

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

FERNANDA REBELO

A TRAVESSIA:
IMIGRAÇÃO, SAÚDE E PROFILAXIA INTERNACIONAL (1890-1926)

Rio de Janeiro
2010

FERNANDA REBELO

**A TRAVESSIA:
IMIGRAÇÃO, SAÚDE E PROFILAXIA INTERNACIONAL (1890-1926)**

Tese de Doutorado 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 Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Chor Maio

Co-orientador: Prof. Dr. Gilberto Hochman

Rio de Janeiro
2010

Ficha catalográfica

R291t Rebelo, Fernanda.

A travessia : imigração, saúde e profilaxia internacional
(1890-1926) / Fernanda Rebelo. – Rio de Janeiro : s.n., 2010.
325f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) –
Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2010.
Bibliografia: p.298.

1. Saúde pública 2. Viagem 3. Vigilância sanitária
4. Saneamento de portos. 5. Brasil

CDD 614.4

FERNANDA REBELO**A TRAVESSIA:
IMIGRAÇÃO, SAÚDE E PROFILAXIA INTERNACIONAL (1890-1926)**

Tese de doutorado 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 Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovado em agosto de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof.a.Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi (PPGSP/UFSC)

Prof.Dr. Jair de Souza Ramos (PPGAS/UFF)

Prof.Dr. Larry Benchimol (COC/FIOCRUZ)

Prof.Dr. Flávio Coelho Edler (COC/FIOCRUZ)

Prof.Dr. Marcos Chor Maio (COC/FIOCRUZ) – Orientador

Prof.Dr. Gilberto Hochman (COC/FIOCRUZ) - Coorientador

Prof.a.Dra. Simone Petraglia Kropf (COC/FIOCRUZ)

Prof.a.Dra. Kaori Kodama (PUC/RJ)

Rio de Janeiro
2010

Dedico este trabalho a todos aqueles que
um dia largaram tudo para recomeçar.

Agradecimentos

Aos professores Marcos Chor Maio e Gilberto Hochman pela orientação e pelo acompanhamento atento das pesquisas para a realização deste trabalho.

Ao professor Jair Ramos pelas valiosas contribuições feitas no exame de qualificação.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz.

À CAPES pelo financiamento.

Aos meus colegas da turma do doutorado 2006. Em especial à Josi, Paulinha e Daiana – mosqueteiras - obrigada pela amizade e pelo carinho durante estes quatro anos. Ao nosso saudoso amigo Wal Pereira, que nos deixou tão precocemente.

Aos funcionários do Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz, em especial da Sala de Consultas, pelo apoio e gentileza no levar e trazer de caixas e documentos.

Aos funcionários da Biblioteca de História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz. Em especial à Eliane - obrigada por me ajudar a achar os artigos mais obscuros.

Aos funcionários da Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública e da Biblioteca de Manguinhos, Setor Obras Raras.

E mais: ao setor de periódicos da Biblioteca Nacional; ao Arquivo Nacional, em especial à Sátiro Nunes; ao Arquivo Histórico do Itamaraty, em especial à Rosi.

Ao Memorial do Imigrante - São Paulo/SP.

À Leda Cecília de Vargas Rebello, minha querida avó. Obrigada por todos os dias de carinho, apoio e comidinhas deliciosas.

À Ana Inácia de Vargas Rebello, minha mãe, que me passou a sua coragem e perseverança necessária para a concretização de mais uma etapa de vida. Obrigada pelo apoio, leitura e revisão deste trabalho.

À Leda Rebello e Victor Zveibil, queridos tios, pela forte presença em todos os momentos e pela constante troca intelectual. Aos melhores primos do mundo, Tatá e Tom.

À Julia Rebello, minha irmã designer. Obrigada por me ajudar com as ilustrações da tese.

Ao meu grande amigo Bruno Kemp, que me presenteou com o seu click de mestre ao fotografar os mapas para este trabalho.

Flores para minha terapeuta, Miriam Pirim.

Um agradecimento especial para o Dr. Edson Souza (HUPE), que me aceitou como uma “paciente impaciente”.

A Mahavi, que me iniciou nos segredos da yoga e meditação – Namastê.

Para Dani, que me fez melhor, feliz e otimista.

SUMÁRIO

Introdução	13
Capítulo 1 - Imigração, Epidemias e Saúde Pública (1890-1900)	33
1.1 - O vapor Carlo R.: a crônica de “uma hecatombe medonha”	37
1.2 – “Só para inglês ver”: as instituições de recepção de navios e imigrantes	47
1.3 – Entre miasmas e vetores: o cruzador Lombardia	75
Capítulo 2 - A quarentena em questão	96
2.1 – Modelos de fiscalização de passageiros e navios: Estados Unidos, Inglaterra e Brasil -	100
2.2 - O sistema brasileiro	112
2.3 – As quarentenas e as relações entre Brasil, Argentina e Uruguai: a Convenção Sanitária de 1887	123
2.4 – Personagens e práticas da inspeção: a rotina do Serviço Sanitário Marítimo	131
2.5 – A Convenção Platina de 1899: “uma obra argentina” contra a imigração para o Brasil.....	142
Capítulo 3 - O canto de cisne das quarentenas (1900-1910)	159
3.1 – A profilaxia moderna	166
3.2 – As novas tecnologias da higiene	169
3.3 – A nova higiene se institucionaliza: o Regulamento dos Serviços Sanitários de 1904 ---	175
3.4 – Entram os vetores e saem as quarentenas: a Convenção Platina de 1904	182
3.5 – A profilaxia da peste, cólera, febre amarela e um diagnóstico sobre os serviços sanitários dos portos	185
3.6 – A peste no Orleannais: um caso modelo para o Serviço de Desinfecção do Porto do Rio de Janeiro	188
Capítulo 4 – Cólera no Araguaya: uma questão de classe	195
4.1 - O embarque dos imigrantes na Europa	201
4.2 – A chegada à Ilha Grande	209
4.3 – O desembarque dos imigrantes no lazareto: uma estranha melodia	212

4.4 – Confirmação bacteriológica e desinfecção -----	214
4.5 – Uma tentativa de revolta no lazareto -----	220
4.6 - Lições sanitárias trazidas do mar -----	224
4.6.1 – Carlo R. X Araguaya -----	227

Capítulo 5 – Novas políticas migratórias e novo cenário da saúde internacional

(1910-1926) -----	231
5.1 – Da atração à restrição -----	232
5.2 – Ser Tão caboclo: ‘acaboclamento’ de imigrantes e valorização do trabalhador nacional -----	237
5.3 – Mudanças no controle do transporte de imigrantes: o Regulamento da Diretoria Geral de Saúde Pública de 1914 -----	246
5.4 – O Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública e os indesejáveis sob o ponto de vista sanitário -----	252
5.5 – Imigração, Saúde e Cooperação Sanitária Internacional -----	257
5.6 – A Oficina Sanitária Internacional -----	262
5.7 – A regulamentação da imigração nas primeiras conferências panamericanas -----	267
5.8 – A Liga das Nações e o <i>International Labour Office</i> entram em cena nas discussões sobre emigração e imigração -----	270
5.8.1 – O <i>International Labour Office</i> – <i>ILO</i> -----	276
5.9 – O tráfico de escravas brancas e sua conexão com a emigração -----	279
5.10 – A Conferência de Emigração e Imigração – Roma, 15 de maio de 1924 -----	281
5.11 – A Convenção Sanitária Internacional de 1926 e a proposta de Carlos Chagas para a emigração -----	284
Considerações Finais -----	290
Fontes e Bibliografia -----	298
Anexos -----	319

LISTA DE SIGLAS

ARC - American Red Cross Society
ANM - Academia Nacional de Medicina
AN – Arquivo Nacional
BOSI - Boletim da Oficina Sanitária Internacional
BM – O Brasil-Médico
BN – Biblioteca Nacional
DAD/COC – Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz
DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
CM – Correio da Manhã
GM – Gazeta de Notícias
IGSP – Inspetoria Geral de Saúde dos Portos
ILO - International Labour Office
JM – Jornal do Commercio
LN - Liga das Nações
LRCS - League of Red Cross Societies
MA – Ministério da Agricultura
OIHP - Office International D'Hygiene Publique
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
OEA - Organização dos Estados Americanos
PSA - Port Sanitary Authorities
PHS - Public Health Service
RMAIC– Relatório do Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio
RMI – Relatório do Ministério do Interior
RMIVOP – Relatório do Ministério da Indústria, Viação e Obras Públicas
RMJIN – Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores
RMRE – Relatório Ministério das Relações Exteriores
SICON – Sistema de Informação do Congresso Nacional
USPH - United State Public Health

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é investigar as questões sanitárias provocadas pelas viagens realizadas por imigrantes europeus para a América no final do século XIX e início do XX. Consiste na experiência histórica da travessia (a viagem de imigração), os problemas enfrentados durante o trajeto, as condições de saúde dentro dos navios e o encontro dos imigrantes com o Serviço Sanitário do Porto do Rio de Janeiro. Partindo da descrição da chegada ao Brasil de quatro navios com surto epidêmico de alguma das doenças consideradas transmissíveis - a cólera, a peste bubônica e a febre amarela – entre os anos de 1890 a 1926, analisamos as respostas dadas pela saúde pública a este problema, os processos de recepção e inspeção de passageiros e navios no Porto do Rio de Janeiro e as práticas de profilaxia aplicadas. Estas respostas, que tinham um caráter *ad hoc* no final do século XIX, se transformaram no decorrer do tempo e, na segunda década do século XX, são regidas por pressupostos científicos estabelecidos, convenções internacionais e regulamentos nacionais.

Palavras-Chave: Saúde Pública. Imigração. Porto. Rio de Janeiro. Cooperação Sanitária Internacional.

ABSTRACT

The aim of this research is to investigate health issues caused by the traveling of European immigrants to America between the end of the nineteenth century and the beginning of the twentieth century. The historical experience of the journey of immigration allows us to approach the problems faced during the trip, the health conditions inside the vessels and the encounter between immigrant population with the Port Health Service of Rio de Janeiro. The goal is to describe and analyze the responses of the public health to the arrival of four ships in Brazil with communicable diseases like cholera, plague and yellow fever, between 1890 and 1926. Outbreaks of these diseases aboard forced the implementation of prophylactic measures during the medical inspection of passengers and the reception of ships in the port. The responses of the public health had an *ad hoc* nature in the late nineteenth century, but in the second decade of the twentieth century came to be governed by scientific *status*, international conventions and national regulations.

Key Words: Public Health. Immigration. Port. Rio de Janeiro. International Health Cooperation.

INTRODUÇÃO

Salvatore Mancuso e seu filho mais velho carregam cada um uma pedra na boca, enquanto sobem até o topo de uma montanha na Sicília. Vestidos com trapos sujos e de pés descalços, escalam pedras pontiagudas que chegam a ferir os pés. Eles estão indo até à imagem da Virgem, em busca de qualquer sinal da santa...

Enquanto isso, duas jovens vão ao encontro da mãe de Salvatore, Dona Fortunata, a rezadeira da região. Uma das jovens diz estar possuída, que há uma cobra contorcendo-se dentro de seu ventre, desde que Dom Escole, o agente de imigração, prometeu a elas “dois americanos ricos”. A outra jovem mostra uma carta, ao que a velha diz: “Não entendo nada de palavras no papel”. Ela lhe mostra então algumas fotografias: uma cebola tão grande que precisa de um carrinho-de-mão para ser carregada, uma árvore de dinheiro, um rio de leite. “É a terra nova!”.

Salvatore e seu filho colocam as pedras que carregavam na boca aos pés da Virgem: “O que devemos fazer, ficar ou partir?”. Uma pedra rola, é um sinal...

Esta é a primeira sequência do filme italiano *Nuovomondo*, *Golden Door* (na tradução para o inglês) e *Novo Mundo* (no título em português). Ele conta a história da família Mancuso, originária das montanhas da Sicília, que vende todos os seus bens e abandona sua terra natal para embarcar numa viagem em busca de um lugar sonhado e nunca visto: o Novo Mundo, os Estados Unidos.

Quando chegam ao Porto de Nova York, as leis de imigração são tão severas, que a família seria quase que certamente separada e enviada de volta para a Itália, principalmente por causa do seu filho mais novo, “surdo-mudo”, uma deficiência grave para um candidato à imigrante nos EUA.

Nuovomondo fala do desejo de recomeçar. Parece ser uma jornada épica, entretanto é contada pelos seus próprios personagens. Emanuele Crialese, o diretor, fez um retrato muito

fiel do processo imigratório, baseado nas cartas de chamada¹, que eram ditadas a quem tivesse o dom da escrita, coisa rara entre aquelas pessoas.

