a humoral, que o definiram como uma alteração no sangue ou envenenamento geral.

De qualquer modo, no imaginário da medicina da época pairavam muitas dúvidas sobre a doença. Não se sabia, por exemplo, que partes do organismo ela atacava e quais eram os seus sintomas iniciais. Havia incertezas também quanto às mudanças patológicas produzidas pelo cólera e pouco se conhecia sobre as lesões específicas. Não faltou quem o confundisse com outras doenças, como, por exemplo, o tifo.

Por atingir simultaneamente um grande número de pessoas, o cólera ora era definido como uma epidemia (ou infecção), causada por um agente mórbido nas membranas respiratória ou digestiva, ora como uma enfermidade contagiosa provocada por um germe ou vírus que atacava, em especial, a superfície cutânea, sobretudo quando esta se achava vulnerável pela variação brusca de temperatura. Este último aspecto, a variação de temperatura, era muito enfatizado:

> "Aqueles que se tem ocupado do cólera-morbus não só reconhecem que altamente predispõe aos seus ataques a passagem do corpo de um lugar em que a temperatura se acha elevada, para outro, em que ela é mais baixa e úmida, e que o ar frio e úmido da noite, principalmente nas regiões intertropicais da América, concorre fortemente para o desenvolvimento de certas afecções, como a febre amarela e o cólera, senão recomendam que à noite os cidadãos se recolham cedo às suas casa, só delas saindo pela manhã depois que o sol tiver aparecido ..."(5).

Acreditava-se que o corpo estando agitado ou em lugar quente, onde o ar tivesse dificuldade de circular ou de se renovar, operava transformações

cutâneas, ocasionando alterações fisiológicas intensas e, mesmo, afecções agudas mais ou menos graves.

Em todo caso, a teoria dos miasmas constituiu o principal suporte para explicar a etiologia da doença. Ela consistia, de maneira simplificada, na crença da qualidade do ar. Quando este "fosse de qualidade má (um estado que não era precisamente definido, mas supostamente devido à matéria orgânica em decomposição), as pessoas que respirassem este ar se tornariam doentes " (6).

No dicionário de Chernoviz, muito divulgado na época, o verbete sobre miasma dizia o seguinte:

> "Tomando a palavra em sua acepção lata, consideram-se sob este titulo todas as emanações nocivas, que corrompem o ar, e atacam o corpo humano. Nada há mais obscuro do que a natureza íntima dos miasmas; conhecemos muitas causas que os originam; podemos apreciar grande número de seus efeitos perniciosos, e apenas sabemos o que eles são. Submetendo-os à investigação de nossos sentidos, só o olfato nos pode advertir da sua presença:não nos é dado tocá-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 deles esteja infectado, e quando consegue reconhecer nela uma proporção insólita, ou a presença acidental de algum princípio gasoso, não nos revela senão uma diminutíssima parte do problema"(7).

Visto dessa forma, os princípios que regiam a natureza dos miasmas pareciam "inacessíveis" aos métodos de investigação da época, uma vez que não podiam ser "pesados e analisados" (8).

Ao contrário da infecção microbiana, a infecção miasmática resultava da ação do meio-ambiente que, no caso do ar, quando adulterado por gases ou vapores pútridos, provocava miasmas. Sendo assim, a disposição para contrair o cólera estava na razão direta da qualidade do ar que se respirava. O ar viciado

das habitações superlotadas, principalmente nos quartos de dormir, seria um poderoso agente disseminador do cólera. A preocupação da medicina no século XIX, como já vimos, era com a qualidade e a circulação dos elementos: água, ar, odores.

É em função do pensamento aerista que se define o são e o malsão, a organização das normas do salubre e do insalubre. A medicina identifica os perigos nos odores da corrupção: no ar degenerado; no mefitismo; nos vapores morbíficos, exalados da terra, das paredes, dos excrementos, do odor dos corpos e dos cadáveres.

As doenças epidêmicas, de um modo geral, foram vistas pela medicina aerista como oriundas do meio-ambiente adulterado, das emanações mefíticas (8), dos miasmas, dos eflúvios exalados dos pântanos, dos charcos aquecidos, principalmente, sob o calor dos trópicos.

Essa teoria do mefitismo dos trópicos, segundo a qual as epidemias de febre amarela e cólera se geravam espontaneamente, foi amplamente aceita pela comunidade médica e pelas elites em geral.

Em 1833 a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro emitiu um parecer sobre as medidas de higiene pública e privada contra o cólera onde se identifica claramente a influência da teoria miasmática da doença no pensamento médico. Preocupada com a questão da exalação de miasmas indicava como local adequado de isolamento para os portadores da doença que chegavam à cidade a Ilha do Bom Jesus, pois alí os ventos carrearíam para fora da Corte as exalações

mefíticas. Além da preocupação com a questão da localização dos focos de infecção, a Sociedade fazia ver que outras condições poderiam também ser favoráveis para a propagação da doença, tais como a freqüência das variações atmosféricas, o calor e a umidade combinados, as chuvas abundantes e duradouras, o desasseio e as imundícies, a aglomeração de pessoas, as casas insalubres e atulhadas de gente e animais, a má qualidade dos víveres e a miséria.

Como meios preventivos de combate aos efeitos deletérios desses focos miasmáticos recomendava, além das quarentenas e isolamento, a limpeza das ruas, praças e canais, a localização dos cemitérios fora dos muros da cidade e a abolição dos sepultamentos em igrejas, devido às exalações perigosas (9).

Essas idéias expressas no parecer da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro sintetizavam o que se sabia e se imaginava sobre o cólera. Como se pode ver, indicava-se um conjunto de causas produtoras da doença: algumas naturais (clima, temperatura, chuvas), outras sociais (insalubridade, miséria, aglomeração), mas todas apontadas como produtoras de miasmas, estes, sim, os verdadeiros agentes causadores das doenças epidêmicas.

De um modo geral, os médicos do Recife pareciam concordar com o princípio de que a causa principal da irrupção da epidemia de cólera era o miasma. É preciso reconhecer, entretanto, que não havia unanimidade sobre essa questão. Destoando da tendência geral, médicos como Joaquim de Aquino Fonseca, Cosme de Sá Pereira e outros, pareciam mais propensos a acreditar na

importação e no caráter contagioso do cólera. Mesmo remando contra a corrente dominante da época, foram eles, talvez pela poder que dispunham como presidentes da Comissão de Higiene Pública, que deram o tom das campanhas sanitárias para debelar a epidemia de cólera no Recife.

Essas divergências entre contagionista e anticontagionista, seja em suas proposições teóricas seja nas práticas delas decorrentes, expressava as relações históricas da medicina com as diversas instâncias da organização social. Assim, o momento crítico da epidemia abria espaços para a formulação de concepções diferentes, divergentes e até antagônicas. Todas essas maneiras de interpretar a doença foram submetidas a um processo de legitimação social, prevalecendo como hegemônica, nas ações do governo, a concepção contagionista da doença, por responder de modo mais adequado à demanda dominante. Entendendo que a doença era contagiosa, a Comissão de Higiene priorizou medidas que evitassem o contato, adotando as táticas do isolamento e da desinfecção.

Como lidar com a doença?

Como a medicina não conhecia a maneira de transmissão e de cura do cólera houve uma proliferação de práticas de prevenção e de terapêuticas, muitas delas contribuindo para agravar a situação dos enfermos.

Em geral, o arsenal terapêutico consistiu na utilização de sangrias, purgatórios, sudoríficos e vomitórios. O tratamento da doença dependia do estágio em que ela se encontrava. A grande maioria dos médicos da época classificou as manifestações do cólera em quatro estágios ou fases, de acordo com os sintomas apresentados. A primeira fase - começo da moléstia - era identificada com a diarréia, uma espécie de aviso ou sinal premonitório. A segunda, também denominada de colerina, exibia a mesma diarréia, com mudança de cor (quase branca), cólicas, vômitos, soluços, suores, desfalecimento e algumas câimbras. Na terceira fase, o doente apresentava uma diarréia risiforme, suor frio e viscoso, dedos das mãos e dos pés engilhados, olhos e bochechas encovados, ventre retraído, câimbras atrozes, vômitos e soluços constantes, perda de força, a ponto de não se poder levantar, voz sumida e rouca, rosto, mãos, pés e tronco roxos ou lívidos. Daí ser chamada também de fase paralítica ou cianótica. Os médicos observavam que, apesar desses sintomas, o paciente mantinha a visão clara, a razão perfeita e plena consciência do seu estado. A quarta e última fase era caracterizada como o momento de reação, quando os sintomas descritos anteriormente principiavam a desaparecer.

Do desconhecimento das causas da doença resultava a ausência de um remédio específico para o tratamento do cólera. Tinha-se, assim, todo um tratamento da moléstia baseado na sintomatologia e que consistia em aliviar as perturbações funcionais que iam aparecendo. Daí a preocupação com a observação cuidadosa e com a descrição minuciosa dos seus sintomas. Da observação e da descrição dependia a profusão de remédios, conforme evoluía a

enfermidade. A ineficácia no combate à doença era quase geral. É o que constatava o dr. Aducci em seu opúsculo sobre o "Método para preservar-se do cólera-morbos, aplicado aos costumes do habitantes da Bahia":

> "Apesar de todos os esforços feitos pelos facultativos de todos os tempos para acharem um meio, que sem falta cure o cólera-morbus, até hoje ninguém poude acha-lo. E com efeito tem-se observado que na cura deste morbo, os calefacientes nem sempre aquecem, os refrigerantes não refrescam, os cordiais não corruboram, os anti-espasmódicos não acalmam, os estímulos não excitam, os contra-estímulos não abatem. Pouco, ou nada em muitos casos se obtém, da aplicação do calor sobre o corpo dos coléricos, para diminuir aquele frio mortal, que os agrava da maneira mais cruel e atroz. A mesma administração da neve, ou gelo, em vários casos não produziu alívio, como sucedeu, usando tudo que se costuma usar para diminuir aquele insuportável calor, que internamente abraza os intestinos daqueles infelizes que foram atacados pelo cólera" (10).

Mas inúteis também eram as sangrias e as bixas (sanguessugas), os eméticos e os laxantes, as fricções cutâneas simples e compostas, os banhos de todas as qualidades, os remédios de alcanfor e calomelanos. Por isso o dr. Aducci concluía que se houve mortos e curados, tais fatos não se deviam atribuir à eficácia ou ineficácia dos remédios administrados.

Por essa época, o espírito científico da medicina francesa, baseado nas doutrinas anti-flogísticas de Broussais, dominava a medicina oficial brasileira. Dizia-se, inclusive, que o tratamento anti-flogístico surtia maiores efeitos nos climas tropicais, onde predominam as temperaturas elevadas. Aqui, a circulação sangüínea estaria em permanente agitação, ocasionando a estagnação do sangue nos grandes reservatórios de nossa "economia" e a geração de gravíssimas enfermidades. Acreditava-se que só o tratamento anti-flogístico obtinha bons resultados, uma vez que ele era capaz de debelar a flogose, o estado inflamatório e a irritação que atormentavam os órgãos.

Não causa espanto, portanto, o recurso quase exclusivo aos purgativos e às sangrias - panacéias universais para a terapêutica de todos os males. É interessante observar como cada época, cada sociedade são literalmente confrontadas por um certo tipo de doença, em geral aquela que mais se dissemina e que não se consegue dominar. Do mesmo modo, cada época, cada sociedade faz frente a essa doença com um remédio ou grupo de remédios que funciona como uma verdadeira panacéia. Neste sentido, como não invocar a sangria, que foi o fundamento de quase todos os tratamentos médicos até a metade do século XIX, sangria esta que deveria ser substituída por um tratamento rigorosamente inverso:pelos fortificantes e, posteriormente, pelas vitaminas (11).

A terapêutica da medicina dita científica, até meados do século passado, era de natureza essencialmente subtrativa. Tudo se resumia na famosa trilogia da lavagem, do purgativo e da sangria, sendo esta última uma forma de tornar menos denso "o sangue espesso demais".

Na relação etiológico-terapêutica, a representação etiológica comandava a representação terapêutica: o diagnóstico determinava a natureza da doença. Nesta ótica, eram os conhecimentos e as habilidades que comandavam os poderes.

A variedade da terapia medicamentosa proposta pela medicina oficial, à base de sinapismos, escalda-pés, vesicatórios e aplicações de sanguessugas, calomelanos, aplicação de clisteres, substâncias purgantes e eméticas e, principalmente, as sangrias, demonstrava as dificuldades que os médicos

enfrentavam para tratar a doença. Tais tratamentos, mormente a sangria, dividiram também a comunidade médica e provocaram repulsa e pânico na população.

A sangria, que consistia, para a maioria dos médicos, um meio poderoso de combate à doença, quando estava em estado adiantado, visava desembaraçar a opressão da circulação então concentrada, tornando-a mais rápida e mais ativa. Agia também como processo de diminuição da massa de sangue nas veias, onde a êxtase sangüínea se estabelecia, facilitando, ao mesmo tempo, a força vital do coração.

Acreditava-se, com base na teoria da circulação dos elementos, que girando o sangue, se não se combatia a causa primária da doença, atacava-se pelo menos a causa imediata da morte. No tratamento do cólera, especialmente se o ataque era fulminante, fazendo com que o doente caísse redondamente no chão, sem fala, com cãimbras e contorções, devia-se sangrar largamente no braço. Mas as opiniões sobre a sangria se dividiam. "A sangria mata", diziam alguns. Outros diziam: "a sangria salva".

A terapêutica da medicina alopata no século XIX, como se constata, ainda se baseava na crença da alteração dos humores corporais como causa principal da enfermidade. Uma teoria, portanto, de conteúdo marcadamente hipocrático. A noção básica que fundamenta esta teoria é a das relações justas (a medida corrente) entre os elementos constitutivos da natureza, suas qualidades, suas variações e os elementos fundadores do corpo humano. Desta forma, o que

constituiria o universo seria a combinação do ar, da água, do fogo e da terra. As qualidades básicas do ar seriam ser úmido e quente; da água, úmida e fria. Quente e seco era o fogo e, finalmente, fria e seca era a terra. Assim como o sangue, a primavera seria quente e úmida. O verão e a bile amarela, quentes como o fogo. A terra e a bile negra corresponderiam ao outono, enquanto a água ao inverno e ao fleuma. Em síntese, quatro elementos, quatro qualidades, quatro estações e quatro humores configuravam as essências postas em relação, determinando a saúde pela harmonia e a doença pelos desequilíbrios (12).

Isto explica a profusão de medidas terapêuticas administradas pela medicina alopata visando recuperar o equilíbrio dos humores ou das "relações justas" no organismo.

Deve-se mencionar, ainda, o fato de que não existia, naquele momento, clareza sobre a função da higiene na medicina preventiva. Antes da introdução, em 1867, do conceito de anti-sepsia e, mais tarde, do de assepsia, as condições de vida nos hospitais eram horrendas, consideradas sob o ângulo atual.

Os hospitais e asilos existentes eram locais reservados aos pobres para esperar a morte; instituições destinadas às pessoas impossibilitadas de terem seus clínicos de família, geralmente administradas pelas Santas Casas de Misericórdia e custeadas com as doações das classes mais abastadas. Os hospitais eram poucos, via-de-regra superlotados e com precária ventilação. As salas geralmente ficavam repletas de camas alinhadas, muito próximas umas das outras, dificultando a circulação das pessoas. Não era rara a utilização do mesmo

leito por dois pacientes, desprezando qualquer diferenciação no tipo de enfermidade ou na condição dos enfermos.

A triagem dos pacientes se fazia não pelo tipo de doença, mas pelo critério social e racial, de modo que havia hospitais exclusivamente para ricos, os das Ordens Terceiras, e exclusivamente para pobres e escravos, os das Santas Casas de Misericórdia. Ainda que alguns dos hospitais recebessem ambas as categorias sociais, de ricos e pobres, havia, contudo, uma nítida preocupação na separação dos doentes por categoria social e racial.

Em 1857, o "Diário de Pernambuco", de 21 de fevereiro, publicava uma nota dos médicos Ramos e Seve, desmentindo o boato de que os doentes brancos estavam misturados com os escravos em seu hospital. Segundo os doutores citados, havia em seu estabelecimento "cômodos excelentes para a separação dos doentes conforme suas categorias e moléstias", e nunca se dera o caso de estar um doente branco no mesmo quarto que um escravo. Acrescentavam, ainda, que "as roupas, camas, louças e mais objetos do uso dos doentes [estavam] separados (...) conforme suas categorias, e moléstias".

Os hospitais desta época muitas vezes comportavam situações horrendas, onde um paciente permanecia na mesma cama com um cadáver durante horas. Acrescente-se a este quadro macabro o fato de que, na ausência de separação de salas, todos os tratamentos se realizavam no mesmo ambiente, desde a cirurgia (principalmente amputações) até o amortalhamento de cadáveres.

Não é de se entranhar o incoercível medo, o pavor que dominava a maioria da população quanto aos hospitais. A visão que se tinha deles é que eram locais onde os doentes entravam para falecer mais depressa (13). O hospital era uma instituição de assistência à pobreza, lugar não de cura mas de separação e exclusão dos portadores de doenças contagiosas (14).

Mas, naquele momento, a medicina enfrentava outros problemas tão importantes quantos os já citados. Um deles era a sua fragilidade para controlar a prática da medicina ou a "arte de curar" pelos não titulados. Em 1848 o dr. Aquino Fonseca constatava, num tom de desânimo, a dificuldade de fiscalização e controle dos boticários, curandeiros e homeopatas que invadiam todo o país:

> "Lá onde está a vara e o côvado para medir a fazenda a retalho se anuncia, para quem quiser comprar, a venda de remédios. Quem da difícil arte de curar, difícil mesmo para os que a ela se aplicam com esmero e engenho, não sabe os seu rudimentos, se intitula com jactância de profundo curador! Os remédios secretos, os charlatães e seus milagres, se acham anunciados por todo o Império nos jornais que o público diariamente vê. Só pelo mau exemplo da Côrte foi plantada nas demais províncias a homeopatia que em cada canto levantou medicastros"(15).

Essa proliferação de remédios, curandeiros e homeopatas era explicada por outro médico pela falta de pessoal formado pelas escolas de medicina:

> "Médicos titulados, não os há; aos curiosos é proibido por lei o exercício da medicina; logo não se deve consentir que curem aqueles que nestes lugares povoados se dedicam por gênio a observação das moléstias, e dos seus domésticos remédios, no que adquirem muita prática? (16).

Até bem próximo dos meados do século passado, como muitas pesquisa já demonstraram, as práticas terapêuticas populares ocupavam um espaço muito mais amplo do que a medicina de origem européia. Essa hegemonia das práticas

de cura populares (indígenas e negras) se explica, em parte, pela exigüidade de médicos no País. Como se sabe, as escolas de medicina no Brasil só foram criadas no século passado, sendo, portanto, os poucos médicos aqui existentes formados em escolas européias (Coimbra, Montpelier, Edimburgo).

Além da escassez de profissionais de medicina deve-se mencionar o baixo prestígio social da profissão, fato que facilitava a prática de cura por negros e mulatos. Acrescente-se a isso a falta de recursos técnicos, de remédios e a extrema simplicidade no seu desempenho. Estes fatores somados podem explicar porque a medicina européia tinha dificuldade de se afirmar em relação à medicina popular.

Já se tornou um truismo assinalar que o século XIX deu início a um conjunto de transformações políticas e econômicas que tiveram implicações na medicina, transformando-a em um saber que penetrou na sociedade e se tornou um apoio científico indispensável ao exercício do poder do Estado. Esse movimento que colocou a medicina como o único saber competente teve de atuar em três frentes: 1) organizando a formação de profissionais habilitados no país, com a multiplicação de profissionais na área e a ampliação e o atendimento às populações urbanas (esta frente foi aberta com a criação da Escola de Cirurgia na Bahia, em 1808, e das Faculdades de Medicina em 1832); 2) dando combate sem trégua aos curadores, rezadores, feiticeiros e homeopatas (os chamados charlatães); 3) criando uma legislação rigorosa de combate às práticas ditas "desviantes".

Somente a partir da resolução destes problemas, a medicina vai ampliando sua esfera de atuação, passando a relacionar-se com domínios, os mais diversos, da vida social: com a ordem jurídica (críticas aos enunciados da lei), com a ordem social (interferência na educação física e moral dos indivíduos), com a ordem política (proposta de um modelo de sociedade disciplinar).

Esse processo não se realizou plenamente enquanto os avanços no campo da bacteriologia, com as descobertas de Pasteur, não possibilitaram à medicina maior poder de combate às epidemias. Prova disto é que a repressão às práticas de cura ditas "desviantes" e o controle da profissão médica não ocorreram de modo eficiente, a despeito de todo os esforços médicos. Apesar das denúncias e prisões, em geral não havia punição.

Mesmo existindo uma legislação disciplinando a matéria, ela ainda não tinha respaldo social para ser cumprida. A preferência em geral, incluindo aí pessoas das elites, ainda era pelos ditos "charlatães" e não pelos médicos diplomados.

Os debates travados em torno da questão do exercício da medicina só por médicos titulados expressavam um momento critico de transição de uma medicina popular, caseira, para uma medicina social, onde os indivíduos, os grupos e a sociedade por inteiro se tornavam objetos de normalização.

Mas antes que isso ocorresse, havia um outro elemento presente que contribuía também para a crise da medicina alopata em Pernambuco. A epidemia de cólera, ao pôr em crise a medicina ortodoxamente européia, deu margem à

emergência da homeopatia como procedimento de cura alternativo. O dr. Aquino, em artigo de 24 de fevereiro de 1856, publicado no "Diário de Pernambuco", criticava os incautos que recorriam às milagrosas doses homeopáticas:

> "Tendo chegado de Alagoas noticias de que as doses homeopáticas estavam fazendo milagres contra o cólera-morbos, especuladores cuidaram de aproveitar-se da quadra, e munidos de carteiras, espalharam-se pela província. Em Santo Antão o delegado capitaneando os homeopatias, seguro se diz, fez crer a população de que não havia melhor remédio contra a epidemia do que os glóbulos, e tal foi a habilidade que os especuladores empregaram que conseguiram reduzi-la rejeitando ela, por sugestões suas, aos socorros médicos que lhe eram ministrados por pessoas componentes. Os facultativos que á cidade de Vitória foram por ordem de S. Excia. (o Presidente da Província) sofreram insultos, viram-se apedrejados, e tiveram de retirar-se "(17).

Alopatia versus Homeopatia nos tempos do cólera

As relações já tensas entre a alopatia e a homeopatia em períodos intercríticos se agravaram com a epidemia de cólera de 1856. Dois lances dígnos de registro desse confronto ocorreram durante a crise epidêmcia. O primeiro, se passou em Vitória de Santo Artão e o segundo em Recife.

Os incidentes entre alopatas e homeopatas em Vitória tiveram como pano de fundo a alta mortalidade ali verificada durante a epidemia. Como já vimos, a cidade de Vitória foi a mais castigada pela doença, que lhe eliminou aproximadamente metade da população, ou seja, cerca de quatro mil pessoas. De acordo com o Relatório apresentado à Assembléia Legislativa, em 21 de abril de 1856, pelo presidente da província, José Bento da Cunha Figueiredo,

> "tanto eram as vítimas que as autoridades locais começaram a lutar com sérias dificuldades para o enterramento dos cadáveres, a cujo mister se negava a população amedrontada. Preciso foi lançar mão da força pública ali destacada, que quase toda sucumbiu vítima de disciplina, e no desempenho desta minguada ocupação, cabendo

igual sorte à que foi substituí-la: tamanha a violência com o cólera havia acometido a cidade de Vitória".

Houve dia em que a cidade registrou 120 óbitos. Num gesto desesperado, a Comissão de Higiene Pública local sugeriu ao governo que se abandonasse a cidade e a reduzisse a cinzas, para evitar o sacrifício de mais vítimas (18).

A alta mortalidade em Vitória suscitou um acalorado debate entre os adeptos da alopatia e da homeopatia. De quem era a culpa de tamanha mortandade?

Os alopatas diziam que a alta mortalidade era resultante das péssimas condições de salubridade ali existentes, mas também, e principalmente, da incúria da população que se deixava tratar pelos "charlatães" homeopatas.

Visando controlar a situação, a Comissão de Higiene de Pernambuco enviou a Vitória facultativos para tentar inibir a ação dos homeopatas. A reação da população foi imediata: os médicos alopatas foram ameaçados, insultados e expulsos da cidade.

Os homeopatas ofereceram uma outra visão desse incidente. Em primeiro lugar, lamentavam a conduta da Comissão de Higiene, que enviara médicos não para ajudar no combate à epidemia, mas para hostilizar, ridicularizar e destruir os remédios homeopáticos que encontrassem nas casas dos enfermos.

Sabino relatou num tom irônico o episódio de Vitória:

"O ilustre esculápio (referindo-se ao médico enviado à cidade de Vitória) julgando-se suficiente para vencer o inimigo e competente e único pelos seus títulos para dar o plano de batalha, pôs mãos a obra: acostou toda a artilharia alopática, fêz as mais certeiras

pontarias, deu voz de fogo..., mas errou o alvo..., e em lugar de destruir a doença, destruiu doentes..., e no dia seguinte era tal a mortandade que o povo horrorizado maldizia a hora em que a caridade do governo lhe havia mandado tal socorro, e desfazia-se em imprecações contra o general e suas armas! Aconteceu que este, julgando-se gravemente ferido no combate, abandonasse o campo de trabalha no fim de um ou dois dias, e voltasse para a capital, deixando a mais completa anarquia como troféu de sua glorias! Isto posto, a serenidade e confiança, que antes existiam, desapareceram para darem lugar ao mais funesto terror. A epidemia tomando grandes dimensões, e sendo numerosa a mortandade, ninguém queria se prestar ao enterro dos mortos, sendo necessária muita energia e dedicação do delegado de polícia o muito digno Sr. coronel Tiburtino Pinho de Almeida para conseguir esse fim, sem embargo do que muitos cadáveres ficaram insepultos por espaço de dois e mais dias no interior das casa abandonadas, nas margens das estradas e do rio "(19).

Nesta contenda, os homeopatas, aproveitando-se das dúvidas dos médicos alopatas quanto ao alcance e eficácia de suas drogas, diziam que muita gente estava sendo morta com as aplicações de purgantes e vomitórios. De fato, a adoção dessas terapias parece ter sido questionada até mesmo por médicos alopatas mais concenciosos. O doutor José Joaquim de Moraes Sarmento, alopata convicto, recomendava prudência e controle rigoroso no uso desses recursos:

"... os purgantes e vomitórios podem ser, e são efetivamente de grande vantagem em certas circunstâncias; mas como o seu emprego demanda muita prudência e combinações, que não estão ao alcance de todos, receiamos aconselhar o uso de tais medicamentos; e até estranhamos que eles tenham sido apresentados como fazendo a base geral do tratamento... haja vista o que se vai dando na cidade de Vitória, onde o tártaro emético... dado por charlatães tem feito vítimas inúmeras "(20).

Com o redundante fracasso da "expedição alopática" a Vitória, que teve de sair às pressas para não ser maltratada, o poder provincial autorizou e até mesmo solicitou os préstimos da homeopatia, na pessoa do dr. Sabino, para socorrer os doentes de cólera naquela cidade:

"constando das comunicações oficiais, que a cidade de Vitória se acha dividida em dois campos terapêuticos, sendo alguns indivíduos sectários da homeopatia, e outros da

alopatia, jugo conveniente convidar Vmc. para dirigir-se à aquele lugar afim de auxiliar aos que estiverem curando pela medicina homeopática; de modo que não faltem àquela população todos os meios tendentes a salvá-la da epidemia que infelizmente ali está grassando com intensidade "(21).

Por que boa parte da população de Vitória e do Recife teria recorrido à homeopatia durante a epidemia de cólera? Certamente não era pela superioridade de seus conhecimentos em relação aos da alopatia pois, como se sabe, tanto a alopatia como a homeopatia desconheciam as causas da doença, bem como o seu modo preciso de transmissão. Contudo, o tipo de tratamento se diferenciava substancialmente entre as duas concepções médicas. Enquanto alopatas tratavam os doentes, sobretudo os pobres, com internamento hospitalar e à base de purgantes e vomitórios, os homeopatas distribuíam seus vidros de espírito de cânfora e suas instruções nos bairros e casas dos enfermos, evitando assim o temido internamento nos hospitais.

Em ofício de 20 de fevereiro de 1856, o subdelegado da freguesia de Santo Antônio, no Recife, informava ao dr. Sabino que cerca de sessenta pessoas que se encontravam doentes "estavam com o firme propósito de não se deixarem conduzir para o hospital do Carmo". O mesmo subdelegado, em outro ofício, datado de 1 de março do mesmo ano, notificava que a mortalidade na freguesia de Santo Antônio era "muito diminuta comparativamente com outras freguesias", graças, dizia ele, ao tratamento homeopático.

O segundo episódio que provocou polêmica entre alopatas e homeopatas foi o caso do hospital homeopático de Recife.

