

**Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ**  
**Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde**

**JOÃO PEDRO DOLINSKI**

**ESPAÇOS DE CURA, PRÁTICAS MÉDICAS E EPIDEMIAS: FEBRE AMARELA E  
SAÚDE PÚBLICA NA CIDADE DE PARANAGUÁ (1852-1878)**

**Rio de Janeiro**

**Ano  
2013**

**JOÃO PEDRO DOLINSKI**

**ESPAÇOS DE CURA, PRÁTICAS MÉDICAS E EPIDEMIAS: FEBRE AMARELA E  
SAÚDE PÚBLICA NA CIDADE DE PARANAGUÁ (1852-1878)**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Jaime Larry Benchimol

Rio de Janeiro

Ano

2013

Ficha catalográfica

D664e Dolinski, João Pedro.

Espaços de cura, práticas médicas e epidemias: febre amarela e saúde pública na cidade de Paranaguá (1852-1878) / João Pedro Dolinski. – Rio de Janeiro : s.n., 2013.

176 f.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2013.

Bibliografia: f. 150-157

1. Saúde pública - História. 2. Febre amarela. 3. História das doenças. 4. Ciência. 5. Práticas médicas. 6. Paranaguá-PR.

CDD 614.981

**JOÃO PEDRO DOLINSKI**

**ESPAÇOS DE CURA, PRÁTICAS MÉDICAS E EPIDEMIAS: FEBRE AMARELA E  
SAÚDE PÚBLICA NA CIDADE DE PARANAGUÁ (1852-1878)**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovado em            de            .

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Jaime Larry Benchimol (Casa de Oswaldo Cruz- FIOCRUZ) – Orientador

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Maria Rachel de Gomensoro Fróes da Fonseca (Casa de Oswaldo Cruz- FIOCRUZ)

---

Prof. Dr. Marcos Gonçalves (Universidade Estadual do Paraná- Campus Paranaguá)

Suplente:

---

Prof. Dr. Flávio Coelho Edler (Casa de Oswaldo Cruz- FIOCRUZ)

---

Prof. Dr. André Felipe Cândido da Silva (Universidade de São Paulo- USP)

Rio de Janeiro

Ano  
2013

## **Dedicatória**

Para Vilma, Rafaela, Joana, Camila (*in memorian*), Leocádia (*in memorian*) e Ludovico

“Bem, parece-me  
que minha chegada a este mundo  
foi uma queda terrivelmente dura!”  
**(O enigma de Kaspar Hauser, Herzog, 1974).**

## **AGRADECIMENTOS**

A realização desta dissertação não seria possível sem a colaboração de algumas pessoas e instituições. Agradeço a Fundação Oswaldo Cruz pela concessão de bolsa de estudo. Ao meu orientador, Jaime Benchimol, pela paciência, competência, e comprometimento assumido durante a orientação da pesquisa. Suas observações e críticas foram fundamentais para as correções de rumo e aprimoramentos da escrita e argumentos. Sou bastante grato aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz, em especial, Flavio Edler, Maria Rachel, Tânia Pimenta, Gilberto Hochman, Kaori Kodama e Lorelai Kury. Aos colegas de mestrado da turma de 2011. Aos funcionários do Arquivo Nacional e do Arquivo Público do Estado do Paraná por me atenderem generosamente em todas as minhas solicitações. Muito obrigado também ao professor Marcos Gonçalves, pelo apoio, estímulo, ensinamentos e orientações. Aos meus amigos Thiago Possiede e Igor David dos Santos. Às professoras Érica Piovam e Bruna Sheifer pela força concedida quando esta dissertação ainda era um embrião. Não poderia deixar de agradecer ao grande cineasta Quentin Tarantino, pelos prazeres proporcionados nos momentos de lazer. À minha família, sobretudo minha mãe, Vilma Luzia, e minha mulher, Rafaela Gomes, que são o meu porto seguro em momentos de crise e insegurança.

## Sumário

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>1 PARANAGUÁ NO SÉCULO XIX: PORTO, CENÁRIO ECOLÓGICO E ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA</b> .....	24
1.1 Ações políticas e avanços econômicos- científicos como possíveis soluções aos problemas sanitários.....	28
1.2 O porto e sua movimentação .....	31
1.3 Capitania dos Portos .....	35
1.3.1 Estrutura, organização e quadro de funcionários.....	36
1.3.2 Companhia de Aprendizes Marinheiros .....	37
1.3.3 O cotidiano na Companhia .....	38
1.3.4 Companhia de Menores Aprendizes: um espaço de cura.....	41
1.4 Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá.....	42
1.5 Lazareto da Ilha das Cobras.....	48
1.5.1 Uma comparação com o lazareto de Ilha Grande.....	53
1.5.2 Conflito de atribuições.....	55
1.6 Inspeção de Saúde do Porto de Paranaguá .....	57
1.6.1 Junta Central de Higiene Pública .....	59
<b>2 O PROBLEMA DO DIAGNÓSTICO. A BUSCA POR UM CONSENSO: DESCRIÇÕES SINTOMATOLÓGICAS, TERAPÊUTICA E FASES DE EVOLUÇÃO DA FEBRE AMARELA</b> .....	66
2.1 Leocádio Correia: considerações a respeito da febre amarela.....	69
2.2 Outras pirexias: infecções palustres e febre perniciosa.....	79
2.3 João Vicente Torres Homem .....	81
2.3.1 Torres Homem e a febre amarela .....	83
2.3.2 As controvérsias entre Torres Homem e Domingos Freire a respeito dos seres invisíveis..	87
2.3.3 Febre amarela: suas causas, seus sintomas.....	93
<b>3 AS EPIDEMIAS E SUAS IMPLICAÇÕES POLÍTICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS</b> .....	97
3.1 Febre amarela: uma pedra no sapato norte-americano. O caso de Cuba.....	102
3.2 Tempos de Peste .....	106
3.2.1 Alopatas, homeopatas e curandeiros .....	109
3.2.2 Por dentro do Império.....	116
3.2.3 A falta de recursos .....	120
3.2.4 Leocádio Correia e a opinião pública.....	124
3.3 O surto de 1877-1878 .....	128
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	143
<b>FONTES E REFERÊNCIAS</b> .....	148
<b>ANEXOS- GRÁFICOS, QUADROS E ILUSTRAÇÕES</b> .....	157

<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES</b>	<b>PÁGINA</b>
Ilustração 1: Projeto do lazareto de Antonina.....	171
Ilustração 2: Projeto do lazareto de Antonina.....	172
Ilustração 3: Projeto do lazareto de Antonina.....	173
Ilustração 4: Mapa da baía de Paranaguá do ano de 1882.....	174
Ilustração 5: Projeto do lazareto de Paranaguá.....	175

## LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

- Gráfico 1: Mapa geral da mortalidade por doença em Paranaguá durante o ano de 1877.....p.157
- Gráfico 2: Falecimentos ocorridos em Paranaguá durante o ano de 1877 de acordo com a faixa etária.....p.158
- Gráfico 3: Estatística da mortalidade em Paranaguá durante o ano de 1877, classificada por sexo, condição e nacionalidade.....p.158
- Gráfico 4: Estatística do movimento do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá entre os anos 1863 e 1864.....p.159
- Gráfico 5: Mapa estatístico da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá por profissões.....p.159
- Gráfico 6: Enfermos tratados na Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá.....p.160
- Gráfico 7: Estatística da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá referente ao exercício 1876/1877.....p.160
- Gráfico 8: Número de óbitos ocorridos por faixa etária na Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá durante o exercício 1876/1877.....p.161
- Gráfico 9: Quadro do número de doenças tratadas na Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá durante o exercício 1876/1877.....p.161
- Gráfico 10: Número de óbitos ocorridos na Santa Casa de Paranaguá durante o exercício 1876/1877.....p.162
- Gráfico 11: Quadro de pacientes tratados na Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá durante o exercício 1883/1884 e suas respectivas nacionalidades.....p.162
- Gráfico 12: Quadro por idade e condição dos pacientes tratados na Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá durante o exercício 1883/1884.....p.163

Gráfico 13: Quadro do número de doenças tratadas na Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá durante o exercício 1883/1884.....	p.163
Gráfico 14: Quadro dos navios estrangeiros que entraram e saíram do porto de Paranaguá durante o exercício de 1868/1869.....	p.164
Gráfico 15: Quadro dos navios nacionais que entraram e saíram do porto de Paranaguá durante o exercício de 1868/1869.....	p.164
Gráfico 16: Embarcações entradas de fora do Império no porto de Paranaguá durante o ano de 1881.....	p.165
Gráfico 17: Embarcações entradas de dentro do Império no porto de Paranaguá durante o ano de 1881.....	p.165
Gráfico 18: Quadro de embarcações saídas do porto de Paranaguá para fora do Império durante o ano de 1881.....	p.166
Gráfico 19: Quadro de embarcações saídas do porto de Paranaguá para fora do Império durante o ano de 1881.....	p.166
Gráfico 20: Total de embarcações que entraram e saíram do porto de Paranaguá durante o ano de 1881.....	p.167
Gráfico 21: Número de imigrantes por nacionalidade que entraram no porto de Paranaguá durante o ano de 1881.....	p.167
Gráfico 22: Número de imigrantes por nacionalidade que saíram do porto de Paranaguá durante o ano de 1881.....	p.168
Gráfico 23: Entradas e saídas de passageiros pelo porto de Paranaguá durante o ano de 1881....	p.168
Quadro 24: Médicos que compunham o quadro docente da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro durante o período em que Leocádio Correia frequentou a instituição.....	p.169
Quadro 25: Professores que compunham a classe de opositores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro durante o período em que Leocádio Correia frequentou a instituição.....	p.170

## **LISTA DE SIGLAS**

AIM- Academia Imperial de Medicina

AN- Arquivo Nacional

APEP- Arquivo Público do Estado do Paraná

CX- Caixa

DD- Dezenove de Dezembro

DGE – Diretoria Geral de Estatística

DHBCSB- Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil (1832-1930)

EP- Echo Paraná

GP- Gazeta Paranaense

SI – Série Interior

SM- Série Marinha

SPDILC- Sociedade Patriótica dos Defensores da Independência e Liberdade Constitucional

SS – Série Saúde

## RESUMO

O objeto da pesquisa concentra-se em analisar a saúde pública e as epidemias de febre amarela na cidade de Paranaguá a partir de uma perspectiva regional e dentro de um período que se estende de 1852 a 1878. A primeira baliza temporal foi adotada em virtude de ser o ano que, conforme afirma Odair Franco (1969), surgiram os primeiros casos de febre amarela na região litorânea da 5ª comarca de São Paulo. As principais manifestações da doença em Paranaguá ocorreram nos anos 1856-1857 e 1877-1878, marco da segunda baliza temporal. A pesquisa pretende sistematizar um estudo até então tratado de forma muito tímida pela historiografia de Paranaguá. Portanto, este trabalho se justifica pela proposta de avanço ao debate historiográfico ligado à saúde, à doença e às ciências no Brasil. Assim, problematizo as seguintes questões: como se deu a formação dos espaços de cura em Paranaguá? Como eram elaboradas as medidas de prevenção às doenças? Quais os atores envolvidos nesse processo? Que estratégias foram utilizadas por essas personagens? Quais eram as negociações, os conflitos, as controvérsias, os embates e as tensões vivenciadas no campo da saúde pública naquela região durante a segunda metade do século XIX? Especificamente, minha proposta é analisar as repartições públicas de Paranaguá ligadas à saúde, como a Santa Casa de Misericórdia e o lazareto da Ilha das Cobras; examinar as principais epidemias de febre amarela, buscando entender as tensões, reações e conflitos vivenciados pela população durante a ocorrência dos surtos; recuperar e contextualizar as teorias científicas que embasaram as medidas sanitárias adotadas por médicos e autoridades locais; discutir a trajetória profissional e a importância para a saúde e a ciência local do médico Leocádio José Correia e, por fim, situar ações, reações e práticas ocorridas no âmbito da medicina e da saúde em Paranaguá com contextos mais amplos, comparando-as com realidades de outros lugares do país. Nesse sentido, analisar as epidemias, os espaços de cura e as práticas médicas em Paranaguá, significa compreender a formação da saúde pública no Paraná.

Palavras-chave: Paranaguá; febre amarela; saúde pública; Histórica local.

## **ABSTRACT**

The object of the research focuses on analyzing the public health and epidemics of yellow fever in the city of Paranaguá from a regional perspective and within a period that spans the years 1852 to 1878. In 1852 emerged the first cases of yellow fever in the coastal region of the 5th district of Sao Paulo. The main manifestations of the disease in Paranaguá have occurred in the years 1856-1857 and 1877-1878, thus representing the second time mark. The research aims to systematize a study hitherto treated in a very shy manner by the historiography of Paranaguá. Therefore, this work is justified by the proposal of advance to the historiographical debate linked to health, to disease and to the sciences in Brazil. Thus, I problematize the following questions: how was the formation of healing spaces in Paranaguá? How were elaborated the disease prevention measures? What were the actors involved in this process? What strategies were utilized by these characters? What were the negotiations, conflicts, controversies, shocks and tensions experienced in the field of public health in that region during the second half of the XIX century? Specifically, my goal is to analyze the public offices of Paranaguá related to health, such as Santa Casa de Misericórdia and the lazaretto of Ilha das Cobras; to examine the major yellow fever epidemics, seeking to understand the tensions, reactions and conflicts experienced by the population during the occurrence of the outbreaks; to retrieve and contextualize the scientific theories that supported the health measures adopted by physicians and local authorities; to discuss the professional career and the importance for the local health and science of the medic Leocádio José Correia and, finally, to situate actions, reactions and practices occurred within the medicine and health fields in Paranaguá with broader contexts, comparing them to realities of other places of the country. In this sense, to analyze epidemics, the spaces of healing and medical practices in Paranaguá means to understand the formation of public health in Paraná.

Keywords: Paranaguá; yellow fever; public health; local history.

## INTRODUÇÃO

O objeto da pesquisa concentra-se em analisar a saúde pública e as epidemias de febre amarela na cidade de Paranaguá a partir de uma perspectiva regional e dentro de um período que se estende do ano de 1852 a 1878. A primeira baliza temporal foi adotada em virtude de ser o ano que, conforme afirma Odair Franco (1969), surgiram os primeiros casos de febre amarela na região litorânea da 5ª comarca de São Paulo. As principais manifestações da doença em Paranaguá ocorreram nos anos 1856-1857 e 1877-1878, marco da segunda baliza temporal.

A pesquisa pretende sistematizar um estudo até então tratado de forma muito tímida pela historiografia de Paranaguá. Também são poucos os trabalhos relacionados ao desenvolvimento da ciência em contextos regionais, sobretudo no Brasil Meridional. Portanto, este trabalho se justifica pela proposta de avanço ao debate historiográfico ligado à saúde, à doença e às ciências no Brasil. O litoral paranaense não foi palco somente de personalidades políticas, ali também se desenvolveram doenças, espaços de cura e práticas científicas.

O início da minha relação com o objeto se deu a partir do contato estabelecido com algumas obras de Michel Foucault, o que me despertou o interesse pelo estudo da saúde, da doença e da medicina. Após breve incursão pelo Arquivo Público do Estado do Paraná, deparei-me com um conjunto de fontes mais ou menos extenso a respeito da febre amarela e saúde pública em Paranaguá. Logo constatei a inexistência de uma historiografia minimamente constituída a respeito do tema na região, o que encarei não só como um desafio, mas também como um estímulo para construir uma história até então esquecida. Porém, percebi rapidamente que o trabalho teria grandes obstáculos pela frente, e que minha inexperiência como historiador não seria o único problema. As fontes primárias encontram-se dispersas pelos arquivos do país. Em Paranaguá enfrentei certa relutância por parte dos “detentores da memória local” em disponibilizar os documentos. Janaína Amado ilustra bem essa questão:

E não é fácil realizar trabalhos de cunho regional. Se o problema do mau estado de conservação e de desorganização dos documentos históricos é sentido em todo o país, ainda

mais agudo ele se apresenta na maioria das instituições estaduais e municipais, principalmente as situadas nas regiões mais pobres. Por outro lado, a documentação local, necessária às pesquisas geralmente está em mãos de pessoas que se consideram 'donas' e não querem cedê-la. Isto talvez aconteça porque, em locais menores, onde predominam relações de tipo pessoal e privado, haja mais dificuldade em identificar patrimônio histórico com patrimônio público. Mas acontece também porque, nestes lugares, muitos 'donos' da documentação pertencem às oligarquias locais, estão habituados a mandar. E não hesitam em usar este poder contra o pesquisador, principalmente quando desconfiam que o resultado da pesquisa poderá prejudicar seus interesses ou comprometer sua imagem (AMADO, 1990: 10-11).

O acesso à documentação no Arquivo Público do Estado do Paraná foi menos burocrático. Porém, para minha surpresa, o Arquivo Nacional, na cidade do Rio de Janeiro, revelou documentos importantes e em vasta quantidade sobre a saúde pública e as epidemias na Comarca de Paranaguá.

A opção pela Casa de Oswaldo Cruz foi devida à importância que essa instituição representa para a historiografia da saúde e das ciências a nível nacional e internacional. Os cursos frequentados lá e as orientações recebidas foram cruciais para o desenvolvimento da pesquisa e suas transformações ao longo desses dois anos.

Em Paranaguá surgiram os primeiros espaços de cura e se desenvolveram as primeiras iniciativas públicas de organização sanitária e de controle de epidemias. Nesse sentido, examinar esses espaços, as epidemias e as práticas médicas em Paranaguá, significa compreender a formação da saúde pública no Paraná. O cólera, a varíola e a febre amarela eram as principais doenças epidêmicas que preocupavam as autoridades sanitárias, sobretudo pelos danos que causavam à economia local. Por ser uma cidade portuária e, portanto, o eixo de ligação da província paranaense com outras regiões do país e do mundo, Paranaguá ficava vulnerável às manifestações dessas doenças. A cidade contava com poucos recursos humanos e financeiros para resolver seus problemas de saúde. Contudo, apesar das limitações, dispunha de uma Santa Casa de Misericórdia e do lazareto da Ilha das Cobras, recurso com o qual, poucas províncias podiam contar naquela época (século XIX). Assim, a pesquisa busca problematizar as seguintes questões: como se deu a formação dos espaços de cura em Paranaguá? Como eram elaboradas as medidas de prevenção às doenças? Quais os atores envolvidos nesse processo? Que estratégias foram utilizadas por essas personagens? Quais eram as negociações, os conflitos, as controvérsias, os embates e as tensões vivenciadas no campo da saúde pública naquela região durante a segunda metade do século XIX? Penso que a saúde pública na Comarca de Paranaguá foi marcada por tramas complexas e conflitivas geradas pelos surtos epidêmicos e que envolviam médicos e autoridades políticas dos governos central, provincial e municipal. Essas tensões ficavam ainda mais evidentes quando a

doença, além de ameaçar a fluidez do comércio marítimo da região e submeter pessoas ao confinamento em hospitais, exigia despesas extras com medidas de prevenção sanitária.

Especificamente, minha proposta é analisar a Santa Casa de Misericórdia e o lazareto da Ilha das Cobras, assim como as repartições públicas daquela cidade ligadas direta ou indiretamente às questões de saúde; examinar as principais epidemias de febre amarela, buscando entender as tensões, reações e conflitos vivenciados pela população e pelos governos durante a ocorrência dos surtos; recuperar e contextualizar as teorias científicas que embasaram as medidas sanitárias adotadas por médicos e autoridades locais; discutir a trajetória profissional e a importância para a saúde e a ciência local do médico Leocádio José Correia (1848-1886) e, por fim, situar ações, reações e práticas ocorridas no âmbito da medicina e da saúde em Paranaguá com contextos mais amplos, comparando-as com realidades de outros lugares do país. Leocádio José Correia foi um dos principais médicos que atuou em Paranaguá no século XIX. Vivenciou a principal epidemia de febre amarela da região em 1878 e fez anotações que revelam seu esforço em compreender a doença a partir dos ensinamentos adquiridos com João Vicente Torres Homem, durante o período em que cursou a faculdade de medicina no Rio de Janeiro (1868-1873).

A pesquisa tem como enfoque a história local, denominada por Pierre Goubert (1988) como aquela que diz respeito a uma ou poucas aldeias, uma cidade pequena ou média, ou ainda a uma área geográfica inferior à unidade provincial comum. Segundo José D'Assunção Barros (2006), o surgimento da história local possibilitou a confirmação ou correção de problemas levantados em abordagens historiográficas desenvolvidas dentro de quadros referenciais mais amplos, ou seja, capaz de ressaltar aspectos ou detalhes da realidade até então não observados pelas análises gerais. Região, na concepção de Barros (2006), é uma unidade com lógica interna e padrões singulares, possível de ser inserida e cotejada com contextos mais abrangentes:

Grosso modo, uma região é uma unidade definível no espaço, que se caracteriza por uma relativa homogeneidade interna com relação a certos critérios. Os elementos internos que dão uma identidade à região (e que só se tornam perceptíveis quando estabelecemos critérios que favoreçam a sua percepção) não são necessariamente estáticos. Daí que a região também pode ter sua identidade delimitada e definida com base no fato de que nela pode ser percebido um certo padrão de interrelações entre elementos dentro dos seus limites. Vale dizer, a região também pode ser compreendida como um sistema de movimento interno. Por outro lado, além de ser uma porção do espaço organizada de acordo com um determinado sistema ou identificada através de um padrão, a região quase sempre se insere ou pode ser inserida em um conjunto mais vasto (BARROS, 2006: 463).

A Escola dos Annales adotou o conceito de região oriundo da Escola Geográfica de Vidal de La Blache, segundo o qual, região seria uma unidade de análise geográfica e um meio dos seres humanos organizarem o espaço terrestre. Essa interdisciplinaridade abriu caminho para a formação de especialidades como a Geografia Histórica, da qual Lucien Febvre foi o seu expoente. A partir da década de 1970, esse conceito passou a receber críticas de autores, entre eles Yves Lacoste, teórico da denominada geografia crítica, que argumentavam ser a realidade, constituída não por um, mas por inúmeros conjuntos espaciais cuja definição poderia assumir diversas formas (BARROS, 2006; SILVEIRA, 1990).

Na perspectiva da geografia crítica (surgida em meados da década de 1960 como reação ao positivismo na geografia) região é uma categoria espacial singular e específica, um espaço particular enfeitado com uma organização social mais ampla, da qual faz parte (AMADO, 1990). Alguns geógrafos dessa vertente crítica, como Milton Santos, conceituam o espaço como construção social ou “produto da ação humana” (SILVEIRA, 1990).

Após gozar de relativo prestígio durante o século XIX, a historiografia regional, entendida aqui como o estudo de determinado tema dentro de um recorte espacial e temporal específicos, ascendeu novamente na década de 1970, entre outras razões, pelo esgotamento das macro-abordagens e das grandes sínteses que se revelaram insuficientes quando confrontadas com estudos particulares. Para Sandra Jatahy Pesavento (1990) o estudo histórico de uma região é a análise de uma especificidade dentro de uma totalidade com a reconstituição da dinâmica das práticas sociais: “O entendimento da história regional deveria se situar no meio caminho entre a totalidade mais ampla na qual se insere (o sistema capitalista) e as variáveis regionais específicas, definidas pelas condições objetivas locais” (PESAVENTO, 1990: 69). Assim, a história regional permite verificar a veracidade dos postulados feitos a partir de generalizações que tomam como referência o nacional ou regiões hegemônicas.

Em primeiro lugar, o estudo regional oferece novas óticas de análise ao estudo de cunho nacional, podendo apresentar todas as questões fundamentais da História (como os movimentos sociais, a ação do Estado, as atividades econômicas, a identidade cultural etc.) a partir de um ângulo de visão que faz aflorar o específico, o próprio, o particular. A historiografia nacional ressalta as semelhanças, a regional lida com as diferenças, a multiplicidade. A historiografia regional tem ainda a capacidade de apresentar o concreto e o cotidiano, o ser humano historicamente determinado, de fazer a ponte entre o individual e o social (AMADO, 1990: 12-13).

Ao longo da pesquisa buscarei articular a perspectiva local com a nacional, procurando apontar semelhanças (em um nível mais abrangente) e diferenças (numa perspectiva particular) entre, por exemplo, aspectos demográficos, econômicos, políticos e sanitários. Portanto, este trabalho adota como metodologia a história comparativa, uma vez que, segundo Vera Alice Cardoso Silva (1990), além de denotar as continuidades e rupturas no interior dos processos de mudança econômica e social, a história regional proporciona fonte inestimável de substratos para a comparação. De acordo com Peter Burke (2012), por meio da comparação é possível compreender as ausências de determinadas práticas, sejam elas científicas, culturais, econômicas, políticas ou sociais, em uma dada cultura ou sociedade. Ambas as abordagens, local e geral, se complementam e dependem dessa metodologia.

Se o método comparativo ajuda a destacar determinado acontecimento, costume ou hábito, sua utilização requer alguns cuidados a fim de se evitar análises etnocêntricas, evolucionistas e estáticas. Nesse sentido, para pensar as práticas, tanto relacionadas à saúde pública, como ao ofício médico, utilizo o conceito de circulação conforme proposto por Kostas Gavroglu (2008), ou seja, um procedimento mediativo entre o local e o global: “a circulação de idéias e práticas, depende primeiro e principalmente de pessoas, é um componente fundamental na consolidação da cultura científica e tecnológica” (GAVROGLU, 2008: 161). Os saberes que circulam não são transmitidos, mas sim apropriados. Para Gavroglu (2008), o termo “apropriação” denota o ponto de vista dos receptores, uma vez que o conhecimento, quando introduzido em contextos sociais e culturais distintos, sofre transformações. Importante lembrar que o problema da circulação de conhecimentos não será o enfoque deste trabalho.

No que diz respeito às mudanças ocorridas no campo científico ao longo do século XIX e início do século XX, será adotado o conceito de “paradigma” definido por Thomas Kuhn (2001). Segundo o autor, paradigma estabelece regras gerais e define campos de exploração científicos e não metodologias. Com ampla repercussão e impacto na área da epistemologia, a *Estrutura das revoluções científicas*, como o próprio Kuhn define, é um grande esquema metodológico. O autor critica uma perspectiva histórica linear e cumulativa das ciências, propondo analisá-las em seu próprio tempo e contexto. Em sua percepção, as mudanças científicas são logicamente estruturadas, não havendo um método universal, necessitando, dessa forma, de um paradigma que anteceda as regras de observação.

Outro conceito sobre o qual esta pesquisa se fundamenta é o de doença, elaborado por Charles Rosenberg (1997), isto é, doença como consequência de negociação e fato biológico, alme de ser uma construção passível de ser historicizada. Para Rosenberg, a doença não existe até que a tenhamos classificada, ou seja, estabelecido para ela um quadro taxionômico. Assim, qualquer mazela em nossa sociedade só se torna um fenômeno social a partir do momento que a nomeamos. Na concepção do autor, doenças não seriam meras abstrações do conhecimento e de debates acadêmicos. Elas seriam uma experiência vivida pelo ser humano, cuja existência não ficaria restrita apenas ao contexto científico. Para Rosenberg (1997), a doença é ao mesmo tempo um acontecimento biológico, linguístico, institucional, intelectual, político e cultural.

As fontes trabalhadas possuem caráter oficial e não oficial e são manuscritas e impressas. Para suprimir possíveis lacunas documentais, optou-se por trabalhar com um conjunto diversificado de fontes. A documentação oficial da qual me utilizo são: leis, decretos, ofícios, editais, telegramas, relatórios e correspondências de governo. Esse tipo de documentação fornece dados sobre o quadro nosológico regional; estatísticas epidêmicas; instruções higiênicas e informações a respeito de obras públicas. Em relação às não oficiais, utilizo periódicos, obras memorialistas, livros técnicos e biografias.

Os arquivos consultados foram o Instituto Histórico e Geográfico de Paranaguá, o Arquivo Público do Estado do Paraná, o Arquivo Nacional, a Biblioteca Pública do Estado do Paraná e a biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz- FIOCRUZ. No Instituto Histórico e Geográfico de Paranaguá reuni informações a respeito da Santa Casa de Misericórdia. No Arquivo Público do Estado do Paraná e no Arquivo Nacional consultei relatórios sanitários de inspetores de saúde dos portos de Paranaguá e Antonina; relatórios de engenheiros sobre a construção e as reformas do lazareto da Ilha das Cobras; estatísticas da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá; editais; ofícios; telegramas; periódicos; cartas contendo informações relacionadas às epidemias de cólera e febre amarela que grassaram na cidade de Paranaguá e Antonina e cartas trocadas entre o governo da província do Paraná e o Ministério do Império. Na Biblioteca Pública do Estado do Paraná consultei os periódicos Dezenove de Dezembro (Curitiba) e Echo Paraná (Paranaguá). Por fim, na biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz tive acesso à obra “Estudos clínicos sobre as febres do Rio de Janeiro” de João Vicente Torres Homem, cuja primeira edição data de 1876. As citações de fontes contidas ao longo do texto tiveram sua ortografia atualizada.

A seguir apresento breve balanço historiográfico sobre o tema febre amarela no Brasil. Durante a década de 1970 alguns autores interpretaram a história dessa doença em contextos periféricos a partir do modelo desenvolvido por George Basalla (1967). Nancy Stepan (1976) busca compreender o processo de institucionalização da ciência no Brasil, sobretudo a bacteriologia, a partir de uma perspectiva crítica em relação a Basalla. Mais recentemente, Ilana Löwi (2006) realizou um estudo a respeito da febre amarela no Brasil problematizando a circulação das práticas científicas. A partir de uma perspectiva social e cultural das ciências, a autora reconstitui o desenvolvimento de tais práticas em seus múltiplos espaços: laboratório, campo, periódicos especializados e instituições, além de demonstrar que as diferentes dimensões da transferência de conhecimentos estão interligadas. Por sua vez, Marta de Almeida (1999) afirma que não existiu uma ruptura drástica entre as práticas científicas exercidas no Brasil antes e depois do século XX, quando seriam inaugurados os principais institutos de pesquisa. Para a autora, no período anterior à criação de tais institutos, a ciência brasileira não era atrasada e anticientífica, o pragmatismo e a política de intervenção técnica, característicos do início do século XX, contribuíram para a desvalorização de pesquisas e trabalhos anteriores a respeito de doenças como a febre amarela.

Durante a década de 1980, sob a influência dos trabalhos de George Rosen (1980) e Michel Foucault (2007), Nilson do Rosário Costa (1986) analisou as políticas de saúde pública no Brasil durante a primeira República<sup>1</sup>. Segundo Costa, mediante as novas descobertas da bacteriologia, a saúde pública ganhou grande reforço no combate a enfermidades que tolhiam o desenvolvimento da produção econômica. As campanhas empreendidas por Emílio Ribas e Adolfo Lutz em São Paulo e por Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, nos primeiros anos do século XX, tinham, na visão de Costa, o intuito de abrir o comércio para o exterior e as fronteiras para os imigrantes. Somente isso dava sentido à erradicação de enfermidades como a febre amarela. Por outro lado, o autor ressalta que as políticas públicas tratavam a doença puramente como fator biológico e descuravam seus aspectos sociais. Assim, o aparelho estatal repressivo, em conjunto com os médicos, tramava na calada da noite estratégias para obter das classes subalternas uma conduta racional. A medicina social acusou a bacteriologia de reducionismo por atribuir às doenças uma causa mecânica, contudo, a medicina social não levou em consideração o fato de elas possuírem uma entidade específica.

---

<sup>1</sup> Outro autor brasileiro que assumiu perspectiva foucaultiana ao examinar as resistências populares na conjuntura da revolta da vacina foi Nicolau Sevcenko (1993).

Rodolpho Telarolli Junior (1996), por seu turno, endossa um conceito denominado “modelo técnico-assistencial campanhista policial” para analisar as ações sanitárias empreendidas em São Paulo. Além de desenvolver uma revisão historiográfica sobre o tema na região, o autor dedica-se ainda a recuperar o debate entre médicos e pesquisadores sobre as causas e as formas de combate às doenças epidêmicas no final do século XIX, assim como os aspectos políticos, econômicos e sociais relacionados à formação dos serviços de saúde pública. Telarolli Junior chama a atenção para o fato de Adolfo Lutz (1855-1940) ter contribuído de forma original para o desenvolvimento científico ao demonstrar que a febre amarela não era contagiosa.

Sidney Chalhoub (1996) analisa as associações entre pensamento médico e ideologia racial para compreender o significado político da febre amarela durante as décadas de 1850 e 1870, quando inúmeras teorias foram postuladas na tentativa de explicar o surgimento e expansão das epidemias da doença no Rio de Janeiro. Durante a década de 1850, alguns políticos e médicos brasileiros associavam a febre amarela com a escravidão<sup>2</sup>. Havia a esperança de que com o fim do tráfico negreiro a moléstia também seria extinta. Contudo, após a promulgação da Lei Eusébio de Queirós (1850), ainda existia mão-de-obra escrava suficiente para sustentar a agricultura de exportação, em virtude da intensificação do tráfico negreiro durante a década de 1840. A abundância de mão-de-obra escrava, somada à constatação de que a febre amarela não afetava gravemente os negros, foram os motivos pelos quais, segundo Chalhoub, o governo brasileiro não deu a devida importância à doença durante a década de 1850. Isso não significa que as elites não reagissem com perplexidade diante do fato de a febre amarela poupar os negros. A partir de 1870 a situação ganhou novos contornos, pois a doença tornou-se problema de saúde pública por atacar principalmente os estrangeiros e dificultar os anseios das elites brasileiras de “civilizar” o país. “Se na década de 1850 o nexo fundamental parecia estar na relação entre febre amarela e escravidão, a associação entre febre amarela e imigração é agora o aspecto crucial a reter para o entendimento dos novos sentidos políticos e ideológicos da doença na década de 1870” (CHALHOUB, 1996: 87). Nesse período as discussões sobre aclimação entraram na pauta do debate científico no Brasil. Alguns médicos, como José Pereira Rego e João Vicente Torres Homem declararam-se contra os exageros propugnados pelos determinismos raciais e climáticos.

Por fim, o exaustivo e denso trabalho de Benchimol (1999) revela que a ciência dos micróbios caracterizou-se como o setor mais dinâmico da ciência brasileira no início do século XX.

---

<sup>2</sup> Sobre as associações entre escravidão e febre amarela ver ainda: KODAMA, 2009.

A partir de um exame criterioso e de forma original e desafiadora, o autor busca retificar o juízo negativo relacionado às pesquisas menos bem sucedidas no campo etiológico da febre amarela, demonstrando a importância dos trabalhos desenvolvidos por cientistas como Domingos Freire, Giuseppe Sanarelli, Carlos Finlay, Carmona y Valle e João Batista de Lacerda para a história social e das ciências<sup>3</sup>.

Para finalizar esta introdução, apresento de forma integrada a abordagem temática referente aos capítulos da dissertação. No primeiro realizo inicialmente uma reconstituição do quadro sanitário e da conjuntura econômica da cidade de Paranaguá ao longo do século XIX. Em seguida examino repartições públicas e espaços de cura como a Capitania dos Portos, Companhia de Menores Aprendizes Marinheiros, Santa Casa de Misericórdia, lazareto da Ilha das Cobras e a Inspeção de Saúde do Porto de Paranaguá, entrelaçando aspectos de ordem sanitária, política, econômica e social. No segundo capítulo trato da trajetória profissional do médico Leocádio José Correia e de suas concepções a respeito dos diversos tipos de febres, entre elas a amarela. Para ampliar a compreensão sobre a febre amarela, analiso em conjunto as observações feitas por João Vicente Torres Homem sobre a doença e as controvérsias suscitadas entre ele e Domingos José Freire. Algumas das principais teorias médicas sobre as doenças de clima quente serão recuperadas para contextualizar e explicar o debate em torno da febre amarela no século XIX. O terceiro capítulo é dedicado ao estudo dos surtos de febre amarela que grassaram em Paranaguá, principalmente o de 1878, cuja intensidade e características são comparadas com a epidemia que eclodiu na cidade do Rio de Janeiro no mesmo ano. O capítulo abordará também as relações mantidas entre os governos central, provincial e municipal durante os momentos de crise epidêmica. Ao final do texto, apresento os anexos, constituídos por plantas arquitetônicas dos lazaretos de Paranaguá e Antonina, além de informações estatísticas referentes a aspectos demográficos e à movimentação do porto de Paranaguá e da Santa Casa de Misericórdia. O propósito é que esses anexos venham a ser incorporados como importantes ferramentas em futuros debates a respeito da saúde pública em Paranaguá.

---

<sup>3</sup> Benchimol possui vasta produção bibliográfica sobre febre amarela, entre outras publicações ver: (BENCHIMOL, *et al*, 2009); (BENCHIMOL; SÁ, 2007a); (BENCHIMOL; SÁ, 2007b); (BENCHIMOL; SÁ, 2007c); (BENCHIMOL; SÁ, 2006a); (BENCHIMOL; SÁ, 2006b); (BENCHIMOL; SÁ, 2005a); (BENCHIMOL; SÁ, 2005b); (BENCHIMOL; SÁ, 2004); (BENCHIMOL, 2001); (BENCHIMOL; TEIXEIRA, 1994); (BENCHIMOL, 1990).

## 1 PARANAGUÁ NO SÉCULO XIX: PORTO, CENÁRIO ECOLÓGICO E ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA

A fundação da Vila de Paranaguá data de 1648. O foral foi estabelecido pelo então El-Rei D. João IV e criado pelo sindicante Manoel Pereira Franco. O Marquês de Cascais nomeou para capitão-mor, loco-tenente e ouvidor o sertanista Gabriel de Lara. A Vila estava situada à margem esquerda do então denominado rio Taguaré, que, mais tarde, viria a ser chamado rio Itiberê. Aí foi construído o primeiro ancoradouro para pequenas embarcações (até princípios do XVIII não tinha cais nem molhe). Em 1721, por iniciativa do então ouvidor geral Rafael Pires Pardino, foram tomadas as primeiras medidas visando o melhoramento do porto. Contudo, as obras só tiveram início em 1760:

Assim, desde os primórdios da Vila, até os meados do século XIX, o porto de Paranaguá, ou seus ancoradouros, e o pequeno cais iniciado em 1760, ampliado por volta de um século depois, esteve localizado entre a foz do rio Taguaré e a altura onde se situava o prédio do Colégio dos Jesuítas (WESTPHALEN, 1998: 28).

Os limites geográficos da cidade de Paranaguá, no início do século XIX, eram, ao norte, o distrito de Cananéia; ao sul, o território de Guaratuba; a leste, o Oceano Atlântico; e a oeste, os distritos de Antonina e Morretes<sup>4</sup>. Sua população em 1820 era de aproximadamente 5.000 habitantes, e em 1838, 8.891. Segundo Temístocles Linhares (2000), em 1853, ano da emancipação política do Paraná, Paranaguá contava com uma população de cerca de 6.500 habitantes. Em 1842 tanto Paranaguá como Curitiba, foram elevadas à categoria de cidade (SAINT-HILAIRE, 1995)<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> A ilustração 4 traz um mapa da baía de Paranaguá do ano de 1882.

<sup>5</sup> A luta pela emancipação política do Paraná durou aproximadamente cinquenta anos. A primeira tentativa ocorreu em 1811, quando a Câmara Municipal de Paranaguá solicitou ao rei D. João VI a criação da província. Um ano depois, a Câmara forneceu uma procuração a Pedro Joaquim de Castro Correia e Sá para que agisse em seu nome junto às autoridades do Rio de Janeiro. Ambas tentativas fracassaram. A Comarca de Curitiba assumiu posição estratégica durante as revoluções farroupilha e liberal, pois, caso os liberais do Rio Grande do Sul, Minas Gerais e São Paulo se unissem aos liberais de Curitiba, a unidade do Império estaria comprometida. O governo enviou o tenente coronel da Guarda Nacional, João da Silva Machado, para tentar dissuadir os liberais curitibanos e fazer com que a 5ª Comarca ficasse neutra nos conflitos. Silva Machado, o presidente da Província de São Paulo e o Duque de Caxias (Comandante chefe da expedição militar enviada para derrotar os insurgentes) prometeram intervir na causa emancipacionista em troca da neutralidade da Comarca de Curitiba. Em 1843 o deputado Carlos Carneiro de Campos formulou o primeiro projeto de criação da província. A discussão do projeto durou dez anos em função de inúmeras discordâncias, principalmente entre os deputados paulistas. No dia 2 de agosto de 1853 o projeto foi aprovado e o Paraná tornou-se a última província a ser criada no Império (MARTINS, s/d; WACHOWICZ; 2001). Os principais argumentos em prol da emancipação justificavam que a separação da 5ª Comarca da Província de São Paulo diminuiria despesas, facilitaria a arrecadação de impostos, impediria o despovoamento e manteria as fronteiras com a Argentina e o Paraguai. Conforme sustenta Magalhães (2001: 23): “Pode-se afirmar, portanto, que a emancipação foi uma concessão

Lindolfo Fernandes Junior (1988) afirma que, ao separar-se de São Paulo, o Paraná dispunha de uma Junta Médica de três profissionais e das chamadas *boticas*<sup>6</sup>. Nas regiões mais afastadas da província, a população só contava com curandeiros para resolver seus problemas de saúde<sup>7</sup>. Durante os surtos epidêmicos, a esses locais mais distantes, eram enviadas “caixas de botica” contendo medicamentos e instruções a serem seguidas. Em algumas situações, médicos deslocavam-se às regiões afetadas para atender a população local. As fontes primárias levantadas indicam que, além desses recursos, Paranaguá contava com uma Santa Casa de Misericórdia, clínicas civis (particulares), hospitais provisórios (construídos durante as quadras epidêmicas), e o lazareto da Ilha das Cobras, situado aproximadamente a três léguas (ou 20 km) de Paranaguá.

Os médicos particulares percorriam diferentes cidades e vilas em diversas províncias brasileiras atendendo as necessidades das populações locais. Os que residiam por mais tempo em determinada região eram aqueles que possuíam cargo público como: inspetor de saúde do porto, médico do corpo fixo da guarnição do exército e inspetor de higiene. A província do Paraná contava com um número limitado de médicos. De acordo com José Antonio Vaz de Carvalhaes (presidente da Província durante os anos de 1856 e 1857), quando um habitante de Curitiba fosse atingido por moléstia grave, o único recurso de que dispunha era o médico do corpo de guarnição fixa e os medicamentos do hospital militar. A população das localidades mais afastadas resolviam seus problemas de saúde da forma como podiam. Segundo Vaz de Carvalhaes o baixo índice de mortalidade devia-se ao reduzido número de agrupamentos humanos no interior da província, o que não significava que a salubridade fosse satisfatória (CARVALHAES, 1857 *apud* DALLEDONE, 1980: 104).

O cenário ecológico da cidade de Paranaguá durante a segunda metade do século XIX não era favorável do ponto de vista da teoria médica vigente então. Durante as marés baixas, o leito do rio Itiberê deixava exposta extensa planície de lama que, segundo os saberes da época, exalava

---

estratégica do governo imperial para aplacar o descontentamento dos liberais com a excessiva interferência do poder central nas províncias, bem como contra os impostos cobrados pelas exportações”.

<sup>6</sup> Segundo Lindolfo Fernandes Junior (1988), o termo *botica* era utilizado para se referir a estabelecimentos onde se vendiam remédios, bem como para designar as caixas de medicamentos. No alvorecer do século XIX o médico que atuava na Vila de Paranaguá era João Batista Vieira Ramalho, que praticou sua arte em benefício da população local durante mais de 25 anos. O exercício da medicina e os serviços de botica eram práticas que já estavam implementadas na região desde o fim do século XVIII (SANTOS, 2001a).

<sup>7</sup> O autor não especifica quais as cidades da província do Paraná que dispunham de Junta Médica e boticas. Deduzo que as regiões “menos afastadas da Província” fossem o litoral e as adjacências da cidade de Curitiba. Sobre a atuação de curandeiros e boticários no Brasil Imperial ver: Pimenta (2003; 2008). Farei uma discussão mais aprofundada a respeito das terapêuticas populares no capítulo 3.

vapores infectos, tornando insalubre o ar. Matas, charcos, pântanos, águas estagnadas e mangues, quando submetidos aos raios solares, produziam fermentações pútridas, agravadas pelas matérias fecais e outros tipos de dejeções despejados na praia defronte à cidade. Para uns, a salubridade da cidade também era prejudicada pelo fato de a Ilha da Cotonga (situada defronte à cidade e distante aproximadamente 3 km) barrar a circulação do ar em Paranaguá (SANTOS, 2001a).

As febres denominadas palustres e intermitentes eram consideradas endêmicas em Paranaguá. Doenças como febre amarela, cólera e varíola tinham caráter epidêmico. Era, sobretudo, no período de outubro a março que grassavam as febres de diversos tipos, entre elas a amarela, além de “disenterias sanguíneas”, “fluxos lientéricos”, “hemorroidas” e “paralisias”. Entre junho e agosto, as doenças mais comuns eram: defluxões catarrais, pneumonias, pleurizes e coqueluche. Obstruções de fígado e baço também ocorriam com certa frequência em razão, segundo o saber médico da época, da carência alimentar da população mais humilde e do convívio em solos úmidos (SANTOS, 2001a).

Os sepultamentos representaram um dos principais problemas sanitários para as autoridades provinciais do período. Em 30 de agosto de 1834 o governo da província de São Paulo por meio do artigo 66 parágrafo 20, da lei de 1º de outubro de 1828, determinou que não fosse mais utilizado o interior das igrejas para práticas de sepultamento, sendo, portanto, necessário a construção de cemitérios distantes desses locais sagrados. No ano seguinte o Vigário João Crisóstomo de Oliveira Salgado Bueno, junto com autoridades locais, demarcou o terreno para a construção do cemitério de Paranaguá numa região denominada Alto, na entrada do Rocio, lugar distante do centro da Vila. O terreno tinha quatrocentos palmos de frente e duzentos de fundo, sendo circunscrito por muro de pedra caiado na altura de dez palmos, possuindo ao centro uma capela. As despesas com o novo cemitério foram estipuladas em 2.300.000 contos de réis (SANTOS, 2001a). Durante os períodos normais, os mortos eram enterrados nos cemitérios. Nas quadras epidêmicas, por sua vez, os sepultamentos eram realizados nos campos, longe dos limites urbanos. “Assim, os leprosos e as vítimas de epidemias deviam ser sepultados em locais bastante afastados da população. Os variolosos, além desta exigência, deviam ser enterrados à noite, para a prevenção do contágio” (FERNANDES JUNIOR, 1988: 5), o que não quer dizer que tais exigências fossem cumpridas à risca pela população local<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Sobre os costumes fúnebres no Brasil oitocentista ver: Rodrigues (1997).

De acordo com Marcia Teresinha Andreatta Dalledone (1980), por conta da eclosão da febre amarela no litoral da 5ª Comarca de São Paulo, no início da década de 1850, foram iniciados projetos para ampliar e melhorar os cemitérios de Paranaguá, Morretes e Antonina. O de Paranaguá pertencia à irmandade de São Francisco da Penitência e estava estabelecido fora do perímetro da cidade<sup>9</sup>. Os outros dois eram públicos e achavam-se localizados próximos às igrejas. Em 1857 foi autorizada a construção de novo cemitério em Paranaguá. Uma comissão formada pelo dr. João Maurício Freire, o engenheiro Stoppani, o vigário, o juiz de direito e o delegado de polícia, ficou encarregada da obra. Porém, alegando falta de recursos, a Câmara Municipal de Paranaguá não pôde concluí-la e a obra se arrastou até o final do século XIX, permanecendo inacabada. A construção de um cemitério consistia na demarcação topográfica do terreno, na edificação de um muro, portão, capela e calçadas internas, além da instalação de um sistema de abastecimento de água e drenagem do solo (DALLEDONE, 1980).

O medo que se tinha dos sepultamentos estava relacionado ao perigo do contágio. Formas alternativas, como a cremação, passaram a ser sugeridas por alguns médicos. Consta que no Rio de Janeiro existia uma sociedade de cremação dirigida pelo dr. Domingos Freire, cujos estudos relacionados aos microrganismos da febre amarela existentes nos solos dos cemitérios levaram o Ministério do Império a ordenar, em 1883, a construção de um forno nas adjacências do hospital de Santa Izabel para a cremação de indivíduos vitimados por aquela doença. Contudo, tal prática era aplicada somente aos indigentes. Pessoas de nível social mais elevado continuaram a ser sepultadas nos cemitérios (DALLEDONE, 1980).

Na perspectiva de Dalledone (1980), o clima e a salubridade na província do Paraná eram bons, contrastando com as cidades cujas condições de higiene eram notoriamente mais precárias. A autora atribui o baixo índice de mortalidade na província do Paraná não à assistência médica e sim à salubridade do clima e à baixa concentração populacional;

Os óbitos na Província eram considerados poucos em relação à sua população, fato atribuído mais à excelência do clima, do que aos cuidados da saúde pública. No entanto, contribuíam também para o aumento da idade média de vida outros fatores, tais como os

---

<sup>9</sup> Na Europa, segundo Foucault (2007), os cemitérios foram deslocados para a periferia das cidades a partir da década de 1780, quando passaram a ser individualizados, ou seja, com sepulturas e caixões individuais. Para Foucault (2007,) não foi por razões teológicas e sim político-sanitárias que se propôs a individualização do cadáver, do caixão e do túmulo.

*cuidados higiênicos, o saneamento básico e os avanços da medicina* (DALLEDONE, 1980: 40).<sup>10</sup>

Seus argumentos parecem contraditórios, pois estes fatores integram um quadro mais amplo de ações voltadas à saúde pública. O reconhecimento do papel de avanços médicos para o aumento da expectativa de vida contradiz sua tese de que o índice de mortalidade não estava relacionado à assistência médica.

Para Liliana Müller Larocca (2009), o clima salubre do Paraná era um mito relacionado a um determinismo climático. As teorias científicas do século XIX, baseadas em concepções miasmáticas e infeccionistas, atribuíam ao clima uma condição especial nas explicações relativas à saúde e à doença: “A coexistência de várias teorias explicativas sobre o adoecer e o morrer e o resgate hipocrático são possíveis explicações para o chamado determinismo climático, determinação em que estações úmidas e quentes seriam responsáveis por grandes flagelos: diarreia, febre amarela, entre outros. (LAROCCA, 2009: 33)”, o que me leva à observação mais geral de Foucault:

Salubridade não é a mesma coisa que saúde, e sim o estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível. Salubridade é a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos. E é correlativamente a ela que aparece a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde. (FOUCAULT, 2007: 93).

Assim, a província do Paraná, a despeito de suas condições climáticas, apresentava condições precárias de higiene e saneamento que se tornavam mais evidentes durante os surtos epidêmicos.

### **1.1 Ações políticas e avanços econômicos- científicos como possíveis soluções aos problemas sanitários**

Dalledone (1980) sustenta que os problemas de ordem sanitária recebiam investimentos e atenção de parte do governo na medida em que os avanços da ciência, aliados à expansão econômica e demográfica, impunham a necessidade de melhores condições de vida à população.

---

<sup>10</sup> Grifos meus.

Geroge Rosen (1994) por sua vez, ao adotar como exemplo a Inglaterra, país considerado pelo autor como o local de nascimento da moderna saúde pública, reconhece que o progresso científico lá ocorrido permitiu a utilização de novos equipamentos e técnicas que ampliaram não apenas a produção de mercadorias e alimentos como a expectativa de vida, mas que, no entanto, paradoxalmente, tal processo de industrialização acarretou um agravamento dos problemas de saúde pública:

A Revolução Industrial encontrou a Inglaterra sem nenhum sistema de governo local. A organização das cidades não seguia qualquer propósito mais útil de administração, e os distritos rurais não estavam em situação melhor. Assim, enquanto a indústria florescia e cidades-de-coque pululavam, a saúde e o bem-estar dos trabalhadores se deterioravam. A discrepância entre essa realidade e a filosofia do liberalismo econômico trouxe à baila a urgência de enfrentar os problemas de saúde pública. (ROSEN, 1994: 146).

A saúde ganharia relevância nos debates do século XIX a partir do momento em que passou a representar um empecilho ao progresso econômico e industrial. A atenção de médicos e autoridades públicas voltou-se para as condições de vida dos trabalhadores, mas não enquanto sujeitos/indivíduos e sim como instrumentos/corpos. Tal ênfase sobre o “social”, na perspectiva de Rosen (1994), sofreria uma inflexão a partir do desenvolvimento da bacteriologia: o antigo alvo, o ambiente social e físico, cederia espaço ao controle de doenças específicas. As ações de saúde pública concentrar-se-iam nos focos de origem de vetores e microrganismos responsáveis pela propagação e desenvolvimento das moléstias infecciosas.

Na perspectiva de Nancy Tomes (1990), essa mudança não representou uma ruptura drástica com paradigmas anteriores, como por exemplo, o miasmático. A bacteriologia não deixou de lado o contexto urbano e social. Fontes de infecção combatidas pelos médicos adeptos da teoria hipocrática, como atmosfera e circulação da água, passaram a ser alvo daqueles que se alinharam aos novos conhecimentos microbiológicos, os quais reordenaram as ações dos higienistas, possibilitando a aplicação de medidas sanitárias mais precisas.

Tomes analisa as propostas concernentes ao ambiente doméstico, sugeridas pelos sanitaristas norte-americanos para evitar infecções no final do século XIX e início do século XX. Tais medidas diziam respeito a ventilação, desinfecção, encanamentos, água purificada e limpeza em geral. Teriam um amplo efeito, inclusive, na esfera comercial, criando um lucrativo mercado de novos utensílios sanitários, alguns patenteados. Esse novo filão industrial faria uso da ansiedade criada em torno da limpeza, possibilitando a ascensão de companhias especializadas em serviços sanitários.

Ainda na perspectiva de Tomes, não apenas o comércio sofreu a influência dos preceitos das novas teorias biomédicas. Engenheiros civis também aufeririam vantagem com o interesse por encanamentos e equipamentos sanitários domésticos, especializando-se como inspetores e reformadores de drenagens domésticas. Essa questão daria ensejo ao paradoxo apontado por Rosen (1994), segundo o qual o impulso para as reformas sanitárias não teria partido da profissão médica, mas sim de administradores, economistas e engenheiros.

Outro autor que estuda os problemas ligados à saúde no continente americano é o historiador Marcos Cueto. A partir de uma perspectiva macro-histórica e de longo prazo, entrelaçando conjunturas e trajetórias de vida, Cueto (2007) descreve o contexto político e econômico da saúde das Américas ao longo dos séculos XIX e XX com o objetivo de compreender a formação e o desenvolvimento da Organização Pan-Americana da Saúde.

A primeira organização internacional de saúde nas Américas foi formada no final do século XIX. Até então, informa Cueto (2007), a maioria dos portos da América Latina, do Caribe e dos Estados Unidos contavam apenas com juntas de saúde a nível municipal ou estadual que funcionavam somente enquanto durassem os surtos epidêmicos. Analisando-se a situação brasileira na segunda metade do século XIX, percebe-se que, ao contrário do que afirma Cueto, havia uma junta central, a nível nacional, responsável pelas questões sanitárias do Império, à qual darei tratamento mais específico na seção onde analiso a inspetoria de saúde do porto de Paranaguá.

Outro grande problema estudado por Cueto, e que resultou em intensos debates entre médicos, reformadores, administradores e economistas no século XIX, foi a imposição, pelas juntas de saúde, de quarentenas e cordões sanitários, medidas que geraram conflitos com a indústria e o comércio naval:

Tais medidas não conseguiam prevenir os surtos epidêmicos, afetavam seriamente o comércio e levavam à escassez de suprimentos e à elevação dos preços de gêneros de primeira necessidade. Em diversas ocasiões, o anúncio de uma quarentena era considerado mais danoso, em termos econômicos, do que a própria epidemia (CUETO, 2007: 32).