Salvatore Mancuso, um homem da vida rural que parte para entrar em um mundo totalmente diferente do seu, onde lhe mandam fazer coisas que desconhece, como por exemplo montar um jogo de encaixe, para ter seu QI medido pelos oficiais de imigração. Salvatore, ao invés de encaixar as peças, monta um estábulo e uma casa. São ecos de uma civilização antiga que ainda eram ouvidos no começo do século XX, com seus dialetos, feitiçarias, remédios mágicos e a perplexidade dos mais velhos, como Dona Fortunata, ao se depararem com o mundo moderno. Indignada, Fortunata interroga um dos oficiais da Ilha de Ellis, local de recepção e inspeção de imigrantes no Porto de Nova York,: “O que vocês do Novo Mundo querem de nós do Velho Mundo?”.

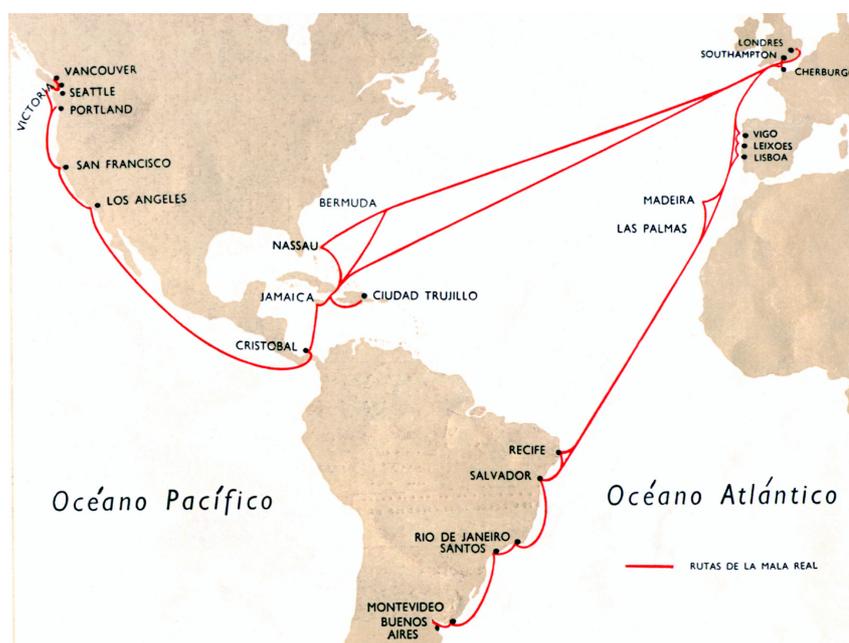
Assim, o objetivo desta pesquisa é analisar a experiência da travessia, a viagem realizada pelos imigrantes europeus para a América no final do século XIX e início do XX. Trata-se da experiência humana com a viagem de imigração: as condições de saúde dentro dos navios, as desconfortáveis e anti-higiênicas acomodações da terceira classe, a má alimentação, a forma de tratamento dispensado a estes passageiros pelas companhias de navegação, a convivência de um grande número de pessoas aglomeradas em alto-mar. A travessia era cheia de situações de risco que frequentemente levavam ao adoecer.

Este adoecer possuía certas especificidades e carregava em si uma série de consequências que poderiam transformar os destinos daquelas pessoas de forma individual e coletiva. A primeira consequência era a possibilidade de uma epidemia a bordo, fato que, naquele período e dentro daquelas circunstâncias, tornava-se quase impossível de ser controlado. A epidemia levava consigo grande número de passageiros. Sendo a imigração subsidiada para o Brasil um projeto familiar, a doença desestruturava famílias, que desembarcavam desfalcadas e isto significava menos força de trabalho ou até a impossibilidade de se sustentar.

¹ As cartas de chamada eram aquelas escritas por parentes que já haviam imigrado e mandavam notícias para seus familiares que ainda estavam no Velho Mundo. Quando da imigração, os parentes ou amigos que já haviam imigrado há um tempo se responsabilizavam pela vinda do resto da família, que deveria carregar consigo as cartas de chamada durante a viagem, como um documento para ser aceito no novo país. Segundo Lesser (2001: 219), as cartas de chamada do Brasil permitiam que tanto cidadãos brasileiros quanto imigrantes com residência permanente no país “chamassem” seus parentes, fornecendo-lhes um atestado de apoio.

A epidemia poderia os impedia inclusive de chegar aos seus destinos, porque a presença da cólera, da peste, ou da febre amarela a bordo proibia que o navio atracasse no Porto do Rio de Janeiro, de acordo com a profilaxia internacional. Assim, só lhes restava retornar viagem ao seu porto de embarque. Se fosse na Itália, teriam que permanecer mais um mês dentro de um navio com surto epidêmico, convivendo com mais doença, morte, dor e com o fracasso do sonho imigratório.

A travessia transoceânica proporcionava o contato direto entre populações diversas. A maior parte dos vapores que carregava imigrantes, isto é, passageiros de 3ª classe, era de origem inglesa². A companhia de navegação *Royal Mail Steam Packet Company* - Mala Real Inglesa - por exemplo, era uma das mais importantes e famosas que faziam a rota Europa-Brasil-Rio da Prata, levando trabalhadores da Europa para as Américas. Analisando a sua rota, podemos perceber a quantidade de portos em que o navio tocava na Europa – Londres, Southampton, Cherburgo, Vigo, Lisboa, Madeira etc - até chegar ao seu destino final na América do Sul .



Rota Royal Mail Steam Packet Company– Arquivo Iconográfico do Memorial do Imigrante, São Paulo.

² A Inglaterra possuía, até 1889, praticamente o domínio da navegação marítima no Brasil, tanto a internacional quanto a de cabotagem. A *Royal Mail Steam Packet Company* foi a primeira companhia a estabelecer, em 1851, um serviço regular de vapores entre a Inglaterra e o Brasil, com o objetivo de desalojar os *clippers* norte-americanos do transporte marítimo brasileiro. O ponto final desta linha foi a princípio o Rio de Janeiro. Em 1869, a concorrência francesa estabeleceu linhas até Montevideu e Buenos Aires (Benchimol, 1992: 48).

Só no Brasil, o navio passava por três portos até chegar a Santos, o de Recife, de Salvador e do Rio de Janeiro. Em todas estas paradas, descia e entrava gente, numa troca incessante de passageiros de todos os tipos, idades e nacionalidades, formando uma verdadeira Babel, onde o que existia em comum poderia ser apenas o desejo de desembarcar no porto final.

O medo generalizado do contágio de doenças levou os médicos a desempenharem um papel preeminente nos portos onde chegavam os imigrantes, submetendo-os a exames clínicos, a exemplo do que acontecia na Ilha de Ellis, na costa de Manhattan em Nova York. A imigração desde sempre esteve ligada a questões relacionadas à saúde e doença. Se por um lado era entendida pelos países de recepção, principalmente o Brasil, como o trabalho civilizado em contraposição ao escravo, por outro lado era também fonte de novas moléstias vindas da Europa - como a cólera e a peste - ou o combustível para a propagação das endemias locais, como a febre amarela, para a qual dizia-se que a população estrangeira não possuía imunidade.

Quando as pessoas começaram a viajar e a realizar transações comerciais cruzando continentes, os microorganismos os acompanharam e começaram a se espalhar rapidamente entre populações, tendo os portos como portas de entrada da maioria das epidemias (Stern & Markel, 2004:1474).

Ainda que no século XIX não se conhecesse perfeitamente a etiologia das doenças, sabia-se que algumas eram transmissíveis, ligadas a aglomerações de pessoas em um mesmo local e a “maus hábitos higiênicos”. Sabia-se ainda que em alguns lugares certas doenças eram prevalentes, como a peste bubônica na Ásia e a febre amarela no Caribe e que poderiam tomar forma de epidemias a partir da comunicação entre populações (Weindling, 1995).

Na Europa, as endemias como o sarampo e a escarlatina foram se estabilizando e ocasionalmente ocorriam nas novas gerações. A circulação de infecções entre continentes estabelece então um novo padrão de doenças, aquelas que vinham de fora, as moléstias exóticas. Estas moléstias normalmente se alastravam do porto e das cidades para o interior dos países, gerando altas taxas de mortalidade. Assim, as epidemias são geralmente relacionadas ao deslocamento massivo de pessoas e à expansão urbana (Porter, 1999: 48, 58).

Existem poucos estudos sobre a relação entre a história marítima e a história da saúde pública³. Krista Maglen (2002) examinou a história da quarentena, na Inglaterra do século XIX, e o estabelecimento das *Port Sanitary Authorities* - PSA, em 1872, como um sistema alternativo a ela na prevenção de doenças nos portos. O PSA retificava, com a aplicação de outros métodos de prevenção, as deficiências do modelo quarentenário perante as doenças infecciosas.

Ao contrário do que a historiografia tem indicado com relação a quarentena, entendida frequentemente como um modelo de prevenção extinto completamente no final do século XIX na Inglaterra, principalmente por causa da tendência anticontagionista das autoridades britânicas⁴, Maglen demonstra que ela permaneceu nos portos ingleses até 1896. Esta forma de prevenção foi mantida para a recepção de doenças consideradas exóticas como a peste e a febre amarela e continuou a ter um papel central no dia-a-dia das operações portuárias.

Nesta tese reconstruímos as estruturas de recepção e inspeção de passageiros e navios no Porto do Rio de Janeiro, com o objetivo de traçar os modelos da profilaxia aplicada no decorrer do tempo e sua relação com a imigração, isto é, a necessidade de se receber um grande número de pessoas de uma só vez dentro de um espaço limitado.

A imigração implicava uma normatização do espaço transoceânico e portuário. As primeiras tentativas de regulação eram informadas por conflitos e demandas nacionais e internacionais e pela compreensão da etiologia e das formas de contágio das doenças na época. Seguindo o argumento de Maglen (op.cit), demonstramos que a quarentena no Brasil, apesar de ter sido extinta pela legislação sanitária em 1904, permaneceu como forma de prevenção em alguns períodos críticos de epidemias, como na gripe espanhola (1918/20). E neste caso, ela foi utilizada não por causa de sua eficácia, mas simbolicamente, como uma resposta energética da autoridade de saúde pública para um momento de caos social.

³ Alguns estudos sobre a relação entre a história marítima, saúde pública e as práticas de interceptação de doenças infecciosas nos portos: ver Baldwin (1999); Porter (1994); Birn (1997). Este trabalho em especial trata da inspeção de imigrantes no Porto de Nova York. Sobre o modelo de recepção e inspeção de imigrantes nos portos americanos, existe uma série de estudos, entre os principais estão Fairchild (2003; 2006); Kraut (1994) e Abel (2004).

⁴ Sobre esta perspectiva com relação às quarentenas ver Goodman (1952), Howard-Jones (1975). Ackerknecht (1948) demonstrou a existência de uma correlação entre o sistema político e a saúde pública. Em seu argumento, a escolha por determinada forma de prevenção não era ditada pela natureza da doença, mas pelo regime político. Assim, uma ideologia autocrática favorecia a visão das doenças epidêmicas como contagiosas e, conseqüentemente, aplicava a quarentena. Regimes liberais, em contraste, preferiam corrigir as deficiências do meio como forma de prevenção. Para uma crítica a esta visão ver Baldwin (1999).

Muitos pesquisadores tem analisado o efeito de epidemias a partir do crescimento e das consequências das doenças após elas já estarem instaladas dentro das cidades⁵. Nesta tese, trabalhamos com o percurso das moléstias - que passaram a viajar rapidamente entre portos e cidades, junto ao grande fluxo de pessoas e mercadorias - antes delas se instalarem nas sociedades. Nosso objetivo está em analisar as epidemias ainda dentro dos navios e o encontro destes com as estruturas de saúde pública e com os serviços sanitários dos portos, entre o final do século XIX e o início do XX.

Segundo Castro Santos (2004: 251), normalmente ocorrem dois equívocos na interpretação sobre o serviço de saúde do porto. O primeiro ocorre quando se pretende mostrar que aquilo se via nos portos fazia parte de um serviço sanitário mais amplo, isto é, a higiene dos portos seria uma das pontas de um sistema regional já institucionalizado. No entanto, para o autor, antes de 1915-1920 essa visão não encontra apoio na evidência histórica. O segundo equívoco, distinto do anterior, considera que as principais cidades brasileiras eram as únicas áreas de atuação das políticas públicas na Primeira República. Para o autor, depois de 1920, ocorre o contrário, o país assiste a um processo de interiorização dos serviços de saúde.

Com relação ao serviço de saúde dos portos, acompanhando o argumento de Castro Santos de que:

“A questão dos portos é das mais fascinantes, pois fossem ou não intermitentes e irregulares, os serviços dos portos – uma conquista republicana – antecederam o processo de institucionalização da reforma sanitária no país” (ibidem: 256).