Quando a epidemia alastrou-se pela cidade do Recife, o dr. Sabino se colocou à disposição do governo provincial para assistir aos doentes que quizessem fazer o tratamento pelo método homeopático, oferecendo ainda um pequeno capital da Sociedade Homeopática Beneficiente, com sede na capital. Na oportunidade, propôs a criação de um hospital homeopático para tratar dos doentes da epidemia .

O seu pedido foi aparentemente acatado pelo governo, mas o hospital nunca veio a funcionar. Os médicos alopatas se aproveitaram desse fato para tentar demonstrar mais uma vez o caráter charlatão da homeopatia. Cosme de Sá Pereira, presidente da Comissão de Higiene, em seu ralátorio sobre a epidemia de cólera de 1856, aproveitou a ocasião para dar uma estocada nos homeopatas, ao se referir ao fracasso do hospital. Dizia ele que "por mais essa vez a homeopatia perdera uma ocasião oportuna para mostrar publicamente a sua vantagem ao antigo sistema".

Sabino, indignado com o relátorio de Cosme de Sá Pereira, redigiu os seus "Apontamentos para a história da homeopatia", onde procurou demonstrar que o hospital não teve êxito porque as autoridades temiam a sua instalação próxima ao palácio do governo: "Não funcionou porque a infecção colérica podia transpor o largo e acometer o palácio do governo perturbando desta sorte a boa ordem do expediente "(22).

Ainda que constituíssem um pequeno grupo, os adeptos de Hahnemann no Recife faziam um enorme barulho pelos jornais e parece que granjearam

grande simpatia da população. Apegando-se a qualquer recurso, os doentes de cólera buscavam a homeopatia como uma prática terapêutica mais acessível e menos dolorosa.

A homeopatia já vinha ocupando um espaço importante no Recife desde a década de 40 do século passado. Teve um rápido crescimento, chegando literalmente a tomar de assalto a cidade inteira, que, repentinamente, se encheu de médicos, consultórios, remédios e livros homeopatas (23).

Quando o doutor Sabino Ludgero Pinho introduziu a homeopatia no Recife, em 1848, encontrou imediata resistência da medicina oficial. Aquino Fonseca, sempre vigilante e zeloso do seu cargo de presidente do então Conselho de Salubridade Pública, apressou-se em fazer uma representação à presidência da província acerca das práticas ilegais daquele médico. A justificativa, como era de se esperar, procurarava desqualificar o saber da homeopatia, classificando o seu tratamento como simples recurso que alguns médicos, renegando os princípios professados nas escolas em que estudaram, se valiam para especular e adquirir fortuna, ludibriando, assim, a boa fé do povo, que quase sempre se deixava levar por tudo quanto lhe parecesse fantástico, mesmo quando se chocasse com o bom senso.

Depois de classificar os médicos que aderiram à homeopatia como renegados, como especuladores das crendices populares, Aquino prosseguia desqualificando os princípios da homeopatia:

> "A doutrina é reputada na Europa como um meio de lucrar com a credulidade do povo, do mesmo modo que todos aqueles que se tem servido os especuladores, e é reconhecido com o tipo de charlatarismo, pois que se baseia sobre principios que, postos

> que falsos e absurdos, iludem, agradando a imaginação; mas depois de algum tempo, os aventureiros, desanimados na Europa, voltaram as vistas para os países nascentes, e um estrangeiro batido ali pela má fortuna, e não podendo ganhar o pão, atravessou o oceano e foi levar à capital deste Império os escândalos da Europa; e não satisfeito com tudo isto, tem mandado, como por afronta ao governo, e escárneo à nossa bela pátria, emissários a algumas províncias onde, zombando da lei, tem reproduzido os ecritos produzidos na Côrte, e seus escândalos" (24).

Aquino entendia que a homeopatia deveria ser reprimida para evitar que o charlatanismo se cobrisse com as vestes da ciência. O charlatanismo era pernicioso, segundo esse médico, porque explorava a crendice popular e expunha os doentes a riscos de vida.

Em vista de tudo isso, sugeria que se franqueasse o Grande Hospital de Caridade do Recife para que se testasse o tratamento homeopático do doutor Sabino em alguns doentes de afecções agudas e crônicas, sob as vistas dos facultativos daquele estabelecimento e dos membros do Conselho.

A proposta de Aquino foi aceita pelo Governo, que despachou ordem para que a polícia investigasse a prática de cura homeopática de Sabino. O resultado de tudo isso, como nos informa Aquino, foi que

> "... o dr. Homeopata insultou grosseiramente o Conselho e sobretudo ao seu Presidente, mas que nenhuma providência para reprimir o abuso contra o qual, na opinião do dito ex-chefe de policia, não deveria proceder, visto que na Corte do Império era tolerado; abuso que continuou, senão permitido pela policia, ao menos tolerado por ela, como se depreende do oficio dirigido pelo ex-chefe de policia ao Conselho, em que diz que as razões apresentadas pelo dito doutor em sua resposta lhe pareceram atendiveis, como se fora um ato praticado contra a lei, quando nada o justifica..."(25).

Na década de 1850, a homeopatia ampliou sua influência no Recife. A epidemia de cólera de 1856, como já sugerimos, parece ter criado um campo favorável para sua difusão.

Com efeito, essa expansão da homeopatia era reconhecida melancolicamente por seus adversários. Ao comentar o caso de Vitória de Santo Antão, Aquino, por exemplo, constatava, irritado, como a homeopatia havia granjeado a confiança da população a ponto de criar um clima hostil à presença dos médicos alopatas, que "sofreram insultos, viram-se apedrejados, e tiveram de retirar-se".

Os homeopatas, ainda que não tivessem, como os alopatas, muita clareza sobre a etiologia da doença, acreditando também na teoria miasmática, eram contrários, entretanto, ao sistema de quarentena e lazaretos.

Para alguns médicos homeopatas, não todos, a única maneira eficiente era combater o mal na própria atmosfera. Isto explica o uso indiscriminado da cânfora, já recomendado pelo fundador da homeopatia, o doutor Hahnemann (26).

Aos olhos das camadas populares, o tratamento homeopático do mal asiático oferecia a vantagem e o atrativo de empregar terapias menos violentas, além de se preocupar tanto com a prevenção quanto com a cura. Apresentava-se, também, como o mais coerente e uniforme na adoção dos medicamentos - que eram quase sempre os mesmos. Para os sintomas essenciais do cólera confirmado eram sempre indicados o "Veratrum Album", o "Cuprum Metalicum" e o "Arsenicum Album".

A homeopatia se diferenciava substancialmente da alopatia não só no tratamento como também no modelo de saber médico. As grandes linhas teóricas do modelo de saber homeopático, recém-introduzido no Brasil (década de 1840),

caracterizavam-se por uma medicina dos doentes individuais, em contraposição a uma medicina das doenças.

O exame clínico também se diferenciava da alopatia. Enquanto esta partia de um olhar classificador e interventor do médico sobre o doente, através da utilização do exame anatomoclínico, físico, e de classificação de sinais e sintomas num quadro produzido a priori pelo conhecimento médico, a homeapatia baseava-se no discurso do paciente para fazer o diagnóstico e receitar a terapia adequada. A homeopatia era, portanto, uma medicina dos sintomas (medicina gestáltica), enquanto a alopatia se preocupava com a etiologia (27).

Enquanto a homeopatia se preocupava em aplicar as doses medicamentosas em função de um quadro sintomático individual, a alopatia aplicava generalizadamente medicamentos em função de patologias especificas. Mas a característica mais marcante da homeopatia estava na compreensão de que o semelhante poderia curar o semelhante. Isto era uma visão da cura radicalmente oposta à medicina alopática que combatia o agente patogênico com um agente químico constituido de propriedades contrárias do inimigo, "capaz de eliminá-lo, ou de traze-lo para fora, através do suor, da inflamação local, da febre, do vômito"(28).

Alguns autores afirmaram que o tratamento homeopático do cólera teria tido uma eficácia maior que o tratamento alopático. Em Belém do Pará, conforme nos informa Vianna, a homeopatia teria perdido apenas 170 doentes, de 2.239 tratados, enquanto a alopatia perdera 2.239 de 4.027 pacientes (29).

Para o caso do Rio de Janeiro, Ângela porto cita relatórios de atividades das enfermarias homeopáticas e alopáticas, concluindo que a mortalidade nas primeiras era de "menos de 20 por cento, enquanto nas segundas (da Santa Casa) a mortalidade oscilou entre 40 e 80 por cento" (30).

Para os casos de Vitória e Recife, em Pernambuco, não existem números que possam ser exibidos como prova do desempenho desses métodos terapêuticos no tratamento das vítimas de cólera. Aliás, em matéria de dados numéricos, nos tempos de epidemia, tudo é pouco confiável. A prudência manda que olhemos os números como "informações" manipuláveis por qualquer um dos lados. Contudo, a partir de inúmeros depoimentos publicados nos jornais da época, podemos supor que havia uma confiança bastante grande no tratamento homeopático. Tal confiança provavelmente não decorria da real eficácia das doses, mas do tipo de tramento aplicado. Assim, tudo nos leva a crer que a rápida aceitação pelos brasileiros dos glóbulos e das pílulas homeopáticas como instrumentos de uma terapêutica espiritual poderia ser explicada pelo fato de ser uma alternativa mais amena do que qualquer das terapias acadêmicas que invocavam remédios fortes, dosagens pesadas e purgações freqüentes. Até mesmo no tratamento de doenças epidêmicas como o cólera, onde multidões eram afetadas, a homeopatia entendia que cada um dos enfermos podia manifestar sintomas agregados suficientemente variados, exigindo, portanto, um tratamento específico ou individualizado (31).

A preferência da população pela homeopatia e pelas práticas de cura afro-brasileiras durante a epidemia foi certamente um elemento a mais para a crise da

medicina alopática. A concorrência da homeopatia era mais um dos problemas que a medicina alopática teria que resolver.

Combater a homeopatia, tarefa que a medicina oficial se propunha desde os anos quarenta do dezenove, foi um empreendimento em duas frentes: teórica e política. Na primeira, tratava-se de desmontar e desqualificar o saber da homeopatia, identificando-a ao charlatanismo, e reafirmar a exclusividade do conhecimento médico alopata como o único verdadeiro. Aqui a homeopatia deveria ser caracterizada como um culto da não-ciência médica, sistema "imaginário" ou prática de cura irracional.

Na segunda frente, tratava-se de destruir a reputação da homeopatia, confundindo-a com puro charlatanismo. O profissional homeopático deveria ser combatido pela sua conduta pouco ética. Assim, a medicina oficial procurava elaborar uma imagem do homeopata calcada sobre dualidades ou oposições entre o bem e o mal. Nesse esquema, evidentemente, o médico representava o bem (era desinteressado, moderado, racional mas observador, religioso mas não supersticioso, honrado, avesso à glória e ao ouro, cumpridor do seu dever como cidadão). O charlatão era a própria figura do mal (interessado, irracional, buscava causas sobrenaturais) ou demasiado empírico (era enganado pelos sentidos), procurava a glória, era "auri-sedento" (32).

Com esse duplo movimento de desqualificação da homeopatia , a medicina focial pretendia atingir dois objetivos conjugados: manter e ampliar seu controle sobre a saúde da população e controlar o exercício profissional. Esta

tarefa, entretanto, foi dificultada porque a homeopatia não podia ser confundida com qualquer charlatanismo, pois, afinal ela possuía um corpo de doutrina equivalente à medicina alopática. Depois, era exercida por pessoas com títulos de cientificidade. Curiosamente esse foi o argumento levantado pelo chefe de polícia do Recife, em ofício publicado no "Diário de Pernambuco" de 16 de fevereiro de1856, em resposta ao pedido da Comissão de Higiene Pública para prender os doutores homeopatas:

> "Penso que sendo a homeopatia um sistema adotado em medicina, assim como são outros muito bem conhecidos, uma vez que seja exercido por professores de saúde, por pessoas habilitadas na forma da lei, nenhuma proibição se lhes pode fazer, e por isso não os julgo no caso de charlatães ...".

Durante boa parte da segunda metade do século passado, o trabalho da medicina alopática consistirá em convencer a população, através de propaganda na imprensa, do absurdo da doutrina homeopática, ridicuralizando sua práticas de cura e seu anacronismo no plano do conhecimento.

Mas o combate à homeopatia não ficou no plano apenas das palavras. Através de recursos legistativos e judiciários, os alopatas procuraram limitar o exercício da profissão apenas àqueles que tinham título conferido pelas escolas de medicina do Brasil.

Resumindo o precedente, podemos dizer que a conjuntura crítica da epidemia colocou grandes desafios políticos e teóricos para a medicina oficial.

Ao nível político, o desafio consistia na criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações, como veremos no próximo capítulo.

No plano teórico, era preciso oferecer à sociedade um novo modelo de interpretação da doença capaz de explicitar seus mecanismo de transmissão, bem como indicar formas mais eficazes de controle e cura. Para tanto, a medicina teve que se armar de uma nova estrutura perceptiva da apreensão da propagação de doenças epidêmicas. O olhar que investiga agora se volta para o estudo das mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais dos fenômenos epidêmicos.

2. Investigação

"Cabe à medicina, dentre outras atribuições, o exame das causas que geram as epidemias, bem como os meios de os destruir. No estudo das epidemias, as condições de sua produção deve ser o ponto mais importante. As epidemias podem ser importadas e, neste caso, cabe estudar-lhe a naturalidade, para que se possa impedir a propação do mal e evitar seus terriveis estragos. Mas também podem ter sua origem em causas locais, cabendo à ciência determinar as topografias médicas de algumas localidades mais suspeitas. O viciamento do ar seria aqui a primeira razão de tais fenômenos"

(Anais da medicina Pernambucana: 1842-1844).

Os historiadores que se ocuparam da história das doenças e das medicinas no século XIX identificaram a disputa entre contagionistas e anticontagionistas como o elemento que marcou territórios rigidamente delimitados. Diz-se com freqüência que a importância dessa disputa reside não só no fato de que ela revela um conflito político transferido para a arena médica, mas também porque implicou na própria reformulação dos conceitos, objetos e práticas médicas.

No plano estritamente político, a disputa foi associada a duas concepções de sociedade divergentes: os contagionistas foram vistos como os que defendiam um governo intervencionista, conservador e despótico. Os anticontagionistas, por seu lado, foram idealizados como ardorosos defensores de uma posição liberal e progressiva. Nesta construção imaginária, os infeccionistas são representados como personagens imbuídos de nobres razões políticas e superior racionalidade. Liberalismo e progresso são vistos como incompativeis com segregação.

Por outro lado, contagionismo era uma idéia associada diretamente a medidas de exceção (quarentenas e segregação).

Não é necessário nenhum esforço intelectual para se perceber que esta leitura traduz uma visão dos anticontagionistas sobre os contagionistas. Ela induz certamente à idéia de que a medicina anticontagionista era um saber destituído de qualquer pretensão normatizadora e disciplinar. É evidente que contagionistas e anticontagionistas se diferenciavam em muitos pontos, mas, no essencial, havia mais convergências do que divergências.

É verdade que, no plano estrito das políticas de saúde, a diferença entre contagionistas e anticontagionistas era visível. Os contagionistas lutavam por medidas sanitárias (quarentenas, cordões sanitários, isolamento), enquanto os infeccionistas se batiam por medidas de salubridade (melhoria das condições de vida). Infecção e contágio, desse modo, fixavam posições práticas: uma propunha abrir, a outra fechar. A medicina infeccionista ou fisiológica defendia a dispersão da população, enquanto os defensores da teoria do germe, o princípio da segregação.

Contudo, para os objetivos de uma medicina social em fase de ascensão não havia muita diferença: ambas as concepões tinham como meta o controle da sociedade.

É claro que as convergências não terminavam aí. Os infeccionistas não refutavam a idéia de contágio, assim como os contagionistas não renegavam a possibilidade de infecção. O que os infeccionistas rejeitavam era usar a idéia de

contágio para explicar doenças como a praga, a febre tifóide, o cólera, ainda que aceitassem-na sem exitação para o caso da varíola. Por outro lado, os contagionistas rejeitavam a idéia de infeccão para explicar as mesmas doenças, ainda que admitissem-na para as febres decorrentes das "constituições atmosféricas "ou locais (33).

Já é do conhecimento do leitor que a corrente contagionista, ainda que numericamente inferior, parece ter sido predominante nas ações do governo.

Mesmo asssim, pode-se dizer que contagionistas e infeccionistas se conjugavam no esforço comum de resistir à doença. Desse modo, repelir as causas da morbidade e remover as causas da insalubridade eram os princípios norteadores das duas tendências. Cada princípio estava associado a teorias médicas. Cordões sanitários, quarentena e isolamento eram medidas baseadas na teoria do contágio. Remoção dos focos de infecção (pântanos, matadouros, cemitérios, esgotos) eram medidas higiênicas propugnadas pelas teorias da infeccão. Como já sublinhamos, as teorias eram divergentes, mas no momento da epidemia se complementavam. Esta complementaridade resultava do desconhecimento das causas e maneira de transmissão do cólera.

Se havia incerteza quanto ao caráter da doença (se contagiosa ou infecciosa), todos tinham certeza quanto às causas da insalubridade. Logo, não havia porque opor-se à imposição de quarentenas e outras medidas sanitárias nos portos e ao longo das fronteiras, mesmo que fosse apenas para acalmar a população agitada. Por outro lado, não se podia negar o perigo dos focos de

insalubridade. Ao eliminá-los, haveria a possibilidade de reduzir pelo menos a virulência da epidemia, na impossibilidade de estancá-la.

Assim, tivemos, no Recife, uma improvisação de planos de combate à epidemia que contemplava os adeptos das duas teorias. Mas não se pode deixar de reconhecer que os contagionistas deram o tom geral nos planos de saúde pública no periodo de epidemia. Tanto Joaquim de Aquino Fonseca, presidente do Conselho de Salubridade Pública de Pernambuco, de 1845 e 1855, como Sá Pereira, seu substituto, em 1856, eram contagionistas. E foram eles, inquestionavelmente, os que maiores esforços fizeram para teorizar a doença e implementar políticas públicas de saúde. Por isso, vamos passar em revista alguns dos seus pontos de vista sobre o cólera.

Aquino Fonseca, como já sugerimos ao longo deste trabalho, considerava as doenças epidêmicas em geral, e a febre amarela e o cólera em particular, como contagiosas. Já em relatório à presidência da província de 1849 alertava para a necessidade de se impedir a entrada do cólera no País. A sua preocupação fazia sentido, pois a Inglaterra, país que negociava com o mundo inteiro, estava passando por uma grande epidemia de cólera. As intensas relações comerciais entre os dois países exigiam a vigilância de um cordão sanitário:

> "Tendo desenvolvido o cólera-morbus em quase toda Europa, o Conselho não tem cessado de empregar os meios, que crê capazes de, senão evitar, ao menos embaraçar a invasão, pondo toda a atividade em que não comuniquem com a terra as tripulações dos navios procedentes de portos infectados, e não entrem para a alfandega mercadorias, sem que a bordo dos navios se pratiquem fumigações desinfectadas por meio de cloro; e não tem cessado de recomendar ao Provedor da Saúde do Porto toda vigilancia a este respeito...(34).

Aquino voltou várias vezes a recomendar medidas preventivas para impedir a entrada do cólera em Pernambuco. Tudo em vão. Os interesses comerciais falavam mais alto:

> "Até hoje não foi resolvida a questão: navios tem chegado dos portos da Gran-Bretanha, sem que nenhuma vez suas entradas tenham sido comunicadas ao Conselho pelo Provedor de Saúde, e as mercadorias vindas a bordo desse navios, tem sido recebidas na Alfândega, sem que ela possa asseverar que não eram procedentes de porto infectado, porque nenhum aviso lhe tem sido dado pelo Inspetor; e tudo isto o põe na impossibilidade de vedar que o cólera se declare nesta Província, onde sem dúvida não deixará de fazer grandes estragos, se por desgraça tão terrível flagelo vier a desenvolver-se, em consequência da falta de observância das regras de higiene; concorrendo para isto já os poucos meios, de que pode dispor a Província, e já os maus hábitos de seus habitantes, encontrando-se em muitos pontos da cidade, até mesmo nos lugares mais frequentados, focos de emanações pútricas, que muito desconceituarão a Província aos olhos dos estrageiros, que nela vivem ou por ela viajam"(35).

Como se pode ver, Aquino entendia que o cólera se difundia pela importação e pelo contágio, mas sua disseminação podia ser sustada ou reduzida conforme fossem as condições higiênicas locais.

Ao diagnosticar o primeiro caso de cólera no Recife, no dia 28 de janeiro de 1856, Aquino fazia essa correlação importação/condições de salubridade, compatibilizando contágio e teoria miasmática. A doença teria sido introduzida na cidade pela circulação e o contato das pessoas com os lugares contaminados. Mas, a partir daí, tomara maior impulso nas habitações e bairros onde as condições de salubridade eram precárias:

> "A casa em que estava Hermenegildo de Paula Albuquerque é um pequeno sobrado situado à margem do rio (na rua do Ouro, Freguesia de São José), e contíguo a esse alagado coberto por pequenos mangues de que tratou a Comissão de Higiene Pública em seu ofício relativo à limpeza das ruas, praças e praias desta cidade" (36).

Para o doutor Aquino, a noção de condições ambientais se confundia com a idéia de miasma, uma emanação de um princípio orgânico, resultante da fermentação das águas pútridas estagnadas que se elevavam com os gazes e vapores e acompanhavam "estes veículos na dilatação ou condensação que experimentavam pelas variações diurnas do calor atmosférico" (37).

Ante a expectativa de irrupcão do cólera em Pernambuco, Aquino moveu uma intensa campanha de higienização do Recife, como vimos no capítulo II deste trabalho. Mas nunca se convenceu de que o cólera ou a febre amarela pudessem ser frutos das "condições localizadoras".

Aquino era um médico pronfundamente sintonizado com a cultura médica européia. Seus conhecimentos sobre o cólera fundamentavam-se na experiência e na leitura de médicos franceses. Em 26 de janeiro de 1856, ele traduziu e publicou no "Diário de Pernambuco" um artigo da "Revue Thérapeutique médico-chirurgique", sobre o cólera e os meios de preveni-lo. Pelos comentários encontrados nas notas de rodapés podemos constatar o seu total endosso às teses ali levantadas. Por isso, detenhamo-nos um pouco sobre o seu conteúdo.

O artigo constata de início a impotência dos médicos diante de uma doença que aparece pela primeira vez na Europa em 1829. Mas tal impotência era agravada pela incerteza da medicina com relação à natureza da doença: infecciosa ou contagiosa? Segundo o autor, essa divisão, numa questão de tão grande interesse, era decorrente de teorias "excessivamente absolutas, adotadas por grandes escolas" na França.

BIBLIOTECA CENTRAL

O que parece interessante no artigo traduzido por Aquino é a tentativa de unir as duas visões. Assim, o cólera seria, na sua origem, uma doença produzida pela infecção, assemelhando-se, nesse aspecto, às febres dos charcos, às febres perniciosas álgidas ou mesmo à febre amarela. A analogia do cólera com a febre amarela se fazia a partir da compreensão de que ambas as doenças eram produzidas por um miasma específico. O cólera, entretanto, quando sai do seu lugar de origem (margens do Ganges) e caminha com as caravanas, com os corpos dos exércitos, atravessa os mares sobre navios e invade o mundo,

> "conservando todos os seus caracteres, sem receber influência nem do frio nem do calor, nem da sequidão nem da umidade, junto ao polo e sob o equador, evidentemente apresenta tudo que constitui uma moléstia contagiosa, e recusar-lhe isto porque o ar transporta seu principio contagioso a distância ainda mal limitadas e provavelmente bastante pequenas, é negar o fato no que ele tem de mais caracteristico, o contágio no que ele oferece de mais perigoso".

Após enumerar uma série de casos que comprovavam o contágio pessoa a pessoa, seja pelo contato direto ou indireto, mediante vestuário ou objetos, o artigo concluía que uma pessoa saindo de uma atmosfera infectada pelo cólera e atravessando a multidão, na rua, na igreja, no teatro, por toda parte, enfim, poderia disseminar a moléstia nas direções mais opostas.

Mas a transmissão poderia ocorrer também pelas correntes de ar. À semelhança de outras enfermidades contagiosas e epidêmicas, o cólera desconcertava aqueles que ousavam prever sua marcha. Às vezes poupava populações inteiras, regiões, cidades, lado de ruas, dependendo das correntes de ar, poderosas o suficiente para separar o vírus dos objetos contaminados.

Em concordância com essa opinião, Aquino comentava que outra autoridade médica em Munique, o doutor Pettenk-fer, havia escrito em 1855 um livro sobre o modo de propagação do cólera, onde demonstrava que "as pessoas encontradas com diarréia, mesmo ligeira, durante a epidemia de cólera, podiam espalhar por si mesmos os germes da moléstia".

Mas - perguntava-se o articulista - em que ganharia a medicina ao saber que o cólera era contagioso? Por acaso essa doença já não havia demonstrado a inutilidade dos cordões sanitários, dos isolamentos dos doentes e dos casos infectados? A medicina ganharia - respondia o articulista - porque poderia minorar muito os estragos do cólera, recorrendo a medidas que a ciência aprovava, tranqüilizando a população e não lhe impondo mais do que pequenos incômodos.

Ao reconhecer a impossibilidade de se conter a marcha da doença sobre uma região, o articulista dizia que a medicina poderia, no entanto, combatê-la em escala mais reduzida, ou seja, nos domicílios, nos quartos dos coléricos, eliminando os miasmas que se desprendiam e impedindo-os de se acumular em grande quantidade. Uma das medidas sugeridas era afastar as pessoas dispensáveis ao serviço da casa, os doentes e os mortos.

Segundo entendia o doutor Aquino, essas recomendações do médico francês deveriam ser levadas mais a sério ainda nos países tropicais, onde a fermentação das matérias expelidas dos doentes se processaria rapidamente, multiplicando os miasmas contagiosos. Seria portanto da maior importância

renovar constantemente o ar nos quartos dos coléricos, pois isso beneficiaria não só os enfermos, mas também aqueles que deles cuidavam.

Neste particular, Aquino recomendava alguns procedimentos necessários: desinfectar imediatamente as matérias expelidas pelos doentes, com cloro e cloruretos; desinfectar os cadáveres e transportá-los para os cemitérios sem acompanhamento. Estes últimos, por sua vez, deveriam ser construídos suficientemente afastados da cidade. Além dessas providências, era preciso desinfectar cuidadosamente as casas, quartos e utensílios onde a doença se havia manifestado. Atenção especial deveria ser dada aos dejetos humanos, procurando manter a maior limpeza nas latrinas, desinfectando-as todos os dias.

Essa operação de higienização, que começava na habitação, deveria se estender por toda a cidade, limpando rigorosamente as ruas, becos, lugares onde podiam ser encontradas matérias fecais e ainda proibindo reuniões numerosas nos lugares públicos.

Em resumo, o artigo alertava toda a sociedade para o perigo da contaminação, uma vez que a facilidade da transmissão da doença do quarto para a casa, desta para a rua e para a cidade inteira mostrava que os miasmas, acumulados na residência do pobre, podiam chegar até aos palácios dos ricos, por uma infinidade de meios de transporte. Era preciso, portanto, atacar as condições que mais facilitavam a propagação da moléstia: miséria, sujeira e habitações deficientes.

A repercussão daquele artigo nos meios médicos do Recife foi enorme. Basta dizer que sua orientação geral foi seguida à risca pela Comissão de Higiene Pública, tanto sob a presidência de Aquino como da de Cosme de Sá Pereira.

Aliás, é bom que se diga que Cosme de Sá Pereira, substituto de Aquino na Comissão de Salubridade Pública, foi profundamente influenciado por essas teses. Como veremos a seguir, suas idéias sobre o cólera seguem fielmente as idéias defendidas no artigo traduzido por Aquino.

Cosme de Sá Pereira foi o idealizador e executor do plano de saúde pública elaborado para debelar a epidemia em Recife. Da experiência da epidemia, escreveu um relatório que, posteriormente (já em 1882), transformou em livro. Trata-se do maior esforço de um médico pernambucano para sistematizar a discussão da etiologia e das medidas terapêuticas referentes ao cólera. Para os objetivos deste trabalho, vale resumir alguns aspectos de sua visão sobre a doença, ficando para o próximo capítulo a discussão do plano elaborado por ele para debelar a epidemia na cidade do Recife.

O dr. Cosme de Sá Pereira partia do princípio de que para evitar a invasão do cólera com medidas preventivas seria preciso ter uma noção geral do que era essa doença. De saída - dizia ele - era preciso afastar qualquer idéia que considerasse o cólera uma decorrência de mudanças atmosféricas ou telúricas. Da mesma forma, não seria um castigo dos céus. Era, sim, uma entidade mórbida, específica, que nascia, crescia e morria, deixando, às vezes, por algum

tempo, " sementes para reaparecer quando se oferecessem condições favoraveis ao seu desenvolvimento" (38).