Erwin H. Ackerknecht (1948) associa teorias médicas com ideologias políticas e mostra como, no século XIX, a discussão do contágio rompeu as fronteiras do círculo científico e assumiu contornos ideológicos externos à ciência, gravitando em torno de questões relacionadas a bens públicos e soberania individual. O contagionismo para seus influentes adversários era sinônimo de atraso, vinculado a normas sanitárias que emanavam dos Estados absolutistas, consideradas, assim,

autoritárias, irracionais e desconexas, uma vez que ameaçavam o livre-comércio. Por sua vez, o anticontagionismo estava associado ao liberalismo político-econômico e a propostas de reformas ambientais. Ackerknecht analisa o processo pelo qual os surtos epidêmicos levaram a iniciativas conjuntas de cunho preventivo de nações, no interior das quais as teorias contagionistas e anticontagionistas tiveram impacto significativo na regulamentação das condições sanitárias.

Segundo Luiz Otávio Ferreira (2009), o conceito de higiene no século XIX estava imbricado com o neo-hipocratismo, que adotava uma visão ambientalista dos problemas de saúde individuais e coletivos, pressupondo relação íntima entre saúde, doença, ambiente e sociedade. As constituições médicas elaboradas à luz desse modelo estabeleceram relações de causas e efeitos entre certas características do meio ambiente, tanto natural como social, e o surgimento coletivo de determinada enfermidade. Cenário ecológico e doença estavam intrinsecamente ligados. Os textos antigos e os neo-hipocráticos reconheciam certas doenças como contagiosas, por exemplo, a varíola. Em contrapartida, conforme constata Ferreira (2009), os anticontagionistas, que não se opunham completamente à teoria neo-hipocrática, acreditavam que a transmissão de determinadas moléstias não ocorria por meio de contágio direto, mas sim indireto, ou seja, a doença não poderia ser adquirida independentemente das condições ambientais que haviam estimulado a sua manifestação.

As epidemias e quarentenas também foram problemas vivenciados pela população de Paranaguá, gerando tensões entre autoridades políticas e sanitárias que analisarei posteriormente. Antes de discutir a formação e o desenvolvimento dos principais espaços de cura e das repartições ligadas à saúde pública de Paranaguá, considero importante, primeiramente, reconstituir, ainda que parcialmente, um quadro da movimentação do porto da cidade, o principal alvo das medidas públicas de organização sanitária e de controle das epidemias.

## **1.2 O porto e sua movimentação**

O crescimento do comércio internacional, do tráfego marítimo e da imigração no final do século XIX transformou os portos da América do Sul nos principais alvos das medidas sanitárias adotadas por governos locais. Para Marcos Cueto (2007), esse processo colocou não apenas a reformulação do comércio, como também a reorganização da saúde dos portos no centro dos projetos de modernização e centralização da vida política dos países latino-americanos:

Os problemas dos portos incluíam não apenas as condições sanitárias dos armazéns, mas também as condições de vida precárias dos marinheiros, portuários e pescadores. Os marinheiros e pescadores viviam em condições difíceis, seu trabalho era irregular e, fora da estação, eles precisavam encontrar outras fontes de renda. Os estivadores tinham que carregar cargas perigosas, como o carvão, que emitia gases asfixiantes, o petróleo, que podia deflagrar incêndios, fertilizantes como o guano, que prejudicavam a pele, e produtos agrícolas, que se deterioravam rapidamente. Havia também a ideia estereotipada de que, quando as tripulações passavam alguns dias num porto latino-americano, voltavam para o navio com alguma doença venérea (CUETO, 2007: 43).

Paranaguá era um porto de escala e o principal elo de ligação da província paranaense com as demais regiões do país e do mundo. Em 1881, a erva-mate era o principal produto exportado por aquele porto, tendo como destino principal a República do Prata e o Chile. A navegação de cabotagem era feita por escalas, por vapores de companhias brasileiras e alguns navios a vela de pequena tonelagem que realizavam o comércio entre Paranaguá e Rio de Janeiro, e que pertenciam a negociantes da Praça de Paranaguá e de outras cidades (AN, 1881, SM XM1114 FUNDO B2).

No final da década de 1870, além da erva-mate, a madeira ocupava posição significativa entre os produtos exportados pela província. Sem dúvida esse produto estava associado ao elevado consumo de dormentes nas construções ferroviárias em andamento no Império Brasileiro<sup>11</sup>. A Capitania não via esse comércio com bons olhos, pois, além de contribuir para a devastação das florestas, levava o trabalhador do campo a optar pelo corte de árvores ao invés da produção de alimentos, uma vez que o lucro da primeira atividade era imediato (AN, 1881, SM XM1114 FUNDO B2). A crítica à extração de madeira já pode ser identificada em 1869, quando a Capitania, em relatório ao Ministério da Marinha, afirmou que o corte de árvores traria sérios prejuízos aos cofres públicos e à agricultura local. Segundo Joaquim Guilherme de Mello Carrão, então Capitão do Porto de Paranaguá, a exportação de madeira de lei só trazia lucro aos contrabandistas e especuladores que gozavam de grande influência na região, aliciando os moradores locais por meio de dinheiro ou de ameaças de recrutamento, pois além de soldados para combater na Guerra do Paraguai (1864-1870), o império brasileiro precisava manter contingente para as insurreições internas<sup>12</sup>. Mello Carrão ainda afirmava que uma complexa rede de navios estrangeiros estava

---

<sup>11</sup> Sobre a estrada de ferro Paranaguá- Curitiba e sua relação com o porto ver: SHEIFER, 2008. Sheifer também examina o processo de reforma urbana da cidade de Paranaguá ocorrido nas primeiras décadas do século XX.

<sup>12</sup> O conflito na região do Prata teve origem na política uruguaia. O presidente uruguaio entrou em atrito com a Argentina e o Brasil, que acabou invadindo o Uruguai em 1865. Francisco Solano López, presidente do Paraguai, tomou as dores dos uruguaios e declarou guerra ao Brasil, ocupando posteriormente a província de Mato Grosso. Solano López também invadiu a província argentina de Corrientes, o que abriu caminho para a formação do tratado da tríplice aliança em maio de 1865, formada pelos seguintes países: Brasil, Argentina e Uruguai. No decorrer do conflito

ligada ao contrabando de madeira e às fraudes ao fisco, práticas que ocasionariam escassez de materiais e alimentos (AN, 1869, SM XM712 FUNDO B2)<sup>13</sup>.

A partir da década de 1870, começou a expandir-se a imigração no Paraná. Como consequência, o fluxo de embarcações estrangeiras no porto de Paranaguá também aumentou. Em 1877 entraram 208 embarcações vindas de portos nacionais, e 126 de portos estrangeiros, sendo que dez destas provavelmente transportavam passageiros. Nesse mesmo ano, saíram 142 embarcações para portos nacionais, e 187 para portos estrangeiros, sabendo-se que 60 destas últimas possivelmente transportavam passageiros. O número de navios com destino a portos do exterior era superior aos que entravam. Contudo, não é possível saber a nacionalidade das tripulações e o número de passageiros e tripulantes. Naquela época existiam em Paranaguá aproximadamente 58 embarcações tripuladas por 132 marinheiros, a maioria delas matriculada na Capitania dos Portos. Apenas duas eram vapores e pertenciam a uma empresa particular denominada *Companhia Progressista*, que oferecia viagens diárias aos portos de Barreiros (Santa Catarina) e Antonina. Algumas dessas embarcações realizavam pequenas viagens no interior da própria baía em intervalos que duravam em média de quatro a cinco dias (AN, 1878, SM XM1114 FUNDO B2). Em 1877 entraram no porto de Paranaguá aproximadamente 334 embarcações, aumentando esse volume para 378 nos anos de 1881 e 1884 (AN, 1885, SS IS 4 15 REL.15 FUNDO BF). Com relação às cartas de saúde, foram expedidas 193 e 231 em 1881 e 1882, respectivamente. A Inspetoria de Saúde do porto de Paranaguá cobrava uma taxa por carta expedida, sendo essa a única renda que auferia além da verba anual repassada pelo governo da província. A repartição arrecadava em média 508.200 mil réis anuais (AN, 1883, SS IS 4 15 REL.15 FUNDO BF).

O gráfico 14 mostra que, entre os anos de 1868 e 1869, os navios estrangeiros que entraram no porto de Paranaguá provieram em sua maioria das cidades do Rio de Janeiro e Montevideú. Em relação às embarcações saídas de Paranaguá no mesmo período, grande parte teve como destino

---

o Brasil começou a sofrer com a falta de combatentes, chegou-se a cogitar, sem sucesso, a contratação de mercenários. Existia grande resistência por parte da população ao recrutamento. Assim, o governo adotou medidas mais rigorosas para reunir soldados, prometendo inclusive a libertação do escravo que se alistasse (CARVALHO, 2012). De acordo com Chalhoub (2012), no Brasil do século XIX o recrutamento era uma importante estratégia no controle social de pessoas livres pobres. Quando chefes de polícia, da Corte ou das províncias enviavam ordens de recrutamento aos juízes de paz e subdelegados, muitos lavradores fugiam para as florestas ou recorriam à proteção de algum barão que utilizava tal prerrogativa para ampliar ainda mais o seu poder (CHALHOUB, 2012). Para informações mais detalhadas a respeito da Guerra do Paraguai ver: SALLES, 2003.

<sup>13</sup> Para um panorama mais completo sobre o mundo do trabalho e do comércio de madeira em Paranaguá ver: LEANDRO, 2003.

final Montevideu, Buenos Aires e Chile. Ao analisarmos o gráfico 15 podemos perceber que Rio de Janeiro e Santa Catarina foram as principais províncias a manter relações marítimas com o Paraná naqueles anos.

Os gráficos 16 e 17 mostram que em 1881 o porto de Paranaguá recebeu número de embarcações brasileiras superior às estrangeiras, sendo a maioria originária de dentro do Império. O gráfico 20 indica que, do total de embarcações que entraram e saíram do porto de Paranaguá durante o ano de 1881, 417 provinham de portos do Império e 249 de portos estrangeiros. Contudo, esses dados não informam a nacionalidade das tripulações, talvez pelo fato de que um navio vindo da Inglaterra, por exemplo, podia estabelecer uma rota que tocava diferentes cidades ao redor do mundo onde o capitão recrutava tripulantes de diferentes etnias.

De acordo com Westphalen (1998), as embarcações que ligavam o porto de Paranaguá aos demais portos do Império, por meio da navegação de cabotagem, eram provenientes, em sua maioria, das províncias do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Rio de Janeiro. Entre os anos de 1801 a 1878, 5.525 embarcações realizaram a navegação de cabotagem no porto de Paranaguá. Desse total, 2.696 tinham como procedência e destino o Rio de Janeiro, e 1.730, a província de Santa Catarina (WESTPHALEN, 1998: 35). As relações comerciais entre Paranaguá, Montevideu e Buenos Aires datam do início da década de 1810, mas só se tornaram constantes com a exportação regular de erva-mate a partir da década de 1820 (WESTPHALEN, 1998). Entre os anos de 1825 a 1878, 3.942 embarcações que realizavam navegação de longo curso aportaram em Paranaguá. Dessas, 3.262 tinham como procedência e destino o Rio da Prata, e 285, o Chile (WESTPHALEN, 1998: 38). A nacionalidade das embarcações que praticavam a navegação de longo curso entre os anos de 1826 a 1884 é majoritariamente brasileira, com um total de 647 navios, seguido por Espanha e Alemanha, com 141 e 127 navios respectivamente (WESTPHALEN, 1998: 40).

O importante a ressaltar é o significado socioeconômico de Paranaguá para a província do Paraná. O porto era a espinha dorsal do comércio da região. O principal produto exportado durante o século XIX foi a erva-mate, que possibilitou intensa relação entre o Brasil e os países da região do Rio da Prata. Apesar da importância desse comércio, Paranaguá mantinha fluxo marítimo constante com o Rio de Janeiro, cidade onde a febre amarela era endêmica. A imigração também teve peso relevante não só para a economia como para a saúde pública local. Os imigrantes eram em sua maioria de origem brasileira, porém o número de estrangeiros, sobretudo europeus, foi

significativo se comparado com a densidade demográfica local. O fluxo contínuo com a Corte Imperial e a entrada de pessoas originárias de outros países, não habituadas ao clima brasileiro, e que muitas vezes chegavam aqui atacados por alguma moléstia pestilencial, despertava a preocupação das autoridades sanitárias de Paranaguá, sobretudo em uma época em que a febre amarela representava grande ameaça à vida. Para reforçar esse quadro inicial do contexto econômico, político, social e sanitário de Paranaguá, apresentarei a seguir a história de duas repartições ligadas indiretamente à saúde pública da cidade, a Capitania dos Portos e a Companhia de Menores Aprendizes Marinheiros. Além de membro das comissões sanitárias formadas durante as quadras epidêmicas, o capitão do porto também era responsável pela Companhia que, como mostrarei adiante, foi importante espaço de cura para a região na segunda metade do século XIX.

### **1.3 Capitania dos Portos**

As Capitánias dos Portos foram criadas pelo decreto nº 558, de 14 de agosto de 1845, com o objetivo de policiar os portos do Império brasileiro. Seu regulamento foi instituído pelo decreto nº 447, de 19 de maio de 1846, que vigorou pelo menos até outubro de 1881, mas sem força de lei. Diferentes decretos, regulamentos e avisos, acabaram anulando as Capitánias dos Portos em praticamente todos os seus atos (AN, 1881, SM XM1114 FUNDO B2).

A de Paranaguá foi estabelecida pelo decreto nº 1241 de 1º de outubro de 1853, ano em que foi fundada a Província do Paraná. A Capitania, no entanto, entrou em funcionamento somente em fevereiro de 1854, tendo como primeiro comandante titular o capitão tenente Manoel de Bulhões Ribeiro (AN, 1879, SM XM1114 FUNDO B2). Em 1878, a Capitania dos Portos de Paranaguá requereu novo regulamento, pois aquele em vigor encontrava-se entrelaçado com o da Alfândega, ocasionando constantes atritos entre os dois órgãos. Os capitães de navios vinham registrando a tripulação sem obedecer às regras estabelecidas pelo regulamento de 1846, o que dificultava o trabalho do capitão do porto. Ainda em 1878, alguns deputados da Assembleia Legislativa da Província do Paraná chegaram a sugerir o fechamento da Capitania do Porto de Paranaguá, alegando que era inútil e que sua extinção traria uma economia aos cofres públicos. O capitão do porto, Joaquim Guilherme de Mello Carrão opôs-se à ideia, argumentando que a Capitania tinha grande importância para a marinha do Império brasileiro. Em sua visão, as Capitánias precisavam de novo regulamento, pois o de 1846 não tinha força de lei, e aquele baixado pelo decreto de 14 de abril de 1874 teria debilitado ainda mais a Capitania, ao abrir brechas para atos que o capitão

considerava imorais, como o direito de estrangeiros comandarem navios com pavilhões nacionais (AN, 1878, SM XM1114 FUNDO B2).

### **1.3.1 Estrutura, organização e quadro de funcionários**

Localizado na Rua da Praia, à beira mar, o prédio onde funcionava a Capitania do Porto de Paranaguá tinha pertencido ao Comendador Manoel Antonio Guimarães, o Visconde de Nácar. Três imóveis pertenciam à Capitania, todos necessitando de reparos. O primeiro era o próprio edifício onde estava a sede; o segundo, uma casa onde residia o oficial de fazenda, anexa ao quartel da Capitania; o terceiro, um prédio que servia como quartel da Companhia de Aprendizes Marinheiros (AN, 1881, SM XM1114 FUNDO B2). Além desses bens, a Capitania dispunha de lancha a vapor, utilizada por outras repartições públicas de Paranaguá como a Inspetoria de Saúde do Porto (AN, 1878, SM XM1114 FUNDO B2).

O quadro de funcionários da Capitania do Porto de Paranaguá no ano de 1874 era composto pelos seguintes cargos: capitão do porto; secretário; um encarregado pelo asseio da repartição; oficial de diligências; 1º, 2º e 3º faroleiro; maquinista; foguista; dois vigias responsáveis pelo balizamento dos portos de Antonina e Paranaguá; um patrão encarregado do escaler e, por fim, um prático-mor, cargo extinto em 1878 (AN, 1874, SM IIM 754 FUNDO B5). O funcionário que exercia essa última função tinha sob sua responsabilidade todo o material pertencente à Capitania, além de ser encarregado do serviço externo: balizamento e socorros marítimos. Também pilotava a lancha a vapor. Tão importante era que o capitão do porto solicitou ao governo da província do Paraná a restituição do cargo, pois, sem prático-mor, a Capitania precisava pagar práticos particulares quando necessitava utilizar a lancha a vapor (AN, 1878, SM XM1114 FUNDO B2).

Em 1881 o quadro apresentava algumas mudanças, abrangendo: comandante (capitão do porto); um oficial de diligências; um maquinista da lancha a vapor; um patrão de escaler; seis remadores, 1º e 2º faroleiros que ficavam no Farol das Conchas, e um 3º faroleiro responsável pelo farolete da Fortaleza da Barra<sup>14</sup>. Havia ainda um secretário, um oficial de fazenda da Companhia de Aprendizes Marinheiro que, das nove às onze e meia da manhã, lecionava as primeiras letras aos aprendizes, e de onze e meia às duas e meia da tarde, cuidava dos assuntos da Capitania (AN, 1881, SM XM1114 FUNDO B2).

---

<sup>14</sup> Ambos os faróis estavam localizados na Ilha do Mel.

A Capitania dos Portos de Paranaguá era responsável pelo balizamento dos portos<sup>15</sup> e fiscalização dos práticos (AN, 1869, SM XM712 FUNDO B2). A partir de 26 de outubro de 1867, a praticagem só pôde ser exercida por aqueles aprovados nos exames realizados pela Capitania (AN, 1881, SM XM1114 FUNDO B2).

Foi intensa a rotatividade dos capitães do porto de Paranaguá. Os principais motivos seriam a insalubridade da cidade e a desorganização da repartição, que não tinha sequer arquivo de modo que muitos documentos acabavam extraviados. Pelo menos três Capitães morreram no exercício da função por terem contraído algum tipo de doença: capitão tenente Raposo, o capitão de Mar e Guerra Mello Carrão e o capitão tenente Telles de Menezes. Alguns deixaram o cargo e partiram para outra região, às vezes, pelo fato de terem adoecido na cidade, como foi o caso do capitão tenente Miguel Antonio Pestana, que permaneceu em Paranaguá só dois meses e dezenove dias. Os secretários da Capitania sofreram igualmente com as enfermidades locais: alguns faleceram, outros deixaram a cidade (AN, 1885, SM XM1114 FUNDO B2). O capitão do porto de Paranaguá, Irineu José Rocha, pediu demissão do cargo quando sua mulher contraiu grave enfermidade, mas não foi exonerado, recebendo apenas trinta dias de licença. Foi substituído em 24 de julho de 1886 pelo 2º tenente, Bernardo Silveira de Miranda, então comandante interino da Escola de Aprendizes Marinheiro, da qual tratarei a seguir (AN, 1886, SM XM1114 FUNDO B2).

### **1.3.2 Companhia de Aprendizes Marinheiros**

Instalada em 26 de novembro de 1864, a Companhia de Aprendizes Marinheiros de Paranaguá era comandada pelos capitães dos portos. Nas províncias onde existiam arsenais, as Companhias de Aprendizes Marinheiros estavam subordinadas a seu inspetor, conforme o decreto nº 1517 de 4 de janeiro de 1855. O regulamento de 24 de outubro de 1857, anexo ao decreto nº 2003, criou as Companhias de Aprendizes de Santa Catarina e Pernambuco, sujeitando a primeira ao comando do capitão do porto e a segunda ao inspetor do arsenal. No Paraná, como não existia arsenal, a Companhia também respondia ao capitão do porto (AN, 1878, SM XM1114 FUNDO B2). Seria desvinculada da Capitania somente após o decreto 9.371 de 14 de fevereiro de 1885 (AN, 1885, SM XM1114 FUNDO B2). No entanto, tenho dúvidas se foi colocado em prática, uma vez que, Irineu José da Rocha, capitão do porto de Paranaguá, ainda constava como Comandante da

---

<sup>15</sup> O balizamento consiste na sinalização de um canal, rio ou braço de mar por meio de boias e/ou balizas.

Escola em relatório de 1885<sup>16</sup>, afirmando neste documento que ela necessitava de um jovem oficial comandante com dedicação exclusiva (AN, 1885, SM XM1114 FUNDO B2).

O quadro de funcionários da Companhia de Aprendizes Marinheiros de Paranaguá, em 1875, era composto por comandante, médico, oficial de fazenda, capelão contratado, fiel, mestre, um enfermeiro e ainda guardas e imperiais marinheiros. Naquele ano, a Companhia contava com quarenta e quatro menores aprendizes (AN, 1875, SM XM712 FUNDO B2). Em 1878 as funções de capelão e imperial marinho não são mencionadas, mas figura novo cargo, o de cozinheiro (AN, 1878, SM XM1114 FUNDO B2).

A Companhia funcionou em prédio cedido após a organização da Capitania dos Portos, a qual se instalou em prédios alugados até a compra do imóvel que a sediará em definitivo (AN, 1878, SM XM1114 FUNDO B2). Em 1885 a Capitania e a Escola funcionavam em dois edifícios térreos separados por um corredor a céu aberto, entre a Rua Visconde de Nácar e o Largo do Riachuelo (AN, 1885, SM XM1114 FUNDO B2).

### **1.3.3 O cotidiano na Companhia**

Os menores aprendizes eram submetidos a inspeções de saúde, tanto ao ingressar na companhia como ao deixá-la, ao completarem dezesseis anos, quando então faziam exames para completar seus estudos no Corpo de Imperiais Marinheiros na cidade do Rio de Janeiro. Muitos não conseguiam aprovação. Foi o caso do jovem Francisco Maria do Espírito Santo, considerado incapaz para o serviço da Armada Imperial pelo dr. Eugenio Guimarães Rebello: segundo o laudo deste, Espírito Santo apresentava palidez extrema, fraqueza, ventre protuberante ou “desenvolvido”, pressão baixa, tumores duros e móveis nos flancos, diarreia, tosse constante e febre. O médico diagnosticou uma tuberculose mesentérica (AN, 1872, SM XM341 FUNDO B5). O menor de dezesseis anos, Manoel de Lara, também foi considerado incapaz ao ser submetido a uma inspeção que apontou um “aleijão” incurável no braço esquerdo em virtude de fratura que havia sofrido. Lara foi desligado da Companhia e considerado incapaz de prosseguir no serviço da armada (AN, 1877, SM XM341 FUNDO B5).

O recenseamento de 1872 acusou 12.224 menores entre seis a quinze anos na província do Paraná, assim distribuídos: em Curitiba 1.330; 284 em Morretes; 708 em Antonina; 174 em

---

<sup>16</sup> A partir do ano de 1885, a Companhia de Menores Aprendizes Marinheiros de Paranaguá passa a ser referida pela documentação como Escola de Aprendizes Marinheiros nº 9.

Guaratuba; 1.112 em Paranaguá e 8.616 nos municípios restantes. Desde a fundação da Companhia até 1875, Paranaguá contribuiu com 152 crianças e adolescentes para o alistamento, enquanto Antonina enviou apenas cinco, Morretes três e Guaratuba dois (AN, 1878, SM XM1114 FUNDO B2). O número de menores apresentado pelo censo de 1872 mostra que o alistamento para a Companhia era baixo. Em 1875, ela contava com quarenta e quatro menores matriculados. O comando julgava esse número insuficiente e pedia aumento no orçamento e atenção mais efetiva das autoridades para melhorar o prestígio da repartição perante a sociedade (AN, 1875 SM XM712 FUNDO B2).

O capitão do porto de Paranaguá, Joaquim Guilherme de Mello Carrão, lamentava em 1877 a diminuição do número de menores matriculados na Companhia em virtude do não cumprimento das determinações do governo por parte dos juizes de órfãos: as crianças que deveriam alistar-se eram entregues a particulares. Para Mello Carrão, ao invés de ostentar farda e obter futuro mais digno e honroso, essas crianças eram vistas nas vendas públicas a beber, fumar e praticar jogatinas, sendo a policia leniente ao se limitar a dispersá-las e não açoitá-las. Assim, com a redução de crianças que deveriam engrossar as hostes da marinha, a Companhia corria o risco de ser extinta, sugerindo Carrão o fechamento imediato daquelas localizadas em províncias de menor importância. Dessa forma lucrariam os cofres do governo, uma vez que as despesas com as companhias eram elevadas, e sem um corpo numeroso de marinheiros, apenas davam prejuízos<sup>17</sup>. Em 1878, o número de internos caiu para vinte, alguns já prestes a completar a idade de ir para o Corpo de Imperiais Marinheiros (AN, 1878, SM XM1114 FUNDO B2).

Ao que tudo indica, em virtude do declínio no índice de alistamento da Escola de Aprendizes Marinheiros de Paranaguá, passaram a ser recrutados, de forma indevida, menores de seis a sete anos, sem os devidos exames médicos obrigatórios por lei (AN, 1885, SM XM1114 FUNDO B2). Para se ter uma noção de como funcionava o recrutamento da Companhia, recorro a exemplo fornecido pela Escola de Aprendizes Marinheiros da província do Rio Grande do Sul. Em 22 de outubro de 1886, ingressou lá o menor Felicíssimo da Silveira, cor parda, quatorze anos de idade, natural de Pelotas. Silveira foi levado ao delegado de polícia local pelo tutor, Firmo Manuel da Silveira, que abriu mão da gratificação de 100 mil réis ao qual tinha direito, em favor dos bens

---

<sup>17</sup> As profecias já podiam ser ouvidas em 1875, quando o comandante da Companhia afirmava: “não está longe a época em que seja preciso eliminar do quadro esta Companhia por falta de menores” (AN, 1875, SM XM712 FUNDO B2).

do tutelado. Os menores também eram submetidos a recrutamento pelo Juiz de Órfãos, pelo delegado ou pelos pais. Alguns se alistavam voluntariamente (AN, 1886, SM IIM702 FUNDO B5).

É possível constatar que em 1886 a maioria dos internos não possuía família. Durante o período de férias, recolhiam-se ao quartel apenas durante as refeições. Para evitar prolongada ociosidade, a Escola de Aprendizes Marinheiros organizava tabelas de exercícios que incluíam aparelho e manobra, remo e bordejo realizados em escaleres, bem como a prática diária de esgrima de baioneta entre as nove e dez horas da manhã, e de infantaria entre as duas e três horas da tarde. Durante as quintas feiras os menores internos gozavam de folga para se dedicarem a seus afazeres particulares (AN, 1886, SM IIM702 FUNDO B5). Além de formar marinheiros, a Escola fornecia ensino primário aos menores. O exame aplicado em 1886 permite constatar que as áreas do conhecimento avaliadas eram leitura de manuscritos e impressos; caligrafia; aritmética; gramática portuguesa e geografia do Brasil (AN, 1888, SM IIM702 FUNDO B5).

A preocupação em mantê-los ocupados estava relacionada à imagem que a Escola tinha perante a população. Ela torna-se nítida quando analisamos o caso de dois menores aprendizes que não se enquadravam no regulamento da repartição e por determinação do presidente da Província foram removidos para a Corte, em 1886. A transferência foi justificada pelo péssimo comportamento dos jovens que, além de “incorrigíveis”, poderiam exercer má influência sobre os demais aprendizes. A *Gazeta Paranaense* publicou a seguinte nota sobre a questão:

Pelo Sr. Delegado de Polícia desta Capital, foi ontem enviado para a Companhia de Menores o liberto Francisco, de cor preta, de 12 anos de idade mais ou menos, filho da liberta Benedita Teixeira de Freitas. Este menor vivia abandonado, pois sua mãe não podia com ele, e diversas queixas de furtos e desordens foram dadas à autoridade que o remeteu para a Marinha. Há outros menores que infestam a nossa Capital, sem ocupação, sem pai nem mãe, e que começam bem cedo no caminho do vício e da vagabundagem (GP, 4/4/1886).

Com base nesta nota, o comando da Escola de Aprendizes Marinheiros de Paranaguá, concluiu que a opinião pública, e diversas autoridades responsáveis pelo envio de menores à Escola, consideravam-na uma espécie de reformatório, uma casa de correção, e não um local onde eram formados imperiais marinheiros (AN, 1886, SM IIM702 FUNDO B5). Aqueles que conheciam o cotidiano da Companhia teriam outra visão, voltada para o lado filantrópico e para as

vantagens que tão útil instituição oferece, não só à Marinha Brasileira dando-lhe marinheiros moralizados e instruídos, como também à sociedade em geral, pois facilita que

grande número de meninos saía do estado miserável e ignorante em que vivem e consigam os meios de tornarem-se bons cidadãos (AN, 1875, SM XM712 FUNDO B2).

### 1.3.4 Companhia de Menores Aprendizizes: um espaço de cura

O mapa nosológico apresentado em 1885 pelo dr. João Francisco Lopez Rodrigues mostra que as moléstias mais comuns entre os menores aprendizes eram febres intermitentes, totalizando mais de trinta casos<sup>18</sup>. Outras moléstias atingiam os internos da Escola, assim denominadas: febres remitentes palustres, bronquites, suspensão da transpiração, hepatites, caquexias palustres, febres gástricas e reumatóides. Na visão do comandante da Escola, a internação dos menores na Santa Casa de Misericórdia implicava custo elevado para o governo da província do Paraná, situação que se agravava pela falta de controle dos internamentos que não eram realizados de acordo com a gravidade da doença, mencionando-se o caso de um menor que ficou internado lá entre os dias 21 de janeiro e 26 de abril para tratar de uma simples anemia (AN, 1885, SM XM1114 FUNDO B2)<sup>19</sup>.

Até 1886, a Escola mandava formular as receitas médicas de que tinha necessidade em farmácia particular, mas a partir de então passaria a fazê-lo em instalações próprias, com matéria-prima recebida da Corte. Contudo, a falta de recursos não permitiu que isso fosse realizado. O capitão do porto e comandante da Escola decidiu, então, que os aprendizes enfermos seriam tratados na Santa Casa de Misericórdia mediante diária de 2 mil réis (AN, 1886, SM IIM702 FUNDO B5). O Ministério da Marinha já havia autorizado, em 1883, o internamento de menores naquele hospital, porém, restritos aos casos mais graves (AN, 1885, SM XM 1114 FUNDO B2). A partir de 1886, ficaram limitados a casos de doença contagiosa. Os dados sobre os quais me fundamento informam que, nessa época, a enfermaria da Escola de Aprendizizes estava em melhores condições sanitárias e higiênicas, dispondo, inclusive de mais recursos para tratar enfermos do que a própria Santa Casa de Paranaguá (AN, 1886, SM IIM702 FUNDO B5).

Para o dr. João Francisco Lopez Rodrigues, uma das causas das doenças que acometiam os menores era a inexistência de fardamento suficiente para vesti-los: quando as fardas eram submetidas a lavagem, as crianças permaneciam despidas no alojamento até que secassem.

---

<sup>18</sup>Nessa época a Escola possuía vinte e cinco matriculados, e nas estatísticas do dr. Rodrigues haviam mais de trinta casos de febres intermitentes. Como os menores foram tratados pela Santa Casa, o mapa elaborado pelo médico tinha como base as informações retiradas do livro daquela irmandade, o que justifica esse número superior ao de matriculados na Escola.

<sup>19</sup>Doenças graves como a catarata poderiam ser tratadas gratuitamente pela irmandade, contudo, a pessoa que adquirisse essa enfermidade não poderia receber os cuidados necessários em Paranaguá, uma vez que na região não existiam especialistas nessa doença (AN, 1885, SM XM1114 FUNDO B2).

Considerava esse médico, que o bom desenvolvimento de uma criança requeria boa alimentação, indumentária adequada ao clima, ar puro e exercícios físicos. A Escola de Aprendizizes, porém, não tinha recursos ou estrutura para atender àquelas necessidades. Durante o inverno, os menores deveriam receber meias de lã, e no verão, usar somente roupas de brim<sup>20</sup>. O exercício de remo foi a única atividade constatada pelo médico, que julgava importantes também exercícios de mastro, simuladores de navios, barras fixas e trapézios. Em relação à alimentação, Lopez Rodrigues defendia distinção de cardápios nas diferentes províncias, de modo a atender a recursos e disponibilidades locais. Sugeria a confecção de uma tabela de alimentação para cada província, mantendo, contudo, certa equidistância em relação a um modelo padronizado. Em Paranaguá, o bacalhau foi o alimento mais servido aos menores. Complementavam a dieta, pão, carne seca, feijão, arroz, farinha, manteiga, verduras e legumes. Os mais ingeridos eram abóbora e batata. Consumia-se também uma ração de verduras, segundo Lopez Rodrigues, crucial para o habitante de climas quentes, pois ajudava nas defecações (AN, 1885, SM XM1114 FUNDO B2).

A Companhia de Menores Aprendizizes Marinheiros de Paranaguá, subordinada à Capitania dos Portos, pode ser considerada um espaço de cura, pois ali existiam médicos e uma enfermaria, cujas instalações, como disse, pareciam apresentar melhores condições que as da Santa Casa de Misericórdia. Os espaços de cura na província do Paraná restringiam-se à capital e à região litorânea. Eram lazaretos, enfermarias, clínicas particulares, hospitais provisórios e as Santas Casas de Misericórdia de Curitiba e Paranaguá, esta última, objeto de estudo da próxima seção.

#### **1.4 Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá**

Para compreender a organização e as funções da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá durante o século XIX é preciso recuar alguns séculos e cruzar o Oceano Atlântico para conhecer o processo de formação da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, cujo modelo seria transplantado para o Brasil e outras colônias ultramarinas.

A criação das irmandades está vinculada ao assistencialismo e à caridade, cuja prática, segundo Maria Renilda Nery Barreto (2011), é realizada na Europa desde o século XI. Durante a

---

<sup>20</sup> Segundo um aviso datado de 23 de junho de 1875, os aprendizes deveriam usar blusa somente na formatura e durante os passeios. Em outros dias, principalmente no inverno, os menores muitas vezes ficavam desprotegidos do frio. Os documentos indicam ainda que a alimentação era insuficiente: a porção de carne servida era de cerca de 110 gramas, quantidade que, de acordo com a documentação, não supria as necessidades dos adolescentes (AN, 1875, SM XM712 FUNDO B2).

revolução comercial (séculos XII e XIII), as obras de caridade laicas e as Confrarias da Misericórdia tiveram suas atividades expandidas, passando a dar assistência aos pobres e doentes que não tinham como pagar pelos cuidados de saúde (BARRETO, 2011).

A partir do século XV, a caridade assume um caráter individual, distinguindo-se da assistência de cunho institucional (confraria e hospitais). Tinham em comum o aspecto religioso e devocional, ainda que ambas fossem consideradas laicas. Nesse período, o assistencialismo foi sacralizado e a doutrina da caridade, institucionalizada. Esse modelo, de acordo com Barreto (2011), envolvendo articulação entre igreja, monarquia e poderes locais, serviria como fonte de inspiração para a fundação das Santas Casas de Misericórdia portuguesas:

O Estado português, ao transferir para as Misericórdias responsabilidades assistenciais tão abrangentes, reforçou a intervenção de segmentos sociais de elite na gestão da assistência, mantendo esta última no campo da caridade. Esse modelo foi inaugurado com a fundação da Misericórdia de Lisboa, em 1498, que forneceu a matriz organizacional para as demais. Coube às Misericórdias a garantia do sistema de assistência pública, como a organização e administração de casas para recolhimento de mulheres viúvas e órfãs, o amparo e os cuidados em relação às crianças abandonadas, a concessão de dotes a moças pobres e casadoiras, o zelo aos presos, os cuidados com os doentes (fosse na residência destes ou no hospital) e a administração de cemitérios e do enterramento não apenas dos membros da Misericórdia, mas de todos, mesmo aqueles não ligados a qualquer irmandade (BARRETO, 2011: 5-6).

Para Barreto (2011), as Irmandades da Misericórdia eram subordinadas às elites locais, e constituíam um local de afirmação de poder e prestígio social das oligarquias e também um espaço de negociação entre riqueza e pobreza. Ser membro da irmandade significava posição de destaque na sociedade.

A fundação da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá está relacionada ao surgimento da Sociedade Patriótica dos Defensores da Independência e Liberdade Constitucional<sup>21</sup> e à construção da capela do Senhor Bom Jesus dos Perdões. Segundo Júlio Moreira (1953), um dos principais objetivos da SPDILC foi garantir a transição segura do Primeiro para o Segundo Reinado. A sociedade instalou-se em Paranaguá em 9 de outubro de 1831, durante o período regencial, arregimentando, inicialmente, quarenta e oito pessoas. Todas influentes, da elite política, econômica e social da região. Logo na primeira sessão foi aprovado o estatuto que regeria a sociedade e o projeto de construção de um hospital. Segundo Moreira (1953), o comerciante Manoel Francisco Correa Junior foi o responsável pela apresentação deste projeto ao conselho da entidade em 26 de

---

<sup>21</sup> Daqui para frente: SPDILC.

julho de 1835. Previa também a alteração do estatuto da SPDILC de modo a transformá-la em Irmandade de Misericórdia, o que possibilitaria a manutenção de uma Santa Casa<sup>22</sup>. Seus sócios passariam a pagar um taxa anual para a manutenção do hospital.

A Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá foi inaugurada em 8 de dezembro de 1836. A primeira mesa tomou posse no dia 11 do mesmo mês. O compromisso da irmandade, no que dizia respeito à parte eclesiástica, fora aprovado pelo prelado da diocese D. Manoel Joaquim Gonçalves de Andrade. Em relação à parte civil e administrativa, o compromisso fora aprovado pela Assembleia Provincial, conforme a lei nº30, de 7 de março de 1836. Seu fundo inicial totalizava 632.940 réis (AN, 1862, SI IIIJ 9 430 CX 373 FUNDO AA).

O hospital funcionou provisoriamente na casa do tenente coronel Manoel Francisco Correia, na Rua Boa Vista. O aluguel da casa foi estipulado em 10 mil réis por mês. O cirurgião Manoel José da Cunha Machado foi o primeiro médico a prestar serviços ao hospital da irmandade, tendo como auxiliares dois enfermeiros e três serventes. Em 1838 o médico irlandês, Guilherme Wyle, passou a exercer seu ofício no hospital<sup>23</sup>. Nessa mesma época, o juiz de paz sugeriu que os variolosos fossem recolhidos à Santa Casa. A direção da irmandade não concordou e sugeriu ao juiz que aqueles enfermos fossem tratados na chácara do patrão-mor Manoel de Araújo França, convertida em hospital de isolamento (MOREIRA, 1953)<sup>24</sup>.

A construção do hospital definitivo só foi concluída em 1841, junto à capela do Bom Jesus dos Perdões, cuja existência data de 1710. Leiamos a descrição que fez dele Antonio Vieira dos Santos:

Sua frente é de cem palmos, fronteados com o frontispício da capela, e de fundos setenta para o lado da rua da Misericórdia. Na face que olha para o lago do mesmo nome, tem 6 janelas de peitoril e para a rua da Misericórdia, 1 porta principal da entrada deste edifício. Suas divisões interiores são: uma grande sala onde se fazem as sessões da Irmandade, que ocupa duas janelas da frente. Tem mais uma hospedaria com uma janela, outra hospedaria maior, que tem duas janelas e nesta cabem dez enfermos, e na esquina uma sala com outra janela a cada lado e que serve de botica. Entre estas salas as divide um corredor desde a entrada até o fundo para a parte da capela do Bom Jesus de 8 palmos de largo. No lado do fundo tem uma sala e alcova, onde moram os enfermeiros e três salas que servem de enfermarias de mulheres e despejos do serviço do hospital. Em um grande puxado de

<sup>22</sup> Segundo Moreira (1953), com a promulgação da Regência, a entidade passou a voltar suas atenções para a filantropia.

<sup>23</sup> Até o advento da República, muitos médicos trabalharam na Santa Casa, entre eles: Manoel José da Cunha Machado; Guilherme Wyle; Carlos Tobias Rechsteiner; Alexandre Bousquet; Ricardo Augusto Velloso Rego; Leocádio José Correia; João Evangelista Espindola; José Justino de Melo.

<sup>24</sup> Moreira não especifica onde exatamente ficava tal chácara.

continuação do mesmo edifício tem quartos de serviço, despensas da casa e cozinha (SANTOS, 2001b: 151-152).

As fontes primárias indicam que a Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá enfrentou na segunda metade do século XIX constantes dificuldades para prestar atendimento médico à população pobre em virtude da falta de recursos:

Até, senhores, por falta de meios, teve ela com dor de fechar seu estabelecimento a muitos desvalidos, recebendo apenas marinheiros, como é obrigada, por ser seus únicos réditos os emolumentos da marinha, como se demonstra da conta corrente nº7! Ainda assim o documento nº8, vos fará ver o número dos enfermos marinheiros e pobres que se tem tratado no hospital desde seu estabelecimento até 31 de dezembro do ano findo. Agora não tendo a Irmandade outros réditos além dos emolumentos da marinha, dos módicos anuais e de poucas esmolas que tudo junto chega apenas para as despesas já muito economizadas no tratamento dos marinheiros, pois talvez em breve a necessidade a force a não socorrer como é de seu dever, esses mesmos, atendendo a que esse ano parece ter decrescer muito a navegação, em razão da baixa de gêneros que exporta esta Cidade para os mercados do Rio da Prata (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARANAGUÁ, 1850, *apud* SANTOS, 2001b: 158-159).

Vê-se assim que as principais fontes de receita da Santa Casa eram emolumentos da marinha; contribuições da Alfândega; esmolas; joias e anuidades dos irmãos; aluguéis; juros de apólices; subvenções provinciais e pagamento dos doentes mais abastados. Por sua vez, as principais despesas eram com tratamento e alimentação de enfermos; medicamentos; déficits que se acumulavam durante os anos; despesas com médico; vencimento dos empregados; esmolas; missas; materiais e objetos para uso do hospital. Em 1870 a irmandade tinha uma apólice da dívida pública no valor de um conto de réis a juros de 6%. Ela também recebia uma quantia da Alfândega de acordo com o movimento das exportações. Se os impostos recolhidos sofressem redução, caía o valor repassado à Santa Casa (APEP, 1870, AP 344)<sup>25</sup>. Dessa forma, o comércio marítimo exercia influência direta sobre a assistência proporcionada pela Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá.

Receitas e despesas da Santa Casa entre os anos de 1865 a 1885:

ANO	RECEITAS	DESPESAS	DIFERENÇA
1865	1.133\$441	3.588\$883	-1.955\$442
1864	3.229\$124	4.272\$227	-1.043\$103

<sup>25</sup> O imposto cobrado pela Alfândega e doado à Santa casa era sobre “líquidos espirituosos” e os equipamentos de embarcações entradas na barra. Quando a navegação costeira era feita com vapores e não com navios a vela, esse imposto não era cobrado (APEP, 1882, AP 672, Arquivo IJIP Vol. 26, Ofícios).

1868	3.708\$147	3.179\$703	+528.444
1870	4.724\$753	5.401\$087	-676.334
1874	4.360\$943	4.517\$527	-156.584
1876	4.642\$168	4.063\$541	+578.627
1877	4.079\$803	3.661\$495	+418.308
1880	7.245\$770	6.171\$591	+1.074\$179
1885	6.308\$855	4.840\$625	+1.468\$230

Fonte: APEP, AP'S: 230; 293; 344; 511; 537; 672 e 766.

Apesar das inúmeras queixas relacionadas à impossibilidade de atender um público maior e com melhor qualidade em virtude dos baixos recursos, o quadro acima mostra que a Santa Casa obteve saldos positivos superiores aos negativos durante duas décadas. No entanto, não podemos pensar sua forma de atuação somente pelo viés caritativo. Conforme vimos, o hospital da Santa Casa não se mantinha apenas com doações. Entre outras fontes de renda, havia os pagamentos recebidos por doentes que podiam arcar com os custos do seu tratamento. Todo enfermo pensionista recolhido à enfermaria geral da Santa Casa pagava uma diária no valor de 2.000 réis, independente da sua condição social<sup>26</sup>. Para os pensionistas especiais, tratados em quartos particulares, o valor da diária era maior. Segundo o capitão do porto, Joaquim Guilherme de Mello Carrão, em 1878 existia apenas uma casa de saúde em Paranaguá, a Santa Casa de Misericórdia. Seu provedor àquela época era o médico Leocádio José Correia (1848-1886) que, de acordo com o capitão, recebia vinte mil réis mensais pelos serviços prestados à irmandade. Mello Carrão, em ofício enviado ao presidente da Província, reclamava que o hospital da Santa Casa não fornecia tratamento digno aos doentes, além de não tratar casos de moléstia contagiosa e epidêmica. O doente cujo tratamento duraria alguns dias na enfermaria da Companhia de Menores Aprendizizes, levaria muito mais tempo na Santa Casa, pois como eram cobradas diárias, o período de tratamento era estendido o máximo possível. Mello Carrão afirmava que a Santa Casa não exercia a caridade (APEP, 1878, AP 553, Arquivo IJIP Vol. 20, Ofícios). Para verificar essa informação, analiso a seguir as estatísticas referentes à Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá que podem revelar, além do perfil socioeconômico dos pacientes tratados, as principais doenças que acometiam a população local.

De acordo com o gráfico 4, a maioria dos pacientes tratados lá durante os anos de 1863 e 1864 tinham entre quatorze e cinquenta e seis anos e eram do sexo masculino. O gráfico 5, por sua

<sup>26</sup> Conforme Barreto (2011), a Santa Casa de Misericórdia de Salvador, em 1835, cobrava o valor de mil réis por uma diária.

vez, mostra o mapa estatístico do hospital de acordo com as profissões dos enfermos. Nos anos de 1867 e 1868 não foi tratado nenhum mendigo. Marítimos totalizaram 37; serviços domésticos, 19; e militares, 10. Em 1869 e 1870, quatro mendigos foram internados no hospital da Santa Casa, porém, os marítimos perfaziam o maior número de enfermos, seguidos por trabalhadores domésticos e lavradores. Nos anos de 1873 e 1874 nenhum mendigo recebeu tratamento. Desta vez a categoria “trabalhador” representou o maior número de doentes, seguida por marítimos, trabalhadores domésticos e militares. Por fim, em 1876 e 1877, novamente nenhum mendigo recebeu tratamento, predominando as categorias ocupacionais já citadas: trabalhadores domésticos, marítimos, lavradores, trabalhadores e militares. Durante esse mesmo período, mostra o gráfico 7, a maior parte dos doentes que buscaram socorro junto à irmandade era solteira e de nacionalidade brasileira, seguido por italianos e portugueses. Somente onze escravos foram tratados no decorrer desse exercício.

Em relação às principais doenças tratadas no hospital da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá durante os anos de 1876 e 1877, o gráfico 9 aponta a sífilis com o maior número de casos, seguida pela caquexia palustre, febre intermitente e doenças respiratórias. A febre amarela vem em sétimo lugar, contrariando as queixas do capitão Joaquim Guilherme de Mello Carrão, segundo as quais a Santa Casa não tratava doenças epidêmicas. A febre amarela foi uma das principais responsáveis pelos óbitos ocorridos no hospital nesse mesmo período, conforme demonstra o gráfico 10.

O gráfico 3 traz um levantamento estatístico da mortalidade em Paranaguá no ano de 1877. A maioria dos falecidos era do sexo masculino e de origem brasileira. Morreram no decorrer desse ano apenas nove escravos e duzentos e uma pessoas de condição livre<sup>27</sup>. As doenças responsáveis pelo maior número de óbitos ocorridos em 1877, de acordo com o gráfico 1, não foram especificadas. A segunda doença que mais matou naquele ano foi a dentição<sup>28</sup> e em terceiro, o tétano de recém-nascido. A febre amarela ficou em sexto lugar, com um total de dez óbitos.

---

<sup>27</sup> Esse número é considerado elevado para uma população de aproximadamente 8.000 pessoas. Portanto, ao contrário do que afirma Dalledone (1980), não existia na província do Paraná e principalmente na cidade de Paranaguá um índice baixo de mortalidade.

<sup>28</sup> As mortes por dentição provavelmente estavam relacionadas com o que atualmente denomina-se *doença periodontal*, doença inflamatória de origem infecciosa, mais especificamente, uma contaminação bacteriana da gengiva ou dos ligamentos periodontais, (*grosso modo*, sistema que liga o dente ao osso). A infecção periodontal pode estar relacionada com diabetes, além de ocasionar alterações cardiovasculares, derrames e propiciar o desenvolvimento de patologias pulmonares (ARAÚJO; SUKEKAVA, 2007).

O gráfico 11 revela que entre os anos de 1883 e 1884, a maior parte dos pacientes tratados era de origem brasileira, portuguesa, alemã, italiana e espanhola. Nesse período, apenas um escravo recebeu tratamento. É possível observar também que a idade média dos enfermos tratados na Santa Casa oscilou entre vinte a cinquenta anos de idade, conforme demonstra o gráfico 12. Segundo o gráfico 13, nenhum caso de febre amarela foi registrado, sendo a febre intermitente a principal doença tratada nesses dois anos (1883-1884).

Mediante as análises das estatísticas da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá referentes às décadas de 1860, 1870 e 1880, é possível inferir que a maior parte dos doentes era do sexo masculino. O número de mendigos e escravos tratados foi muito reduzido. Entre as profissões predominaram marítimos, serviços domésticos e militares. Pode ser que a categoria “serviços domésticos” inclui-se escravos, no entanto essa distinção não pôde ser verificada nas fontes primárias.

Em relação à nacionalidade dos enfermos, a maioria era de origem brasileira, mas também foi significativo o número de portugueses e italianos, indicando o aumento da imigração durante o século XIX. A referência a escravos e mendigos nas fontes consultadas é muito pequena, o que pode significar que essa parcela da população recorria aos curandeiros. O doente típico da irmandade foi o homem branco com algum ofício que lhe permitisse arcar com pelo menos parte dos custos do tratamento. Portanto, a Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá, apesar de ser um dos principais espaços de cura na província do Paraná durante o século XIX, não foi um local relevante para pobres e escravos.

A seguir, analiso outra repartição que também contribuiu para a organização sanitária da região, o lazareto da Ilha das Cobras, local para onde eram enviadas pessoas sadias ou acometidas por doenças como varíola, cólera e febre amarela, para cumprirem quarentena e ficarem em observação.

### **1.5 Lazareto da Ilha das Cobras**

Um aviso circular de 10 de junho de 1855 recomendava ao governo da província do Paraná que tomasse todas as medidas necessárias para que a população local não fosse atingida pela epidemia de cólera que assolava a província do Pará. A principal medida de impacto na área da saúde foi a decisão de construir um lazareto na Ilha das Cobras, distante três léguas de Paranaguá. O vice-presidente da província do Paraná, Theófilo Ribeiro de Resende, nomeou em 11 de agosto de

1855 uma comissão composta pelo delegado de Polícia de Paranaguá, pelo provedor de Saúde do porto e por um engenheiro civil para demarcar, na ilha, o local onde seria construído o hospital, que contaria ainda com uma casa para quarentena de passageiros e para alojar mercadorias. Ambos os prédios ficariam em uma parte da ilha denominada “Ponta do Corvo”. No dia 31 de agosto o governo abriu licitação para as obras. Como nenhum interessado compareceu, ficaram por conta do próprio governo, cabendo a fiscalização ao escriturário da Alfândega de Paranaguá, Francisco José Pinheiro (AN, 1857, SI III 9 429 CX 373 FUNDO AA).

Segundo a comissão, o lazareto teria 50 palmos de frente por 40 de fundo, porém, Pinheiro sugeriu que fossem acrescentados mais 25 palmos de frente para que as enfermarias fossem mais amplas, sugestão aceita pelo vice-presidente da província do Paraná. Em 22 de dezembro de 1855, Francisco José Pinheiro informou ao governo da província que as obras estavam concluídas, restando fazer apenas alguns aterramentos e a caiação das paredes. O custo total da obra foi de 4.537.080 contos de réis, valor considerado elevado na época (AN, 1857, SI III 9 429 CX 373 FUNDO AA) <sup>29</sup>.

O lazareto era propriedade do governo nacional, mas a Ilha das Cobras pertencia a José Pereira Malheiros, que foi “indenizado” para que a mesma passasse a pertencer ao Império brasileiro. A compra da Ilha das Cobras foi autorizada no ano de 1857, contudo, somente em 1859, o vice-presidente da província do Paraná, Luiz Francisco da Camara Leal, persuadido pelo provedor de Saúde do Porto de Paranaguá, Alexandre Bousquet, que temia uma epidemia de febre amarela na Comarca de Paranaguá, efetivou a transação (AN, 1859, SM XM 54 FUNDO B5) <sup>30</sup>. Segundo a nota autorizando a compra da Ilha, emitida em 30 de dezembro de 1857, o valor pago foi de 1.500.000 contos de réis, três vezes menos que o valor pago na construção do prédio do lazareto (AN, 1858, SI III 9 429 CX 373 FUNDO AA). A documentação de que disponho informa que nem Malheiros nem qualquer outro morador poderiam morar ou usufruir de benefícios na Ilha em virtude do fim a que agora se destinava o lazareto. Os “benefícios” certamente diziam respeito à fertilidade do solo, à água abundante e de boa qualidade e à extensão da Ilha, então com perímetro de meia légua (3,3Km) (AN, 1857, SI III 9 429 CX 373 FUNDO AA).

---

<sup>29</sup> A ilustração 5 traz um esboço do projeto do lazareto da Ilha das Cobras. As ilustrações 1,2 e 3 mostram o projeto do lazareto de Antonina.

<sup>30</sup> O motivo da construção do lazareto, segundo a documentação, foi a epidemia desenvolvida na província do Pará, que eu suponho, teria sido de cólera morbo. Em relação à compra da ilha, ela teria sido motivada pelo receio da introdução da febre amarela na cidade de Paranaguá.

O lazareto da Ilha das Cobras, subordinado à Inspetoria de Saúde do Porto de Paranaguá, mais tarde à Inspetoria de Higiene da Província do Paraná, tornou-se o local para onde passavam a ser enviadas as pessoas suspeitas de portar ou já estarem acometidas pela febre amarela, para que lá fossem isoladas e colocadas em quarentena, para tratamento e observação.

Quase dois anos após o término da construção do lazareto, ele foi alvo de uma inspeção minuciosa solicitada pelo governo da província ao engenheiro civil do Paraná, Carlos Stoppani, cujas conclusões não foram nada positivas. Stoppani inicia seu relatório enaltecendo os responsáveis pela construção do lazareto, uma ação humanitária em prol da sobrevivência das futuras gerações. Elogiava o local escolhido, distante do contato humano, em terreno seco e arenoso, às margens do oceano, portanto exposto aos ventos que impediam a concentração de miasmas. Para Stoppani, externamente, o edifício do lazareto parecia um palacete, mas não julgou que estivesse em condições de fornecer serviços de qualidade, em virtude, talvez, de a obra estar inacabada ou do abandono em que já se encontrava o prédio (AN, 1857, SI III 9 429 CX 373 FUNDO AA).

Afirmava o engenheiro que não bastava uma sólida e elegante construção para o bom funcionamento de um lazareto; seriam necessários também bons funcionários e administradores. Quando Stoppani chegou à Ilha das Cobras, deparou com um edifício sem assoalho, sem forro, com portas sem fechaduras, janelas sem vidraças e telhado muito frágil. Ficou impressionado também, com o quadro caótico formado pelas camas, colchões, cobertores, roupas de cama, mesas, macas, penicos, pratos, tigelas, canecas, talheres e copos. A botica estava em igual desordem, com medicamentos acondicionados em copos e vidros destampados, alguns quebrados e espalhados pelo chão. Stoppani declarou-se inconformado com o desperdício de dinheiro público e com o fato de ter sido ludibriado o presidente da Província quanto ao real estado de conservação do lazareto (AN, 1857, SI III 9 429 CX 373 FUNDO AA).