Poderíamos, então, formular duas hipóteses, a primeira seria o porto como a porta de entrada para a cidade e o local propício para início de uma epidemia, portanto a organização do serviço de saúde no porto e a preocupação com o saneamento deste espaço, antecede a institucionalização da saúde, constituindo uma área importante da atuação governamental. Na segunda hipótese, o porto, mesmo em período de descentralização das políticas de saúde, sempre foi questão da alçada do Governo Federal, pois a partir de um determinado momento teve que atender a normas da profilaxia internacional, homogeneizando suas práticas sanitárias.

⁵ Rosenberg (1992) demonstrou o impacto das epidemias nas sociedades, partindo da experiência com a cólera na Europa, no século XIX. Cooper (1986) analisou o percurso da cólera no Brasil, na metade do século XIX, e os significados raciais como determinantes para esta doença. Evans (1988) mostrou como a epidemia de cólera mexeu com a estrutura emocional da sociedade européia do final do século XIX e relacionou este fato à ondas de violência, revoltas e revoluções. Briggs (1961) analisou a cólera sob uma perspectiva de classe social, de forma comparativa, em diversas sociedades do final do século XIX.

Por isso, a organização dos serviços sanitários nos portos teria ocorrido mesmo antes da institucionalização dos serviços sanitários no país.

Como mostrou Hochman (1998:95), entre o final do Império e a Proclamação da República, as práticas de saúde pública se limitavam à tentativa de acabar com as grandes epidemias, principalmente a de febre amarela, que atingia várias regiões do país. Segundo a literatura⁶, durante o Império as políticas de saúde ocorreram em dois momentos e de forma antagônica: num primeiro ato as organizações centralizadoras, criadas por D. João VI, caminharam para uma municipalização de todas as atividades sanitárias; depois, num movimento contrário, em meados do século XIX, voltou-se à uniformização administrativa dos trabalhos de higiene pública inteiramente nas mãos do governo central. Este movimento na direção de uma centralização administrativa ocorreu por causa da necessidade de se combater as epidemias nas zonas litorâneas, nas zonas de expansão econômica e de imigração.

De acordo com o estudo de Telarolli Junior (1996: 178), a estrutura administrativa da Monarquia era frágil e centralizada, pelo fato de concentrar suas ações na Corte e nos portos. Até meados do século XIX, as principais funções médico-sanitárias eram de responsabilidade das câmaras municipais como a profilaxia de doenças contagiosas, o saneamento das cidades e a fiscalização de alimentos, cabendo à administração central, até 1828, a fiscalização do exercício da medicina que, após a reestruturação administrativa ocorrida no mesmo ano, também foi transferida para o município. De forma que a atuação do governo central se fazia discreta nas províncias, ocorrendo intervenção somente em casos de epidemias.

Durante o Império, pouca coisa se fez em relação à Saúde Pública. Esta se resumia às Posturas Municipais de 1875, as quais arrolavam normas sanitárias vagas para as cidades como: remoção de lixo, limpeza dos quintais, abertura de ruas e inexistiam estatísticas do movimento da população e da ocorrência de doenças. A Saúde Pública tinha uma importância lateral na burocracia estatal. Os recursos irrisórios destinados à área são um indicador: excetuando o ano de 1889, quando o dispêndio com a rubrica representou aproximadamente 11,3% da despesa global, o percentual ficou em torno de 1,4% em média no período de 1880-1888⁷. Na

⁶ A pesquisa de Hochman (1998) sobre a formação de políticas públicas e nacionais de saúde nos anos da Primeira República; a tese de Telarolli Junior (1996) sobre a formação dos serviços de saúde em São Paulo, que aborda a política de saúde no Império e o estudo de Machado et al (1978), que faz um apanhado geral do funcionamento das instituições de saúde da época da Colônia ao Império.

⁷ Maio (2004: 34).

Proclamação da República, com a federalização e a autonomia, as questões de saúde passaram a fazer parte das atribuições dos estados⁸.

De 1880 a 1920 houve o grande *boom* da imigração para o Brasil, influenciada pela Abolição da Escravidão. A Constituição brasileira de 1891 garantia a nacionalização automática de qualquer estrangeiro que vivesse no país⁹. A legislação passa então o domínio das terras devolutas para os estados e em 1894 os serviços de imigração e colonização se tornam esfera da ação estadual. “O federalismo republicano colocou também a elaboração das políticas de imigração sob tutela dos estados” (Oliveira, 2001: 11).

Ao perceberem a estreita relação entre as doenças e a movimentação de pessoas, bagagens e mercadorias, as nações passaram a produzir convenções, acordos, para a normatização e padronização das medidas de profilaxia, com o intuito de proteger a saúde dos portos e das cidades sem prejudicar o livre comércio. Era preciso discutir formas de se combinar a proteção à saúde pública com um mínimo de impacto negativo sobre os interesses comerciais, causado pelos processos de desinfecção e fumigação de mercadorias e pelas quarentenas de navios e passageiros.

O medo de que os imigrantes trouxessem doenças desconhecidas era particularmente intenso nos países de imigração como os EUA, a Argentina e o Brasil. O aumento rápido do contingente populacional nos países imigrantistas no final do século XIX representava perigos de “fora”, como epidemias de cólera ou peste bubônica, e de “dentro”, como a febre amarela. Por outro lado, países europeus por muitas vezes proibiram a emigração para o Brasil, alegando que o país não era suficientemente salubre para receber a população estrangeira, que sofria muito com as ditas doenças tropicais¹⁰, o que incluía não só a febre amarela, mas também a malária, a esquistossomose e outras verminoses.

O porto, com a frenética passagem de pessoas e mercadorias, representava aos olhos das elites e do governo a marcha para o progresso, mas simbolizava também a porta de entrada de

⁸ Ribeiro (1993: 27).

⁹ Com relação à população estrangeira, que já era numerosa na época, o decreto n.13 A de 26 de novembro de 1889, expedido pelo governo provisório, deu o título de cidadão brasileiro a todo estrangeiro que o requereu. Já o decreto n. 58 de 14 de dezembro do mesmo ano transformou em brasileiro todo o estrangeiro que já residia no Brasil no dia 15 de novembro de 1889, salvo declaração contrária deste, feita perante a municipalidade no prazo de 6 meses de publicação do decreto (Relatório do Ministério do Interior [RMI], 1891:17).

¹⁰ Segundo Bynum (1993: 425), o controle de algumas doenças era essencial para o imperialismo. Muitas regiões permaneciam inexploradas pelo fato de serem conhecidas como o “túmulo” do homem branco. A bacteriologia e a parasitologia, na qual Patrick Manson baseou a disciplina chamada “medicina tropical”, ofereceu os significados para entender e controlar doenças que tinham impedido até então a “marcha de civilização e progresso”.

problemas sociais, como a aglomeração de pessoas em cortiços e casas de estalagem, desordem urbana, crimes, problemas sanitários, crescimento populacional desordenado e doenças.

De acordo com Maglen (op.cit), a saúde pública e seu desenvolvimento - prevenção e controle de doenças - tem sido estudada em sua relação com a reforma sanitária, com a vacinação e através da análise de inovações médicas no entendimento da etiologia das doenças. Mas o interesse acadêmico pelo trabalho dos profissionais que operavam as práticas para interceptar a importação de doenças transmissíveis nos portos, apesar de ter aumentado nos últimos anos, ainda é escasso. Identificamos uma quantidade significativa de pesquisas neste sentido nos EUA, principalmente referentes à inspeção e ao exame médico nos locais de recepção de imigrantes. Porém, no Brasil, ainda desconhecemos trabalhos que tratem deste assunto.

Entre os principais estudos sobre a inspeção de passageiros nos portos, estão as pesquisas de Amy Fairchild (2003, 2006). O principal tema discutido pela autora é a questão da exclusão e inclusão de imigrantes. Para ela, a história social tem trabalhado com o problema da exclusão de imigrantes indesejáveis, entendendo a inspeção médica, utilizada pelo estado racialmente, para demarcar a exclusão. No entanto, a despeito da exclusão, a história da imigração no século XX é a da inclusão. A inspeção médica realizava o controle de imigrantes portadores de doenças não para mandá-los de volta a seus países, mas para introduzi-los no valores industriais norte-americanos. Assim, as práticas de inspeção de imigrantes nos EUA moldaram as demandas industriais. O objetivo não estava em restringir, mas em controlar e prevenir a entrada daqueles que, doentes, não poderiam trabalhar para sustentar a si e a sua família, o que os tornaria dependentes do Estado, gerando despesas para a saúde pública.

Elizabeth Yew (1980) mostrou que o principal local de recepção de imigrantes, a Ilha de Ellis, não se constitui somente como o espaço da história dos imigrantes, mas também dos profissionais que os recebiam, entre eles o cirurgião-geral do *US Public Health Service*. A cultura e a ciência médica americana construíram o discurso que considerava o exame médico como aceitável e necessário nos portos.

Desta forma, esta tese traz o universo dos profissionais, pouco conhecidos e estudados, que atuavam nos serviços sanitários dos portos no Brasil como o inspetor geral e seus médicos ajudantes, os inspetores sanitários de navios, os médicos de bordo e os desinfetadores. O entendimento destes profissionais sobre a etiologia e as formas de transmissão das doenças

divergiam do resto da comunidade médica, assim como suas práticas de profilaxia. Neste universo de profissionais de saúde dos portos no Brasil, identificamos um descompasso entre conhecimento e prática no período de transição entre as idéias de miasmas, micróbios e insetos vetores, transmissores de doenças.

Anne-Emanuelle Birn (1997) também analisou a inspeção médica de imigrantes na Ilha de Ellis. Segundo a autora, o sistema de recepção de imigrantes nos EUA, por mais que procurasse ser rígido, na verdade era frágil, falho e irracional. Todos os dias, os médicos tinham que inspecionar de 2 a 5 mil passageiros, sendo impossível realizar um exame minucioso em tal quantidade de pessoas. Ao contrário de Alan Kraut (1994), que viu a Ilha de Ellis como uma incubadora de políticas de saúde pública e como um laboratório de experiências científicas, Birn mostra que a inspeção refletia mais decisões arbitrárias sobre a inclusão ou exclusão de imigrantes do que uma política racional, controlada por práticas bem estabelecidas cientificamente.

No Brasil, também identificamos a fragilidade do serviço de recepção de imigrantes do Porto do Rio de Janeiro. A estrutura formada pela Hospedaria da Ilha das Flores, pelo Lazareto da Ilha Grande e pelo Hospital de Isolamento da Jurujuba não conseguia receber, acolher e dar assistência a quantidade de passageiros que chegavam, principalmente em períodos epidêmicos. Além disso, a hospedaria pertencia à Inspetoria de Terras e Colonização, instituição ligada ao Ministério da Agricultura, e a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos fazia parte do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Portanto, defendemos o argumento de que este fato fazia com que as duas instituições que gerenciavam a recepção de imigrantes agissem de forma desarticulada e autônoma, o que dificultava a tomada de decisões em momentos críticos, como a chegada de um navio com doença transmissível em momento de epidemia.

Esta tese analisa a experiência da travessia através de algumas narrativas que abordam o problema das epidemias dentro dos vapores de imigrantes e o encontro destes com o Serviço Sanitário Marítimo do Brasil. A partir da descrição dos casos de quatro navios que chegaram com epidemias a bordo ao Porto do Rio de Janeiro, analisamos as relações entre imigração e saúde pública de forma diversa das tradicionais, utilizando outras ferramentas e perspectivas de análise. O encontro dos imigrantes com as autoridades de saúde no porto se constitui como a forma com que o Estado brasileiro lidava com o problema do contágio das doenças transmissíveis.

Segundo Jair Ramos (2006), os profissionais que atuavam nos núcleos coloniais, os agentes do Serviço de Povoamento do Solo Nacional, instituição subordinada ao Ministério da Agricultura, corporificavam a presença e a existência do Estado para o imigrante. Isso porque estes agentes carregavam em suas ações, palavras e gestos os princípios de classificação, de explicação do mundo, que partiam do pressuposto de que o Estado brasileiro existia com certos objetivos, recursos e capacidades. Desta forma, levantamos o argumento de que, antes deste contato com o agente de povoamento, era no encontro com os profissionais da Inspetoria Geral de Saúde do Porto do Rio de Janeiro, com os inspetores, ajudantes e desinfetadores que se materializava para os estrangeiros a idéia da presença do Estado brasileiro. O inspetor sanitário do porto era o primeiro que adentrava o navio, era o primeiro contato e às vezes o único, quando se davam casos de epidemias a bordo. Já o inspetor sanitário de navios era o primeiro contato do Estado brasileiro com a população estrangeira ainda no porto de embarque, eles representavam e agiam como porta-vozes do governo central, que passava a existir naquela interação.