Não era, entretanto, uma doença nativa. Pereira entendia que o cólera era uma doença exótica, que só proliferava quando importada e reproduzida. Para ele era um fato inquestionável a origem asiática do cólera, bem como sua importação e contagiosidade.

A contagiosidade do cólera, dizia Pereira, se confirmava pelos inúmeros fatos registrados. Traçando uma cartografia da doença no Brasil, ele nos diz que a sua marcha tinha rumo certo, permitindo por esse modo que sua invasão sucessiva fosse observada passo a passo. Após citar vários casos onde um indivíduo contaminado espalhava a doença numa localidade até então isenta do mal, concluía::

> "Reparando-se ainda em todos esses pontos invadidos pelo cólera fora das capitais, vê-se que são eles pequenos povoados, separados uns dos outros por grande número de léguas, onde os habitantes, como que constituem uma só família, do qual nenhum indivíduo sai ou entra, adoece ou morre sem que todos tenham pleno conhecimento do fato, circunstância esta que facilita muito verificar neles, não só os individuos doentes, como a procedência dos afetados, suas conseqüências, o dia do acontecimento morbido, o dia do falecimento, que tudo foi observado com o maior cuidado possivel" (39).

A persistente observação de Pereira quanto aos pontos de passagem ou de irrupção da doença terminava por realizar uma cartografia do território sobre o qual se deslocavam os viajantes.

Entendia ele que todas as vezes que se identificava o primeiro caso de cólera numa determinada localidade, este caso remetia sempre a um condutor. Dai concluía que uma enfermidade, suscetível de ser transportada e reproduzida

por tantos lugares e em milhões de pessoas, tinha a natureza de "ser mais germinante, que infeccionante, na sua espécie". Por **infeccionante** o médico compreendia toda e qualquer matéria que, uma vez introduzida no organismo, por qualquer via, corrompia os seus humores, mas não se reproduzia. Ao passo que **germinante** seria qualquer matéria que, introduzida no organismo, corrompendo ou não seus humores, produzia novas combinações, que resultariam em matérias com a mesma propriedade, como se via na vacina e "na danação" (40).

As conclusões de Pereira eram baseadas em observações sobre o comportamento da epidemia na área rural, onde o rastreamento da moléstia podia ser feito com maior precisão. Ali parecia ser possível acompanhar os movimentos dos enfermos com mais facilidade.

Pereira, anticontagionista até a chegada do cólera na Província de Pernambuco, diz que se convenceu do contágio da doença a partir do estudo *in loco* de como ela se deslocava de cidade para cidade. Segundo ele, a enfermidade sempre se transmitia de um indivíduo a outro, do doente ao são, com os mesmos sinais, com a mesma letalidade.

A partir da investigação minuciosa da vida de um doente de cólera - dizia ele -era possível descobrir o fio que ligava ao ponto de partida o desenvolvimento posterior da epidemia. À grande distância, esses pontos de partida poderiam ser obscuros, mas se tornavam mais claros e visíveis quando observados mais de perto. Assim sendo, não se podia atribuir o aparecimento do cólera entre nós, dizia o médico recifense, a desregramentos alimentares, perturbações climáticas,

telúricas ou, mesmo, falta de higiene. Neste ponto, Pereira fazia uma distinção entre doenças devidas a alterações ambientais e doenças contagiosas. As primeiras eram sazonárias e se repetiam conforme as mudanças de estações; as segundas atacavam um indivíduo uma só vez, matando-o ou tornando-o inume.

Havia, é verdade, casos refratários ao cólera ou às demais doenças contagiosas. Mas isso não refutava a teoria do contágio. O fato de haver pessoas que estiveram em contato com os coléricos e que não contraíram a doença nada provava contra o contágio. Doença, para Pereira, era essencialmente contato.

Admitindo-se que o cólera era contagioso, seria preciso, na ótica do médico, demonstrar os seus meios de transmissão. Seria pelo ar, pela água, pelo próprio homem e sua bagagem? Para Pereira, nada parecia provar que o ar seria um veículo transmissor do cólera, a despeito da enorme propensão dos médicos da época para tal crença. Observava que o roteiro traçado pelo cólera no Brasil desautorizava tal hipótese: a doença seguia trajetórias que poupavam muitas províncias de permeio, irrompendo a grandes distâncias das áreas inicialmente afetadas. O estudo da cartografia e dos pontos de passagem da enfermidade inviabilizavam a crença da comunicação pelo ar:

> "(...) se fosse o ar transmissor do cólera, deveria este seguir a marcha dos ventos, mas a observação mostra que muitas vezes segue ele marcha inversa; é isto mesmo que se observou nesta provincia, porquanto o cólera, em vez de seguir da capital para o centro,para onde correm diariamente os ventos maritimos, veio, ao contrário, do centro para a capital, apenas banhado pelos ventos terrestres, que só aparecem raras à noite" (41).

Ora, se o ar não dissemina o cólera, argumentava Pereira, os miasmas do cólera também não são transmitidos pelo ar. Muito pelo contrário: o ar, ao espalhar os eflúvios coléricos, funcionaria como elemento dissipador, atenuante, isolante, e não como um transmissor de cólera. Isto à grande distância. Mas o ar viciado do quarto do doente, resultante das emanações gasosas, vaporosas e de inúmeras partículas suspensas no ambiente poderia transmitir o cólera. Sendo assim, era possível se estabelecer com certa precisão as distâncias em que deveriam ser colocados os pontos de quarentena.

Da mesma forma, para o doutor Pereira, a água não era portadora dos miasmas coléricos, uma vez que ela, assim como o ar, divide, dissemina e espalha também "os elementos que nela se acham suspendidos ou dissolvidos", diminuindo seus efeitos.

Pereira duvidava da transmissão do cólera pela correnteza dos rios, pois se os miasmas coléricos flutuassem na água, ou nela fossem dissolvidos, certamente fariam suas incursões seguindo a correnteza, rio abaixo, e não rio acima, como se observava em sua marcha sobre a região. As águas correntes, portanto, não eram veículos condutores do cólera. Mas atenção: isto não se aplicava às águas estagnadas, empoçadas e dormentes - à água de beber, por exemplo, contaminada por um colérico; à água dos poços, onde se lavavam roupas de indivíduos enfermos, ou à água contaminada com dejeções e escarros dos cólericos. Estas podiam, sim, transmitir o cólera.

Na verdade, o verdadeiro transmissor do cólera, segundo Pereira, era o homem ou sua bagagem. O cólera era transmitido pelo homem em dois estados: de fermentação (incubação) e de conservação(potência latente). Germinava como uma semente quando encontrava terreno propício. Seguia sempre as vias de comunicações do homem, como a sombra segue o corpo! O seu ritmo de caminhada dependia da intensificação ou não das comunicações humanas. No caso do Nordeste, Pereira observava que a doença se transportava de uma localidade a outra de forma lenta: demorou sete meses para se transportar da Bahia (21/7/1855) para a cidade do Recife (27/01/1856). Para ele, esta demora não era própria das comunicações aéreas ou das águas, mas das vias de comunicação dos homens:

> "Esta lentidão em transportar-se o cólera de um povoado a outro, por ventura explicada será, com viso de razão, por comunicações aéreas? É impossível para quem conhece a rapidez da marcha do vento; pelas águas dos rios? ainda muito menos, porque estas caminham sempre para um só ponto (o oceano); mas tendo ele aparecido sempre em pessoas procedentes de lugares infectados, e seguido sucessivamente seu lento andar, é com a máxima certeza que a elas deve ser imputada toda a transmissibilidade; finalmente, atribuir a disseminação do cólera ao ar que se não respira, ou à água que não se bebeu, ou a um gênese espontânea, ou a influências locais, por lugares tão diferentes, uns secos, outros pantanosos, alguns baixos, outros elevadíssimos, outros ainda limpos de todas as impurezas, ou acumulados de imundícies (grandes capitais, altos sertões) etc., é uma crença de que inteligência alguma desprevenida poderá jamais capacitar-se, em face de tantos fatos em contrário, que demonstram ser o homem e sua bagagem os únicos importadores e transmissores universais do cólera" (42).

A constatação de que o homem e sua bagagem eram os verdadeiros agentes transmissores do cólera se fazia pela possibilidade de se estudar atentamente a cadeia de transmissão da doença. Através do registro do deslocamento das vítimas, relatados minuciosamente por médicos, presidentes de

províncias, juízes de direito, promotores, vigários, e por testemunhas oculares, era possível verificar como a doença passava de pessoa a pessoa, de casa em casa, de rua em rua, de cidade em cidade.

Descobrir o agente transmissor era apenas resolver uma parte do problema. A outra seria descobrir como a doença evoluía no homem e em sua bagagem. Quanto tempo era necessário para ela se manifestar? A que distância podia ser transmitida?

Sobre a evolução da doença no homem, Pereira julgava que ela se manifestava no período de seis a oito dias. Já a transmissão do cólera pela bagagem do homem, não havia como determinar o tempo de sua manifestação: tudo dependia da ocasião oportuna. Nos lugares poucos ventilados (baús, gavetas, catacumbas), o prazo para manifestar-se poderia durar anos, como ocorreu em Nazaré, "onde as escavações deram lugar a uma segunda epidemia circunscrita, anos depois da primeira invasão".

A Metáfora do fósforo: doença é contato

Para Cosme de Sá Pereira, as diferentes manifestações ou evoluções do cólera, seja em seu estado latente (incubação), seja em seu estado de atividade, se compariariam ao fósforo:

> "(...) o colérico assemelha-se ao fósforo em ignição, porque abrasa ou infecciona aqueles que o tocarem, e aquele que não quiser ser queimado, ou infeccionado deve deles se afugentar, ou evitar o seu contato; o cólera latente, isto é, oculto na bagagem do homem, assemelha-se ao fósforo que se conserva em caixa à espera de um pequeno contato, de um atrito ou fricção para desenvolver seu incêndio, ou sua força infeccionante" (43).

Como o fósforo, o cólera às vezes não se manifestava com um único contato. Seria preciso repetir esse contato para que seus efeitos funestos aflorassem. Mas, observava Pereira, a semelhança entre ambos era visível. Num e noutro era sempre o contato a causa do incêndio e da morte: "A que distância deste fósforo maldito (o cólera) [poderia] o homem julgar-se livre de seu calor infeccionante"? Tudo dependia do caráter do foco pestilencial.

Assim, para Pereira, não havia dúvida de que a proximidade dos corpos em putrefação constituía um enorme perigo, pois certamente transmitiria a doença. O ponto mais ativo para a transmissão do cólera era o contato dos indivíduos ou coisas infeccionadas por eles. A maior fonte de contágio eram os cadáveres em decomposição:

> "Por toda parte (...) em que cadáveres coléricos estiveram insepultos, e corromperam-se ao ar livre, a mortalidade colérica fora espantosa; mas logo que se dava sepultura aos mortos, a epidemia decrescia consideravelmente". (44).

Para reforçar sua conclusão sobre o perigo dos cadáveres em estado de putrefação, cita o caso de Recife,

> "onde nenhum cadáver esteve insepulto, e se contratara condução dos mesmos para o cemitério e carro em qualquer hora do dia ou da noite, fechados em caixão, e cujo administrador, a quem se recomendara toda presteza nos enterramentos, tomara o partido não só de ter 100 covas abertas, além das que eram orçadas para cada dia, como de ordenar aos cavadores que uns enterrassem enquanto que outros abrissem as covas, nenhum caso se deu de cólera, e nem de tifo nestes trabalhadores". (45).

Se o cólera era contagioso, concluía Pereira, as quarentenas e os cordões sanitários deveriam ser a primeira lei de prevenção.

Essa reflexão sobre as causas do cólera parece comportar uma percepção ambivalente do modo de transmissão da doença. Temos, por um lado, uma noção de contágio que remete a algo desconhecido, supostamente a algum contato originário. A noção de contágio é aqui explicitamente formulada como o ato de exercer o sentido do tato. Neste entendimento, a doença é associada ao contato e ao sentido do tato, resgatando uma velha teoria sobre as moléstias transmissíveis, desde Fracastoro.

Mesmo quando Pereira descreve a cadeia de transmissão do cólera, de indivíduo para indivíduo, não há uma percepção de que a doença seja produzida por algo que tenha uma estrutura morfológica tal como um agente microbiológico ou coisa semelhante. A sua teoria do contágio busca a origem da doença nos estados putrefatos ou corrompidos dos cadáveres ou no ar atmosférico. Desse modo, sua teoria sobre o cólera remete tanto à noção de contágio como à de miasma, numa demonstração clara de que, para ele, essas duas noções não eram opostas. Assim, ambas as noções supunham que a doença se originava de estímulos provenientes do mundo externo e do contato entre os homens. É certo que uma enfatizava a necessidade de precisar o princípio ou o estímulo que produzia a doença no corpo, encontrando, assim, sua causa; a outra, por sua vez, compreendia a doença a partir da idéia de predisposição, seja do corpo, seja do mundo externo. Uma colocava em relevo valores operativos de localização e especificidade que poderiam produzir uma terapêutica generalizável; a outra,

enfatizava valores de singularidade e totalidade - o que acarretaria terapêuticas não generalizáveis. Na concepção de doença de Pereira, contágio e miasma não eram, pois, noções conflitantes.

Contudo, podemos dizer que há na investigação de Pereira sobre as causas do cólera um progressivo deslocamento do seu objeto de estudo das causas naturais para as causas produzidas pelo homem. Esse deslocamento de análise, fruto da observação e do raciocínio lógico, vai buscar as causas das doenças epidêmicas não somente nos processos biológicos ou nas características da tríade ecológica - o hospedeiro, o agente e o ambiente -, mas também nas condições sociais.

O conhecimento da forma como o cólera se transmitia passou a ser um desvendamento de uma trama orgânica que se produz no corpo e que possui determinações causais. Esse novo olhar da medicina para a doença deslocou para outra esfera discursiva as velhas polêmicas entre contagionistas e infeccionistas. A atenção de ambas as posições passam agora a centrar-se em um elemento particular da anatomia: o revestimento corporal. Os contagionistas identificam a transmissão da doença com o revestimento cutâneo e os infeccionistas com o revestimento interno.

De qualquer modo, ambas as posições parecem compartilhar uma mesma descontinuidade discursiva: a doença deixou de ser imaginada como um ser que invade o corpo, para ser pensada como um processo com existência material nos componentes do próprio corpo. Em suma, as duas correntes procuravam vínculos

com a patologia e, neste particular, suas diferenças tendiam a diluir-se. O estabelecimento da hegemonia do orgânico, ou seja, da importância das mudanças morfológicas e estruturais na explicação das doenças, significou a passagem da medicina para uma epistéme moderna.

O cólera permitiu, portanto, aos médicos descrever o que, durante muito tempo, permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável. Isto não significa dizer que os médicos, depois de especularem durante muito tempo, tenham finalmente encontrado a verdade ao escutarem mais a razão do que a imaginação. O que se passou é que, como diria Foucault, "a relação entre o visível e o invisível, necessária a todo o saber concreto, mudou de estrutura e fez aparecer sob o olhar e na linguagem o que se encontrava aquém e além do seu domínio. Entre as palavras e as coisas se estabeleceu uma nova aliança fazendo ver e dizer, às vezes, em um discurso realmente tão 'ingênuo' que parece se situar em um nível mais arcaico de racionalidade, como se tratasse de um retorno a um olhar finalmente matinal" (46).

Na investigação médica sobre as causas da alta mortalidade verificada entre as camadas pobres da população do Recife, a Comissão de Higiene chegou a resultados, no mínimo, incômodos: a pobreza facilitava a disseminação da doença. Bastava verificar as taxas de mortalidade com respeito à morte. Para se chegar a essa conclusão, as investigações médicas tiveram que averiguar as explicações correntes sobre as doenças epidêmicas e descartar várias delas. O passo seguinte foi relacionar doença e sociedade.

Como vimos, uma das hipóteses mais freqüentes, e bastante difundida, relacionava diretamente as condições climáticas e a mortalidade colérica: as doenças epidêmicas se desenvolveriam com mais facilidade nas estações quentes e chuvosas. De fato, as epidemias de febre amarela, tifo, varíola e cólera irromperam no Recife nesse período do ano. Mas esse novo olhar da medicina descartava qualquer relação direta entre um e outro fenômeno, ainda que a temperatura alta e chuvas abundantes contribuíssem também para um maior difusão dessas doenças.

Outra hipótese, ainda dentro dessa concepção marcadamente hipocrático-galênica, estabelecia uma correlação estreita entre topografia e cólera. Dizia-se que a doença atacava mais áreas baixas, pouco elevadas do solo, onde os miasmas se impregnavam com mais facilidade. Numa cidade onde a maioria das casas situava-se em terrenos baixos, facilmente alagados pela proximidades dos rios, tal hipótese parecia muito convincente. Mas o cólera provou ter sido igualmente virulento nas mais diferentes altitudes.

Uma terceira hipótese procurou correlacionar a mortalidade com a densidade demográfica, seja no plano macrogeográfico (bairros e quarteirões), seja no plano microgeográfico (das habitações e dos aposentos). Neste ponto, parece que todos concordavam que as aglomerações facilitavam a disseminação da doença, seja por contágio de pessoa a pessoa, seja por infecção miasmática, através das partículas desprendidas pelos indivíduos enfermos.

Devemos lembrar, ainda, que alguns médicos tentaram estudar a doença correlacionando-a com a ocupação das pessoas. Aqui a atenção era voltada para as condições de trabalho, onde se verificava a maior suscetibilidade de determinadas atividades profissionais à doença. Trabalhadores, por exemplo, ligados aos serviços urbanos (transporte de água, lixo, excrementos, cadáveres) estavam mais propensos a contrair a enfermidade.

Em resumo, as investigações médicas sosbre o comportamento do cólera concluíam que os fatores físicos (clima e topografia) pouco contribuíam para a disseminação da doença. Em compensação, a densidade demográfica e as ocupações profissionais explicavam as variações nos quadros de mortalidade. A pobreza também poderia explicar tais variações, como havia ficado claro ao se estudar a mortalidade em relação à ocupação e às condições de vida. Sobre estas últimas dizia-se que a situação precária do pobre enfraquecia sua saúde, aumentando-lhe as chances de contrair doenças ou morrer. A idéia de "predisposição" para adoecer, como vimos, era muito enfatizada nessa época.

Os anticontagionistas procuravam explicar a evidência da neutralização dos efeitos de uma causa que, hipoteticamente, pudesse afetar a todos de um mesmo modo, através das noções de "predisposição " e "resistência". Assim, o par "predisposição-resistência" era relacionado às condições de vida e ao ambiente. Os contagionistas, por outro lado, utilizavam as noções de aptidão e imunidade para explicar o mesmo processo, sendo que essas noções se referiam à economia orgânica do organismo.

Assim sendo, as "predisposições" para adoecer podiam ser tanto de natureza biológica como psicológica. Se eram de natureza biológica, sublinhava-se a influência do meio-ambiente no ato de adoecer. Se psicológicas, suas causas não seriam nem naturais nem históricas, mas teriam raízes numa base moral.

A doença, sob essa ótica, era considerada como uma oposição quantitativa entre virtude e vício. Os vícios seriam responsáveis por todo o mal. Nessa projeção imaginária descartava-se toda e qualquer associação da doença com as causas sociais, e o que restava era uma dialética da moralidade e imoralidade. Saúde e doença eram vistas como recompensa ou punição, de acordo com os princípios da ética burguesa. Se o vício era a principal causa da mortalidade, tornava-se possível explicar, por exemplo, a alta mortalidade entre os negros escravos e livres do Recife sem aludir às causas sociais.

As conclusões das investigações médicas sobre o cólera conduziram a esses dois caminhos: causas sociais ou morais? Pensamos que o último foi o que prevaleceu na condução das estratégias e táticas para debelar a epidemia. Não era conveniente explorar e levar às últimas conseqüências a vertente explicativa de que a doença tinha raízes sociais (pobreza e insalubridade). Esta tese criava dificuldade para as elites e o governo. Eliminar a pobreza e a insalubridade exigia políticas de melhoria para os pobres e grandes investimentos no combate aos focos de infecção.

No momento mesmo em que a epidemia pôs a nu a influência dos fatores sociais da mortalidade, o debate da higiene pública foi desviado ou simplesmente adaptado aos termos tradicionais de alívio e socorro da pobreza. Prevaleceram, assim, os remédios tradicionais: desinfecção, ajuda aos pobres e hospitalização.

Uma vez descartada a abordagem social da doença, as elites retomaram a outra vertente explicativa da mortalidade, ou seja, a explicação das "predisposições" morais para se contrair o mal, conduzindo-a à condição de verdadeira causa da morbidade e mortalidade colérica. A estratégia discursiva foi culpabilizar as próprias vitimas pela contração da doença. Neste aspecto, a medicina da época é insistente em frisar a importância das "predisposições individuais", tais como emoções violentas, dieta irregular, hábitos incertos, alcoolismo, como fatores responsáveis pela doença.

O cólera foi idealizado como uma punição pela frouxidão moral e a devassidão. Essa representação da doença conduzia a um constatação lógica: proteger a saúde pública era também impor um programa de moralização das camadas populares, incutindo nelas hábitos ordenados, corpo limpo, mente saudável, ou seja, valores tão caros às elites dominantes. Essa era uma tarefa da medicina e principalmente do governo.

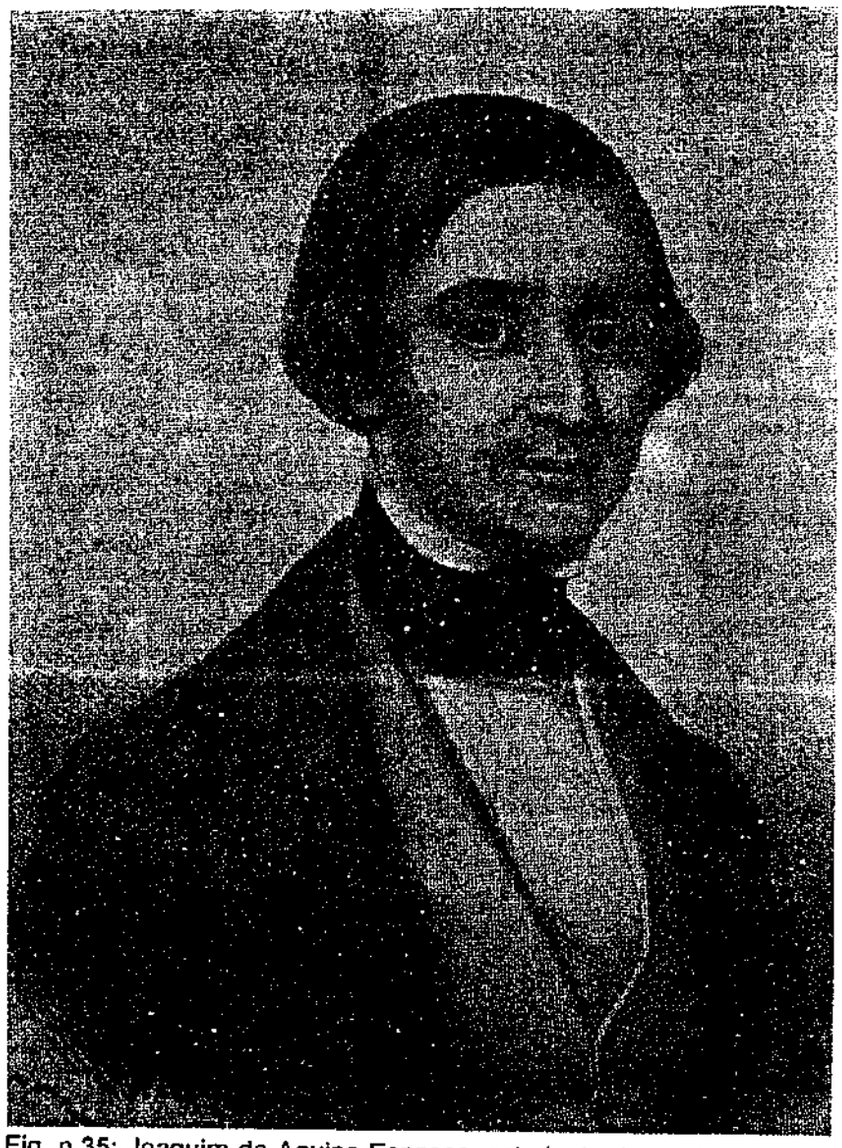

Fig. n.35: Joaquim de Aquino Fonseca, estudante de medicina em Paris. (Da coleção particular do dr. Leopoldo Luiz dos Santos)

Fig. n.36 Duelo médico: Caricatura sobre as freqüentes e acirradas disputas entre médicos do Recife do século passado. A figura da esquerda é o Dr. Cosme de Sá Pereira e a da direita o Dr. Carolino Francisco de Lima Santos. (América Ilustrada, n^{0} 7, Recife, 1871). (Col. Bibl. Do Est. De Pernambuco).

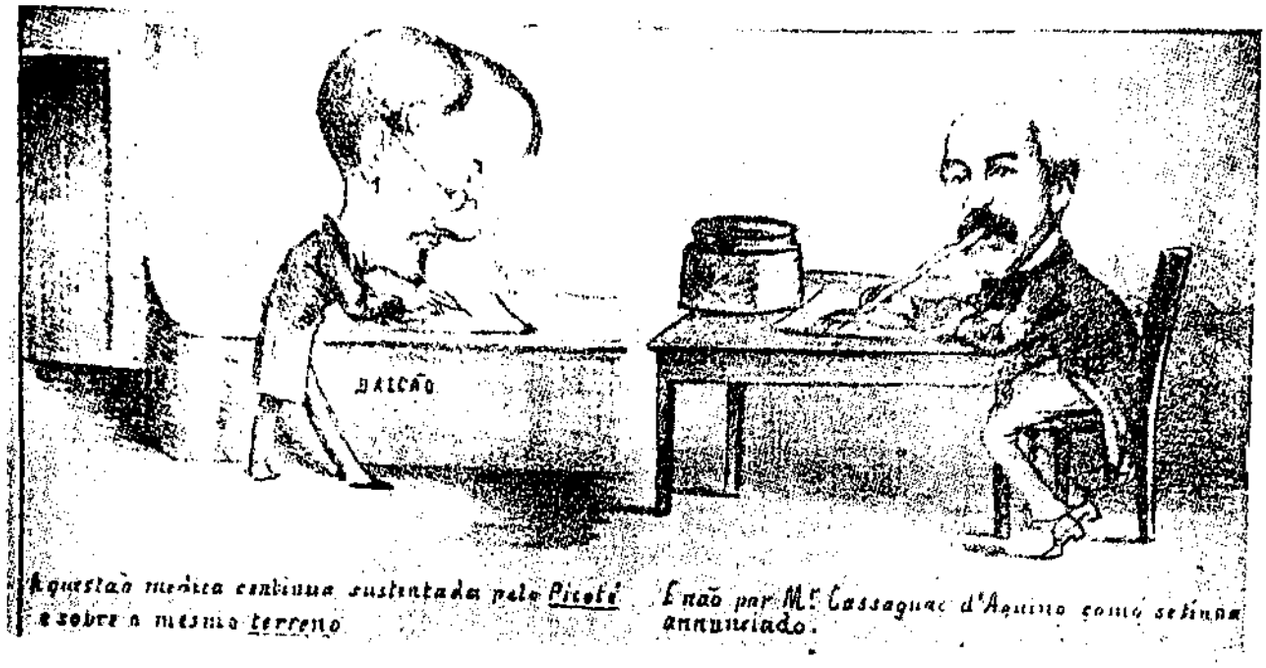

Fig. n. 37: Polêmica médica. A caricatura representa as figuras dos drs. Augusto Carneiro Monteiro da Silva Santos e Joaquim de Aquino Fonseca. Este último está representado escrevendo com a língua: alusão à proverbial virulência de linguagem que o fazia temido. ((América Ilustrada, nº 30, Recife, 03 de agosto de 1879). (Col. Bibl. Publ. do Est. de Pernambuco).

Fig. n. 38: Dr. Joaquim de Aquino Fonseca. (Miniatura da coleção particular do dr. Leopoldo Luiz dos Santos).

Fig. n. 39: Terapêuticas. A ilustração apresenta as três figuras médicas mais importantes na França e os tratamentos mais comuns do cólera na primeira metade do século XIX. No centro, Broussais, representante da medicina fisiológica, exibindo os famigerados sanguessugas, principais instrumentos no tratamento anti-flogístico. À direita, Magendie, defensor da medicina experimental, exibindo os excitantes. À esquerda, Albert, que propunha um tratamento misto. Nota-se que o caricaturista sugere a nulidade ou mesmo o perigo de todos esses tratamentos. Na verdade, todos eles levaram aos mesmos resultados: a alta mortalidade. Reproduzindo em Bourdelais e Dodin. Cit., p.103.

Notas do capítulo V:

1. Ver **FREYRE**, Gilberto, **Sobrados e Mucambos. Decadência do patriarcado rural e desenvolvimento do urbano.** Rio de Janeiro; Livraria José Olympio, 1940.