O edifício tinha 2.800 palmos quadrados (135,5m<sup>2</sup>), dos quais, 2.000 (96,8m<sup>2</sup>) destinados à enfermaria, com capacidade para até trinta enfermos<sup>31</sup>, distribuídos em quatro quartos. Segundo Stoppani, todo lazareto deveria possuir uma botica completa, um boticário e um enfermeiro, além do médico<sup>32</sup>. A moradia deste não precisaria estar dentro do lazareto<sup>33</sup>, mas o boticário e o

---

<sup>31</sup> Esse número total de enfermos só poderia ser atingido, após minuciosos cálculos de espaçamento entre as camas, para que os enfermeiros pudessem circular pela enfermaria (AN, 1857, SI III 9 429 CX 373 FUNDO AA).

<sup>32</sup> O lazareto de Paranaguá não dispunha integralmente desses recursos. A botica não era completa e não havia um boticário que residisse no local para fornecer medicação aos enfermos.

enfermeiro deviam residir junto aos doentes, possuindo o lazareto cômodos para esse fim. Stoppani propunha que um dos quartos fosse destinado à botica e à moradia do boticário. Outro quarto deveria abrigar o enfermeiro e o cozinheiro quando o número de enfermos fosse reduzido, além do depósito de objetos. Argumentava o engenheiro que, com essa distribuição mais racional dos aposentos e serviços, melhoraria a condição sanitária, a confiança moral dos doentes, a conservação dos materiais, resultando tudo isso em significativa economia aos cofres do governo. Os objetos que se achavam em desordem deveriam ser organizados, numerados, inventariados e recolhidos a algum aposento. Recibos passariam a ser entregues ao zelador, que ficaria responsável pela conservação dos objetos, devendo entregá-los ao enfermeiro em bom estado quando houvesse necessidade deles. Os serviços de reforma do lazareto foram orçados por Stoppani em 1.158.000 contos de réis, incluindo o reparo do telhado, envidraçamento das janelas, colocação de fechaduras nas portas, confecção do assoalho e do forro (AN, 1857, SI III 9 429 CX 373 FUNDO AA).

O relatório de Stoppani é datado de 2 de setembro de 1857. Em 26 do mesmo mês, o governo informou ao Ministério do Império que, caso o custo da reforma fosse considerado elevado, a obra poderia ser realizada em duas etapas, o que resultaria no fracionamento do valor total. Em relação aos objetos, utensílios e medicamentos que se encontravam em desordem no lazareto, a informação dada foi que medidas cabíveis já estavam sendo tomadas (AN, 1857, SI III 9 429 CX 373 FUNDO AA).

Tudo indica que as reformas propostas por Stoppani não saíram do papel, ou então os materiais nela empregados foram tão ruins que não resistiram muito, pois já em setembro de 1858, nova restauração era requisitada pelas autoridades públicas. Segundo o governo da província, o lazareto continuava sem fechaduras nas portas, janelas com caixilhos envidraçados, forro, assoalho, sendo ainda necessária a substituição do telhado. Os reparos custariam aproximadamente dois contos e meio de réis. O hospital de isolamento da Ilha das Cobras estava avaliado em três contos de réis, mas se fosse vendê-lo não obteriam nem a metade daquele valor<sup>34</sup> (AN, 1858, SI III 9 429 CX 373 FUNDO AA).

Dessa vez os melhoramentos no hospital parecem ter sido concretizados, ainda que parcialmente, mas já em 1860 novas melhorias eram solicitadas ao Ministério do Império. A urgência dos reparos agora tinha a justificativa da varíola e febre amarela que reinavam nas cidades

---

<sup>33</sup> Stoppani recomendava a construção de uma casa para abrigar o médico durante as quadras epidêmicas.

<sup>34</sup> Lembro que a construção do edifício custara mais de quatro contos de réis.

de Paranaguá e Santos. Deduzo que as reformas pedidas em 1858 foram feitas parcialmente por duas razões: a solicitação elaborada pelo governo da província do Paraná dois anos depois menciona o fato de que o telhado apresentava goteiras, e o assoalho e os barrotes, inexistentes até 1858, estavam podres, o que ocasionava intensa umidade no interior do lazareto; segundo, porque o delegado de Paranaguá, Antonio P. da Costa, recomendava que o prédio fosse forrado, assoalhado e as janelas da enfermaria envidraçadas, o que denota que as reformas anteriores não atingiram todos os cômodos do prédio (AN, 1860, SI IJ 9 429 CX 373 FUNDO AA). Os constantes reparos sofridos pelo lazareto poderiam ser atribuídos não apenas à ausência de um zelador que cuidasse da sua manutenção, mas também à falta de planejamento e ao emprego de material ruim no edifício. Medidas preventivas poderiam prolongar o tempo útil de uma reforma, mas não foi esse o raciocínio utilizado pelas autoridades responsáveis por aquele patrimônio.

Em fevereiro de 1862 o governo cogitava a possibilidade de contratar um zelador e um vigia para o lazareto, preferindo, no entanto, encontrar uma pessoa que se dispusesse a morar no prédio sem receber nada por isso, retirando-se quando houvesse necessidade de utilizar o edifício para abrigar enfermos, passageiros e mercadorias. Em contradição com a decisão de não permitir que Malheiros, ex-proprietário da Ilha, residisse nela, foi a permissão concedida pelo governo à família de Antonio Luiz Pereira para que se instalasse na Ilha sob a condição de zelar pelo lazareto. Esse zelo, no entanto, parece não ter surtido efeitos positivos, pois algum tempo depois, o delegado de Polícia e o inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá concluíram que o edifício precisaria de reformas urgentes para não ruir completamente (AN, 1862, SI IJ 9 430 CX 373 FUNDO AA).

Em maio de 1863 não residia mais lá a família de Antonio Luiz Pereira e sim a de Manoel da Silva, que recebeu também o convite para exercer a função de enfermeiro quando houvesse doentes. Segundo o dr. Ricardo Augusto da Silva Rego, inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá, somente com a promessa de remuneração, ainda que baixa, seria possível manter uma pessoa a zelar pelo lazareto (AN, 1863, SI IJ 9 430 CX 373 FUNDO AA).

A documentação de que disponho informa que o presidente da província do Paraná autorizou a Alfândega de Paranaguá, em 1867, a pagar mensalmente vinte mil réis ao enfermeiro e zelador Manoel da Silva (AN, 1867, SI IJ 9 431 CX 373 FUNDO AA). Tudo indica que a sua permanência no lazareto durou até junho de 1869 quando Alexandre Bousquet, inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá, solicitou ao governo da província a contratação de novo funcionário para residir na ilha. Segundo Bousquet, a gratificação de 20 mil réis mensais paga a Manoel da Silva fora

suspensa em março de 1869, e embora vivesse em lastimável estado de pobreza, ele continuara a prestar serviços de forma gratuita. A urgência na contratação de novo funcionário se devia à iminência de chegar a Paranaguá um grupo de imigrantes que, a julgar pelas cartas de saúde recebidas, poderia trazer a febre amarela que grassava na cidade do Rio de Janeiro (AN, 1869, SI IJJ 9 431 CX 373 FUNDO AA).

O Ministério do Império autorizou o gasto de 50 mil réis mensais a mais na verba “lazaretos” para 1868-1869, viabilizando a contratação de um funcionário que servisse como “mordomo” do hospital, e concedeu ainda verba extra de mil réis diários para o pagamento de um guarda para o prédio. O mesmo pedido foi estendido ao exercício de 1869-1870. Os dados indicam, contudo, que a gratificação mensal paga ao zelador foi de 30 mil réis e não 50 mil, conforme previsto. A 5ª seção do Ministério do Império argumentou que a Comarca de Paranaguá era uma região pobre, e residindo os funcionários em ilha distante do centro populacional, o valor da gratificação paga a eles podia ser reduzida (AN, 1869, SI IJJ 9 431 CX 373 FUNDO AA).

Reajustes salariais foram solicitados, mas nem sempre atendidos. Foi o caso do zelador e enfermeiro, José da Silva Cruz, que recebia 30 mil réis mensais. Pediu ao governo da província aumento de 500 réis, sendo apoiado pelo então inspetor de Saúde, Leocádio José Correia, alegando este que o funcionário tinha família numerosa para sustentar e precisava se deslocar constantemente à cidade para cumprir suas funções (AN, 1874, SI IJJ 9 433 CX 374 FUNDO AA). A gratificação paga ao zelador e enfermeiro era a mesma desde a criação do lazareto na década de 1850. A solicitação de Cruz foi feita em dezembro de 1874, mas em agosto de 1875 o lazareto foi roubado, com prejuízo estimado em 200 mil réis. Em função disso, José da Silva Cruz foi demitido (AN, 1875, SI IJJ 9 433 CX 374 FUNDO AA).

### **1.5.1 Uma comparação com o lazareto de Ilha Grande**

O lazareto de Paranaguá não dispunha de alas separadas para homens e mulheres. O dr. Ricardo Augusto da Silva Rego, inspetor de Saúde do Porto, em relatório de 1863, sugeriu que o lazareto dispusesse de um espaço para mulheres enfermas (AN, 1863, SI IJJ 9 430 CX 373 FUNDO AA). Até esse ano, as fontes não indicam qualquer intenção de separar passageiros e enfermos por

classes ou gêneros, diferentemente do que ocorria no lazareto de Ilha Grande, no litoral do Rio de Janeiro<sup>35</sup>.

Construído em 1884, em virtude de uma epidemia de cólera que grassava no Mediterrâneo, este último fora projetado por comissão composta pelo engenheiro do Império, Francisco Antonio de Paula Freitas, pelo inspetor de Saúde dos Portos, dr. Nuno de Andrade e pelo Barão de Teffé, Antonio Luis Von Hoonholtz. Em relatório enviado ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores, Paula Freitas fez questão de frisar que os passageiros de primeira, segunda e terceira classe dos navios não deviam se misturar. Além disso, no lazareto de Ilha Grande o projeto levaria em consideração a renovação do ar e a vigilância dos quarentenários, pois o lazareto era um serviço de isolamento e não um hospital (SANTOS, 2007).

Aberto em fevereiro de 1886, o lazareto de Ilha Grande ficou subordinado à Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, órgão do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. O decreto 9.554, de 3 de fevereiro de 1886, dividia os serviços em administrativos e médicos. Aos primeiros caberia a conservação dos prédios. O serviço médico era responsável pelas visitas (tanto aos internos quanto aos navios), tratamento de enfermos e inspeção das cartas de saúde. A internação dos passageiros teria duração conforme os períodos de incubação das doenças a controlar. Na febre amarela e no cólera era, respectivamente, de oito e dez dias. O mesmo decreto estipulava que o inspetor geral de Saúde dos Portos seria responsável pela organização de um regimento interno para o lazareto de Ilha Grande, fixando o número de empregados e suas atribuições (SANTOS, 2007).

Como vimos, o lazareto de Paranaguá era um edifício que não comportava mais do que quatro aposentos. Já em Ilha Grande existiam dois conjuntos de prédios. O primeiro consistia em seis armazéns próximos ao cais, ocupando área de 9.000m<sup>2</sup> ladeada por altos muros. Nesses armazéns fazia-se a desinfecção de cargas e bagagens. Quatro armazéns recebiam as cargas dos navios e dois estavam equipados com estufas de desinfecção sistema *Virchow*, e a elas eram levadas as bagagens dos passageiros por meio de pequeno vagão sobre trilhos. Após a desinfecção, as bagagens passavam a outro armazém onde permaneciam estocadas. Existiam ainda no lazareto de Ilha Grande construções destinadas a armazenamento de água, sistema de esgoto, caixas para lavagem dos pavilhões, dois galpões para armazenagem de materiais e fiscalização de cargas, uma

---

<sup>35</sup> No ano de 1868, em um novo orçamento para reforma do edifício do lazareto de Paranaguá, é possível constatar que um cômodo exclusivo para o internamento de mulheres já havia sido disponibilizado.

casa reservada ao destacamento e à guarda da Alfândega, além de várias casas para os vigias (SANTOS, 2007).

O segundo prédio ficava em região da Ilha denominada Praia Preta e destinava-se à recepção dos passageiros. Era uma construção grande e quadrangular que abrigava até quinhentos passageiros da terceira classe. Em seu interior havia vários pequenos salões e dois pátios internos com banheiros e lavatórios. Os pavilhões para passageiros da segunda e primeira classe foram construídos em terreno que distava aproximadamente quinhentos metros da enseada. Aí foram erguidos cinco prédios divididos em blocos. Aqueles destinados à primeira classe possuíam dezesseis quartos, cada um com capacidade para até três pessoas. Os prédios destinados à segunda classe abrigavam número maior de pessoas, e seus quartos eram relativamente menores. Dois outros prédios serviam à enfermaria e ao almoxarifado. Todos os pavilhões possuíam banheiros, salas e varandas comuns, além de cozinhas e refeitórios. As refeições eram realizadas separadamente. Os serviços não eram completamente gratuitos: cobravam-se taxas de internação para a cobertura dos gastos com a manutenção de enfermos e quarentenários, variando as taxas conforme a classe, como nos navios de passageiros (SANTOS, 2007).

Sem dúvida, o número de imigrantes e passageiros que desembarcavam no porto do Rio de Janeiro era muito superior ao do porto de Paranaguá, o que explica, em parte, as diferenças entre seus lazaretos. Pelo menos até 1886, o do Paraná não dispunha de sistema de desinfecção como aquele da Ilha Grande (o que não significa que as desinfecções não fossem realizadas). Este lazareto passou por diversas reformas, inclusive nos métodos de controle dos quarentenários, atendendo a novas necessidades impostas pelos avanços no conhecimento científico. Isso não aconteceu no Paraná, onde pessoas doentes eram alojadas junto com as sadias (AN, 1876, SI III 9 433 CX 374 FUNDO AA). No entanto, as autoridades sanitárias de Paranaguá sabiam da importância dessa separação e reivindicavam recursos para executá-la.

### **1.5.2 Conflito de atribuições**

A estrutura hierárquica gerou alguns conflitos em Paranaguá. Em 1873, a Tesouraria da Fazenda do Paraná sugeriu que o lazareto ficasse sob a sua responsabilidade, sendo entregue ao inspetor de Saúde somente em momentos de crise sanitária. A sugestão devia-se ao fato de que, toda vez que surgia a necessidade de colocar o lazareto em funcionamento, novos objetos e utensílios indispensáveis a seu funcionamento tinham de ser novamente comprados. Para a Tesouraria, os

médicos não tinham sensibilidade alguma para os gastos públicos. Em resposta, o inspetor de Saúde, Eugenio Guimarães Rebello, objetou que aquela repartição não entendia de saúde (AN, 1873, SI IJJ 9 432 CX 374 FUNDO AA).

Ao contrário de Ilha Grande, onde eram cobradas taxas de internação, o lazareto de Paranaguá atendia gratuitamente, mas só os indigentes. Oficiais do exército, por exemplo, enviados à ilha para internação ou tratamento, tinham suas despesas pagas pelo Ministério da Guerra. Em relação aos imigrantes, tudo indica que os custos eram pagos pelo Ministério do Império. Foi o caso da imigrante Eugenia Guglielmi Antoni, que após contrair varíola ficou em tratamento no lazareto junto com a família. As despesas, segundo a Inspetoria de Saúde, totalizaram 442.980 mil réis. O governo comprometeu-se a pagar somente 180.380 mil réis. O inspetor de Higiene da Província do Paraná considerou os gastos com a imigrante exagerados, e propôs que fossem pagos pelo Ministério da Agricultura. A caiação e desinfecção do aposento onde foi recolhida a variolosa custaram, respectivamente, 50 e 20 mil réis. Na perspectiva do inspetor de higiene, com 2 mil réis seria possível comprar um cargueiro de cal e pedra, e um dia de serviço a 3 mil réis bastariam para a caiação. Com relação à desinfecção, afirmou que a Inspetoria de Saúde do Porto tinha dois guardas disponíveis para a realização do serviço (AN, 1889, SI IJJ 9 435 CX 375 FUNDO AA)<sup>36</sup>.

Entre os gastos com o tratamento de Eugenia G. Antoni, havia cinco viagens não especificadas e pagamento de 2 mil réis diários a um homem, e mais mil réis diários a uma mulher, também sem especificação. O inspetor de higiene argumentou que estas pessoas não poderiam ter sido contratadas como enfermeiros, pois já existia um casal com essa incumbência no lazareto. E mesmo que não houvesse, argumentava ainda, não seria conveniente contratar um homem para cuidar de uma única variolosa e sua família. Para o inspetor, a doente poderia ser curada pela própria natureza, sem a necessidade de medicação, o que não justificava o valor gasto com medicamentos e assistência médica. Já o inspetor de Saúde do Porto, que prestou assistência médica à enferma, foi enfático ao declarar que tal procedimento fazia parte de suas atribuições (AN, 1889, SI IJJ 9 435 CX 375 FUNDO AA). Esse episódio ilustra bem a falta de organização no lazareto paranaense e o conflito entre duas instâncias de saúde pública local, a Inspetoria de Higiene da Província e a Inspetoria de Saúde do Porto de Paranaguá, conflitos que serão aprofundados no terceiro capítulo, quando tratarmos das epidemias de febre amarela.

---

<sup>36</sup>Para a aquisição de desinfetantes, a Inspetoria de Saúde de Paranaguá tinha uma verba exclusiva para esse fim, como poderá ser visto na seção que trata especificamente dessa repartição.

Quando nenhum surto epidêmico ameaçava a população de Paranaguá, o lazareto permanecia desativado, sem dúvida por razões econômicas. Os serviços de vigilância e conservação do edifício pareciam não funcionar, como indica o fato de que era necessário comprar novos materiais toda vez que ele era reativado. Além de ineficácia administrativa, isso demonstra pouca preocupação com a saúde pública. A proposta mais comprometida com o patrimônio público foi sugerida somente pelo engenheiro Carlos Stoppani. Nenhuma fonte indicou-me que os inspetores de saúde do porto de Paranaguá ou mesmo os próprios presidentes da província tivessem tomado iniciativa semelhante.

As reformas foram constantes no lazareto da Ilha das Cobras em Paranaguá, mas não para adequá-lo a novos conhecimentos científicos, e sim para evitar a completa ruína do edifício. Segundo Dalledone (1980), o governo provincial pouco podia fazer em relação à saúde pública. As iniciativas públicas de organização sanitária e controle de epidemias não tinham caráter permanente em virtude da escassez de recursos financeiros. Para José Murilo de Carvalho (1980), as áreas de saúde e saneamento, durante o Segundo Reinado, só recebiam investimentos durante as crises epidêmicas. E, de fato, no Paraná, durante as quadras epidêmicas, verbas especiais eram aprovadas por meio de decretos na tentativa de solucionar a crise rapidamente. Os investimentos em saúde não eram considerados parte da estratégia de crescimento econômico e sim despesas extraordinárias.

Na próxima seção analisarei a Inspetoria de Saúde do Porto. A instalação das inspetorias tinha como principal razão conter a entrada e a propagação de doenças na província. Para melhor compreender a organização daquela de Paranaguá farei breve incursão pela estrutura e funcionamento da saúde pública no império brasileiro, em particular a formação da Junta Central de Higiene Pública criada em 1850, no Rio de Janeiro, com o objetivo de administrar as Juntas Municipais em todo o Império e de atuar no combate à febre amarela que acabara de irromper na capital brasileira.

## **1.6 Inspetoria de Saúde do Porto de Paranaguá**

Em 1885 o estado sanitário da cidade de Paranaguá era considerado insalubre devido a doenças como as febres palustres, então qualificadas como de caráter tifoso e icteróide. Comissão liderada pelo dr. José Eduardo Teixeira de Souza, encarregada de elaborar um relatório sobre a Inspetoria de Saúde do Porto de Paranaguá, constatou que durante as “estações calmosas” de 1872 e de 1876 a 1885, a febre amarela esteve presente em Antonina e Paranaguá, ora de forma epidêmica,

ora esporadicamente<sup>37</sup>. Isso foi atribuído ao estado lastimável das cidades e vilas do litoral do Paraná, que não contavam com nenhum planejamento de higiene urbana. Teixeira de Sousa chamou atenção para a “saturação telúrica” que, aliada a princípios “fitozimóticos”, oferecia ambiente favorável ao desenvolvimento de “germes pestilentos”. Nas palavras do médico, ficavam “alimentando-se latentes à espera de propício ensejo a novas mortíferas irrupções” (AN, 1885, SS IS 4 15 REL. 15 FUNDO BF). O controle das doenças contagiosas, segundo a comissão chefiada por ele, só seria possível com eficientes medidas de saneamento consideradas impraticáveis em razão dos enormes recursos monetários que demandariam (AN, 1885, SS IS 4 15 REL. 15 FUNDO BF).

A Inspetoria de Saúde de Paranaguá dispunha de uma verba de 12 mil réis anuais para a aquisição de desinfetantes e outros objetos e rotinas<sup>38</sup>. Para a comissão essa quantia era insuficiente, e explicava inclusive o precário arquivamento da escrituração da Inspetoria entre os anos de 1862 e 1874. Os inspetores que exerceram a função de 1859 a 1862, e de 1874 a 1884, deixaram a correspondência oficial registrada em livros que compravam com o próprio dinheiro. A qualidade dos serviços era prejudicada pela inexistência de uma lancha própria da Inspetoria, que realizava os serviços marítimos com escaler da polícia do porto (AN, 1885, SS IS 4 15 REL. 15 FUNDO BF).

Segundo a comissão, o lazareto da Ilha das Cobras contava com enfermaria de doze camas, considerada insuficientes, além de sala, alcova, varanda e cozinha. O relatório identificava a já referida prática de misturar quarentenários com pessoas acometidas por doenças contagiosas. Apesar das irregularidades, a Ilha das Cobras foi considerada pela comissão o melhor lugar para a instalação de um lazareto. O que existia ali não funcionava adequadamente, mas não poderia ser preterido, tendo em vista a intensificação dos processos de colonização e imigração observados na província do Paraná (AN, 1885, SS IS 4 15 REL. 15 FUNDO BF).

A comissão recomendou ao governo da província que tomasse as medidas necessárias para melhorar o estado sanitário do porto de Paranaguá e suas adjacências, dando ênfase, curiosamente, às medidas para evitar a propagação do impaludismo. Sugeriu que a Alfândega disponibilizasse uma de suas salas para servir de sede à Inspetoria, e que convertesse um dos cargos de guarda para a função de secretário. O Ministério do Império alegou que isso seria impossível, pois alteraria os

---

<sup>37</sup> O relatório foi elaborado a pedido do governo central, pois Teixeira de Souza o enviou ao senador João Florentino Meira de Vasconcellos.

<sup>38</sup> Conforme menção feita na seção dedicada ao lazareto de Paranaguá em relação à verba recebida por parte da Inspetoria de Saúde para a compra de desinfetantes.

serviços de inspeção dos portos<sup>39</sup>. Com relação ao escaler, a saída proposta pela comissão foi um acordo com o Ministério da Marinha<sup>40</sup>. A respeito do lazareto, além da urgente reforma de seu prédio, urgia transferir para outro lugar o cemitério situado a poucos metros do edifício onde enfermos e quarentenários eram alojados (AN, 1885, SS IS 4 15 REL. 15 FUNDO BF).

Foram identificadas irregularidades nas funções exercidas pelos funcionários da Inspeção de Saúde. Não estariam sendo cumpridos os artigos 7 e 8 das instruções de 15 de outubro de 1881, que diziam respeito a visitas a bordo que os ajudantes dos inspetores deviam fazer. Também era negligenciado o artigo 62 do regulamento de 23 de janeiro de 1861, que estipulava: quando não houvesse ajudantes, as visitas ficariam a cargo do inspetor, à época Leocádio Correia. Na cidade de Paranaguá, as visitas eram realizadas pelo guarda da inspeção, sem o consentimento do Ministério do Império (AN, 1885, SS IS 4 15 REL. 15 FUNDO BF)<sup>41</sup>.

Os recursos recebidos pela Inspeção não eram suficientes para manter uma estrutura minimamente adequada que possibilitasse serviços de melhor qualidade. Faltava aos inspetores autonomia para tomar decisões a respeito, tanto de serviços internos como externos. Assim, a execução de determinada medida sanitária deveria ter o consentimento do presidente da Província ou do ministro do Império. A Junta Central tinham pouca influência e muitas vezes exercia função meramente consultiva. Vejamos a seguir breve história sobre ela para compreender as razões de suas limitações em Paranaguá.

### **1.6.1 Junta Central de Higiene Pública**

Os serviços de saúde no Brasil sofreram significativa transformação com a chegada da Corte Portuguesa em 1808. O controle sanitário foi intensificado também em virtude da abertura dos portos brasileiros às “nações amigas”. Assim, foram transferidas de Portugal para o Brasil instituições como a Fisicatura-mor e a Provedoria-mor, que substituíram a Junta do Protomedicato, criada em 1782 com a responsabilidade de fiscalizar os ofícios relacionados à cura. Eram

---

<sup>39</sup> Pelo regulamento de 1861, tanto a Inspeção de saúde de Santa Catarina, como a Inspeção de Saúde do Paraná, tinham direito a dois guardas.

<sup>40</sup> O Ministério do Império pagava metade das despesas que o da Justiça tinha com o escaler pertencente à Delegacia do Porto de Paranaguá.

<sup>41</sup> A esperança da comissão seria que o novo inspetor que assumisse a repartição após o falecimento de Leocádio Correia, cessasse com as práticas irregulares que vinham perpetuando-se ao longo dos anos. No entanto, talvez devêssemos nos perguntar: Essas práticas irregulares não eram o resultado da própria negligência do governo central em relação às regiões periféricas do Império?

atribuições da Fisicatura-mor fiscalizar alimentos, comércio, bebidas, medicamentos e as artes de curar. O controle destas era dividido entre físico-mor (médicos, boticários e curandeiros) e cirurgião-mor (parteiras, dentistas e sangradores). Por sua vez, a Provedoria-mor tinha como responsabilidade a inspeção sanitária dos portos.

Após a proclamação da independência do Brasil, a Fisicatura começou a ser hostilizada em função do sentimento antilusitano que a relacionava aos interesses portugueses. A lei de 30 de agosto de 1828 extinguiu os cargos de Físico-mor e Provedor-mor e suas atribuições foram transferidas para as Câmaras Municipais e Justiças Ordinárias<sup>42</sup>. Em outubro de 1828, nova lei reordenou as funções das Câmaras Municipais, ampliando-as e diversificando-as. Assim, ficaram responsáveis pelos serviços ligados à segurança, saúde pública, ordenamento do espaço urbano e o comércio local<sup>43</sup>. Leiamos o que dizia o novo regimento das Câmaras a respeito de questões que direta ou indiretamente se relacionavam à saúde pública:

§ 1º Alinhamento, limpeza, iluminação, e despachamento das ruas, cais e praças, conservação e reparos de muralhas feitas para segurança dos edifícios, e prisões públicas, calçadas, pontes, fontes, aquedutos, chafarizes, poços, tanques, e quaisquer outras construções em benefício comum dos habitantes, ou para decoro e ornamento das povoações.

§ 2º Sobre o estabelecimento de cemitérios fora do recinto dos templos, conferindo a esse fim com a principal autoridade eclesiástica do lugar; sobre o esgotamento de pântanos, e qualquer estagnação de águas infectas; sobre a economia e asseio dos currais, e matadouros públicos, sobre a colocação de curtumes, sobre os depósitos de imundícies, e quanto possa alterar, e corromper a salubridade da atmosfera.

[...]

§ 9º Só nos matadouros públicos, ou particulares, com licença das Câmaras, se poderão matar, e esquartejar as rezes; e calculando o arrombamento de cada uma réis, estando presente os exatores dos direitos impostos sobre a carne; permitir-se-á aos donos dos gados conduzi-los depois de esquartejados, e vende-los pelos preços, que quiserem, e aonde bem lhes convier, contanto que o façam em lugares patentes, em que a Câmara possa fiscalizar a limpeza, e salubridade dos talhos, e da carne, assim como a fidelidade dos pesos.

§ 10º Proverão igualmente sobre a comodidade das feiras, e mercados, abastança, e salubridade de todos os mantimentos, e outros objetos expostos à venda pública, tendo balança de ver o peso, e padrões de todos os pesos, e medidas para se regularem as aferições; e sobre quanto possa favorecer a agricultura, comércio, e indústria dos seus distritos, abstendo-se absolutamente de taxar os preços dos gêneros, ou de lhes por outras restrições à ampla liberdade, que compete a seus donos.

[...]

<sup>42</sup> Após o Ato Adicional de 12 de agosto de 1834, os municípios perderam sua autonomia e ficaram subordinados aos governos provinciais.

<sup>43</sup> No período anterior à emancipação política do Paraná, as Câmaras Municipais ficavam responsáveis pelas licenças para a execução da profissão médica. Tais licenças eram de caráter temporário e podiam ser suspensas caso fosse comprovada a incompetência do facultativo. A partir de 1886, a Inspetoria de Higiene ficou responsável pela fiscalização do exercício legal da medicina e da saúde pública da província.

Art. 69. Cuidarão no estabelecimento, e conservação das casas de caridade, para que se criem expostos, se curem os doentes necessitados, e se vacinem todos os meninos do distrito, e adultos que o não tiverem sido, tendo Médico, ou Cirurgião de partido (BRASIL, 1828: 83-85, *apud* DELAMARQUE, 2011: 7).

Essa lei foi regulamentada em 1832 com a participação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ) que se ofereceu para apoiar as Câmaras Municipais nas questões relacionadas à saúde pública. Fundada em 1829 sob a influência do movimento higienista francês de fins do século XVIII, a SMRJ marca os primórdios da institucionalização da higiene no país. Em 1835 foi transformada em Academia Imperial de Medicina (AIM), e seu estatuto sofreu uma reorganização para que se adequasse aos interesses estatais, tornando-se conselheira do governo central sobre questões sanitárias.

Segundo Elizabete Vianna Delamarque (2011), encontrava-se nos anais da AIM muitas críticas às ações em saúde pública das municipalidades. Esses documentos também revelam o clamor, de alguns grupos médicos pela criação de um órgão central para cuidar destes serviços. Tentativas de criação de uma repartição com esse perfil datam de 1832, porém nunca chegaram a bom termo. Dois motivos que levaram o ministro do Império, José Ignácio Borges, a retomar em 1835 a discussão sobre tal órgão foi o medo da epidemia de cólera que grassava na Europa e o privilégio que as medidas de saúde pública locais concediam aos portos em detrimento do espaço terrestre. Delamarque (2011) atribui esse fato ao medo das epidemias de cólera. Em ensaio denominado “Consideração sobre alguns objetos relativos à higiene pública” e publicado na *Revista Médica Fluminense*, em 1840, o médico José Pereira Rego (1816-1892) endossou a necessidade de se fundar um conselho de salubridade e de se separar as polícias civil e sanitária, uma vez que os funcionários das Câmaras Municipais não tinham os conhecimentos necessários para assumir os serviços de saúde pública (REGO, 1840a, 1840b *apud* DELAMARQUE, 2011: 15-16).

Em 1845, nova proposta foi elaborada. Diferente das anteriores, esta especificava detalhadamente as atribuições do novo conselho de saúde pública a ser criado. Foi elaborada por médicos e pelos deputados Joaquim Cândido Soares Meirelles, Francisco Alvares Machado de Vasconcellos e Manoel de Mello Franco. Sua proposta estipulava, entre outras funções, a vigilância do exercício da medicina e farmácia; fiscalização de cemitérios, matadouros, hospitais e prisões; e auxílio às províncias durante as quadras epidêmicas. Também previa a criação de comissões médicas, subordinadas ao conselho, nas capitais das províncias e outras cidades. Após sofrer várias críticas na Câmara dos Deputados, uma comissão especial foi nomeada para reformular o projeto, e

apresentar à AIM. Contudo, na sessão de 16 de junho de 1846, o médico Roberto Jorge Haddock Lobo apresentou novo projeto de Lei de saúde pública (DELAMARQUE, 2011).

Este também previa um conselho de saúde pública com sede na cidade do Rio de Janeiro e comissões médicas nas demais capitais e cidades mais importantes. No entanto, o projeto apresentava lacunas semelhantes às do anterior, como, por exemplo, a ausência de disposições relacionadas à medicina legal, a lazaretos e quarentenas. Acabou não sendo votado pela Câmara (DELAMARQUE, 2011).

Em meio à crise desencadeada pela epidemia de febre amarela de 1849-1850, o médico José Martins da Cruz Jobim apresentou outro projeto de criação de um conselho geral de saúde pública na sessão da Câmara de 12 de fevereiro de 1850. Semelhante ao de 1845 tinha caráter centralizador. Apesar de ter inspirado a criação da Junta Central de Higiene Pública, o projeto de Cruz Jobim não recebeu apoio para tramitar na Câmara (DELAMARQUE, 2011).

Em 22 de agosto de 1850, a Câmara dos Deputados iniciou a discussão de um projeto que abria crédito de 200 contos de réis ao Ministério do Império para ser aplicado em melhorias sanitárias no Império e na criação de uma junta de saúde pública. O assunto foi retomado na Câmara justamente quando ferviam os debates a respeito da salubridade, urbanização e condições de trabalho suscitados pelas epidemias de febre amarela e cólera que grassaram no Brasil em 1850 e 1855, respectivamente (DELAMARQUE, 2011).

O terceiro artigo do projeto versava sobre as atribuições da junta, que deveriam ser meramente consultivas, o que gerou divergências entre os deputados. Argumentavam alguns que criar um novo órgão só para prestar conselhos seria redundante, uma vez que a AIM já fazia isso. Outros deputados, principalmente os que eram médicos, defenderam papel mais ativo para a junta. Apesar das discussões, não houve mudanças importantes no projeto que foi aprovado em 10 de setembro de 1850 e regulamentado mediante o decreto nº598 que criou a Junta de Higiene Pública, composta por um presidente nomeado pelo governo, o cirurgião-mor da armada e do exército, o inspetor do Instituto Vacínico e o provedor de saúde do porto do Rio de Janeiro, todos formados em medicina. O primeiro presidente da Junta de Higiene Pública foi Francisco de Paula Cândido (DELAMARQUE, 2011).

Durante a década de 1860, nova função foi incorporada ao quadro da Junta, a de encarregado da estatística patológica e mortuária da cidade do Rio de Janeiro. Além dos membros efetivos, a Junta contava com membros honorários e adjuntos. Entre os honorários figuravam o

diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; os professores das cadeiras de higiene, medicina legal e farmacologia da mesma faculdade e o cirurgião-mor da Armada e do Exército. Membros adjuntos eram as seguintes autoridades: presidente da Câmara Municipal; capitão do Porto do Rio de Janeiro; chefe da polícia; inspetores das obras públicas e da Alfândega; um arquiteto e um veterinário. Segundo Delamarque (2011), a indicação do presidente da Câmara Municipal e do chefe de polícia como membros adjuntos foi uma forma de minimizar os conflitos de autoridade gerados pela dificuldade de se distinguirem as atribuições da municipalidade e do governo central.

Inicialmente a Junta não dispunha de regulamento próprio, o que a forçou, muitas vezes, a recorrer ao Ministério do Império para fazer valer suas determinações. O primeiro regulamento foi promulgado em 24 de setembro de 1851 e ela passou a denominar-se Junta Central de Higiene Pública. Para Delamarque (2011), o acréscimo da palavra “central” sugeria jurisdição nacional, embora na prática ela não tenha desempenhado essa influência, tendo o seu campo de ação limitado na maioria das vezes ao âmbito da Corte.

O artigo 2º do regulamento de 1851 determinou a criação de comissões de higiene pública nas províncias do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul. Essas comissões eram compostas por comissários vacinadores, provedores de saúde dos portos e delegados do cirurgião-mor do Exército. Nas demais províncias, a nomeação dos provedores de saúde ficou a cargo dos governos locais. Delmarque (2011) afirma que até meados da década de 1860 a província de São Paulo não dispunha de provedor de saúde pública. Porém, Santos (2001a) revela que em 1844, D. Pedro II nomeou provedor de saúde do porto de Paranaguá o cirurgião-mor Manoel José Machado da Costa. Era responsabilidade das comissões e provedores o envio anual de relatórios sanitários para o presidente da Junta. Muitos provedores, no entanto, se queixavam das precárias condições em que atuavam, o que os impossibilitava de elaborar relatórios mais completos e detalhados. A inspetoria de Saúde do Porto de Paranaguá não foi uma exceção a essas dificuldades.

Os provedores de saúde pública e as comissões não tinham autonomia. Conforme vimos, suas recomendações, para serem colocadas em prática, dependiam do aval dos presidentes de província e dos ministros do Império. Segundo Nikelen Witter (2007), as comissões viviam em constante conflito não só com o governo central e os governos das províncias, mas também com as Câmaras Municipais e as elites locais. As comissões ficavam mais fragilizadas ainda pelo fato de não possuírem força policial para punir os infratores de seu regulamento. A própria Junta Central,

de acordo com Delamarque (2011), não tinha autoridade sobre os funcionários a ela subordinados. Na tentativa de minimizar os conflitos, o governo alterou em 1857 o regulamento de 1851 e extinguiu as comissões de saúde pública. Em seu lugar foram instituídas as inspetorias de saúde pública. O cargo de provedor também foi substituído pelo de inspetor (DELAMARQUE, 2011).

Em 1886 a Junta Central de Higiene foi dividida em duas repartições: Inspetoria Geral de Saúde dos Portos e Inspetoria Geral de Higiene, ambas permanecendo vinculadas ao Ministério do Império. À primeira caberiam os serviços ligados às relações exteriores (polícia sanitária do litoral; ancoradouros e navios; superintendência dos lazaretos e hospitais marítimos e aplicações de quarentenas). À segunda caberia a fiscalização dos serviços internos em todo o território nacional (BENCHIMOL, 1999).

Segundo Delamarque, a criação da Junta Central de Higiene representa a primeira tentativa de unificar e centralizar os serviços sanitários do Império. Tal iniciativa estava relacionada às críticas que grupos médicos dirigiam às Câmaras Municipais por não possuírem funcionários com conhecimento especializado na área médica, defendiam assim a criação de um órgão com responsabilidade específica pelas questões relacionadas à saúde pública. Esses grupos lutavam por maior prestígio junto às autoridades políticas e para que a medicina acadêmica fosse reconhecida como a única autorizada a lidar com a arte de curar. Apesar da criação da Junta de Saúde Pública com abrangência nacional, as atribuições conferidas a esse órgão não foram acatadas sem prévia negociação pelos governos provinciais e municipais. Muitas medidas tomadas pela Junta acabavam em conflito entre as autoridades, o que prejudicava ainda mais o precário estado de saúde pública nas regiões pobres e distantes da capital. Em Paranaguá as discórdias entre a Inspetoria de Saúde e a delegacia de polícia, ligada aos ministérios da Justiça e da Marinha, foram recorrentes. Além disso, o inspetor sofria constantes críticas em razão da imposição de quarentenas a navios que chegavam à baía de Paranaguá. Era uma das principais autoridades chamada a compor as comissões sanitárias, responsáveis por elaborar, junto com a Câmara Municipal de Paranaguá, medidas profiláticas e de prevenção a epidemias, impostas à população, às vezes mediante força policial, conforme especificarei mais adiante.

Retomaremos a discussão sobre as discórdias quando formos tratar, no terceiro capítulo, da estrutura burocrática do Império e das relações entre governo central e governos locais, assim, a compreensão desses atritos talvez possa ser esclarecida de forma mais nítida. A seguir, debruçar-me-ei sobre as concepções que o médico Leocádio José Correia tinha a respeito da febre amarela,

comparando-as com os estudos realizados pelo médico João Vicente Torres Homem (1837-1887), seu professor durante o período em que frequentou a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

## **2 O PROBLEMA DO DIAGNÓSTICO. A BUSCA POR UM CONSENSO: DESCRIÇÕES SINTOMATOLÓGICAS, TERAPÊUTICA E FASES DE EVOLUÇÃO DA FEBRE AMARELA**

Leocádio José Correia nasceu em Paranaguá no dia 16 de fevereiro de 1848. Foi o terceiro filho do casal Manoel José Correia, próspero comerciante, e Gertrudes Pereira Correia. Teve seis irmãos, além dos cinco que morreram prematuramente. Desde cedo interessou-se por literatura e poesia. Fez estudos de aperfeiçoamento no Colégio Episcopal de São Pedro D'Alcântara, no Rio de Janeiro, porém, não queria ser padre. Optou pela medicina, assim, em 1868, retornou novamente à Corte para cursar a faculdade. Teve como professores, entre outros: Mello Castro Mascarenhas; Moraes e Valle; Souza Fontes e João Vicente Torres Homem, à época professor de clínica dos 5º e 6º anos (CORRÊA, 1989; JUNIOR, 1979).

Desde a expulsão dos jesuítas em 1759 até o raiar do século XIX o Brasil vivenciou uma lacuna cultural e educacional. Com a vinda da Família Real, o país tornou-se o centro administrativo do Império Português. Foram então tomadas iniciativas que tiveram grande impacto no ambiente cultural da colônia, como o estabelecimento de associações e sociedades científicas e literárias; a Imprensa Régia; a Biblioteca Nacional e os primeiros espaços de ensino médico-cirúrgico, fundados em 1808 nas cidades de Salvador e Rio de Janeiro, com o objetivo de formar médicos para ampliar o escasso quadro profissional do Império.

Inicialmente, a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro denominava-se Escola Cirúrgica e Médica do Rio Janeiro e estava situada no Hospital Real Militar. Em 1813 passou a se chamar Academia Médico-Cirúrgica, funcionando nas dependências do Hospital da Santa Casa de Misericórdia até 1832, quando mudou para o extinto Hospital Militar assumindo a denominação de Faculdade de Medicina. Em 1844 ganhou nova sede no Hospital Militar em conjunto com um prédio localizado na Praia de Santa Luzia. Três anos mais tarde a faculdade sofreu outra mudança de endereço, desta vez para um prédio na Rua dos Bourbons. Nova remoção ocorreu em 1856, para local denominado “Recolhimento das Órfãs” (propriedade da Santa Casa de Misericórdia). Por fim, em 1918, a faculdade adquiriu sede própria na Praia da Saudade, atual Avenida Pasteur (FERREIRA; FONSECA; EDLER, 2001).

O currículo da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro também sofreu diversas alterações ao longo de sua história. Quando foi fundada, em 1808, a proposta curricular abrangia apenas as áreas de anatomia e cirurgia. O ingresso na Faculdade dependia de exames, do conhecimento da

língua francesa e do pagamento de uma taxa de matrícula. As lições eram essencialmente teóricas e o curso cirúrgico tinha duração de quatro anos (FERREIRA; FONSECA; EDLER, 2001).

Até 1813, quando ainda se chamava Escola Cirúrgica e Médica, seu estatuto era regido pela Universidade de Coimbra. Adquiriu estatuto próprio quando foi transformada em Academia Médico-Cirúrgica<sup>44</sup>. A partir de então, passou-se a exigir também o conhecimento da língua inglesa e o curso foi ampliado para cinco anos, ao final dos quais o aluno recebia carta de “aprovado” ou de “formado”. O currículo ficou estruturado da seguinte forma:

- 1º ano – anatomia geral, química farmacêutica e noções de farmácia.
- 2º ano- anatomia (repetição) e fisiologia.
- 3º ano- higiene, etiologia, patologia, terapêutica.
- 4º ano- instrução cirúrgica e operações, arte obstétrica (teoria e prática).
- 5º ano – medicina, arte obstétrica (repetição).

O aluno “aprovado” poderia atuar somente no campo da cirurgia, ou seja, estaria habilitado a realizar sangrias, aplicar ventosas e curar fraturas, contusões e feridas. O aluno que desejasse adquirir a carta de “cirurgião formado” deveria frequentar novamente as disciplinas do 4º e 5º anos, ao final dos quais estaria habilitado a exercer a cirurgia e também a medicina, podendo tratar toda espécie de enfermidade nas regiões onde não existissem médicos licenciados. Até então, a medicina no Brasil só podia ser exercida por físicos e cirurgiões que tivessem licença e atestado de habilitação fornecidos pelo cirurgião-mor de Portugal. Suas funções eram restritas às práticas cirúrgicas mencionadas acima, sendo a terapêutica um privilégio dos médicos formados em Coimbra. Algumas dessas restrições começaram a ser banidas no Brasil após a criação das escolas de medicina, quando os médicos passaram a ser formados no país (FERREIRA; FONSECA; EDLER, 2001)<sup>45</sup>.

Em 1820 a Academia Médico-Cirúrgica passou por uma nova reformulação em seus estatutos que alterou sua estrutura curricular, ficando disposta da seguinte maneira:

- 1º ano- anatomia.
- 2º ano- fisiologia, patologia.

---

<sup>44</sup> Sobre o processo de institucionalização da medicina no Brasil ver ainda: EDLER, 2003.

<sup>45</sup> As distinções entre médicos e cirurgiões só seriam extintas no Brasil em 1848 (FERREIRA; FONSECA; EDLER, 2001).

- 3º ano- matéria médica, higiene geral e particular, terapêutica geral.
- 4º ano- instituições cirúrgicas e medicina operatória.
- 5º ano- medicina clínica, nosografia médica.

Com a independência do Brasil e a emergência de um novo quadro político e socioeconômico, ocorreram mudanças nas instituições médicas do país. Ampliada a autonomia das academias médico-cirúrgicas pelo decreto imperial de 1826, puderam emitir os diplomas de cirurgião aprovado e de cirurgião formado, libertando-se, assim, do julgo da Universidade de Coimbra e do cirurgião-mor de Portugal. A lei de 3 de outubro de 1832, elaborada pela Câmara dos Deputados em conjunto com a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, transformou as academias do Rio de Janeiro e de Salvador em faculdades de medicina. O ensino da medicina e da cirurgia foi integrado em um curso só, com duração de seis anos. Dois novos cursos passaram a ser ofertados: farmácia e obstetrícia. A titulação, após a conclusão dos cursos, ficou assim definida: doutor em medicina, farmacêutico e parteira. O currículo ficou estabelecido conforme a divisão a seguir:

- 1º ano- física médica, botânica médica e princípios elementares de zoologia.
- 2º ano- química médica e princípios elementares de mineralogia, anatomia geral e descritiva.
- 3º ano- anatomia, fisiologia.
- 4º ano- patologia externa, patologia interna, farmácia, matéria médica, terapêutica e arte de formular.
- 5º ano- anatomia topográfica, medicina operatória e aparelhos, partos, moléstias de mulheres pejudadas e paridas e de meninos recém-nascidos.
- 6º ano- higiene e história da medicina, medicina legal.

Nova reforma realizada pelo Ministério do Império em 1854 deu ao ensino médico do Brasil novos estatutos e quadro docente ampliado com a criação da classe de opositores. Foram inseridas nos currículos as disciplinas de anatomia patológica, patologia geral e química orgânica. A chamada reforma Bom Retiro guiou o ensino médico no país até 1879, quando novo decreto pôs em vigor ambicioso projeto elaborado por uma comissão médica, que instituiu o ensino prático e colocou a grade curricular em sintonia com as novas especialidades médicas que vinham surgindo (FERREIRA; FONSECA; EDLER, 2001).

Durante o período em que Leocádio Correia frequentou a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1868-1873) seu diretor era o Conselheiro Barão de Santa Isabel. O vice-diretor e o secretário eram, respectivamente, o dr. Francisco Ferreira de Abreu e dr. Carlos Ferreira de Sousa Fernandes. O corpo docente estava distribuído conforme os quadros 24 e 25 em anexo.

Leocádio Correia doutorou-se em 1873, com tese sobre a *litotricia*, operação que consiste em triturar cálculos na bexiga ou na uretra. Seu trabalho de conclusão de curso estava dividido em quatro partes. A primeira, dedicada à litotricia, exigiu esforço maior de análise, pois era o cerne da dissertação. As demais partes apresentaram proposições mais gerais relacionadas a determinadas áreas: ciências médicas, ciências cirúrgicas e ciências acessórias (JUNIOR, 1979). Correia tratou aí do tema febre amarela, doença que o acompanharia ao longo de sua trajetória profissional.

Após concluir a faculdade, retornou a Paranaguá e começou a trabalhar em sua clínica particular na Praça da Matriz. Passou também a escrever para um jornal local o “Conservador” (JUNIOR, 1979). Oriundo de família prestigiada na sociedade paranaguense, Correia declarava-se monarquista e propugnava o abolicionismo<sup>46</sup>, ainda que fosse proprietário de alguns escravos, fato pouco explorado pelas narrativas históricas convencionais que abordam sua trajetória de vida.

Sobrinho de Manoel Euphrasio Correia, afilhado de Manoel Antonio Guimarães, o Visconde de Nacar, e primo de Ildefonso Pereira Correia, o Barão do Serro Azul, foi inevitável que Leocádio Correia trilhasse os caminhos da política. Influenciado pelo tio, candidatou-se a deputado provincial e foi eleito para o biênio 1876/1877, reelegendo-se para 1878/1879. Assumiu também uma cadeira na Câmara Municipal de Paranaguá. Foi por duas vezes inspetor paroquial das escolas. Assumiu também em 1874 o cargo de inspetor sanitário dos portos de Paranaguá e Antonina onde enfrentou as epidemias de febre amarela, especialmente a de 1878.

Durante o período em que esteve à frente da Inspetoria de Saúde (1874-1886), pôde colocar em prática os ensinamentos adquiridos com o mestre João Vicente Torres Homem. Alguns relatórios escritos de próprio punho foram preservados e revelam informações importantes a respeito do desenvolvimento da febre amarela na região litorânea do Paraná sob diversos aspectos: etiológicos, terapêuticos e epidemiológicos.

## **2.1 Leocádio Correia: considerações a respeito da febre amarela**

---

<sup>46</sup> Apesar de abolicionista, em toda a sua vida política, Correia foi fiel ao Partido Conservador, fato que o fez vivenciar algumas rugas com os republicanos de Paranaguá.

Leocádio Correia foi nomeado inspetor de saúde do porto de Paranaguá e Antonina pelo decreto de 28 de fevereiro de 1874, assumindo o cargo em 14 de março do mesmo ano. Correia tratou logo de esclarecer à Junta Central de Higiene Pública que não seriam de sua alçada a coleta de informações nas diversas localidades da Província, deixando entrever um percurso profissional marcado por constantes atritos no campo da saúde pública em Paranaguá (APEP, 1875, AP 459, Arquivo IJIP Vol. 4, Ofícios).

A febre amarela irrompeu na cidade de Paranaguá na segunda metade do século XIX. Segundo Odair Franco (1969), após atingir o Rio de Janeiro em 1849-1850 eclodiu no porto de Santos em maio do ano seguinte. A doença continuou seu caminho rumo ao sul do país, e em maio de 1852, fez suas primeiras vítimas no porto de Paranaguá. Os casos foram considerados esporádicos, e os sintomas muitas vezes confundidos com os de outras *pirexias*<sup>47</sup>, termo utilizado na época para classificar diversos tipos e subtipos de *febres*, conceito que, durante o século XIX, não designava o sintoma, mas a doença em si.

Correia também denominava a febre amarela *tifo icteróide*. Os primeiros casos tratados pelo médico, à frente da Inspetoria de Saúde, datam de 1876, quando estrangeiros recém-chegados a Paranaguá sucumbiram à moléstia. Posteriormente, moradores locais foram atingidos pelo veneno amarílico que, na opinião de Correia, tinha predileção por indivíduos de cor parda<sup>48</sup>. Contudo, o número de infectados foi baixo e um dos problemas a ser resolvido dizia respeito à relação disso com os serviços prestados pela comissão sanitária e pela municipalidade. Outro problema consistia em saber se a moléstia era importada ou se o seu germe era oriundo da própria cidade. Esta questão tinha fundamental importância para se estabelecer um prognóstico a respeito de epidemias futuras.

<sup>47</sup> Conforme observa Löwi (2006), durante os séculos XVIII e XIX a febre amarela não tinha uma identidade teórica específica em razão de ser confundida com outras doenças. Em meados do século XIX emergiu a ideia de uma entidade “febres”, formada por unidades mórbidas distintas, possibilitando a diferenciação, por exemplo, entre a febre tifoide e a difteria. Até então, a singularidade das diversas patologias era compreendida a partir das perturbações dos mesmos sistemas fisiológicos de base. A febre amarela, que apresenta os mesmos sintomas clínicos da leptospirose, só foi dissociada dessa enfermidade no final dos anos 1920. Portanto, os sintomas da febre amarela (febre alta, icterícia, vômito negro) não são específicos. No entanto, se por um lado os médicos reconheceram a especificidade de certas doenças como a varíola, por outro, eles tiveram dificuldade em admitir que febres “sazonais”, como gripe, pneumonia e febre tifoide, classificadas àquela época como febres intermitentes, remitentes ou estacionárias, não eram a manifestação causada pela ação do mesmo agente causal em indivíduos de constituições diferentes. Porém, já era consenso entre alguns médicos daquele período (segunda metade do século XIX) que manifestações epidêmicas de determinadas moléstias tinham como causa uma unidade mórbida distinta. A ideia de que as doenças infecciosas são induzidas por um microrganismo específico, postulada pela bacteriologia no final do século XIX, deu origem à definição da febre amarela conhecida atualmente (LÖWI, 2006).

<sup>48</sup> Nos relatórios enviados ao presidente da Província em 1878, Correia afirma que a febre amarela tinha predileção pelas crianças, no entanto, a manifestação da doença durante a infância assumia caráter benigno. (APEP, 1879, AP 566, Arquivo IJIP Vol. 5, Ofícios; AN, 1878, SS IS 4 15 REL. 15 FUNDO BF).

Segundo Correia, havia quem contestasse os seus diagnósticos e afirmasse que a doença não tinha se manifestado em 1876 (APEP, 1877, AP 512, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios).

Em meados do século XIX grande parte da população da cidade de Paranaguá estava concentrada à margem esquerda do rio Itiberê, cujo leito, durante as marés baixas, deixava exposta extensa planície de lama. Para os saberes da época, exalava um odor peculiar e vapores infectos que tornavam insalubre o ar. Matérias fecais e outros tipos de dejeções eram despejados na praia defronte à cidade. Matas, charcos, pântanos, águas estagnadas e mangues, quando submetidos aos raios solares, também contribuía para as fermentações pútridas. Para Vieira dos Santos (2001a), outro fator que colaborava para o precário estado de salubridade de Paranaguá era a Ilha da Cotinga, por barrar a circulação dos ventos purificadores no interior da cidade. Leocádio Correia qualificava esses problemas como naturais e físicos. As ações antrópicas também exerciam grande influência sobre a insalubridade de Paranaguá, principalmente o matadouro, onde não se observava nenhum preceito higiênico; os cemitérios públicos situados no centro da cidade; o lixo nas ruas, praias e campos; as cloacas imundas construídas nas vias públicas; estrebarias e chiqueiros muito comuns nos quintais das casas e o despejo de matérias fecais e águas servidas em locais impróprios. Leiamos o que escreveu Correia em relatório sobre o estado sanitário da província do Paraná durante os anos de 1875 e 1876:

quando não bastassem essas fontes, ricas de miasmas, sobretudo o célebre matadouro, cujas emanções pútridas são lançadas por toda a cidade, o lixo das ruas, praias e campos bastaria para tornar Paranaguá uma cidade pestífera.  
[...] Se tais condições de solo e atmosfera, saturada de miasmas e princípios morbígenicos, não são suficientes apelando ainda para um gérmen importado e com tantos elementos para mediar e ser poderosamente alimentado para explicar o aparecimento desses casos esporádicos de febre amarela? (sic) (APEP, 1877, AP 512, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios)<sup>49</sup>.