Os modelos de inspeção de navios e passageiros foram informados pelo que era ditado pela ciência quanto à melhor forma de prevenção de moléstias. Portanto, uma outra chave analítica deste trabalho foi a relação entre o entendimento da etiologia e as formas de transmissão das doenças num momento de transição entre miasmas, micróbios e vetores, ou seja, o diálogo entre as práticas de profilaxia e a ciência.

Segundo Benchimol (1999; 2003), no período dos anos 1890, o termo micróbio tinha acabado de ser cunhado com o objetivo de contornar os desentendimentos com relação às categorias taxonômicas usadas nos textos científicos da época, que prejudicavam as discussões da teoria dos germes entre não especialistas, inclusive clínicos e higienistas.

Para Caponi (2002b), as práticas sanitárias no final do século XIX e início do XX sugerem múltiplas articulações e confluências entre explicações miasmáticas e contagionistas. Os higienistas clássicos, em sua maioria infeccionistas, longe de desaparecerem, encontraram suporte na teoria pasteuriana, o que gerou a permanência da desinfecção e o controle da insalubridade nos centros urbanos. O convívio entre contagionistas, que não duvidavam dos germes, com os infeccionistas, preocupados com o “ar viciado”, gerou uma continuidade entre teorias propostas e medidas sanitárias programadas.

Para os profissionais que lidavam com o processo imigratório no porto, tanto a teoria dos micróbios quanto a dos vetores não mudaram significativamente as suas práticas. Apesar da diminuição das quarentenas, no processo de entrada de imigrantes permaneceu o uso da desinfecção de roupas, objetos, a fumigação dos navios e o isolamento dos doentes.

Para Benchimol (1999), a nova geração de médicos bacteriologistas dissipava as dúvidas suscitadas pelo diagnóstico clínico e reorientava as ações dos higienistas para eles precisos das cadeias infecto-contagiosas, tornando mais eficazes seus contra-ataques às agressões epidêmicas. Por outro lado, os diagnósticos e pareceres que emitiam, através do laboratório, eram inacessíveis à maioria dos médicos. E ao invés de eliminarem, acentuavam as dissonâncias que costumavam aparecer em conjunturas epidêmicas.

Os anos 1890 estão repletos de conflitos envolvendo a identificação e, por consequência, a profilaxia e o tratamento das doenças. Os serviços de higiene foram remodelados com laboratório de análise química e bacteriológica. Mas na prática, argumentamos que a microbiologia demorou algum tempo até que se tornasse realidade nos serviços sanitários dos portos. E apesar dos pressupostos da teoria dos vetores terem entrado na legislação sanitária de 1904, descrevemos seu uso efetivo no porto somente em 1907, no caso de um vapor de imigrantes que chegou ao porto do Rio de Janeiro com epidemia de peste bubônica.

A grande movimentação de pessoas pelos portos gerou no final do século XIX graves pandemias, principalmente de cólera e peste bubônica. A imigração se constitui então como um problema de saúde pública em nível internacional. De acordo com Weindling (1995), o modelo quarentenário moldou o desenvolvimento dos serviços sanitários durante o século XIX, impondo a inspeção médica para passageiros migrantes. No entanto, as práticas de profilaxia, principalmente o uso da quarentena aplicada de formas diversas pelos portos mundo afora, atrapalhavam a livre troca de mercadorias.

Harrison (2006) mostrou que no início do século XIX, nações européias começaram a contemplar formas de cooperação em assuntos sanitários, dando início a um processo diplomático que culminou nas conferências sanitárias internacionais e nas primeiras leis para o controle de doenças infecciosas. Entretanto, seguindo o raciocínio de W. F. Bynum (1993), a proposta das primeiras convenções européias não era disseminar conhecimento, mas formalizar acordos. O internacionalismo, pregado pelas conferências européias, tinha seus limites na

exclusão das doenças tropicais, como a febre amarela, que não ameaçavam o continente europeu.

Desta forma, levantamos mais um argumento neste trabalho, ligado ao surgimento da Oficina Sanitária Internacional em Washington, em 1902, antes da *Office International d'Hygiène Publique* - OIHP em Paris (1907). Entendemos a criação da repartição de Washington como produto da expansão do comércio internacional, dos avanços da medicina e de uma nova relação política diplomática entre as nações americanas, como afirma Cueto (2007), mas também como fruto de desacordos entre nações européias e os EUA, no que dizia respeito à regulamentação do processo imigratório e do desinteresse europeu pelas discussões de medidas contra a febre amarela.

A quarentena era a forma de profilaxia utilizada quando não havia um consenso sobre a etiologia e a transmissão das doenças. Por isso, a diversidade de práticas de defesa sanitária nos portos e a necessidade de harmonizá-las através de convenções e regulamentos. O objetivo era tornar a chegada de um navio com epidemia em algo previsível, com uma rotina, um protocolo de ações nos portos, negociado e aceito internacionalmente, para que não causasse desavenças comerciais e diplomáticas entre nações.

O consenso dentro da comunidade científica de que o mosquito era o vetor da febre amarela e o rato da peste bubônica gerou mudanças nas práticas de profilaxia com a adoção de novas tecnologias, equipamentos e inseticidas. A teoria dos vetores levou a uma nova organização tanto da própria estrutura dos vapores que carregavam imigrantes, quanto da estrutura e aparelhagem sanitária nos portos, que deveriam se normatizar nos países que quisessem continuar a participar das trocas comerciais. Apesar disso, permaneceu no processo de inspeção de imigrantes, o uso da desinfecção, da fumigação dos navios e do isolamento dos doentes.

Observamos então a assinatura de convenções para a cooperação sanitária internacional, a entrada destas regulamentações nas legislações nacionais e a criação de agências para monitorar todo este processo como a Oficina Sanitária Internacional no continente americano; o *Office International d'Hygiène Publique* - OIHP em Paris e, depois da Primeira Guerra Mundial, o Comitê de Saúde da Liga das Nações e o *International Labour Office* – ILO em Genebra.

Utilizamos como metodologia os estudos de casos de quatro navios - entre os anos de 1890 e 1926 - que chegaram ao Porto do Rio de Janeiro com epidemias de cólera, peste e febre amarela e o impacto disto na forma de gerenciamento das práticas de profilaxia. Assim, pensamos estes aspectos da imigração na experiência da microanálise.

Como no cinema, utilizamos uma lente para ver em close, para ver os detalhes. Entramos em um navio de imigrantes com surto epidêmico para dissecar as práticas de profilaxia internacional e como elas apareceram em nível local. E o mais importante, para compreender o comportamento de autoridades sanitárias, governamentais, consulares, da sociedade e dos próprios imigrantes naquele momento. O objetivo é a busca de uma descrição mais realista, mais humana, para a complementação da compreensão de um fato que estava sendo analisado anteriormente a partir de documentação oficial - relatórios dos ministérios, dos serviços sanitários, dos consulados, das agências de cooperação sanitária.

Utilizamos, como fonte histórica, a imprensa da época, que acompanhou detalhadamente, dia-a-dia, o começo e o desfecho dos casos dos navios pesquisados. Dos jornais, pudemos retirar impressões, dimensões do ocorrido e, principalmente, personagens como Clementino Fraga, Nuno de Andrade, Jaime Silvado e Oswaldo Cruz, para citar alguns¹¹.

Na construção dos episódios da chegada dos navios ao porto do Rio, além dos documentos oficiais, utilizamos o ponto de vista dos mais influentes jornais cariocas na época, entre eles: o *Jornal do Commercio*, *O Paiz*, a *Gazeta de Notícias* e o *Correio da Manhã*. Usamos também alguns depoimentos de imigrantes e descendentes sobre a travessia para a complementação desta experiência e ir um pouco além do ponto de vista da imprensa.

A opção pela microanálise, num segundo momento de pesquisa, após a análise das fontes oficiais, nos possibilitou interpretar as brechas e contradições dos sistemas normativos, que governavam estas pessoas¹². Como por exemplo, o suborno e a fuga de um grupo de imigrantes de um navio em quarentena para ultrapassar a barreira do Serviço Sanitário do Porto do Rio de Janeiro; ou o uso da quarentena por um diretor de saúde pública, quando ela já havia

¹¹ Sobre a história da imprensa brasileira ver Nelson Werneck Sodré (1966). Segundo o autor, na imprensa brasileira é onde se encontram os diversos interesses conservadores, para obterem, pelo sistema de pressão e pela manipulação da opinião pública, controle do Estado e a permanência da nação nos estreitos limites dos seus interesses. Dessa forma, a história da imprensa na sociedade brasileira é a própria história do desenvolvimento desta.

¹² Levi, Giovanni (1992: 135).

sido abolida há vinte anos, como mecanismo político, energético, para apaziguar uma população revoltada.

A “menor escala” foi o meio pelo qual chegamos a conclusões de mais amplo alcance, que segundo Clifford Geertz, é o procedimento usado pelos etnólogos, cuja interpretação do material é praticamente ilimitada, constituindo-se como a essência do trabalho¹³.

A microanálise toma o particular como seu ponto de partida, um particular que com frequência é altamente específico e individual, que seria impossível de descrever como um caso típico¹⁴. Nesta pesquisa, o recurso à análise das fontes em “menor escala” foi utilizado em um segundo momento, após a concatenação e o exame das fontes oficiais. Além disso, não avaliamos só um caso de navio com surto epidêmico, mas alguns e em períodos diferentes, com o intuito de comparar comportamentos e práticas entre épocas distintas. Só depois de termos a estrutura geral do sistema de saúde organizado, a partir dos primeiros regulamentos e convenções, é que mudamos a perspectiva de análise, acentuando a interpretação das ações mais insignificantes e localizadas, para assim demonstrar as lacunas deste sistema¹⁵. Depois ampliamos a análise sob uma perspectiva macro, dentro de um período de trinta anos.

Assim, no primeiro momento da pesquisa, analisamos as fontes oficiais, como relatórios do Ministério da Justiça e Negócios Interiores - MJNI, do Ministério da Agricultura - MIVOP, MAIC - do Ministério da Relações Exteriores - MRE, e também ampla legislação sanitária como o código sanitário de 1920 e a Convenção de Emigração e Imigração de 1924. Com esta análise, traçamos as estruturas governamentais de recepção, acolhimento e inspeção de imigrantes.

A partir da documentação pesquisada no Arquivo Nacional e Arquivo Histórico do Itamaraty como relatórios, ofícios e avisos de consulados e legações no Brasil e no exterior; documentação sobre a Inspeção Geral de Saúde dos Portos, sobre as convenções sanitárias internacionais; sobre as instituições de saúde pública e de imigração e listagem de passageiros e navios traçamos as relações entre os serviços sanitários dos portos, a imigração e a diplomacia.

A pesquisa no Departamento de Arquivo e Documentação da COC/FIOCRUZ, nos fundos Oswaldo Cruz, Carlos Chagas e Liga das Nações no ajudou a entender os mecanismos

¹³ Ibidem: 142. Ver também Revel, Jaques (1998: 16-38).

¹⁴ Levi, op.cit: 154.

¹⁵ Ibidem: 155.

de profilaxia internacional, a constituição dos aparatos de saúde pública nos portos e suas relações com o serviço sanitário terrestre. Além dos debates nacionais e internacionais sobre ciência e práticas de prevenção de doenças, pois Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, além diretores de saúde pública, foram representantes da ciência brasileira em congressos, conferências e convenções.

O Acervo da Liga das Nações, além de nos oferecer as atas das reuniões da OIHP e do Comitê de Saúde da Liga, nos possibilitou entender as transformações no controle e no transporte de imigrantes e as mudanças de olhares sobre a questão da imigração e da saúde a partir de 1920.

Trabalhamos também com periódicos científicos como o *Brazil-Médico* e o *Boletim da Oficina Sanitária Internacional* - BOSI. Eles nos ajudaram a traçar a relação entre profilaxia e ciência e as controvérsias no meio médico sobre o entendimento e a forma de transmissão das doenças, que influenciaram diretamente as legislações e práticas portuárias. Pelo BOSI, tivemos acesso às discussões sanitárias, acordos e legislações no âmbito das Américas.

Esta tese é composta por cinco capítulos. No primeiro, analisamos dois casos de navios que chegaram ao Porto do Rio de Janeiro no final do século XIX (1890-1900) com epidemias a bordo: um navio de imigrantes, o Carlo R., e um cruzador italiano, o Lombardia. Com o primeiro caso, reconstruímos as estruturas de recepção e inspeção de imigrantes - a Hospedaria da Ilha das Flores e o Lazareto da Ilha Grande. No segundo caso, discutimos as relações entre a ciência e as práticas de prevenção no momento de transição da compreensão da etiologia e da forma de contágio das doenças, que caminhava da higiene dos miasmas para a microbiologia e a emergência da idéia dos insetos vetores na transmissão da peste bubônica e da febre amarela.