2. **FONSECA**, Joaquim de Aquino. **Diário de Pernambuco**, 29/02/1856.

3. **MADEL LUZ**, Teresinha, **Natural, Racional, Social. Razão médica e racionalidade cientifica moderna**. Rio de Janeiro, Campus, 1988, p. 144.

4. **SNOW**, J. **Sobre a maneira de transmissão do cólera**. Rio de Janeiro, USAID, 1967.

5. **Oficio do Dr. Joaquim de Aquino Fonseca ao presidente de Província**, de 12-1-1856, SP-08, F1. 7, Arquivo Público do Estado de Pernambuco.

6. **ABRAHAM** e David **LILIENFELD. Foundations of epidemiology**, New York, 1980, p. 25.

7. **CHERNOVIZ**, Pedro Napoleão. **Dicionário de medicina popular**, Paris, 1890, 6a. edição.

8. **NERY**, Eufrosino Pantaleão. **A cholera-morbus será proveniente de um envenenamento miasmático?** Prefácio e p. 2. in **BITTENCOUT**, Alexandre J. Barros. **Considerações gerais sobre as epidemias**, p. 40. Para um tratamento dessa questão ao nível da medicina européia ver o instigante trabalho de **CORBIN**, Alain. **Saberes e odores. O olfato e o imaginário social nos séculos dezoito e dezenove.** São Paulo. Cia. das Letras, 1987, pp. 19-33.

9. **SINGER**, Paul et. alli. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**, Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1978, p.104

10. **ADUCCI**, Pio. Op. cit., p. 7.

11. **LAPLANTINE**, François. **Antropologia da doença**. São Paulo, Martins Fontes, 1991, p. 159.

12. **NOVAES**, Ricardo Lafetá. **O tempo e a ordem; sobre a homeopatia** São Paulo, Cortez, 1989, p.30.

13. Ver **ARAÚJO**, Achille Ribeiro. **"Da enjeitada imperial casa de saúde e instituto ginástico ortopédico do doutor Antônio Peixoto à primeira casa de saúde do Rio de Janeiro "in Revista do I.H.G.B.**, Anais do Congresso de História do Segundo Reinado. Vol., Brasilia-Rio de Janeiro, 1984.

!4. **FOUCAULT**, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro. . Edições Graal, 1979,pp. 99-111.

15. **FONSECA**, Joaquim de Aquino. **Relatório do Conselho de Salubridade Pública de Pernambuco**, 1848.

16. Citado por **FREYRE**,. Gilberto, Obra citada, p. 109. É interessante anotar a importância, já pela década dos quarenta do século passado, dos manuais ou dicionários de medicina popular que contribuiram para divulgar os conhecimentos elementares da arte de curar e, ao mesmo tempo, estimular as práticas de cura sem consulta médica. Ver a respeito o célebre "Dicionário de Medicina Popular" do dr. Pedro Luiz Napoleão Chernoviz, amplamente consultado por médicos, cirurgiões, boticários ou simples curiosos. O "Diário de Pernambuco" já anunciava em 1843 a venda deste Dicionário nos seguintes termos: "Acha-se na Casa de João Cardoso Aires, na rua da Cadeia Velha, uma obra recentemente publicada no Rio de Janeiro, neste ano de 1843, intitulada Dicionário de Medicina Popular, pelo Doutor Chernoviz, em que se descrevem em linguagem acomodada à inteligência de todas as classes da Sociedade, os sinais, as causas, e o tratamento de todas as moléstias; os socorros que se devem prestar nos acidentes súbitos, como nos afogados, asfixiados, luminados de raios; as pessoas mordidas por cobras venenosas, nas perdas de sangue; nas convulsões das crianças, os caracteres das cobras venenosas conhecidas, e das que são inocentes; os contra venenos de todos os venenos conhecidos; os conselhos para preservar das moléstias e prolongar a vida; as precauções que deve tomar quem muda de clima; os preceitos sobre a educação dos meninos; os cuidados que reclama a prenhez; o parto e suas conseqüências; a criança recém-nascida, a escolha de uma boa ama-de-leite, a dentição, a desmamação; os perigos a que se expõem as diferentes profissões e o meios de evita-los; os erros populares nocivos a saúde; os meios de descobrir a falsificação do vinho e dos alimentos; a preparação dos remédios caseiros; as plantas úteis e venenosas. Dois volumes, in 8a. grande, contendo 950 páginas. Preço 10$". O Dicionário de Chernoviz é uma fonte muito rica para a reconstrução do imaginário médico sobre as doenças epidêmicas no século XIX. Ver em especial os verbetes sobre "cólera", miasma", "febre amarela", "contágio", "infeccão", dentre outros.

17. **Manifesto do Dr. Joaquim de Aquino FONSECA sobre sua retirada da Comissão de Higiene Pública, Diário de Pernambuco** de 29 de fevereiro de 1856.

18. Ver **ARAGÃO, José, História de Vitória de Santo Antão.** 3. vols. (1843-1982), Biblioteca pernambucana de História municipal, vol. 17, Recife, FIAM/Centro de estudos de história municipal, 1983, pp. 13-22.

19. A esse respeito ver as polêmicas travadas pelo doutor Sabino Olegário Ludgero **Pinho**, introdutor da homeopatia em Pernambuco, em seus **Apontamentos para a história da homeopatia.** Recife, Tipografia de M.F. de Faria, 1859. Sabino Olegário Ludgero Pinho, nascido em Sergipe, em 1820, doutorou-se em Medicina pela Faculdade da Bahia, em 1845. Aderiu ao sistema de Hannemann quando curou-se de grave enfermidade pelo método homeopata. A partir dai, abraçou entusiasticamente a homeopatia, divulgando-a pelas províncias do Norte do Império. Viajou pela Europa, manteve correspondência com várias associações homeopáticas da Europa e ocupou uma vaga de deputado na Assembléia Provincial de Pernambuco. Foi redator do primeiro jornal homeopático do Recife, "o médico do povo em Pernambuco", que circulava às quartas e sábados. Faleceu no Recife, em 1869.

20. **Pinho**, Sabino O. L., Op. cit., p. 43.

21. **Oficio do Presidente da Província de Pernambuco ao Dr. Sabino, de 27-1-1856.**

22. **Pinho** ,Sabino O.L., **"Apontamentos para a história da homeopatia**, op. cit., pp.10/-108.

23. **ROCHA**, Leduar de Assis. **História da medicina em Pernambuco. Século XIX.** Recife, Arquivo Público do Estado, 1962.

24. **Representação de Aquino Fonseca ao presidente da Província a respeito da homeopatia, 28 de junho de 1848.** Coleção dos trabalhos do Conselho geral de salubridade Pública de Pernambuco.

25. Idem, p. 30.

26. **DUQUE-ESTRADA. "Um caso de cólera-morbos no Rio de Janeiro"** in **Jornal do Comércio**, 13-01-1849.

27. **MADEL LUZ**, Teresinha. **Natural, Racional, Social. Razão médica e racionalidade cientifica moderna.** Rio de Janeiro, Campus, 1988.

28. Idem, p. 144

29. **VIANNA**, Arthur. **As epidemias no Pará.** Impressa do "Diário Oficial", 1906,p.61.

30. **PORTO**, Ângela. **"A assistência médica aos escravos no Rio de Janeiro: o tratamento homeopático", Papéis avulsos**, Rio de Janeiro, fundação Casa de Rui Barbosa, n. 7, 1988, pp. 13-25.

31. **WARREN JR**. Donald. **A medicina espiritualizada: a homeopatia no Brasil do século XIX**. in **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, 13 (1): 88-107, março de 1986.

32. **MACHADO**, Roberto... et al. **Danação da Norma; a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro, Edições Gral, 1978, pp. 200-201.

33. **DELAPORTE**. François. **Disease and civilization: the cholera in Paris, 1832.** Cambridge and London, The MIT Press, 1986.

34. **FONSECA,** Joaquim de Aquino. **Coleção dos Trabalhos do Conselho de Salubridade Pública**, Recife, Tip. S. Caminha, 1849, pp. 111-112.

35. Idem, p. 37.

36. **Ofício da Comissão de Higiene Publica ao presidente da Província de Pernambuco**, Arquivo Público do Estado de Pernambuco, SP-8, fls. 17.

37.Citado por **FREITAS,** Octávio. **Medicina e costumes do Recife Antigo**, Recife, Impressa Industrial, 1943, pp. 82-83.

38. **PEREIRA**, Cosme de Sá. **Cholera-Morbus. Medidas Preventivas. Reminiscência do cholera em Pernambuco nos anos de 1855 a 1856**. Recife, Tip. de M.F. de Faria, 1885, p. 15.

39. Idem, pp. 19-20.

40. Ibidem, p. 18.

41. Ibidem, p. 24.

42. Ibidem, p. 30.

43. Ibidem, p. 34.46.

44. **Relatório da Comissão de Higiene Pública de Pernambuco**, 1856, p. 19.

45. Idem, p. 20.

46. **Foucault**, Michel. **Nascimento da clínica**. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1977, p. x.

CAPíTULO VI:

GOVERNO

1. A ordem responde à peste.

" A peste como forma real e, ao mesmo tempo, imaginária da desordem tem a disciplina como correlato médico"

(Michel Foucault: 1986).

"Prevenir uma moléstia é já uma grande economia de tempo,de fortuna e de vida"

(Cosme de Sá Pereira: 1882)

À medida que o cólera avançava sobre as províncias da Bahia, Sergipe e Alagoas, em direção a Pernambuco, algumas questões inquietantes afloraram na Comissão de Higiene Pública e no governo provincial. Todos entendiam que para tomar qualquer medida de precaução, ou seja, impor uma ordem inteligente na desordem que o flagelo instauraria ao invadir a cidade, era preciso conhecer melhor o inimigo invasor. Era necessário saber, por exemplo, se a doença era infecciosa ou contagiosa. No caso de ser contagiosa, como antecipar medidas para impedir sua invasão na cidade? Neste particular, era preciso superar algumas dificuldades e incertezas. A defesa contra a invasão exigia reforçar a fiscalização nos portos e impor cordões sanitários nas fronteiras. Mas em caso de ataque pelo mar, por quanto tempo deveriam ser mantidas as quarentenas? Se o cólera era uma doença transmissível, como se dava essa transmissão? Por contacto com pessoas ou com coisas? Se por pessoas, qual era o período de incubação?

Os médicos sabiam que as precauções apropriadas só poderiam ser tomadas com o conhecimento de como a doença se propagava. E neste como

em outros pontos havia muita incerteza. Daí a interminável discussão sobre o caráter contagioso ou não da doença. Afinal, qualquer conclusão a respeito desse problema tinha implicações ideológicas e políticas claras e imediatas. Classificar o cólera no rol das doenças contagiosas implicava, por exemplo, em tomar medidas drásticas e vexatórias, como as quarentenas e os cordões sanitários, com as conseqüentes limitações das liberdades individuais e de comércio (1).

Vimos que os contagionistas, minoritários em Recife (2), entendiam que o cólera era uma doença exótica (originária da Índia), que só por meio da sua importação e transmissibilidade havia penetrado no Brasil. O dr. Cosme de Sá Pereira não tinha dúvida quanto à origem asiática do cólera:" (...) é uma semente indígena na Ásia; lá vegeta ela do Ganges todos os anos; entre nós é importado e reproduzido"(3).

Essa concepção da doença tinha como implicações lógicas a necessidade de adoção de medidas práticas para impedir o seu avanço. A epidemia deveria ser tratada com medidas de isolamento. A doença era sinônimo de contato. O perigo era o outro, o externo, o que vinha de fora.

Contudo, na impossibilidade de localizar o perigo, o cordão sanitário ou a quarentena - práticas sempre associadas - eram vistos como medidas necessárias porque pelo menos evitavam a entrada de pessoas contaminadas na cidade, além de impedirem a fuga delas. Através da fixação, enclausuramento e esquadrinhamento dos indivíduos, essas medidas cumpriam uma política de controle da população, impondo-lhe o confinamento celular, a vigilância e o registro de seus movimentos.

Como meio de controle geopolítico, a quarentena poderia se realizar segundo as escalas mais diversas - num quarteirão, num bairro, numa cidade ou mesmo num país inteiro, submetendo tudo e todos a rigorosa vigilância e controle e, quase sempre, usando a força militar e a violência. No nível mais elementar, em escala celular, a situação de confinamento criada pelo cordão sanitário terminava fazendo de cada moradia uma prisão, a prisão domiciliar (4).

Como meio de controle das pessoas e mercadorias, o cordão sanitário impunha sérias restrições ao comércio e ao abastecimento dos gêneros de primeira necessidade. Seus custos econômicos e sociais eram grandes, havendo, por parte das autoridades, uma preocupação quanto à sua aplicação, duração, extensão e rigor. Quase sempre os cordões eram suspensos pela pressão popular.

A quarentena, por seu turno, consistia no isolamento (fora da cidade) de pessoas vindas por terra ou por mar, a fim de se averiguar se elas não encerravam nenhum germe contagioso. Tratava-se, portanto, de um método de isolar e observar as pessoas e objetos por um perído específico e sob condições rigorosas (5).

Em suma, tanto a quarentena quanto o cordão sanitário tinham por fim evitar o contágio. No caso da quarentena, ela poderia tanto ser de "observação" como de "rigor". Exigia, para isso, um lugar especifico para sua aplicação: os lazaretos ou hospitais de isolamento.

Para os anticontagionistas, que não acreditavam na importação e no contágio, essas medidas eram inócuas e obscurantistas, pois decorriam da

ignorância ou da incompreensão do modo de ser da doença. O cólera, diziam eles, poderia irromper em qualquer lugar onde as condições mesológicas se reunissem para tanto. Ao invés, portanto, de cordões sanitários e quarentenas exigiam a limpeza da cidade, medidas de salubridade, o extermínio dos focos infecciosos locais. O perigo era o ambiente, o entorno, e estava dentro da cidade. Tratava-se, assim, de eliminar os focos de infecção, limpando lugares insalubres. Mas a posição dos anticontagionistas não estava também isenta de dificuldades: os focos de infecção eram numerosos e na maior parte invisíveis. Como limpar uma cidade inteira?

Não deixa de ser interessante observar que estas posições divergentes sobre a doença terminaram, ao final das contas, por se complementarem. Como o cólera era um mal cujas etiologia e forma de transmissão se desconheciam, qualquer medida poderia ser útil no seu combate. Ninguém poderia ser contra medidas que evitassem a disseminação da doença, assim como ninguém seria contra as campanhas de higienização da cidade e de seus habitantes.

Na administração quotidiana da epidemia, quando tudo era ensaio e erro, as duas concepções sobre a doença se eqüivaliam. Poderíamos dizer que, se a maioria era anticontagionista enquanto o mal era apenas uma ameaça distante, muitos passaram a acreditar no contágio quando o Recife foi invadido pela epidemia (6).

Assim, no momento em que o cólera bateu às portas da cidade, zombando de todos os cordões sanitários e das quarentenas, transpondo seus muros, percorrendo seus becos, suas ruas e habitações, algumas

constatações logo se impuseram. Primeiro, a doença punha em evidência a fragilidade da teoria galênica do clima, da topografia e circulação dos fluídos; segundo, demonstrava, ao mesmo tempo, a ineficácia das velhas medidas de quarentena e segregação, comumente adotadas para combater a peste e a lepra.

Como vimos, a Comissão de Higiene Pública suspeitava que o cólera fosse uma doença contagiosa, pois parecia seguir as rotas comerciais e atacava principalmente as camadas mais pobres da população. Por isso sugeriu ao presidente da Província medidas que impedissem a invasão do mal: quarentenas nos portos, cordões sanitários nas fronteiras da cidade, criação de comitês em cada distrito da capital.

Já em ofício datado de 28 de janeiro, os médicos da Comissão recomendavam ao governo da Província que estabelecesse cordões sanitários nas principais vias de acesso à cidade do Recife, evitando, assim, "a emigração de pessoas, vindas dos focos epidêmicos para a capital". Sugeria também medidas saneadoras da cidade, por reconhecer que o meio de evitar essa e outras moléstias não poderia limitar-se a cordões sanitários e quarentenas. Assim, os membros da Comissão de Higiene atendiam tanto aos defensores do contágio como aos anticontagionistas.

Com a falência das medidas preventivas, o governo da província e a Comissão de Higiene tentaram administrar a doença, limpando as áreas insalubres, assistindo à pobreza e cuidando dos doentes.

Táticas

O saber que orientou as práticas de intervenção para combater a epidemia de cólera no Recife fundava-se na crença de que o cólera era uma doença contagiosa, não transmissível pelo ar, nem pelas águas, mas pelo homem, por "seus escretos", à certa distância, em pouco tempo, e por sua bagagem, em tempo determinado. A partir dessa convicção, as autoridades médicas e administrativas deduziram que pelo menos três medidas preventivas cumpriam ser tomadas: impedir a invasão da doença na cidade; restringir sua difusão, caso a primeira medida fracassasse, e atenuar seus efeitos.

O plano idealizado pela Comissão e aprovado pelo governo baseava-se em dois princípios fundamentais: repelir as causas da morbidade e remover as causas da insalubridade.

As autoridades tinham consciência de que a cidade do Recife não estava preparada para impedir ou mesmo enfrentar com razoável êxito uma epidemia de cólera. Conforme demonstramos no capítulo II deste trabalho, a cidade carecia dos equipamentos urbanos básicos, (água potável em abundância, esgotos, canalização). Os problemas sanitários eram graves e o serviço de saúde pública insuficiente. O mesmo podemos dizer em relação às poucas e despreparadas instituições hospitalares e de caridade. Mas a questão mais preocupante era a situação de miséria em que vivia a maior parte da população do Recife. Cerca de aproximadamente 2/3 era composta de negros escravos e livres, habitando mucambos e cortiços que não dispunham de qualquer requisito de salubridade.

Diante desse quadro preocupante, o governo ensaiou algumas medidas para impedir, em primeiro lugar, a penetração do mal na cidade. A palavra de ordem, nesse momento, era repelir as causas da morbidade, instalando as quarentenas e os cordões sanitários. Mas era preciso também, em caso de invasão da doença, remover as causas da insalubridade, limpando e higienizando o ambiente urbano. Cada uma destas táticas estava ligada, como vimos, a teorias médicas precisas.

Tanto as medidas para repelir as causas da morbidade quanto as relativas às causas da insalubridade foram, em parte, dificultadas, porque pairavam dúvidas sobre a natureza e o comportamento da doença. Como não se sabia com certeza o período de incubação, havia dúvidas sobre a duração das quarentenas. Na hipótese de a doença ser transmissível, restava saber se era por pessoas ou coisas. No caso de ser contagiosa de pessoa a pessoa, era preciso saber não só o período de incubação mas o momento crítico em que a doença poderia ser transmitida a outros. As mesmas incertezas ocorriam quanto à possibilidade de o cólera ser transmitido por coisas e mercadorias.

Assim, toda tática de combate estava subordinada ao entendimento de como o cólera se propagava. O leitor deve estar lembrado de que esses problemas quanto à maneira de transmissão do cólera foram o alvo principal das preocupações de muitos médicos do Recife, em especial daqueles que estiveram na linha de frente de combate, dirigindo a Comissão de Higiene Pública. Mesmo que houvesse incerteza quanto à etiologia e às circunstâncias da transmissão do cólera, algumas conclusões, obtidas a partir da observação e dos escritos de outros médicos que haviam vivenciado a doença, já eram mais ou menos consensuais.

Já se suspeitava, por exemplo, que a doença era importada, contagiosa e transmissível de pessoa a pessoa e também através de mercadorias e coisas. Já se sabia também que a pobreza e a insalubridade eram situações favoráveis à sua propagação. Tais conhecimentos básicos permitiram estabelecer as estratégias para enfrentar a epidemia.

Naturalmente, como era de se esperar, a medida preventiva para impedir a invasão do cólera na cidade foi o velho método dos cordões sanitários e das quarentenas, sendo, para isso, baixada toda uma legislação sobre a fiscalização do porto e das fronteiras terrestres.

Quanto ao porto, local privilegiado de contato entre o interno e o externo, via de penetração das pestes, foi estabelecida uma rigorosa fiscalização dos navios suspeitos de infecção, os quais deveriam ser colocados em lugar afastado e a sota-vento, mantendo-se entre eles a maior distância possível.

Os navios ancorados no porto da cidade deveriam receber visitas médicas diárias, com o fim de observar-lhes o estado de asseio e arejamento e de encaminhar os prováveis doentes aos hospitais de isolamento (lazaretos). Se fosse detectada a presença de doentes da epidemia reinante, o navio seria lavado, arejado, fumigado e forçado a sair barra a fora, para lugar distante do porto.

Nos lugares reservados para a quarentena, não só dos navios suspeitos, mas de todos aqueles que viessem de portos onde existiam epidemias, haveria cômodos e recursos para o pessoal a bordo. A criação de um lazareto, com o fim de manter a população de navios em quarentena, era

um indício da adoção de normas administrativas permanentes para fiscalização do porto.

As autoridades procuravam demonstrar, a todo custo, que a ameaça da epidemia constituía um momento extraordinário em que a população deveria sentir o perigo do contato entre o interno e o externo. Urgia, portanto, adotar medidas de defesa para se proteger dos outros.

Quanto às fronteiras terrestres, era preciso aumentar a fiscalização das principais vias de comunicação com a cidade, estabelecendo postos de observação e triagem.

Na hipótese de invasão do mal, as casas dos primeiros doentes de cólera que aparecessem na cidade do Recife ou em seus subúrbios deveriam ser postas em isolamento. Ali, urgia eliminar os focos de infecção, ou seja, debelar as causas da insalubridade. Neste particular, havia concordância geral de que a cidade inteira convivia com muitos focos de infecção, alguns dos quais bem visíveis, como os matadouros, as prisões, as igrejas, os cemitérios, os pântanos e os charcos.

Mas sabia-se ou suspeitava-se da existência de numerosos focos pestilenciais invisíveis ou não-identificados. A dificuldade de localizá-los alimentava a ansiedade da população. Se a cidade inteira convivia com os focos pestilenciais, como erradicá-los, principalmente no momento de uma epidemia?. Não seria uma temeridade revolver e extingüir nesse momento esses focos de contágio?

Uma vez confirmada a presença do cólera na cidade, a Comissão de Higiene Pública sugeria medidas no sentido de eliminar os focos de infecção, ou seja, de debelar as causas da insalubridade.

A primeira delas seria pôr em seqüestro as casas onde surgissem casos de cólera. Esta incumbência seria da polícia, que disporia dos meios necessários, coercitivos, para efetivá-la .

Devia-se, em seguida, proceder à desinfecção das casas em que fossem identificados doentes da moléstia, indicados pela polícia ou por qualquer pessoa habitante da cidade. Neste sentido, a Comissão de Higiene recomendava a preparação de um plano geral de emergência que dispusesse de ambulâncias para serem incontinentimente enviadas aos locais onde irrompesse a doença. Sugeria ainda a criação de uma companhia, com os necessários utensílios e agentes químicos, para a desinfecção da cidade, e que deveria funcionar logo que aparecessem casos de cólera (7).

Além dessas medidas, a Comissão chamava a atenção para a necessidade de centralização das informações sobre a epidemia na presidência da Província, mediante o registro e elaboração de relatórios minuciosos por todas as autoridades envolvidas na campanha de combate ao cólera.

Quanto aos médicos envolvidos na campanha, exigia-se um registro permanente dos acontecimentos, através de informações colhidas todos os dias sobre o aparecimento da epidemia, seu progresso, declínio, tratamento, morbidade e mortalidade.

Dessa forma, a ordem respondia à peste, ao exigir um rígido controle dos doentes, dos mortos e da morte. Esse controle começava com a certidão do médico ou cirurgião responsável pelo tratamento da vítima que, em caso de morte, deveria indicar a sua causa; prosseguia com a interdição de enterros nas igrejas e terminava com as normas de uma boa sepultura.

Desinfectar é purificar

Em seu plano de combate ao cólera, a Comissão de Higiene fazia questão de frisar que o ponto essencial das medidas eram as desinfecções. Como se tratava de uma operação nunca realizada no Recife, muitos poderiam questionar a sua eficácia técnica. Daí que a Comissão, através de um extenso comunicado, esforçou-se para justificar a importância dessas medidas.

Identificando desinfecção com purificação, o comunicado da Comissão de Higiene enfatizava que a sociedade tinha necessidade de limpeza a todo instante e que era dever da ciência impô-la como lei de conservação. Em todos os tempos, enfatizavam so médicos, os povos buscaram essa medida como meio de combater as epidemias. Em Roma Antiga, por exemplo, a purificação consistia em sacrifícios, aspersões e fumigações nas pessoas e nos lugares imundos, por meio da água, do fogo, do enxofre e do ar. Igualmente, entre os hebreus, as práticas de purificação pelos banhos ou oferendas tinham a finalidade de limpar tanto o corpo como a alma. À purificação também recorreram os gregos, usando as fogueiras como desinfectantes durante a epidemia que se abateu sobre Atenas, em 430 a. C.

Em épocas mais recentes, sublinhava a Comissão, recorreu-se também a medidas de purificação, como detonações de pólvora, fogueiras aromáticas, emprego do carvão, da cal, da ventilação, das lavagens. Por tudo isso concluía-se que a história confirmava a importância da desinfecção como meio higiênico fundamental para debelar as epidemias.

O processo de desinfecção sugerido consistia na utilização de certos agentes que tinham o poder de impedir a formação ou a desinfecção de emanações nocivas à saúde. Como o cólera era uma doença contagiosa, era preciso que todos os objetos em contato com o doente fossem desinfectados, evitando assim a transmissão de germes da doença do homem enfermo para o sadio.

A Comissão de Higiene suspeitava que o cólera se transmitia pelas fezes, vômitos, suores, roupas usadas pelo enfermo e mesmo pelos poços contaminados. Na dúvida, era preciso proceder à desinfecção dos materiais das evacuações e dos poços de despejos. Acreditava-se que tais cuidados poderiam deter a propagação da doença.

Além dessa vasta campanha de desinfecção das casas e da cidade, os médicos insistiam na adoção de precauções higiênicas e medidas preventivas durante a epidemia que, se cumpridas à risca, produziriam mudanças sensíveis nos hábitos e comportamentos da população.

Assim, recomendava-se manter rigorosa higiene pessoal e nas habitações; recolher-se cedo e evitar os perigos das variações atmosféricas; evitar aglomerações humanas em lugares públicos ou nos recintos particulares, sobretudo nos quartos de dormir; ter o cuidado de remover as imundícies para longe das habitações e eliminar o perigo da umidade nas residências; afastar do convívio humano os animais (criação de porcos, galinhas); manter o controle do corpo e da alma, porque o medo, a timidez, as vigílias, o abuso dos prazeres eram considerados como fatores predisponentes para a contração do mal.

A sobriedade na alimentação e nas bebidas era particularmente recomendada: "tem-se observado que as pessoas que se entregam sem precaução ao excesso das comidas, e as que se embriagam, são muito sujeitas ao ataque do mal" (8).

A campanha em ação

O plano de desinfecção da cidade do Recife implicou num esforço conjunto de engajamento de pelo menos quatro instituições no combate à epidemia: a comunidade médica, a câmara municipal, o efetivo policial e a administração provincial ou geral. Mas, na verdade, terminou mobilizando toda a sociedade.

No que dizia respeito especificamente à área dos agentes de saúde, o que se propunha era a criação de uma comissão médica central, que seria incumbida da organização e desempenho de todo o serviço relacionado à desinfecção dos espaços urbanos, com grandes poderes sobre a cidade e seus habitantes. A Comissão de Higiene, por exemplo, tinha poderes para seqüestrar as casas dos doentes de cólera que aparecessem na cidade do Recife. Nessas ocasiões, os médicos poderiam recorrer ao efetivo policial quando necessário. Na realidade, a presença da polícia para a realização da desinfecção das casas em que se identificassem doentes de cólera parece ter sido uma constante. O seqüestro e a desinfecção das casas eram apenas o primeiro ato de uma tragédia que. terminava com o encaminhamento dos

doentes para os hospitais, mesmo sem a permissão destes ou de seus familiares e com o improvável retorno a seus lares. .

O plano de desinfecção posto em prática no Recife começou no dia 3 de março de 1856, apogeu da epidemia, quando os boletins de mortalidade registraram 133 óbitos!

O batalhão de desinfectadores era composta de um médico diretor, um preparador conservador e distribuidor dos agentes desinfectantes, quatro ajudantes do diretor, encarregados da desinfecção em cada freguesia, quatro serventes (2 caiadores e 2 lavadores) e um ajudante para o depósito dos produtos químicos.

A pretensão inicial da companhia de desinfecção era efetuar diariamente duzentas desinfecções, cinqüenta em cada freguesia da cidade, o que daria, em um mês, seis mil visitas domiciliares (9).

Na verdade, ao longo de dois meses, a companhia visitou 1.059 domicílios nas quatro freguesias da cidade do Recife, e despendeu só com o pessoal empregado 2:868$450. Segundo o dr. Cosme de Sá Pereira, a campanha de desinfecção realizada em Recife só podia ser comparada, em termos de despesas e raio de abrangência, com a que ocorreu em Londres em 1848 (10).