Na concepção de Correia, o ar recebia as emanções das matérias orgânicas animais e vegetais em estado de fermentação, o que dava origem às moléstias pestilenciais. O sueco Jöns Jakob Berzelius (1779-1848) e os químicos alemães Friedrich Wöhler (1800-1882) e Justus Von Liebig (1803-1873) reduziram os processos de fermentação à interação de forças químicas e físicas, à luz das hipóteses de Lavoisier e em oposição a todas as formas de vitalismo. Para Liebig, fermentação e putrefação eram instabilidades químicas provocadas pela presença de matéria

---

<sup>49</sup> O segundo parágrafo da citação forma uma frase truncada, mas foi transcrita conforme consta na fonte primária.

orgânica em decomposição, em um estado de vibração molecular interna que podia comunicar-se a outras matérias orgânicas ou inorgânicas, fazendo com que se desagregassem também. Já na concepção de Barzelius, os processos fermentativos requeriam a intervenção de uma substância particular que agia mediante uma força denominada catalítica, provocando a decomposição do corpo com o qual entrava em contato. No entanto, permanecia intacta, sem participar da troca química, conforme admitia Liebig (BENCHIMOL, 1999).

Em 1830 os franceses Cagniard de Latour (1777-1859), Theodor Schwann (1810-1882) e o alemão Friedrich Traugott Kützing (1807-1893) supuseram que a fermentação da cerveja e do vinho era o resultado da atividade de células ou corpúsculos vivos que Latour incluiu no reino vegetal. Por sua vez, Schwann classificou tais microrganismos como fungos, e Kützing, como algas dotadas de acentuado polimorfismo:

A ocorrência constante e a multiplicação dos corpúsculos durante o processo de fermentação, e a interrupção destes processos quando expostos a influências capazes de destruir os corpúsculos eram provas de que o fermento era um ser vivo, e a fermentação, um processo vital. Para Liebig e outros quimiaristas, a presença de animáculos nos líquidos fermentados era tão-somente a consequência de sua decomposição, que resultava na formação de um meio alterado com os elementos moleculares adequados à nutrição destes seres (BENCHIMOL, 1999: 59-60).

A aplicação das ideias de Justus Von Liebig à febre amarela tinha muitos adeptos entre os médicos brasileiros. Segundo o químico alemão, as doenças infecciosas tinham como princípios os eflúvios, miasmas e os vírus, que naquele contexto tinha o significado de *veneno*, diferente da acepção que a palavra tem atualmente. Muitos clínicos e higienistas do século XIX viam a febre amarela como o resultado de um envenenamento ocasionado por um miasma oriundo do meio externo e que agia sob determinadas condições climáticas e telúricas. Os processos químicos que o veneno desencadeava no interior do organismo causavam um desequilíbrio das partes constituintes do sangue e conseqüentemente a degeneração de diversos órgãos, principalmente o fígado. Portanto, as condições atmosféricas teriam um importante papel não só em relação à doença como também à higiene, exercendo influência inclusive sobre a fisiologia do corpo humano.

Para o médico e cientista cubano Carlos Juan Finlay (1833-1915), cujo interesse pela febre amarela remontava ao ano de 1858, as epidemias tinham relação com o grau de alcalinidade da atmosfera. Na ótica dos médicos da época, Havana, Veracruz e Rio de Janeiro formavam os três principais focos de onde emergiam as epidemias de febre amarela que assolavam o Sul dos Estados

Unidos. Em 1878 este país, assim como Paranaguá, sofreu um dos piores flagelos epidêmicos de sua história. No ano seguinte, a primeira de três comissões que visitariam Cuba no século XIX desembarcou na Ilha com o intuito de estudar a doença. As conclusões das investigações realizadas foram as seguintes:

o meio externo desempenhava papel importante na transmissão da febre amarela, ao colocar em atividade ou dormência, por processos de natureza química e física ainda obscuros, a virulência do agente patogênico, que devia ser um micróbio [...] Os termos básicos da incógnita- meio físico externo e meio orgânico interno- formaram o eixo das discussões entre ‘quimiaristas’ e ‘parasitistas’ na fase inaugural das investigações bacteriológicas sobre a febre amarela (BENCHIMOL, 1999: 153-154).

O médico e cientista brasileiro, João Batista de Lacerda (1846-1915) também supôs que o germe da febre amarela estava suspenso na atmosfera. Lacerda sugeria que as buscas fossem feitas nos porões dos navios, cuja atmosfera era mais densa<sup>50</sup>, e também pelo fato de que o contato por algumas horas com o interior das embarcações impregnado de germes bastava para contaminar uma pessoa: “Numa concessão à teoria da geração espontânea, considerava ‘não destituída de fundamento’ a opinião partilhada por muitos de que o germe se originava da decomposição das madeiras do navio, sob a ação do calor úmido dos trópicos” (BENCHIMOL, 1999: 179).

Contudo, não seriam suficientes uma atmosfera e um solo saturados de miasmas e princípios morbigênicos para o desenvolvimento de uma moléstia como a febre amarela. Seria necessária a existência de um germe específico que encontraria nesse ambiente as condições propícias para o seu amadurecimento. A ideia de que o agente causal das diversas febres (entre elas a amarela) era um microrganismo já era partilhada por alguns médicos no final da década de 1870, entre eles Leocádio Correia.

Os documentos primários que consultei mostram que Correia recorria à teoria miasmática para explicar o aparecimento da febre amarela em Paranaguá e ao conceito de germe para referir-se à importação da doença de portos infectados. Apesar de não haver referência explícita ao higienista bávaro Max Von Pettenkofer (1818-1901), essa maneira de ver o problema coaduna-se bem com sua teoria. Pettenkofer, mediante a teoria do solo, utilizada para explicar tanto a transmissão do cólera como da febre tifóide e da febre amarela, dava uma explicação para a ocorrência de

---

<sup>50</sup> Em uma conferência realizada em Havana no ano de 1888, o cientista francês, Paul Gibier (1851-1900) justificaria a preferência da febre amarela pelos portos em virtude da facilidade com que se reproduzia em águas salinas saturadas de matéria orgânica (BENCHIMOL, 1999).

epidemias que teve larga aceitação no século XX. Seriam quatro os fatores necessários para seu desenvolvimento: um germe, condições climáticas, condições ambientais referentes a determinado local e a suscetibilidade de cada indivíduo em contrair a doença, ou seja, questões de ordem idiossincráticas. O germe não agia isoladamente. Para que pudesse maturar e adquirir capacidade de induzir doenças, seria preciso que o solo onde estivesse armazenado apresentasse umidade adequada e matéria orgânica em decomposição. Após o seu completo amadurecimento, o germe deslocava-se para a atmosfera, imiscuía-se em outros eflúvios, penetrava o organismo humano pelas vias respiratórias. Pettenkofer intitulava-se “localista” para diferenciá-lo dos contagionistas, pois em sua concepção as condições locais eram condição indispensável ao surgimento de uma epidemia. A teoria do solo rivalizava com a teoria hídrica defendida por Koch<sup>51</sup>. A primeira, muito difundida na comunidade médica da segunda metade do século XIX, não ignorou os novos conceitos da microbiologia, mas tampouco descartou aqueles relacionados à teoria ambiental (BENCHIMOL, 1999). Mediante essa teoria era possível explicar o caráter sazonal e a especificidade geográfica da febre amarela (BENCHIMOL, 2004). Clima e solo agiam sobre o germe que amadurecia e transformava-se em matéria infectante nos verões quentes e chuvosos de zonas litorâneas tropicais.

De acordo com Leocádio Correia, Paranaguá reunia todas as condições necessárias para o desenvolvimento de moléstias pestilenciais. Em relatório enviado ao governo da província do Paraná em 1877, o médico afirmou que a cidade não tinha vivenciado ainda uma grande epidemia em virtude da atmosfera: fortes descargas elétricas que podiam ser observadas quase que diariamente durante a estação calmosa; as chuvas torrenciais e as *exalações salutare*s que emanavam das matas. Esses fatores climáticos e ambientais impediam a eclosão de uma epidemia, porém, na opinião de Correia dificultavam o diagnóstico e a terapêutica de outras enfermidades como, por exemplo, a febre paludosa (APEP, 1877, AP 512, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios).

Um fator que contribuía para o desenvolvimento da febre amarela, na concepção do médico paranaguense, era a não aclimação de indivíduos oriundos de outras regiões, principalmente a Europa e Ásia. Essas pessoas compunham o grupo mais suscetível à doença, mas, sob uma condição: a enfermidade teria de ser endêmica ou tinha de se manifestar de forma epidêmica na região onde os estrangeiros estivessem residindo. Além da não aclimação, argumentava Correia, o

---

<sup>51</sup> Max Von Pettenkofer era a principal autoridade invocada no Brasil por aqueles que se contrapunham à especificidade do bacilo de Koch (BENCHIMOL, 1999).

modo de vida dos imigrantes também influía na transmissão da febre amarela. Muitos se alimentavam de forma precária, vestiam andrajos e habitavam tugúrios. Aqueles que não conseguiam serviço nas colônias, vagueavam pelas ruas de Paranaguá competindo com os escravos nos trabalhos braçais. Portanto, para Correia, a ocorrência da febre amarela na cidade se devia à presença de imigrantes, que foram, de fato, os mais afetados pelo mal (APEP, 1877, AP 512, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios).

Em abril de 1878, uma comissão sanitária liderada pelo dr. Amaro Ferreira das Neves Amaral assumiu a direção do hospital provisório de Paranaguá, montado por ocasião da epidemia que grassou no litoral paranaense aquele ano. Em junho, Neves Amaral enviou um relatório ao presidente da Província com comentários a respeito da etiologia da febre amarela, que revelam seu esforço por compreender as causas daquele surto.

Segundo Neves Amaral (APEP, 1878, AP 544, Arquivo IJIP Vol. 11, Ofícios), os fatores meteorológicos exerciam influência no desenvolvimento e propagação da febre amarela em determinada região. O que contribuiu para a eclosão da epidemia de 1878 em Paranaguá foi a existência de diversos focos de infecção próximos ao mar, os extensos lodaçais expostos aos raios solares, as águas estagnadas e o solo. Na opinião do médico, emanavam desses ambientes dois tipos de miasmas, o terrestre e o marinho: “Devido à presença dos dois miasmas, atuando simultaneamente, e em condições meteorológicas favoráveis ao mal, revestiu este uma feição que se poderia chamar mista, ora começando, ora terminando, em muitos casos, por acessos intermitentes, mais ou menos repetidos” (APEP, 1878, AP 544, Arquivo IJIP Vol. 11, Ofícios). Durante o surto de 1878, de acordo com Neves Amaral, muitos casos assumiram feições sintomáticas semelhantes aos de uma febre intermitente, mas o número daqueles que apresentaram os sintomas comuns e bem pronunciados da febre amarela não foi pequeno. Nestes casos, durante o primeiro estágio da doença, os amarelentos sentiam dores lombares e nos membros inferiores, prostração geral, coloração amarela das escleróticas, náuseas, injeção das conjuntivas, vômitos biliosos e cefalalgia supra-orbitária. No segundo estágio ocorria insidiosa remissão dos sintomas, ou seja, o doente apresentava uma melhora temporária do quadro clínico até advirem os sintomas característicos do terceiro estágio: vômitos negros, dores e ansiedades epigástricas, gastrorragia, enterorragia, delírios, ataxia, adinamia e anúria. Em alguns casos, a precipitação dos sintomas fora violenta, surgindo logo nos primeiros dias os sinais clínicos do terceiro estágio: “Algumas vezes, após um ou mais acessos

intermitentes, bem caracterizados, com os três períodos de frio, calor e suor, sobrevinha o vômito preto, e outros sintomas do terceiro período” (APEP, 1878, AP 544, Arquivo IJIP Vol. 11, Ofícios).

Na rua próxima à principal fonte de água que abastecia a população, a doença tombou inúmeras vítimas. Em seu relatório, Neves Amaral revela que muitas casas dessa área não possuíam assoalho, eram mal ventiladas e tinham pouco asseio. Assemelhavam-se às habitações coletivas insalubres do Rio de Janeiro. Essa vida urbana promíscua e de extrema pobreza, aliada à ignorância de grande parte da população eram também apontadas pelo diretor do hospital provisório como causas da eclosão epidêmica da doença. A prática de enterrar lixo e matérias fecais no solo ou simplesmente arremessá-los às ruas e orlas marítimas tinham graves consequências para a salubridade da cidade, pois o terreno poroso, característico de regiões litorâneas, fazia com que os eflúvios miasmáticos fossem facilmente liberados para a atmosfera (APEP, 1878, AP 544, Arquivo IJIP Vol. 11, Ofícios).

No século XIX, os médicos consideravam a febre amarela uma doença característica das zonas litorâneas, tórridas e úmidas. Segundo Benchimol (1999), eram quatro os critérios para traçar o perfil preferencial de suas vítimas: estrangeiros não aclimatados; brasileiros que vinham do interior para o litoral; a preferência da doença por habitações coletivas insalubres e a faixa etária das vítimas, que oscilava entre dezesseis a trinta anos. Naquela época, muitos médicos supunham que a febre amarela rejeitava os negros e mulatos, fato este relacionado à raça ou à cor da pele. Em relação aos demais indivíduos nativos dos focos epidêmicos, justificava-se a reduzida incidência com base na imunidade que esse grupo adquiria por “aclimatação”, isto é, tempo de convivência com o princípio mórbido da doença, fosse químico ou biológico, mas sempre residente na atmosfera (BENCHIMOL, 1999). Portanto, dois grupos distintos tinham imunidade à febre amarela, os afrodescendentes e os aclimatados<sup>52</sup>: “A distinção reflete os preconceitos de uma sociedade escravocrata e tem a sua consistência garantida pela ignorância dos mecanismos que produziam, em qualquer caso, a resistência natural a esta e a outras doenças infecciosas. Havia exceções, é claro, mas serviam apenas para confirmar a regra” (BENCHIMOL, 1999: 108).

Alguns médicos conhecidos de Leocádio Correia ou consultados por ele consideravam a febre amarela uma doença infecciosa; outros, contagiosa; e para outro grupo ainda, seria tanto infecciosa como contagiosa:

---

<sup>52</sup> O médico e cientista brasileiro, José Domingos Freire (1843-1899), argumentava que as crianças também compartilhavam da mesma imunidade dos nativos, “em razão de uma vacinação inconsciente que se opera desde os primeiros tempos da vida, na primeira e na segunda infância” (BENCHIMOL, 1999: 108).

Uns e outros em abono de sua opinião apresentam centenas de exemplos para demonstrar a sua natureza infecciosa, contagiosa ou infectocontagiosa [...] Se fatos há positivos e que a razão logo aceita para abraçar a opinião dos anticontagionistas, outros, em maior número patenteiam o contágio da moléstia, e não devem por conseguinte ser desprezadas as medidas que a prudência recomenda (APEP, 1877, AP 512, Arquivo IJIP Vol. 2, Offícios)<sup>53</sup>.

Para médicos como Alfredo da Graça Couto, o termo *infectocontagioso* representava o compromisso entre as duas teorias em debate (contagionismo e anticontagionismo) e era usada para designar qualquer doença passível de notificação compulsória, desinfecções e isolamentos (BENCHIMOL, 1999). Segundo Marta de Almeida (2003), durante o século XIX diferentes teorias médicas fundamentavam os diagnósticos, a identificação das causas e as recomendações para a profilaxia da febre amarela. Na perspectiva desta autora, a historiografia procurou agrupar essas diversas concepções médicas de forma genérica, em dois grandes referenciais teóricos: contagionismo e infeccionismo (teoria miasmática). Uma doença infecciosa poderia ser transmitida de um indivíduo doente para outro são mesmo que a enfermidade não fosse considerada contagiosa, devido à mudança causada pelo doente infectado nas propriedades do ar circundante.

As dificuldades enfrentadas pelos médicos no diagnóstico da doença não tinham consequências só para a terapêutica, mas também para questões de ordem social, uma vez que a constatação de um único caso de febre amarela já seria o suficiente para deixar toda a população em polvorosa, criando atritos entre autoridades políticas e sanitárias. No século XIX, o alarme despertado pelo anúncio de uma pessoa contaminada pelo veneno amarílico ocasionava pânico e as pessoas com mais posses debandavam da cidade o mais rápido que podiam. Além dos distúrbios decorrentes disso, os prejuízos econômicos causados pelas quarentenas e até mesmo o fechamento do porto para determinadas regiões do país e do mundo representavam um problema dos mais sérios, principalmente quando a atividade portuária era a espinha dorsal da economia urbana.

A autoridade médica era em geral contestada nesses períodos de crise epidêmica. As semelhanças entre os sintomas dos diversos tipos e subtipos de febres levavam os mais céticos a desconfiarem da palavra final do facultativo. Um diagnóstico de febre amarela podia ser contestado por outro médico, para quem tratava-se de uma simples febre biliosa, por exemplo.

---

<sup>53</sup> A respeito do debate suscitado por autoridades políticas e sanitárias europeias durante o século XIX em torno dessas duas teorias (contágio e infecção) ver: (ACKERKNECHT, 1948). Sobre miasmas, semiologia e classificações olfativas ver: Corbin, 1987.

Para distinguir a febre amarela das demais *febres*, Leocádio Correia organizou uma descrição sintomatológica dos casos observados por ele. O vômito e a anúria (diminuição da secreção urinária) eram sintomas considerados típicos; se viessem a se manifestar conjuntamente em determinado enfermo, o prognóstico era negativo, o paciente com muita probabilidade viria a falecer. Porém, o prognóstico poderia ser positivo caso os dois sintomas se manifestassem separadamente. As epistaxes (hemorragias nasais) também eram comuns nos casos observados por Correia. Em um marinheiro espanhol o médico observou hemorragia ocular. Raros foram os casos em que a doença não apresentou os três períodos distintos: inicial ou de invasão; transição e grave. Nos casos benignos a doença não atingia o terceiro período. Durante o segundo, a anúria e o calor epigástrico podiam persistir, assim como as febres, porém em menor intensidade do que no estágio anterior<sup>54</sup>. Algumas vezes o vômito negro manifestava-se logo no primeiro período da doença, conforme descreveu o médico Neves Amaral (APEP, 1877, AP 512, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios).

Segundo Benchimol (1999), no decorrer da segunda metade do século XIX o grau de consenso em relação à terapêutica, aos sintomas, às lesões características e às fases de evolução da febre amarela era baixo. Reinava à época um ambiente de “ceticismo terapêutico”, marcado por ausência de consenso que dificultava tanto os diagnósticos como os prognósticos dos casos tratados, bem como as ações e medidas a serem tomadas em relação à prevenção da moléstia.

Os microrganismos considerados ora como causa ora como efeito de doenças como a febre amarela eram classificados pelos médicos ora no reino animal, ora no reino vegetal, gerando conflitos no interior da comunidade científica, onde leigos e profanos eram rechaçados e especialistas competiam entre si, formando alianças para validar suas teorias. Apesar de o debate, a partir de fins da década de 1870, dizer respeito às relações de causa e efeito entre microrganismos e doenças, Benchimol (1999) mostra que naquele contexto estava em jogo também a possibilidade de desenvolvimento de uma vacina capaz de prevenir e às vezes curar a enfermidade (febre amarela). Os médicos passaram a recorrer a diversos antissépticos para neutralização dos sintomas e a eliminação do veneno amarílico pelas secreções do organismo: “para ser coerente com seus pressupostos teóricos e com as críticas à terapêutica empírica, o valor da substância devia residir, principalmente, na propriedade antisséptica e na ação fisiológica sobre o sangue, onde se encontravam os germes causadores da febre amarela” (BENCHIMOL, 1999: 63).

---

<sup>54</sup> Importante observar que nas descrições realizadas por Correia não foi mencionada a icterícia, tão comum entre os sintomas clínicos da febre amarela.

Mas se os médicos divergiam quanto ao desenvolvimento da doença no meio interno (organismo humano), o mesmo não ocorria em relação ao meio externo. Segundo Benchimol (1999), existia mais consenso a esse respeito em virtude das condições rigorosamente estabelecidas das manifestações epidêmicas, o que permitia aos médicos uma série de induções ligadas ao agente causal. O germe era sensível às influências climáticas, portanto tinha característica sazonal. O ambiente propício a sua germinação deveria apresentar uma combinação de temperaturas e umidade do ar elevadas com matérias azotadas e hidrocarbonadas, substâncias originárias da decomposição de material orgânico, abundantes em cidades como Rio de Janeiro e Paranaguá. Vejamos nas palavras de João Batista de Lacerda como se dava esse processo: “São os detritos orgânicos que formam a camada superficial do solo, os resíduos excrementícios da vida humana, os excrementos dos animais, essa podridão acumulada de toda sorte de dejetos provenientes de uma população aglomerada e negligente do asseio e da higiene, que contribuem com a matéria-prima para a nutrição do germe” (LACERDA, 1891:329-30, 333-4 *apud* BENCHIMOL, 1999: 214).

## **2.2 Outras pirexias: infecções palustres e febre perniciosa**

As descrições de Leocádio Correia não ficaram restritas à febre amarela. Como mencionei anteriormente, seus sintomas eram semelhantes aos de outras pirexias, cuja etiologia também tinha relação com o ambiente, principalmente os fatores climáticos. Vejamos, portanto, algumas observações de Correia referentes a outros tipos de febres. A importância desse tipo de comparação reside não apenas em permitir uma compreensão das dificuldades que os médicos tinham em diagnosticar determinada doença, portanto, em aplicar uma terapêutica eficaz, mas, sobretudo, e mais importante, nos permite ver o processo de identificação da doença como fenômeno histórico. Conforme vimos, os sintomas da febre amarela não eram específicos e sua dissociação da leptospirose ocorreu somente em fins dos anos 1920. Antes de 1930, quando testes de laboratórios permitiram um diagnóstico com base na presença do vírus, a identificação da febre amarela se fundamentava em seus sinais clínicos. Com base somente em tais observações e na ausência de amostras de sangue e cortes histológicos de órgãos, era muito difícil distinguir a febre amarela de outras doenças febris (LÖWI, 2006).

De acordo com Leocádio Correia, a maioria dos enfermos tratados durante o ano de 1877 havia sido vítima da febre palustre. Apesar de não explicar a etiologia desta enfermidade, identificava complexas características da doença em seu relatório:

Desde o seu insulto agudo, caracterizado por acessos simples, de todos os seus diferentes tipos, desde a sua manifestação remittente, simples, ou simulando muitas vezes uma febre tifoide, desde o grande número de formas que pode apresentar, pela predominância de um sintoma ou conjunto de sintomas de um mesmo aparelho, o que faz com que muitas vezes se lhes dê um nome diverso, ou uma nosologia errônea; desde a sua manifestação super aguda, constituindo as formas graves do tipo pernicioso, até aquele estado que se pode considerar como o insulto ou infecção crônica do mal, a caquexia palustre, todas essas diferentes expressões clínicas foram mais ou menos observadas em Paranaguá (APEP, 1878, AP 535, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios).

Durante 1877 apenas um caso de febre perniciososa foi constatado em Paranaguá, claramente demonstrada, afirma Correia: “pela especificidade da terapêutica aplicada, caso que pela singularidade do seu modo de invasão, só me foi possível firmemente reconhecer após aturada e contínua observação junto ao leito do doente” (APEP, 1878, AP 535, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios). Este tivera como sintoma inicial uma diarreia, o que levou Correia a suspeitar de uma febre palustre. Pequenas doses de quinina foram ministradas ao enfermo, sem nenhum resultado. Passado algum tempo os sintomas se alteraram, agravando-se o quadro clínico. Correia então concluiu pelo diagnóstico de febre perniciososa em sua forma grave e delirante. A primeira crise durou quatorze horas e foi seguida por um segundo acesso. O febreto já era dado como morto quando, em uma última tentativa desesperada, Correia ministrou-lhe dez gramas de sulfato de quinina em um intervalo de 36 horas. O doente restabeleceu-se e entrou em convalescência (APEP, 1878, AP 535, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios).

Em relatório referente ao ano de 1877, enviado ao governo da província do Paraná, Leocádio Correia argumentava que as febres perniciosas enganavam os médicos, dificultando o diagnóstico e a terapêutica, principalmente nos locais onde a doença raramente se manifestava. As febres perniciosas muitas vezes simulavam uma febre tifoide, uma pneumonia ou ainda uma hepat-enterite-aguda. Podiam também aparentar um ataque de apoplexia (derramamento de sangue no interior de um órgão) em sua forma apoplética (intensa ou grave), ou então uma disenteria simples. De acordo com Correia, a febre perniciososa poderia ter as seguintes formas: comatosa, carótica, epilética, algida e colérica, sendo assim, uma enfermidade com complexo quadro sintomatológico (APEP, 1878, AP 535, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios).

As infecções palustres, conforme nos revelam as estatísticas da Santa Casa de Misericórdia, foram uma das principais doenças a fazer vítimas na população de Paranaguá. A modalidade mais comum eram as febres intermitentes. Correia distinguia três manifestações típicas da infecção

palustre: calafrio, calor e suor. Os tipos mais comuns de infecção eram a cotidiana e a terçã. Seus sintomas iniciais eram sensação de frio nas extremidades, pés e mãos, seguido por percepção de calor intenso e prolongado. A febre remitente, explicava Correia, tinha o caráter de uma febre simples, mas podia também simular uma febre tifoide grave. Em 1877, um terço da população de Paranaguá contraiu algum tipo de infecção palustre, ou seja, aproximadamente 2.743 enfermos, se levarmos em consideração que o número de habitantes naquela época oscilava em torno de 8.228 pessoas (APEP, 1878, AP 535, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios).

Entretanto, a moléstia mais frequente em Paranaguá, afirma Correia, era a caquexia paludosa ou infecção crônica de impaludismo, relacionada muitas vezes a surtos de febre não tratados. Contudo, Correia especificava que a caquexia paludosa também podia se manifestar independente de acessos febris anteriores. Essa doença tinha como sintoma inicial uma alteração no sangue, deixando o enfermo com coloração característica em virtude de alteração sofrida pelos glóbulos sanguíneos (APEP, 1878, AP 535, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios), efeito muito semelhante ao da febre amarela, segundo apontamentos de João Vicente Torres Homem, que serão analisados a seguir. As observações de Leocádio Correia estavam em sintonia com as deste renomado médico da cidade do Rio de Janeiro, seu professor e autor de vasta produção científica. Entre suas obras destaca-se “Estudos clínicos sobre as febres do Rio de Janeiro”, que será utilizada nesta pesquisa como fonte primária e ponto de partida para a reconstituição de quadro mais amplo a respeito da febre amarela no século XIX.

### **2.3 João Vicente Torres Homem**

Com a abdicação de D. Pedro I, o Brasil passou a ser governado por um regime regencial de 1831 a 1840. Durante esse período sucederam-se quatro regências, marcando o ano de 1837 a transição da Regência Una do Padre Feijó para a de Araújo Lima. D. Pedro II, em virtude da idade, não pôde assumir o governo quando seu pai retornou a Portugal. Assim, foram instituídas as regências com o objetivo de manter a unidade territorial do país, há pouco independente de Portugal, e consolidar o regime monárquico. Foi um período conturbado, com inúmeros conflitos entre elites ou com grupos sociais de diversas províncias do Brasil. Podemos destacar a Revolta dos Malês (1835); a Cabanagem (1835-40); a Farroupilha (1835-45); a Sabinada (1837-38) e a Balaiada (1838-41). O controle dos proprietários e da população urbana passou a ser um problema sério para o governo, que desmobilizou o exército do Rio de Janeiro para criar a Guarda Nacional. Durante as

regências houve também intensos debates a respeito da autonomia das províncias e a centralização do poder, que culminou na promulgação do Ato Adicional de 1834, reformando a Constituição de 1824. Em meio a essa conturbada conjuntura política e social, nasceu na cidade do Rio de Janeiro, em 23 de novembro de 1837, João Vicente Torres Homem, filho de dona Bernarda Angélica e do médico e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Joaquim Vicente de Torres Homem.

Aos doze anos de idade, João Vicente foi matriculado no Colégio das Belas Letras onde concluiu seus estudos secundários. Em 1853 ingressou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro onde obteve o título de Doutor em Medicina em 25 de novembro de 1858, com tese intitulada: *Água, quais os corpos que a tornam impura e a maneira de reconhecer estes corpos; Dos sinais racionais da prenhez e seu valor relativo; Hemoptisis, suas causas, sinais, diagnóstico, prognóstico e tratamento; Raiva ou hidrofobia*. Apesar da aptidão para a cirurgia, optou pela clínica particular no consultório que fora de seu pai. Por volta de 1859, enviou um memorial à Junta de Higiene Pública protestando contra os consultórios em farmácia (DUARTE, 1957; DHBCSB, 1832-1930, verbete: HOMEM, João Vicente Torres)<sup>55</sup>.

No ano seguinte, João Vicente Torres Homem concorreu com João José da Silva (1839-1887) ao lugar de opositor da seção de ciências médicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sendo aprovado com a apresentação de uma dissertação sobre coqueluche. Nesse mesmo ano passou a integrar, como adjunto, o quadro de médicos da Santa Casa de Misericórdia. Seis anos mais tarde, concorreu à cadeira de clínica interna da mesma faculdade e foi nomeado catedrático da disciplina após defender tese intitulada *Das sangrias em geral e em particular na pneumonia e na apoplexia cerebral; e três proposições sobre cada matéria do curso medico* (DUARTE, 1957; DHBCSB, 1832-1930, verbete: HOMEM, João Vicente Torres).

Com outros médicos, fundou, em 1862, a *Gazeta Médica do Rio de Janeiro*. No ano seguinte foi eleito membro titular da Academia Imperial de Medicina. Participou de outras sociedades científicas como a Real Academia de Ciências de Lisboa e a Sociedade de Higiene de Paris. Granjeou grande destaque na área da higiene pública com os estudos sobre as febres endêmicas e epidêmicas reinantes no Rio de Janeiro e em outras cidades brasileiras. Em junho de

---

<sup>55</sup> Até o início do século XX os contornos do campo das práticas de cura ainda não estavam definidos em relação às atribuições de médicos e farmacêuticos. Ambos emitiam diagnósticos e realizavam consultas, contudo, o farmacêutico tinha a vantagem de preparar o medicamento. De acordo com André de Faria Pereira Neto (2001), os médicos procuravam limitar o campo de atuação de outros profissionais da área da saúde (enfermeiros e parteiras) para garantir sua hegemonia no mercado de serviços relacionados a este setor.

1876 foi nomeado membro de uma comissão presidida por José Pereira Rego para estudar as causas da endemicidade da febre amarela no Brasil e os métodos mais eficazes para combatê-la (DUARTE, 1957; DHBCSB, 1832-1930, verbete: HOMEM, João Vicente Torres). Fruto desse trabalho foi a publicação, em 1877, de *Estudo clínico sobre as febres do Rio de Janeiro*, onde analisa os sintomas, a terapêutica, a epidemiologia, a etiologia e a relação dos diversos tipos e subtipos de febres com o clima, obra da qual me utilizo para ampliar o entendimento da percepção que Leocádio Correia tinha a respeito da febre amarela.

### 2.3.1 Torres Homem e a febre amarela

Após um longo intervalo, durante o qual ficou restrita a surtos esporádicos, a febre amarela eclodiu epidemicamente em diversas regiões do Brasil no verão de 1849-1850. Os primeiros casos surgiram na Bahia em outubro de 1849, e foram associados à chegada do brigue *Brazil*, procedente do porto de Nova Orleans, cidade onde o mal amarelado reinava com grande intensidade. Em 27 de dezembro a doença desembarcou na Capital do Império. Dois casos haviam sido identificados em uma barca americana denominada *Navarre*. Quatro foram trazidos pelo vapor *D. Pedro* e mais quatro casos foram constatados numa hospedaria de um certo Frank. O *Navarre* e o *D. Pedro* haviam feito escalas na Bahia (TORRES HOMEM, 1885).

Durante os meses de janeiro, fevereiro e março de 1850 a epidemia atingiu proporções alarmantes no Rio de Janeiro, ceifando a vida de mais de noventa pessoas por dia. Segundo Torres Homem (1885), foram mais de 9.600 vítimas, das quais, 4.160 fatais. A maioria dos infectados eram estrangeiros. Os surtos epidêmicos na Corte não ficaram restritos a esse período, conforme o quadro a seguir:

ANO	NÚMERO DE MORTES
1851	475
1852	1.943
1853	853
1853 a 1858	Apenas casos esporádicos
1859	500
1860	1.249

Entre 1861 e 1862	259
De 1862 a 1873	Observados alguns casos graves em estrangeiros não aclimatados com óbitos.
De 1872 a 1873	Epidemia semelhante à de 1849-1850.
1874	Epidemia menos intensa do que a anterior, com número reduzido de óbitos.
1876	Epidemia tão ou mais intensa que as de 1849-1850 e 1872-1873.

Fonte: TORRES HOMEM (1885).

Para Torres Homem, as ações antrópicas e a apatia do governo em resolver os problemas sanitários da capital do império não eram as únicas causas da febre amarela. Problemas de ordem física ou ambiental tinham relação direta com os surtos epidêmicos. As observações do médico fluminense levaram à conclusão de que o calor intenso, por si só, não exercia influência no surgimento e na intensidade das epidemias. As altas temperaturas precisavam estar aliadas à umidade. Após um período de dias muito quentes, seguido de chuva fraca, os casos de febre amarela e a gravidade das infecções sofriam aumento considerável. Inversamente, se depois de um período de dias tórridos houvesse fortes chuvas com tempestades, os casos da doença diminuía. O mesmo efeito era constatado caso uma queda brusca de temperatura sucedesse dias chuvosos. Quanto aos ventos, conforme a sua direção, poderia insuflar ou atenuar as manifestações epidêmicas da febre amarela (TORRES HOMEM, 1885).

As trovoadas, com suas descargas elétricas, aumentavam a quantidade de ozônio no ar tornando mais densos os vapores. Esse fenômeno, de acordo com Torres Homem (1885), não permitia o desenvolvimento da febre amarela. É importante perceber a explicação que o médico dava ao fato de a doença ter permanecido latente desde o século XVII até o ano de 1850. Durante esse intervalo de tempo, as tempestades eram frequentes, característica que teria mudado com o desequilíbrio ecológico ocasionado pelas transformações econômicas e sociais ocorridas ao longo dos séculos XVIII e XIX, sobretudo, o desmatamento das florestas para abertura de estradas e construção de ferrovias. Em virtude dessas alterações no meio ambiente, a febre amarela teria despertado de seu sono profundo e surgido em proporções epidêmicas catastróficas. Portanto, para

Torres Homem, as tempestades traziam benefícios para a higiene pública. Entretanto, não fornece explicação para o fato de a doença ter praticamente sumido durante a década de 1860.

A febre amarela não era contagiosa na opinião de Torres Homem. Segundo os contagionistas, o mal amarelado teria sido importado pelo Brasil, e teria a propriedade de se propagar fora de seu foco de origem. Porém, Torres Homem observou, durante as epidemias de 1873 e 1876, que a doença diminuía de intensidade à medida que se afastava de seu ponto inicial de eclosão: “Se esta moléstia fosse contagiosa, os habitantes de certas localidades elevadas e salubres não ficariam dela isentos desde que para lá fossem doentes atacados do mal epidêmico” (TORRES HOMEM, 1885: 385). Locais atingidos pela febre amarela ficavam depois imunes, de acordo com as observações do médico, que ressaltava, ainda, a existência de focos de infecção de onde se desprendiam os agentes infecciosos que contaminavam a atmosfera. Caso o veneno ficasse limitado a uma área específica, os sintomas seriam mais nocivos, porém sua ação permaneceria restrita aos indivíduos em contato com o foco infeccioso. Os primeiros surtos epidêmicos observados por Torres Homem não ocasionaram um só caso de febre amarela além de determinados limites geográficos. Pessoas contaminadas que estabeleceram contato com regiões adjacentes à cidade do Rio de Janeiro não transmitiram a doença (TORRES HOMEM, 1885).

Uma das principais reações da população nesses momentos de crise era a fuga. Nos anos de 1850, 1873 e 1876 não foi diferente. No entanto, somente aqueles que gozavam de confortável situação financeira podiam por em prática essa reação de defesa. Assim, muitas pessoas fugiram do Rio de Janeiro para lugares serranos como Petrópolis, Teresópolis, Nova Friburgo e Tijuca, na tentativa de permanecer à salvo da doença. Porém, tal medida não surtiu efeito, uma vez que, afirma Torres Homem, a epidemia desenvolveu-se nessas regiões, inclusive com casos de óbitos (TORRES HOMEM, 1885).

Acreditava-se que em latitudes mais elevadas inexistia ambiente favorável ao germe da febre amarela. Outro fator de prevenção relacionado a condições climáticas dizia respeito à adaptação do organismo humano ao clima abrasador das regiões tropicais. Segundo Löwi (2006), antes da medicina tropical, a abordagem médica dominante nas colônias era a chamada “medicina dos climas quentes”. De acordo com essa abordagem a “resistência racial” só poderia ser adquirida pelo “homem branco” de forma gradual e em conjunto com hábitos de vida saudáveis (principalmente em relação ao consumo de alimentos e bebidas) aliados à miscigenação, que permitiria a adaptação dos estrangeiros aos climas tropicais. A não aclimação era considerada uma das principais

predisposições à febre amarela. Aclimatamento, conforme explica Flávio Edler (2010), seria um processo natural de adaptação a um novo ambiente climático, podendo também significar medidas higiênicas postas em prática para estabelecer um equilíbrio entre organismo e clima circundante. A influência exercida pelas condições atmosféricas no processo de adaptação dos europeus recém-chegados ao Brasil estava relacionada às idiossincrasias de cada organismo, e à origem geográfica e étnica do emigrante. Para o saber médico do século XIX, o contato de europeus com a intensa luminosidade e o calor de ambientes tropicais ocasionava uma “superexcitação singular”, tornando a pessoa menos apta às atividades intelectuais, com predisposição à indolência e fraqueza: “Em uma palavra, o indivíduo apresentaria um estado conhecido como *caquexia*, *hipoemia* ou *anemia tropical*, que o predisponha a adquirir todas as afecções endêmicas e epidêmicas próprias ao lugar onde ele se encontrava” (EDLER, 2010: 344). O clima tropical agia sobre o organismo humano mediante uma alteração sanguínea que repercutia em todos os órgãos. A mudança climática também modificava a fisiologia do indivíduo (EDLER, 2010). Para alguns médicos, quando o emigrante atingisse tal estado estaria aclimatado.

Mas não foram somente os estrangeiros que sofreram os flagelos da febre amarela. Brasileiros que migravam das províncias do Sul do país para o Rio de Janeiro também formavam grupo de risco aos ataques severos da doença, uma vez que, como os europeus, não estavam acostumados ao calor inclemente que reverberava na cidade do Rio de Janeiro. Porém, conforme Torres Homem (1885), quando atacava os nacionais aclimatados, a febre amarela tinha predileção por crianças na faixa etária entre dois a dez anos. O médico Leocádio José Correia afirmava que as crianças sofriam ataques benignos. Freire acreditava ainda que os ataques benignos conferiam imunidade a elas. A historiadora Mariola Espinosa (2009) também diz isso quando trata dos surtos da doença em Cuba durante os séculos XIX e XX. Torres Homem contradizia tal opinião ao afirmar que os casos verificados em pessoas com idade inferior a dez anos geralmente eram fatais. Para o clínico fluminense, as crianças e os não aclimatados formavam um único grupo de risco por possuírem predisposições semelhantes, e também pelo fato de a aclimação de um indivíduo a determinado ambiente ser um processo que, acreditava-se à época, levava aproximadamente cinco anos para consumir-se.

O clima era um dos principais elos do processo etiológico da febre amarela que começou a ser quebrado com a ascensão de um novo paradigma cujos pressupostos teórico-metodológicos se fundamentavam nos trabalhos realizados por Louis Pasteur (1822-1895), Heinrich Hermann Robert

Koch (1843-1910) e muitos outros investigadores. Eles pavimentaram o caminho pelo qual a bacteriologia se desenvolveu em fins do século XIX, e que a consolidaria como um saber especializado no século seguinte. Um dos pioneiros dessa nova ciência no Brasil foi um médico e professor de química que almejava o título de “Pasteur brasileiro” e o reconhecimento internacional por meio da elucidação de um dos principais enigmas da saúde pública daquele tempo: um imunizante capaz de prevenir a febre amarela.

### **2.3.2 As controvérsias entre Torres Homem e Domingos Freire a respeito dos seres invisíveis**

A existência de um germe causador da febre amarela já era mencionada por Leocádio Correia no final da década de 1870. Na década seguinte diversas teorias foram propostas para explicar a origem, classificação e a forma pela qual esse microrganismo, cuja natureza ainda era desconhecida, agia no corpo humano. Por bom tempo essas teorias foram objeto de muitas controvérsias e fervorosos debates entre grupos médicos e comunidades científicas nacionais e internacionais daquela época. Um dos principais cientistas a protagonizar esses embates no Brasil foi Domingos José Freire (1843-1899). Freire havia descoberto um microrganismo que acreditava ser o agente causal da febre amarela. Denominado *Cryptococcus xanthogenicus*, era uma planta microscópica que pertencia à espécie das algas. Podia ser encontrado, segundo Torres Homem (1885), na água, na atmosfera e nos cereais, e penetrava no organismo humano mediante as vias respiratórias.

Freire doutorou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1866 defendendo a tese intitulada *Albuminuria e lesões anatômicas patológicas dos rins*. Com 23 anos de idade serviu como cirurgião na Guerra do Paraguai (1864-1870). Lecionou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e no Liceu de Artes e Ofícios. Ocupou alguns cargos públicos, entre eles, a presidência da Junta Central de Higiene Pública. Em 1879 iniciou os estudos da doença que o alçaria à fama internacional. Em março de 1880 obteve autorização do governo para inocular pacientes humanos com *salicilato de sódio*, um composto derivado do ácido salicílico com propriedades anti-inflamatórias e analgésicas. Em 1883 Domingos Freire desenvolveu um profilático específico para a prevenção da febre amarela. A produção da vacina foi possível em virtude da atenuação do

micróbio *Cryptococcus xanthogenicus* por meio de técnicas desenvolvidas recentemente por Pasteur<sup>56</sup>.

Os esboços iniciais a respeito da etiologia da febre amarela foram publicados por Domingos Freire na *Gazeta de Notícias* em fevereiro de 1880. Diziam respeito à existência de grânulos e vibriões (microrganismos) nos humores dos doentes, que quando alcançavam determinado estágio de desenvolvimento adquiriam a forma de corpúsculos negros. Tais corpúsculos seriam responsáveis pela pigmentação escura do vômito negro (BENCHIMOL, 1999). Suas publicações sofreram inúmeras objeções tanto por parte de clínicos como Torres Homem, como por leigos, que publicavam suas críticas nas seções regulares dos jornais da época.

Vejamos com mais detalhes a complexa explicação etiológica da febre amarela fornecida pelo cientista brasileiro. Segundo Domingos Freire, o *Cryptococcus xanthogenicus* segregava uma *ptomaina*, toxina encontrada no vômito negro, produto da secreção ou da excreção dos micróbios causadores da moléstia. Essa substância, considerada um alcaloide, apresentava-se em estado líquido, com cheiro acre e aromático, características voláteis, oleosa, levemente amarelada, contendo quantidades significativas de azoto, podendo ser encontrada na urina e no sangue dos doentes. Domingos Freire acreditava que o seu micróbio vegetal transmitia a doença mediante contágio. Ele havia encontrado o parasita no sangue dos doentes, no *parênquima* dos órgãos (principalmente dos fígados e rins), no vômito negro e até no solo dos cemitérios. Fez experiências com inoculações do micróbio em animais e afirmou ter conseguido reproduzir neles os sintomas da febre amarela. Na autópsia das cobaias, disse ainda ter descoberto as mesmas lesões anatomopatológicas características em seres humanos.

As técnicas da microbiologia eram recentes no Brasil àquela época. Poucos entendiam a nova ciência inaugurada por Pasteur e tinham habilidade suficiente para manejar um microscópio. Torres Homem não possuía afinidade com esse novo instrumento tecnológico, mas assumia uma posição de ceticismo em relação ao parasita de Domingos Freire. Acreditava que, assim como os corpúsculos atribuídos pelo dr. Charles Louis Alphonse Laveran (1845-1922) ao micróbio da malária, os *Cryptococcus* de Freire pareciam com *hematias* em diversos graus de alteração. Na febre amarela, segundo Torres Homem, os glóbulos sanguíneos adquiririam múltiplos aspectos com condições morfológicas diferentes (TORRES HOMEM, 1885).

---

<sup>56</sup> O *salicilato de soda* era utilizado como remédio para curar a doença. A vacina produzida a partir da atenuação do *Cryptococcus xanthogenicus*, por sua vez, era um imunizante com fins preventivos.

Curioso para saber mais a respeito das técnicas empregadas na microbiologia e sobre a própria febre amarela, Torres Homem constatou que na Europa ninguém havia encontrado no sangue de amareletos o *Cryptococcus xanthogenicus*. Dessa forma, pediu aos seus adjuntos, os drs. Francisco de Castro (1857-1901) e Eduardo de Menezes, que dominavam melhor as técnicas da microscopia, que examinassem o sangue, o vômito negro, o fígado e os rins de doentes vítimas da febre amarela na expectativa de encontrar a planta microscópica do professor Domingos Freire. O resultado foi negativo. Torres Homem então apelou ao dr. Pedro Severiano de Magalhães para que examinasse as culturas. Em sua opinião, Severiano de Magalhães era a principal sumidade do Rio de Janeiro nas áreas da micrografia e microscopia. Magalhães também não encontrou nada. Tanto ele como os adjuntos de Torres Homem só observaram os glóbulos vermelhos do sangue em períodos diversos de alteração (TORRES HOMEM, 1885).

Torres Homem percebeu que a dificuldade em identificar o micróbio de Domingos Freire residia no fato de que, quando observado pelas lentes do microscópio, apresentava diversas formas, dimensões e cores, o que o levou à conclusão de que Freire não tinha uma opinião formada sobre o germe que havia descoberto. Na sessão da Academia Imperial de Medicina de 24 de julho de 1885, durante pronunciamento do dr. Francisco Marques de Araújo Góes, ficou convencido de que o parasita de Freire não era outra coisa senão *hematias* em diversos períodos de alteração:

O Sr. Dr. Góes chegou a essa demonstração cotejando os caracteres indicados pelo professor Freire como especiais ao *criptococcus xantogênicus* com os caracteres das *hematias* alteradas referidos pelo Dr. Mayet, professor de patologia da Faculdade de Lyon, em um trabalho publicado nos *Arquivos de fisiologia de 15 de fevereiro de 1882*, intitulado- *Alterações espontâneas dos elementos corados do sangue* (TORRES HOMEM, 1885: 397).

Domingos Freire queria provar com as inoculações que a febre amarela era contagiosa: “Embora partisse do *criptococo xantogênico*, dialogava com um público ainda não convencido da natureza parasitária da doença. Demonstrar sua contagiosidade era, pois, indispensável para seguir adiante em direção à vacina e para consolidar a retaguarda do fato pressuposto, o agente etiológico microbiano” (BENCHIMOL, 1999: 75) No entanto, Torres Homem criticava Freire por usar somente sangue de cadáveres e nunca de doentes, e por considerar que suas experiências em coelhos, galinhas e porquinhos-da-índia não provavam que a doença era contagiosa. Ao injetar o sangue de um cadáver diretamente na veia safena de um coelho, Freire assegurava que o animal

morria em quinze minutos. Essa rápida evolução de sintomas e a suposta reprodução do germe no organismo do coelho foram contestadas por Torres Homem:

Em primeiro lugar perguntarei ao meu colega porque (sic) em suas experiências, em lugar de recorrer ao sangue de indivíduos vivos, doentes de febre amarela, serviu-se sempre de sangue de cadáver: isso nunca passou pela mente de experimentalista algum quando quis provar o contágio e a inoculabilidade de uma determinada moléstia. Quem conhece a extrema gravidade das simples picadas anatômicas; quem tem visto a morte sobrevir em poucos dias em consequência de uma leve erosão feita com um escalpelo umedecido em sangue de cadáver, de certo não encontrará dificuldade em explicar os efeitos fulminantes, em um pequeno animal como o coelho, consecutivos à introdução direta em uma de suas grossas veias de uma grama de sangue retirado de um indivíduo morto, que foi vítima de uma moléstia, cujo caráter essencial é uma alteração profunda e precoce da crase sanguínea. *Morre de febre amarela em um quarto de hora!* É para mim uma novidade digna de meditação: e o maior assombro que me produz esse fato é porque a moléstia, tendo-se desenvolvido, percorrido a sua marcha natural e terminado pela morte em quinze minutos, teve tempo suficiente para deixar nas vísceras que lhe são prediletas o cunho característico e indelével de sua passagem veloz e na massa sanguínea miríades de micróbios, verdadeiros *cryptococci pathognomonicos* idênticos aos que existiam na grama de sangue injetada. Prodigiosa e rápida fertilidade, milagrosa reprodução (TORRES HOMEM, 1885: 400).

Segundo Benchimol (1999), Freire acreditava que a produção da febre amarela em laboratório provava a propagação da doença de indivíduo para indivíduo. Contudo, as amostras de sangue contaminado utilizadas pelo cientista tinham origem obscura, uma vez que podiam ser provenientes de uma pessoa que contraíra a enfermidade no meio em que vivia, caracterizando neste caso, uma infecção. Para evitar a contradição, Freire afirmou que a febre amarela seria “primitivamente contagiosa”, vindo a tornar-se infecciosa somente após o acúmulo de focos no meio externo:

Subproduto dessas experiências é a verificação de que havia animais refratários à doença - as galinhas e, em certa medida, os cães -, da mesma maneira que, na espécie humana, certas ‘raças’, supunha-se, apresentavam imunidade natural a ela. Os mecanismos da imunidade eram ainda um mistério para os bacteriologistas, por isso ele se limitava a comprovar o fenômeno, “dependente seja das condições da raça ou espécie, seja de vacinação inconsciente, pelo hábito do meio em que estes animais coabitam ao mesmo tempo que a espécie humana” (BENCHIMOL, 1999: 77).

A teoria de Domingos Freire era frágil. Tal fragilidade, conforme observa Benchimol (1999), tinha relação com três ordens de fatores: as idiosincrasias do cientista; o ambiente competitivo da comunidade científica e o utilitarismo. A reduzida margem de consenso em torno da doença, em termos etiológicos, profiláticos e terapêuticos, também obrigava Freire a fixar o

resultado de suas pesquisas em base frágil, insegura. Os micróbios que havia descoberto podiam ser considerados tanto a causa como o efeito da doença. O desenvolvimento da vacina pressupunha a descoberta do agente causal e sua utilização prática na prevenção de uma enfermidade cujos prejuízos atingiam um dos nervos mais sensíveis de uma nação: a economia. Domingos Freire criticava os clínicos que combatiam os efeitos e não a causa da doença que, em sua concepção, teria como origem o microrganismo por ele observado. Quando propugnava suas injeções de salicilato, assumia abertamente que esses organismos também podiam ser considerados efeitos da doença (BENCHIMOL, 1999).

As descobertas feitas pelos cientistas durante o século XIX eram julgadas segundo critérios provenientes de dois campos distintos: a bacteriologia e a epidemiologia. Para Marta de Almeida (2003), existiam então três percepções médicas a respeito da febre amarela: a do médico higienista que se atinha às causas sócio-históricas das epidemias; a do médico clínico preocupado com a correlação de sintomas, processos fisiológicos, lesões orgânicas e experimentação terapêutica; e a dos bacteriologistas, que se debruçavam sobre a causa microbiana e a imunização. Benchimol (1999) considera que o campo da bacteriologia era formado por cientistas e médicos convertidos ao paradigma pasteuriano. No interior desse campo, laboratórios encenavam disputas cujo fermento era os diversos pontos de vista a respeito do germe. Esse grupo também tinha a árdua tarefa de convencer aqueles que habitavam o outro campo, formado por clínicos e higienistas, que não possuíam afinidade com a bacteriologia, como era o caso de Torres Homem. Ainda sob a perspectiva desse autor, a relação entre esses dois campos não foi caracterizada por uma continuidade pacífica, mas sim por tensões e rupturas.

No Brasil o principal rival de Domingos Freire foi João Batista de Lacerda (1846-1915). Formado em 1870 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Lacerda foi, por dois anos, interno do dr. João Vicente Torres Homem, à época titular da cadeira de clínica médica da mesma instituição. Após concluir o curso, retornou à sua cidade natal, Campos dos Goytacazes (Rio de Janeiro), onde herdou a Casa de Saúde Santana que fora fundada por seu pai e outro médico. Em 1873, quando publicou uma pesquisa sobre *Infecção palustre e beribéri*, Lacerda sentiu a necessidade de retornar à capital do Império, ambiente mais favorável à carreira de investigador, uma vez que seu desejo não era exercer a clínica. A oportunidade surgiu em 9 de fevereiro de 1876, quando foi nomeado subdiretor da seção de antropologia, zoologia e anatomia do Museu Nacional, instituição da qual seria diretor de 1895 até 1915. Aí, junto com o médico francês Louis Couty

(1854-1884) fundou o primeiro laboratório de fisiologia financiado pelo Estado (BENCHIMOL, 1999).

Lacerda iniciou suas pesquisas sobre a febre amarela no verão de 1879-1880, em concomitância com Domingos Freire. Segundo Lacerda, este havia se precipitado em suas conclusões a respeito da etiologia da doença ao anunciar ao público hipóteses que *a priori* deveriam ter sido sancionadas no meio acadêmico: “Embora discordasse das suposições relativas à cor do vômito e ao meio de introdução dos germes no organismo, admitia que Freire pudesse ter vislumbrado um dos elos que ligavam o micróbio à doença. Mas isso não significava a decifração do mistério” (BENCHIMOL, 1999: 176).

Um dos programas de pesquisas do Laboratório de Fisiologia do Museu Nacional estava relacionado ao estudo da fisiologia do clima, inserido no que poderíamos denominar como “paradigma climatológico” que ainda exercia grande influência na medicina e higiene. Segundo este modelo, as doenças, as epidemias e o grau de civilização dos povos sofriam influências climáticas, noções que se associavam ao determinismo mesológico (BENCHIMOL, 1999; EDLER, 2010). Com base nesse arsenal teórico-metodológico, Lacerda passou a estudar a poeira flutuante da atmosfera marítima. Em virtude dos ventos que sopravam na região litorânea e dissipavam com facilidade os germes, resolveu coletá-los nos porões dos navios. Inoculou animais com líquidos extraídos de doentes, além de águas e demais substâncias retiradas das embarcações, numa tentativa de produzir um contágio artificial. Também cultivou os “corpúsculos animados” oriundos da atmosfera infectada e do organismo humano. Após um interregno de três anos, período no qual se dedicou ao estudo da ação fisiológica da peçonha dos ofídios, Lacerda retomou em 1883 as pesquisas sobre a febre amarela justamente no momento em que Freire finalizava os preparos de sua vacina. A busca agora se deslocara dos porões dos navios para o fígado de amarementos, órgão que, junto com os rins, desempenhava um importante papel na fisiologia dos envenenamentos. Assim, Lacerda incriminou o micróbio *Fungus febris flavae* como agente da febre amarela, um organismo vegetal microscópico pertencente à classe dos cogumelos, cuja característica principal era o polimorfismo, isto é, a capacidade de determinados microrganismos mudarem de forma e função por influência do meio exterior (local onde fungos, algas e bacilos cumpriam parte de seu ciclo vital), principalmente dos fatores climáticos (BENCHIMOL, 1999).