No segundo capítulo, é analisada a quarentena, o principal mecanismo para se combater epidemias quando não existia um consenso a respeito das formas de contágio das moléstias consideradas transmissíveis. Discutimos a forma como ela era aplicada no final do XIX a partir de três modelos de inspeção – o americano, o inglês e o brasileiro – para ressaltar suas semelhanças e diferenças.

As quarentenas eram impostas para proteger as cidades das epidemias, mas às vezes serviam também como forma de protecionismo e retaliações políticas e econômicas entre países. Estes problemas ocorriam frequentemente entre as nações vizinhas, principalmente Brasil e Argentina, na Bacia do Rio da Prata. Desta forma, foi necessário criar legislações ainda

no final do século XIX por meio de convenções sanitárias entre os três países fronteiriços - Brasil, Argentina e Uruguai. Portanto, trabalhamos com o problema das quarentenas nas convenções sanitárias platinas de 1887 e 1899 e como estas regulamentações influenciaram a legislação sanitária brasileira.

Mostramos como o problema entre Brasil e Argentina não era apenas político e econômico, mas decorriam de controvérsias científicas com relação à forma de aplicação dos preceitos da higiene e da microbiologia. Estes preceitos acabavam influenciando as práticas de profilaxia nos portos de ambos os países e causando empecilhos no fluxo de mercadorias e pessoas.

Descrevemos as práticas de defesa adotadas nos portos brasileiros, dentre elas as visitas higiênicas aos navios, o isolamento dos doentes ou suspeitos de estarem infectados e a desinfecção dos navios e dos passageiros. A partir das práticas, foi possível construir também o universo dos profissionais que as operavam, os inspetores de portos e navios, os desinfetadores e os médicos de bordo.

O terceiro capítulo (1900-1910) aborda o processo de extinção das quarentenas e emergência da profilaxia moderna no Brasil. Para abolir as quarentenas, era preciso fortalecer a defesa sanitária marítima, o que gerou a reforma do porto e a defesa sanitária terrestre, dando origem à reforma urbana. Com o fim das quarentenas, surgem novas técnicas e aparelhos para a aplicação da profilaxia moderna como por exemplo o aparelho de Clayton para a realização das desinfecções dentro dos navios. Quando os vetores passaram a ser considerados como transmissores de moléstias, ocorrem mudanças na profilaxia das três doenças - cólera, peste e febre amarela – que eram sujeitas à regulamentação internacional. Mostramos como estas mudanças foram inseridas na legislação sanitária brasileira de 1904.

A partir da nova profilaxia, inserida no nosso regulamento sanitário de 1904, analisamos o caso do navio de imigrantes francês Orleannais que chegou ao Porto do Rio de Janeiro em 1907. O Orleannais serviu como um caso modelo para o então criado Serviço de Desinfecção do Porto do Rio de Janeiro. Neste caso, identificamos o uso dos procedimentos da microbiologia pelo serviço sanitário do porto. O laboratório de bacteriologia realizou o exame de sangue dos passageiros doentes para a comprovação da existência da peste bubônica a bordo. Neste momento, a estrutura sanitária do porto se encontrava estabelecida e funcionava regularmente, utilizando os novos preceitos da profilaxia. Portanto, o navio não foi para

quarentena, pode ser descarregado, utilizando-se os novos processos de desinfecção das bagagens e cargas e a vigilância sanitária dos passageiros foi adotada como medida de prevenção em substituição à quarentena. De modo que todos os passageiros foram desembarcados e seguiram seus destinos, portando bilhetes sanitários, o documento dado pela vigilância sanitária no porto. Eles deveriam ser observados por oficiais de saúde em suas residências até o fim do período de incubação doença.

O quarto capítulo é a descrição detalhada do caso Araguaya (1910), o navio de luxo que, três anos após o Orleannais, chegou ao Brasil com uma epidemia de cólera a bordo. O vapor carregava passageiros ilustres de 1ª e 2ª classes, que nada sofreram e 1028 imigrantes na 3ª classe, onde ocorreu a epidemia. Reconstruímos o caso passo a passo, do embarque dos imigrantes na Europa até a chegada ao Porto do Rio de Janeiro e seus desfechos.

No Araguaya, configura-se de forma total a experiência da travessia, pois possui todos os ingredientes (classe social, revolta, solidariedade, heroísmo etc) para a problematização histórica deste tema. Ele se compõe como uma experiência social que não foi única, mas compartilhada por muitos que realizaram a travessia. Neste caso, existem os narradores, que são os passageiros de primeira classe, médicos e jornalistas, as autoridades e a sociedade. E são estes narradores que nos dão o ponto de vista do objeto histórico¹⁶. O Araguaya é o encontro do Serviço Sanitário dos Portos com a população imigrante na experiência da microanálise.

No quinto capítulo (1910-1926), damos foco à questão a respeito do maior controle da corrente migratória como uma tendência mundial, como consequência da Primeira Guerra e da ascensão do nacionalismo. No Brasil, identificamos o processo contínuo de centralização da saúde, alavancado pelo movimento sanitarista e sua preocupação com o combate às endemias rurais. Este processo nos leva a uma maior valorização do trabalhador nacional em detrimento do estrangeiro.

Mostramos como a nova direção da política migratória se configurou a partir de novos regulamentos e legislações que vão culminar na organização do Departamento Nacional de

¹⁶ Não existiriam considerações, por mais gerais que fossem, nem leituras, por mais longe que as entendamos, capazes de apagar a *particularidade* do lugar de onde eu falo e do domínio por onde conduzo uma investigação. O gesto que conduz as *idéias* aos *lugares* é precisamente um gesto do historiador. Para ele, compreender é analisar em termos de produção localizáveis o material que cada método inicialmente instaurou, a partir de seus próprios critérios de pertinência (grifos do autor) - ver p. 17 de Certau, Michel. A operação histórica. In: Le Goff, Jacques e Nora, Pierre (org.). *História e Novos Problemas*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988, pp.17-48.

Saúde Pública - DNSP. A criação da DNSP possibilitou também uma maior fiscalização do transporte e da recepção de imigrantes.

Outro ponto discutido é como a questão da imigração se inseriu nas conferências sanitárias européias e americanas. A problemática imigração e saúde virou objeto de interesse da Liga das Nações via *International Labour Office*, com a emergência da idéia de medicina social e a sua prática pelo grupo do Comitê de Saúde da Liga das Nações.

Fechamos a pesquisa em 1926 por entendermos ser a Convenção Sanitária Internacional, ocorrida neste ano, um bom marco teórico, tendo em vista as propostas de Carlos Chagas para a emigração. A análise da Convenção nos trouxe percepções sobre o deslocamento de uma situação anterior, de profilaxia, de combate à transmissão de doenças, para uma nova abordagem da questão da imigração e da saúde. Dessa forma, esta convenção representa a reiteração dos elementos de controle por um lado, mas também o descompasso da OIHP perante as novas abordagens sobre saúde e doença defendidas pelo Comitê de Saúde da Liga das Nações.

Partiu e uma estranha cantarola subiu aos ares nesse momento
tormentoso:
Os imigrantes cantavam e batiam palmas, abrindo os grossos
chapéus de sol que lhes escondiam os rostos, enquanto o rebocador
se ia afastando do Araguaya, arrastando a tosca barçaça em sua
esteira caprichosa
Os imigrantes cantavam!
Sujos, do mais triste aspecto doentio, desgraçados na sua
condição miserável, oprimidos a toda sorte – pela fome, pelo
aspecto, pela ameaça de doença – mal tratados até pelo céu que, pela
manhã, rico de sol, então rasgava as suas nuvens num aguaceiro
glacial. Uma desventura que não se conhece termo de comparação,
porque até os cães encontram amigos entre os homens e para o
imigrante a bordo, a piedade humana ainda não chegou.
O saveiro afrontou as águas do mar e as nuvens, oferecendo a
quem fechasse os olhos naquele curioso instante, a ilusão de ouvir
alguma festiva serenata, lançada na calma de um mar de rosas, por
um bando de felizes da vida!
É que a dor também sabe a ironia de cantar risonhamente as suas
mágoas infinitas, à maneira da alegria, desafogando os excessivos
paroxismos, desatando a aparente tristeza das lágrimas.

Correio da Manhã, 22 de outubro de 1910, p.1.

CAPÍTULO 1

Imigração, epidemias e saúde pública (1890-1900)

Esta tese tem como objetivo investigar a viagem de imigração e os problemas sanitários decorridos dela para a população estrangeira e para a saúde pública. Neste capítulo, pretendo apresentar as estruturas que existiam para a recepção e inspeção de navios e passageiros imigrantes no Porto do Rio de Janeiro, como a Hospedaria da Ilha das Flores e o Lazareto da Ilha Grande. Para atingir este objetivo, analisarei a chegada de um vapor com epidemia de cólera a bordo, que trazia imigrantes italianos para o Brasil, no mês de agosto de 1893. Neste período, a doença se alastrava por portos da Europa, especialmente pela Itália e Espanha. O Carlo R. chegou no momento em que o governo havia proibido a entrada da corrente imigratória italiana pelos portos brasileiros.

Apresentarei também um segundo caso de navio com epidemia. Trata-se de um cruzador italiano, o Lombardia, que se encontrava ancorado na Baía da Guanabara e teve um surto de febre amarela a bordo. Apesar de não ser um navio de imigrantes, tomarei este caso como exemplo para delinear as controvérsias entre as autoridades de saúde, em especial as que operavam no Serviço Sanitário do Porto do Rio de Janeiro. Estas controvérsias giravam em torno dos pressupostos científicos e da aplicação destes nas práticas de prevenção de moléstias transmissíveis, durante a inspeção de navios e passageiros, no momento de transição da compreensão da etiologia e da forma de contágio das doenças.

Primeiro vamos entender o que aconteceu com o Carlo R.

“O Vapor Carlo R., de passageiros, cortando o oceano e perdendo sempre doentes de *cólera morbus* (grifo do autor), faz lembrar alguma coisa horrorosamente fantástica, que o próprio Dante não descreveu nos seus círculos infernais: insensivelmente recorda a lenda de Ashaverus, deixando o horrível morbo após si em todos os lugares por onde passava”¹⁷.

Entre os meses de agosto e setembro de 1893, quase seis mil pessoas tiveram seus destinos alterados. Ao se aproximarem do Porto do Rio de Janeiro, quatro vapores italianos que

¹⁷ Brasil, RMJNI, Relatório da Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, 1894-1895: A-S-10 – Inspetor Dr. José de Souza da Silveira.

carregavam cerca de 1500 imigrantes cada um, após um mês de viagem, tiveram que retornar para seus portos de embarque, abortando o sonho de indivíduos e famílias que deixavam suas pátrias em busca de tempos melhores. Atravessar o oceano para “fazer a América” necessitava de muita preparação, planejamento, dinheiro, passagens, coragem, saúde e documentos, uma quantidade enorme de papéis que crescia a cada dia: passaporte, visto de entrada e saída dos portos de escala, certificado de vacinação, certificado de inspeção médica, certificado penal etc (ver anexos: 2, 3 e 4).

A cólera¹⁸, que em 1892 irrompera na França, já havia invadido vários países europeus, atravessado o Atlântico e adentrado os Estados Unidos. A doença chegava a bordo dos navios aglomerados de emigrantes, matando indiscriminadamente de porto a porto, de cidade em cidade por onde passava. Autoridades diplomáticas e consulares brasileiras remetiam ao governo, por telégrafo, notícias oficiais da irrupção do mal nos seus países de residência.

Autoridades locais, por sua vez, faziam o possível para postergar a chegada da moléstia, colocando em execução medidas preventivas como inspeção rigorosa de mercadorias e passageiros; desinfecção de embarcações procedentes de localidades suspeitas e infeccionadas; observação quarentenária dos passageiros e proibição da imigração durante o período de epidemia.

A partir do mês de abril de 1893, começam a chegar os avisos das representações diplomáticas brasileiras no exterior, sobre os portos europeus infeccionados pela cólera-morbo¹⁹ (ver anexo: 5). Conseqüentemente, as embarcações procedentes de tais portos passam a ser recebidas nos portos da República somente após passarem por tratamento sanitário²⁰,

¹⁸ Cólera, na língua portuguesa, tanto caracteriza uma doença, como um sentimento. Este último, no grego e no latim, era do gênero feminino. Uma tendência imitativa da língua francesa, que por um período contagiou grande número de membros da classe médica brasileira, acabou forçando a mudança do gênero da palavra para o masculino. No francês, *le choléra*, é palavra masculina. Alguns consideram ainda que o gênero do agente etiológico da doença, o vibrião colérico (*v. cholera*), condicionaria o gênero da palavra que identifica a doença por ele causada. Nesta ordem de idéia, o pneumococo (*S. pneumonia*) causaria “o pneumonia” e não a pneumonia. Nesta tese, vamos utilizar a palavra sempre no gênero feminino, que seria a forma correta na língua portuguesa. Sobre este assunto ver: Candeias, José Alberto Neves. O cólera ou a cólera: on the gender of the word cholera in portuguese. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 25 (4), 1991, pp.241-242.