A desinfecção parece ter trazido imensos transtornos para as famílias visitadas. Quando se identificava um domicílio infectado, o batalhão de desinfectadores retiravam do seu interior todos os utensílios estragados e imediatamente os incineravam. Em seguida, fazia fumegações de ácido sulfuroso em todos os cômodos desocupados, especialmente nos quartos das

vítimas. Depois, lavava as dependências com água misturada a cloreto de cal. Todo esse serviço durava mais ou menos dois dias. Não é de se admirar que os recifenses pobres vissem essa operação de guerra contra a doença com reservas, medos e, não raro, com irritação. Os moradores se mostravam incomodados com a presença de médicos e estudantes em suas residências, pois sabiam o que representavam essas visitas. Para o povo, os médicos não estavam alí para curar, mas para vistoriar, diagnosticar, descobrir, ver, descrever, registrar e depois condenar as vítimas ao isolamento. Por isso, o povo recebia os comissários com mal humor, respondia às perguntas sobre saúde com reserva e às vezes com palavras grosseiras e injuriosas. Sempre que podiam, os moradores ocultavam informações, temendo serem encaminhados aos hospitais e postos sanatórios.

Contudo, a resistência à hospitalização em Recife não parece ter sido violenta como a que houve na Grã-Bretânha, em 1832, quando, como vimos, a população destruiu completamente um hospital na cidade de Manchester. Parece que a política de hospitalização adotada em Recife não foi tão impositiva como na Europa. Diante da recusa à hospitalização, as autoridades médicas do Recife apelaram para a campanha de desinfecção e segregação nas próprias habitações populares.

Conjugado ao plano de desinfecção das habitações, as administrações municipal e provincial elaboraram um plano de higienização da cidade, visando limpar as ruas, quintais, praias, praças, mercados, cais, alagados, rios, fossos, e escavações, incinerando o lixo fora da cidade, enterrando os animais mortos, esgotando as águas empoçadas e retirando os mendigos das ruas.

A campanha de limpeza tornou-se uma verdadeira obsessão, com ampla cobertura dos jornais. O "Diário de Pernambuco", por exemplo, criou uma coluna diária, intitulada "Página Avulsa", onde denunciava e alertava as autoridades e o povo para o perigo da miséria e sujeira na cidade. As denúncias geralmente se voltavam para as moradias dos pobres, consideradas como focos propagadores do mal. Numa delas se dizia:

> "Se há inferno cá nesse mundo, é o beco do fundão na rua da Glória. Sente-se ao entrar nessa sepultura um mal mefítico, uma exalação excessivamente incômoda a quem por seus ou alheios pecados ali penetra. Este beco pode-se desde já supor, que se o cólera cá vier, será o seu quartel general, por todo ele estar inundado d'água pútridas; nas casas, de paredes esverdinhadas pelo lodo e umidade, baixas e escuras, escavadas , nojentas fedorentas moram duas ou três famílias; velhos, velhas, moços e moças, meninos, cegos, aleijados, chagados, trapilhos (sic), e dominando essa gente a mais horrorosa e repulsiva miséria. A policia, ou a quem competir, deve mudar parte desses infelizes, ainda que seja para debaixo da ponte, se há caridade" (11).

Esses focos de contágio das habitações populares parece que estavam distribuídos por toda a área urbana, até mesmo nas freguesias mais urbanizadas da cidade. O presidente da Província chamava a atenção para alguns deles:

> "Há ruas nesta capital sobretudo no bairro do Recife, exclusivamente estreitas, úmidas, mal arejadas, guarnecidas de edifícios velhos e ignóbeis, em que habitam muitas famílias, que ali acham a deterioração de sua saúde, visível nos traços de suas fisionomias, e até a deterioração de seu moral, pois as imundícies que cerca o corpo contamina também a alma" (12).

Como medida mais urgente para acabar com esses focos pestilenciais, propunha a demolição dos velhos edifícios e a construção de ruas largas, retas e bem arejadas. Na impossibilidade de se pôr imediatamente em ação tais demolições, era preciso pelo menos amenizar os riscos da sujeira, limpando as principais ruas da cidade. Com o objetivo de remover as causas produtoras do

cólera, os cofres públicos dispenderam, entre 1855 e 1856, a "quantia de 20:000$000 com a limpeza das ruas" (13).

As autoridades estabeleceram, também, uma intensa fiscalização sobre os gêneros alimentícios, mandando destruir os que estivessem deteriorados. As fontes de água potável foram rigorosamente policiadas, sendo interditadas à lavagem de roupas e aos animais. As latrinas e os mictórios públicos foram desinfectados. Quanto às vítimas da doença, sem dúvida o problema maior, a política foi de afastá-las o mais rápido possível para os lugares mais distantes da cidade, com a criação de hospitais e cemitérios exclusivos para os doentes de cólera. Os enterros deveriam ser feitos com a maior brevidade e asseio possíveis, para diminuir o perigo do contágio. Por isso exigia-se dos condutores de cadáveres eficiência, rapidez e uma cuidadosa desinfecção dos carros e de todo o material utilizado nesse serviço.

Em ofício de 29-1-1856 à Câmara Municipal do Recife, o governo da Província reputava da maior urgência que os sepultamentos das pessoas pobres que haviam sucumbido da epidemia se executassem "com a maior presteza e pela forma recomendada pela Comissão de Higiene Pública" (14). Determinava, ainda, que a administração do cemitério ficasse sempre de prontidão, com um número suficiente de carros para transporte de cadáveres e de pessoal para atender às circunstâncias.

Contudo, as medidas mais importantes diziam respeito à proibição de enterros nas igrejas e à abolição de rituais fúnebres considerados anti-higiênicos. Assim, toda e qualquer "armação" funerária, tanto no interior como no exterior das habitações, foi proscrita. Doravante, os cadáveres seriam

conduzidos em caixões inteiros de madeira e hermeticamente fechados. O luto deveria ser praticado com discrição, mantendo-se abertas e arejadas as habitações em que houvesse falecido doente de cólera. Essas casas deveriam ser também desinfectadas e seus aposentos caiados imediatamente após a retirada do morto.

Essa nova ordem recomendada pela medicina não poderia ser instaurada sem a presença constante da polícia, que se incumbia de fazer obedecer todas as medidas sanitárias, zelando, sobretudo, pelo respeito às quarentenas, pelo seqüestro das casas indicadas pela comissão sanitária e pelo cumprimento da proibição de reuniões públicas ou particulares, de procissões, bailes, teatros.

A interdição de apresentações teatrais e manifestações religiosas coletivas gerou farta polêmica entre os interesses em jogo. A Comissão de Higiene, autora das medidas, justificou-se argumentando que o cólera podia ser contraído quando muitas pessoas se aglomeravam em lugares fechados, pois aumentava a transpiração e facilitava a produção de miasmas. Mesmo nos lugares abertos havia o risco de as pessoas adoecerem, uma vez que elas se expunham a mudanças bruscas de temperatura.

Quanto às críticas de adversários que viam nas representações teatrais apenas uma saudável forma de distrair o povo num momento de grandes provações, a Comissão retrucava que a classe baixa e desvalida não ia ao teatro, mas era a que mais sofria com a epidemia de cólera. A Comissão parecia agir baseada na crença da alta contagiosidade do cólera. Como as exibições teatrais, naquele momento, pareciam oferecer riscos para as

camadas privilegiadas, assíduas freqüentadoras desses espetáculos, haveria a possibilidade de que a doença se propagasse com desenvoltura nesse meio, mas sem muitos estragos, e depois atingisse e dizimasse a grande parcela dos desfavorecidos (15). Como se pode ver, havia um nítido reconhecimento entre os médicos de que a doença se tornava realmente perigosa quando atingia as camadas pobres da população.

Voltando ao controle policial, podemos dizer que ele se estendeu pelos mais variados campos, cobrindo todo o espaço urbano. Seu raio de ação se espalhava sobre o estado sanitário da cidade, sobre os doentes (a condução dos doentes para os hospitais) e sobre os mortos (a condução do cadáveres para os cemitérios), bem como sobre o conjunto das instituições sociais. Dos colégios, oficinas e fábricas, ou seja, dos locais que reuniam aglomerações e, portanto, pareciam oferecer maiores risco de progagação da doença, passou-se a exigir um boletim diário do comportamento da epidemia.

Quando se constatou o fracasso das medidas preventivas para impedir a invasão do mal na cidade, o governo provincial decretou o estado de peste e passou a se preocupar com as ações que minorassem os efeitos da doença na população.

Após consultar a Comissão de Higiene Pública sobre as providências a serem tomadas, o governo resolveu dividir a cidade em distritos subordinados a uma comissão médica. Esta medida tinha a finalidade de oferecer um tratamento descentralizado, evitar o pânico e minimizar os riscos de infecção a que estariam sujeitos os doentes concentrados em um espaço confinado.

A preocupação com o contágio resultou, ainda, na criação de hospitais provisórios, em cada freguesia, só para coléricos (foram instalados cerca de quinze hospitais provisórios em toda a cidade do Recife).

Alguns serviços essenciais em tempos de peste foram criados, destacando-se uma companhia de desinfectadores para limpar a cidade e as habitações contaminadas, um serviço de carros provisórios para a condução dos doentes para os hospitais e dos cadáveres para o cemitério.

As camadas mas abastada da população também se mobilizaram, fundando, em cada freguesia, comissões de beneficência, com o fim de agenciar roupas, alimentos e remédios para os doentes pobres que teimassem em ficar em suas casas.

Essas comissões deveriam fiscalizar as freguesias enquanto durasse a epidemia, fazendo observar todas as leis, ordens e providências relativas à saúde. Na verdade, sua incumbência principal era a de disciplinar a pobreza, quer recolhendo os mendigos em lugares que lhes fossem destinados, obrigando-os a se lavarem e a mudarem de roupa; quer cuidando dos doentes necessitados em suas próprias casas;quer encaminhando as pessoas reputadas pobres (que necessitavam de outros socorros além de médicos, dietas e remédios gratuitos) para as enfermarias criadas pelo governo.

Parece que essas comissões cumpriam as funções de órgão conciliador, ouvidor e transmissor das regras ao povo, além de investigar e observar. A sua finalidade última era, enfim, manter a vigilância e o controle social (16), inspecionando residências privadas, checando o sistema de esgotos, latrinas, águas servidas e hábitos higiênicos dos moradores. Ao

implementarem medidas para proteger a saúde pública, elas desempenharam o papel de instâncias de vigilância pública e controle social auxiliares do Estado.

Por inciativa do governo foram criadas também comissões paroquiais com atribuições semelhantes às comissões beneficentes, com a obrigação, entretanto, de procederem a um levantamento circunstanciado do número de indivíduos indigentes que residiam em cada quarteirão, com a indicação de seus nomes, sexo, idade, ocupação, nome da rua e número da casa em que habitavam. Na verdade, essas comissões, ao fazerem um levantamento detalhado do quadro da miséria, possibilitavam um atendimento e um controle mais eficiente das vítimas pobres. Era através dessas comissões que os medicamentos necessários no tratamento da enfermidade chegavam até aos indigentes.

No plano detalhado pela Comissão de Higiene dois aspectos essenciais eram atacados: a insalubridade pública e a privada. Entendia-se que ambos os aspectos estavam interligados. Competia à municipalidade obrigar os proprietários a limparem o exterior, o interior e os quintais de suas casas. Um quintal limpo e bem plantado e uma cozinha asseada já eram um bom indício de saneamento, segundo entendia a Comissão de Higiene.

A limpeza domiciliar deveria ser mantida da mesma forma que a limpeza pública. Competia à municipalidade manter permanente inspeção em todos os quintais, cozinhas, lojas e casas térreas de pequeno valor, onde habitassem operários assalariados. Segundo a Comissão, a falta de higiene nas habitações desses trabalhadores era decorrente da falta de recursos.

Ao lado da fiscalização da saúde pela municipalidade, deveria existir uma outra - a vigilância médica - com o mesmo fim: preservar a saúde pública. A função da vigilância médica era acima de tudo prevenir e curar. Uma das formas de cumprir tais objetivos era instituir as visitas domiciliares médicas. Em que consistiam essas visitas? Na presença do médico no domicílio do pobre, já que as pessoas riscas ou ilustradas, no entendimento da Comissão, não tinham necessidade dessas visitas. Os pobres, na falta de meios e de instrução, eram os que precisavam destes recursos, que deveriam ser levados aos domicílios, localizados geralmente nos extremos da cidade, como Cabanga, Santa Rita, Fora de Portas, Senzala Velha, Pombal e Rua do Cisco.

Na visão da Comissão de Higiene, as visitas domiciliares médicas cumpriam uma série de objetivos importantes. Faziam um levantamento completo da situação dos habitantes pobres, verificando as doenças mais freqüentes (em especial as dos intestinos), as condições de moradia, água potável, luz, ventilação e profissão. Constituíam, enfim, um poderoso instrumento de levantamento das condições sociais dos habitantes. Era graças a elas que o poder público poderia elaborar o mapa da pobreza na cidade, designando, por uma simples convenção, os bairros mais carentes, imundos e doentios. Desse modo, as visitas domiciliares realizaram os primeiros inquéritos sanitários de que se tem notícia na cidade do Recife.

No momento de pico da epidemia, um papel destacado coube às ambulâncias. Chamadas também de agentes de socorro, cumpriam a função de atender pacientes que eram muito pobres para pagar cuidados a domicílio e que moravam muito longe para serem levados aos hospitais. Mas esse caráter assistencial das ambulâncias não era o único. Elas também exerciam outra

função, qual seja a de atender aos interesses do governo. No momento mais crítico da epidemia de cólera, elas foram vistas como inimigo invisível e a cidade como campo de batalha. As ambulâncias simbolizavam um alerta do governo, sempre vigilante contra o inimigo. Atendiam às necessidades emocionais de uma população e ainda ajudavam a reforçar a autoridade de um governo que tinha perdido a confiança do seu povo. Do ponto de vista político, as ambulâncias eram particularmente proveitosas, porque traziam "a população junto ao governo". Testemunhas das mais angustiantes e penosas cenas, elas também coletavam os corpos dos doentes (17).

Inspiradas no exemplo de Londres, quando da epidemia de cólera de 1848, as visitas domiciliares no Recife cumpriam um papel semelhante: manter os doentes pobres sob fiscalização médica, já que eles se recusavam a procurar um hospital ou enfermaria.

O plano de combate ao cólera em Recife, como vimos, significava uma ampliação e aprofundamento do controle sobre os indivíduos e a vida na cidade. Diante do perigo, tudo e todos se submetiam às medidas higiênicas para debelar a doença. Neste sentido, o cólera ofereceu uma oportunidade para que a medicina exibisse a eficácia de suas medidas e impusesse seu dispositivo de esquadrinhamento e disciplina no espaço urbano.

Diante da resistência popular às medidas higiênicas impostas na década de 1850, o higienista Joaquim de Aquino Fonseca invocava a peste como a única maneira de convencer a população indisciplinada do Recife: "Só há um meio de conseguir-se o que seria fácil, se a população estivesse mais penetrada do espirito de civilização, o castigo do céu".

Reações

As medidas adotadas pelo governo provincial para impedir a invasão do cólera na cidade do Recife sofreram críticas de todos os lados. As quarentenas e os cordões sanitários foram considerados medidas inúteis. Primeiro, porque não embargavam a marcha da epidemia. Segundo, porque não eram obedecidas com o rigor necessário. O "Diário de Pernambuco" comentava:

> "por mais apertadas que sejam as ordens do governo, todos os dias se dão infrações, escandalosas, e vão pessoas ao lazareto, se comunicam com os indivíduos que lá se acham, permanecem horas e horas e recebem objetos sem serem desinfectados" (18).

Além do mais, prosseguia o jornal, a epidemia já estava às portas da cidade, grassando em localidades vizinhas (Vitória, Bonito, Garanhuns), cujos habitantes viviam em constante contacto com a capital. O comentário do Diário dizia que o próprio presidente da província reconhecia a inutilidade das quarentenas e se as mantinha era para cumprir uma obrigação: atender aos reclamos dos higienistas e evitar as críticas da oposição, que o acusaria de abandonar a salubridade pública e de ser responsável pelo aparecimento do mal na Capital.

Não demorou muito para que as autoridades concluíssem que as medidas de quarentenas naquele momento só causavam transtorno e atropelo ao comércio e aos interesses públicos e privados. Aliás, essa parece ter sido a última experiência de medidas desse tipo nos portos brasileiros. O cólera havia desmoralizado inteiramente as quarentenas. Já em 23 de janeiro de1861, pelo Decreto n. 2734, a sistemática da polícia sanitária dos portos foi alterada,

substituindo-se as quarentenas pela desinfecção dos navios, dos passageiros e das cargas. Esse novo sistema parecia mais cômodo para os viajantes e mais conveniente para o comércio (19).

Diante do fracasso das medidas preventivas, a própria Comissão de Higiene Pública sugere ao governo provincial, em 30 de janeiro, dois dias, portanto, após a verificação dos primeiros casos de cólera em Recife, a suspensão das quarentenas (20).

As medidas de salubridade, em especial as visitas domiciliares, provocaram resistência popular. As autoridades reclamavam que o povo não cumpria as leis sanitárias. O problema, portanto, era dele. Para que limpar o ambiente, argumentavam as autoridades, se o povo não sabia respeitar as posturas? Mas, na visão popular, a questão era encarada sob outro ângulo: as medidas sanitárias seriam apenas tentativas das autoridades para controlar a população.

Num clima de suspeita e tensão social, as medidas sanitárias eram interpretadas como simples regulamentação e não como proteção contra a epidemia. Ao final das contas, havia uma leitura diametralmente oposta quanto às medidas sanitárias: para o povo, o governo era incompetente; para o governo, o povo era indisciplinado.

A questão da indisciplina do povo sempre foi uma preocupação das autoridades durante todo o século dezenove. Sobre essa temática muito já foi dito. O que apenas deve ser lembrado aqui é que muitos segmentos da população urbana, até a segunda metade do século passado, escapavam ao controle das autoridades e, em tempos de crise, voltavam-se contra o governo.

Já havia uma imagem cristalizada de que o povo, quando reunido em multidão e dominado pelo pânico, era presa fácil de influências perniciosas, deixando-se imbuir de julgamentos absolutos, perdendo o espírito crítico e, sobretudo, subestimando a força do adversário.

O governo e as elites faziam dos setores da população pobre uma imagem de seres naturalmente hostis e ignorantes, sempre insolentes quando se tratava de obedecer às regulamentações designadas para manter a saúde pública ou no cumprimento de outras exigências de manutenção da ordem pública.

O grande desafio das elites dominantes, naquele momento, parecia ser a construção de mecanismos de controle social no espaço urbano que permitissem a administração da cidade caótica. Para tanto, novos dispositivos de poder ao nível do cotidiano deveriam ser idealizados. A título de ilustração, podemos destacar pelo menos três deles: 1. medidas preventivas de controle das infrações, ao invés de punição truculenta; 2. normas de fixação dos indivíduos em locais de fácil reconhecimento; 3. esquadrinhamento "cientifico" da população.

Essa progressiva substituição da lei pela tecnologia da norma no espaço urbano já é um processo bastante estudado, o que nos poupa de longas incursões sobre o tema. O que importa destacar aqui é que, até o advento das normas disciplinares ordenando o espaço urbano, as elites pareciam ter bastantes dificuldades para fazer cumprir com rigor novos padrões de comportamento tolerados em público. No caso especifico das políticas de saúde pública houve resistência obstinada, conflitos e traumas. O

medo do contágio do pobre e o medo das sedições, em momentos de epidemia, andavam juntos e alimentavam as inseguranças das elites.

O medo da doença era alternado com o medo da revolta. As elites não só temiam o contágio do pobre, mas temiam sobremaneira a hostilidade da "classe perigosa", cuja agressividade deveria em algum momento ser desencadeada. Aliás, os médicos e as autoridades constantemente correlacionavam insurreição com mortalidade colérica. O "Diário de Pernambuco" de 14 de janeiro de 1856, acusava o jornal "O Liberal Pernambucano" de se utilizar do momento crítico da epidemia para insuflar o povo contra o governo:

> "Quando se solta um brado de consternação por causa do cólera que nos ameaça, quando se confessa que temos desafiado a vingança divina com grandes pecados, e que devemos fazer penitência, é quando esse mesmo **apóstolo**, que fala pelo **povo**, em nome do **povo** (grifos do autor), derrama todo o fel do insulto contra a primeira autoridade da Província, de quem é inimigo pessoal e figadal, e aproveita a quadra que ele chama calamitosa, para ver se desvaira a gente incauta e a toma amotinada...".

A própria insurreição era considerada uma doença social. Desse modo, dizia-se que emoções violentas, tumultos e desordens contribuíam para disseminar as epidemias. Logo, as medidas de segurança eram profiláticas. Sob este aspecto, duas possibilidades se apresentavam: 1) a repressão se justificaria para dispersar o medo; 2) o medo justificaria a repressão.

A descoberta desconcertante de que a pobreza era a fonte da doença e da contaminação exigia uma resposta à degradação das condições urbanas e sociais. À metáfora da cidade como um organismo doente e perigoso contrapunha-se o ideal de uma sociedade vigiada. Na impossibilidade de alterar as condições sociais dos pobres era preciso intensificar a vigilância

sobre eles. A campanha higienista posta em prática em 1856 cumpria, assim, três funções básicas: saúde, lei e ordem e acumulação de riqueza.

A epidemia de cólera de 1856, como já sugerimos ao longo deste texto, exacerbou os antagonismos sociais. A campanha de desinfecção foi criticada até mesmo por pessoas da área médica. Para Aquino Fonseca, nesse momento já demissionário da Comissão de Higiene, a campanha de desinfecção só tinha o mérito de fazer sair dos cofres públicos avultada soma.

As medidas tomadas pelo governo não tiveram os efeitos desejados. No caso da higiene pública, era quase impossível limpar os locais insalubres em plena epidemia, pois isto expunha os moradores às matérias nocivas. Temia-se que o simples ato de mexer na sujeira aumentasse o risco de infecção.

Quanto à caridade, ela vinha numa hora imprópria, aparecendo para a população pobre como uma ofensa ou mesmo um rigoroso controle social. Como se sabe, durante muito tempo o cuidado com os doentes e os pobres fez parte das obrigações das autoridades e, sobretudo, da Igreja, como expressão da solidariedade humana, da compaixão para com o semelhante ou do elevado espírito cristão. Certamente essa filantropia caritativa não deixava de exercer um controle sobre a pobreza, mas não um controle preventivo, fundado na separação, hierarquização ou classificação dos assistidos como agora se verificava.

Nos momentos de epidemia, entretanto, cuidar dos doentes e dos pobres era uma forma de evitar não só a mendicidade mas a difusão dos contágios. A assistência à pobreza numa conjuntura epidêmica se expressava por regras de ação prático-normativas, com o intuito de controlar e disciplinar

os indivíduos, especialmente aqueles considerados "socialmente perigosos" (21).

Da mesma forma, o plano de hospitalização não funcionou como se esperava, porque, ao contrário do imaginado, os pobres resistiram a entrar em hospitais. Neste sentido, o "Diário de Pernambuco", a voz oficial, ou melhor dizendo, a palavra escrita do governo, constatava melancolicamente a postura hostil do povo em relação aos hospitais:

> "Mas é de se notar que apesar do estado em que se acham os hospitais poucos se recolhem a eles, preferindo deixar-se morrer à mingua a procurarem abrigo nestes estabelecimentos, levantados pela piedade pública. Também é digno de reparo o pequeno número das pessoas que reclamam os socorros públicos, pois que a mortalidade na classe indigente vai subindo todos os dias. Então de duas uma, ou os ataques são fulminantes, ou as pessoas atacadas se deixam morrer sem procurar recurso algum. Não podemos admitir a primeira hipótese, porque se assim fosse este fato teria sido levado ao dominio público, como uma coisa extraordinária, portanto o que devemos concluir é que a população se deixa morrer voluntariamente podendo curar-se, o que cumpre evitar procedendo-se visitas domiciliares o mais freqüentemente possível, e sendo a policia inteirada pelo órgão dos inspetores, fazendo esta uma indagação minuciosa nos seus quarteirões, levando médicos às famílias indigentes que começarem a ser atacadas, e enviando os necessitados aos hospitais beneficentes para serem socorridos" (22).

Após a constatação da recusa do pobre ao internamento hospitalar, o jornal incitava os necessitados a recorrerem às comissões beneficentes, assegurando-lhes que não seriam levados à força para os hospitais, "pois que para estes estabelecimentos só seriam conduzidos aqueles que voluntariamente o quisessem, ou que não tivesem pessoa alguma que os tratasse em suas casas".

Aos olhos da população, os hospitais se transformaram em verdadeiros "açougues epidêmicos", depósitos de cadáveres, para onde eram encaminhados somente os doentes em perigo de vida. De fato, o internamento era um expediente somente usado quando a família da vítima nada mais podia

fazer por ela, a não ser se livrar do trabalho com o enterro, cuja despesa terminava recaindo sobre o hospital. No "Boletim do cólera-morbus", publicado no "Diário de Pernambuco" de 3 de março de 1856, a Comissão de Higiene observava:

> "o povo desta freguesia (Boa Vista) entende que este hospital deve ser depósito de cadáveres, e por esse motivo quem tem doente em perigo de vida, o faz remeter; não só porque nada mais há de fazer, como porque dessa forma se livram do trabalho com o enterro, fazendo recair sobre o hospital o número da mortalidade, e em prejuízo de outros, que não sabendo da razão e nem o motivo, ficam aterrados, esquecendo-se que a moléstia nada é sendo tratada em princípio, e não no fim de 6 e 8 dias, como tem acontecido a quase todos os que tem vindo de Fora de Portas".

Assim, se a mortalidade nos hospitais era muito elevada, esse fato agravava mais a situação. As estatísticas da morbidade e da mortalidade no hospital do Arsenal da Marinha, por exemplo, indicavam, em 17-3-1856, que aquela instituição havia recebido 141 doentes, dos quais 44 receberam alta, 73 morreram e 24 estavam em tratamento (23). Estatística semelhante de mortalidade se verificou no Hospital Português, criado no ano de 1855, para acolher doentes de cólera. No relatório das atividades do Hospital, referente ao trimestre de janeiro a março de 1856, tempo de duração da epidemia, consta a entrada de 62 doentes de cólera, dos quais 30 foram curados, 27 faleceram e 5 ficaram em tratamento (24).

O fracasso da campanha de internamento hospitalar, idealizada para manter os pobres sob controle, suscitou as campanhas de desinfecção. A lógica da Comissão de Higiene parecia ser a seguinte: se o povo recusava o internamento, era preciso mantê-lo sob estrita vigilância e controle nas suas residências. Afinal, se a doença era entendida como contato, seria preciso, a todo custo, evitar as confusões, os amontoamentos e a livre circulação. A

ordem respondia à doença evitando todas as confusões. Neste sentido, o modelo proposto para combater o cólera era o modelo compacto do dispositivo disciplinar, ou seja, um espaço fechado, recortado, vigiado em todos os seus pontos, onde os indivíduos deveriam estar inseridos em lugares fixos. Nesse modelo, qualquer movimento deveria ser controlado, registrado por um trabalho incessante de escrita que ligaria o centro à periferia. Esse poder exigia que cada indivíduo fosse constantemente localizado, examinado distribuído "entre os vivos, os doentes e os mortos" (25).

Para o povo, o caráter da filantropia não era nem benevolente nem desinteressado. O que as elites estavam fazendo durante a epidemia não era nada mais do que sempre fizeram para proteger-se contra ameaças ao seu bem-estar social.

É verdade que a limpeza pública poderia beneficiar a todos, mas o mesmo não ocorria com a caridade e o hospital, ostensivamente planejados para os pobres em benefício dos ricos. Assim, a caridade foi interpretada como um tentativa dos ricos de comprar sua tranqüilidade e, ao mesmo tempo, de reduzir seus próprios riscos de caírem doentes.

Para o povo, hospitalizar significava isolar e trancafiar os doentes, mantendo-os distantes dos sãos. O sentido, portanto, da hospitalização e da caridade, aos olhos dos pobres, era assegurar proteção aos ricos contra a doença. Afinal, as elites não escondiam seus preconceitos de que os pobres eram portadores do perigo, responsáveis pela disseminação da doença.

Para as elites, entretanto, era preciso que o governo implementasse medidas mais enérgicas para protegê-los do risco do contágio que o pobre

oferecia. Assim, identificada a rota espacial e social da morbidade, elas passaram a exigir do governo medidas que preservassem a saúde pública. E preservar a saúde pública naquele momento significava "civilizar" a pobreza, introjetando nela hábitos disciplinares, asseio corporal, pureza da alma, boa dieta, espaços bem ventilados nas habitações e, principalmente, nos aposentos de dormir. Ora, implementar tais medidas dependia de um vasto plano de saúde, que demandava investimentos avultados no sentido de reformar a vida dos mais pobres. Como não havia interesse político nem recursos para implementar tais investimentos, o foco de atenção foi desviado para medidas mais urgentes.