Entre os meses de abril e maio de 1883, Lacerda publicou uma teoria com consistência teórica suficiente para afirmar que a febre amarela não era uma doença miasmática e sim

parasitária. No entanto, cerca de dez anos mais tarde (1892-1893) veio à tona os resultados de um inquérito produzido por George Sternberg, presidente da American Public Health, a respeito das teorias e vacinas produzidas na América Latina. O relatório de George Sternberg significou não apenas um vigoroso golpe às pesquisas de Domingos Freire como também a abertura de um caminho para os bacilos em um terreno onde antes predominavam fungos e algas (BENCHIMOL, 1999).

### **2.3.3 Febre amarela: suas causas, seus sintomas**

Retornemos agora a nossa personagem para esclarecermos mais alguns pontos a respeito do quadro sintomatológico da febre amarela. Em suas preleções, Torres Homem distinguia três estágios sintomáticos da doença. No primeiro, denominado período de reação, o doente apresentava febre intensa acompanhada de congestões, inflamações e irritações em diversos órgãos. Durava aproximadamente 24 a 36 horas. Durante essa fase, outros sintomas eram: cefalalgia; dores lombares e dos membros inferiores (dores nevrálgicas e contusivas); albuminúria; calor febril e em alguns casos, cor ictérica. Em seguida, ocorria uma remissão dos sintomas. Esse estágio, também conhecido como “período de quinina”, prolongava-se apenas por algumas horas. O terceiro e último estágio, conhecido como “ataxo-adinâmico”, seria marcado por hemorragias e por uma das manifestações mais características da moléstia: o vômito negro. Durava cerca de um a dois dias. Contudo, os três estágios nem sempre seguiam uma lógica linear, muitos eram os casos em que ao primeiro período seguia-se diretamente o terceiro. Os sintomas também confundiam os médicos, pois muitas vezes não se manifestavam de forma bem distinta (TORRES HOMEM, 1885).

Na opinião deste clínico, a febre amarela geralmente atacava de súbito indivíduos que estavam em perfeito estado de saúde. A doença raras vezes apresentava os chamados sintomas prodrômicos. Algumas vezes, antes do doente manifestar os primeiros sintomas, era acometido por acessos de febre intermitente do tipo quotidiano. Após os sintomas iniciais da doença, sobrevinha calafrio com duração e intensidade variadas, depois fortes enxaquecas. Às vezes observavam-se suores copiosos e generalizados que podiam coincidir com a cessação ou diminuição da febre. Estes casos, para Torres Homem (1885), assemelhavam-se à febre remitente paludosa. Em seguida uma febre intensa vinha acompanhada de dores lombares, nos membros inferiores e às vezes superiores. Os olhos lacrimejavam e ficavam sensíveis à luz. O doente passava então a apresentar aspecto lânguido, de prostração. A língua tornava-se saburrosa, a sede intensa e a anorexia absoluta. Dores

epigástricas lancinantes afligiam o enfermo. A urina não era mais secretada (anúria), sobrevindo delírios e muitas vezes o coma:

Em grande número de casos observa-se no começo da febre amarela a marcha regular de uma febre francamente remittente, apresentando-se remissões matutinas de um ou mais graus no calor e de dez ou mais pulsações na frequência do pulso, bem como exacerbações vespertinas na mesma proporção. Mais de uma vez tenho observado o aparecimento de abundante transpiração nas horas de remissão febril, o que me autoriza sempre a empregar nessa ocasião altas doses de sulfato de quinina. Apesar desta medicação, as remissões vão se tornando cada vez menos sensíveis, a febre toma o tipo contínuo, e a moléstia estabelece-se definitivamente (TORRES HOMEM, 1885: 455-456).

A cor amarela das conjuntivas era um sintoma frequente do primeiro estágio da doença. Contudo, a cor ictérica da pele era mais comum no segundo e terceiro períodos. A icterícia cutânea, revelada no primeiro ciclo do quadro sintomático, não estava relacionada a princípios corantes da biliar, segundo Torres Homem (1885), mas à elaboração sofrida pelo sangue nas redes capilares do derma: “A estase sanguínea favorece a alteração dos glóbulos vermelhos do sangue, a hemoglobina contida nestes glóbulos se decompõe, e fornece o princípio corante vermelho amarelado que tinga a superfície cutânea” (TORRES HOMEM, 1885: 414). O amarelão intenso, próprio do terceiro estágio da doença, não se devia apenas às modificações sanguíneas, mas também ao “embaraço” da biliar no interior da glândula hepática e à retenção no sangue dos princípios responsáveis pela secreção biliar (TORRES HOMEM, 1885).

Para Torres Homem (1885), a febre amarela estava associada a uma *discrasia* (deficiência na constituição física) no sangue, determinada pelo miasma infectante do organismo, considerado a causa da doença. A *discrasia* afetaria a fibrina<sup>57</sup> e os glóbulos vermelhos que sofreriam alterações em suas características morfológicas. Assim, a fibrina perderia parte de sua plasticidade, tornando-se tenra, friável e dificilmente coagulável. Na opinião do clínico, as manifestações hemorrágicas do terceiro período da enfermidade seriam explicadas pela *discrasia*. Em Benchimol (1999: 185), encontramos a seguinte análise dessa abordagem físico-patológica:

Acreditava-se que nesta doença ocorria um desequilíbrio profundo das partes constituintes do sangue, na ‘crase’ do sangue, dizia-se, o que, por sua vez, ocasionava a degeneração de diversos órgãos- degeneração gordurosa, afirmavam os microscopistas. A forma como se manifestava a doença dependia dos órgãos mais lesionados, sabendo-se que danificava de preferência o fígado.

<sup>57</sup> Segundo o Dicionário Houaiss (2001), *fibrina* seria uma proteína formada no plasma sanguíneo a partir da ação da trombina sobre o fibrinogênio. Ela seria a principal componente dos coágulos sanguíneos.

No terceiro estágio do quadro sintomático da febre amarela, quando ocorria perda de albumina pela urina, Torres Homem fazia referência a duas condições patogênicas: lesão renal e alteração sanguínea. A lesão renal fornecia a base anatômica, enquanto a alteração do sangue, a base químico-fisiológica desse processo mórbido. Seguindo a interpretação de seu mestre, Manuel de Valadão Pimentel (1812-1882), o Barão de Petrópolis, Torres Homem diagnosticava febre amarela quando detectava albumina na urina do doente. Durante as epidemias de 1850 a 1869, foram sintoma frequente durante o primeiro estágio do mal amarílico. A partir da década de 1870, afirma Torres Homem (1885), esteve presente apenas em poucos casos da doença.

Para José Pereira Rego, a febre amarela era uma pirexia contínua ou remitente relacionada a uma gastro-entero-hepato-encefalite devido a intoxicação miasmática, semelhante ao *tifo europeu*, mas alterada por circunstâncias climatéricas e topográficas específicas ao Rio de Janeiro. Manuel de Valadão Pimentel vira na epidemia de 1850 duas características distintas: a primeira, as manifestações de febres remitentes ou intermitentes benignas e perniciosas; a segunda os casos reais de febre amarela, em que o Barão de Petrópolis encontrava semelhança com o tifo da Europa. De acordo com o Barão, o *tifo icteróide* seria o *tifo europeu*, modificado por influências climáticas locais. Após sofrer alterações, produzia as febres intermitentes perniciosas. A febre amarela seria então uma espécie de modalidade dessa febre, resultante de modificações produzidas a partir de miasmas tíficos. Agora, vejamos a definição que Torres Homem atribuía à febre amarela:

Para mim, a febre amarela é uma moléstia infecciosa, produzida pela ação de um miasma que procede da decomposição das matérias orgânicas, vegetais e animais; que participa por conseguinte da natureza do miasma que produz as febres paludosas e do miasma que produz o tifo. Este miasma misto, depois de receber da atmosfera marítima um cunho especial, determina na crase do sangue uma profunda alteração, a qual, no começo, se revela por fenômenos de reação, mais tarde por fenômenos hemorrágicos e ataxo-adinâmicos (TORRES HOMEM, 1885: 468).

Os sintomas da febre amarela podiam ser confundidos com os da febre tifoide, pois a ataxia e a adinamia eram sintomas comuns nesta última doença também. Contudo, uma característica da febre tifoide era a formação de abscessos em várias regiões do corpo, além de parótides que supuravam e escaras gangrenosas nos pontos onde havia saliência óssea. Estes sinais clínicos vinham acompanhados por abundante e fétida diarreia. Outra doença muito semelhante à febre amarela era a febre remitente biliosa dos países quentes. Entre seus sintomas característicos

incluíam-se vômito negro; hemorragias; albuminúria; fenômenos ataxo-adinâmicos e icterícia.

Portanto, na opinião de Torres Homem, a febre amarela seria uma doença que reunia tanto os sintomas provenientes da infecção paludosa como tífica: “Mesmo que a marcha da moléstia seja análoga à da febre remitente, encontram-se fenômenos típicos mais ou menos pronunciados no quadro sintomático, e ainda mesmo que a forma tifoide se manifeste francamente, observa-se no começo a marcha própria das febres remitentes palustres” (TORRES HOMEM, 1885: 469). O médico fluminense fazia minuciosa comparação entre as manifestações características a cada uma dessas pirexias, que partilhavam vários sinais e lesões comuns e que podiam facilmente ser confundidas, como é o caso das febres biliosa e amarela:

A febre amarela não é uma pirexia de fundo exclusivamente paludoso; não apresenta no número de seus sintomas iniciais a congestão de fígado e de baço. O tifo remitente da febre não apresenta a mesma regularidade que se nota na outra pirexia (febre biliosa dos países quentes) [...] A diarreia na febre amarela constitui uma exceção muito rara, ao passo que na febre biliosa é a regra. O delírio é o único sintoma nervoso que se observa no começo do tifo americano, e neste caso depende da hiperemia das meninges cerebrais. A hematúria é uma hemorragia pouco frequente na febre amarela, e quando se manifesta, é acompanhada de outras hemorragias. Na febre biliosa, a *stomatorrhagia*, a epistaxis, a gastorragia e a enterorragia quase nunca se manifestam; a hematúria comumente existe isolada [...] A anúria é um sintoma frequente na febre amarela, e muito raro na febre biliosa. Finalmente, a marcha que segue a primeira destas duas pirexias é muito mais rápida do que a seguida pela segunda, quer sobrevenha a morte, quer tenha lugar a cura (TORRES HOMEM, 1885: 471-472).

No campo adversário estavam Freire e Lacerda que incriminavam seus microrganismos como agentes causais da febre amarela, diferente dos processos físico-patológicos desencadeados no organismo humano pelos miasmas infectantes e que eram propugnados por Torres Homem. Essa discussão suscitada pelos médicos que abraçaram o novo paradigma explicativo, da microbiologia, dizia respeito à identificação do agente etiológico específico que permitiria o desenvolvimento de um imunizante.

A febre amarela era endêmica no Rio de Janeiro, cidade com a qual Paranaguá estabelecia estreitas ligações em virtude da atividade portuária. Essa relação, no entanto, não estava limitada a questões comerciais, políticas e econômicas. A maior preocupação proveniente dos laços que uniam as duas cidades dizia respeito à saúde pública, uma vez que a opinião médica no Paraná acreditava que o germe responsável pela eclosão da febre amarela no litoral da província, era importado do Rio de Janeiro, encontrando naquela região condições climáticas e ambientais apropriadas para o seu desenvolvimento. As primeiras manifestações da doença em Paranaguá datam de 1852. Vejamos,

portanto, no próximo capítulo, as tensões, os embates e as estratégias de organização sanitária desenvolvidas em Paranaguá durante esses momentos de crise.

### **3 AS EPIDEMIAS E SUAS IMPLICAÇÕES POLÍTICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS**

Uma epidemia é um acontecimento com impactos emocionais significativos sobre uma sociedade, cuja intensidade situa-se no tempo e no espaço. Pode ser definida como episódio de

pânico, trauma psíquico, tanto a nível individual como coletivo, abrangendo a população de determinado local. A ocorrência desses eventos traumáticos ocasionam perturbações nos comportamentos cotidianos, alterando costumes, hábitos e principalmente as relações humanas:

Que diferença do tratamento reservado em tempo comum aos doentes que parentes, médicos e padres cercam de seus cuidados diligentes! Em período de epidemia, ao contrário, os próximos se afastam, os médicos não tocam os contagiosos, ou fazem-no o menos possível ou com uma varinha; os cirurgiões só operam com luvas; os enfermeiros depositam ao alcance do braço do doente alimento, medicamentos e pensaduras. Todos aqueles que se aproximam dos pestíferos aspergem-se com vinagre, perfumam suas roupas, em caso de necessidade usam máscaras; perto deles, evitam engolir a saliva ou respirar pela boca (DELUMEAU, 2009: 178-179).

À época em que se situa meu estudo, em tempos de “peste” os costumes fúnebres eram alterados. Os cantos deixavam de ser entoados, assim como os toques de finados e os sepultamentos individuais. Hábitos como: dobres de sino, sacramentos de comunhão ministrados aos moribundos, cortejos fúnebres, enterros faustosos e fechamento de portas e janelas de casas onde se encontrava um cadáver, também passavam a ser considerados prejudiciais à população em tempos de epidemia. As autoridades médicas propunham vigilância auditiva e olfativa, uma vez que, odores, barulhos de sinos e procissões podiam agravar o estado de saúde de um enfermo. Segundo Cláudia Rodrigues (1997), alguns médicos do século XIX afirmavam que o medo, aliado a outros problemas psíquicos, tornavam o indivíduo mais suscetível ao contágio.

Até meados do século XIX, as pessoas de posse enterravam seus familiares e amigos no interior das igrejas, onde expressavam sua fé em meio a um ambiente impregnado pelo odor que exalava dos cadáveres. Assim, a igreja era um espaço onde coabitavam vivos e mortos. A epidemia de febre amarela que devastou a cidade do Rio de Janeiro entre os anos de 1849 e 1850 colocou um fim a esses costumes na capital brasileira, execrados pelo discurso médico da época que propugnava a criação de cemitérios segundo as normas recomendadas pela higiene<sup>58</sup>. Em 1834, por determinação do governo da província de São Paulo, os sepultamentos no interior das igrejas foram proibidos. No ano seguinte, Paranaguá, que pertencia à região da 5ª Comarca, deu início às obras de construção do novo cemitério. Costumes fúnebres também foram alterados naquela cidade em tempos de epidemias. Médicos, entre eles Leocádio Correia, ordenavam que cadáveres de

---

<sup>58</sup> Segundo essas normas, o responsável pela construção desses espaços precisaria levar em consideração fatores como nível do terreno, características do solo e da vegetação e a distância em relação aos núcleos urbanos.

amareletos e variolosos fossem inumados a noite sem os típicos rituais praticados durante os enterros (CORRÊA, 1989; FERNANDES JUNIOR, 1988).

Para os vivos é uma tragédia o abandono dos ritos apaziguadores que em tempo normal acompanham a partida deste mundo. Quando a morte é assim desmascarada, “indecente”, dessacralizada, a esse ponto coletiva, anônima e repulsiva, toda a população corre o risco do desespero ou da loucura, sendo subitamente privada das liturgias seculares que até ali lhe conferiam nas provações dignidade, segurança e identidade (DELUMEAU, 2009: 181).

Como observa Jean Delumeau (2009), a peste negra assolou a Europa durante o século XIV com surtos epidêmicos periódicos que ocorriam no intervalo de nove a doze anos. Quatro séculos mais tarde, a varíola, a gripe pulmonar e a disenteria dizimaram milhares de pessoas no ocidente. O cólera surgiu na Europa somente no ano de 1831. Charles E. Rosenberg (1992) argumenta que, apesar de não ter sido uma doença significativa em termos demográficos, o cólera se alastrou pelo mundo em sucessivas pandemias.

A respeito da febre amarela, existem evidências de sua presença, ao menos na América Latina, desde o século XVII. Odair Franco (1969) afirma que ela se manifestou epidemicamente pela primeira vez no Brasil no ano de 1685, mais precisamente na cidade de Recife. No entanto, para Benchimol (2001), a febre amarela tornar-se-ia um problema sanitário nacional somente no século XIX.

A obscuridade da morte; a taciturnidade cidadina quando a urbe se assemelha a um campo de batalha juncado de mortos; a solidão reforçada pela abolição abrupta de ritos coletivos, costumes e hábitos cotidianos, eis a descrição um tanto sucinta do cenário aterrador produzido por um flagelo epidêmico. A fuga era uma das primeiras atitudes tomadas quando uma epidemia despontava numa cidade. Nas palavras de Delumeau (2009), um par de botas era o mais eficaz e seguro dos remédios perante uma medicina impotente. Os ricos assumiam a dianteira, como por exemplo, o presidente da Câmara Municipal de Antonina, que abandonou a cidade durante o surto de febre amarela que assolou a região em 1878 (APEP, 1878, AP 538, Arquivo IJIP vol.5, Ofícios). Por sua vez, as pessoas comuns combatiam o mal com recursos que estavam ao seu alcance, entre eles a própria fuga, conforme os relatos de pessoas pobres das cidades de Santander e Lisboa do final do século XIV (DELUMEAU, 2009). Na Paris do século XIV os pobres pululavam defronte os órgãos responsáveis pelas emissões de certificados de saúde. Carroças, coches e carriolas espalhavam-se profusa e desordenadamente pelas ruas, vielas e becos do espaço urbano (DELUMEAU, 2009).

Diante de tragédias como essas, de proporções homéricas, as famílias dissolviam-se e isolavam os entes queridos que contraíam a doença. Missas, comércio, aulas e qualquer espécie de lazer e divertimento ficavam proscritos. Em Antonina, naquele mesmo surto de 1878, as aulas foram suspensas pelo período de trinta dias (APEP, 1878, AP 539, Arquivo IJIP vol.6, Ofícios). Na Europa, o sacrifício em massa de animais como cães, gatos, porcos e pombos era comum, pois se pensava que, com tal atitude, o mal deixaria de se propagar. Diversas outras imagens poderiam ser aqui evocadas para dar ao leitor uma ideia das proporções que eventos como um surto epidêmico podiam e, ousaria dizer, podem ainda alcançar. Daniel Defoe (2002), por exemplo, os compara a um grande incêndio, como aquele que devastou Londres em 1666, um ano depois dos eventos narrados pelo autor relativos à chegada da peste negra à capital britânica. “A peste é então uma ‘praga’ comparável às que atingiram o Egito. É ao mesmo tempo identificada como uma nuvem devoradora que chega do estrangeiro e que se desloca de país em país, da costa para o interior e de uma extremidade à outra de uma cidade, semeando a morte à sua passagem” (DELUMEAU, 2009: 161).

Delumeau compara as epidemias com ataques instantâneos que não distinguiam credo, cor, raça ou condição social, muito embora suas conclusões apontem o contrário, em consonância com a opinião médica de outrora (séculos XVII e XVIII), que encarava a pobreza como predisposição essencial a se contrair doenças como a peste bubônica. Rosenberg (1992), por sua vez, mostra que as explicações etiológicas do cólera no século XIX estavam pautadas em visões ideológicas que imputavam aos pobres e marginalizados a condição de vítimas inevitáveis das doenças pestilenciais. O autor também constata que medidas profiláticas como quarentena e desinfecções foram aplicadas principalmente a esse grupo social.

Conforme Delumeau (2009), a primeira atitude das autoridades quando confrontadas com esses flagelos, era a recusa em reconhecer sua manifestação. Justificavam tal atitude com os seguintes argumentos: evitar a desestruturação psíquica e emocional da população e, talvez o mais importante, uma crise econômica. Mostra Delumeau, que quarentenas significavam para uma cidade a dificuldade de abastecimento e a angústia do desemprego. Representantes do poder público dirigiam-se aos médicos a solicitar exames minuciosos dos casos suspeitos. Quando o diagnóstico era positivo, decisões passavam a ser procrastinadas. Por outro lado, se as conclusões dos médicos se mostrassem pessimistas, novos exames eram solicitados como contraprova. Os governantes empedernidos relutavam em aceitar qualquer parecer que os obrigasse a tomar medidas mais drásticas. Essa recusa talvez possa ser observada em Paranaguá por meio dos diagnósticos do

médico Leocádio Correia, contestados muitas vezes, não somente por seus pares, mas também pelo próprio senso comum.

Delumeau distingue três tipos de explicação para as epidemias. A primeira seria a dos eruditos, que atribuíam a culpa pela crise à corrupção do ar. O ar viciado seria o resultado de emanções pútridas e fenômenos celestes. A segunda explicação era a dos leigos, da multidão anônima, onde “semeadores de contágio espalhavam voluntariamente a doença” (DELUMEAU, 2009: 201). Por fim, à opinião dos leigos se juntava a da igreja católica, para a qual a catástrofe nada mais era do que consequências de um deus encolerizado que precisava ser “tranquilizado” por meio de procissões religiosas.

Se a epidemia era uma punição, precisava haver culpados. Delumeau (2009) argumenta que os sacrifícios humanos realizados por civilizações antigas reproduziam-se de forma inconsciente no corpo social durante as epidemias modernas. As vítimas, nesses casos, costumavam ser estrangeiros, viajantes, marginais, judeus ou leprosos. É possível verificar esse comportamento entre os grupos afrodescendentes de Recife durante o século XIX cuja desconfiança levou-os a crer que o cólera fosse fruto de uma trama engendrada na calada da noite por homens brancos com o intuito de prejudicá-los. Os médicos também eram vistos como cúmplices do processo (CHALHOUB, 1996). Atitudes semelhantes foram tomadas por habitantes de cidades europeias vitimadas pelo cólera nesse mesmo período (século XIX). Para os pobres, a doença era uma maquinação dos ricos para eliminar as classes que julgavam perigosas (ROSENBERG, 1992).

Portanto, negação, acusação e punição aos culpados formariam o principal roteiro de eventos epidêmicos segundo Delumeau (2009). Rosenberg (1992) ao analisar a epidemia como fenômeno social cujas formas assumiriam dimensões dramáticas, situa os comportamentos e atitudes por ela suscitados num modelo determinista e fatalista semelhante ao proposto por Delumeau (2009), porém, com sequência de atos um pouco diferente. A primeira reação observada seria também a demora em reconhecer a doença por força de interesses econômicos, institucionais e sociais. A aceitação pública do flagelo ocorria somente quando fosse inevitável. O próximo passo era então criar um quadro explicativo, a partir de um acordo coletivo, que desse sentido ao mal e fornecesse meios de combatê-lo. Esse quadro explicativo podia ter raízes em questões transcendentais, ou seja, nas relações entre seres humanos e deus. Mas isso não significa que justificativas laicas não fossem invocadas. Rosenberg (1992) observa que a busca por explicações significava uma chama de esperança para o controle da doença. O terceiro ato dizia respeito às ações públicas desenvolvidas

em reação aos surtos epidêmicos. Esses acontecimentos traumáticos demandavam respostas imediatas, precisas e generalizadas por conta de pressões morais e políticas exercidas pela sociedade afetada. Na visão de Rosenberg (1992), medidas de combate às epidemias constituiriam rituais coletivos integrados a elementos cognitivos e emocionais, como religião e explicações etiológicas racionais.

Para historiadores e cientistas sociais, o teor dos rituais públicos fornece percepções a respeito de valores sociais em determinados períodos históricos, enquanto que os conflitos por hegemonia suscitados pelos representantes de cada espécie de ritual específico propiciam perspectivas a respeito das estruturas de autoridade e crença. Portanto, na epidemia de cólera de 1832, inconsistências entre as visões leigas e médicas sobre o contágio modelaram o pensamento político da Europa e da América do Norte; os leigos, quase que unanimemente assumiam o caráter contagioso das doenças, enquanto a opinião médica estava dividida (ROSENBERG, 1992: 285).<sup>59</sup>

O último ato tem relação com o declínio da epidemia e a reflexão a respeito dos fatos ocorridos. A rigor, essa fase traz à tona as marcas, muitas vezes indelévels, que a doença imprimiu na comunidade afligida. O aspecto mais importante desse processo seriam os modos pelos quais a comunidade absorve, formula interpretações e retira ensinamentos valiosos para o futuro. Conforme a metáfora de Rosenberg (1992), da mesma forma como um dramaturgo escolhe seu tema e organiza sua trama, uma sociedade constrói suas próprias respostas às epidemias. Por outro lado, o exame desses desenlaces traumáticos propicia revelações muito importantes ao historiador a respeito de padrões fundamentais relativos a valores sociais e práticas políticas, econômicas e institucionais, além de estimular o avanço das políticas de saúde pública. Antes de tratarmos especificamente de Paranaguá, vejamos como essas questões ressaltadas por Rosenberg (1992) podem ser identificadas em estudos de casos concretos, para isso utilizo como fio condutor as epidemias de febre amarela no contexto de independência e ocupação de Cuba pelas tropas militares norte-americanas.

### **3.1 Febre amarela: uma pedra no sapato norte-americano. O caso de Cuba**

Alguns estudos históricos apontam que a febre amarela era endêmica em Cuba desde 1762. Durante a luta pela independência cubana (1895-1898), um dos grandes temores dos EUA era que suas tropas sucumbissem a outro inimigo tão mortal quanto o exército espanhol, a febre amarela,

---

<sup>59</sup> Tradução realizada sob minha própria responsabilidade.

doença familiar aos norte-americanos, principalmente àqueles da região sul do país. Para Mariola Espinosa (2009) os estudos sobre epidemias revelam as divisões de uma sociedade, especialmente aquelas referentes a etnias e classes sociais. Em seu trabalho a autora procura demonstrar clivagens geradas em regiões colonizadas, colocando em evidência, sobretudo, as tensões entre colonizador e colonizado.

Em 1878, assim como em Paranaguá, porém com nuances distintas, o sul dos Estados Unidos, mais precisamente a região de Nova Orleans e do Vale do Mississippi, vivenciou uma das maiores epidemias de febre amarela de sua história. Sucumbiram mais de vinte mil pessoas e o prejuízo econômico foi da ordem de 200 milhões de dólares, cifra extraordinariamente elevada para a época. Após o fim da catástrofe, o governo adotou, sem sucesso, medidas de quarentena na costa do golfo para prevenir novos surtos (ESPINOSA, 2009).

As relações econômicas com Cuba expandiam-se à época, assumindo a preocupação com a febre amarela posição estratégica e prioritária nos planos do governo norte-americano. A doença tinha baixo impacto demográfico sobre os cubanos, pois a maioria adquiria imunidade durante a infância. Quando atacados, os sintomas tinham caráter benigno. Tuberculose, enterites e doenças do coração estavam entre as enfermidades que ocasionavam as maiores taxas de mortalidade naquele arquipélago do Caribe<sup>60</sup>. A febre amarela manifestava-se sob a forma epidêmica em virtude da imigração de pessoas não imunes na região, o que gerava um desequilíbrio no meio ecológico que mantinha a doença em estado de “dormência” (ESPINOSA, 2009).

Cuba conquistou sua independência no ano de 1898 com o apoio do exército norte-americano. Após o processo de emancipação, a ilha precisou ser reconstruída e o comércio restabelecido. No entanto, a restauração da paisagem urbana de cidades como Havana, demandou a importação de mão-de-obra estrangeira. Esse fluxo imigratório renovado teve como consequência a eclosão de novos surtos epidêmicos de febre amarela, que travaram os ambiciosos projetos militares ianques. A saúde pública, como sugere Espinosa (2009), foi um eufemismo para missões civilizatórias e uma justificativa para colonizações, contudo, em Cuba, o processo de colonização acabou por se transformar em catalizador de epidemias.

Na perspectiva de Espinosa (2009), se ainda havia dúvidas de que a febre amarela era doença limitada a uma região particular, o surto de 1878 no Vale do Mississippi dissipou essa noção.

---

<sup>60</sup> Conforme demonstrado no primeiro capítulo, as estatísticas da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá também revelam que a febre amarela tinha um baixo índice de mortalidade naquela região.

Argumenta a autora que a teoria dos germes significou novo ponto de vista em relação ao entendimento do modo de transmissão do veneno amarelíco. Em vez da geração espontânea de eflúvios miasmáticos, a comunicação da enfermidade entre um indivíduo doente e outro não passou a ser explicada a partir do contato com fomites infectados por vômitos e excrementos de amareletos. Essa noção de contágio foi contestada pelo médico cubano Carlos J. Finlay que integrou o Conselho de Saúde Nacional dos Estados Unidos, criado para investigar as causas da febre amarela em Havana no ano de 1879. Ele demonstrou que os trabalhadores responsáveis pela limpeza das fossas em Havana eram acometidos de forma esporádica pela febre amarela. Quando comparados com a média de infectados da cidade, esses trabalhadores representavam uma porcentagem praticamente irrelevante. Isso colocava sob suspeita a noção de que a doença era propagada pelo contato com resíduos humanos infectados, como no cólera. Finlay não conseguiu convencer seus pares. No entanto, as medidas de saneamento implementadas em Cuba pelos oficiais do exército e da saúde dos Estados Unidos foram respaldadas pela teoria dos germes (ESPINOSA, 2009).

As operações de saneamento começaram em janeiro de 1899 e contaram com uma intensa campanha de limpeza de ruas realizada pelo Departamento de Engenharia do Governo Militar de Ocupação Norte Americano, que passou inclusive a punir quem sujasse as vias públicas. Nas cidades adjacentes a Havana, o saneamento ficou a cargo do Departamento Civil dos governos locais (ESPINOSA, 2009). Tais ações descritas por Espinosa mostram que o modelo de campanha consagrado pela teoria culicidiana já vinha adquirindo alguns de seus contornos em etapa prévia.

Segundo a historiadora norte-americana, eram recolhidas em média 299 toneladas por dia de resíduos das ruas que também eram desinfetadas com *electrozone*, desinfetante feito a partir da eletrólise da água do mar. Brigadas compostas por carroças aplicavam o desinfetante. Alguns edifícios de Havana tiveram que ser reconstruídos e desinfetados para o estabelecimento dos administradores e do alto escalão do governo militar norte americano. Os portos desta cidade e de Santiago receberam atenção prioritária, pois eram considerados propícios a ataques epidêmicos de febre amarela. Foram criados projetos que visavam o escoamento do esgoto para além da margem litorânea, no intuito de evitar que sedimentos permanecessem sobre a superfície da água durante as estações quentes. Cidades como Havana e Santiago de Cuba não dispunham de sistema de coleta geral de esgotos, sendo suas edificações providas de fossas (ESPINOSA, 2009).

Santiago foi atingida intensamente pela febre amarela. Pessoas não imunes foram evacuadas da cidade que ficou sob rigorosa quarentena. Somente indivíduos que apresentassem certificado ou comprovação de que já haviam contraído a doença puderam permanecer ou desembarcar naquele porto. Soldados e oficiais norte-americanos foram encaminhados para campos distantes 3 a 32 km da cidade. As companhias de transporte ferroviário receberam ordem de não permitir o deslocamento de pessoas oriundas de locais infectados. O U.S Marine Hospital Service criou estações de inspeção nos dez portos cubanos. Bagagens e demais objetos, provenientes de Santiago de Cuba, Guantánamo, Baoquirí, Nuevitas e Gibara deveriam passar por desinfecção, e somente passageiros imunes à febre amarela tinham autorização para desembarcar nesses portos (ESPINOSA, 2009).

O cirurgião do exército, major William C. Gorgas foi enviado para Havana em janeiro de 1899 para exercer suas funções no hospital Las Animas, onde eram internados os doentes de febre amarela<sup>61</sup>. O Major já havia combatido surtos epidêmicos dessa moléstia no Texas e na Flórida. Gorgas adotou em Cuba o registro sistemático de casos da enfermidade, os quais eram enviados para um conselho de médicos que posteriormente formaria a Comissão de Febre Amarela cubana. Após a análise dos casos, os relatórios seguiam para o ajudante geral da Divisão de Cuba. O Departamento Sanitário do governo de ocupação dos EUA não esperava receber as notificações de doentes para agir. A cidade de Havana foi dividida em vinte distritos sanitários, cada um com um inspetor chefe responsável, que ordenava a realização de reparos sanitários nas residências. Aqueles que não os executassem recebiam multas e em casos de reincidência, a moradia era interditada até que as adequações fossem realizadas. As habitações que abrigassem indivíduos acometidos pelo flagelo eram expurgadas com bicloreto de mercúrio e as roupas de cama e indumentárias eram destruídas pelo fogo (ESPINOSA, 2009).

As reuniões em salões, bares e cafés ficavam banidas em cidades onde reinava uma epidemia. Gorgas propôs a construção de campos de detenção para imigrantes. A proposta chegou a ser aprovada por um conselho de médicos oficiais, sob o argumento de que conteria a propagação da febre amarela e evitaria que a força de trabalho estrangeira vivesse e trabalhasse em locais infectados. Os campos foram inaugurados no ano de 1900, recebendo os primeiros imigrantes

---

<sup>61</sup>Por ordens do Governador Wood, responsável por toda a ação militar norte-americana em Cuba, os médicos cubanos deveriam cooperar com os serviços médicos sob a ameaça de sofrerem sanções. Nos hospitais existiam alas específicas para os amareletos e a mínima suspeita de que um indivíduo tivesse mantido contato com algum doente infectado pela febre amarela era suficiente para colocá-lo em isolamento restrito (ESPINOSA, 2009).

espanhóis. Membros do governo de ocupação norte-americano também eram enviados para esses campos, recebendo lá tratamento diferenciado dos imigrantes comuns. Nos portos, navios ainda não inspecionados tinham de hastear bandeira amarela (ESPINOSA, 2009)<sup>62</sup>.

Espinosa opõe-se a duas interpretações historiográficas. A primeira é a que atribui o interesse norte-americano em erradicar a doença da ilha a uma tentativa de proteger as tropas e os administradores recrutados para reconstruir o país devastado pela guerra. Nesse sentido, as campanhas de saúde pública colonial seriam uma justificativa para legitimar a expansão imperialista. A segunda interpretação relaciona as ações sanitárias desenvolvidas em Cuba pelo governo militar de ocupação dos EUA a uma missão civilizatória. Para Espinosa, esses argumentos não se sustentam, pois doenças como tuberculose, enterites e a própria malária afligiam a população cubana muito mais do que a febre amarela, que, como dissemos, se manifestava entre os nativos quase que exclusivamente de forma benigna. Para Espinosa o principal objetivo do controle da febre amarela em Cuba foi a proteção do fluxo comercial do sul dos Estados Unidos e a manutenção da força de trabalho autóctone, da qual a economia norte-americana era dependente. Tropas e bem-estar do povo cubano teriam sido interesses secundários (ESPINOSA, 2009).

Os surtos de febre amarela, tanto no sul dos EUA como em Cuba, estavam relacionados com a imigração. Em Cuba, grande parte da população nativa já havia adquirido imunidade contra a doença na infância. As epidemias agravaram-se quando tropas espanholas e norte-americanas, trabalhadores e colonos estrangeiros, desembarcaram na ilha, fazendo com que a febre amarela se tornasse sério obstáculo às pretensões estadunidense sobre aquela região da América Central. Porém, para dar cabo da proposta de análise deste capítulo, preciso tomar o barco e retornar ao sul do continente americano de maneira a examinar como foi a incursão dessa doença por cidades brasileiras como Rio de Janeiro e Paranaguá.

### 3.2 Tempos de Peste

Registros mencionados por Antonio Vieira dos Santos (2001a) revelam que o primeiro surto epidêmico em Paranaguá ocorreu no ano de 1686. Os habitantes locais batizaram o mal de *Peste grande*. Os sintomas descritos eram: calor excessivo, pulso fraco, intensas febres seguidas de

---

<sup>62</sup>Em Paranaguá, Leocádio Correia utilizava a bandeira amarela para identificar um local infectado pela febre amarela (CORRÊA, 1989). Esta cidade, da mesma forma que em Havana, foi dividida em distritos para facilitar o trabalho dos médicos durante o surto de 1878, que será tratado adiante.

delírios, escarros de sangue. A população local combateu a doença mediante o cozimento da *Erva do bicho*<sup>63</sup> que fazia os doentes vomitarem e/ou evacuarem bichos cabeludos análogos a lagartas das hortas. Vieira dos Santos revela que a doença havia surgido em Pernambuco durante o ano de 1680, propagando-se em virtude da abertura de barricas contendo carne podre originárias de São Tomé, África. O médico francês, José Francisco Xavier Sigaud (1796-1856), em sua obra *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste império* (2009), fez referência a um relato histórico datado de 1694 cuja autoria é atribuída a Ferreira da Rosa. Segundo esse relato, um navio proveniente da Índia teria introduzido a febre amarela em continente americano por meio de barris de carne podre que se encontravam no interior da embarcação. Sigaud discordou que tal doença fosse de fato a febre amarela, pois em sua opinião os surtos epidêmicos não haviam apresentado nenhuma semelhança em termos sintomáticos com os que grassaram nos EUA. Segundo Sigaud (2009), os portugueses deram a denominação de *bicha* à doença, que em sua perspectiva teria sido uma espécie de disenteria. De Recife teria se alastrado para Olinda e territórios da Bahia onde levava à sepultura mais de vinte brancos por dia, poupando negros, mestiços e índios. Tanto Sigaud como Santos enfatizam o fato de que o padre jesuíta Valentim Extancel tinha observado um eclipse lunar em dezembro de 1685 e profetizado que o Brasil passaria por momentos de grande aflição. Naquela época a influência dos astros era uma das formas pelas quais se explicavam fenômenos epidêmicos. Daniel Defoe (2002) escreveu, por exemplo, que a passagem de um cometa teria precedido a invasão da peste negra na Europa no ano de 1665: “Em primeiro lugar, uma estrela incandescente ou cometa apareceu durante vários meses antes da peste, como faria no ano seguinte, pouco antes do incêndio” (DEFOE, 2002:33).

Após o surto da *peste grande* em Paranaguá, abre-se uma lacuna de cento e dois anos até o desenvolvimento de outra epidemia na região, quando a “disenteria de sangue” fez aproximadamente trezentas vítimas fatais, número considerado significativo se levarmos em consideração que a população total não ultrapassava quatro mil pessoas (SANTOS, 2001a).

Os primeiros casos reconhecidos como febre amarela no litoral paranaense datam da segunda metade do século XIX. Em setembro de 1856 casos suspeitos da doença foram verificados na ilha do mel (aproximadamente 24 km do porto de Paranaguá) pelo comandante da fortaleza da baía. Um facultativo foi enviado à ilha e após alguns exames chegou à conclusão de que se tratava

---

<sup>63</sup> Segundo o dicionário de medicina popular de Chernoviz (1890), erva do bicho, também conhecida como *cataia*, é uma planta utilizada como estimulante, diurético e para tratamento de hemorroidas.

de uma febre gástrica (AN, 1856, SI IJJ 9 429 CX 373 FUNDO AA). No início do ano seguinte, o médico Henrique da Cunha Moreira informou o governo da Província que a febre amarela estava extinta na cidade de Paranaguá. A informação levou as autoridades a desativarem o lazareto da Ilha das Cobras. Moreira ficou indignado com tal atitude alegando judiciosamente que o lazareto não poderia ser fechado enquanto reinasse qualquer espécie de epidemia na Corte. Outro problema enfrentado pelo médico em decorrência do encerramento dos serviços de saúde na Ilha das Cobras foi a demissão do enfermeiro, pois existia uma grande dificuldade para encontrar esse tipo de profissional na região. Por outro lado, a revolta de Moreira sensibilizou o presidente da Província, que, em 18 de fevereiro encaminhou ofício ao governo imperial solicitando a contratação de novo enfermeiro, além de um cozinheiro e um intérprete. O ofício não deixa claro se o lazareto foi fechado ou não (AN, 1857, SI IJJ 9 429 CX 373 FUNDO AA).

A advertência feita por Moreira confirmou-se. Dias após ter anunciado o fim dos casos de febre amarela, atracou no ancoradouro da Ilha da Cotonga a embarcação inglesa *Meggie*, oriunda do Rio de Janeiro. No dia sete de fevereiro, três de seus tripulantes foram encaminhados à Santa Casa, onde o provedor de Saúde de Paranaguá confirmou o diagnóstico de febre amarela. A Santa Casa evitava ao máximo tratar pessoas acometidas por doença pestilencial, por isso, os enfermos foram removidos para um hospital provisório que havia sido criado por ocasião de um surto de cólera que grassara na cidade em anos anteriores. Um dos tripulantes faleceu entre vinte e quatro e quarenta e oito horas após a manifestação dos primeiros sintomas; os outros dois apresentaram melhoras. No dia 9, mais três marinheiros manifestaram a doença e foram encaminhados para o lazareto da Ilha das Cobras, realizando o provedor de Saúde, visitas diárias para atendê-los.

O inspetor interino da Alfândega de Paranaguá, Antonio José Caetano da Silva, temia que a doença chegasse ao interior da cidade, que, segundo informa, possuía apenas dois médicos, o provedor de saúde e um estrangeiro que não podia exercer o ofício por determinação da Câmara Municipal (AN, 1857, SI IJJ 2 275 rel.1 FUNDO A1). Uma Comissão Extraordinária de Saúde Pública foi criada para conter o avanço da febre amarela<sup>64</sup>. As embarcações provenientes da Corte foram submetidas a quarentena e só obtinham livre prática após os exames sobre o estado de saúde

---

<sup>64</sup> A documentação não especifica quem eram os integrantes da comissão. Deduzo que eram as mesmas autoridades que formariam a comissão de saúde de Paranaguá no surto de febre amarela de 1878: inspetor de Saúde do Porto, juiz de Direito da Comarca, presidente da Câmara Municipal, capitão do Porto e delegado de polícia.

da tripulação e dos passageiros<sup>65</sup>. Uma ambulância com todo o equipamento médico necessário foi requisitada para o tratamento dos enfermos no lazareto. Medidas de asseio e higiene pública foram adotadas pelas autoridades sanitárias na tentativa de minimizar os estragos realizados pela doença (AN, 1857, SI IJ 9 429 CX 373 FUNDO AA). No entanto, essas ações da Comissão de Saúde Pública não foram suficientes para conter a marcha da febre amarela rumo ao coração da cidade.

### **3.2.1 Alopatas, homeopatas e curandeiros**

Em contradição com as afirmações do inspetor interino da Alfândega, de que nos primórdios de 1857 existia apenas um médico autorizado a exercer seu ofício em Paranaguá, cenário um tanto diferente depreende-se das estatísticas médicas de José Cândido da Silva Murici referentes aos meses de abril e maio daquele mesmo ano. Em abril, a febre amarela teria acometido cento e oitenta e seis pessoas, entre elas dois membros da Comissão de Saúde, os médicos Henrique da Cunha Moreira e Antonio José Caetano da Silva. Murici não pôde apurar com precisão o número de indivíduos infectados, pois muitas pessoas buscaram auxílio por conta própria. Métodos homeopáticos e alopáticos foram utilizados no tratamento das vítimas. Muitos recorreram a curandeiros ou “curiosos”. Ao todo, foram dezessete pessoas tratadas com homeopatia, das quais, doze conseguiram convalescer e apenas uma faleceu. Quatro permaneceram em observação, sob os cuidados dos médicos da comissão. Aqueles que procuraram resolver seus problemas de saúde junto a “curiosos” somaram trinta e nove indivíduos, dos quais trinta e dois se recuperaram e somente três faleceram; quatro continuaram a terapêutica, mas com o método alopático. O número de doentes atendidos por “curiosos” superou os vinte e três pacientes tratados pelo dr. Henrique da Cunha Moreira. Entretanto, segundo os dados de Murici, a percentagem de casos fatais entre os que recorreram a curandeiros foi superior aos casos sob cuidados homeopáticos. Moreira registra poucos casos com vômito negro e afirma que, os que chegaram a esse estágio da doença conseguiram obter a cura (AN, 1857, SI IJ 9 429 CX 373 FUNDO AA).

Além de cuidar da sua clínica particular, José Cândido da Silva Murici também era responsável pela clínica do hospital provisório, construído para atender temporariamente as vítimas de febre amarela. Em meados de 1857 existiam ainda duas clínicas particulares em Paranaguá,

---

<sup>65</sup> Por meio de uma solicitação feita pelo governo da Província ao dr. José Cândido da Silva Murici em relação às despesas que seriam efetuadas com o lazareto durante o período em que a febre amarela reinasse na baía de Paranaguá, é possível constatar que a quarentena era suspensa a partir do momento em que a doença se expandia para o centro da cidade, não ficando mais restrita somente à área portuária (AN, 1857, SI IJ 9 429 CX 373 FUNDO AA).

pertencentes aos médicos Henrique da Cunha Moreira e Carlos Tobias. Entre os dias 19 e 31 de maio, Moreira tratou lá seis amarementos, que conseguiram convalescer. Durante esse mesmo período, Tobias cuidou de doze enfermos, dos quais oito obtiveram a cura, um faleceu e três continuaram o tratamento. Murici, por sua vez, teve a seu cargo dezoito doentes, informando que doze conseguiram se restabelecer, um faleceu e cinco prolongavam a terapêutica à época em que as informações foram fornecidas. No hospital provisório sete doentes lutavam por suas vidas, dois tinham alcançado a cura e cinco permaneciam em observação médica. O quadro estatístico do movimento sanitário da cidade de Paranaguá encaminhado em 1857 por José Cândido da Silva Murici ao governo da Província, informa que naquele hospital tinham sido tratadas trinta e seis pessoas durante o mês de maio. Vinte e seis saíram curadas, duas haviam falecido e oito continuavam internadas (AN, 1857, SI IJJ 9 429 CX 373 FUNDO AA).

Em abril de 1857 a febre amarela acometeu 186 pessoas em Paranaguá. No mês seguinte, esse número caiu para 58. Segundo Murici, até 19 de maio, dezenove doentes estavam distribuídos entre as quatro clínicas locais. Após esse dia, vinte e três novos casos despontaram na cidade. Nesses dois meses, vinte e oito pessoas se recuperaram, quatro faleceram e treze continuaram a terapêutica (AN, 1857, SI IJJ 9 429 CX 373 FUNDO AA).

Em 15 de julho de 1857 o governo da Província enviou um ofício ao Marquês de Olinda comunicando a extinção da epidemia de febre amarela em Paranaguá (AN, 1857, SI IJJ 9 429 CX 373 FUNDO AA). A população retomara suas atividades cotidianas, o comércio marítimo fluía já normalmente. Mas esse estado de relativa paz não duraria muito. Sub-repticiamente chegou ao porto da cidade, em dezembro daquele ano, a barca *Hesper*, que ali permaneceu durante alguns meses (AN, 1858, SI IJJ 9 6(201) FUNDO AA). Em fevereiro de 1858, chegaram até o ministro Marquês de Olinda notícias de que a bordo da embarcação estavam o capitão e mais dois marinheiros com sintomas de febre amarela. Um destes faleceu na Santa Casa local, os outros dois se recuperaram (AN, 1858, SI IJJ 9 429 CX 373 FUNDO AA).

O marquês de Olinda sugeriu ao presidente da Província do Paraná, Francisco Liberato de Mattos, que recorresse aos serviços do médico francês Alexandre Bousquet, membro da Inspetoria de Saúde do Porto. Em 1858 o cargo de Provedor de Saúde achava-se então vago em Paranaguá. O inspetor de Saúde da Província era o dr. José Miguel Pereira Cardoso, que tinha ocupado anteriormente o cargo de presidente da Comissão de Higiene Pública. A nomeação de Bousquet para o cargo de Provedor de Saúde do Porto esbarrou num entrave, sua nacionalidade francesa. Em

virtude disso, o presidente da Província delegou provisoriamente ao Capitão do Porto a execução das medidas sanitárias (AN, 1858, SI IJJ 9 6(201) FUNDO AA).

Duas questões interessantes saltam aos olhos nos levantamentos realizados por Murici. A grande procura por parte da população de terapeutas populares e a relação, aparentemente pacífica, entre medicinas alopática e homeopática mantida entre os membros da comissão. Pacífica em razão da naturalidade com a qual Murici relata os casos de enfermos que buscavam apoio junto a curandeiros e homeopatas. Importante lembrar que este médico produziu o referido quadro estatístico numa conjuntura em que os historiadores costumam descrever rivalidade entre médicos que lutavam pela hegemonia da medicina acadêmica e seus “concorrentes”: espíritas, curandeiros, homeopatas, enfermeiros e parteiras. Sem dúvida, a disputa entre as diversas categorias ligadas às artes de curar estava relacionada ao mundo do trabalho. Na capital do império e em outras cidades, os médicos alopatas procuravam conquistar o monopólio sobre esse comércio mediante estratégias políticas e judiciárias que lhes garantissem a soberania sobre os demais métodos de cura considerados até pouco tempo antes legítimos, e agora leigos e absurdos.

De acordo com André de Faria Pereira Neto (2001), esse choque do que denomina “racionalidades terapêuticas” tem raízes na própria formação cultural brasileira. As práticas de cura não reconhecidas pela ciência eram hostilizadas pelos médicos, que as associavam ao charlatanismo, à ignorância e ingenuidade, rotulando seus praticantes, assim como suas clientelas, de pessoas ignóbeis, embotadas e obtusas. A rivalidade se acentuava durante os flagelos epidêmicos, pois os adeptos de tais práticas desconfiavam dos diagnósticos estabelecidos pelos médicos e tinham percepção diferente da doença<sup>66</sup>. Diante desses problemas, os alopatas recorreram a meios coercitivos e persuasivos para reprimir os que exerciam métodos de cura heterodoxos e denegrir sua imagem, enaltecendo ao mesmo tempo o papel do médico na sociedade. A homeopatia não ficou imune a esses ataques que dificultaram a execução de ambiciosos projetos de institucionalização elaborados por seus adeptos no Brasil, justamente porque, como outras

---

<sup>66</sup> Ariosvaldo da Silva Diniz (2003) discute a importância do curandeiro *Pai Manoel* para a saúde da população de Recife durante um surto epidêmico de cólera ocorrido na região durante o ano de 1856. Além de reconstituir os conflitos e as tensões geradas entre *Pai Manoel*, o governo e as instituições médicas sanitárias, Diniz busca compreender a percepção que os grupos afrodescendentes tinham a respeito da doença que os afligia. Sobre as diferentes concepções de doença ver ainda: LÖWI, 2006; ROSENBERG, 1997.

terapêuticas populares, tinha uma concepção espiritual da doença e da saúde (PEREIRA NETO, 2001)<sup>67</sup>.

Assim como a homeopatia, parteiros, sangradores e curandeiros também representaram ameaça à hegemonia da medicina científica no mercado terapêutico. Em 1855 a Câmara Municipal de Paranaguá suspendeu a permissão dada ao curandeiro Guilherme Krebs para que exercesse seu ofício. Tal decisão foi tomada em virtude da chegada à cidade do médico Theodoro Reichert. Mesmo com a proibição, Krebs continuou a tratar dos enfermos que o procuraram, ocasionando queixas por parte do próprio dr. Reichert, que exigia o fim imediato das atividades do curandeiro (ALVES, 1855 *apud* DALLEDONE, 1980: 109-110). Nas primeiras décadas do século XIX, aqueles que desejassem exercer as artes de curar no Brasil imperial tinham que requisitar, junto à Fisicatura, exames, licenças e cartas que legitimassem e oficializassem a prática. A partir de 1828 as autorizações passaram a ser expedidas pelas Câmaras Municipais. Diante da ausência de documentação, resta-nos indagar: como agiu a Fisicatura em Paranaguá? A Câmara Municipal, ao que tudo indica, não tolerava a ação de terapeutas populares.

Criada em 1808 na cidade do Rio de Janeiro, a Fisicatura era composta pelo físico-mor e cirurgião-mor. O primeiro fiscalizava as prescrições e as fabricações de remédios. Ao segundo eram atribuídas a responsabilidade pelas intervenções cirúrgicas. O físico-mor e o cirurgião-mor recebiam o auxílio de delegados, sub-delegados, examinadores, visitantes, meirinhos e escrivães que ficavam encarregados de verificar o cumprimento do regimento da instituição, principalmente no que dizia respeito às licenças e cartas que autorizavam o exercício do ofício terapêutico (PIMENTA, 2003).

A Fisicatura expedia cartas para médicos, cirurgiões, boticários, sangradores, parteiras e curandeiros. Havia também licenças específicas concedidas a dentistas, aos que optassem pela cura de enfermidades como embriaguez e morfeia e aos cirurgiões com carta que desejassem receitar remédios para moléstias internas. Existia uma hierarquia entre as categorias médicas.

---

<sup>67</sup> A homeopatia alcançou grande popularidade no Brasil entre as décadas de 1840 e 1850, quando foi introduzida por Benoît Mure (1809-1858). Após a fundação do Instituto Hahnemanniano brasileiro, em 1859, a prática homeopática passou a figurar nos dispensários, enfermarias e consultórios de hospitais como os das Santas Casas de Misericórdia. Aos poucos conquistou espaço e a conversão de alguns médicos alopatas. A inserção nos currículos das faculdades de medicina chegou a ser cogitada, obtendo êxito somente em algumas regiões do Brasil, como por exemplo, no Rio Grande do Sul (SERRES; SCHWARTSMANN, 2009). O processo de institucionalização culminou com a criação da primeira faculdade de medicina homeopática em 1912, na cidade do Rio de Janeiro. Os critérios de acesso e permanência do estudante eram tão rígidos quanto aqueles estabelecidos pelas instituições de ensino oficiais. O objetivo era fazer da homeopatia um sistema terapêutico complexo com racionalidade médica própria e legítima (PEREIRA NETO, 2001).

Sangradores, curandeiros, dentistas e parteiras eram considerados inferiores aos médicos, cirurgiões e boticários. A concessão de cartas também ocorria de acordo com as diferenças sociais e econômicas existentes nos diversos segmentos que compunham a sociedade, muito embora, qualquer pessoa pudesse se dirigir à Fiscatura para solicitar o exame a fim de conseguir a carta ou, em outros casos, pedir uma licença provisória. A única exigência era que o indivíduo apresentasse atestado assinado pelo mestre com quem tinha aprendido determinada especialidade de cura. Esse atestado podia ser substituído por abaixo-assinados e declarações de pessoas iminentes da comunidade onde o terapeuta atuava (PIMENTA, 2003).

O trabalho de fiscalização da Fiscatura tinha algumas limitações em função do reduzido quadro de funcionários. Esse problema crônico não era exclusivo da Corte. Na periferia do império, como é o caso de Paranaguá, as repartições de saúde pública sofriam dessa carência de forma mais acentuada, em razão do escasso número de médicos que atuavam nessas regiões.

Segundo Tânia Salgado Pimenta (2003), os terapeutas populares não tinham interesse em oficializar suas atividades junto à Fiscatura, por conta, entre outros motivos, da cobrança exigida para o licenciamento. Durante os 20 anos de atuação da Fiscatura, a busca por esse recurso foi baixa, o que não significa, porém, que esses terapeutas não existissem e/ou exercessem sua arte em diferentes localidades do país. Diversos tipos de fontes, entre elas os relatos de viajantes, periódicos, correspondências entre autoridades e o próprio levantamento estatístico do médico Murici, afirmam o contrário.

Mas, se o número de terapeutas oficializados era baixo, aqueles que desejassem, podiam regularizar e tornar legítima a sua arte. Isso foi possível até o ano de 1828, quando foram extintos os cargos de físico-mor e de cirurgião-mor. Algumas das atribuições que antes cabiam à Fiscatura passaram a ser de responsabilidade das câmaras municipais. No entanto, a fiscalização das práticas terapêuticas ficou sem substitutos. Pimenta observa que o fim da possibilidade de legalização das artes de curar prejudicou um pequeno grupo de terapeutas, o que acabou influenciando no atraso das decisões a respeito das autorizações e fiscalizações das práticas de cura. Em 1830 essa questão voltou a ser debatida e a publicação das posturas da Câmara Municipal do Rio de Janeiro determinou que, somente aqueles que possuísem as cartas devidamente apresentadas à Câmara poderiam exercer seu ofício. Com isso, muitos curandeiros caíram na clandestinidade, situação que se agravou ainda mais com a transformação, em 1832, das academias médico-cirúrgicas em faculdades de medicina, instituições que conferiam o título de farmacêutico, parteira e doutor em

medicina. O título de sangrador deixou de ser concedido, assim como o reconhecimento, por parte da Câmara, das cartas fornecidas pela Fisicatura. Os pedidos de licença, exame, ou carta passaram a ser negados pela Câmara. Conforme atesta Pimenta: “A novidade estava na progressiva organização de uma corporação médica e na luta dessa categoria pelo monopólio das práticas de cura” (PIMENTA, 2003: 319).