¹⁹ AN. Série Justiça, notação IJ1-1026 – Consulado e Vice-Consulado do Brasil em Barcelona 1892-1897 – avisos sobre portos infeccionados pela cólera.

²⁰ A palavra tratamento, de acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa *Michaelis*, significa o ato de tratar alguém. O conjunto de meios terapêuticos, cirúrgicos e higiênicos de que lança mão o médico para curar o doente. Normalmente, este termo é usado para se referir a pessoas, animais, seres vivos em geral e não para navios, vapores ou embarcações. No entanto, em todas as fontes pesquisadas para este trabalho, a palavra foi utilizada para se referir aos processos pelos quais os navios infectados por doenças transmissíveis deveriam passar para entrar

como desinfecção da embarcação, das bagagens, das roupas e objetos pessoais dos passageiros, no Lazareto da Ilha Grande, para onde deveriam se dirigir²¹.

O governo brasileiro, como medida preventiva, suspendeu a corrente imigratória, recusando os imigrantes transportados em vapores saídos da Itália e da Espanha depois de 16 de agosto de 1893. Todos os portos franceses e africanos do Mediterrâneo foram declarados infeccionados. Foi imposta a quarentena para navios infectados ou suspeitos de cólera e só no começo do ano de 1894 a situação se normalizou, sendo liberada a corrente imigratória de locais livres da epidemia²².

Dentre as medidas profiláticas, o “torna-viagem”, retornar ao porto de embarque, era utilizado em casos extremos, quando havia uma grande quantidade de doentes e mortos a bordo. Infelizmente, foi o caso dos quatro vapores que adentraram o porto do Rio de Janeiro entre os meses de agosto e setembro de 1893.

O paquete Remo, que havia saído de Gênova no dia 15 de agosto, foi declarado como “infeccioso” no dia 16, tocando o porto de Nápoles dia 17. Suas condições sanitárias eram muito ruins e estava com excesso de passageiros - 1494 pessoas aglomeradas. Três passageiros haviam morrido e, ao chegar no ancoradouro do Lazareto da Ilha Grande, outros três se encontravam com a moléstia. O Remo não foi admitido “à livre prática nos portos do Brasil”, ou seja, foi proibido de entrar e voltou para o seu porto de partida depois de receber os “socorros necessários”. Ao retornar viagem, mais de 60 pessoas foram atacadas pelo flagelo. Conforme informações do consulado brasileiro em Barcelona, acreditava-se que a cólera havia chegado à Espanha junto com o navio italiano quando este voltava do Brasil, pois a epidemia começara a grassar em Tenerife (RMJNI – Relatório da Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, 1894-1895: A-S-9).

O vapor Andréa Doria chegou à Ilha Grande em 12 de setembro e havia partido de Nápoles na data do aviso proibitivo da entrada de imigrantes no Brasil – 16 de agosto. Os passageiros se encontravam aglomerados e em péssimas condições de higiene e asseio, tendo

nos portos, como desinfecção e fumigação de suas estruturas, realizadas através de vapor d’água, gases ou substâncias químicas. Portanto, optamos por utilizar a palavra para nos referirmos ao tratamento sanitário dos navios, vapores e embarcações, sem aspas de ressalva, conforme foi encontrado nas fontes.

²¹ AN. Série Saúde, notação ISI-96 - MJNI, Serviço Sanitário, abril de 1893.

²² Brasil, RMJNI, Relatório da Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, 1893/1894: 274; RMIVOP, 1896:69; RMJNI, 1892/1893:337; 1893/1894: 277.

ocorrido durante a viagem 91 casos fatais de cólera. Como existiam ainda muito doentes à sua chegada, foi ordenado que retrocedesse (ibidem).

O vapor Vincenzo Florio chegou à Ilha Grande no dia 16 de setembro, em condições idênticas às do vapor Remo. Mesmo após a sua chegada, pessoas continuaram a adoecer, tendo de retroceder viagem (ibidem).

O vapor Carlo R. partiu de Gênova em 27 de julho. Em Nápoles recebeu 1.300 emigrantes, saindo deste porto no dia 29 em direção ao Rio de Janeiro. O primeiro óbito se deu no dia 31. O comandante, ao invés de retroceder viagem para o lazareto de Nápoles, onde os doentes poderiam ter recebido tratamento, continuou a viagem, informando às autoridades que os casos não eram de cólera mas de gastroenterite. Por mais de vinte dias de viagem, pessoas foram falecendo, atacadas pelo mal. Como o vapor era pequeno, não havia local para isolar os doentes. Ao chegar no Lazareto da Ilha Grande, dia 24 de agosto, havia mais de 100 mortos a bordo e era possível que tivesse ainda número considerável de doentes em péssimas condições de asseio, pois “exalava um cheiro fétido” (ibidem:10-11; RMJNI, 1893 e 1894: 280).

Nos relatórios ministeriais e documentos oficiais, o que ocorreu aos quatro navios é relatado de forma sucinta. No entanto, nem mesmo a frieza dos relatórios conseguiu anular completamente a dimensão da tragédia que se deu a bordo do Carlo R. Quem os escreveu deixou escapar certo incômodo com a situação, incômodo que abateu não só autoridades mas toda a sociedade carioca, durante os fatídicos dias em que o vapor permaneceu nas águas da capital da República.

O Carlo R. foi mais um dos navios que foram impedidos de entrar em águas brasileiras, durante este período, por causa da cólera. No entanto, a quantidade de pessoas, doentes e mortos a bordo; a incapacidade das autoridades brasileiras em resolverem a questão; a falta de infraestrutura das instituições sanitárias; os problemas diplomáticos gerados e a própria tragicidade do episódio provocaram mais celeuma do que de costume.

O caso foi bastante noticiado, dia-a-dia o drama foi acompanhado pelos principais jornais cariocas, desde sua chegada ao porto até o triste desfecho. É através da imprensa que vamos compreender a dimensão deste episódio para todos os envolvidos, imigrantes, autoridades, comunidade médica e população.

1.1 O vapor Carlo R: a crônica de “uma hecatombe medonha”

Dentre os quatro navios que chegaram no mesmo período, o caso do vapor italiano Carlo R. foi sem dúvida o mais dramático, o que gerou mais discussões entre autoridades de saúde pública e o que chamou mais a atenção da imprensa. No dia 29 de agosto de 1893, o *Jornal do Commercio* publicou a nota a seguir:

Ontem à noite recebemos a seguinte carta: o rebocador *Victoria*, conduzindo carvão de pedra, víveres, medicamentos e mais socorros ao vapor italiano Carlo R., só partiu ontem desta capital, às 2h e 20 min. da tarde, com destino à Ilha Grande. Naturalmente o rebocador só chegará à noite e poderá ele suprir de tudo aquele vapor, que se acha na enseada das Palmas desde a noite do dia 24 (...) que tem falecido alguns dos coléricos, sendo os seus cadáveres atirados ao mar. Ora, vamos ver qual será o resultado de ter havido tanta demora da permanência do referido vapor naquela enseada. Oxalá que os cadáveres dos coléricos não dêem à costa (*Jornal do Commercio*, 29 de agosto de 1893, p.1).

Era unanimidade entre a população, autoridades e imprensa que o vapor deveria deixar águas brasileiras o mais rápido possível, permanecendo incomunicável, ou seja, ninguém poderia embarcar ou desembarcar, mesmo não sendo esta medida lá muito humanitária. O terror que a moléstia causava era imenso, conhecia-se o seu poder letal e de contágio, pois em menos de um ano ela assolara portos europeus, asiáticos e africanos.

Quando o Carlo R. saiu de Nápoles, no dia 29 de julho, este porto ainda não era considerado infeccionado. O aviso que proibia a entrada de navios de portos infeccionados ou suspeitos de cólera no Brasil datava de 16 de agosto. Sendo assim, quando este aviso foi publicado, o vapor se encontrava em alto-mar. Autoridades consulares brasileiras remetiam continuamente por telégrafo notícias sobre a situação sanitária de portos e cidades no exterior. Além disso, era obrigatório ao comandante, de acordo com as regulamentações portuárias internacionais do período, enviar informações de bordo aos portos de escala e de destino. Assim, logo se soube oficialmente da chegada de quatro navios, vindos de portos europeus infeccionados e com doentes a bordo.

O comandante do Carlo R. seguiu todas prescrições, enviou informação sobre a existência de uma moléstia a bordo, fez a notificação, mas o tempo todo afirmava que os casos

eram de diarreia normal, gastroenterite, e não de cólera. Essa omissão, mentira, descaso ou engano custou centenas de vidas.

Como o vapor chegou de porto infeccionado e com doentes a bordo, de acordo com a regulamentação portuária nacional, foi proibido de atracar no Porto do Rio de Janeiro, sendo direcionado para o Lazareto da Ilha Grande, na enseada do Abraão. No lazareto, o vapor seria desinfetado, os passageiros saudáveis ficariam em quarentena e os doentes seriam recolhidos para o hospital de isolamento ou ficariam para tratamento no próprio lazareto.

No entanto, o Carlo R. trazia mais de 1400 imigrantes, tendo falecido 109 durante a viagem. Ainda existiam doentes a bordo e “eram esperados mais 3 ou 4 vapores com imigrantes da Itália” talvez na mesma situação. Para agravar a situação, o Lazareto da Ilha Grande não estava preparado para receber tal quantidade de doentes e pessoas para quarentena (*Gazeta de Notícias*, 27 de agosto de 1893, p.1).

Por isso, logo que o navio chegou à enseada do Abraão e soube-se que havia cólera a bordo, foi dada ordem para que ele fosse fundeado à distância de “três milhas”, cerca de cinco quilômetros da costa, onde ficou ancorado e impedido de se comunicar com terra. A questão ficou tão grave, que de acordo com um aviso publicado na imprensa, o próprio “vice-presidente da República”²³, Floriano Peixoto, em plena Revolta da Armada, enviou telegramas à Ilha Grande, ordenando que o vapor fosse intimado a sair de águas nacionais e que não fosse permitido que navios, procedentes da Itália e trazendo imigrantes, atracassem e se comunicassem com terra. O mesmo aviso foi encaminhado também a autoridades nos estados:

O Carlo R. foi intimado a partir e isto fará hoje, logo que cheguem os mantimentos que devem seguir esta manhã daqui. O Carlo R. está comboiado pelo República. Para substituí-lo, deve seguir o Lamego para a Ilha Grande. Não cabe senão aconselhar às autoridades que persistam na intimação que se fez por mais violenta que ela pareça (...) – (ibidem).

²³ O jornal fala em vice-presidente porque de 3 de novembro de 1891 a 15 de novembro de 1894, Floriano Peixoto, que era vice de Deodoro da Fonseca, após a renúncia do mesmo, em 1891, assumiu o poder sem convocar eleições, o que era inconstitucional. Setores da Marinha, monarquistas e parte da imprensa fizeram grande oposição, o que resultou na Revolta da Armada no Rio de Janeiro e na Revolta Federalista no Rio Grande do Sul. Ver Neves, Margarida de Souza. Os cenários da República: O Brasil na virada do século XIX para o XX, pp15-44; Flores, Elio Chaves. A consolidação da República: rebeliões de ordem e progresso, pp.45-88. In: Ferreira, Jorge & Delgado Lucilia de Almeida Neves (org.). *O Brasil Republicano: o tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República à Revolução de 1930*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

Um cruzador²⁴, o República, e um rebocador²⁵, o Lamego, pertencentes à Marinha brasileira, tiveram que ser deslocados para comboiar o Carlo R. até a Ilha Grande, a poucos dias da explosão da Segunda Revolta da Armada, em 6 de setembro de 1893, nas águas da Guanabara. Isto demonstra a particularidade do caso e o terror que a presença do navio com surto de cólera causou à população e às autoridades, enquanto esteve ancorado próximo ao porto do Rio.

Ao chegar à Ilha Grande, o diretor do lazareto - como era de rotina - quando o vapor adentrou o ancoradouro, foi imediatamente interrogar o comandante. Mesmo à grande distância, ficou “desagradavelmente impressionado com o cheiro nauseabundo que partia do ponto em que se achava o vapor”. Desconfiado não só pela constatação deste fato, mas também por causa do aspecto doentio dos passageiros e tripulação, perguntou ao comandante se havia cólera a bordo. Foi-lhe respondido que apenas havia casos de “colerina grave”²⁶, mas que tinham morrido mais de 100 passageiros. O diretor então deu ordem para que o navio seguisse em direção à enseada de Palmas, longe do lazareto, onde ficaria inteiramente isolado e vigiado pelo cruzador República, que levava a bordo um médico ajudante do lazareto (*Gazeta de Notícias*, 28 de agosto de 1893, p.1).