Sendo assim, toda a discussão sobre a influência dos fatores sociais na mortalidade decorrente da epidemia de cólera foi deslocada para as políticas tradicionais de ajuda aos pobres: limpar o meio-ambiente, organizar o serviço de caridade, cuidar dos doentes. Em outras palavras, prevaleceu a política de desinfecção, ajuda e hospitalização- remédios tradicionais para lidar com a doença. Com isso, pretendia-se responder pelo menos a três necessidades básicas: eliminar os perigosos focos de infecção, ajudar o pobre a sobreviver à epidemia e tratar dos enfermos.

Mesmo a defesa contra a doença, com medidas sanitárias, obedecia a imperativos econômicos. Para as elites, era preciso conciliar o combate à doença com os mínimos custos. Por isso, prevaleceram as medidas mais paliativas, tais como tratamento rápido, desinfecção e isolamento. O princípio que imperava aí era o da minimização dos riscos de infecção devido à concentração de muitas vítimas em um espaço confinado.

Com o incremento da epidemia nos meses de fevereiro e março, multiplicando o número dos acometidos, logo surgiram dificuldades de internamento dos doentes pobres, com a superlotação dos hospitais e enfermarias. A burocracia passou, então, a dificultar o internamento, exigindo documentação que atestasse o estado de pobreza e de residência no distrito. As dificuldades na área médica se multiplicaram e o atendimento passou a ser objeto de crítica até mesmo de jornais conservadores, como o "Diário de Pernambuco":

> " As visitas domiciliares a que Londres se deve a sua salvação em 1848, e que foram aqui mandadas observar, não se tem sido feitas, temos sido chamados para ver doentes, que perguntado pelo facultativo do distrito, ignoram os moradores quem seja. Estas visitas que devem ser feitas o maior número de vezes que for possível para tratar-se dos doentes em suas casas, ou os que se dirigem aos hospitais em tempo de poderem aproveitar o tratamento, que além de outros inconvenientes tem estado quase em abandono, do que resulta que a maior parte dos infelizes que vão ter àqueles estabelecimentos chegam em estado de não aproveitarem o tratamento; que além de outros inconvenientes agravam a sorte dessa gente pobre, que foge desses asilos, os quais consideram como depósitos do cemitério. Os hospitais também não funcionam regularmente, os médicos não deviam se afastarem um só instante desses lugares, não só para administrarem os remédios precisos, como para manterem a ordem e dirigirem o serviço com regularidade; e por isso, chegando os doentes em mau estado, e não sendo logo socorridos, quase todos tem sucumbido" (26).

Fazendo uma reflexão sobre a epidemia de cólera em Pernambuco, um articulista anônimo chegava a conclusões pessimistas no "Diário de Pernambuco". Dizia que a mortalidade tinha sido muita elevada na cidade do Recife, cerca de 50% dos acometidos, sendo ainda mais alta quando se tratava da Província como um todo. Segundo ele, isto demonstrava o quanto a medicina estava impotente diante da epidemia. Não havia um tratamento seguro, pois não se observavam dois casos iguais dos sintomas da doença.

De acordo com este correspondente do Diário, a doença havia assumido em Pernambuco características ímpares. Em sua marcha só

respeitava alguns indivíduos, mas nunca populações ou lugares. Nenhum meio preventivo resultou positivo. Mesmo não possuindo estatísticas exatas, já se constatava que a mortalidade em Pernambuco era bem maior do que a verificada na Europa, por exemplo. Esta espantosa devastação era atribuída às péssimas condições de habitação, alimentação e miséria de grande parte da população.

Mesmo reconhecendo os esforços do governo para combater o mal, com a instituição de comissões beneficentes, visitas sanitárias domiciliares, criação de hospitais para o tratamento das vítimas pobres do cólera, o "Diário de Pernambuco", de 28-2-1856, admitia que todos esses esforços haviam obtido resultados melancólicos para diminuir a mortalidade entre as camadas pobres. O jornal concluía que pouco adiantava o serviço das comissões beneficentes se a pobreza continuasse recalcitrante e arredia:

> "A nossa pobreza, quer por acanhamento, quer por desleixo, nem sempre procura os socorros que precisa, mas em uma quadra calamitosa como a presente, é preciso procurá-la, levar-lhe o necessário à casa e até certo ponto oferecer-lhe quando se conhecer a urgência. A maior parte dessa gente que tem falecido, tem sido quase por abandono, não se queixam nem procuram remédio. Se não se executar esta medida todas essas comissões não passarão de meros aparatos".

Como era de se esperar, atitudes diferentes em relação ao governo foram tomadas. As elites, a comunidade médica e a grande imprensa elogiavam a limpeza da cidade, a generosidade dos ricos, a lisura da operação dos hospitais. A oposição, por seu lado, enfatizava a inadequação dos esforços de limpeza; criticava os ricos por humilharem o pobre com sua caridade e deploravam, dentre outras coisas, o caos nos hospitais e a

exploração que se fazia com os preços dos medicamentos e as consultas médicas:

> "A cobiça, a avareza e insaciável espirito de ganho, protegidos pelas teorias absolutas da santa liberdade de indústria, já não vão produzindo seus benéficos resultados. Os medicamentos tem subido a preços fabulosos. (...) Ouvimos dizer que alguns médicos, inclusive estudantes, que apenas fizeram o ato de 2. ano escolar, exigem 50$, 100$, 200$ e 500$, e até 1:000$000, por dia" (27).

Mas a conduta do governo durante a epidemia sofreu críticas também pelo descontrole dos preços e pela falta de uma política eficiente de abastecimento. Nem bem a epidemia começou no Recife, verificou-se grande penúria de gêneros alimentícios. Os preços se elevaram e a ameaça de uma verdadeira fome se desenhou no horizonte. Os gêneros de primeira necessidade eram oferecidos por um alto preço e a carne verde era vendida a 24 patacas a arroba. Atribuía-se esse descontrole dos preços "à ciência de Adam Smith", que não permitia a intervenção do governo nos assuntos econômicos.

Aliás, a ameaça de fome suscitou polêmica na imprensa sobre a questão da necessidade da intervenção do Estado nos assuntos ecônomicos, a fim de evitar desabastecimento, especulação e penúria.

O "Diário de Pernambuco", de 6 de janeiro de 1859, insistia sobre a necessidade de o governo intervir no controle do abastecimento dos gêneros de primeira necessidade:

> "Liberdade de comércio, liberdade de indústria, todas essas e outras abstrações têm um limite traçado pela razão e pela justiça, mas se alguém transpõe estes limites, todas essas garantias cessam em seu favor e então surge o salus populi e a justiça é feita"

Havia aqueles, entretanto, que eram contra uma intervenção direta do Estado no controle dos preços. Não parecia ser outra a posição do professor Pedro Autran da Mata Albuquerque, em artigo publicado no jornal "O Liberal Pernambucano", de 26 de janeiro de 1856:

> "Qual é a missão do governo? Decidir com razão e justiça todas as disputas entre os governados; proteger o fraco contra o forte de uma maneira que a igualdade restabeleça o diteito mútuo. E essa proteção se refere às pessoas ou à propriedade e mais particularmente àquelas do que a esta".

Em outro artigo publicado no "Diário de Pernambuco" de 24 de janeiro, ele voltava a insistir na idéia de que "o governo não [deveria] interferir no fornecimento da farinha e da carne", pois o célebre *laissez faire* ajustaria tudo no final.

No início do mês de março, a carestia dos gêneros de primeira necessidade chegou a um ponto insuportável. Começou a faltar farinha e carne. Pressionados pelo chefe de polícia, os marchantes ofereceram um pouco mais deste último produto, só que a preços exorbitantes. O governo parecia ter perdido o controle da situação.

Contudo, todas essas reações esboçadas pelos vários segmentos da sociedade local terminaram sendo contornadas pelo poder local. Aos poucos, o governo tomou pé da situação, normalizando o abastecimento de gêneros, administrando os conflitos e impondo a ordem. A própria conjuntura epidêmica que, num primeiro momento, gerou grande confusão, agora era explorada para impor dispositivos de controle social suscitados pela doença.

Como vimos, a luta contra o cólera em Recife produziu um conhecimento ou saber sobre a cidade. Ao localizar a causa da doença não só no indivíduo mas em seu exterior, nos lugares e ambientes urbanos, a cidade passou a ser analisada como fator responsável pela irrupção de enfermidades contagiosas. Desse modo, o saber que analisa e o poder que inspeciona sugerem uma intervenção sobre o espaço social visando destruir ou transformar tudo o que, no meio urbano, é considerado causa de doença (28).

O cólera foi um momento de exceção, propício à afirmação de um poder político a que a medicina era chamada a servir. Esse momento, entretanto, poderia ser permanente: daí a necessidade de aparelhos médicos de controle da vida social sempre vigilantes.

Como vimos, o modelo de saber médico construído sobre o cólera pela Comissão de Higiene Pública fundava-se na idéia da doença como ser contagioso ou transmissível. Partia do princípio de que a epidemia era resultante da transmissão de um agente de pessoa a pessoa, sendo facilitada por certas circunstâncias criadas com a desordem urbana. Dai a necessidade não só de impedir os contatos e as comunicações mas também de reestruturar o espaço urbano favorável à propagação da doença. Isto implicava em desenvolver todo um conhecimento voltado para a cidade, que ajudasse a prevenir a eclosão de novos surtos epidêmicos. Era com esse objetivo que alertava um médico da época:

> "As medidas de salubridade, tão úteis nas cidades em tempos ordinários, tornam-se palpitantes e de imperiosa necessidade quando nos ameaça uma epidemia grave. Então, afim de diminuir o quanto possível a intensidade do mal, caso mesmo se o não possa prevenir, a administração e cidadãos de todas as classes devem reunir seus esforços para obter uma salubridade tão completa quanto as localidades o permitem" (29).

Ao mesmo tempo em que responsabilizava os homens, sobretudo pobres, pela transmissão do mal, o saber médico procurava demonstrar a necessidade da criação de mecanismos sociais de dominação sobre eles. A intervenção no meio-ambiente urbano, considerado negativo para a saúde de seus habitantes, era ao mesmo tempo uma intervenção visando combater a desordem e o desregramento moral.

Sendo assim, o conceito de epidemia elaborado pelos médicos parecia estar fincado não no plano biológico, mas no político: subordinava-se mais a uma preocupação com o problema da ameaça social que a doença trazia, quando atingia indivíduos de diferentes classes sociais, do que com o número de indivíduos da mesma classe afetados (30).

A localização e a intervenção nos lugares propícios à propagação da doença torna-se uma preocupação constante:

> "Sendo como todos sabem a Cabanga um lugar imundo, que por suas circunstâncias particulares oferece um largo campo de devastação à epidemia reinante, o pouco cuidado das autoridades, o desleixo mesmo que tem havido da parte de quem quer que está obrigado a velar pela salubridade pública, tem dado lugar a que um terço da população daquele lugar tenha já sucumbido e com certeza sucumbirá o resto se acaso se não tomarem providências adequadas para destruir o foco de infecção a que está reduzida a Cabanga. Casas de palha mal arejadas, pequenas, infectas que são habitadas por dez e doze pessoas pouco propensas ao asseio, que se alimentam das piores substâncias, que não tem o menor cuidado com a sua saúde, seriam causas bastantes para se desenvolver o cólera em larga escala; mas junte-se a isto, que talvez não haja uma só casa em que não tenha falecido alguém da epidemia reinante e ter-se-à chegado ao conhecimento do que tem produzido o extraordinário morticínio do Aterro e Cabanga" (31).

Mesmo admitindo o desconhecimento do modo particular de desenvolvimento da doença, das causas de sua expansão e das circunstâncias de sua transmissão, a medicina da época não parecia ter

dúvida de que a reunião de uma série de fatores determinados (miséria, pobreza, sujeira, falta de hábitos higiênicos) contribuíam para o seu desenvolvimento e disseminação.

Para acabar com esses focos de infecção, propunha-se a destruição das casas de palha e o deslocamento dos moradores para outros lugares, como a Ilha do Nogueira. Esta medida, na opinião do "Diário de Pernambuco", era mais econômica e mais eficaz, devido à dificuldade de desinfecção das casas de palha já existentes:

> "Agora que todos sabem qual é o estado deplorável dos moradores da Cabanga, permitam-nos emitir a nossa opinião acerca dos meios que nos parecem mais propícios para ... acabar-se com o foco de infecção que existe na Cabanga, livrando-se assim da morte certa os moradores daquele infeliz lugar. A desinfecção pelos meios ordinários, é impossível em casas de palha; isto posto o que convém? destruir estas casas fazendo com que os moradores deixem aquele lugar. Torna-se-á isto tão dispendioso que o governo não possa lançar mão desse meio? não, porque todas as casas de palha da Cabanga e Aterro, não valem certamente quinhentos mil reis, e com toda facilidade pode o governo oferecer alojamento aos seus moradores na Ilha do Nogueira, ou em outro lugar qualquer onde em 3 dias se fabricarão por uma bagatela iguais casas de palha. Este meio que a prudência aconselha poderá sem dúvida livrar da morte a algumas centenas de nossos irmãos, sendo que é mais econômico do que mandarem-se desinfectar casas que dentro de 3 dias se acharão no estado em que doentes estavam, do que continuarem-se os meios até hoje empregados, que tão poucos resultados tem produzido em casas de palha".

Contabilizando os custos da doença (meios e pessoas empregadas para combatê-la, dias de trabalho e vidas perdidas), concluía-se que a adoção de medidas de prevenção era mais barata do que o combate à epidemia. O reequacionamento da cidade, fazendo circular os seus elementos - água, ar, luz mercadorias e pessoas -, era uma exigência para prevenir ou debelar as epidemias. Mas isto exigia grandes investimentos em infraestrutura urbana: sistema de esgotos e de distribuição de águas, demolições e abertura de novas avenidas - investimentos que estavam além das possibilidades e

interesses das elites locais. Por isso, a estratégia sanitária permaneceu episódica, feita apenas nos momentos críticos de surtos epidêmicos.

O sonho de uma cidade higiênica, perfeitamente governada, sem pobreza, sem doenças e sedições, chocava-se, naquele momento, com os imperativos da economia. As exigências da defesa contra a doença deveriam se submeter aos ditames das razões econômicas. O princípio que orientava as medidas governamentais contra a epidemia subordinava-se às estratégias que demandavam o mínimo de custos possíveis.

A epidemia de cólera deixou claro que as velhas estratégias defensivas idealizadas para combater a doença demonstraram pouca eficiência. A política de desinfecção, tão decantada pala Comissão de Higiene e pelo governo, era uma ação que não prevenia a doença. Da mesma forma, a ajuda aos pobres não parecia uma ação caritativa e a hospitalização foi vista simplesmente como uma tentativa de internamento e exclusão. A falência dessas medidas pôs na ordem do dia a necessidade de novas formas de administração da epidemia e da cidade.

Como vimos, o cólera produziu situações reais e imaginárias profundamente desconcertantes. Se, de um lado, o estado de anomia criado pela epidemia, expresso na suspensão das leis e dos interditos, na confusão da mistura dos corpos, nas atitudes e comportamentos fora dos padrões normais, sugeriu um momento onde todas as convenções sociais pareciam desfeitas, dando ensejo a protestos populares como os verificados em torno do escravo Manoel; de outro, produziu um modelo totalmente contrário, cuja característica principal era a transformação do espaço urbano em objeto de

análise, esquadrinhamento e intervenção terapêutica. Transformar o espaço urbano era uma forma de eliminar a doença. Dai a proposta dos higienistas em transformar a cidade num local produtor e propiciador de saúde aos seus habitantes.

Mesmo vivenciando um momento de profunda crise quanto aos seus pressupostos teóricos e métodos terapêuticos, a medicina oficial ofereceu um modelo que contornava a crise e a desorganização pelas quais passava a sociedade. Nesse sentido, a epidemia de cólera criou condições para a formulação de um modelo de medicalização do espaço urbano que iria ser paulatinamente adotado nos anos subseqüentes.

Medidas de emergência durante a epidemia, como as quarentenas, os cordões sanitários, as campanhas sanitárias, os internamentos e isolamentos, implantaram um rigoroso rigoroso policiamento sobre o espaço urbano. Isto implicou na divisão da cidade em distritos, cuja administração ficava a cargo de um inspetor de quarteirão, encarregado de manter o registro permanente dos acontecimentos (número de enfermos, curas e mortes). Instituía-se, assim, uma fiscalização sorrateira do poder sanitário na privacidade dos lares e na intimidade dos corpos. Essa fiscalização tinha a finalidade, ainda, de decidir sobre a separação clínica e ética dos corpos, fazendo a triagem dos doentes e dos sãos e criando lugares para o quais seriam designados: os espaços fechados dos lazaretos, sanatórios e cemitérios. Em linhas gerais, estas eram as estratégias idealizadas para responder à ameaça do cólera.

2. Mudar a cidade

Em resposta à desordem urbana causada pela epidemia era preciso, no entendimento da medicina oficial, criar uma nova ordem que conferisse alguma racionalidade à cidade O principal objetivo da medicina higiênica será, a partir daí, converter os indivíduos a uma nova forma de convivência e sociabilidade. Tratar-se-á de enquadrar a população e a cidade numa nova ótica política.

A necessidade de se estabelecer um controle rigoroso e sistemático sobre a cidade e sua população se fundamentava na crença generalizada de que as epidemias eram produzidas por emanações pútridas, pelos fedores da cidade, pelas habitações pobres que não obedeciam a qualquer preceito de higiene.. Segundo entendiam as elites políticas e intelectuais, nas habitações populares os indivíduos se amontoavam, se misturavam como lixo. O ar e a água não circulavam, os miasmas pútridos estagnavam.

A epidemia havia demonstrado as estreitas relações entre cidade e doença. O cólera, como ameaça à própria ordem urbana, exigia formas de controle político que passavam por uma ciência do território, ou seja, uma geopolitíca que deveria ser exercida sobre toda a população. Abria-se , assim, a oportunidade de se pôr em prática mecanismos não só de segregação espacial (quarentenas e cordões sanitários), para impedir a disseminação da doença, mas também preventivos, que eliminassem as condições de sua produção, criando uma cidade higienizada.

Nem bem a epidemia de cólera se extingüia no Recife, o presidente da Província anunciava um conjunto de medidas visando mudar o aspecto insalubre da cidade. Uma das mais urgentes medidas era a extinção do perigoso foco de infecção que havia no centro da cidade: a cadeia velha. A aglomeração de presos vivendo na mais extrema promiscuidade e sujeira foi removida para a Casa de Detenção, um novo edifício, construído de acordo com os padrões "da moral e da humanidade", capaz de mudar os maus hábitos dos presos pela pedagogia do trabalho(32).

Outro problema que ocupava a imaginação dos recifenses era o pântano de Olinda, foco de miasmas responsáveis pelas febres e por todo o tipo de doenças contagiosas. O governo tentou resolver o problema com a canalização do referido pântano para o rio Beberibe.

Pela lei provincial n^0 297, o governo determinou o calçamento das ruas principais. O receio de novas epidemias impôs a organização permanente de uma companhia de trabalhadores que deveriam se ocupar especialmente da limpeza da cidade. A companhia aterrou numerosos charcos de águas pluviais, removeu grandes monturos que existiam no litoral e extingüiu muitos focos de infecção.

Mas o poder público do Recife não ficou adstrito apenas a iniciativas desse tipo. Embora com algum atraso, nas décadas seguintes implementou medidas de saneamento básico na cidade, levando esgoto e água encanada a algumas freguesias.

Em 1862, a Companhia City Improvements, de Londres, assinou um contrato para a instalação, no Rio de Janeiro, de um sistema de esgotos, com base na

experiência inglesa. Cidades como Santos e Recife, afetadas pelo cólera, adotariam os mesmos procedimentos sanitários a partir da década de 1870 (33).

Antes da invasão do cólera na cidade do Recife, o governo provincial removeu o matadouro público do centro da cidade para a periferia. Criou um asilo de mendicidade com o fim de recolher os indigentes e mendigos que perambulavam pelas ruas; mandou limpar ruas, praças e praias.

A epidemia de cólera no Recife terminou cristalizando em torno do doente, do cadáver ou, mesmo, do corpo vivo pobre - livre ou escravo - uma série de medos políticos e sanitários. Fez emergir, a partir daí, uma preocupação em estabelecer uma rígida divisão entre vivos e mortos, ricos e pobres, brancos e negros.

A própria distribuição da população no espaço urbano começou a sofrer uma hierarquização social, que antes não parecia bem marcada. De fato, até meados do século passado, a configuração da cidade do Recife, com seus terrenos cortados por rios, ilhas e mangues, demarcava um modo hierárquico para as residências da população urbana, onde o critério de distinção social não era a localização espacial, mas o tipo de casa (34).

Essa contigüidade física da população rica e pobre no mesmo espaço urbano poderia ser explicada talvez pelo fato de que os pobres até então não tinham sido problematizados como fonte de perigo (35). E isto pelo menos por duas razões: primeiro, porque o amontoamento da população urbana não era tão significativo a ponto de a pobreza aparecer como perigo. Segundo, porque a cidade, na ausência de equipamentos urbanos, utilizava a força humana dos

pobres (sobretudo escravos) como maquinaria do conforto. Eles eram, na realidade, a condição necessária para que a cidade funcionasse.

Contudo, essa tolerância e, até mesmo, convivência das elites com os escravos e pobres foi seriamente abalada com a epidemia de cólera de 1856. Podemos dizer que a partir daí o escravo e os pobres em geral passaram a ser encarados como perigo, cristalizando-se em torno deles uma série de medos políticos e sanitários. Surgiu, então, a preocupação em demarcar espaços urbanos de habitação do rico e do pobre. As elites já não suportavam coabitar em um mesmo tecido urbano com os pobres. Impôs-se a necessidade de acabar com as superposições e as misturas sociais no espaço urbano, a partir de estratégias de espraiamento da cidade, mas também com mecanismos de exclusão em instituições especializadas (em geral, isoladas espacialmente).

A preocupação em evitar o contágio físico e moral induziu à necessidade de separar tudo o que pudesse representar perigo: pestosos ou suspeitos de peste em hospitais de isolamento, pobres em asilos, loucos em hospícios, delinqüentes em prisões.

Ao identificar o ar como causa de doença, quando contaminado, a idéia sanitária passou a atribuir ao corpo pobre, colérico e ao cadáver perigosos focos de propagação do perigo. Não era propriamente o pobre, o doente e o cadáver que figuravam como perigo sanitário para as elites, mas a possibilidade de contágio que eles ofereciam.

A epidemia de cólera de 1856, ao enfatizar os males do amontoamento e da promiscuidade reinantes na habitação popular, nos cemitérios e no espaço público, acelerou o processo de desamontoamento dos corpos (36).

Esconjurar o perigo do corpo potencialmente pestilento; expulsá-lo do convívio dos sãos, confinando-o em lugares apropriados, como lazaretos, hospitais e cemitérios extra-muros: eis aí uma nova atitude diante dos pobres, doentes e mortos reforçada com a presença do cólera.

Grosso modo, as estratégias adotadas no combate ao cólera eram dispositivos disciplinares que surgiam e se afirmavam como respostas à desordem urbana causada pela epidemia. A mobilização deste vasto arsenal de medidas tinha o poder de produzir, ainda que provisoriamente, significativas transformações nas formas de convivência urbana e sérios transtornos à população.

A divisão da cidade em distritos sob a fiscalização de uma autoridade sanitária ou policial, a fixação e separação dos corpos em lugares específicos, o sistema de quarentena com todas as medidas preventivas e vexatórias, permitindo às autoridades o esquadrinhamento "científico" e rigoroso da população pobre, eram medidas que inauguravam, inequivocamente, uma nova mecânica de poder: o poder das disciplinas, que se configurava pelo conjunto de práticas discursivas e não discursivas que atuavam segundo a sua própria tecnologia de sujeição. Tanto os elementos teóricos que integravam o poder normalizador (discurso científico, filosófico, religioso, literário) como os elementos práticos (técnicas físicas de controle corporal, regulamento administrativo de controle do tempo dos indivíduos ou instituições, técnicas de higienização) pareciam emergir no cenário da cidade do Recife, com o impacto causado pelas grandes epidemias de febre amarela (1850) e cólera (1856).

A epidemia de cólera, em particular, reforçou a necessidade de adoção de novas estratégias de controle sobre o "urbano". Tratava-se de instituir normas disciplinares que regulamentassem as relações entre os indivíduos, sua circulação e seus contatos. Essas novas táticas de governo só foram possíveis graças ao auxílio da medicina higiênica que, investindo suas técnicas em torno da questão da salubridade, ofereceu os elementos necessários para uma nova concepção de gestão da cidade.

Certamente que o processo acima descrito obedeceu a ritmos e etapas bastante diferenciadas. Durante os períodos críticos, quando da existência de grandes epidemias, observamos um avanço considerável da presença dos sanitaristas que, investidos de uma autoridade necessária e competente, passam a vistoriar minuciosamente a população pobre urbana, impondo autoritariamente a execução de medidas higiênicas e suscitando, em conseqüência, atitudes refratárias a essas medidas. A higienização da cidade encontrava resistência nas tradições, hábitos e costumes da população.

Os protestos populares na cidade do Recife, no ano de 1856, em torno da figura do curandeiro africano Manoel, inserem-se neste contexto e fazem parte da história da luta dos pobres contra o modelo político e médico de reordenação da sociedade.

Podemos dizer, assim, que o protesto dos escravos e negros livres na capital da província de Pernambuco revelava o desejo desses personagens de escapar de uma medicalização autoritária e reafirmava o direito que tinham de dispor sobre seus próprios corpos. Afinal, o direito de viver, adoecer, curar-se e morrer deveria ser sagrado e intocado.

Fig. n. 40: Visita médica a um navio posto em quarentena (L'Ilustration, 1884).

Fig. n.41: Na caricatura, o presidente da Província José Bento da Cunha e Figueiredo cumprimenta a figura da morte, em cujas vestes está escrito: "febre amarela". A referência a esse político prende-se ao fato de terem a febre amarela e o cólera irrompido em Pernambuco durante seu governo. (O Diabo a Quatro, n. 42, Recife, 23 de abril de 1876). (Coleção da Bibilioteca Pública do Estado de Pernambuco).

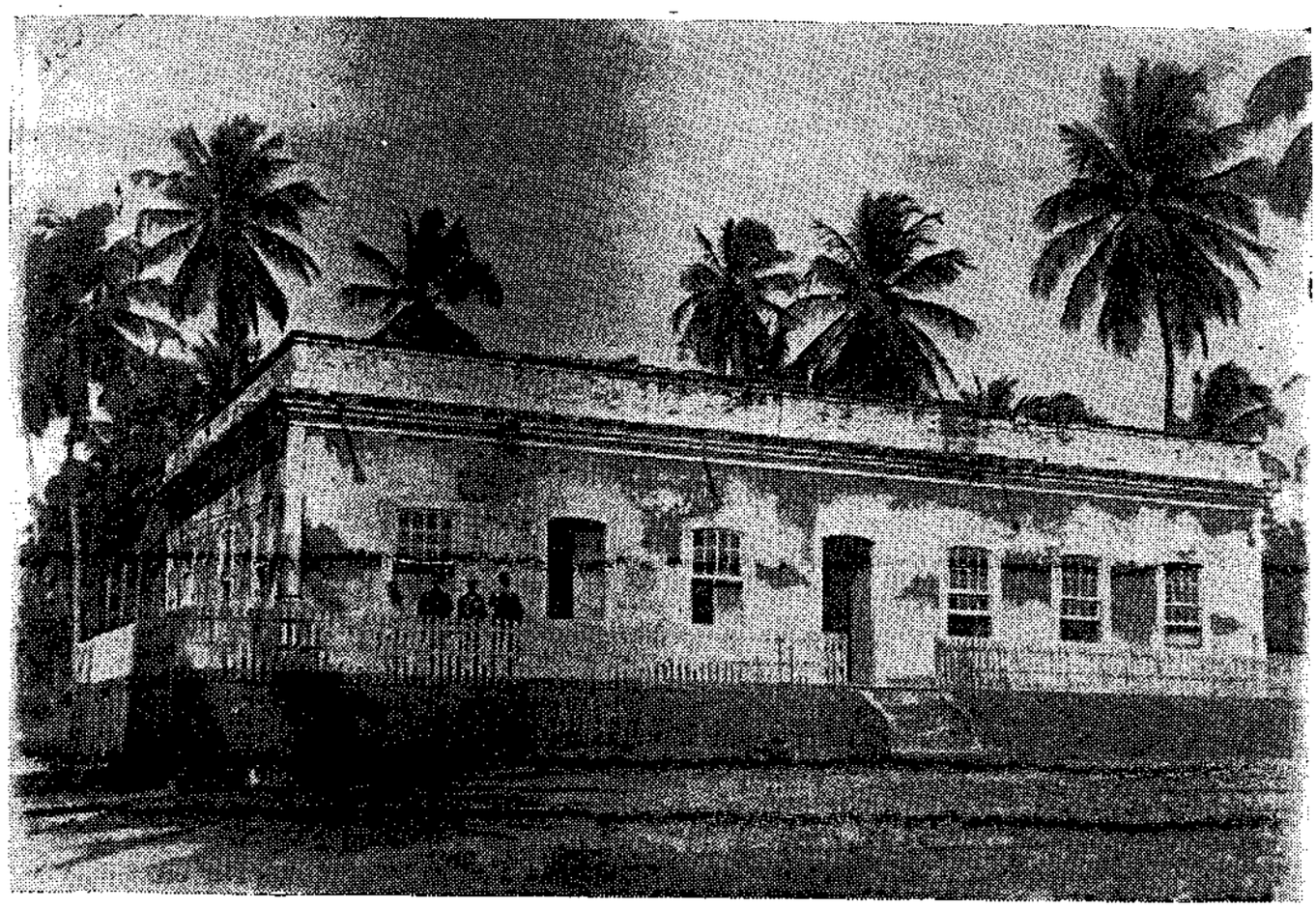

Fig. n. 42: Lazareto do Pina (Coleção do historiador Fernando Pio).