Ainda de acordo com Pimenta, apesar da perseguição aos terapeutas populares, que se iniciou logo após o fim da Fisicatura, poucos curandeiros foram punidos pela fiscalização. Algumas autoridades, responsáveis pela verificação do cumprimento das leis nos locais afastados da Corte, ressaltavam em seus relatórios a importância que tinham, para a resolução dos problemas de saúde de pessoas pobres, indivíduos que dominavam alguma especialidade de cura: “Alguns fiscais de freguesias mais afastadas do centro, como a de Guaratiba, ao remeterem as listas faziam até a ressalva de que, não havendo médico nem farmacêutico, as pessoas que sabiam curar eram necessárias para o ‘povo indigente’” (PIMENTA, 2003: 321). Porém, Pimenta revela que os segmentos sociais mais humildes não recorriam aos curandeiros somente pela falta de médicos ou por questões financeiras, mas, sobretudo, porque muitas vezes eles eram mais competentes.

Em Campinas, no interior da província de São Paulo, durante uma epidemia de varíola ocorrida no ano de 1862, o principal médico da região, dr. Ricardo Daunt, buscou compreender a origem do surto. Chegou à conclusão de que a doença se propagou logo após o sepultamento de um escravo velho. Daunt lamentou o fato de ter cuidado apenas de um único enfermo, enquanto outros dois, que haviam entregado suas vidas nas mãos de um homeopata, perderam-nas. Embora fosse amigo de um famoso curandeiro que também atuava em Campinas àquele tempo, Daunt defendia obstinadamente a medicina acadêmica e criticava a tolerância em relação à fiscalização das artes de curar por parte do município, que constantemente fornecia licenças para homeopatas, o que contrastava com as atitudes tomadas pelas autoridades de Paranaguá. No entanto, essa ambiguidade demonstra a permeabilidade da fronteira entre dois campos distintos: o saber médico científico e o saber médico popular.

Conforme assinala Regina Xavier (2003), existia em Campinas uma forte tensão entre médicos acadêmicos, homeopatas, curandeiros e a população, que não desconfiava somente dos diagnósticos dos esculápios, mas se recusava a submeter-se às suas lancetas carregadas com linfa vacínica: “O que abalava a população, no entanto, era saber que mesmo pessoas vacinadas às vezes contraíam a doença” (XAVIER, 2003: 335). Transtornadas pelo medo do contágio, as pessoas

recorriam a métodos alternativos de prevenção e cura contra a varíola, despertando ainda mais a fúria do dr. Daunt, que associava tais métodos ao crime e ao charlatanismo. Isso dificultava as distinções entre a terapêutica oficial daquela realizada por curandeiros, que em muitos casos, como ressalta Pimenta (2003), era mais eficaz.

Para Xavier (2003), os curandeiros tinham maior aceitação por parte da população devido à aproximação social com os estratos mais pobres da sociedade. Os terapeutas populares não criavam estratégias de controle social ao tratar seus pacientes. Os médicos diplomados, por sua vez, organizavam suas ações sanitárias de forma a confinar os pobres e indigentes no interior de lazaretos, enquanto pessoas ricas recebiam os cuidados médicos no conforto de seus domicílios. Naquela época os hospitais eram sinônimos de focos de contágio e morte. Contudo, em linhas gerais, é possível explicar a constante recorrência da população aos curandeiros e homeopatas, conforme as estatísticas do dr. Murici, pelos seguintes fatores: escassez de médicos nos lugares mais distantes do Império; a identificação social com o paciente, principalmente em relação aos curandeiros de origem africana; o vínculo existente entre os métodos de cura e as crenças dos enfermos tratados, onde as doenças eram interpretadas a partir de causas religiosas, espirituais, sobrenaturais e não materiais; a desconfiança por parte da população em relação aos médicos e, como afirma Pimenta (2003), a competência e a quantidade de curandeiros em número suficiente para atender a população, o que restringia em alguns casos a atuação de médicos no interior. Portanto, a relação entre terapeutas populares e médicos diplomados precisa ser compreendida, segundo Xavier (2003), a partir da complexa relação social e cultural que envolvia pacientes e os praticantes das artes de curar.

Desse modo, a partir da análise de Pimenta (2003), podemos observar que os terapeutas populares nem sempre foram tratados como criminosos e detentores de remédios “infalíveis”. Até 1828 tinham o reconhecimento da população e a autorização da Fisicatura para exercer o seu ofício. Esse órgão regulador, criado em 1808 com a chegada da família real ao Brasil, era dirigido por médicos diplomados nas universidades de Portugal, assim, esse controle exercido sobre as diferentes especialidades médicas podia ser traduzido também na preservação de *locus* privilegiado para os médicos alopatas. A partir de 1830, com a extinção da Fisicatura, a relação entre a medicina erudita e popular tomou outros rumos. Os curandeiros começaram a ser cada vez mais associados ao mundo do crime, numa campanha que atingiu seu ápice com a entrada em cena de outra instituição

reguladora, a Junta Central de Higiene Pública, criada em 1850, quando a febre amarela punha de joelhos a cidade do Rio de Janeiro.

A Câmara Municipal de Paranaguá suspendeu a permissão que o curandeiro Krebs tinha para exercer sua arte na região, mas qual era o papel que a Câmara Municipal tinha nas decisões de saúde pública local? Qual era a relação de funcionários da província, tais como o inspetor de Saúde, em relação aos governos central e regional? Para tentar responder a essas questões, confronto a interpretação de Jose Murilo de Carvalho a respeito da política imperial com a de Miriam Dolhnikoff, que contesta a tese da centralização e atribui papel mais dinâmico às elites provinciais, reafirmando, no entanto, a subordinação dos municípios em relação a essas elites.

### **3.2.2 Por dentro do Império**

A formação do império brasileiro foi possível, segundo José Murilo de Carvalho (1980), em virtude da existência de uma elite homogênea em termos ideológicos e educacionais, o que reduziu os conflitos internos e possibilitou a dominação política.

Para Carvalho (1980), nos países onde ocorreram as primeiras revoluções burguesas, como Inglaterra e EUA, o papel do Estado assumiu caráter pouco relevante, com uma elite política voltada muito mais para a representação parlamentar. Em países com revolução burguesa tardia, como a Prússia, predominou combinação entre elites burocráticas e representativas. Em Portugal, cuja revolução foi abortada, Carvalho vê o predomínio na elite do elemento burocrático. Essa herança burocrática portuguesa teria sido a responsável pela unidade e estabilidade do Império no Brasil.

O topo da burocracia imperial brasileira era formado pelos conselheiros de Estado. Ao todo existiam doze conselheiros ordinários e doze extraordinários, que ocupavam cargos vitalícios por nomeação do imperador. Abaixo do conselho estava o primeiro escalão, composto pelos ministros, senadores e deputados. No segundo escalão estavam os presidentes de província, diretores e chefes de seção. O cargo de presidente de província era crucial para a ascensão do político ao primeiro escalão. Nomeados pelo imperador, os presidentes não assumiam o comando de suas províncias nativas, por uma questão de imparcialidade. A rotatividade desses cargos também era grande e deles dependia a vitória do governo nas eleições, entre outros assuntos, como: as nomeações estratégicas para as funções de promotor, delegado de polícia, oficiais inferiores da Guarda Nacional e a validação das eleições municipais (CARVALHO, 1980).

Além da experiência administrativa e dos bons salários, o político tinha ainda, como presidente, a oportunidade raramente perdida de acelerar sua carreira, especialmente pela garantia de uma eleição para o Senado, precedida ou não por eleição para a Câmara. Era um dos poucos mecanismos que lhe permitia conseguir uma senatoria por uma província que não a sua própria. Na realidade, a presidência de província, apesar dos esforços do Imperador em contrário, era um cargo muito mais político do que administrativo, como o indica a grande mobilidade de presidentes e o pouco tempo que permaneciam nos postos (CARVALHO, 1980:95).

Segundo Miriam Dolhnikoff (2005), o único poder de intervenção que o presidente da província tinha era o de vetar, em casos específicos, as leis aprovadas pela Assembleia Legislativa Provincial. As resoluções das Assembleias Provinciais em relação aos assuntos municipais não estavam sujeitas ao veto presidencial, o que reforçava ainda mais o controle a nível local das elites provinciais e sua autonomia legislativa. Dessa forma, o poder concedido aos presidentes era limitado, ele não podia nem mesmo apresentar projetos, função que cabia exclusivamente às Assembleias. As atribuições dos presidentes, de acordo com a autora, não foram alteradas com o Regresso Conservador.

As províncias atuavam de forma estratégica na intermediação política entre o governo central e os poderes locais. No entanto a estrutura centralizadora do império concentrava em torno do seu núcleo grande quantidade de funcionários e atividades administrativas pouco visíveis a nível provincial, chegando quase a não serem notados nos municípios. Segundo Carvalho (1980), serviços ligados à saúde, à educação e ao desenvolvimento social e econômico (obras públicas), tinham sua ação limitada às capitais das províncias, sendo o correio e as estradas de ferro os únicos que alcançavam as demais cidades. Na província do Paraná a realidade foi outra, pois existiam importantes espaços de cura e organizações sanitárias na cidade portuária de Paranaguá e não somente na capital, Curitiba. Penso que, cidades portuárias de outras regiões também eram exceções em virtude de sua importância econômica. Porém, mesmo municípios como estes não tinham poder executivo independente do legislativo, fato que leva Carvalho a sugerir que a ação distributiva ficava à mercê da vontade dos potentados locais.

As principais revoltas internas ocorridas durante o Império foram motivadas pela excessiva centralização política. O Partido Conservador tendia a defender a confluência de poder. O Partido Liberal por sua vez, defendia a descentralização. O Ato Adicional de 1834 havia concedido autonomia às províncias, o que representou um avanço para os liberais. No entanto, o Regresso Conservador de 1837 recolocou nas mãos do governo central o poder que havia perdido. A reforma

da Guarda Nacional, em 1850, reforçou a centralização política e administrativa especificadas na Lei Interpretativa do Ato Adicional de 1840. A política centralizadora foi fruto de burocratas formados na tradição absolutista portuguesa. Como relata Carvalho (1980), a centralização dava visibilidade ao Estado, mas era consequência direta da inépcia do governo brasileiro em estender seu raio de ação até às margens do território:

A incapacidade do Estado brasileiro em chegar à periferia é bem ilustrada pelos compromissos que se via forçado a fazer com os poderes locais. No Brasil, como nos exemplos históricos descritos por Weber, o patrimonialismo combinava-se com tipos de administração chamados litúrgicos. Na ausência de suficiente capacidade controladora própria, os governos recorriam ao serviço gratuito de indivíduos ou grupos, em geral proprietários rurais, em troca da confirmação ou concessão de privilégios (CARVALHO, 1980: 122).

Com interpretação contrária de Carvalho (1980; 1996), Miriam Dolhnikoff (2005) afirma que a unidade do território brasileiro não foi consequência da centralização e neutralização das elites provinciais, muito menos de uma homogeneidade ideológica, mas sim de um arranjo institucional que garantiu a essas mesmas elites uma posição cômoda, com autonomia suficiente para administrar suas províncias e, ao mesmo tempo, participar do jogo político a nível central por meio de representantes na Câmara dos Deputados. Assim, argumenta Dolhnikoff (2005) que as elites provinciais foram fundamentais para a construção do novo Estado formado após a independência. Para a autora, as raízes desse arranjo institucional (leia-se federalista) estariam nas reformas liberais da década de 1830 que teriam mantido sua força mesmo após as reformas conservadoras da década seguinte.

Para Dolhnikoff, Carvalho (1980; 1996) reduz o processo de formação e unificação do Estado Nacional brasileiro a uma oposição binária entre esfera pública e privada. Conforme aponta a autora, Carvalho associa a demanda por descentralização com o anacronismo das elites regionais, enfatizando o perfil modernizador das propostas de centralização política e administrativa. Por conseguinte, na concepção de Dolhnikoff (2005), as elites provinciais não seriam marcadas pelo localismo e interesse privado. Elas fizeram parte também de uma elite política interessada na construção e preservação do Estado. Não havia imposição da vontade do império e sim negociação entre governo central e elites provinciais.

Leio ainda em Dolhnikoff (2005), que as províncias tinham autonomia sobre questões de grande importância como tributação; empregos provinciais e municipais; obras públicas; força policial. Disponham de recursos financeiros para tomar decisões unilaterais sobre investimentos

estratégicos para o crescimento econômico. O projeto federalista defendido pelos liberais não se opunha a um governo central capaz de garantir a integridade territorial por meio de um Estado hegemônico. A articulação entre unidade e autonomia regional teria sido uma das prioridades da proposta liberal.

As atribuições das Câmaras Municipais ficaram restritas com a promulgação da Lei de 1º de outubro de 1828, que as subordinou aos presidentes de província, tolhendo sua autonomia na arrecadação e aplicação de impostos. Para Dolhnikoff (2005), o Ato Adicional de 1834 manteve essa estrutura em relação às Câmaras, que passaram a fruir de uma liberdade relativa, com responsabilidade apenas administrativa. Somente no âmbito judiciário e policial a municipalidade tinha maior liberdade de ação em decorrência da criação do cargo de juiz de paz, função exercida com independência do governo central e do próprio imperador.

No que diz respeito ao orçamento imperial, é possível observar constantes déficits, principalmente após a Guerra do Paraguai (1864-1870). Entre 1826 e 1888, o déficit montou a 855, 8 mil contos, dos quais 95% devidos às revoltas internas, às guerras externas e aos desastres naturais, entre eles as epidemias. Para cobrir este rombo, o governo viu-se obrigado a contrair empréstimos (CARVALHO, 1996). O déficit, afirma Dolhnikoff (2005), afligia tanto as províncias como o governo central. A explicação estaria na própria estrutura econômica do Império, “que fazia depender quase exclusivamente da riqueza produzida direta e indiretamente pela agricultura de exportação as receitas que deveriam cobrir a gigantesca tarefa de construção do Estado nacional” (DOLHNIKOFF, 2005: 160-161).

As receitas do governo provinham dos direitos de exportação e importação; indústria e profissões; transmissão de propriedade; estradas de ferro; empresas do Estado; selo e renda. A partir de 1870, empresas e estradas de ferro do Estado passaram a ser a principal fonte de receita interna do governo. Em razão disso, concentrou grande parte de seus recursos na construção de ferrovias: 65% dos investimentos foram direcionadas para o setor em 1885. “Para a construção de estradas havia maior disponibilidade de recursos externos, via empréstimos ao governo ou via investimento direto de capitais, sobretudo ingleses” (CARVALHO, 1996: 263-264).

Parte dos gastos com saúde pública era absorvida pelas Inspetorias de Saúde dos Portos, outra parte era aplicada em saneamento e assistência à saúde na Corte. De forma genérica, Carvalho (1996) observa que investimentos maiores na área só eram liberados durante os períodos de epidemia. A lógica era aplicar capital em infraestrutura para expandir a economia. Nesse sentido,

saúde, ao contrário dos transportes e da retórica propagada nos discursos e na imprensa, não fazia parte da estratégia de crescimento econômico. As disputas entre médicos, associadas à crônica falta de recursos, paralisavam ainda mais, segundo Carvalho (1996), as ações do governo. Vejamos agora, como isso se aplicava ao contexto das epidemias de febre amarela em Paranaguá no decorrer da segunda metade do século XIX.

### 3.2.3 A falta de recursos

Durante o surto de 1857, o farmacêutico Joaquim Antonio Pereira Alves forneceu medicamentos para amareletos que estavam internados no lazareto da Ilha das Cobras. Sua lista continha vários remédios, entre eles sulfato de quinina, inclusive em forma de xarope; xarope simples; xarope de vinagre; enxofre; tártaro emético; alguns nitratos; álcool retificado; cânfora; éter sulfúrico e avenca. O custo total dos medicamentos que forneceu foi orçado por Pereira Alves em 144.980 réis<sup>68</sup> (AN, 1857, SI IJ 9 429 CX 373 FUNDO AA). Dessa quantia, o governo se dispôs a restituir-lhe 142.980 réis. O pagamento seria feito somente após a conclusão dos trâmites burocráticos exigidos pelo Tesouro Nacional. A solicitação desse pagamento, feita por intermédio da Comissão Extraordinária de Saúde Pública de Paranaguá, sofreu entraves na Tesouraria da Fazenda do Paraná, que exigiu da Comissão de Saúde a apresentação da conta com a especificação dos gastos. Outro fator que dificultou o ressarcimento ao farmacêutico foi o fato de não haver crédito previsto para tal despesa, que deveria estar vinculada ao Ministério do Império (AN, 1857, SI IJ 9 429 CX 373 FUNDO AA). O processo arrastou-se por pelo menos até 1859, sob a alegação, por parte do governo, de que o reembolso tinha sido autorizado em 1857, mas que, no entanto, o farmacêutico não havia comparecido para receber o dinheiro, assim, nova ordem de pagamento foi submetida ao Ministério do Império (AN, 1859, SI IJ 9 429 CX 373 FUNDO AA). As fontes não me permitem averiguar se o farmacêutico conseguiu ser ressarcido de fato. Porém, esse episódio ilustra o que Carvalho (1980) afirmara a respeito da ausência de controle por parte dos governos, que recorriam aos serviços gratuitos de indivíduos ou grupos em troca de privilégios. Também reforça seu argumento em detrimento aos de Dolhnikoff (2005), pois tanto o farmacêutico, como o governo provincial eram reféns da burocracia imposta pelo centro.

---

<sup>68</sup>Para possibilitar ao leitor uma compreensão do significado dessa quantia, utilizo como parâmetro, por exemplo, o valor mensal de um aluguel, que custava aproximadamente 90.000 réis em época de epidemia (APEP, 1871, AP 349, Arquivo IJIP Vol. 1, Ofícios).

Durante um surto epidêmico de febre amarela em Antonina, no ano de 1870, alguns boticários e médicos também requisitaram o ressarcimento por serviços e medicamentos fornecidos à população daquele distrito. A Câmara Municipal procurou justificar, junto ao governo provincial, o valor elevado da dívida, argumentando que o custo de vida subia consideravelmente nos tempos de epidemia, em virtude, principalmente, do aumento do aluguel das casas e dos preços de artigos de primeira necessidade, como os gêneros alimentícios. Segundo a documentação, o aluguel havia subido para mais de 3.000 réis diários, valor considerado elevado para a época (APEP, 1871, AP 349, Arquivo IJIP Vol. 1, Ofícios).

Aproximadamente duzentas pessoas enfermaram de febre amarela em Antonina durante a crise de 1870<sup>69</sup>. Para socorrer a população local foram enviados médicos de Paranaguá, Morretes e Curitiba, pois em Antonina existia apenas um. Comissão sanitária liderada pelo dr. Joaquim Dias da Rocha ficou responsável pela contratação dos médicos, que receberam diária de aproximadamente 50.000 réis, quantia sem dúvida suficiente para arcar, sem maiores prejuízos, com o aluguel de uma casa (APEP, 1871, AP 349, Arquivo IJIP Vol. 1, Ofícios).

Três anos após o surto que prostrou a cidade de Antonina, o lazareto da Ilha das Cobras contabilizava despesa de 210.150 réis com o seu funcionamento rotineiro. O governo da província autorizou o pagamento de apenas 126.250 mil réis, sob o argumento que o valor restante teria sido gasto de forma indevida, ou seja, sem autorização, como foi o caso dos remadores do escaler que dividiram entre si 35 mil réis. O ressarcimento de tal despesa foi negado pela Tesouraria da Fazenda da Província do Paraná, alegando ela que os remadores possuíam remuneração fixa para exercer tal atividade, independente de gratificações ou abonos. A Tesouraria enfatizou ainda a inexistência de documentação comprovando ou explicando a natureza das despesas realizadas com esses empregados, subordinados aos serviços da polícia. Naquele ano o inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá era o dr. Eugenio Guimarães Rebello. Segundo a Tesouraria, Rebello não fornecera justificativa coerente para os gastos realizados com os surtos de febre amarela. Encaminhara somente informações concernentes aos navios entrados no porto e a aqueles submetidos à quarentena, bem como uma lista dos objetos existentes no lazareto. Em sua defesa, o inspetor de Saúde argumentou que sua palavra e honra deveriam prevalecer sobre a ausência de documentos que comprovassem os gastos:

---

<sup>69</sup> De acordo com o censo de 1872, Antonina contava com uma população de 5.632 pessoas (DGE, 1872).

Informarei mais que muitos gêneros são fornecidos por minha ordem aos navios em observação na Ilha das Cobras [...] Direi sem constrangimento e com a minha natural franqueza que houve desperdícios, os quais não devem ser levados à minha conta, nem à dos empregados da inspeção, nem à do fornecedor, mas imputada exclusivamente a um concurso inevitável de circunstâncias excepcionais (AN, 1873, SI IJJ 9 432 CX 374 FUNDO AA).

Essa fonte revela um inspetor de Saúde agindo por conta própria, diferente do que foi argumentado no final do primeiro capítulo, ou seja, que eles não possuíam autonomia. Porém, não podemos descartar a possibilidade de ser um caso isolado. Também não significa ausência de regime burocrático em Paranaguá e sim personalismo na gestão da coisa pública, condizente com aquele que regia as relações de compadrio a nível local.

Outro exemplo ilustra a questão ressaltada por Carvalho a respeito da recorrência, por parte dos governos, aos serviços gratuitos. Em março de 1881, um tripulante de um patacho português, antiga embarcação de dois mastros, foi acometido pela febre amarela e enviado ao lazareto da Ilha das Cobras. As despesas com seu tratamento totalizaram 476.100 réis. A terceira diretoria do Ministério dos Negócios do Império<sup>70</sup> julgou elevado o valor para um único enfermo e solicitou ao governo da Província do Paraná a especificação dos gastos. Somente com os deslocamentos de Leocádio José Correia (inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá aquele ano) para a Ilha das Cobras, foram gastos 350 mil réis. O resto do valor solicitado, 126.100 réis, dizia respeito à dieta do doente, lavagem de suas roupas, medicamentos, querosene e serviços prestados por um cozinheiro e um servente. A terceira diretoria considerou irregulares as cobranças de Correia, uma vez que, enquanto inspetor de Saúde, sua função era deslocar-se diariamente ao lazareto, existindo para tanto recursos à sua disposição para as viagens (AN, 1881, SI IJJ 9 434 CX 375 FUNDO AA).

Segundo o funcionário da terceira diretoria do Ministério dos Negócios do Império, P. Guedez de Carvalho, Leocádio Correia teria estipulado o preço das viagens com base naquelas

---

<sup>70</sup> Em 1822 a Secretaria dos Negócios do Reino e Estrangeiros passou a denominar-se “Império e Estrangeiros”. No ano seguinte a pasta foi desmembrada em duas secretarias: Negócios do Império e Estrangeiros. As atribuições da Secretaria de Estado dos Negócios do Império eram as seguintes: serviços administrativos gerais; Casa Imperial, mercês, ordem, títulos honoríficos, intercâmbio entre o Executivo e o Legislativo, assuntos relacionados às províncias, eleições, naturalizações; educação e saúde; assuntos eclesiásticos; finanças e contabilidade do Ministério. Abrangia ainda outros órgãos subordinados, entre eles: Presidentes das Províncias; Academia Imperial de Medicina; Escola de Minas de Ouro Preto; Faculdade de Medicina da Bahia; Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; Hospital Marítimo de Santa Isabel; Inspeção de Saúde do Porto; Inspetoria Geral da Higiene Pública; Instituto Vacínico e Hospital dos Lázarus (TAUNAY; AVELLAR, 1974). Segundo o Decreto n.256 de 30 de novembro de 1842, a Secretaria de Estado dos Negócios do Império era composta por um oficial maior, seis primeiros oficiais, cinco segundos oficiais, seis amanuenses, porteiro, três ajudantes e quatro funcionários para serviços de correio (BRASIL, 1842). Não foi possível identificar quais eram as diretorias do Ministério do Império e suas respectivas atribuições.

feitas na quadra epidêmica de 1878. Naquele ano Correia apresentara duas contas distintas para serviços da mesma natureza, a primeira no valor de 500 mil réis, a segunda, 150 mil réis. A presidência da Província do Paraná não concordara com os valores e pagara apenas 40 mil réis por duas das viagens realizadas por Correia e 60 mil réis pelas demais. Guedez argumentava agora que o fato de o governo ter estabelecido tais valores não significava que seriam considerados fixos e invariáveis para toda e qualquer outra viagem que viesse a ocorrer (AN, 1881, SI IJJ 9 434 CX 375 FUNDO AA). As viagens ficaram com valores diversos. Em 1878 o governo da província autorizou o pagamento, mas com valores reduzidos. Em 1881, a terceira diretoria entrevistou, alegando irregularidades nas cobranças. Naquele ano Paranaguá não estava sitiada pela febre amarela como estivera em 1878. Talvez isso explique o fato de o governo da província ter assumido as despesas com as viagens em um determinado momento, e em outro se submetido ao Ministério do Império para tratar de um assunto que não era considerado estratégico.

Leocádio Correia, em sua defesa, reafirmou que os valores das viagens tinham sido fixados e que não convinha baixá-los ainda mais. Correia sentia-se também injustiçado com a prática do governo de comissionar médicos a cinquenta mil réis diários para exercer seu ofício na cidade de Paranaguá sem os incômodos aos quais ele tinha de se sujeitar (não explicava quais eram) (AN, 1881, SI IJJ 9 434 CX 375 FUNDO AA). As fontes primárias revelam ainda que, por contar com poucos recursos e ocupar posição secundária na economia do Império e conviver com constantes déficits financeiros, o governo se valia com frequência de uma estratégia retórica para convencer os médicos a abrir mão dos ressarcimentos a que tinham direito. Consistia ela em persuadi-los de que o exercício de sua profissão estava, por natureza, intimamente relacionado ao exercício da filantropia e do patriotismo.

Caso semelhante ao de Pereira Alves é a solicitação feita ao governo geral do reembolso da quantia de 420.160 réis relativos a remédios fornecidos ao lazareto da Ilha das Cobras durante os surtos epidêmicos de febre amarela ocorridos entre os anos de 1883 e 1886. O reclamante agora era Fernando Machado de Simas, farmacêutico, capitão da Guarda Nacional e vereador da cidade de Paranaguá, por intermédio do procurador, Joaquim Mariano Ferreira. O médico João Evangelista Espindola também recorreu aos serviços de Ferreira ao requerer à Tesouraria da Fazenda da Província do Paraná, reembolso de 2.080.000 contos de réis referentes a desinfecções efetuadas nos navios durante a quadra epidêmica de 1886, e a serviços médicos prestados ao mesmo lazareto para o qual Simas havia fornecido medicamentos. Passados vinte meses dos serviços realizados por

Espindola, a dívida ainda não tinha sido paga. Argumenta o médico que havia sacrificado o serviço em sua clínica particular para atender aos doentes no lazareto, e que as viagens até a Ilha das Cobras tinham lhe causado grandes inconvenientes, de bom grado tolerados por sua pessoa (AN, 1888, SI III 9 435 CX 375 FUNDO AA).

Esses e outros processos de ressarcimento envolvendo médicos e farmacêuticos de Paranaguá envolviam extensas negociações. Muitas vezes os valores devidos não eram pagos ou eram restituídos parcialmente. A Câmara Municipal não figurou nos processos analisados acima. Por que essa ausência? Talvez isso corrobore, em partes, os argumentos de Carvalho e Dolhnikoff a respeito da subordinação da Câmara Municipal em relação ao governo provincial. Porém, o que dificultava a restituição por parte do governo dos valores devidos aos médicos e farmacêuticos era os já referidos mecanismos burocráticos da centralização. Como bem sabem os leitores desta dissertação, a burocracia, peculiar às instituições administrativas do Império, cujo *modus operandi* foi exemplificado acima, é uma das mais notáveis heranças ao Brasil republicano, até os dias de hoje, com sua pesada e engessadora burocracia a submeter os cidadãos não abastados a rotinas às vezes tão excruciantes como as do passado.

Além das constantes súplicas a que tinham que se submeter perante o governo para reaver o dinheiro gasto por conta própria no tratamento de doentes e da competição com os terapeutas populares pelo mercado de cura, os médicos tinham de lidar com as críticas da opinião pública a respeito de decisões polêmicas que precisavam ser tomadas durante as epidemias, como, por exemplo, as quarentenas de navios e os internamentos compulsórios.

### **3.2.4 Leocádio Correia e a opinião pública**

O tratamento fornecido por Leocádio Correia a tripulantes de uma embarcação espanhola foi alvo de polêmica em um jornal da cidade do Rio de Janeiro. Devido a sua importância o caso ganhara amplitude nacional. O episódio revela uma série de questões importantes para a compreensão das relações entre médicos, governos e terapeutas populares.

O jornal “*Gazeta de Notícias*”, da cidade do Rio de Janeiro, publicou em 27 de fevereiro de 1882 um artigo de autoria anônima, acusando o inspetor de Saúde, Leocádio José Correia de irregularidades na cobrança por serviços médicos prestados no lazareto da Ilha das Cobras. A polêmica foi motivada pelo caso de um tripulante do patacho espanhol *Monjuich*, suspeito de ter sido infectado por febre amarela. Apesar dos sintomas característicos: vômito negro, prostração

intensa, febre alta e hemorragia nasal, Correia diagnosticara, a princípio, febre intermitente. O inspetor queixara-se dos quarenta chamados que tinha para atender no dia em que teve de se deslocar até a embarcação para socorrer o enfermo. Recomendara ao capitão que não seguisse viagem com ele a bordo, uma vez que a quarentena certamente seria imposta em Buenos Aires, porto de destino. Correia solicitou apoio ao chefe de polícia, que com ele colaborava na prevenção de epidemias na região, e ao presidente da Província para juntos decidirem sobre o internamento do tripulante, mas não obteve retorno. A solução encontrada pelo médico foi recorrer ao vice- cônsul espanhol, Manoel Rosário, para decidir sobre o internamento (AN, 1882, SI IJJ 9 434 CX 375 FUNDO AA). Por que foi preciso a intervenção de Manoel Rosário para que Correia pudesse agir? Se ele era a principal autoridade sanitária da região por que essa dependência em relação ao governo provincial?

O capitão do patacho chamava-se M. B. Jacinto Riera, e o doente era seu irmão, D. José Riera y Estival, segundo piloto. Na carta que dirigiu a Leocádio Correia, Jacinto Riera explicou que a bordo, José apresentara dores de cabeça e calafrios. Fora-lhe ministrado com aparente sucesso um medicamento denominado *jalapa*<sup>71</sup>. Uma semana depois, o enfermo apresentou febre alta. O capitão então realizara purgas em José e o medicara com citrato de magnésia. De cama e alimentando-se com caldo, o doente permanecia febril e tinha uma sede voraz. Jacinto Riera revelou que o irmão já havia contraído febre amarela em Cuba, portanto, suspeitava de febre intermitente, mas a bordo não existia sulfato de quinina. A purga apenas aliviava os sintomas, sendo indispensável o uso da quinina (AN, 1882, SI IJJ 9 434 CX 375 FUNDO AA).

Em telegrama a Leocádio Correia, Jesuíno Marcondes de Oliveira e Sá, vice-presidente da Província do Paraná, argumentou que D. José poderia ser transferido para a Santa Casa de Paranaguá por ser a sua enfermidade comum e por inexistir uma estrutura médica no lazareto (AN, 1882, SI IJJ 9 434 CX 375 FUNDO AA). Correia redarguiu que o estado de saúde do paciente era grave e que não arcaria com a responsabilidade da transferência. Em sua opinião, cruzar a baía o doente e penetrar na cidade com ele despertaria pânico na população. Apesar da aparente imobilidade militar e quase hierática de Correia, ele questionou as ordens vindas da Capital dadas por uma autoridade leiga em assuntos de saúde pública, mas não agiu precipitadamente como Eugenio Guimarães Rebello. Correia mudara o diagnóstico, que a princípio era de febre

---

<sup>71</sup> Segundo o dicionário de medicina popular de Chernoviz (1890), *jalapa* é uma planta originária do México. Da sua raiz é extraída uma resina que possui propriedades purgativas.

intermitente. Provavelmente foi contestado por outros médicos e já havia rumores a respeito do caso. De acordo com o inspetor de saúde, D. José era um doente marítimo e o lazareto era o local ideal para o tratamento de sua febre grave. O piloto espanhol acabou sendo internado na Ilha das Cobras e recebeu tratamento diferenciado dos demais enfermos. Em relação às despesas, Correia afirma no documento por mim consultado, que trataria do assunto pessoalmente com o cônsul espanhol (AN, 1882, SI IJJ 9 434 CX 375 FUNDO AA). O argumento de Correia prevalecera sobre o de Jesuíno Marcondes de Oliveira e Sá. Isso demonstra a complexidade das relações que envolviam a Inspeção de Saúde de Paranaguá e o governo provincial. Para fazer valer suas decisões, os inspetores precisavam convencer as autoridades que estavam acima deles na estrutura burocrática imperial, sobre questões inerentes não só ao ofício médico como também às funções, que em virtude do cargo que ocupavam, talvez não necessitassem de justificativas prévias. A autonomia, nesses casos, dependia do personalismo ou de estratégias argumentativas.

Assim que D. José foi internado no lazareto, Jacinto Riera escreveu novamente a Leocádio Correia informando que administrou ao irmão, cápsulas de taurina<sup>72</sup> e que o mesmo teria evacuado várias vezes um líquido escuro apresentando melhoras em seguida. Um tripulante de passagem pelo lazareto forneceu-lhe sulfato de quinina, limonada, limões, azeite de castor e prescreveu a dieta a ser seguida por D. José. A essa altura a suspeita era de que se tratava de uma febre biliosa com irritação do estômago (AN, 1882, SI IJJ 9 434 CX 375 FUNDO AA). Muitas tripulações carregavam consigo boticas, algumas inclusive contavam com médicos a bordo. No entanto, as tentativas dos médicos alopatas e do poder público de por fim às práticas populares de cura não impediram que um tripulante desconhecido, provavelmente sem o título de doutor em medicina, chegasse a prescrever a dieta ao irmão de Riera. Se o governo não dispunha de recursos suficientes para fiscalizar de forma rigorosa os serviços médicos nas cidades mais afastadas, o controle ficava ainda mais difícil em uma ilha localizada no interior da baía de Paranaguá. A princípio, Correia não questionou o fato, o que não significa que consentiu com a atitude do tripulante.

O artigo publicado na *Gazeta de Notícias* revela que Correia cobrou indevidamente pelos serviços prestados a D. José. Penso que o autor do artigo julgou irregular a atitude do inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá pelo fato do lazareto não ser uma instituição particular e Leocádio Correia possuir remuneração paga pelos cofres públicos para atender os doentes. No tratamento de

---

<sup>72</sup> Taurina é um amino ácido encontrado na bile com propriedade sulfônica. Atua no sistema nervoso central, músculos, coração e cérebro. É utilizada principalmente por sua função desintoxicante (DEULOFEU; MARENZI, 1947; SMITH *et al*, 1988).

indigentes, pobres e imigrantes, o governo tinha a sua disposição uma verba especial denominada “socorros públicos”<sup>73</sup>. Marinheiros, menores aprendizes e demais tripulantes tinham suas despesas com saúde ressarcidas pelo Ministério da Marinha (AN, 1885, SI IJJ 9 435 CX 375 FUNDO AA). Porém, a documentação sobre a qual me fundamento não especifica se o Ministério da Marinha também era responsável por tripulantes estrangeiros. Contudo, D. José teve seus gastos debitados do consulado espanhol. Não há nenhum indício nas fontes que permitam inferir qualquer espécie de pagamento feita pelo vice-cônsul ao inspetor de Saúde. O capitão do patacho espanhol sugeriu a Leocádio Correia que os custos com o tratamento de seu irmão fossem encaminhados a Manoel Rosário, para que o mesmo lhe enviasse até Buenos Aires, de onde remeteria o dinheiro para o Rio de Janeiro, provavelmente para o Ministério do Império (AN, 1882, SI IJJ 9 434 CX 375 FUNDO AA). A transação sugerida por Jacinto Riera é obscura. Por que o dinheiro das despesas do seu irmão deveria, antes de chegar à capital brasileira, passar por suas mãos, uma vez que a negociação foi feita diretamente com o consulado espanhol? Provavelmente alguma das personagens deste relato tirou proveito material do acontecimento.

Leocádio Correia rebateu as acusações divulgadas pelo jornal da Corte. Em carta, explicou os fatos ao presidente da Província, Carlos Augusto de Carvalho, que o defendeu, enaltecendo sua idoneidade e os esforços que fizera durante as quadras epidêmicas vivenciadas pela cidade de Paranaguá. Por que os elogios se quando solicitado a respeito do caso de D. José, Carvalho não se manifestou? Porém, Correia não era visto como tão probo por outras autoridades do governo imperial. A terceira diretoria do Ministério do Império questionou o fato de ele acumular os cargos de inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá e de médico do lazareto. A função do inspetor seria fiscalizar os serviços do lazareto e do facultativo responsável pelos atendimentos naquele hospital. Exercendo os dois cargos, passaria a ser fiscal de si mesmo. No Rio de Janeiro e na Bahia, aqueles cargos eram ocupados por funcionários distintos, fato atribuído por outro funcionário do Estado à importância dos portos daquelas cidades. Segundo o inspetor de Saúde dos Portos do Rio de Janeiro, em portos menores, como o de Paranaguá, não haveria problema que a mesma pessoa ocupasse os cargos de inspetor e médico do lazareto. No entanto, na perspectiva do inspetor de Saúde dos Portos do Rio de Janeiro, o problema estaria nas contas apresentadas por Leocádio Correia, com valores considerados exorbitantes. O acúmulo de cargos poderia ser compensado com

---

<sup>73</sup> O fundo ao qual estavam destinadas as verbas para a saúde denominava-se “Socorros Públicos”. A abertura de novos créditos durante as epidemias era um procedimento recorrente por parte das autoridades políticas provinciais, respaldado pelo artigo 5º do decreto nº 2884 de 1º de fevereiro de 1862 (BRASIL, 1862).

gratificação adicional, o que possibilitaria anular os gastos extraordinários realizados com as visitas e viagens do inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá (AN, 1880, SI IJJ 9 434 CX 375 FUNDO AA).

Em outubro de 1880, a terceira diretoria do Ministério dos Negócios do Império encaminhou ofício à presidência da província do Paraná solicitando a regularização das funções de Leocádio Correia. No mesmo mês, o governo informou o então ministro dos Negócios do Império, Barão Homem de Mello, que haviam sido tomadas as medidas necessárias para que o mesmo funcionário deixasse de exercer as duas funções (AN, 1880, SI IJJ 9 434 CX 375 FUNDO AA). As funções de um funcionário provincial foram alvo de injunções ou ingerências complexas, envolvendo o governo central, cuja vontade prevalecera independente da posição assumida pelo governo da província do Paraná e da opinião do Inspetor de Saúde do Rio de Janeiro, para quem o acúmulo de cargos não seria problema. Portanto, nesse caso não houve negociação.

As amarrações burocráticas nas entranhas do poder, os crônicos déficits orçamentários e a carência de assistência médica nos rincões mais distantes do Império (que podemos relativizar em virtude de terapeutas populares que prestavam serviços às comunidades locais) podem ser apontadas como causas principais da frágil situação da saúde pública naquele período. A menina dos olhos dos investimentos do Império eram as áreas de transporte e comunicação. A saúde pública não garantia retorno financeiro, mas durante as epidemias, exigia a abertura de créditos extras, o que não significava que investimentos na área não fossem realizados durante os períodos de relativa “tranquilidade”, por razões, principalmente preventivas. Em Paranaguá, quarentenas, desinfecções e isolamentos foram adotados pelo menos desde o ano de 1868 (AN, 1868, SI IJJ 2 275 REL.1 FUNDO A1), ainda que somente em 1878 a febre amarela tenha assumido proporções catastróficas na cidade.

### **3.3 O surto de 1877-1878**

Em meados de março de 1878, o inspetor de Saúde, Barão do Lavradio, informou ao ministro e secretário de Estado dos Negócios do Império, dr. Carlos Leôncio de Carvalho, os dados estatísticos da epidemia que atingiu a capital brasileira em fins de 1877 e início daquele ano. Durante o mês de dezembro de 1877 a março de 1878, foram recolhidos 1.012 doentes ao Hospital Jurujuba, destes, 166 faleceram, 718 saíram curados e 128 continuavam em observação. Entre

fevereiro e os primeiros dias de março de 1878, quando a epidemia recrudesciu, chegaram a ser recolhidos àquele mesmo hospital, mais de trinta doentes por dia. Só na primeira quinzena de março, foram 258 doentes tratados, 38 óbitos e 253 convalescidos (AN, 1878, SS IS 4 15 FUNDO BF). Do início de março de 1877 até o fim de junho do mesmo ano, deram entrada no Hospital Marítimo de Santa Isabel, 520 enfermos, dos quais 66 faleceram e 449 saíram curados, cinco prolongavam a terapêutica. Segundo o Barão do Lavradio, a mortalidade nesse período foi de 12,66%. Já no intervalo compreendido entre dezembro de 1877 e abril de 1878, foram recolhidos 1.287 enfermos ao Hospital Marítimo de Santa Isabel, vindo a falecer 225 pessoas com 1.036 delas curadas, representando uma taxa de mortalidade de 17,4% (AN, 1878, SS IS 4 15 FUNDO BF). A doença não adquiriu em terra as mesmas características de anos anteriores, fato atribuído pelo inspetor de Saúde à eficácia dos médicos e à rápida transferência dos enfermos para o hospital.

Algumas medidas sanitárias elaboradas pela Alfândega foram entregues à Inspetoria de Saúde do Rio de Janeiro no intuito de que fossem colocadas em prática com antecedência durante a estação calmosa. Algumas dessas medidas previam a designação de ancoradouros especiais para carga e descarga, bem como, para navios que transportassem imigrantes; desinfecção de navios estrangeiros a vela por funcionário da Alfândega e a entrega de cartilhas impressas em diversos idiomas contendo instruções higiênicas e sanitárias aos comandantes e mestres de navios. Uma embarcação denominada *Werneck* permaneceu ancorada na enseada de Jurujuba para servir como lazareto flutuante aos passageiros procedentes de regiões onde a febre amarela estivesse grassando. Tentativa semelhante havia sido feita em janeiro de 1877 com a barca italiana *Ester*. Contudo, a barca acomodava apenas cento e oitenta pessoas, não dispoñdo de tamanho suficiente para separá-las por classe. Somente após reformas, ela poderia abrigar em seus respectivos camarotes o que o Barão do Lavradio designou como “pessoas de família”. Pessoas destinadas à terceira classe seriam acomodadas em beliches distribuídos pelo porão da embarcação. Apenas uma barca não seria suficiente para atender as necessidades do porto, ainda mais em períodos de grande fluxo imigratório. Além do lazareto flutuante, a inspetoria de saúde solicitou a abertura permanente do Hospital de Santa Isabel, a aquisição de uma lancha a vapor e a nomeação de médicos para a realização das visitas a bordo e tratamento dos doentes (AN, 1878, SS IS 4 15 FUNDO BF).

O Barão do Lavradio observou que a epidemia ficava mais grave na medida em que os tripulantes adentravam o interior da cidade. Para evitar a propagação da doença, os navios foram dispostos nos ancoradouros de forma que ficassem na direção dos ventos e a uma distância de no

mínimo sessenta metros um do outro. A atracação deveria durar somente o tempo necessário para a carga e a descarga e as pessoas receberam recomendações para evitar a exposição ao sol forte (AN, 1878, SS IS 4 15 FUNDO BF).

Em Paranaguá, os surtos de febre amarela foram recorrentes desde a década de 1850, mas nunca alcançaram a gravidade que assumiram em 1878, desafiando os médicos e autoridades públicas da província paranaense. Segundo relatórios do governo, a epidemia começou em 15 de fevereiro e findou em 5 de abril, acometendo 479 pessoas das quais 54 faleceram (MENEZES, 1878)<sup>74</sup>. Esse número talvez seja maior se levarmos em consideração os afetados que residiam em lugares distantes e de difícil acesso. A crise epidêmica foi precedida pelos acontecimentos ocorridos em janeiro de 1877, quando uma embarcação alemã, o *Pellikan*, oriunda da Corte, onde a febre amarela grassava com intensidade, atracou em Paranaguá e deixou em alerta as autoridades locais, exigindo dos médicos um esforço para evitar a disseminação da doença na região.

A fortaleza da barra, por meio da estação telegráfica, comunicou a Leocádio Correia, então inspetor de Saúde do Porto, que a bordo do *Pellikan* haviam falecido dois tripulantes, vítimas de uma enfermidade que ainda desconheciam. Seus corpos foram atirados ao mar. O capitão da embarcação apresentou os mesmos sintomas, porém, procurou dissimulá-los ao receber a visita da inspeção sanitária, negando que estivesse com a saúde comprometida e que, em seu brigue existisse qualquer anormalidade. O capitão não forneceu maiores detalhes sobre a morte dos dois marinheiros. No dia seguinte à inspeção, o capitão foi removido em estado grave para o lazareto, onde veio a falecer. Segundo Correia, apresentou todos os sintomas característicos da febre amarela. O brigue ficou retido durante vinte dias e foi submetido a desinfecção geral e a visitas diárias de Correia. Durante essa temporada, outros casos de febre amarela foram constatados na tripulação do *Pellikan*. Após ser considerado livre da doença, seguiu para Antonina, mas aí surgiu a bordo o oitavo caso, despertando a fúria daqueles que já haviam criticado Correia por não ter agido de forma mais rigorosa em relação à quarentena (APEP, 1878, AP 535, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios).

O médico da Companhia de Aprendizes de Marinheiro da cidade de Paranaguá, temeroso com a notícia de que a bordo do *Pellikan* reinava a febre amarela, recomendou ao capitão do porto de Paranaguá, Joaquim Guilherme de Mello Carrão, a limpeza do navio escola e de todas as paredes do quartel com caiações tanto internas como externas. A Câmara Municipal de Antonina receosa também solicitou ao governo da província os medicamentos recomendados pelo médico local, o dr.

---

<sup>74</sup> De acordo com o censo de 1872, Paranaguá contava com uma população de 8.228 pessoas (DGE, 1872).

José Franco Grillo (APEP, 1877, AP 513, Arquivo IJIP Vol. 3, Ofícios). A Câmara Municipal de Paranaguá, assim que recebeu as notícias referentes ao *Pellikan*, recorreu ao presidente da Província, Adolpho Lamenha Lins, para que fosse criada uma comissão sanitária na cidade antes que o mal se disseminasse (APEP, 1877, AP 512, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios). Lamenha Lins atendeu ao pedido da Câmara e criou a comissão sanitária de Paranaguá. Seu presidente era o juiz de Direito, Cesário José Chavantes; dela faziam parte o inspetor de Saúde, Leocádio Correia; o delegado de Polícia, Joaquim Antonio Pereira Alves e o capitão do porto, Joaquim Guilherme de Mello Carrão (APEP, 1877, AP 513, Arquivo IJIP Vol. 3, Ofícios). As comissões sanitárias tinham caráter temporário e eram dissolvidas logo após o surto (LINS, 1877). Mesmo assim, exigiam do governo da província recursos para a instalação de lazaretos, hospitais, saneamento de cidades e principalmente apoio médico (MENEZES, 1878).

O capitão do porto manifestou a preocupação de que a comissão não se reunisse para tratar das medidas a serem tomadas em relação ao *Pellikan*, antes da ida para Curitiba do inspetor de saúde, Leocádio Correia, reeleito deputado provincial para o biênio 1878/1879, conforme consta no segundo capítulo desta dissertação, onde são abordados alguns aspectos de sua história de vida. A reunião de fato não se realizou e o capitão do brigue alemão dirigiu-se à Capitania onde deu entrada na documentação necessária para prosseguir viagem para Antonina. Indignado com o desprezo por parte dos demais membros da comissão, Carrão exclamou: “Se a febre amarela aparecer em Antonina ou nesta cidade onde as imundícies pulam por baixo dos pés dos transeuntes, respirando ar fétido imundo das praias e animais mortos? Quem será o responsável por tamanha desgraça se Deus todo poderoso não se compadecer de nós? (APEP, 1877, AP 513, Arquivo IJIP Vol. 3, Ofícios).

Sobreviveram apenas um ou dois marinheiros da tripulação do brigue alemão. A doença não ficou somente a bordo da embarcação, acometendo e vitimando pessoas em terra. Correia observou que nos casos fatais o vômito negro e hemorragias foram constantes. Alguns doentes apresentaram anúria (diminuição da secreção urinária), e os casos benignos foram seguidos por disúria (dificuldade para urinar) e adinamia (prostração intensa). Enfermos diagnosticados com os mesmos sintomas dos tripulantes do brigue foram internados na Santa Casa de Misericórdia. Na opinião de Leocádio Correia, o germe responsável pela doença fora importado da cidade do Rio de Janeiro, onde a epidemia reinava com grande intensidade (APEP, 1878, AP 535, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios). Conforme demonstrado no capítulo dois, Correia recorria ao conceito de germe para

referir-se à importação da doença de portos infectados. Essa explicação tinha fundamento na “teoria do solo” do higienista bávaro Max Von Pettenkofer, que esclarecia por meio dela a transmissão do cólera, febre tifoide e febre amarela. Segundo essa teoria, o germe do cólera precisava amadurecer na água do subsolo por determinado tempo antes de se tornar virulento. Para Rosenberg (1992), a teoria de Pettenkofer buscou manter um quadro de orientação ambiental holístico ao mesmo tempo em que incorporou um papel específico ao microrganismo. Outros médicos brasileiros também acreditaram na importação do germe da febre amarela: “José Pereira Rego, por exemplo, louvou a ‘proverbial’ salubridade do Rio de Janeiro logo no início de seu estudo sobre a grande epidemia de febre amarela de 1850; em seguida, empenhou-se em demonstrar que o flagelo fora uma importação do estrangeiro, não se devendo apenas a causas locais” (CHALHOUR, 1996:60).

Com o aumento do fluxo imigratório, visto Paranaguá ser uma cidade portuária e eixo de ligação da província com outras partes do país e do mundo, aumentava o número de pessoas não aclimatadas, portanto suscetíveis à febre amarela. Em 9 de fevereiro de 1878, um tripulante da embarcação *Calderon* faleceu em consequência da doença. A embarcação iria atracar no porto de Paranaguá com centenas de imigrantes. Leocádio Correia mais uma vez pediu orientação de como proceder ao vice-presidente da Província, Jesuino Marcondes de Oliveira e Sá, ao qual sugeriu ainda a criação de um local de quarentena na Ilha de Eufrasina com o intuito de desafogar o lazareto da Ilha das Cobras e evitar que passageiros e tripulantes em observação viessem a se misturar com pessoas doentes. Novamente não obteve resposta do governo, ameaçou então, enviar os colonos para Curitiba. O presidente da Câmara Municipal de Antonina pediu ao governo da província que os imigrantes desembarcados em Paranaguá fossem primeiramente encaminhados para a Ilha da Eufrasina antes de seguirem para aquela cidade. A justificativa do presidente da Câmara para tal procedimento era a prevenção de aglomerações humanas que pudessem favorecer o desenvolvimento da febre amarela (APEP, 1878, AP 536, Arquivo IJIP Vol. 3, Ofícios). Podemos perceber a Câmara de Antonina atuando junto ao governo provincial, solicitando e sugerindo medidas sanitárias, ações que também caberiam à Câmara de Paranaguá. A ameaça foi a estratégia utilizada por Correia nesse episódio para tentar obter resposta mais célere por parte do governo provincial, mas as fontes não permitem conhecer o desfecho dessa história.

Em telegrama enviado em 5 de março de 1878 ao presidente da Província, o capitão do Porto, Joaquim Guilherme de Mello Carrão, revelou que sessenta colonos do navio *Marumby*, acometidos pela febre amarela, tinham desembarcado no porto de Paranaguá, de onde seguiriam

para Barreiros (provavelmente o município de São José em Santa Catarina). Pressões populares fizeram com que Carrão ordenasse o reembarque imediato dos doentes para que seguissem diretamente ao seu destino final (APEP, 1878, AP 538, Arquivo IJIP Vol. 5, Ofícios).

Os portos de Montevideu haviam suspenso as atracções de embarcações provenientes do Brasil (APEP, 1878, AP 536, Arquivo IJIP Vol. 3, Ofícios). Surpreendentemente, e por razões não declaradas na fonte que consultei, o Ministério do Império ordenou ao governo da província do Paraná que suspendesse as quarentenas. Contudo, as recomendações não foram seguidas. Apesar de o inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá ter suspenso as observações na barca inglesa *Kent* e na francesa *Cité J'Aleth*, depois das desinfecções e caiações, outras três embarcações permaneceram sob vigilância, uma vez que seus tripulantes estavam internados para tratamento (APEP, 1878, AP 536, Arquivo IJIP Vol. 3, Ofícios). As ordens do governo central não foram seguidas pelos funcionários da província. Isso talvez explique o receio da terceira diretoria do Ministério do Império em relação a Leocádio Correia.

O periódico *Echo Paraná* (28/2/1879) apresentaria quadro das embarcações onde fora constatada a febre amarela durante o primeiro semestre de 1878. Eram oito, sendo duas nacionais. Na barca alemã *Wilhelmina* ocorreram sete casos, sendo dois fatais. No brigue holandês *Yonge Evert* foram seis casos com três mortes. Na embarcação inglesa *Catherine*, apenas seis infectados sem nenhum óbito. Na barca francesa *Cité d' Aleth* houve três casos com uma morte. Foi registrado apenas um caso fatal na barca inglesa *Kent* e também no brigue alemão *Emmi & Otto*. Nos vapores nacionais *Cervantes* e *Rio Grande* ocorreram três casos com uma morte neste último (EP, 28/2/1879).

A Câmara Municipal de Paranaguá, em sessão extraordinária realizada em meados de março, resolveu elaborar em conjunto com o inspetor de Saúde do Porto um edital com instruções higiênicas e ações coercitivas direcionadas para a população a fim de conter os estragos causados pela epidemia. Resolveu assim:

1º Proibir a criação e conservação de porcos nos quintais das casas dentro do quadro urbano, e bem assim estrebarias de gado vacum e cavalari.

2º Proibir a conservação de latrinas nas casas e quintais, a menos que não estejam hermeticamente fechadas.

3º Proibir lançar nas ruas, pátios, saídas para o campo, áreas e quintais; despejo, lixo, matérias deletérias ou qualquer outro objeto contra o asseio e salubridade pública.

4º Proibir conservar-se nos quintais, águas estagnadas, infectas, corpos sólidos ou solúveis, que incomodem, ou disso possa produzir mal.

5° Proibir expor à venda e vender, gêneros líquidos ou secos danificados ou falsificados, e frutas não sazoadas.

6° Proibir que o despejo das matérias fecais se faça antes das 10 horas da noite, em vasilhas não fechadas hermeticamente, e em outro lugar que não seja o mar- da Rua Sete de Setembro para o lado do arsenal.

7° Ordenar que as embarcações que aportarem nesta cidade vindas de portos infectados, de bordo de vapores ou outras embarcações de tal procedência, tragam a seu bordo desinfetantes por onde devem passar a bagagem dos passageiros, e qualquer carga.

8° Ordenar também que, logo que seja concluído o esquartejamento das rezes, porcos ou carneiros no matadouro, o seu dono fará imediatamente enterrar o sangue e demais resíduos.