O diretor do lazareto ficou à espera da chegada do Ministro do Interior, Fernando Lobo, e do Inspetor Geral de Saúde dos Portos, José da Silveira, que haviam enviado um aviso, informando que estavam a caminho. Mas um temporal atrasou a chegada, de forma que só conseguiram adentrar a ilha no dia seguinte. Quando as autoridades chegaram, dia 25 de agosto, foi resolvido que o navio não seria recebido, “ministrando-se tudo aquilo de que tivesse necessidade a bordo”. A pedido do comandante foram enviadas 100 toneladas de carvão, 15 bois vivos, farinha de trigo, legumes, frutas, grande quantidade de desinfetante, medicamentos

²⁴ Cruzador – navio de guerra veloz. In: Luft, Celso Pedro. *Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa*. 6ª edição. São Paulo: Editora Scipione, 1987, p.154.

²⁵ Rebocador – lancha apropriada para levar outra a reboque (ibidem: 471).

²⁶ Cholerina- cólera que aparece em um ou dois casos isolados, que sobrevem em qualquer tempo e lugar independente da influência epidêmica, caracterizada por vômitos verdes, roxos, dejeções alvinas da mesma natureza, dores no ventre, contrações espasmódicas dos membros e desmaios. Os sintomas não vão além e a moléstia é muito menos grave do que a cólera chamada asiática, que ataca ao mesmo tempo grande número de indivíduos. Tratamento: provocar transpiração, administrando um suadouro, infusões de folha de hortelã, de laranjeira, erva cidreira, limonada, clyster emoliente e calmante, cataplasma de linhaça no epigastro, creme de bismuto, ácido láctico e quinina. In: Chernoviz, Pedro Luiz Napoleão. *Formulário e Guia Médico*. 7ª edição. Paris: Livraria de A. Roger e F. Chernoviz, 1904, p.1436.

e principalmente “láudano, um preparado de ópio com efeito sedativo” (ibidem; RMJNI – Relatório da IGSP, 1894-1895: A-S-9-11; 1893; 1894: 280).

O material foi enviado no dia 28, em um grande saveiro rebocado pelo Victória. O rebocador acompanhou depois o saveiro até o lazareto para este ser entregue ao diretor do estabelecimento. Do lazareto, o saveiro foi levado para a enseada de Palmas, onde permaneceu, para que a tripulação do Carlo R. pudesse buscar os mantimentos sem possibilidade de contágio. Depois de feita a descarga, o saveiro foi incinerado (*Gazeta de Notícias*, op. cit.).

Quando chegou ao lazareto, havia três cadáveres no navio, os outros cem foram lançados ao mar, provavelmente durante o trajeto do porto do Rio de Janeiro à Ilha Grande. Dezesesseis passageiros se encontravam doentes e seis já haviam falecido. O diretor do lazareto informou à imprensa que, quando o Carlo R. chegou à enseada do Abraão, foi a alto-mar lançar três cadáveres. Depois regressou à enseada na parte da tarde, para ancorar em Palmas a três milhas de terra firme, onde permaneceu vigiado pelo República (ibidem).

No dia 30, seis dias após chegar em águas brasileiras, o vapor começou a retornar viagem em direção à Itália, comboiado pelo cruzador República. No entanto, os problemas causados na cidade pela chegada do Carlo R. não pararam por aí e nem o pavor da população cessou.

Dia 31, o delegado da 19ª foi chamado às pressas para verificar o aparecimento de um cadáver, “cuja presença estava causando terror aos habitantes e pescadores de Copacabana, que suspeitavam ser um dos mortos lançados ao mar de bordo do Carlo R”. O chefe de polícia imediatamente informou sobre o ocorrido à Diretoria de Higiene Municipal, informando a agitação que estava causando na população a presença do corpo e pediu que se procedesse logo a sua remoção, com as necessárias cautelas antissépticas. Pois bem, às cinco horas da tarde jazia ainda o cadáver insepulto na praia de Copacabana, sem que houvesse ainda sido tomada qualquer providência. A esta hora, o chefe de polícia participou diretamente ao Dr. Souza Lima, Diretor de Higiene Municipal, por ofício, o que se estava passando e mandou remover o cadáver suspeito para o cemitério. “O corpo foi encontrado despido, o rosto e abdômen carcomidos. Era impossível o reconhecimento” (*Gazeta de Notícias*, 31 de agosto de 1893, p.1).

As notícias eram as piores possíveis, espalhava-se um boato de que o Carlo R. não havia saído da enseada de Palmas, na Ilha Grande. O Ministro do Interior requisitou então de seu

colega da Marinha novas ordens, para que o cruzador República fizesse o pacote sair o quanto antes do Brasil.

Souza Lima pediu ao chefe de polícia que, caso aparecesse outro cadáver no litoral, isto fosse comunicado imediatamente à Diretoria de Higiene Municipal, por acreditar ser “possível, embora não provável”, que se tratasse de alguma vítima da cólera, atirada ao mar do vapor Carlo R., que infelizmente, como havia sido noticiado por engano, até aquela data ainda...

não havia saído de nossas águas. Infelizmente e com surpresa, ele ali está ainda, não sei porque, como uma ameaça tremenda à nossa capital, arriscando a pagar com uma hecatombe medonha a nossa generosidade, condescendência, fraqueza, ou que melhor nome tenha (*Gazeta de Notícias*, 1º de setembro de 1893).

No dia seguinte, os cariocas respiraram aliviados com a notícia de que o vapor havia, enfim, deixado a enseada de Palmas. Porém, foi a vez de moradores de outra redondeza entrarem em pânico. Pela madrugada, apareceu boiando junto à praia de Itaipu, no município de Niterói, um cadáver “em adiantado estado de putrefação”. Obviamente, o caso alarmou os habitantes locais, que supuseram logo ser mais um dos cadáveres das vítimas de bordo do vapor italiano. O chefe de polícia comunicou o caso ao diretor da Assistência Pública, Dr. Francisco Tavares, que mandou retirar o cadáver com as devidas precauções (*Gazeta de Notícias*, 2 de setembro de 1893)²⁷.

Até aqui, tivemos uma idéia do que era para a população e autoridades o medo da chegada de uma pandemia, o terror que isso causava. E para os passageiros? Para estes imigrantes que permaneceram durante quase dez dias dentro de um navio com surto de cólera, vendo as pessoas falecerem, acometidas por um mal que, segundo a antropóloga Jane Beltrão, extingue a humanidade e animaliza suas vítimas (2004)²⁸.

²⁷ Sobre um caso similar ocorrido nos EUA ver: Barde, Robert. Prelude to the plague: public health and politics at american's pacific gateway, 1899. *Journal of the History of Medicine*. vol.58, april, 2003.pp.153-186. O artigo trata de um episódio de um navio com chineses, saído de Hong Kong, em direção à São Francisco e com surto de peste. Passageiros ficaram em quarentena, mas vários conseguiram fugir, gerando uma crise política entre governo local e federal. Corpos de asiáticos foram aparecendo no litoral, marcados com a palavra *Nippon Maru*, nome do navio, o que gerou desconfiança de autoridades locais com relação à competência da quarentena federal.

²⁸ Bertolli Filho, Claudio. Cólera: um retrato permanente. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol 11(3): 773-76, set-dez. 2004 (pp. 774). Ver também, Beltrão, Jane Felipe. Cólera e gentes de cores ou o acesso aos socorros públicos no séc. XIX. *PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(2): 257-282, 2004. E

De acordo com Beltrão, contradizendo o jargão amplamente invocado pelas autoridades e repetido na imprensa, a epidemia de cólera, como tantas outras, nada tinha de democrática, pois selecionava suas vítimas sobretudo entre os mais pobres, que viviam em condições desumanas.

Para o historiador Asa Briggs (1961: 78), a cólera era sim uma doença dos pobres, mas não de todos os pobres, pois muitos locais sem higiene escapavam. Em outros locais, os ricos, por causa da escassez de água potável naquela época, não ficavam imunes. No caso dos navios de emigrantes, juntavam-se às péssimas acomodações dos vapores, a falta de higiene, a aglomeração de pessoas, os alimentos mal conservados e o total descaso das companhias de navegação com este tipo de passageiro. Os imigrantes viajavam na 3ª classe, muitos subsidiados por governos sul-americanos, a maior parte deles formada por trabalhadores agrícolas e suas famílias, que vinham em busca de trabalho e de uma vida melhor (ver anexo:1).

Para Rosenberg (1992: 110), epidemias, em especial a de cólera, possuía o poder de gerar demasiado horror, principalmente por causa dos seus efeitos e sintomas assustadores, o que evocou respostas de vários aspectos em muitos setores da sociedade. Um estudo destas respostas gera material para a construção de valores culturais e práticas numa determinada época. Valores e atitudes principalmente relacionados à ciência, religião, ao tradicionalismo e às inovações. Mas o comportamento social, durante uma epidemia, gera um contexto orgânico no qual se configuram fatores institucionais que podem ser discernidos.

Os sintomas da cólera - diarreia volumosa, que logo se torna aquosa, denominada popularmente como 'água de arroz', vômitos, cólicas abdominais e espasmos musculares violentos - causam verdadeiro pânico²⁹. O rosto do paciente fica azulado, a pele murcha, mãos e pés ficam gelados, escurecidos, contraídos e enrugados. Em um dia, perde-se cerca de vinte litros d'água, o que gera desidratação e queda de pressão. A morte se dá em um curto espaço de tempo, às vezes em poucas horas após o aparecimento dos sintomas³⁰.

ainda Beltrão, Jane Felipe. *Cólera: o flagelo da Belém do Grão –Pará. Belém, Museu Paranaense Emílio Goeldi. Universidade Federal do Pará, 2004.*

²⁹ Ver Silva, Carlos Leonardo Bahiense da. A peste do Ganges vai à guerra: a cólera na Guerra do Paraguai (1864-1870). Rio de Janeiro: Revista Eletrônica Boletim do Tempo, Ano 4, n. 14, Rio, 2009 http://www.tempopresente.org/index.php?option=com_content&task=view&id=4696&Itemid=147

³⁰ Lewinsohn, Rachel. *Três epidemias do passado*. São Paulo: Editora Unicamp, 2003 (pp. 109-110).

Nos navios, a situação poderia se tornar mais degradante e dolorosa para todos, mas principalmente para familiares, pois obrigatoriamente era necessário jogar o corpo ao mar para impedir o contágio, o que subtraía dessas famílias a passagem por todo o ritual habitual e necessário da morte, como velar o corpo e enterrá-lo de acordo com suas crenças e rituais.

Muitos desses imigrantes, principalmente das aldeias e vilarejos italianos, eram camponeses imersos em suas tradições. Quando chegavam ao Novo Mundo, esses homens da vida rural deparavam-se com algo totalmente diferente, principalmente na seleção de imigrantes no modelo norte-americano: inspeção médica, testes psicológicos, testes de QI, uma outra lógica de se viver e pensar³¹.

A maior parte das pessoas que imigrava para o Brasil vinha acompanhada de toda a família, pois era prerrogativa do sistema de subvenção do governo brasileiro a imigração familiar para colônia ou fazenda. Quando ocorriam fatos como o do Carlo R., toda a família poderia sucumbir à doença, ou chegar desfalcada ao seu local de destino. Sendo a emigração um plano familiar em busca de uma vida melhor, a doença surge como o fim de um sonho, o que tornava os fatos muito mais trágicos para todos, tanto para quem passava pela situação, quanto para quem a assistia de forma impotente dentro do navio.

Segundo Richard Evans (1988:127)³², a cólera chocou profundamente a sociedade européia, acostumada a esconder as funções corpóreas da visão pública. Poucas coisas poderiam afrontar mais a moralidade vitoriana do que os sintomas desta doença. A cólera maculou a sensibilidade do século XIX, pois era vista pela perspectiva da desumanização, por causa dos seus sintomas degradantes e morte rápida. “A iminência do falecimento impedia o colérico de se preparar para a fatalidade. Assim, a morte por cólera era revestida por um manto de horror”³³.

³¹ Em 1924, Marc Bloch analisou os ritos de cura dos reis da França e Inglaterra, traçando a relação entre poder e crenças sociais. *Os reis taumaturgos* curavam seus súditos da escrófula a partir do toque. Depois, sua linha de estudos deu origem à chamada História das Mentalidades. O livro, *Os reis taumaturgos*, trata de uma época em que o povo estava imerso ainda no mundo mágico, longe da ascese puritana, de um *ethos* capitalista, ao qual Max Weber se refere em *A ética protestante e o espírito do capitalismo*, com o qual os imigrantes se deparavam na linha de triagem da Ilha de Ellis, no porto de Nova York, ao entrarem nos EUA.