Fig. n. 43: Conselheiro José Bento da Cunha e Figueiredo, Presidente da Província de Pernambuco durante a epidemia de cólera. (O Diabo a Quatro, n. 83, Recife, 4 de fevereiro de 1877). (Coleção da Biblioteca do Estado de Pernambuco).

Fig. n.44: Desinfecção das ruas com clorureto (Daumier, 1844)

Fig. n. 45: O anjo Boboedf arrasando com o cólera. Alusão ao poder do fenol, descoberto por Pierre Alexis Boboedf, como agente químico infalível contra o cólera. Reproduzido em Bourdelais, P. e Dodin, cit., p. 155.

Fig. n 46: Veículo para transporte de doentes durante a epidemia. Biblioteca de José de Paiva Crespo.

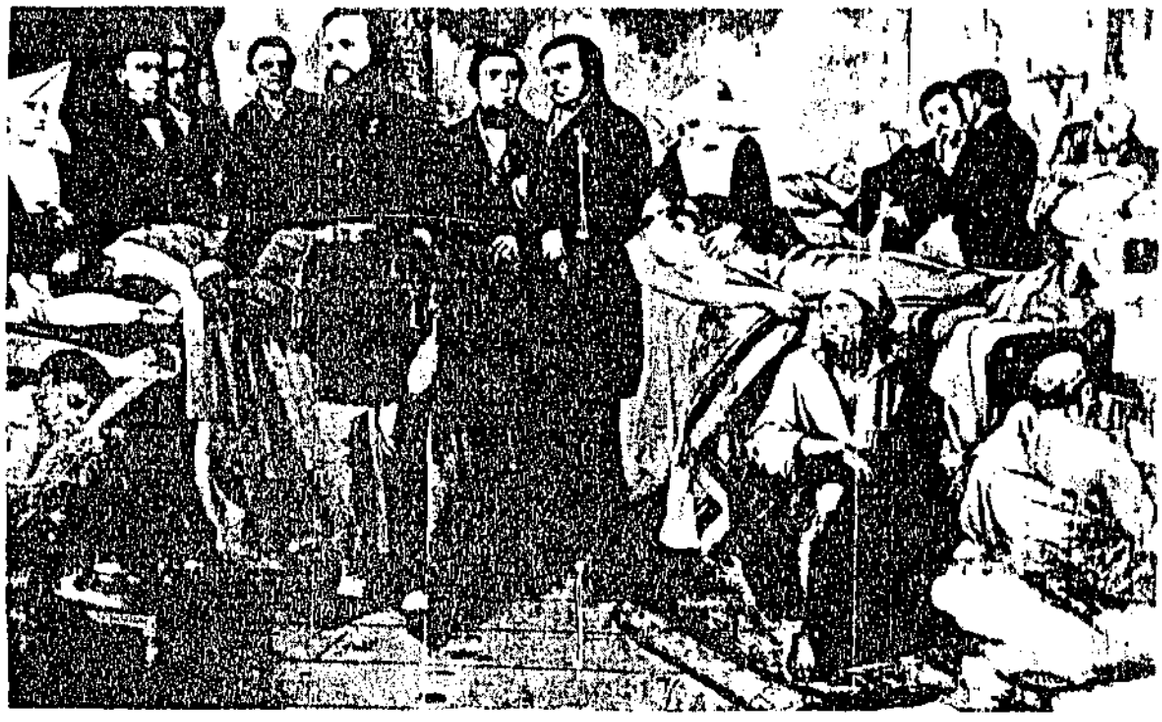

Fig. n.47: Visita de D. Pedro II às vítimas do cólera nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em 1856. Foto do quadro de Louis Auguste Moreua. Biblioteca Nacional, seção de iconografia (código de chamada: 2/F42).

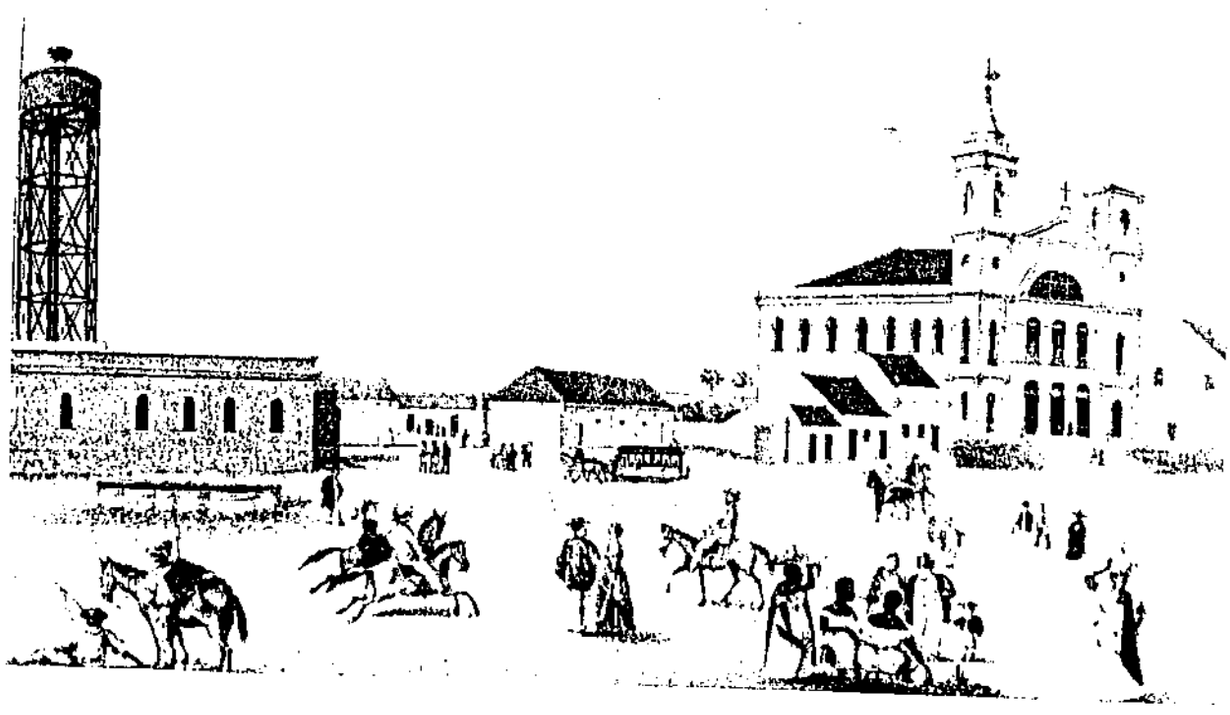

Fig. n. 48: No Largo de Cinco Pontas, a torre do novo serviço de esgotos fala do progresso da cidade nos meados do século XIX.

Notas do capítulo VI:

1. **HARCKERCNECHT**, Erewin. **Anticontagionism betweem 1821 an 1867**. In **Bulletin of the History of Medicine,** vol. 22, 1948.

2. Curiosamente, os mais destacados defensores da teoria contagionista em Recife ocuparam a presidência da Comissão de Higiene Pública. Refiro-me aos doutores Joaquim de Aquino Fonseca e Cosme de Sá Pereira. Embora minoritários na cidade, conseguiram impor suas idéias e instrumentar campanhas sanitárias com elas coerentes.

3. **PEREIRA,** Cosme de Sá. **Cholera-morbus. Medidas preventivas. Reminiscência do cholera em Pernambuco no anos de1855 a 1856**. Recife, Tipografia de M. F. de Faria, 1885, p. 15.

4. **ANDRADE**,Carlos **Alberto Monteiro. A peste e o plano. O urbanismo sanitárista do engenheiro Saturnino de Brito**. São Paulo. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, 1992.

5. **BREIULLAC**, H-G. **De la Police Sanitaire,** Aix, 1885.

6. **FONSECA**, Joaquim de Aquino. **Coleção dos trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província de Pernambuco.** Tipografia S. Caminha , Recife, 1852, p. 37.

7.**PEREIRA**, Cosme de Sá. **Relatório do Estado Sanitário da Província de Pernambuco no ano de 1856. Recife,** tipografia de M. F. De Faria, 1857, p. 6.

8. **CORDEIRO**, Antônio da Cruz. **"Instruções sanitárias"** in **CASTRO**, Oscar Oliveira. **Medicina na Paraíba. Flagrantes de sua evolução**. João Pessoa, Ed. A União, 1945, p. 52.

9. **Ofício da Comissão de Higiene Pública ao presidente da Província de Pernambuco**, de 28-2-1855, SP-08, fl. 47, Arquivo Público do Estado.

10. **Discurso do dr. Cosme de Sá Pereira ao deixar a Comissão de Higiene Pública para assumir uma cadeira na Assembléia Provincial, Diário de Pernambuco, 28-04-1856.**

11.**Diário de Pernambuco**, 15-02-1856.

12. **Relatório do Presidente da Província de Pernambuco.** Recife, 1857. (Ms. - **Arquivo Público do Estado de Pernambuco**), p. 22.

13. **Idem,** p. 23.

14. **Ofício da Comissão de Higiene Pública ao presidente da Província de Pernambuco**, de 12-1-1856, SP-08, fl. 9, Arquivo Público do Estado.

15. Idem, pp. 10-11.

16. **Diário de Pernambuco**, 26-01-1856

17. DELAPORTE, François. **Disease and civilization: the cholera in Paris, 1832**, Cambridge and London, the MIT Press, 1986, p. 41.

18. **Diário de Pernambuco**, 28-01-1856.

19. **Relatório que se devia apresentar à Assembléia Geral Legislativa da terceira sessão da décima primeira legislatura pelo Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império Marquês de OLINDA** . Rio de Janeiro, Typographia Nacional, 1862, p. 34.

20. **Ofício da Comissão de Higiene Pública ao presidente da Província de Pernambuco**, de 30-1-1856, SP-08, fl. 19, Arquivo Público do Estado.

21. **CASTRO**, Myriam Mesquita Pugliese e **ABREU**, Sergio Adorno de. "**A pobreza colonizada**" in **Serviço Social & Sociedade.** n. 17, Abril, São Paulo, Cortez Editora, 1985. pp. 49-72.

22. **Diário de Pernambuco**, 24-02-1856.

23. **Ofício da Comissão de Higiene Pública sobre o estado sanitário dos hospitais durante a epidemia de cólera, 1856.**, Arquivo Público do Estado.

24. **ROCHA**, Leduar de Assis. **Figuras e fatos da velha medicina pernambucana.** Recife, Prefeitura Municipal do Recife, Departamento de documentação e cultura, s/d.

25. **FOUCAULT**, Michel. **Vigiar e punir. História da violência nas prisões.** Petrópolis, Vozes, 1986, p. 174.

26. **Diário de Pernambuco, 18-02-1856.**

27. **Diário de Pernambuco, 18-02-1856.**

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

29. **CORDEIRO** Antônio Cruz. **"Instruções sanitárias populares"**. In **CASTRO**, Oscar Oliveira. Obra citada, pp. 48-49.

30. **MADEL LUZ**, Terezinha ... et al. **Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930).** Rio de Janeiro, Edições Graal, 1982.

31.**Diário de Pernambuco**, 27-02-1856.

32. **Relatório do presidente da Província de Pernambuco à Assembléia Legislativa Provincial, 22-04-1856.**

33. **SANTOS**, Luiz Antônio de Castro. **"Um século de cólera: itinerário do Medo"** in **Physis. Rev. de Saúde Coletiva**. V. 4, n. 1, Rio de Janeiro, IMS/UERJ, Relume Dumará, 1994.

34. **FREYRE**, Gilberto. **O velho Félix e suas "Memórias de um Cavalcanti"**, Recife, FUNDAJ, Editora Massangana, 1989, p. XCIX.

35. **FOUCAULT,** Michel. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.

36. **CORBIN**, Alain. **"Bastidores"** in **PERROT**, Michelle (org.). **História da Vida Privada**. São Paulo, Companhia das Letras, 1991.

CONCLUSÃO:

Iniciamos este trabalho narrando um acontecimento que ilustrava bem a conjuntura crítica produzida pelo cólera na cidade de Recife, em 1856. Dizíamos, então, que aquele episódio sintetizava expressivamente uma forte tensão ou crise nas relações entre o saber médico, o poder dominante e as formas de controle social.

A crise no saber médico, como vimos, configurou-se a partir da falência dos modelos, das hipóteses e das táticas para entender e combater a doença. Neste sentido, o cólera foi um teste e um marco decisivo para a superação da velha medicina nosográfica (a medicina das doenças). O intenso debate travado para compreender a enfermidade terminou por traçar algumas linhas de pesquisa com abordagens centradas em uma causação biológica ou social, abandonando a medicina mesológica ou aerista.

No que se refere à causação social, o cólera levantou a questão das condições que favoreciam a doença, apontando, de um lado, os fatores extrínsecos (meio-ambiente em que viviam as camadas pobres, seus modos de vida, sua alimentação, vestuário e habitação) e, de outro lado, os fatores intrínsecos (as "predisposições" ou elementos congênitos: fraqueza moral, vida dissoluta, irresponsabilidade).

Entretanto, a discussão suscitada pelo cólera, ligando a doença à sociedade, foi, como vimos, desviada para os chamados fatores intrínsecos. Assim, a miséria e a capacidade para adoecer das camadas pobres (negros

escravos e livres) foram vistas como uma resultante do seu atraso material, inferioridade biológica e intelectual.

Diante da suposta propensão dos pobres para adoecer e morrer de cólera, os médicos construíram a "teoria das predisposições", que não significava outra coisa senão atribuir a culpa às próprias vitimas. Vistos como selvagens e bárbaros, os pobres deveriam purgar pelos seus próprios vícios. Purga ou melhoramento da raça: eis o sentido do cólera para as elites dominantes. Dentro deste entendimento, a doença foi usada como poderoso instrumento de "colonização" do pobre. Colonização que se fazia, pelo menos, em dois sentidos: branqueando a raça, por um método puramente maltusiano, e "civilizando" as condutas, por processos mais "racionais": as disciplinas de cada dia.

Pensamos que a crise da medicina provocada pelo cólera em Recife foi, em parte, superada a partir da construção das noções da doença como infecção, contágio e transmissão. Motivo de grandes polêmicas e desavenças entre os médicos durante todo o século XIX, essas noções se tornaram solidárias quando se tratou de responder à epidemia. Foram elas que permitiram idealizar toda a estratégia de reafirmação de um saber e um poder sobre a sociedade.

A noção da doença como infecção permitiu não só divisar a influência dos fatores extrínsecos como também foi responsável pelas campanhas de salubridade, que, apesar da ação limitada, contribuíram para a resolução de problemas econômicos e sociais que não interessavam às elites locais. A

noção da doença como contágio e transmissão fundamentou, por seu lado, as campanhas de desinfecção.

Repelir as causas da insalubridade (noção infeccionista) e repelir as causas da morbidade (noção contagionista) eram ações que se completavam e visavam o mesmo fim: responder à peste através do controle da sociedade. Neste sentido, as supostas oposições entre uma medicina infeccionista, pretensamente liberal e racional, e uma medicina contagionista, tida como autoritária e intervencionista, parece que foram atenuadas diante da ameaça de outros saberes e poderes emergentes durante a epidemia (curandeirismo e homeopatia).

O grande desafio da medicina alopática, seja ela infeccionista ou contagionista, foi oferecer modelos sanitários e políticos que contornassem a crise, a desordem, o caos causado por uma epidemia terrível.

Vimos que este modelo não foi pura e simplesmente o modelo das quarentenas, cordões sanitários e isolamentos. Aliás, diga-se de passagem, o cólera demonstrou que essas antigas práticas empregadas nos momentos de crise não foram muito eficazes, pelo menos para impedir a invasão e os sérios estragos da doença. O modelo que pareceu emergir para contornar a crise foi aquele que podemos considerar como um aperfeiçoamento do esquema político-médico da quarentena: a higiene pública ou medicina urbana.

Certamente, essa medicina urbana não nasceu exatamente como resposta à epidemia de cólera de 1856. Vimos (Cap. II) como ela já vinha esboçando com dificuldade seus passos desde a década de quarenta do dezenove.

A febre amarela e o cólera, na década seguinte, ao cristalizarem em torno dos pobres uma série de medos políticos e sanitários, abriram mais espaço para essa medicina se afirmar como modelo de reordenação da sociedade.

A partir do entendimento de que o cólera constituía uma doença contagiosa, cuja transmissão era facilitada por certas circunstâncias decorrentes da desordem urbana, a medicina alopática propôs um modelo de combate à epidemia que impedisse os contatos e as comunicações, reestruturando também tudo aquilo que na cidade era favorável à propagação da doença.

Ligando a doença às condições sociais, essa medicina terminava por identificar o homem, principalmente pobre, como responsável por sua difusão. Desordem urbana e desregramento moral eram as causas da doença. Intervenção no meio urbano e controle dos indivíduos foram a resposta da medicina . Estruturada para conhecer o corpo biológico, essa medicina foi também uma forma de controle do corpo social.

Fontes e bibliografia:

I- Principais fontes manuscritas consultadas:

1. Arquivo Nacional do Rio de Janeiro:

1.1. Maços sobre saúde pública:

Maço ISA-22, Ministério do Império/Junta Central de Higiene Pública, ofícios e documentos diversos, 1854-1856.

2. Arquivo Público Estadual de Pernambuco:

2.1. Maços SP - 08, 1856.

3. Biblioteca Pública do Estado de Pernambuco:

3.1. Ofícios do Governo - livro de 1835 (mss.).

II- Fontes impressas citadas:

ADUCCI, Pio. **Methodo para preservar-se do cólera-morbus aplicado aos costumes dos habitantes da Bahia, seguido de um meio fácil e popular, para curar esta doença...** Bahia, Typografia de E. Pedroza, 1855.

Anais Basilienses de Medicina, março de 1857, pp. 9-10, art. sem título sobre epidemia de cólera.

Anais da medicina pernambucana (1842-1844). Recife, Secretaria de Educação e Cultura, 1977.

CÂNDIDO, Francisco de Paula. **Relatório acerca da saúde pública compreendendo 1. a história sucinta do cholera-morbus no Império em 1855-1856, 2. a discussão das providências sanitárias que convém adotar-se**. Rio de Janeiro, Typografia Nacional, 1856.

CHARGE, Alexandre. **Tratamento homeopático preservativo e curativo do cholera epidêmico: instrução ao povo, a quem pode servir de guia na falta de médico**. Traduzido por Pedro D. Lobo Moscozo. Za. ed., Recife, Typ. de M. F. de Faria, I857.

CHERNOVIZ, Dicionário de medicina popular, Paris, 1890, 6a. edição.

Coleção dos relatórios do Conselho Geral de Salubridade Pública de Pernambuco. 5 volumes (1845-1851), Recife.

Comissão de Higiene Pública de Pernambuco. Relatório do estado sanitário da província de Pernambuco no ano de 1856..., Recife, Typ. de M.F. de Faria, 1857.

FIGUEIREDO, José Bento da Cunha. **Informação do presidente da província de Pernambuco ao exmo. Ministro do Império por ocasião de ter sido denunciado de ter autorizado o exercício médico a pessoas não habilitadas. Juízo que o Exmo. Ministro do Império fizera da Denúncia, e da informação** (24-3-1856). Recife, Typografia de M.F. de Farias, 1857.

FIGUEIREDO, José Bento da Cunha. **História do cholera em Pernambuco: apenso n. 5 a que se refere o relatório apresentado à Assembléia Legislativa Provincial de Pernambuco em sua sessão ordinária de 1856**. Pernambuco, Typografis de M.F. de Faria, 1858.

FONSECA, Joaquim de Aquino, **Relatório do estado sanitário da província de Pernambuco durante o ano de 1854, apresentado ao exmo. presidente da mesma província pelo presidente da Comissão de Higiene Pública.** Recife, Typ. de M.F. de Farias, 1855.

FONSECA, Joaquim de Aquino. **Relatório do presidente da Comissão de Higiene Pública de Pernambuco apresentado ao presidente da província. Anexo ao Relatório que a Assembléia Provincial de Pernambuco apresentou no dia da abertura da sessão ordinária de 1856 ao Exmo. Conselheiro dr. José Bento da Cunha e figueiredo, presidente da mesma província**. Recife, Typ. de M.F. de Farias, 1856.

FONSECA, Joaquim de Aquino. Tratamento do cholera-morbus. Recife, Typ, de M.F. de Farias, 1885.

LIMA, Alvaro Tibério de Moncorvo. **Falla recitada na abertura da Assembléia Legislativa da Província ... 1856.** Bahia, Antônio Olavo de França Guerra, 1856.

PINHO, Sabino Olegário Ludgero. **Apontamentos para a história da homeopatia em Pernambuco**. Recife, Tipografia de M. F. de Faria, 1859.

PEREIRA, Cosme de Sá. **Relatório do estado sanitário da Província de Pernambuco no ano de 1856.Pernambuco,** Tipografia de M. F. de Farias, 1857.

"POSTURAS DA CÂMARA", Diário de Pernambuco, 13-12-1831.

REGO, José pereira. **Memória histórica das epidemias da febre amarela e cholera-morbus que tem reinado no Brasil**. Rio de Janeiro, Typ. Nacional, 1873.

Relatórios dos presidentes da Província de Pernambuco, 1839-1855. Recife, Biblioteca Pública do Estado de Pernambuco.

SEIXAS, Domingos Rodrigues. **Da cholera-morbus epidêmica de 1855 na província da Bahia...** Bahia, Typ. de A.O. da França Guerra, 1860.

2. Jornais:

Correio Mercantil, Rio de Janeiro, 25-2-1856.

Diário de Pernambuco, anos: 1850, 1855-56 e 1873.

O Liberal pernambucano, Recife, 22-1-1856, 24 e 26-3-1856, 7-4-1856.

O País, Recife, 14 e 15-2-1856.

O Recreativo, Recife, 7 de outubro de 1850 - 21 de fevereiro de 1851.

Treze de maio, Belém, 10-5-1855.

3. Revistas, Memórias e Crônicas:

América Ilustrada, Recife, 2-8-1879, 7-12-1879 e 25-8-1884.

O Diabo a quatro, Recife, 29-8-1875, 23-4-1876, 4-2-1877, 3-11-1878, 3-11-1879.

O Patusco, Recife, 28-11-1886.

FREYRE, Gilberto. **O velho Félix e suas "memorias de um Calvacanti"**, Recife, FUNDAJ, Editora Massangana, 1989.

SETTE, Mário. **Arruar. História pitoresca do Recife antigo**. Rio de Janeiro, Livraria Editora Casa do Estudante do Brasil, 1948.

III- Bibliografia:

ABRAHAN e David **LILIENFELD**. **Foundations of epidemiology**. New York. 1980.

ABREU, Sérgio F. Adorno e **Castro**, Myriam m. Pugliese. **"A arte de administrar a pobreza: assistência social institucionalizada em São Paulo no século XIX"** in **Tronca**, Italo (org.), **Foucault Vivo**. Campinas, Pontes, 1987.

ACKERKNECHT, Erwin, **"Anticontagionism betweem 1821 and 1867", Bulletin of the History of Medicine,** vol. 22, 1948, 562-593.

ACKERKNECHT, Erwin. **A short history of medicine**, Baltimore e Londres, the Johns Hopkins University Press, 1982.

AYRES, José Ricardo de C. M. **Epidemiologia e Emancipação**. São Paulo, Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1995.

ADERBAL, Jurema. **O sobrado na paisagem recifense.** Recife, Editora Nordeste, 1952.

ANDRADE, Carlos Roberto Monteiro de. **A peste e o plano. O urbanismo sanitarista do engenheiro Saturnino de Brito**. São Paulo, Dissertação de mestrado. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, 1992.

ANDRADE, Gilberto Osório. **Origem da febre amarela urbana na América do Sul. Ciência e Trópicos.** Recife, 4(2): 189-202, julho/dezembro, 1976.

ANDRADE, Gilberto Osório. **A Cólera-Morbo. Um momento crítico da história da medicina em Pernambuco.** 2. ed., Recife, Fundação Joaquim Nabuco-Editora Massagana, 1989.

ANDRADE, Manoel Correia de. **Recife: problemática de uma metrópole de região subdesenvolvida.** Recife, UFPe, Editora Universitária, 1979.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Crime, sexo, morte. Avatares da medicina no Brasil.** Tese de doutorado em Socilogia apresentada no Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP. São Paulo, (mimeo), 1995.

ARAGÃO, José. **História de Santo Antão**. 3. vol. (1843 - 1982), Biblioteca Pernambucana de História Municipal, vol. 17, Recife, FIAM/Centro de Estudos de história municipal, 1983.

ARAÚJO, Achille Ribeiro. **"Da enjeitada Imperial casa de saúde e instituto ginástico do Rio de Janeiro"** in Revista do I.H.G.B. Anais do Congresso de Hist. do Segundo Reinado, vol. Brasilia-Rio de Janeiro. 1984.

ARENDT, Hanna. **A condição humana**. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1987.

ARIÈS, Philippe. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977.

ARKERKNECTH, E. H. **Anticontagionism between 1821 and 1867.** Bulletin of the History of medicine, 22:562-93, 1948.

ARTAUD, Antonin. **Le théâtre et son double**, Paris, Editions Gallimard, 1964.

ATHAYDE, Johildo Lopes de. **Salvador e a grande epidemia de 1855**. Salvador, Publicações do Centro de Estudos Baianos, UFBA, 113.

AZEVEDO, Célia M. Marinho de. **Onda negra, medo branco. O negro no imaginário das elites: século XIX**, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. **Meningite, uma doença sob censura**? São Paulo, Cortez, 1988.

BARDET, J. P. et alli. **Peurs et Terreurs face à la Contagion,** Paris, Fayard, 1988.

BASTIDE, Roger, **As religiões africanas no Brasil**, São Paulo, Livraria Pioneira Editora/Edusp, 1971.

BASTOS, Lima. **Diário de Pernambuco,** 20-9-1855.

BEGUIN, François. "**As Maquinarias inglesas do conforto**", in **Espaço & Debate**, Ano XI, n. 34, São Paulo, 1991, pp. 39-54.

BOCCACCIO, G. **Decamerão**. São Paulo, Abril Cultural, 1970.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo.** 3a. ed., Rio de Janeiro, Edições Graal, 1989.

BOURDELAIS, Patrice e RAULOT, Jean-Yves, **Une Peur Bleue. Histoire du choléra en France 1832-1854,** Paris, Payot, 1987.

BOUDELAIS, Patrice e Dodin. **Visage du choléra en Paris**, Editions Belin, 1987.

BRAUDEL, Fernand. **Civilização Material e Capitalismo**. Rio de Janeiro, Cosmo, 1970.

BRAZIL, Étienne, **"O fetichismo dos negros do Brasil"**, **Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro,** Rio de Janeiro, tomo LXXIV, parte II, 1912.

BRESCIANI, Maria Stella M. **Londres e Paris no século XIX: o espetáculo da pobreza.** São Paulo, Brasiliense, 1982.

BRESCIANI, Maria Stella M. **"Lógica e Dissonância - sociedade de trabalho: lei, ciência e resistência operária"** in **Revista de História n. 11**, vol. 6, São Paulo, Editora Marco Zero, 1985, pp. 7-44.

BRESCIANI, Maria Stella M. **Metrópoles: as faces do monstro urbano (as cidades no século XIX).** in **Rev. Brasileira de História**, São Paulo, v. 5 n. 8/9, 1985, pp. 35-68.

BRESCIANI, Maria Stella M. "**As sete portas da cidade**" in **Espaço e Debate**, Ano XI, n. 34, São Paulo, 1991, pp. 10-15.

BREUILLAC, H-G, **De la police sanitaire**, Aix, 1885.

BRIGGS, Asa. "**Cholera and society in the 19th century**", Past and Present, n. 19, abril de 1961, pp. 76-96.

BURKE, Edmund. **Uma investigação filosófica sobre a origem de nossas idéias do sublime e do belo.** Campinas, Papirus: Editora da Universidade de Campinas, 1993.