9° Deliberar também pagar os medicamentos às pessoas afetadas da epidemia de febre amarela, sendo elas pertencentes à classe menos abastada da sociedade, uma vez que na receita haja nota do médico assistente em que declare essa qualidade.

10° O fiscal da Câmara, e o guarda Antonio Rodrigues da Costa, serão os executores das deliberações tomadas pela Câmara.

11° A Câmara Municipal em vista dos arts. 14, 133 e mais disposições, convidará ao Dr. Inspetor de Saúde, ao Subdelegado de Polícia e peritos, para a visita que procederão nas casas de negócio, quintais e outros lugares, aonde farão impor a multa de 30\$000 ao infrator destas deliberações de acordo com o mesmo art. 14 citado.

12° Convida-se também aos habitantes deste município a mandar cair interna e externamente as suas casas, a trazê-las perfeitamente asseadas- os quintais varridos, usando de desinfetantes.

Paço da Câmara Municipal de Paranaguá, em sessão extraordinária aos 19 de março de 1878. Eu, Evaristo José Cardenas, secretário da Câmara Municipal que o escrevi e assino (APEP, 1878, AP 539, Arquivo IJIP Vol. 6, Ofícios).

Esta é uma das poucas fontes que revelam ações desenvolvidas pela Câmara Municipal de Paranaguá. Ao contrário do que afirma Dolhnikoff (2005), ela não tinha liberdade de ação somente no âmbito judiciário e policial. Como podemos ver, possuía autonomia para propor medidas no âmbito da saúde pública. No entanto, as normas contidas no edital possuem caráter repressivo e recorrem ao uso da força policial, além de denotarem intervenção direta na vida do indivíduo, com o controle de aspectos particulares do cotidiano, por exemplo, habitação e dieta alimentar. Tais normas podem ser comparadas àquelas propostas pelo higienista alemão Johann Peter Frank (1745-1821) e pela medicina de estado, conforme definida por Rosen (1980) e Foucault (2007). O documento também nos mostra um dos primeiros modelos de organização sanitária colocados em prática no Paraná, constituindo dessa forma, os primeiros contornos do que viria a ser a administração de saúde pública no estado paranaense.

A mesma comissão sanitária que não se reuniu para decidir sobre o destino do *Pellikan* concordou e resolveu colocar em prática as medidas estipuladas pela Câmara em 19 de março. Com gratificação de 200 mil réis mensais, os médicos Leocádio Correia e Aristides Guedes Cabral ficaram incumbidos de tratar os enfermos indigentes. Foi estabelecida uma enfermaria próxima à cidade só para o atendimento dos pobres. Dois guardas foram nomeados para fazer cumprir as

normas do edital. Cabia a eles: vigiar as casas dos afetados pela febre amarela; informar à comissão quais enfermos necessitavam de dieta gratuita e lançar ao mar todas as frutas verdes que encontrassem à venda ou armazenadas em canoas, lojas e mercados. A cidade foi dividida em dois distritos, cada um sob a responsabilidade de um médico. Para a enfermaria foram contratados um enfermeiro e um cozinheiro para preparar as dietas prescritas aos enfermos. Uma das dificuldades enfrentadas pela comissão foi contratar coveiros. Foi preciso recorrer à força policial para obrigar as pessoas a fazerem esse serviço (APEP, 1878, AP 540, Arquivo IJIP Vol. 7, Ofícios).

A admissão de escravos na enfermaria provisória gerou tensões entre as autoridades políticas de Paranaguá. De acordo com o juiz de direito, Cesário José Chavantes, a enfermaria provisória deveria atender somente os indigentes. O presidente da Câmara Municipal, major Manoel Ricardo Carneiro, negou que tivesse sido o autor de uma proposta apresentada à comissão sanitária para que escravos fossem admitidos na enfermaria com as despesas do tratamento pagas pelos respectivos proprietários. No entanto, o próprio major mandou internar, naquele local, um escravo pertencente ao barão de Nácar. Para Chavantes, a tentativa de misturar ambos os grupos teria suscitado o desentendimento entre ele, o delegado de polícia e o major Carneiro que, junto com o delegado, acabou pedindo afastamento da comissão sanitária (APEP, 1878, AP 540, Arquivo IJIP Vol. 7, Ofícios). De acordo com o relatório da comissão, foram recolhidos à enfermaria 65 indigentes, dos quais 44 recuperaram a saúde, 19 faleceram e 2 foram transferidos para a Santa Casa (APEP, 1878, AP 544, Arquivo IJIP Vol. 11, Ofícios).

Também ocorreram atritos entre o delegado de polícia e o inspetor de saúde referente a uma imigrante russa. O delegado, Agostinho Antonio Pereira Alves, o inspetor de Saúde e o médico da Companhia de Menores Aprendizes visitaram a enferma russa para confirmar o diagnóstico de febre amarela. Segundo Pereira Alves, o inspetor de saúde era irresoluto e tratava com desleixo os negócios públicos. Isso ressalta o que havia sido argumentado anteriormente a respeito da falta de iniciativa de Leocádio Correia. O delegado considerou absurda a proposta do inspetor de criar uma enfermaria provisória e um lazareto específico para imigrantes russos. As fontes não revelam o local e nem o motivo para a criação desses espaços. O delegado denunciou o envio de cadáveres ao cemitério sem os cuidados básicos exigidos pela higiene. Em sua percepção, a população teria motivos de sobra para entrar em pânico, ainda mais quando grande número de russos miseráveis, imundos e ociosos vagava pelas ruas da cidade e o inspetor, que não acatava seus conselhos, se recusava a por em prática as ações recomendadas pela ciência. Pereira Alves imputou aos russos a

culpa antes atribuída aos estrangeiros, mendigos e leprosos nas epidemias que varreram a Europa entre os séculos XIV e XIX (DELUMEAU, 2009). Mas o que chama atenção é o fato de o delegado de polícia repreender o inspetor de saúde por não seguir as “regras da ciência”. Não houve confronto aberto nos periódicos leigos como aqueles travados por Domingos Freire e “Felipe”, pseudônimo do cronista que assinava as “Cartas de um caipira” (BENCHIMOL, 1999:34). No entanto, o falecimento da enferma russa repercutiu em um periódico denominado “Cruzeiro”<sup>75</sup>, que publicou nota criticando o governo da província pelo incidente. Provavelmente foi esse o motivo do desentendimento entre o inspetor de saúde e o delegado de polícia, que enviou um telegrama à redação do jornal desmentindo que a febre amarela tivesse sido a causa da morte. O delegado ressaltou ainda que não existia nenhum caso da doença em Paranaguá e que seu estado sanitário era excelente (APEP, 1878, AP 540, Arquivo IJIP Vol. 7, Ofícios). Sem dúvida, o grande receio era que a imprensa viesse a despertar uma reação descontrolada que desestruturasse o cotidiano da cidade.

Segundo Leocádio Correia, José Pereira Rego afirmava que os serviços de saúde realizados em conjunto com a polícia não geravam conflitos durante os períodos normais. Porém, durante as quadras epidêmicas, essa união poderia afetar o bom desempenho dos serviços sanitários. Era tarefa dos médicos durante esses momentos de crise, segundo o Barão do Lavradio, efetuar o maior número possível de visitas, fiscalizar as desinfecções e demais trabalhos que lhes eram imputados pelo regulamento sanitário (APEP, 1875, AP 459, Arquivo IJIP Vol. 4, Ofícios).

O médico Pedro Moreira, contratado para auxiliar o inspetor de saúde, pediu para ser substituído logo no início da epidemia de 1878, por divergências com este último. De acordo com Moreira o serviço sanitário estava assim distribuído: um médico tinha sob sua responsabilidade os serviços relativos ao lazareto da Ilha das Cobras e às quarentenas. Outro médico tinha à sua disposição uma lancha para cuidar das quarentenas em alto-mar, enquanto o inspetor cuidava da cidade com o auxílio da comissão sanitária. Moreira alegara ter sido desmoralizado pelo inspetor e que as ordens a ele dirigidas deveriam ser dadas diretamente pelo presidente da Província. Informara ainda que o inspetor suspendera arbitrariamente as quarentenas impostas aos passageiros. Além das discórdias com o inspetor, a falta de autonomia também foi invocada por Moreira como um dos motivos que o levaram a pedir sua substituição (APEP, 1879, AP 562, Arquivo IJIP Vol. 1, Ofícios).

---

<sup>75</sup> Não foi possível determinar a procedência do periódico.

As quarentenas também geraram discórdias entre as cidades de Antonina e Paranaguá. O governo geralmente se posicionava contra essas medidas em virtude dos embaraços causados às atividades comerciais. No dia 7 de fevereiro de 1878, o então presidente da Província, Octávio de Oliveira Menezes, ordenou que o inspetor enviasse para o lazareto da Ilha das Cobras um navio com amarementos a bordo oriundo de Antonina. No entanto, as demais embarcações procedentes do mesmo porto obtiveram a livre prática. Uma carta foi enviada de Antonina para Leocádio Correia, informando que a quarentena estava causando controvérsias naquela região: “Dando-se livre entrada aos vapores, colonos, passageiros, etc. torna-se muito odiosa a medida tomada contra os navios estrangeiros” (APEP, 1878, AP 539, Arquivo IJIP Vol. 6, Ofícios). A carta ainda descreve que um trabalhador havia falecido vítima da febre amarela e outro se encontrava em estado grave. Os trabalhadores tinham pernoitado em um armazém carregado de mercadorias. O autor da carta argumentou que a quarentena deveria ser aplicada indistintamente: “Desde que se dá livre prática aos vapores, por que não se manda os navios continuarem a receber suas cargas, deixando os doentes no lazareto?” (APEP, 1878, AP 539, Arquivo IJIP Vol. 6, Ofícios)<sup>76</sup>.

A epidemia de 1878 fez surgir atritos entre as diversas autoridades políticas, judiciárias e sanitárias. Algumas delas, leigas em questões de saúde pública, queriam que suas resoluções prevalecessem sobre aquelas impostas pelos médicos. Mas também ocorreram desavenças entre os próprios médicos que não concordavam entre si com determinadas medidas. Portanto, além do engessamento causado pela centralização administrativa, a organização sanitária em Paranaguá tinha mais um agravante, os conflitos locais. Isso tornava ainda mais angustiante a vida daqueles que dependiam da saúde pública para obter uma cura.

Leocádio Correia também criticou o governo provincial por determinar que enfermos provenientes de diversos pontos da província fossem enviados para o lazareto da Ilha das Cobras que, em sua opinião, deveria ser exclusivo para doentes marítimos (APEP, 1878, AP 539, Arquivo IJIP Vol. 6, Ofícios). Em fevereiro de 1878, foram tratados no lazareto vinte e quatro enfermos, dos quais apenas três apresentaram sintomas benignos. Os casos graves foram marcados por disúria, ansiedade gástrica e hemorragias diversas. Poucos enfermos não manifestaram o vômito negro:

---

<sup>76</sup> No ano seguinte aos eventos aqui narrados, Leocádio Correia foi alvo das queixas de pessoas submetidas à quarentena, que chegaram a fixar na parede do lazareto um edital em forma de pasquim criticando as medidas tomadas pelo inspetor. Um indivíduo chamado Adriano, alegou que Correia maltratou os passageiros durante todo o período em que durou a quarentena do navio no qual estava embarcado. O médico se defendeu afirmando que apenas cumpriu ordens ao aplicar os rigores do regulamento da saúde aos tripulantes, cujo contanto foi mantido somente durante o período de observação (APEP, 1879, AP 576, Arquivo IJIP Vol. 17, Ofícios).

Mapa Demonstrativo dos doentes recolhidos e tratados no hospital do lazareto da Ilha das Cobras entre os dias 8 e 28 de fevereiro de 1878.

Enfermo/Naturalidade	Data de entrada	Data de saída	Data da morte
Carolinensial	8 de fevereiro	21 de fevereiro	
Brake	8 de fevereiro	21 de fevereiro	
Aldenburg	8 de fevereiro		8 de fevereiro
Inglês	8 de fevereiro	21 de fevereiro	
Holandês	8 de fevereiro	8 de fevereiro	
Francês	8 de fevereiro	8 de fevereiro	
Francês	8 de fevereiro	8 de fevereiro	
Grego	8 de fevereiro		9 de fevereiro
Austríaco	11 de fevereiro	21 de fevereiro	
Hagdeburg	11 de fevereiro		13 de fevereiro
Alemão	12 de fevereiro		16 de fevereiro
Sueco	12 de fevereiro		17 de fevereiro
Grego	12 de fevereiro		15 de fevereiro
Austríaco	12 de fevereiro	Continuou o tratamento	
Liverpool	13 de fevereiro	Continuou o tratamento	
Morretes	13 de fevereiro		14 de fevereiro
Nova York	16 de fevereiro	26 de fevereiro	
Inglês	16 de fevereiro	16 de fevereiro	
Inglês	16 de fevereiro	21 de fevereiro	
Inglês	16 de fevereiro	26 de fevereiro	
Inglês	16 de fevereiro	Continuou o tratamento	
Inglês	16 de fevereiro	26 de fevereiro	
Rotterdam	18 de fevereiro		18 de fevereiro
Aldenburg	19 de fevereiro	26 de fevereiro	

FONTE: (APEP, 1878, AP 539, Arquivo IJIP Vol. 6, Ofícios)<sup>77</sup>.

Embarcações que deixavam o porto de Antonina chegavam a Paranaguá com amarementos a bordo. Isso demonstra claramente que a doença atingiu aquela cidade. Segundo o juiz municipal de Antonina, a epidemia alcançou seu ápice nos últimos dias de março de 1878. Dois médicos e um assistente se revezavam no atendimento da população daquela cidade. Um dos médicos e o assistente contraíram febre amarela. O juiz solicitara ao governo da província o envio imediato de médicos para socorrer a cidade, pois o único que restara, dr. José Franco Grillo, estava realizando uma jornada diária de trabalho que se estendia das quatro da manhã até às onze da noite (APEP, 1878, AP 538, Arquivo IJIP Vol. 5, Ofícios).

Em 13 de março, Grillo enviou um telegrama ao presidente da Província pedindo que fosse nomeada urgentemente uma nova comissão sanitária, pois o presidente da Câmara Municipal havia se debandado para Curitiba (provavelmente em virtude do medo do contágio), outorgando os poderes de presidente da comissão ao juiz de direito da Comarca. O delegado de polícia foi demitido, seu substituto também se retirou da cidade, deixando a vara para o terceiro suplente. Nova comissão foi formada e em 27 de março, dezenove novos casos de febre amarela e três óbitos decorrentes da doença foram registrados. A botica local não tinha mais recursos para atender a demanda de enfermos. A comissão solicitou médicos, farmacêuticos e uma ambulância (APEP, 1878, AP 538, Arquivo IJIP Vol. 5, Ofícios).

As aulas das escolas de Antonina foram suspensas em função da epidemia. O inspetor geral da instrução pública ciente de que os recursos da medicina científica não estavam sendo suficientes para debelar o mal, sugeriu que o prazo de suspensão das aulas fosse estendido de oito para trinta dias (APEP, 1878, AP 539, Arquivo IJIP Vol. 6, Ofícios). A epidemia também reduziu o destacamento policial da cidade, obrigando a Comarca de Paranaguá a enviar praças para reestruturar aquela repartição e garantir a ordem na região. Antonina dispunha de cinco praças, enquanto Paranaguá contava com quatorze e Morretes nove. A capital, apesar do reduzido número de praças, tinha à sua disposição um esquadrão de cavalaria (APEP, 1878, AP 538, Arquivo IJIP Vol. 5, Ofícios).

---

<sup>77</sup> Aldenburg é uma cidade alemã, provavelmente, Hagdeburg também o seja. Não foi possível determinar a quais países se referiam as nacionalidades *Brake* e *Carolinensial*.

A Câmara Municipal de Antonina contratou serviços particulares para a limpeza da cidade na tentativa de conter a invasão da doença. Os serviços custaram aos cofres públicos o montante de 1: 600.000 contos de réis e ficaram a cargo de Theophilo Soares Gomes. Pelo contrato, Gomes teria que eliminar os mangues em torno à cidade, escoar as águas estagnadas, limpar e cobrir as valas situadas em locais públicos, remover os dejetos defronte à praia. (APEP, 1878, AP 541, Arquivo IJIP Vol. 8, Ofícios).

As autoridades do distrito de Morretes, temendo a eclosão da epidemia de febre amarela em razão do grande número de colonos ali estabelecidos, que aguardavam para seguir viagem rumo a Barreiros, decidiram formar um cordão sanitário entre Antonina e as regiões de Porto de Cima e São João da Graciosa, estação da qual partiam os colonos em direção ao seu destino final<sup>78</sup>. As autoridades sugeriram que as malas dos imigrantes fossem despachadas diretamente para Barreiros para diminuir a probabilidade de contágio, uma vez que o embarque na estação de São João da Graciosa era muito demorado. Mais uma vez, as medidas sanitárias foram em vão. O dr. Grillo enviou outro telegrama ao presidente da Província, desta vez, pedindo autorização para ir a Morretes retirar sua família daquela cidade, onde a febre amarela tinha sido constatada (APEP, 1878, AP 538, Arquivo IJIP Vol. 5, Ofícios).

Apesar de o relatório do governo da província declarar encerrada a epidemia em 5 de abril, o jornal *Dezenove de Dezembro* publicou em 23 de março a mensagem do delegado de polícia segundo a qual a febre amarela ainda atacava oito a dez pessoas diariamente em Antonina. Em Paranaguá, a situação já estava normalizada, ocorrendo apenas alguns casos de febres intermitentes (DD, 23/3/1878). No mesmo jornal, uma carta anônima nos permite compreender melhor que percepção a população tinha a respeito da doença:

---

<sup>78</sup> Os cordões sanitários também foram aplicados em Paranaguá na tentativa de barrar embarcações suspeitas de trazer a bordo o mal de Sião e o filho de Ganges. Em 1886 o cruzador *1º de março* foi colocado à disposição do governo para a realização de serviços sanitários. Sua função era evitar a atracação de qualquer embarcação proveniente de portos declarados ou mesmo suspeitos de estarem infectados com o cólera morbo. Quando isso ocorria, a tripulação era notificada antes de ser enviada para quarentena. Se as recomendações não fossem seguidas, os responsáveis pelo controle do cruzador tinham autorização para recorrer ao uso da força no intuito de fazer valer as determinações impostas (AN, 1886, SI IJ 9 435 CX 375 FUNDO AA). Além do cruzador, vigias de saúde também auxiliaram na formação dos cordões sanitários. Estavam incumbidos de fiscalizar a barra de Paranaguá, alertando o inspetor no momento da chegada de algum navio suspeito (AN, 1885, SI IJ 9 435 CX 375 FUNDO AA). As cartas de saúde eram essenciais para a liberação das atracções no porto de Paranaguá. Essas cartas indicavam se determinada tripulação estava contaminada ou não, em caso negativo a embarcação recebia autorização para exercer a livre prática, ou seja, além de não ser submetida à quarentena, poderia circular livremente pela baía (AN, 1886, SI IJ 9 435 CX 375 FUNDO AA).

Aliados da peste: Por toda parte água estagnada, lodo, lama, matérias putrefatas, casas sujas, pouco arejadas, quintais imundos [...] pouca cal nas paredes, lixo amontoado nas casas, nada de fumigações, muita negligencia e muita irregularidade. Eis os aliados da peste. É toda esta frandulagem que nos dá direito a visita próxima dos filhinhos e netinhos bastardos da verdadeira amarela que nos amarela de susto e esta fazendo emigrar os habitantes de Antonina (DD, 27/3/1878).

Os surtos de febre amarela que se desenvolveram em Paranaguá podem ser considerados inferiores em termos estatísticos àqueles ocorridos em outras regiões do Império como, por exemplo, Rio de Janeiro e São Paulo, mas de forma alguma foram menos trágicos em termos socioeconômicos. Alguns médicos que atuavam em Paranaguá acharam absurda a sugestão do governo da província do Paraná de manter o lazareto da Ilha das Cobras em funcionamento somente nas quadras epidêmicas. No Rio de Janeiro, em situação semelhante, a Inspetoria de Saúde lutou para manter permanentemente aberto o Hospital de Santa Isabel. Autoridades sanitárias de ambas as cidades direcionaram seus esforços para a área portuária, considerada a região mais suscetível ao desenvolvimento de epidemias, reivindicando ao mesmo tempo, melhores condições de trabalho, como por exemplo, a aquisição de lanchas para facilitar as visitas às embarcações e deslocamentos até as ilhas. Assim, hospitais e lazaretos assumiam uma posição estratégica para impedir que doenças como a febre amarela rompessem a frágil “redoma” que envolvia os portos e suas adjacências, vindo a se instalar no coração da urbe. Enquanto os casos estivessem restritos aos ancoradouros, acreditava-se que o mal estaria sob controle.

A imigração foi um dos principais catalizadores de epidemias de febre amarela no continente americano ao longo do século XIX, colocando na berlinda cidades portuárias, elos entre o Atlântico e o interior do continente, em razão da suscetibilidade dos estrangeiros ao veneno amarílico. A tradicional tríade (quarentena, desinfecção e isolamento) constituiu, tanto em Paranaguá como em Havana e no Rio de Janeiro, o principal meio de combate à febre amarela. Além desses fatores, podemos apontar outros pontos em comum que a comparação permite ressaltar. Reuniões em bares e demais locais públicos, assim como a suspensão de aulas, foram percebidas em regiões e temporalidades diferentes, como é o caso de alguns países da Europa no século XVII e de Antonina e Havana durante o século XIX. Paranaguá, assim como Havana, foi dividida em distritos, porém, campanhas sanitárias não figuraram em suas estratégias de combate à febre amarela. Conforme vimos no início deste capítulo, as campanhas sanitárias desenvolvidas em Havana não foram elaboradas à luz da teoria culicidiana, mas podem ser interpretadas como os primeiros esboços desse modelo encampado posteriormente por Gorgas naquela cidade e no Rio de

Janeiro por Oswaldo Cruz, no alvorecer do século XX, quando miasmas, fungos, algas, e bacilos desciam aos bastidores para dar lugar à ascensão de um novo protagonista na história da febre amarela, o mosquito *Stegomyia Fasciata*.

Os atos que compõem o roteiro de uma epidemia também puderam ser notados em Paranaguá, porém, não com a mesma linearidade descrita por Delumeau (2009). Médicos tinham os diagnósticos contestados por seus pares e pelo senso comum. Imigrantes, sobretudo russos, foram acusados de disseminar doenças. Suspeitos e pessoas já enfermas eram isoladas em lazaretos e hospitais. Conforme vimos, os surtos epidêmicos exigiam respostas imediatas, precisas e generalizadas em virtude de pressões morais e políticas. Em Paranaguá essas pressões se traduziram em conflitos entre diversas autoridades e instâncias do governo central, provincial e municipal. Tais tensões tinham como causa a centralização; a burocracia estatal; déficits financeiros; carência de recursos e falta de médicos nas províncias pobres e periféricas. Apesar da centralização política, o controle por parte do governo central não era exercido eficazmente nas regiões mais distantes da Corte. Assim, buscava-se convencer os médicos a exercerem seu ofício em nome apenas da filantropia e do patriotismo. As tomadas de decisões dos médicos de Paranaguá dependiam de negociações onde ministros e presidentes de província precisavam ser persuadidos e, em alguns momentos, dissuadidos. Dependia também do personalismo de alguns médicos que discordavam e agiam em contradição com as ordens dos governos.

Em relação à Câmara Municipal, foi possível perceber ao longo deste capítulo que suas ações não se limitavam ao âmbito policial e judiciário, muito embora, as medidas de saúde pública fossem elaboradas em conjunto com delegados e subdelegados de polícia. Há controvérsias também no que diz respeito ao governo provincial, que não tinha autonomia para efetuar os pagamentos devidos a médicos e farmacêuticos pelos serviços prestados durante as quadras epidêmicas. Para Dolhnikoff (2005), as províncias tinham liberdade para decidir sobre questões de grande importância como tributação, obras públicas e investimentos estratégicos para o crescimento econômico, porém, constatou-se ao longo deste capítulo, que as elites provinciais do Paraná ficavam presas à burocracia estatal quando o assunto era saúde pública, considerada secundária nos planos do governo central. O confronto entre as generalizações feitas por Dolhnikoff (2005) e a realidade local do Paraná, mostrou que a autonomia daquela província foi relativa. Por outro lado, a análise das epidemias de febre amarela a nível regional confirmou que, durante o Segundo Reinado, algumas práticas políticas, econômicas e sociais ligadas à saúde pública observadas em contextos

mais amplos também puderam ser verificados em contextos específicos, como é o caso de Paranaguá. Portanto, a febre amarela mostrou ser uma porta de entrada para a compreensão de problemas relacionados não apenas com questões de ordem sanitária, mas também de ordem política, econômica e social de determinada região.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo desta pesquisa analisei os espaços de cura existentes em Paranaguá, as práticas médicas e as epidemias de febre amarela ocorridas na região para compreender a formação da saúde pública no Paraná. A perspectiva local trouxe à tona elementos comuns a conjunturas mais amplas, como por exemplo, a crônica falta de recursos e a pouca vontade política. Por outro lado, revelou a

existência de complexa organização sanitária com extensas negociações e discórdias entre governo central, provincial e municipal. Diante da dificuldade de exercer controle eficaz, os governos recorreram a estratégias retóricas para convencer os médicos a exercerem seu ofício gratuitamente. Por sua vez, para fazer valer suas decisões, alguns médicos precisaram persuadir presidentes de província e ministros sobre a viabilidade e legitimidade de suas ações ou assumir posição personalista em relação aos negócios públicos. Nos assuntos de ordem sanitária, a autonomia dos funcionários provinciais foi relativa em Paranaguá. Constatou-se que a Câmara Municipal daquela cidade, subordinada à Assembleia Legislativa, tinha certa liberdade de ação no âmbito da saúde pública, uma vez que publicara edital contendo instruções higiênicas a serem observadas pela população durante a quadra epidêmica de 1878. A pesquisa também averiguou a existência de médicos em Paranaguá que, apesar de não colocarem em circulação suas ideias, deixaram transparecer em seus relatórios, concepções etiológicas consideradas avançadas para a época, demonstrando a sintonia com a produção científica dos grandes centros. Outro ponto a destacar foi a diversidade de métodos terapêuticos, apontados aqui de forma superficial, necessitando portanto, de análises futuras que aprofundem a questão, principalmente no que diz respeito à atuação da Fisicatura e de curandeiros em Paranaguá.

Durante as décadas de 1870 e 1880 a erva-mate e a madeira foram os principais produtos exportados pelo porto de Paranaguá, cidade que constituía o principal elo de ligação da província do Paraná com as demais regiões do país e do mundo. Argentina, Uruguai e Chile predominavam entre os países que mantinham relações comerciais com a província paranaense. No comércio interno com o Paraná destacavam-se as províncias de Santa Catarina e Rio de Janeiro. A importação de mão-de-obra estrangeira para substituir o trabalho escravo foi crucial à manutenção da economia agroexportadora do país, sobretudo na região sudeste onde se produzia o café. No Paraná, ela também foi importante para a colonização do interior da recém-fundada província que se desligara de São Paulo em 1853. No entanto, a imigração trouxe consigo sérios problemas de ordem sanitária, tanto para Paranaguá, como para o Rio de Janeiro. Na capital, a febre amarela foi endêmica durante quase toda a segunda metade do século XIX, adquirindo proporções epidêmicas quando estrangeiros não aclimatados e suscetíveis à doença adentravam o interior da urbe. As cidades portuárias brasileiras eram os locais onde os colonos desembarcavam e se estabeleciam por algum tempo antes de seguirem para o seu destino final. Assim, portos como os de Paranaguá, no Brasil

meridional, constituíam focos de doenças pestilenciais, assumindo dessa forma, prioridade nas estratégias de organização sanitária postas em prática por médicos e autoridades locais.

As fontes primárias levantadas indicam que, para resolver seus problemas de saúde, Paranaguá dispunha de espaços de cura como lazareto, clínicas particulares, hospitais provisórios e Santa Casa de Misericórdia, além de repartições públicas como a Inspetoria de Saúde dos Portos e outras ligadas indiretamente à saúde pública como a Capitania dos Portos e a Companhia de Aprendizes Marinheiros. Apesar da existência de complexa organização sanitária, o cenário ecológico da cidade durante o Segundo Reinado não era favorável do ponto de vista da teoria médica vigente. Matas, charcos, pântanos, águas estagnadas, mangues, matadouros e cemitérios circundavam o meio urbano e quando submetidos aos raios solares, produziam fermentações pútridas que se desprendiam do solo sob a forma de vapores infectos tornando insalubre o ar da cidade. A insalubridade se agrava ainda mais pelas matérias fecais e outros tipos de dejeções que eram despejadas nas ruas e no leito do rio Itiberê. Como vimos, a descrição desse quadro sanitário contradiz com a salubridade da província do Paraná apontada por Dalledone (1980).

Criada em 1853, a Capitania dos Portos do Paraná era responsável pelo balizamento dos portos e fiscalização dos práticos. Seu capitão compunha as comissões sanitárias criadas nos períodos de epidemia e tinha sob sua responsabilidade a Companhia de Aprendizes Marinheiros, fundada em 26 de novembro de 1864. Além do capitão, a Companhia contava ainda com médico, oficial de fazenda, capelão, fiel, mestre, enfermeiro, guardas e imperiais marinheiros. Os menores podiam se alistar voluntariamente ou por imposição do Juiz de Órfãos, do delegado ou dos pais. A Companhia pode ser considerada um espaço de cura, pois além de contar com médicos e enfermeiros, dispunha de instalações consideradas melhores que as da Santa Casa de Misericórdia. As moléstias que mais acometiam os menores aprendizes eram febres intermitentes, febres remitentes palustres, bronquites, suspensão da transpiração, hepatites, caquexias palustres, febres gástricas e reumatoides.

Inaugurada em 8 de dezembro de 1836, a Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá tem sua origem relacionada à construção da capela do Senhor Bom Jesus dos Perdões e à Sociedade Patriótica dos Defensores da Independência e Liberdade Constitucional, cujo objetivo foi garantir a transição segura do Primeiro para o Segundo Reinado. As fontes primárias revelam as constantes dificuldades financeiras enfrentadas pela irmandade para manter o atendimento médico à população, porém, indicam que entre 1865 e 1885, a diferença entre receitas e despesas do hospital

totalizaram saldos positivos superiores aos negativos. A Santa Casa não era uma instituição puramente filantrópica, pois cobrava diária de 2.000 réis de todo enfermo, independente de sua condição social. Seus pacientes eram predominantemente homens brancos, brasileiros e estrangeiros, sobretudo portugueses e italianos, que possuíam alguma profissão como, por exemplo, marítimo, trabalhador doméstico ou militar. O número de escravos e mendigos tratados pela Santa Casa foi muito pequeno, portanto, apesar de sua importância para a saúde pública da região, não foi um local relevante para esses grupos sociais marginalizados que, conforme indicam as estatísticas do médico José Cândido da Silva Murici, recorriam aos terapeutas populares para solucionar seus problemas de saúde. A febre amarela não consta entre as principais doenças tratadas no hospital da irmandade, contudo ela foi responsável pelos maiores índices de óbitos entre os enfermos a despeito de alguns documentos informarem que lá não era um espaço para o tratamento de doenças pestilenciais, existindo para isso o lazareto da Ilha das Cobras.

Finalizado em dezembro de 1855, o lazareto tinha sido construído por receio do cólera, que grassara na província do Pará. Subordinado à Inspetoria de Saúde do Porto de Paranaguá, era o local para onde se enviavam as pessoas suspeitas de portar ou já estarem acometidas pela febre amarela, para que lá fossem isoladas, tratadas, colocadas em quarentena e mantidas em observação. O edifício media 135,5m<sup>2</sup> divididos em quatro aposentos com capacidade para até trinta enfermos, sem alas separadas para homens e mulheres. Por sua vez, o lazareto de Ilha Grande, no Rio de Janeiro, contava com dois conjuntos de prédios e construções destinadas ao armazenamento de água, sistemas de esgoto, caixas para lavagem dos pavilhões, dois galpões para armazenagem de materiais e fiscalização de cargas, além de casas para vigias, destacamento e guardas da Alfândega. O segundo prédio, localizado na Ilha Preta, tinha capacidade para abrigar mais de quinhentas pessoas. Em Ilha Grande existia uma estrutura moderna de desinfecção com estufas e sistema *Virchow*. O fluxo de imigrantes em Paranaguá era menor se comparado ao da Corte, o que explica em partes as diferenças estruturais entre os dois lazaretos. O edifício da Ilha das Cobras passou por diversas reformas para evitar a ruína completa e não para se adequar às necessidades impostas pelos avanços científicos. Porém, ao contrário de Ilha Grande, onde eram cobradas taxas de internação, o lazareto de Paranaguá atendia gratuitamente os indigentes. A história do lazareto da Ilha das Cobras revelou uma estrutura administrativa ineficaz a nível provincial, além de problemas constatados em conjunturas mais amplas como a crônica falta de recursos e a pouca atenção dada à saúde pública.

Muitos médicos atuaram em Paranaguá durante o século XIX. Leocádio José Correia, que combateu os surtos de febre amarela na região ao longo das décadas de 1870 e 1880, foi um deles. Como inspetor de Saúde dos Portos, Correia vivenciou a principal epidemia ocorrida durante os anos de 1877 e 1878. A causa da crise foi atribuída à chegada do brigue *Pellikan* ao porto da cidade, cuja tripulação foi praticamente dizimada. O fluxo imigratório durante esse período já era intenso e os estrangeiros e não aclimatados tinham maior suscetibilidade à doença. Comissões sanitárias foram formadas na tentativa de combater o mal, seus integrantes exigiam do governo recursos para instalação de lazaretos, hospitais, saneamento e apoio médico. Medidas como quarentena, isolamento e desinfecção também foram empregadas pelas autoridades sanitárias, ocasionando tensões entre o inspetor de saúde, o delegado de polícia, o presidente da província, a opinião pública e demais médicos que exerciam sua arte na região.

Durante o surto de 1877-1878 a cidade de Paranaguá foi dividida em dois distritos para facilitar o trabalho dos médicos junto aos enfermos; instruções higiênicas e ações coercitivas direcionadas à população foram aplicadas pelo poder público. A força policial precisou recrutar pessoas para a realização dos serviços de sepultamentos. Enfermarias provisórias exclusivas para o atendimento dos pobres foram montadas. Em Antonina as aulas ficaram suspensas e a Câmara Municipal daquela cidade se viu obrigada a pedir praças a Paranaguá para reestruturar o destacamento policial que havia sido reduzido em função da epidemia. Autoridades e pessoas cuja condição financeira permitia, fugiam para a capital. Outro aspecto importante observado durante essa crise epidêmica foi o aumento do custo de vida, com o encarecimento dos aluguéis e gêneros alimentícios, dificultando ainda mais a sobrevivência de pessoas pobres atingidas pela doença. É importante observar o quanto uma epidemia podia desestruturar uma população, não somente em termos demográficos e psicológicos, mas, sobretudo, econômicos. O aprofundamento dessa questão requer outra pesquisa, que ainda não tive tempo de realizar.

A febre amarela sitiou a cidade de Paranaguá. Para Correia, o germe do mal de São fora importado de portos infectados, encontrando naquela localidade condições favoráveis para o seu desenvolvimento. Essa concepção estava em sintonia com os saberes considerados mais avançados da época. Acreditava Correia que a não aclimatação e o precário modo de vida dos imigrantes eram fatores que contribuía, junto com as alterações antrópicas do meio ambiente, para a eclosão da doença. Contudo, a etiologia da febre amarela e seu modo de transmissão geraram inúmeras controvérsias ao longo do século XIX. Adeptos da teoria infeccionista criticavam as medidas de

quarentena, desinfecção e isolamento postas em prática por autoridades sanitárias alinhadas ao contagionismo. Liberais e reformadores sociais propugnavam intervenções no espaço social. Por sua vez, a base empírica dos contagionistas era a transportabilidade da febre amarela. Vários “caçadores de micróbios” espalhados pelo mundo tentavam descobrir seu agente causal. No Brasil as experiências e debates a respeito do microrganismo foram protagonizados por cientistas como Domingos José Freire e João Batista de Lacerda que procuraram elucidar esse enigma e fabricar um imunizante capaz de prevenir a doença.

A historiografia da cidade de Paranaguá ainda é um campo pouco explorado. Há muita história para escrever e reescrever a seu respeito. A pesquisa deixou pistas e caminhos importantes a seguir e que poderão ser trilhados num futuro próximo, como é o caso dos curandeiros e da reforma urbana. Para isso, urge a necessidade de novas fontes que, sem dúvida, se desnudarão nos arquivos ainda por garimpar em Paranaguá, São Paulo e Rio de Janeiro.

Não tive a ambição, e sem dúvida me faltaria a capacidade intelectual necessária, de esgotar o tema da saúde pública, das práticas médicas, das epidemias e da própria febre amarela em Paranaguá. Espero que em breve outros pesquisadores produzam novas controvérsias, polêmicas e complexidades para o avanço do debate.

## **FONTES E REFERÊNCIAS**

### **Fontes Manuscritas**

Arquivo Nacional do Rio de Janeiro

Série Interior IJJ 9 429 cx 373 Fundo AA  
Série Interior IJJ 9 430 cx 373 Fundo AA  
Série Interior IJJ 9 431 cx 373 Fundo AA  
Série Interior IJJ 9 432 cx 374 Fundo AA  
Série Interior IJJ 9 433 cx 374 Fundo AA  
Série Interior IJJ 9 434 cx 375 Fundo AA  
Série Interior IJJ 9 435 cx 375 Fundo AA  
Série Interior IJJ 2 275 rel.1 Fundo A1  
Série Interior IJJ 9 6(201) Fundo AA  
Série Marinha XM1114 Fundo B2  
Série Marinha XM712 Fundo B2  
Série Marinha IIM 754 Fundo B5  
Série Marinha XM341 Fundo B5  
Série Marinha IIM 702 Fundo B5  
Série Marinha XM 54 Fundo B5  
Série Saúde IS 4 15 Fundo BF  
Série Saúde IS 4 15 rel.15 Fundo BF

#### Arquivo Público do Estado do Paraná

AP 147- Arquivo IJIP vol.18, Ofícios.  
AP 230- Arquivo IJIP vol.2, Ofícios.  
AP 293- Arquivo IJIP vol.20, Ofícios.  
AP 328- Arquivo IJIP vol.5, Ofícios.  
AP 344- Arquivo IJIP vol.21, Ofícios.  
AP 349- Arquivo IJIP vol.1, Ofícios.  
AP 456- Arquivo IJIP vol.1, Ofícios.  
AP 459- Arquivo IJIP vol.4, Ofícios.  
AP 511- Arquivo IJIP vol.1, Ofícios.  
AP 512- Arquivo IJIP vol.2, Ofícios.  
AP 513- Arquivo IJIP vol.3, Ofícios.  
AP 535- Arquivo IJIP vol.2, Ofícios.  
AP 536- Arquivo IJIP vol.3, Ofícios.  
AP 537- Arquivo IJIP vol.4, Ofícios.  
AP 538- Arquivo IJIP vol.5, Ofícios.  
AP 539- Arquivo IJIP vol.6, Ofícios.  
AP 540- Arquivo IJIP vol.7, Ofícios.  
AP 541- Arquivo IJIP vol.8, Ofícios.  
AP 544- Arquivo IJIP vol.11, Ofícios.  
AP 562- Arquivo IJIP vol.1, Ofícios.  
AP 576- Arquivo IJIP vol.17, Ofícios.  
AP 647- Arquivo IJIP vol.1, Ofícios.  
AP 672- Arquivo IJIP vol.26, Ofícios.  
AP 766- Arquivo IJIP vol.6, Ofícios.

## Fontes Impressas

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Diconário de medicina popular e das ciências acessórias* [...] (Volume 2: G a Z), Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. <<http://www.brasiliana.usp.br/bbd/handle/1918/00756320>> Acesso em: 14 jan.2013.

DGE- Diretoria Geral de Estatística. *Recenseamento geral do império de 1872*. Rio de Janeiro: Typ. Leuzinger; Tip. Comercial, 1876. 23v. < <http://www.nphed.cedeplar.ufmg.br/>> Acesso em: 14 jan. 2013.

LINS, Adolpho Lamenha. *Relatório apresentado á Assembléia Legislativa do Paraná*. Província do Paraná, Typ. da Viuva Lopes, 1877, p. 25. Disponível em: < <http://www.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>> Acesso em: 10 de junho de 2011.

MENEZES, Rodrigo Octávio de Oliveira. *Relatório apresentado à Assembléia Legislativa do Paraná*. Província do Paraná, 1878, p.2. Disponível em: < <http://www.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>> Acesso em: 10 de junho de 2011.

SAINT-HILAIRE, Auguste de. *Viagem pela Comarca de Curitiba*. Curitiba: Fundação Cultural, 1995.

SANTOS, Antonio Vieira dos. *Memória Histórica de Paranaguá*. vol. I. Curitiba: Vicentina, 2001a.

SANTOS, Antonio Vieira dos. *Memória Histórica de Paranaguá*. vol. II. Curitiba: Vicentina, 2001b.

TORRES HOMEM, João Vicente. *Estudo clínico sobre as febres do Rio de Janeiro*. 2 ed. Rio de Janeiro: Lopes do Couto & C., Editores, 1885.

## Periódicos

Echo Paraná (Paranaguá) - 1879

Gazeta Paranaense (Curitiba) - 1886

Dezenove de Dezembro (Curitiba) - 1878

## Fontes secundárias

ACKERKNECHT, Erwin H. “Anticontagionism between 1821 and 1867”. *The Bulletin of the History of Medicine*, v.22, 1948, pg.562-593.

ALMEIDA, Marta de. Tempo de laboratórios, mosquitos e seres invisíveis. As experiências sobre a febre amarela em São Paulo. In: CHALHOUB *et al.* (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

AMADO, Janaína. História e região: reconhecendo e construindo espaços, In: SILVA, Marcos A. da. *República em migalhas. História regional e local*. São Paulo: Editora Marco Zero, 1990.

ARAÚJO, Maurício G.; SUKEKAVA, Flávia. Epidemiologia da doença periodontal na América Latina. *Revista PeriodontiaII*, v.17, n.2, 2007, pg.7-13.

BARRETO, Maria Renilda Nery. A Santa Casa de Misericórdia da Bahia e a assistência aos doentes no século XIX. In: BARRETO, Maria Renilda Nery; SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri, SP: Minha Editora, 2011.

BARROS, José D'Assunção. História, espaço e tempo. Interações necessárias. *Varia História*, Belo Horizonte, v.22. n.36, jul.-dez 2006, p.460-476.

BASALLA, George. "The Spread of Western Science". *Science*, vol. 156, 1967, p. 611-622.

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

\_\_\_\_\_. Febre Amarela e a Instituição da Microbiologia no Brasil. In: HOCHMAN, Gilberto (org). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 57-97.

\_\_\_\_\_. (coord). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

\_\_\_\_\_. *Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Epoque*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1990.

\_\_\_\_\_.; TEIXEIRA, L.A. *Cobras e lagartos & outros bichos. Uma história comparativa dos Institutos Butantã e Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1994.

\_\_\_\_\_. *et al. Cerejeiras e cafezais: as relações médico-científicas entre Brasil e Japão e a saga de Hideyo Noguchi*. Rio de Janeiro: Bom Texto, 2009.

\_\_\_\_\_. SÁ, Magali Romero (org.). *Adolpho Lutz Obra completa, v.III, livro 2: Helmintologia/helminthology*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007a.

\_\_\_\_\_. SÁ, Magali Romero (org.). *Adolpho Lutz Obra completa, v.III, livro 3: Viagens por terras de bichos e homens/ Travels through lands of creature and men*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007b.

\_\_\_\_\_. SÁ, Magali Romero (org.). *Adolpho Lutz Obra completa, v.III, livro 4: Outros estudos em zoologia/ Other studies in zoology*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007c.

\_\_\_\_\_. SÁ, Magali Romero (org.). *Entomologia/Entomology (parte de Adolpho Lutz, Obra completa)*. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006a.

\_\_\_\_\_. SÁ, Magali Romero (org.). *Adolpho Lutz e a entomologia médica no Brasil (apresentação histórica)/Adolpho Lutz and medical entomology in Brazil (historical introduction)*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006b.

\_\_\_\_\_. SÁ, Magali Romero (org.). *Adolpho Lutz Obra completa: febre amarela, malária e protozoologia/ Yellow fever, malária e protozoology*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005a.

\_\_\_\_\_. SÁ, Magali Romero (org.). *Adolpho Lutz Obra completa, v.II, livro 2: Helminologia-Tabanideos/helminology- tabanidae*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005b.

\_\_\_\_\_. SÁ, Magali Romero (org.). *Adolpho Lutz Obra completa, v.I, livro 1: Primeiros trabalhos: Alemanha, Suíça e Brasil (1878-1885)/First Works: Germany, Switzerland and Brazil (1878-1885)*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

CARVALHO, José Murilo de. *A construção da ordem: a elite política imperial*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

\_\_\_\_\_. *A construção da ordem: a elite política imperial; Teatro de sombras: a política imperial*. 2.ed. rev. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, Relume-Dumará, 1996.

\_\_\_\_\_. A vida política. In: CARVALHO, José Murilo de (org.). *História do Brasil Nação: 1808-2010*. São Paulo: Fundação MAPFRE e Editora Objetiva, 2012. 2v.

CHALHOUN, Sidney. *Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial*. São Paulo, Brasil: Companhia das Letras, 1996.

\_\_\_\_\_. *et al.* (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

\_\_\_\_\_. População e Sociedade. In: CARVALHO, José Murilo de (org.). *História do Brasil Nação: 1808-2010*. São Paulo: Fundação MAPFRE e Editora Objetiva, 2012. 2v.

CORBIN, Alain. *Saberes e odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX*. São Paulo: Companhia das letras, 1987.

CORRÊA, Rubens. *Brumas do Passado: Doutor Leocádio, médico de homens e de almas*, 1989.

COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

CUETO, Marcos. *O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

- DEFOE, Daniel. *Um diário do ano da peste*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2002.
- DELUMEAU, Jean. *História do medo no ocidente 1300-1800: uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das letras, 2009. pg.154-221.
- DEULOFEU, V.; MARENZI, A.D. *Química biológica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1947.
- DINIZ, Ariosvaldo da Silva. As artes de curar nos tempos do cólera. Recife, 1856. In: CHALHOUB *et al.* (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.
- DOLHNIKOFF, Miriam. *O pacto imperial: origens do federalismo no Brasil do século XIX*. São Paulo: Globo, 2005.
- DUARTE, Orlando Sattamini. *Um médico do Império. O doutor Torres Homem (1837-1887)*. Rio de Janeiro: Irmãos Pongetti, 1957.
- EDLER, Flavio. Medicina tropical: uma ciência entre a Nação e o Império. In: HEIZER, Alda; VIDEIRA, Antonio Augusto Passos. (org.). *Ciência, civilização e república nos trópicos*. Rio de Janeiro: Mauad X: FAPERJ, 2010.
- \_\_\_\_\_. A institucionalização da medicina no Brasil imperial. In: ANDRADE, Ana Maria Ribeiro de (org). *Ciência em Perspectiva. Estudos, ensaios e debates*. Rio de Janeiro: MAST: SBHC, 2003. pg.41-59.
- ESPINOSA, Mariola. *Epidemic Invasions: Yellow fever and the limits of Cuban independence 1878-1930*. Chicago: The University of Chicago Press, 2009.
- FERNANDES JUNIOR, Lindolfo. *Memórias da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (1853-1983)*. Curitiba: Imprensa Oficial, 1988.
- FERREIRA, Luiz Otávio; FONSECA, Maria Rachel Fróes da; EDLER, Flávio Coelho. A faculdade de medicina do Rio de Janeiro no século XIX: a organização institucional e os modelos de ensino. In: DANTES, Maria Amélia M. (org.). *Espaços da Ciência no Brasil: 1800—930*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- FERREIRA, Luiz Otávio. Introdução: José Francisco Xavier Sigaud e a tradução local do higienismo. In: SIGAUD, J.F.X. *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste império*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 24. ed. Rio de Janeiro: E. Grall, 2007.
- FRANCO, Odair. *História da febre amarela no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Departamento Nacional de Endemias Rurais, DNER/ Div. de Cooperação e Divulgação, 1969.

GAVROGLU, Kostas, et al. "Science and technology in the European periphery: some historiographical reflections". *History of Science*, XLVI, 2008, p. 153-174.

GOUBERT, Pierre. História Local. *Revista Arrabalde*. Ano 1, n.1, maio-agosto, 1988.

HOMEM, João Vicente Torres. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Capturado em 22 out. 2012. Online. Disponível na internet <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/verbetes/hojoaqvito.htm>.

HOUAISS, Antonio. *Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa*. Editora Objetiva, 2001.

JUNIOR, Valério Hoerner. *A vida do Dr. Leocádio*. Paranaguá: Prefeitura Municipal de Paranaguá, 1979.

MAGALHÃES, Marion Brepohl de. *Paraná: política e governo*. Curitiba: SEED, 2001.

MARTINS, Romário. *História do Paraná*. 3.ed. Curitiba: Editora Guaíra Limitada, s/d.

MOREIRA, Júlio. História da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá (Fundação). In: *Revista médica do Paraná*. Curitiba: v.12, n.4-6, jul.-dez. 1953, p.155-162.

KODAMA, Kaori. Antiescravidão e epidemia: 'O tráfico dos negros considerado como a causa da febre amarela', de Mathieu François Maxime Audouard, e o Rio de Janeiro em 1850. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr.-jun. 2009, p.515-522.

KUHN, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

LINHARES, Temístocles. *Paraná vivo: um retrato sem retoques*. Curitiba: Imprensa Oficial, 2000.

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

PEREIRA NETO, André de Faria. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. História regional e transformação social, In: SILVA, Marcos A. da. *República em migalhas. História regional e local*. São Paulo: Editora Marco Zero, 1990.

PIMENTA, Tânia Salgado. Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX. In: CHALHOUB et al. (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

\_\_\_\_\_.; COSTA, Ediná Alves. O exercício farmacêutico na Bahia da segunda metade do século XIX. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.4, out.-dez. 2008, p.1013-1023.

RODRIGUES, Cláudia. *Lugares dos mortos na cidade dos vivos: tradições e transformações fúnebres no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1997. (Coleção Biblioteca Carioca; v.43. Série publicação científica).

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: UNESP, 1994.

\_\_\_\_\_. O que é medicina social. In: *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980. pg. 77-141.

ROSENBERG, Charles. Introduction: framing disease: Illness, society and history. In: ROSENBERG, Charles; Golden, Janet (editors). *Framing disease – Studies in Cultural History*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1997. pg. XIII-XXVI.

\_\_\_\_\_. *Explaining Epidemics and other Studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

SALLES, Ricardo. *Guerra do Paraguai: memórias e imagens*. Rio de Janeiro: Biblioteca Nacional, 2003.

SANTOS, Myrian Sepúlveda dos. Lazareto da Ilha Grande: isolamento, aprisionamento e vigilância nas áreas de saúde e política (1884-1942). *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol.14, n.4, Out-Dez. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000400005>> Acesso em: 20 fev. 2012.

SERRES, Juliane C. Primon; SCHWARTSMANN, Leonor Baptista (org.). *História da medicina: instituições e práticas de saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

SEVCENKO, Nicolau. *A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Editora Scipione, 1993. (Coleção História em aberto).

SIGAUD, J.F.X. *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste império*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

SILVA, Vera Alice Cardoso. Regionalismo: o enfoque metodológico e a concepção histórica, In: SILVA, Marcos A. da. *República em migalhas. História regional e local*. São Paulo: Editora Marco Zero, 1990.

SILVEIRA, Rosa Maria Godoy. Perspectivas metodológicas. Região e História: questão de método, In: SILVA, Marcos A. da. *República em migalhas. História regional e local*. São Paulo: Editora Marco Zero, 1990.

SMITH, Emil L. *et al. Bioquímica mamíferos*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.

STEPAN, Nancy. *Gênese e evolução da ciência brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro: Artenova, 1976.

TAUNAY, Alfredo D'Escragnolle; AVELLAR, Hélio de Alcântara. *História administrativa do Brasil*. Rio de Janeiro: DASP- Centro de Documentação e Informática, 1974. 7 v.

TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho. *Poder e saúde: As epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo (1889-1911)*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

TOMES, Nancy. *The private side of public health: Sanitary Science, domestic hygiene and the germ theory, 1870-1900*. Bulletin of the History of Medicine, 1990, vol.64, n.4, pp.509-539.

XAVIER, Regina. Dos males e suas curas: práticas médicas na Campinas oitocentista. In: CHALHOUB *et al.* (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

WACHOWICZ, Ruy. *História do Paraná*. 9.ed. Curitiba: Imprensa Oficial do Paraná, 2001.

WESTPHALEN, Cecília Maria. *Porto de Paranaguá, um sedutor*. Curitiba: Governo do Estado do Paraná, 1998.

### Dissertações e teses

DALLEDONE, Márcia Teresinha Andreatta. *Condições sanitárias e as epidemias de varíola na Província do Paraná (1853-1889)*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em História do Brasil, UFPR, Curitiba, 1980.

DELAMARQUE, Elizabete Viana. *Junta Central de Higiene Pública: vigilância e política*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz- FIOCRUZ, 2011.

LAROCCA, Liliana Müller. *Higienizar, cuidar e civilizar: o discurso médico para a Escola Paranaense (1886-1947)*. Tese de Doutorado em Educação. Curitiba: UFPR, 2009.

LEANDRO, José Augusto. *Gentes do Grande Mar Redondo: riqueza e pobreza na comarca de Paranaguá- 1850-1888*. Tese de doutorado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina- Programa de Pós-Graduação em História, 2003.

SHEIFER, Bruna. *Paranaguá, cidade portuária: entre a cidade "sonhada e a cidade real"*. Dissertação de mestrado, Marechal Cândido Rondon: Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), 2008.

WITTER, N.A. *Males e epidemias: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)*. Tese de doutorado em História Social. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2007.

### Legislação

BRASIL. Decreto n.256 de 30 de novembro de 1842. Da nova organização à Secretária de Estado dos Negócios do Império. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=68257&norma=84217>> Acesso em 18 jan. 2013.

BRASIL. Decreto n.2884 de 1 de fevereiro de 1862. Adita novas providências às do decreto n.158 de 7 de maio de 1842. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-2884-1-fevereiro-1862-555417-publicacaooriginal-74643-pe.html>> Acesso em 20 jan.2013.