CAMERON, D. & **JONES,** C. **"Jonh Snow, the Broad Pump and Modern Epidemiology,** Int. J. **Epidemiology,** 12 (4), 1983.

CAMUS, Albert. **A peste.** Rio de Janeiro, Editora Record, S/D.

CANETTI, Elias. **Massa e poder.** São Paulo, Companhia das Letras, 1995.

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

CARNEIRO, Edison. **Religiões negras, negros bantus**, Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, 1991, 3a. ed.

CARTWRIGTH, Frederik F.. **A social history of medicine**, Londres, Longman, 1977.

CASTRO, Josué de. **Fatores de localização da cidade do Recife; um ensaio de Geografia Urbana.** Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1948.

CASTRO, Myriam Mesquita Pugliese e **ABREU,** Sergio Adorno de. **"A pobreza colonizada"**in **Serviço Social & Sociedade.** n. 17, Abril, São Paulo, Cortez Editora, 1985, pp. 49-72.

CASTRO, Oscar Oliveira. **Medicina na Paraíba. Flagrantes da sua evolução**. João Pessoa, Publicações A União Editora, 1945.

CHACON, Vamirech. **História das Idéias Socialistas no Brasil.** Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, 1965.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril: cortiços e epidemia na Corte imperial**. Tese de livre-docência apresentada ao departamento de história da UNICAMP em setembro de 1994, Campinas, (mimeo).

CHAUÍ, Marilena e outros. **Os sentidos da Paixão**. São Paulo, Campanhia das Letras, 1988.

CHERNOVIZ, Pedro Napoleão. **Dicionário de Medicina Popular.** 6a. ed., Paris, 1890.

CHEVALIER, Louis. **Laboring classes and dangerous classes in Paris during the first half of the nineteenth century**, Princeton, Princeton University Press, 1973.

CHEVALIER, Louis. **Le Choléra. La première epidemie du XIXe Siècle**, Paris, 1988.

COOPER, Donald, **"The new 'black death': cholera in Brazil, 1855-1856"**, em **Kiple**, Kenneth, ed., **The African exchange: toward a biological history of black people,** Durham e Londres, 1987, pp. 235-256.

COOTER, Roger, **"Anticontagionism and history's medical record"**, em **Wright,** Peter e **Treacher**, Andrew, **The problem of medical knowledge: examining the social construction of medicine**, Edinburg, 1982, pp. 87-108.

CORBIN, Alain. **Saberes e Odores. O olfato e o imaginário social dos séculos XVIII e XIX.** São Paulo, Cia. das Letras, 1987.

CORBIN, Alain. **"Bastidores"** in **PERROT,** Michelle (org.). **História da Vida Privada.** São Paulo, Companhia das Letras, 1991.

CORDEIRO, Antônio da Cruz. **Instruções Sanitárias Populares**, in **Castro**, Oscar Oliveira, **Medicina na Paraíba. Flagrantes da sua evolução**. João Pessoa, União Editora, 1945.

CORDEIRO, Antônio da Cruz. **Impressões da epidemia**, Bahia, Typografia Camillo de Lellis Masson, 1856.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro, 1979.

COWPER e CLAREDON, Pernambuco, 18 de julho de 1855, **Parliamentary Papers, 1856**, Hcc, v. LXII, AP, V. XXV.

CROSBY, Alfred. **Ecological imperialism: the biological expasion of Europa, 900-1900.** Cambridge, Cambridge University press, 1986.

CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1982.

CURTIN, Philip D.,.**Death by migration: Europe's encounter with the tropical world in the 19th century.** Cambridge, Cambridge press, 1989.

CZERESNIA, Dina. **Do contágio à transmissão. Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico.** Rio de janeiro, FIOCRUZ, 1997.

DARWIN, Charles. **Viagens de um naturalista ao redor do mundo,** (trechos escolhidos), São Paulo, Abril Cultural, S/D.

DAVID, Onildo Reis. **O inimigo invisível. Epidemia na Bahia no século XIX.** Salvador, EDUFBA/Sarah Letras, 1996.

DECCA, Edgard S. **O silêncio dos vencidos**. São Paulo, Brasiliense, 1982.

DEFOE, Daniel. **Um diário do ano da peste**. Porto Alegre, L&PM, 1987.

DELAPORTE, François. **Disease and civilization: the cholera in Paris, 1832,** Cambridge e Londres, The MIT Press, 1986.

DELUMEAU, Jean. **História do Medo no Ocidente: 1300-1800. Uma cidade sitiada**. São Paulo, Cia. das Letras, 1989.

DINIZ, Ariosvaldo da Silva. "**O Trabalhador pobre no imaginário das elites nordestinas (1850-1920)**" in **Brasil Norte e Nordeste. Estudos em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, ANPOCS, 1991.

DINIZ, Ariosvaldo da Silva. **"Quando os sinos dobram...", Doença, medo e morte nos tempos de cólera; NE 1855-1862**. João Pessoa, **Cadernos de Texto do Mestrado em Ciências Sociais**/UFPB, 1992.

DOM PEDRO II. Viagem a Pernambuco em 1859. in **Revista do Arquivo Público do Estado de Pernambuco,** vol VII, Recife, 1952.

DOSTOIÉVSKI, Fiódor M. **Crime e castigo**. São Paulo, Abril Cultural, 1973.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo.** São Paulo, Editora Perspectiva, 1976.

DUQUE-ESTRADA. "**Um caso de cholera-morbus no Rio de Janeiro**", in **Jornal do Comércio**, 13.01.1849.

DUREY, Michael, **The return of the plague: British society and the cholera: 1831-1832,** Humanities, 1979.

EISENBERG, Peter. **Modernização sem Mudança: a indústria açucareira em Pernambuco, 1840-1910.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 1977.

EVANS, Richard, **Death in Hamburg: society and politics in the cholera years, 1830-1910,** Londres, Pengun Boohs, 1987.

EVANS, Richard, **"Epidemics and revolutions: cholera in 19th century Europe"**, **Past and Presente**, vol. 120, agosto de 1988, pp. 132-146.

EVANS, Richard, **"Blue funk and yellow peril: cholera and society in nineteenth-century France (review articie)"**, **European Quartely**, vol. 20, janeiro de 1990, pp. 111-126.

FAVRE, Robert. La mort dans la littérature et la pensée françaises au Siècle des Lumières, Lyon, 1978.

FIGUEIREDO, Antônio Pedro. **Diário de Pernambuco**, Recife, 1856 e 1857.

FIGUEIREDO, José Bento da Cunha. **História do cholera em Pernambuco**. Pernambuco, Tipografia de M.F de Faria, 1859.

FONSECA, Joaquim de Aquino, **Coleção de trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública**. Recife, 1845-1855.

FRANCO, Odair, **História da febre-amarela no Brasil**, Rio de Janeiro, 1969.

FREIRE, Flávio, **Relatório do presidente da Paraiba à Assembléia Provincial**, 1855.

FREYRE, Gilberto. **Sobrados e Mucambos. Decadência do patriarcado rural e desenvolvimento do urbano.** Rio de Janeiro, José Olympio ed., 1977.

FREYRE, Gilberto. **Um engenheiro francês no Brasil**. Rio de Janeiro, Livraria José Olympio, 1940.

FREITAS, Otávio de. **Doenças africanas no Brasil**, São Paulo, Editora, Nacional, 1935.

FREITAS, Otávio de, **Medicina e Costumes do Recife Antigo**. Recife. Imprensa Industrial, 1943.

FREITAS, Otávio de, **Os nossos médicos e a nossa medicina**. Recife, 1904.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. México, Siglo XX, 1972.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro, Forense, 1977.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir. História da violência nas prisões**. 4. Ed. Petrópolis, Vozes, 1986.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas.** São Paulo, Martins Fontes, 1995.

GARDNER, George. **Viagem ao interior do Brasil (1836-1841).** São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 1975.

GOMES, José Estáquio. **"Discurso recitado na ssesão solene de aniversário da instalação da Sociedade de Medicina de Pernambuco"**, Recife, 1842.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Reflexão sobre a articulação entre investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas** in **Costa**, Dina Czeresnia (org.). **Epidemiologia: teoria e objeto. São Paulo**, Hucitec-Abrasco, 1994.

GRAHAM, Maria. **Diário de um viagem do Brasil.** São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1956.

JARDIM, David Gomes._**Algumas considerações sobre a higiene dos escravos**. Tese, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1843.

JUCÁ, Maria Joselice de V. **Estudos sobre as companhias urbanas de Pernambuco no séc. XIX. Ensaios Pernambucanos.** Recife, Governo do Estado de Pernambuco, 1977, vol. VI.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Visão do Paraíso.** São Paulo, Editora Nacional, 1985.

KEELE, Kenneth D. **The Sydenhan-Boyle theory of morbific particles**. Medical History, 1974 v. 18.

KEITH, Thomas. **O homem e o mundo natural.** São Paulo, Companhia das Letras, 1988.

KEITH, Thomas. **A religião e o declínio da magia. Crenças populares na Inglaterra, século XVI e XVII.** São Paulo, Companhia das Letras, 1991.

KIPLE, Dalila de Sousa. **Darwin an medical perception of black: comparative study of the United States and Brazil, 1871-1918.** Tese de PH. D., Browling Green Satate University, 1987.

KIPLE, Kennet e **KING,** Virginia. **Another dimension to the black dispora: diet, disease, and racism.** Cambridge, Cambridge University Press, 1981.

KIPLE, Kenneth.**The african exchange: toward a biological history of black peoples.** Durham e Londres, 1987.

KOIRÉ, A. **Estudos de história do pensamento científico.** Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1991.

KOSTER, Henry. **Viagens ao Nordeste do Brasil,** Brasiliana vol 22, Companhia Editora Nacional, 1942.

HERLIZLICH, Claudine. **Santé et maladie.** Paris, La Haye, Mouton, 1983.

HODGKINSON, R. **Public Health in the Victorian Age,** vol. 1, Londres, Gregg International Publishers, 1973.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

LEBRUN, François. **Les Hommes et la Mort en Anjou aux 17e et 18e siécles**. Paris, Mouton, 1971.

LE GOFF, Jacques, **CHARTIER**, Roger e **REVEL**, Jacques. **A Nova História**. Coimbra, Almedina, 1978.

LE GOFF, Jacques e outros. **As doenças têm história**. Lisboa, terramar, 1985.

LEBRUN, François. **Les Hommes et la mort e Anjou aux 17e e et 18e siècles**. Paris, Mouton, 1971.

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

LINS, Rachel Caldas. **Alguns aspectos originais do sítio urbano do Recife. Diário de Pernambuco.** Recife, 02-11-1975, Caderno Especial.

LINEBAUGH, Peter, **"The Tyburn Riot against the surgeons"**, in **Albion's Fatal tree: crime and society in eighteenth-century England**, Allen Lane, 1975.

MACEDO, Carlos. **A moléstia reinante e o Cônsul de Portugal no Recife em 1856,** Recife, S/D.

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

MADEAL LUZ, Teresinha. **Medicina e Ordem Política Brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1982.

MADEL LUZ, Teresinha. **Natural, Racional, Social. Razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio de Janeiro, Campus, 1988.

MANN, Thomas. **A morte em Veneza.** São Paulo, Hemus - Livraria Editora LTDA, S/D.

MARSON, Isabel A. **O Império do progresso**. São Paulo, Brasiliense, 1987.

MARSON, Isabel A. **"O Engenheiro Vauthier e a modernização de Pernambuco no Século XIX: contradições do progresso.** in **BRESCIANI**, M. Stella (org.). **Imagens da cidade: séculos XIX e XX.** São Paulo, Marco Zero, 1993, pp. 35-60.

MCGREW, Roderick, **Russia and the cholera: 1823-1832**, Madison e Milwaukee, The University of Wisconsin Press, 1965.

MC NEILL, William H. **Plagues and peoples**, Garden City Nova Yorque, Anchor Books, 1976.

MELO, Antônio Gonçalves de. **Tempo dos flamengos**, Coleção Documentos Brasileiros, 54. rio de Janeiro, José Olypio, 1947.

MELO, Mário Lacerda de. **Metropolização e subdesenvolvimento: o caso do Recife**. Recife, UFPe, 1978.

MONTERO, Paula. **Da doença à desordem: a magia da umbanda**, Rio de Janeiro, 1985.

MORRIS, Robert. **Cholera, 1832: the social response to an epidemic**, Nova York, 1976.

MUNFORD, L. **A cidade na história. Suas origens, transformações e perspectivas.** São Paulo, Martins Fontes, 1982.

NOVAES, Ricardo Lafetá. **O tempo e a ordem: sobre a homeopatia**. São Paulo, Cortez, 1989.

OLIVEIRA, G. Octávio. **"Referências a remotas epidemias de cólera no Norte e Nordeste do Brasil",** in **Revista do IHGP**, n. 18, João Pessoa, Impresa Oxford University Press, 1978.

OLIVEIRA, Waldemar. **Geologia da planície do Recife.** Recife, 1942.

OVÍDIO. **As metamorfoses**. Rio de Janeiro, Ediouro, 1993.

PASSMORE, J. S. **Tratado de Ensenãnza Integral de la Medicina,** Barcelona, Editorial Científico-médica (4 vols.), 1975.

PEIXOTO, Afrânio. **Clima e Saúde.** São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1938.

PELLING, Margaret. **Cholera, Fever and English medicine: 1825-65**, Oxford, Oxford University Press, 1978.

PEREIRA, Cosme de Sá. **Reminiscência do cholera em Pernambuco nos anos de 1855 a 1856.** Recife, Tipografia de Manoel F. de Faria, 1885.

PINHO, Sabino Olegário L. **Apontamentos para a história da homeopatia**. Recife, Tipografia M.F. de Faria, 1859.

PINTO, Irineu Ferreira. **Datas e Notas para a História da Paraíba**. João Pessoa, Editora Universitária/UFPB, 1977.

PINTO, Irineu Ferreira. **O cholera-morbus na Paraíba** in **Revista do Instituto Histórico e Geográfico Paraibano**. Ano II, 1910, vol. 2, João Pessoa, Imprensa Oficial, PB.

PORTER, Roy, **"The patient's view: doing medical History from below"**, **Theory and Society**, 14, 1985, pp. 175-198.

PORTER, Roy, **"História do corpo"** in **Burke,** Peter (org.). **A escrita da história. Novas perspectivas**. São Paulo, Editora da Universidade Estadual Paulista, 1992, pp. 291-326.

PORTO, Angela, **"A assistência médica aos escravos no Rio de Janeiro: o tratamento homeopático"**, **Papéis avulsos**, Rio de Janeiro, Fundação Casa de Rui Barbosa, n. 7, 1988, pp. 13-25.

QUINTAS, Amaro. **O sentido social da evolução praieira**. Rio de Janeiro, Civ. Brasileira, 1967.

RAMOS, Arthur, **O negro brasileiro**, São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1940.

REGO, José Pereira. **Memória histórica das epidemias da febre amarela e cólera-morbus que tem reinado no Brasil,** Rio de Janeiro, Typografia Nacional, 1873.

REGO, José Pereira. **Esboço histórico das epidemias que trem grassado na cidade do Rio de Janeiro desde 1820 a 1870.** Diário Oficial do Império do Brasil, 1871.

REIS, João José. **A Morte é uma festa. Ritos Fúnebres e Revolta popular no Brasil do século XIX.** São Paulo, Cia. das Letras, 1991.

REVEL, Jacques e **Peter**, Jean-Pierre, **O corpo: o homem doente e sua história**. in **Le Goff**, Jacques e **Nora**, Pierre, **História: novos objetos**. Rio de Janeiro, F. Alves, 1976.

RIBEIRO, José. **Omulu, o senhor do cemitério**, Rio de Janeiro, Editora Espiritualista, s/data.

RICHARDSON, Ruth, Death, **Dissection and Destitute**. London, Peguim Books, 1988.

ROCHA, Leduar de Assis. **Notas sobre um higienista pernambucano. (século XIX).** Recife, Arquivo Público Estadual, 1962.

ROCHA, Leduar de Assis. **Figuras e fatos da velha medicina pernambucana.** Recife, Prefeitura Municipal do Recife, DDC, S/D.

ROCHA, Leduar de Assis. **História da medicina em Pernambuco. Século XIX.** Recife, Arquivo Público do Estado, 1962.

RODRIGUES, Nina. **Os africanos no Brasil**, São Paulo, Companhia Editora Nacional/Editora da UnB, 1982, 6a. edição.

ROSEN, George. **Da Polícia Médica à Medicina Social.** Rio de Janeiro, Graal, 1979.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo, Hucitec, Editora Unesp, Abrasco, 1994.

ROSENBERG, Charles F. **The cholera years: the United States in 1832, 1849, and 1866,** Chicago, 1987.

ROSENBERG, Charles F. **"Cholera in Nineteeth century Europe: a fool for social economicas analysis". Comparative Studies in society and History**. Vol. VIII, 1995.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde. 3a. Ed. Rio De Janeiro, Editora Medsi, 1988.**

SANTOS, Luiz Antônio De Castro. **"Um século de cólera: um itinerário do medo" In** Phisis. **Revista De Saúde Coletiva.** Vol 4, N. 1, Rio De Janeiro, Ims/Uerj, Relume & Dumara, 1994, Pp. 79-110.

SANTOS, Filho, Lycurgo de Castro. **História geral da medicina brasileira**, São Paulo, HUCITEC/Edusp, 1977.

SAVITT, Todd L.. **Medicine and alavery: the diseases and health care of blacks in Antebellum Virginia,** Urbana, University of Illinois Press, 1978.

SCHWARCZ, Lilia Moritiz, **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930**, São Paulo, companhia das Letras, 1993.

SEIXAS, Domingos Rodrigues. **Da cólera Morbus epidêmica na província da Bahia**, Bahia, Tipografia de Antônio Olavo da França guerra, 1860.

SERPA, Joaquim Jerônimo. **Topografia da Cidade do Recife** in **Annaes da Medicina Pernambucana,** Recife, 1843.

SETTE, Mário. **Arruar. História Pitoresca do Recife Antigo.** Rio de Janeiro, Livraria da Casa do Estudante do Brasil, 1948.

SIGAUD, José Francisco Xavier. **Du Climat Et Des Maladies Du Brésil, Ou Statistique Médical De Cet Empire.** Paris, Chez Fortin, Masson, 1844.

SINGER, Paul et. alli. **Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços de saúde,** Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1978.

SNOW, John. **Sobre a maneira de transmissão do cólera**, Rio de Janeiro, USAID, 1967.

SONTAG, Susan, **A aids e suas metáforas**, São Paulo, Cia das letras, 1989.

SOURNIA e RUFFIE, As epidemias na história do homem. Lisboa. Edições 70, 1986.

SOUZA, Laura de Mello e. **O diabo e a terra de Santa Cruz: feitiçaria e religiosidade popular no Brasil colonial**. São Paulo, Companhia Das Letras, 1986.

TENKIN, Owsei, **"An historical analysis of the concept of infeccio"**in **The double face of Janus and other enssays in the history of medicine,** Baltimore e Londres, 1977.

TOLLENARE, I. F. **De. Notas Dominicais,** In **Revista Do Instituto Arqueológico e Geográfico Pernambucano,** Recife, 1908.

TRONCA, Ítalo (org.). **Foucault vivo**. Campinas, Pontes, 1982.

TRONCA, Italo A. **"História e Doença: a partitura oculta (A lepra em São Paulo, 1904-1940).** in **Ribeiro**, Renato Janine (org.). **Recordar Foucault**, São Paulo, Brasiliense, 1985.

THUCYDIDES. The History of the Peloponnesian war. London, Everyman's, 1963.

VALENTE, Waldemar. **Sincretismo religioso afro-brasileiro**, São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1977. 3a. edição.

VAUTHIER, L. L. **Diário íntimo do engenheiro Vauthier. 1840-1846.** Rio de Janeiro, Serviço Gráfico do Ministério da Educação e Saúde, 1940.

VELOSO, Maria Del Pilar. **La epidemia de cólera de 1833 y la mortalidade em la Cidade Del México.** In Estudos Demográficos Y Urbanos, N. 19, México, S/D.

VERGER, Pierre. **Orixás: deuses iorubás na África e no Novo Mundo**, Editora Corrupio, 1981.

VERGER, Pierre, e **Carybé**. **Lendas africanas dos orixás**, São Paulo, corrupio, 1985.

VIANNA, A. J. Barbosa. Recife, Capital do Estado de Pernambuco (Reedição), Recife, Governo De Pernambuco, Secretaria De Estado Da Educação E Cultura, 1970.

VIANNA, Arthur. **As epidemias no Pará.** Imprensa do "Diário Oficial", 1906.

VIRCHOW, R. **Colleted essays on public health and epidemiology.** V. 1. USA: Science History Publications, 1985.

VOLVELLE, Michel. **Piété baroque et déchristianisation en Provence au XVIII siècle,** Paris, 1978.

VOLVELLE, Michel. **Ideologias e mentalidades**. São Paulo, Brasiliense, 1991.

WARREN, Donald. **"A medicina esperitualizada: a homeopatia no Brasil no século XIX", Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, Vol. 13, n. 1, março de 1986, pp. 88-107.

WINSLOW, C-E. A. **The Conqueste Of Epidemic Disease.** New York-London. Hafner Publishing Company, 1967.

WOHL, Anthony S. **Endangered lives. Public health in Victorian Britain**, Menthuem, 1986.

ZANCHETI, Silvio Mendes, **"Formação e consolidação da Repartição de Obras Públicas de Pernambuco (1836-1844)".** in **Espaço e Debate**. Revista de Estudos Regionais E Urbanos. ano XI, n. 34, São Paulo, 1991, pp. 75-83.

Lista de quadros e ilustrações.

Quadros:

I. Pág. 139: quadro da população do Recife, entre 1710 e 1850.

II. Pág. 325: resumo das vítimas do cólera em Recife, desde o dia 29 de janeiro de 1856 ao 1°. de maio do mesmo ano, segundo o Livro do Cemitério Público.

Ilustrações:

1.Pág. 100: mapa da terceira pandemia de cólera (1841-1859).

2. Pág. 100: aspectos faciais de um colérico. Foto reproduzida em Bourdelais, Patrice e Dodin, Andrè. Visages du choléra. Paris, Editions Belin, 1987, p. 10.

3. Pág. 101: A barbárie e o cólera entrando na Europa (La caricature, 1831).

4.Pág. 102: A visita do cólera (Le Mirliton, n^0 117, julho de 1893).

5. Pág. 103: John Snow (1813-1858), litografia reproduzida em Ayres, José Ricardo de C. M. , Epidemiologia e Emancipação, São Paulo- Rio de Janeiro, editora Hucitec/ABRASCO, 1995,s/p.

6. Pág. 103: Caricatura à inoperância das autoridades sanitárias frente ao problema da epidemia de cólera (E.U.A., 1866).

7. Pág. 104: cólera em Paris, 1832 (por Daumier). Reproduzido em Bourdelais e Dodin, p. 87.

8. Pág. 105: O clima de perplexidade que tomova conta das pessoas com a irrupção do cólera (1832, Orige Legitimiste).

9. Pág. 106: Cena do Cólera (1834). Reproduzido em Bourdelais e Dodin, p. 116.

10. Pág. 107: Estragos causados pelo cólera numa aldeia francesa. Reproduzido em Bourdelais e Dodin, p. 117.

11. Pág. 108: Colérico enterrado ainda vivo.Reproduzido em Bourdelais e Dodin, p. 90.

12. Pág. 109: O pão envenenado (1832, Museu da Prefeitura de Paris).

13. Pág. 110: O miasma do cólera (Le Honneton, julho de 1867).

14. Pág. 110: A experiência do não-contágio. Reproduzida em Bourdelais, P. e Dodin, A., obra cit., p. 74.

15. Pág. 111: Um doutor incrível. Reproduzida em Bourdelais e Dodin, obra cit., p. 75.

16. Pág. 112: Micróbio do cólera (Le Grelot, julho de 1884).

17. Pág. 113: Robert Koch (1843-1910).

18. Pág. 298: Vista do Recife (Album de Pernambuco), Impr. Louis Glaser Lepzig, Edição da Livraria Contemporânea S/D. Ramiro Costa & Cia., Pernambuco.

19. Pág. 209: A baía interna de Recife, 1862, mostrando canoas a vela, barcos costeiros e navios de alto bordo (Brancoft Library. University of California, Berkeley).

20. Pág. 210: Planta de localização da rede distribuidora e dos chafarizes do 1. sistema de abastecimento de águas do Recife - 1848. Reproduzido em Mello, V. P. de. Água vai! Recife, Companhia Pernambucana de Saneamento - COMPESA. História do Saneamento de Pernambuco, S/D, p. 63.

21. Pág. 211: Vista do Recife e Bairro de Santo Antônio. Do Álbum de Pernambuco, Impr. Louis Glaser Lepzig, Edição da Livraria Contemporânea S/D. Ramiro Costa & Cia., Pernambuco.

22. Pág. 212: Vista do Recife (Rua 1. de Março), do Álbum de Pernambuco, Impr. Louis Glaser Lepzig, Edição da Livraria Contemporânea S/D. Ramiro Costa & Cia., Pernambuco.

23. Pág. 213: Vista do Recife (Rua Nova), do Álbum de Pernambuco, Impr. Louis Glaser Lepzig, Edição da Livraria Contemporânea S/D. Ramiro Costa & Cia., Pernambuco.

24. Pág. 214: Recife, Largo do Corpo Santo (Emil Bauch, meados do séculos XIX).

25. Pág. 214: Sobrados oitocentistas na Rua do Crespo, no Recife (Emil Bauch, meados do século XIX).

26. Pág. 215: A Rua da Cruz no Recife. (Emil Bauch, meados do século XIX).

27. Pág. 215: O movimento do Bairro Comercial do Recife. (Emil Bauch, meados do século XIX).

28. Pág. 215: Pessoas passeiam na ponte de Boa Vista, no Recife, onde dois mendigos se instalaram. (Emil Bauch, meados do século XIX).

29. Pág. 216: Os "tigres": escravos despejando dejetos domésticos na praia. (Semana Ilustrada, 1861).

30. Pág. 285: Caricatura ridicularizando os anti-contagionistas. (O Patusco, n. 11, Recife, 28-11-1886). (Coleção da Biblioteca Pública do Estado de Pernambuco).

31. Pág. 286: Charge sobre o medo do contágio. (América Ilustrada, n. 14, Recife, 24-08-1884). (Col. da Bib. Pública do Estado de Pernambuco).

32. Pág. 287: O dobre dos sinos. (América Ilustrada, n. 2, Recife, 11 de maio de 1873). (Col. Biblioteca Pública do Estado de Pernambuco).

33. Pág. 288: Uma visita pouco digna de autoridades a um hospital de coléricos (Tribouler, 1884).

34. Pág. 346: Ama escrava e menino branco: a mistura perigosa. Fotografia de Villela feita no Recife por volta de 1860.

35. Pág. 408: Joaquim de Aquino Fonseca, estudante de medicina em Paris. (Da Coleção particular do dr. Leopoldo Luiz dos Santos).

36. Pág. 409: Duelo médico. (América Ilustrada, n. 7, Recife, 1871). (Col. Bibl. do Estado de Pernambuco).

37. Pág. 410: Polêmica médica. (América Ilustrada, n. 30, Recife, 03-08-1876). (Col Bibl. do Estado de Pernambuco).

38. Pág. 411: Dr. Joaquim de Aquino Fonseca. (Miniatura da coleção particular do dr. Leopoldo Luiz dos Santos).

39. Pág. 412: Terapêuticas. Reproduzido em Bourdelais, P. e Dodin, A., obra citada, p. 103.

40. Pág. 466: Visitia médica a um navio em quarentena (L'Ilustration, 1884).

41.Pág. 467: A visita da febre amarela a Recife. (O Diabo a Quatro, n. 42, Recife, 23-04-1876). (Coleção da Biblioteca Pública do Estado de Pernambuco).

42. Pág. 468: Lazareto do Pina (Coleção do historiador Fernando Pio).

43. Pág. 469: Conselheiro José Bento da Cunha e Figueiredo. (O Diabo a Quatro, n. 83, Recife, 04-02-1877). (Coleção da Biblioteca do Estado de Pernambuco).

44. Pág. 470: Desinfecção das ruas com clorureto (Daumier, 1844).

45. Pág. 471: O anjo Boboedf arrasando o cólera. Reproduzido em Bourdelais, P. e Dodin, A., obra citada, p. 155.

46. Pág. 472: Veículo para transporte de doentes durante a epidemia. Biblioteca de José de Paiva Crespo.

47. Pág. 473: Visita de D. Pedro II às vítimas do cólera nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em 1856. Foto do quadro de Louis Auguste Moreau. Biblioteca Nacional, seção de iconografia (código de chamada:2/F42).

48. Pág. 474: No Largo de Cinco Pontas, a torre do novo serviço de esgotos. Reproduzido em Rocha, Leduar de Asssis. Notas sobre um Higienista pernambucano, obra cit., p 103.