## **ANEXOS- GRÁFICOS, QUADROS E ILUSTRAÇÕES**

### **GRÁFICOS E QUADROS**

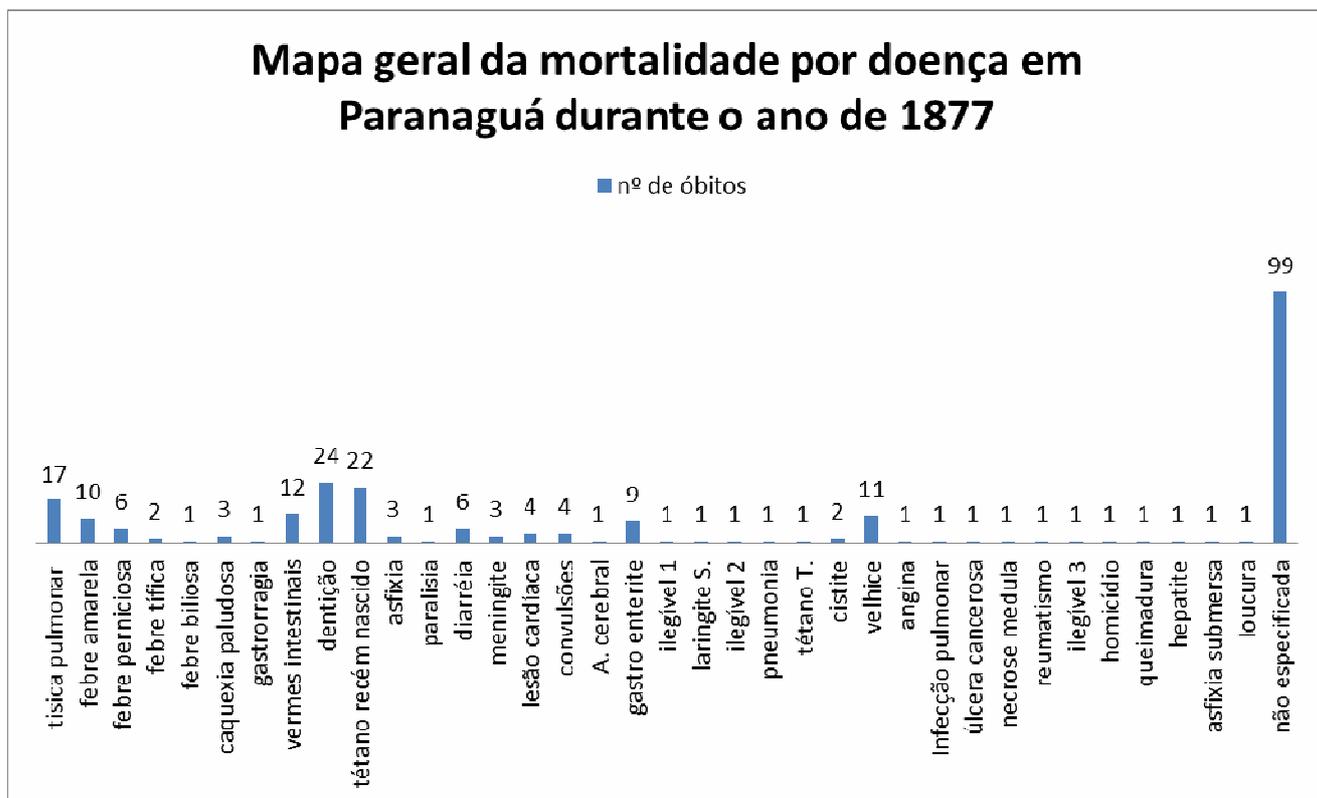


Gráfico 1. Fonte: APEP. AP 535.

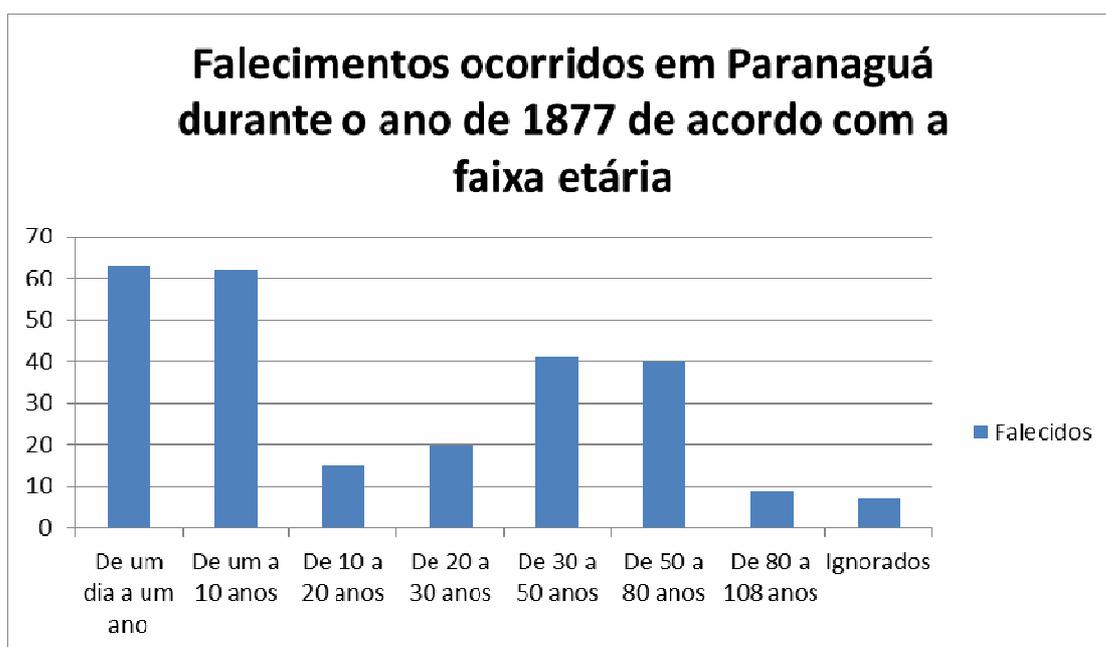


Gráfico 2. Fonte: APEP. AP 535.

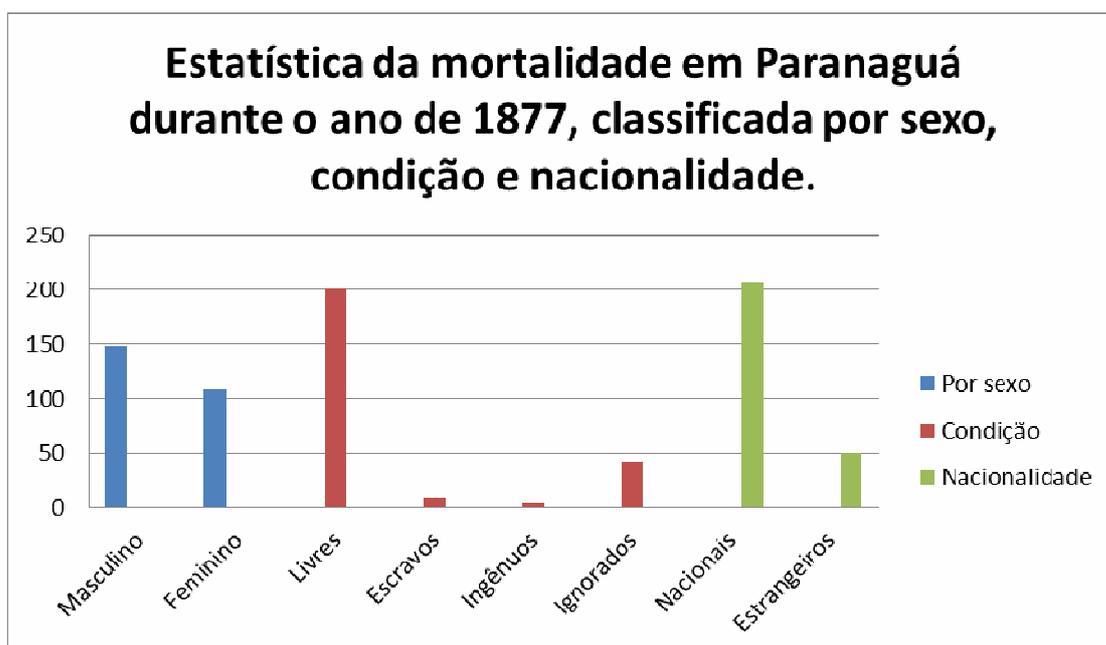


Gráfico 3. Fonte: APEP. AP 535.

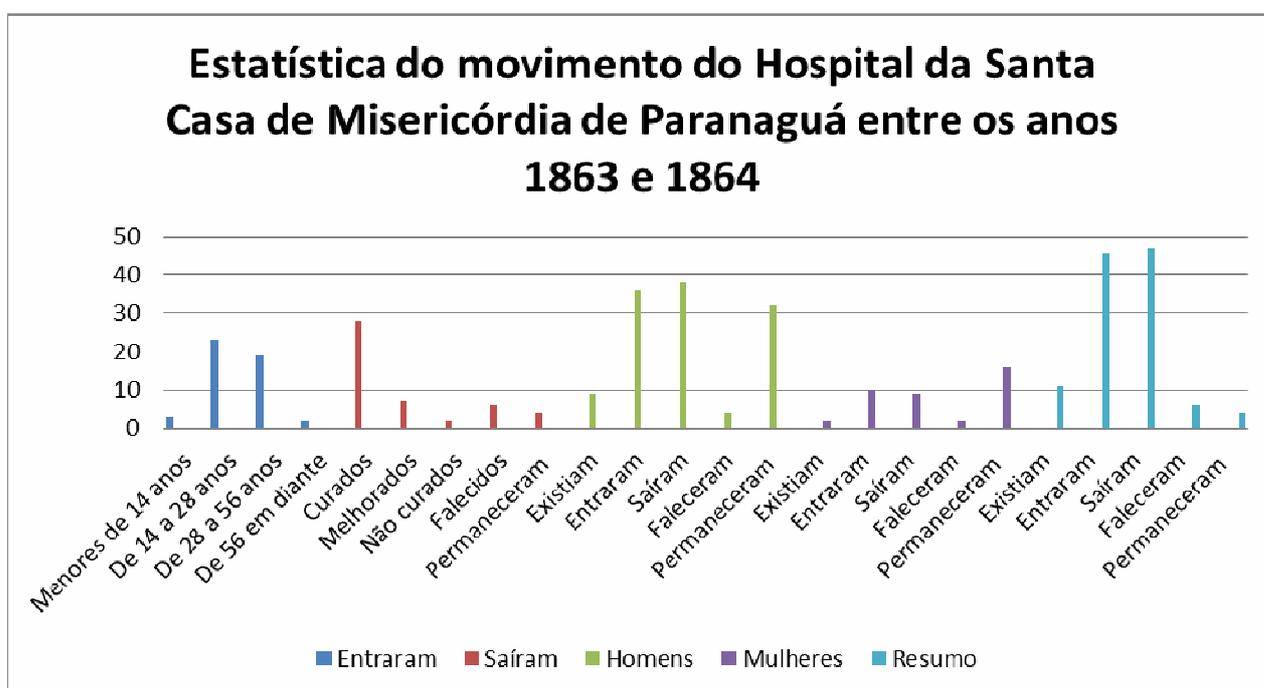


Gráfico 4. Fonte: APEP. AP 230.



Gráfico 5. Fonte: APEP. AP's: 293; 344; 537.

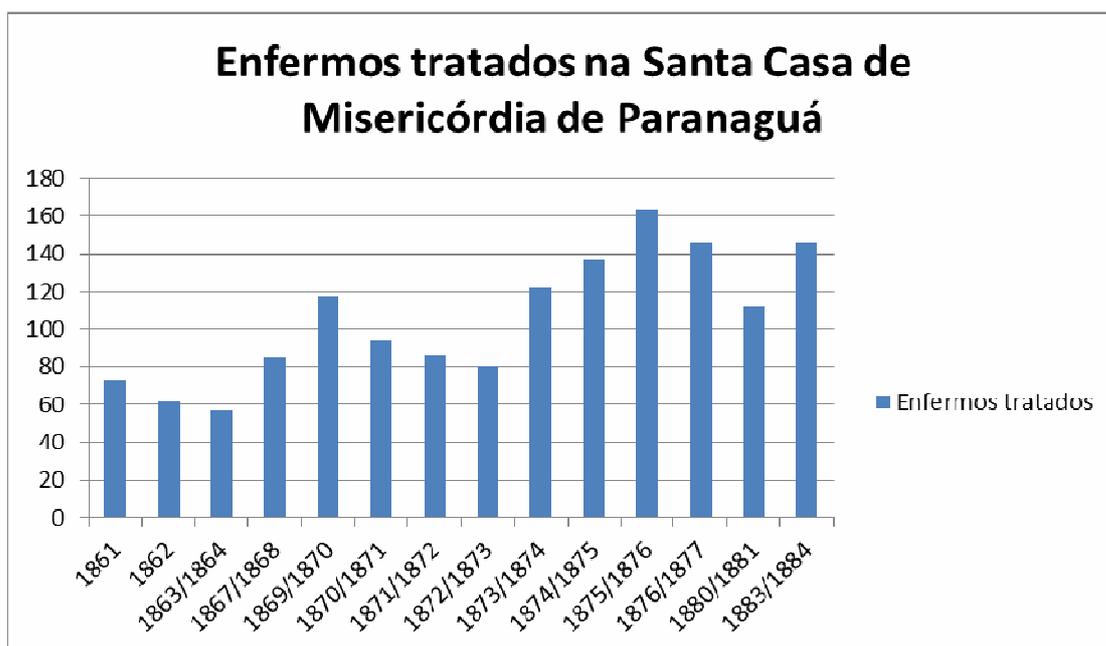


Gráfico 6. Fonte: APEP. AP's: 147; 230; 293; 344; 456; 511; 537; 672; 766.

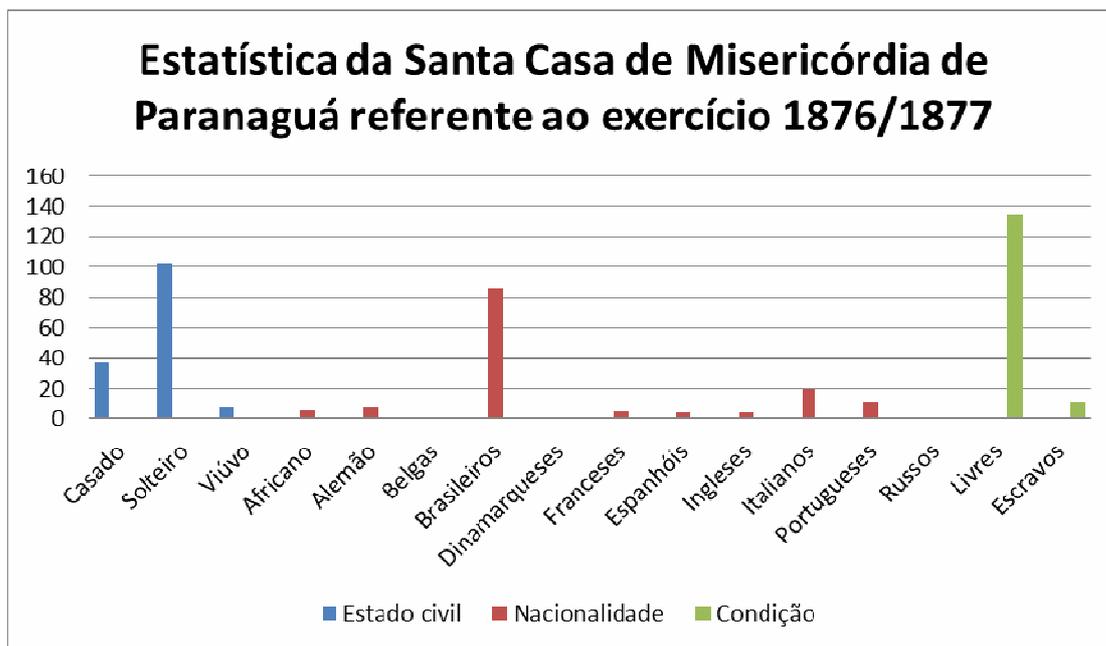


Gráfico 7. Fonte: APEP. AP 537.



Gráfico 8. Fonte: APEP. AP 537.



Gráfico 9. Fonte: APEP. AP 537.



Gráfico 10. Fonte: APEP. AP 537.



Gráfico 11. Fonte: APEP. AP 766.

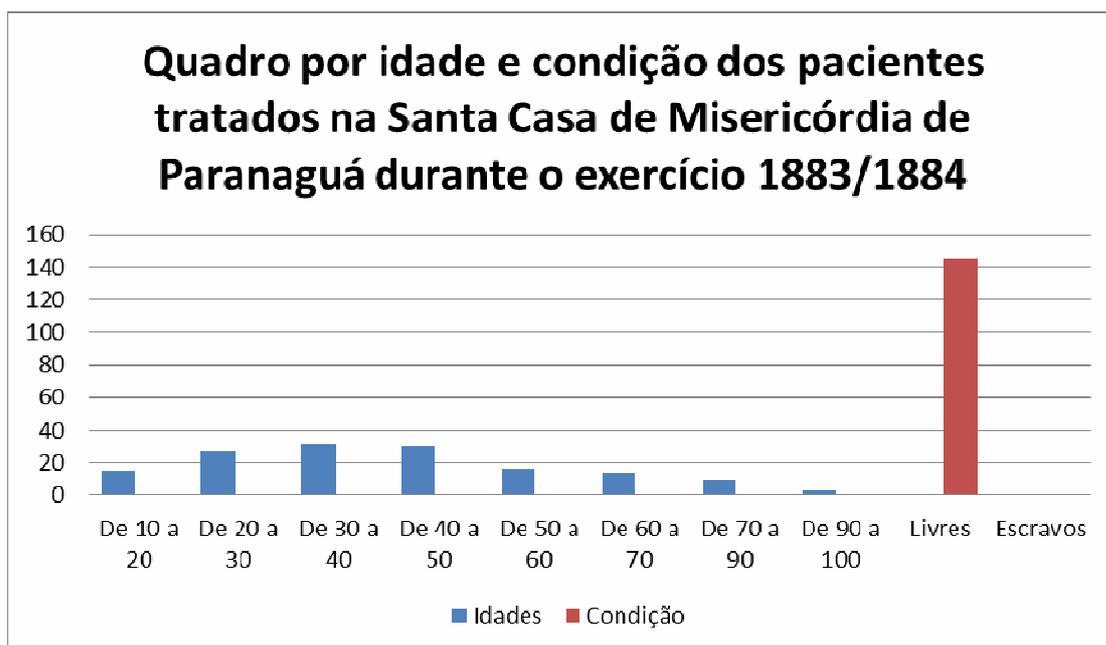


Gráfico 12. Fonte: APEP. AP 766



Gráfico 13. Fonte: APEP. AP 766

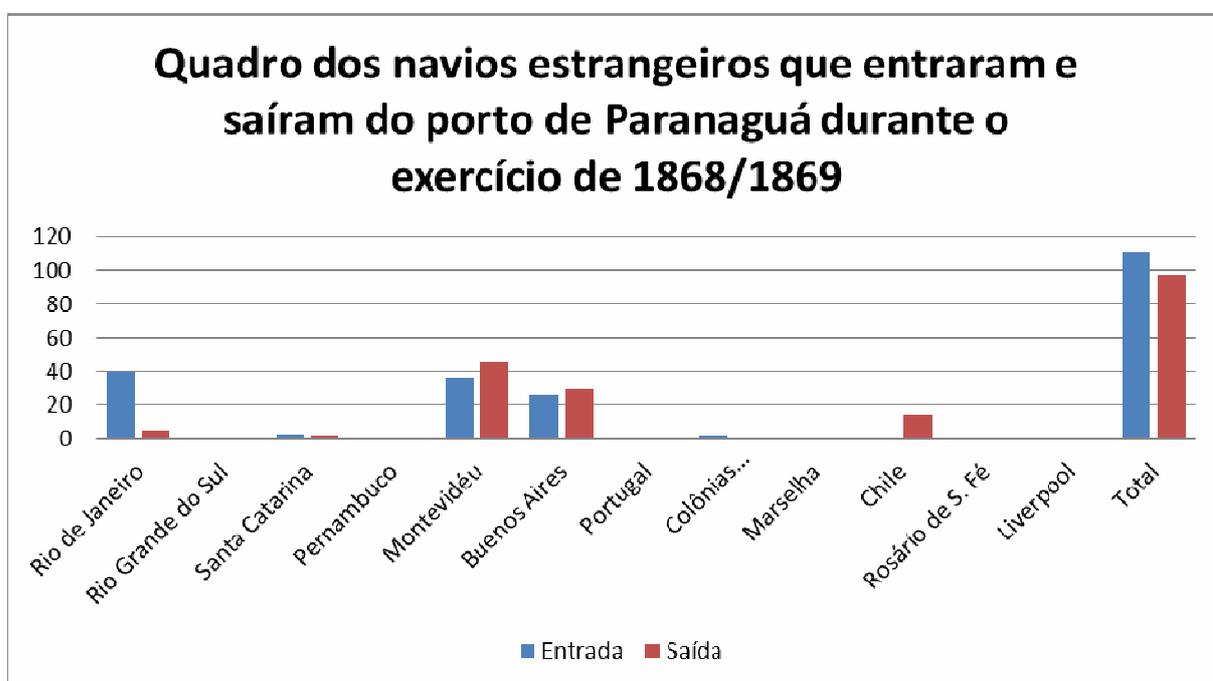


Gráfico 14. Fonte: APEP. AP 328

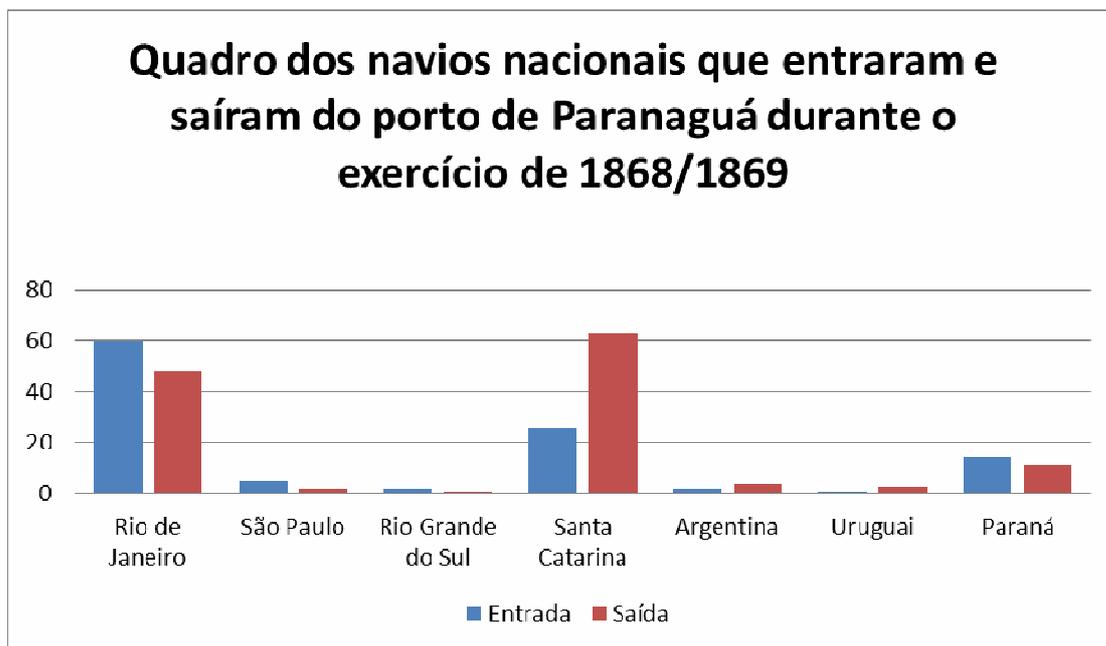


Gráfico 15. Fonte: APEP. AP 328

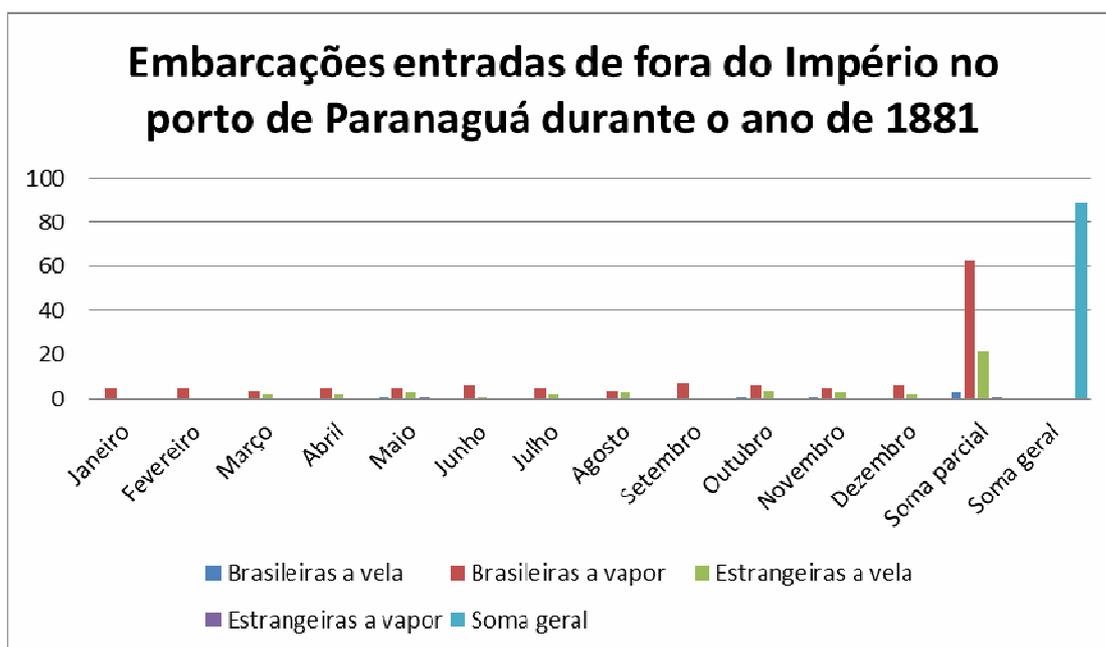


Gráfico 16. Fonte: APEP. AP 647

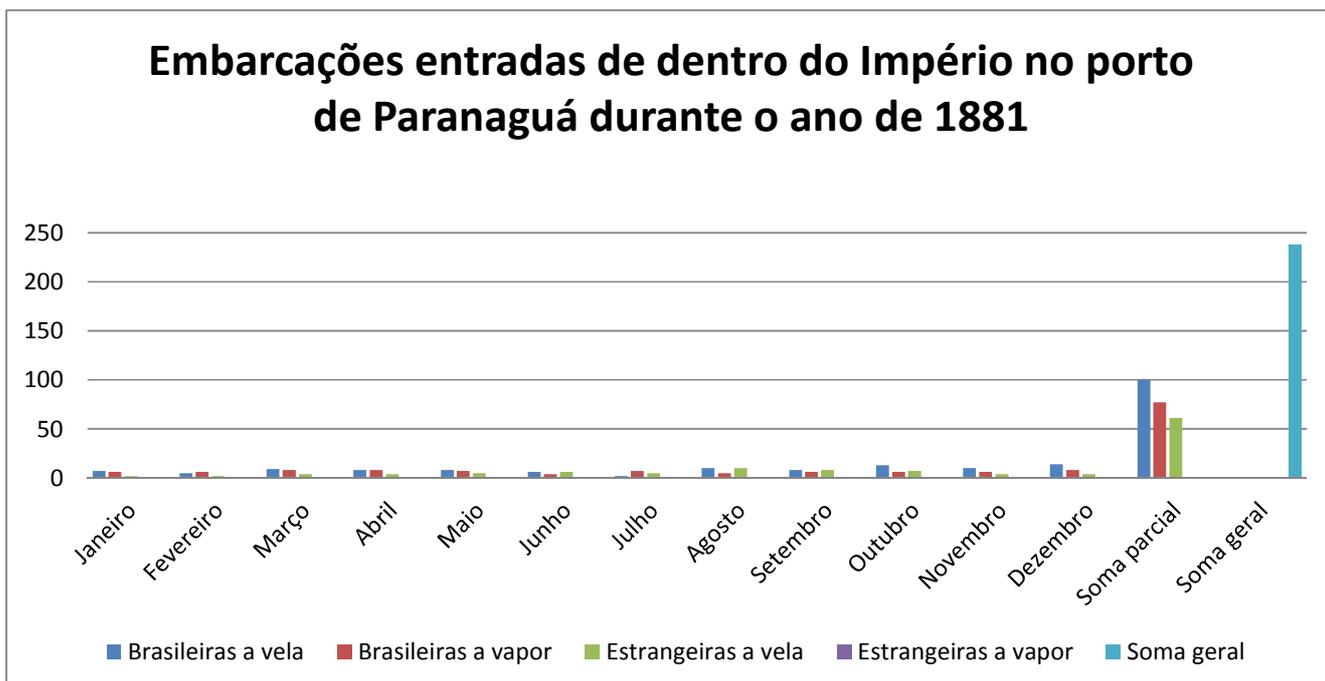


Gráfico 17. Fonte: APEP. AP 647

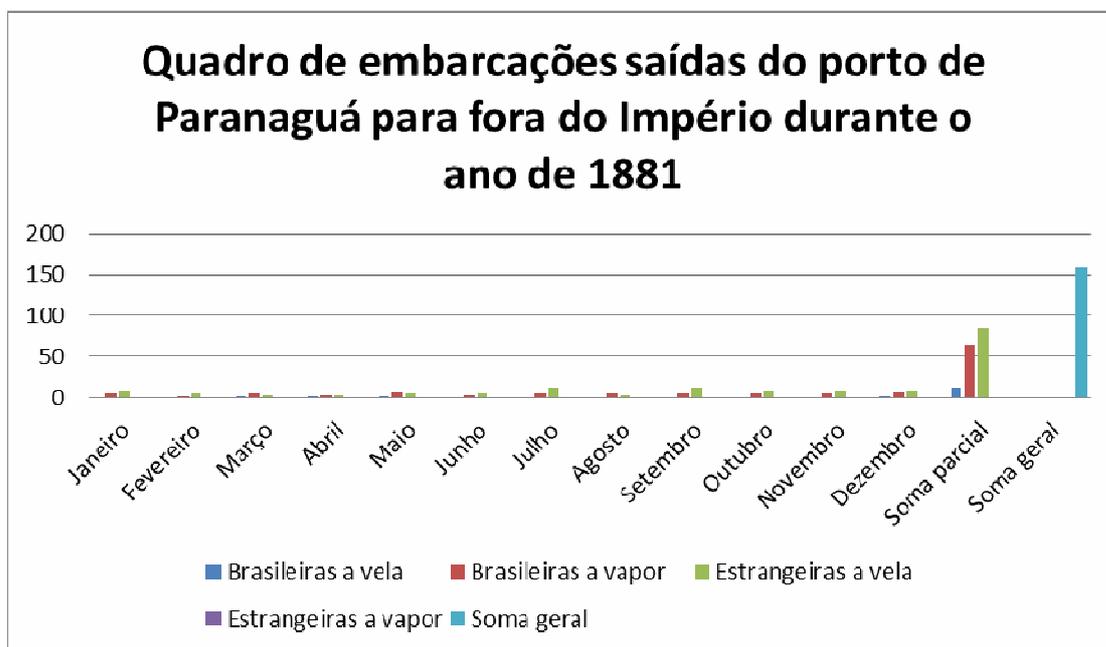


Gráfico 18. Fonte: APEP. AP 647

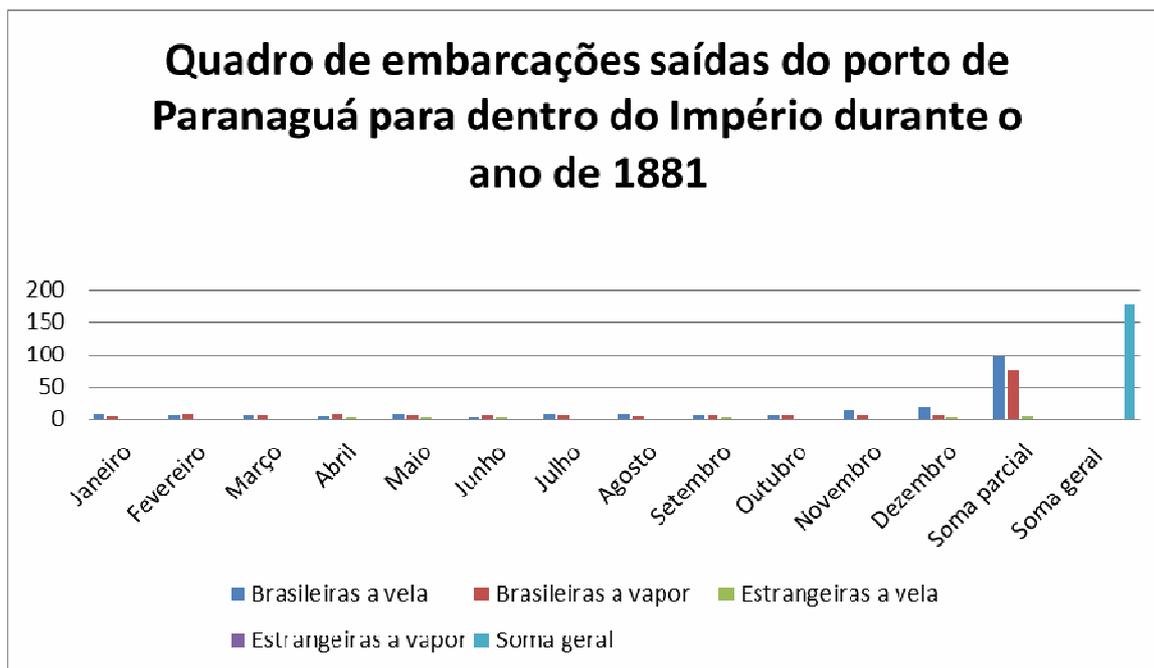


Gráfico 19. Fonte: APEP. AP 647

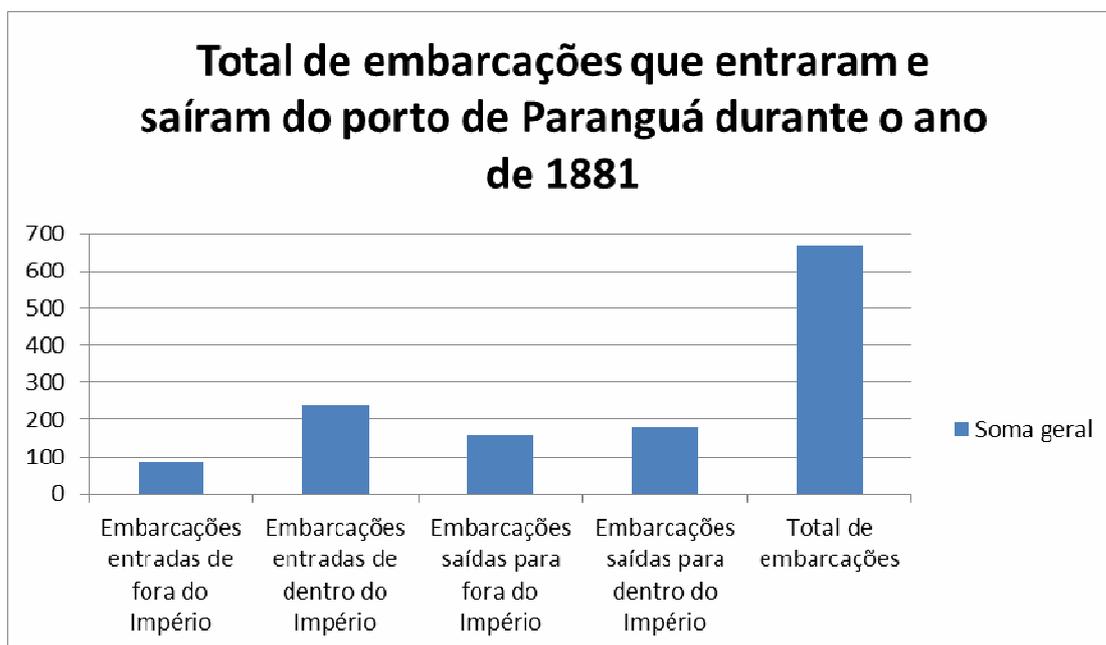


Gráfico 20. Fonte: APEP. AP 647

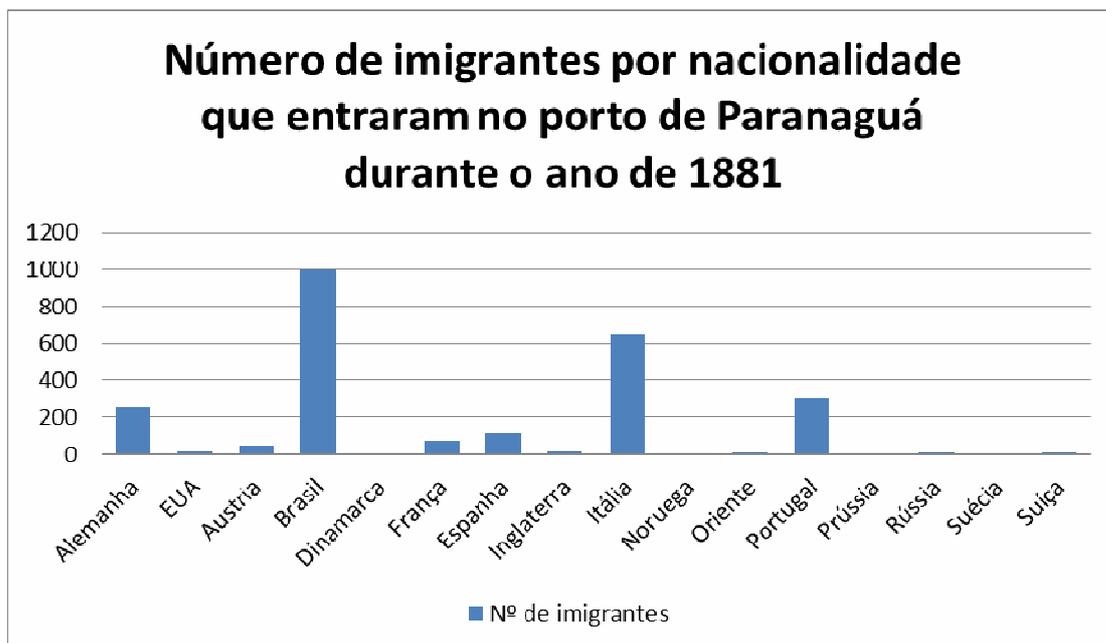


Gráfico 21. Fonte: APEP. AP 647

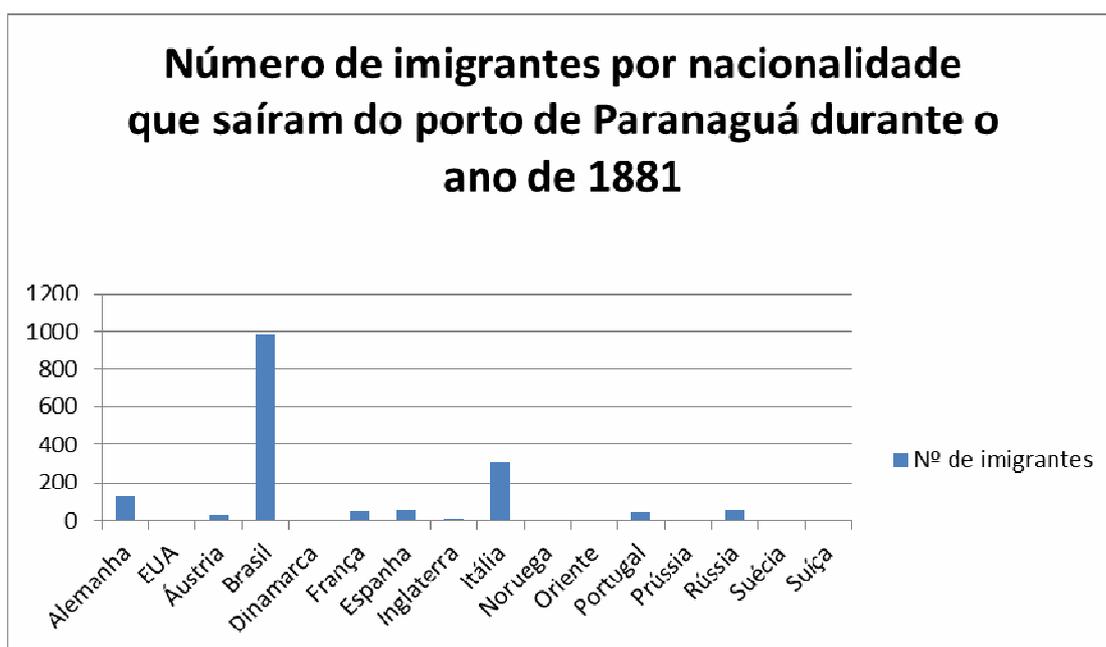


Gráfico 22. Fonte: APEP. AP 647

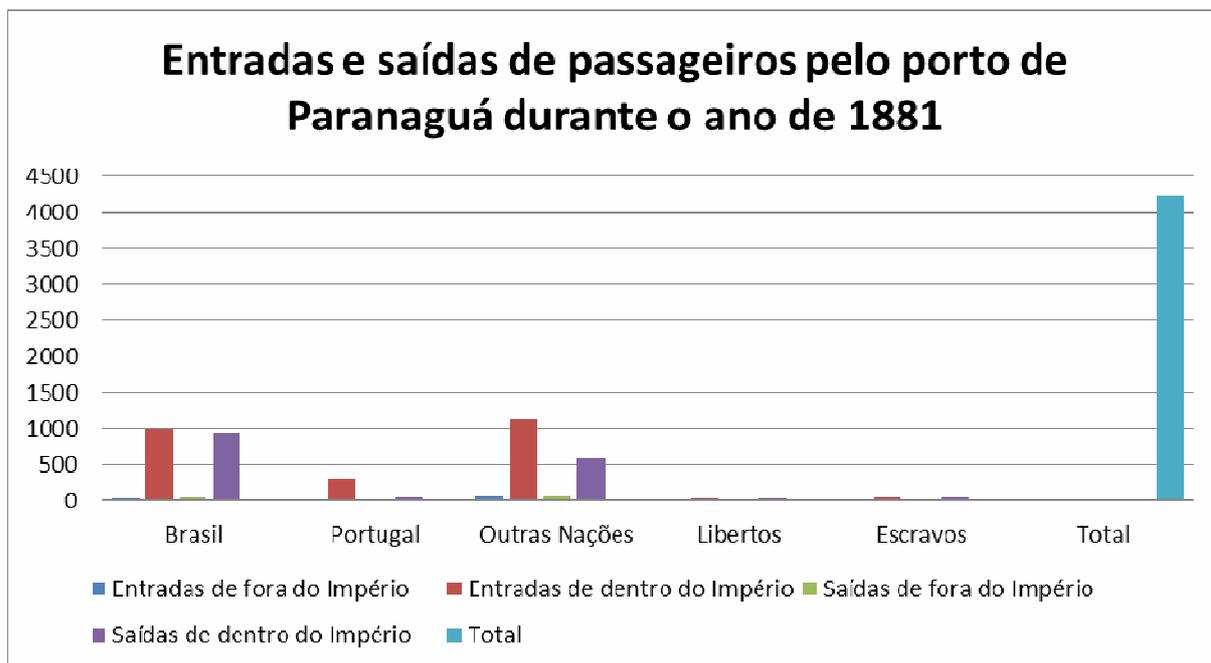


Gráfico 23. Fonte: APEP. AP 647

Médicos que compunham o quadro docente da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro durante o período em que Leocádio Correia frequentou a instituição.

DOCENTE	ANO	DISCIPLINA
F.J do C. e Mello Castro Mascarenhas	PRIMEIRO	Física geral e suas aplicações à medicina
Manoel Maria de Moraes e Valle	PRIMEIRO	Química e mineralogia
José Ribeiro de Souza Fontes	PRIMEIRO	Anatomia descritiva
Joaquim Monteiro Caminhoá	SEGUNDO	Química orgânica e fisiologia
Francisco Pinheiro Guimarães	SEGUNDO	Anatomia descritiva
José Ribeiro de Souza Fontes	SEGUNDO	Fisiologia
Francisco Pinheiro	TERCEIRO	Anatomia geral e

Guimarães		patológica
Antonio Teixeira da Rocha	TERCEIRO	Patologia geral
Francisco de Menezes Dias da Cruz	TERCEIRO	Patologia externa
Antonio Ferreira França, Examinador	QUARTO	Patologia externa
Antonio Gabriel de Penha Fonseca	QUARTO	Patologia interna
Luiz da Cunha Feijó Junior	QUARTO	Partos, moléstias de mulheres peçadas e paridas, de crianças e recém-nascidos
Antonio Gabriel de Paula Fonseca	QUINTO	Patologia interna
Francisco Praxedes de Andrade Pertence, Presidente	QUINTO	Anatomia topográfica, medicina operatória e aparelhos
José Thomaz de Lima	QUINTO	Materia médica e terapêutica
Antonio Corrêa de Souza e Costa	SEXTO	Higiene e história da medicina
Francisco Ferreira de Abreu	SEXTO	Medicina legal
Ezequiel Corrêa dos Santos	SEXTO	Farmácia
Vicente Candido Figueira de Saboia	TERCEIRO E QUARTO	Clínica externa
João Vicente Torres Homem	QUINTO E SEXTO	Clínica interna

Quadro 24. Fonte: (JUNIOR, 1979: 54).

Professores que compunham a classe de opositores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro durante o período em que Leocádio Correia frequentou a instituição.

Opositor	Seção
Agostinho José de Souza Lima	Ciências acessórias
Banjamin Franklin Ramiz Galvão	Ciências acessórias
Domingos José Freire Junior	Ciências acessórias
João Joaquim Pizarro	Ciências acessórias
João Martins Teixeira	Ciências acessórias
Luiz Pientzenauer	Ciências cirúrgicas
Claudio velho da Motta Maia, Examinador	Ciências cirúrgicas
José Pereira Guimarães	Ciências cirúrgicas
Pedro Affonso de Carvalho Franco	Ciências cirúrgicas
Antonio Caetano de Almeida	Ciências cirúrgicas
José Joaquim da Silva	Ciências médicas
Albino Rodrigues de Alvarenga	Ciências médicas
João D. Peçanha da Silva, Examinador	Ciências médicas
João José da Silva	Ciências médicas

Quadro 25. Fonte: (JUNIOR, 1979: 54)

## ILUSTRAÇÕES

### PROJETO DO LAZARETO DE ANTONINA

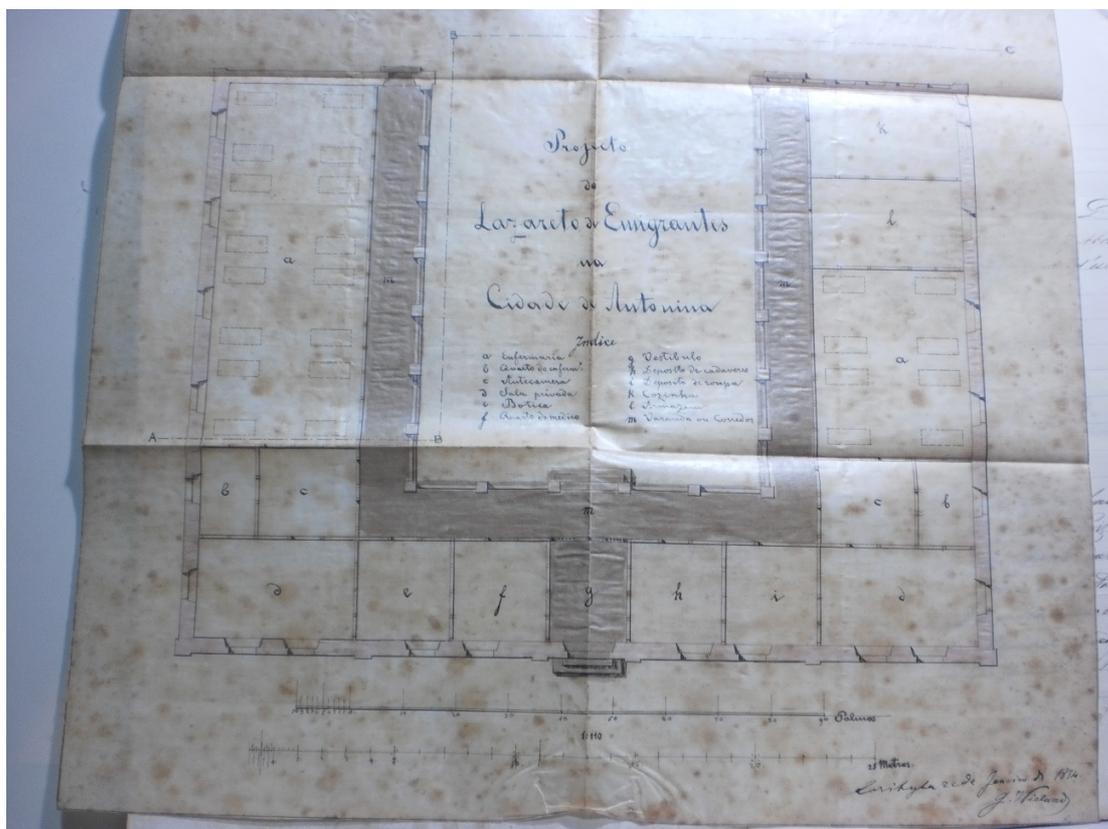


Ilustração 1. Fonte: AN, 1874, SI IJ 9 433 CX 374 FUNDO AA.

## PROJETO DO LAZARETO DE ANTONINA



Ilustração 2. Fonte: AN, 1874, SI ILJ 9 433 CX 374 FUNDO AA.

PROJETO DO LAZARETO DE ANTONINA



Ilustração 3. Fonte: AN, 1874, SI IIJ 9 433 CX 374 FUNDO AA.

MAPA DA BAÍA DE PARANAGUÁ DO ANO DE 1882

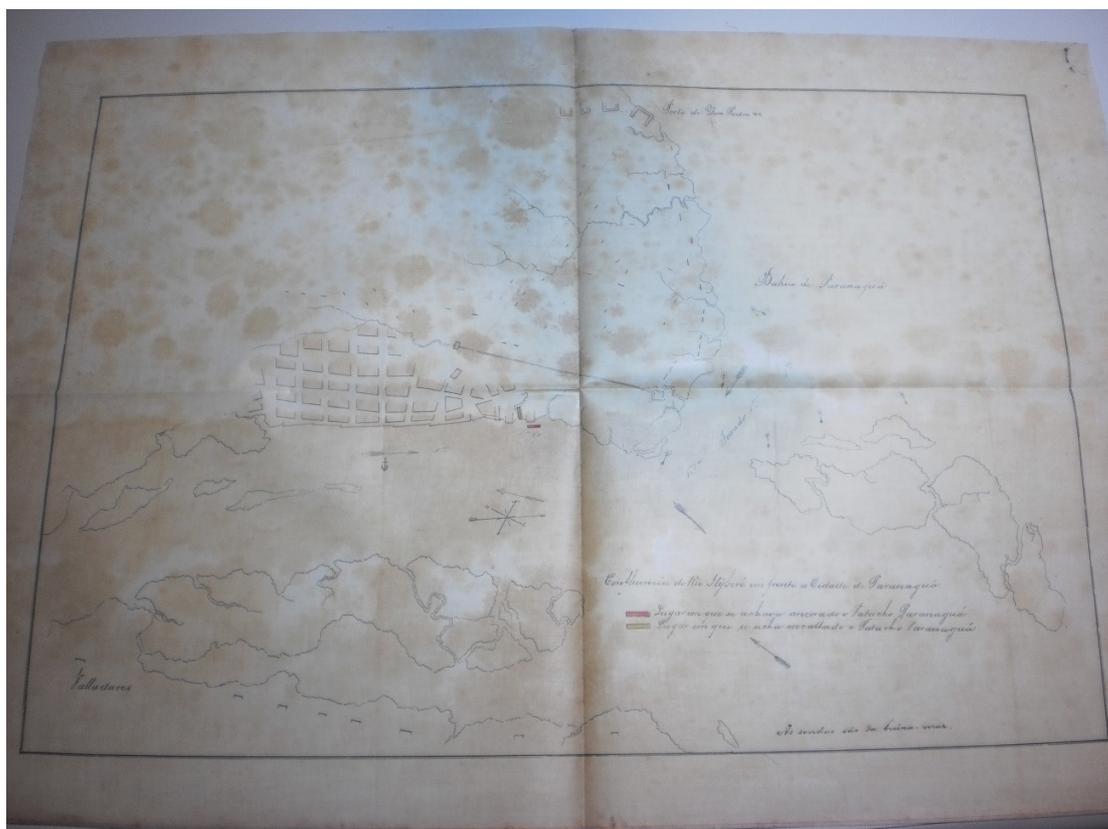


Ilustração 4. Fonte: AN, 1882, SM XM1114 FUNDO B2.

## PROJETO DO LAZARETO DE PARANAGUÁ

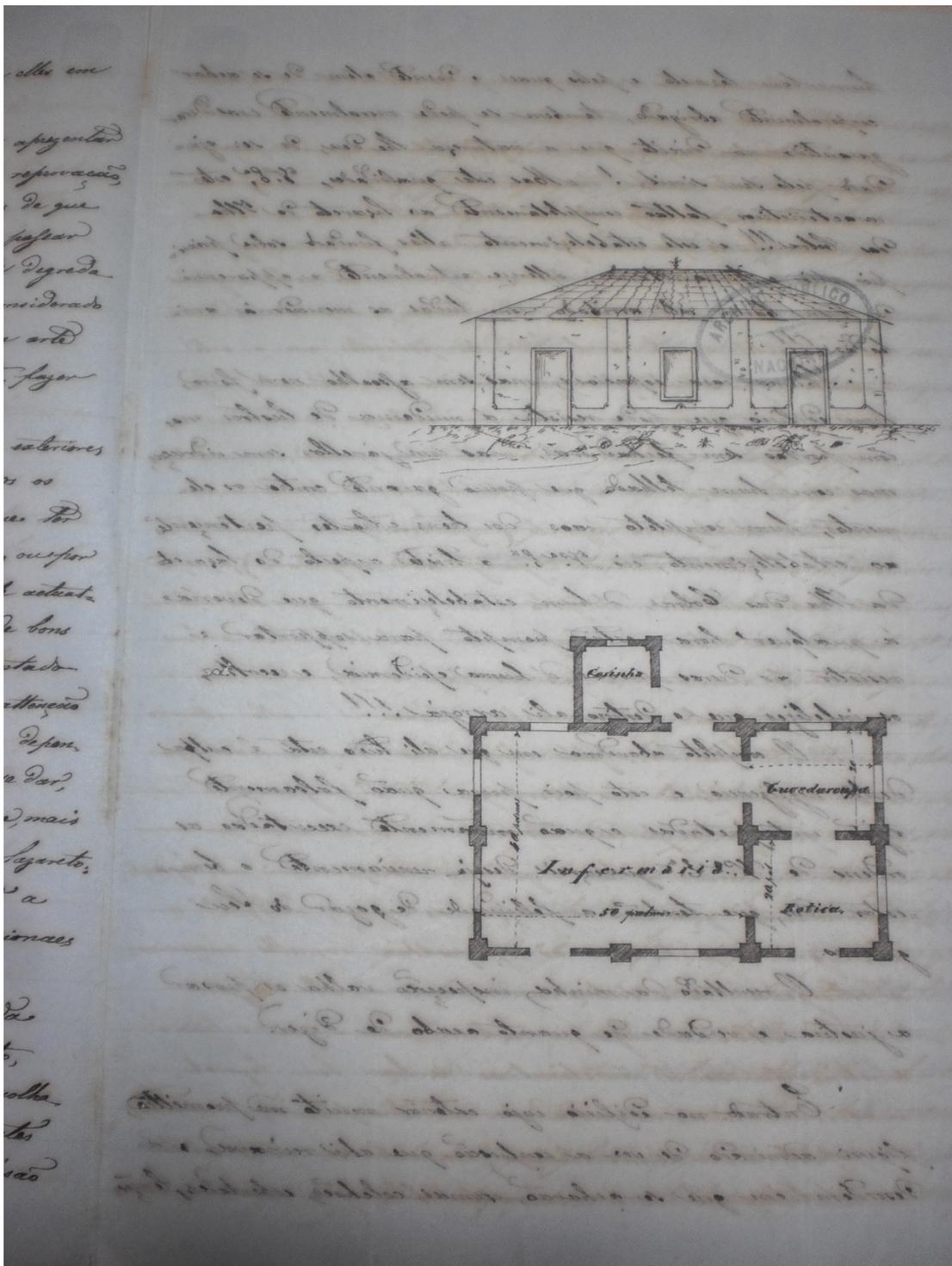


Ilustração 5. Fonte: AN, 1857, SI IJ 9 429 CX 373 FUNDO AA.