³² Evans, Richard. Epidemias and revolutions: cholera in nineteenth century Europe. *Past & Present*, N. 120 (Aug., 1998), pp123-146.

³³ Silva, op,cit.

Voltando ao vapor Carlo R., é difícil saber o que realmente ocorreu em tal situação, que carrega em si todos os ingredientes de uma verdadeira tragédia. Mas uma última notícia publicada pela imprensa pode nos ajudar a pensar sobre o desfecho deste caso.

Escreve-nos do Bananal um cavalheiro que nos merece toda a confiança: ‘no dia 3 apareceu na fazenda do Dr. Pinto Torres, no bairro do Capitão Mor, município do Bananal, um italiano que declarou ser passageiro do vapor Carlo R., e que havia desembarcado com outros companheiros, mediante pagamento de uma libra esterlina. Contou horrores sobre o que havia sofrido a bordo com a cólera-morbus. Veio por terra de Angra dos Reis, sofrendo fome durante todo o trajeto pelo sertão. O Dr. Pinto Torres socorreu-o e depois o fez sair da fazenda, tomando ele a direção da Estrada de Ferro Central’ (*Gazeta de Notícias*, 6 de setembro de 1893, pp.1).

Podemos perceber com o Carlo R. que a estrutura sanitária de recepção e inspeção de imigrantes no Rio de Janeiro – hospedaria, lazareto, hospital de isolamento - era falha, não dava conta da quantidade massiva de indivíduos que chegavam continuamente. A autoridade de saúde do porto, que era da alçada do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, ficava desconectada das outras instituições de recepção de imigrantes pertencentes ao Ministério da Agricultura e por isso não conseguia agir com rapidez.

Consequentemente, quando se davam ocorrências graves, como o episódio do Carlo R., era um “salve-se quem puder”, como identificamos na citação acima: quem possuísse uma libra esterlina³⁴, poderia ter se salvado, caso conseguisse caminhar pela mata fechada, de Angra dos Reis até Bananal, no Vale do Paraíba, já no Estado de São Paulo. E, caso tivesse dinheiro sobrando, poderia utilizar o recurso do suborno, que pela fonte não identificamos de quem, mas pode ter sido do médico de bordo, de algum tripulante ou do próprio comandante. A partir deste

³⁴ Uma libra esterlina significava uma quantia bastante considerável. De 1817 a 1913, a libra esterlina – 4 *crowns*, 20 *shillings* ou 240 *pences* – manteve-se estável e passou a ser a principal moeda nas transações comerciais internacionais. Além de ser uma moeda de valor unitário no mundo, seu poder aquisitivo era muito alto. Uma libra esterlina comprava um terno completo. Com uma renda de 50 a 60 libras mensais era possível sustentar confortavelmente uma família de quatro pessoas e pagar duas domésticas em período integral. Os operários ganhavam 3 shillings por um dia de trabalho de 10 horas, menos de uma libra por semana. Sobre este assunto ver: Munro, John H., *Money and Coinage in Late Medieval and Early Modern Europe* em <http://www.economics.utoronto.ca/munro5/MONEYLEC.htm>; Ross, Kelley L. *British Coins before the Florin, Compared to French Coins of the Ancien Régime* em <http://www.friesian.com/coins.htm> ; http://antonioluizcosta.sites.uol.com.br/moeda_ru.htm. Sites acessados em 12 de março de 2010.

episódio, observamos também que as condições de transporte de imigrantes dentro dos vapores que faziam essa travessia eram desumanas.

Com o intuito de nos aproximarmos um pouco mais da experiência da travessia, vivenciada pelos imigrantes, vamos utilizar alguns trechos de seus depoimentos, assim como de seus descendentes, pesquisados no acervo do Museu da Pessoa³⁵. Nos recortes de alguns trechos de entrevistas, identificamos situações semelhantes às vividas pelos passageiros do Carlo R., experiências de doença, morte e dor, mas também de muita esperança e perseverança.

“Minha avó parte, com o irmão de nome Medório, e sua segunda filha, sendo que a primeira filha tinha falecido na Europa. Durante a viagem surge uma epidemia de cólera e Medório falece sendo jogado no mar. Ela continua a viagem, mas chegando ao Brasil, no porto de Santos, não foi possível o desembarque por causa dessa epidemia. Então o navio foi conduzido para a Ilha das Flores, no Estado do Rio de Janeiro. Sua filha também já estava contaminada, adoece chegando à ilha e acabou falecendo. Como o navio partiria em algumas horas para a Europa, então ela pede aos moradores da ilha que fizessem o sepultamento da filha, uma vez que ela partiria novamente para seu país de origem, agora só [sic.]”³⁶.

Dona Adélia, descendente de imigrantes italianos, refere-se à viagem de sua avó materna, da qual desconhece a data de chegada ao Brasil. O caso é muito semelhante ao dos passageiros do Carlo R., o navio foi impedido de entrar no país porque estava com surto de cólera a bordo, portanto não pôde atracar no porto de Santos, seu porto final, tendo que ir para o Lazareto da Ilha Grande – confundido pela entrevistada com a Hospedaria de Imigrantes da Ilha das Flores³⁷ - para realizar as operações de desinfecção. Quando chegou ao lazareto, foi

³⁵ O Museu da Pessoa é um museu virtual de histórias de vida. Fazem parte do seu acervo depoimentos, fotografias, documentos, desenhos e gravações em áudio e vídeo. Ele tem como missão contribuir para tornar a história de cada pessoa valorizada pela sociedade, partindo do pressuposto de que toda história de vida tem valor e deve fazer parte da memória social. Assim, todas as pessoas teriam um papel como agente de transformação da História. Democratizar e ampliar a participação dos indivíduos na construção da memória social é atuar na percepção que os indivíduos e os grupos têm de si e dos outros.

³⁶ Trecho de depoimento de Adélia Benta Donadon do Amaral, descendente de imigrantes italianos. Para ver o depoimento na íntegra ver Projeto Museu Aberto, Museu da Pessoa – <http://www.museudapessoa.net/MuseuVirtual/hmdepoente/depoimentoDepoente.do?action=ver&idDepoenteHome=90&key=29&indice=756> - acessado em 25 de novembro de 2009.

³⁷ A Hospedaria de Imigrantes da Ilha das Flores era a instituição, no Rio de Janeiro, de recepção de imigrantes subsidiados pelo governo brasileiro, onde eles ficavam durante um período até serem encaminhados para as fazendas ou colônias. Vamos falar melhor sobre ela no item 1.6 deste capítulo. Poucos trabalhos foram encontrados sobre a hospedaria, entre eles está uma comunicação feita durante a ANPUH de 2006. Ver Araújo,

dada uma ordem para que o navio retornasse para o seu porto de embarque na Itália, pois não poderia entrar com cólera em porto brasileiro. Durante a travessia, os membros de sua família foram acometidos pelo mal e faleceram, fazendo com que sua avó retornasse à Itália sozinha. Mais tarde, a avó de Dona Adélia realiza a travessia novamente e sozinha, mas desta vez consegue entrar no Brasil para encontrar-se com seu marido, que estava em combate com tropas italianas no norte da África e fugiu no porão de um navio a caminho de Santos.

“A travessia, naquele tempo se viajava que nem animais. Tinha aquele camarote inteiro, a gente dormia. Tinha a cama embaixo e em cima, um calor de noite! Às vezes subia na coisa para poder dormir, porque fazia muito calor. Até que passar o Estreito de Gibraltar, porque paramos, parou em Marselha, parou num porto de, da Espanha também, o navio ia parando em tudo quanto era porto. Quando, no Mediterrâneo ainda, antes de chegar no Estreito de Gibraltar, o mar era uma coisa bárbara, baixava, descia o navio, que nossa senhora! Toda a gente ficava doente de estômago, se vomitava, se fazia... nossa! Era uma viagem muito ruim! Depois que passamos o Estreito de Gibraltar, paramos um dia inteiro na Dakar, na África; parou lá, o navio carregou carvão, pegou água, pegou tudo aí, para se abastecer, não é? Ficamos um dia inteiro, no é? Aí passou, o mar era calmo, calmo, nunca teve uma onda lá brava, nada, até chegar ao Rio de Janeiro. Ao Rio de Janeiro chegamos era de noitinha. O Rio era uma coisa maravilhosa, uma coisa linda, linda, o Rio de Janeiro! Nossa! De noite, do porto, chegando lá, uma coisa... a gente nem sabe contar como é que é tão bonita! Aí paramos no Rio de Janeiro, o navio parou quase um dia inteiro, desceram muita gente lá, é... eu descí também... não, não descí. Do navio mesmo joguei uma cestinha, é... comprei banana. Comi uma dúzia de banana de uma vez só! (riso) Achei tão gostosa! Parece que era um tostão, não sei, dava uma dúzia de bananas. Ficou lá. Depois que desceram os passageiros tudo, aí veio para Santos [sic.]”³⁸.

Em depoimentos de imigrantes e de seus descendentes são muitas as histórias sobre a viagem, a travessia e as péssimas condições de higiene, de tratamento e das acomodações nos

Leila de Oliveira Lima. Quando a fala e a imagem contam a história de uma hospedaria de imigrantes. *XII Encontro Regional de História: Usos do Passado* – ANPUH-RJ, 2006 em www.rj.anpuh.org/.../rj/.../Leila%20de%20Oliveira%20Lima%20Araujo.pdf, acessado em 12 de março de 2010.

³⁸ Trecho da entrevista de Consolato Laganá Filho, que emigrou da Itália para o Brasil no ano de 1922, acompanhando o seu pai para trabalhar em uma fazenda de café no interior de São Paulo. Projeto Memórias do Comércio em São Paulo / Memórias do Comércio - Cidade de São Paulo, Museu da Pessoa. Para ver a entrevista na íntegra:

<http://www.museudapessoa.net/MuseuVirtual/hmdepoente/depoimentoDepoente.do?action=ver&idDepoenteHome=4001&key=2088&indice=6415>

-acessado

em

26/11/2009

vapores. Os imigrantes com passagens pagas pelo governo brasileiro viajavam sempre aglomerados na terceira classe, que ficava no porão dos navios.

O Brasil, como um grande país imigrantista, possuía duas instituições de recepção e inspeção de trabalhadores estrangeiros, a Hospedaria de Imigrantes da Ilha das Flores, que se localizava em São Gonçalo, e o Lazareto da Ilha Grande. Quando não havia epidemia reinando na cidade ou em nenhum dos portos de escala, os imigrantes eram encaminhados para a hospedaria, onde permaneciam por mais ou menos uma semana, até serem direcionados para uma fazenda ou colônia. No caso contrário, deveriam ir para o lazareto para cumprirem a quarentena. Nos próximos itens descreveremos como funcionavam estas instituições.

1.2 “Só para inglês ver”: as instituições de recepção de navios e imigrantes

Apesar de não termos o relato completo do que ocorreu ao quatro navios que chegaram ao porto do Rio entre agosto e setembro de 1893, podemos reconstruir os procedimentos adotados através da documentação. Os vapores chegaram com surto de cólera, quando ocorria uma grande epidemia desta moléstia na Europa. De acordo com os procedimentos de profilaxia adotados pelo Serviço Sanitário do Porto do Rio de Janeiro na época, os passageiros não desembarcaram, mas foram direto para o ancoradouro do Lazareto da Ilha Grande. O navio não permaneceu em quarentena, pois logo foi determinado que não receberia a livre prática mas o torna-viagem, ou seja, foi proibido de atracar em porto brasileiro, tendo que retornar viagem para seu porto de embarque na Itália. Caso ele tivesse recebido a livre prática, teria ficado em quarentena para passar pelas desinfecções, assim como os passageiros.

O que ocorreu foi que tiveram de voltar para a casa assim que chegaram. O único tratamento disponível naquele tempo, para combater epidemias nos navios, era a desinfecção, a base de produtos químicos ou de vapor d'água, da estrutura da embarcação, das roupas e dos objetos pessoais dos passageiros. Os mortos eram jogados ao mar, os doentes recebiam no

máximo uma hidratação, o restante dos passageiros tinham seus pertences fumigados pelas estufas de desinfecção e permaneciam em quarentena³⁹.

Mas isto não ocorreu com Carlo R. Os navios, proibidos de atracar naqueles fatídicos meses, nem sequer passaram pelos procedimentos que eram os de rotina – desinfecção e quarentena no lazareto - mas adentraram o mar novamente e vivenciaram o terror de terem de permanecer por mais um mês em viagem de volta, dentro de um navio com uma epidemia de cólera. O tratamento e a terapêutica disponíveis no período não davam conta da epidemia. Durante o torna-viagem, com o navio em surto epidêmico e os passageiros aglomerados, provavelmente ocorreram mais doença e mortes.

“Parecerá, à primeira vista, a quem não observar com acurada atenção e necessário critério, que as medidas de extremo rigor tomadas pelo governo e autoridades sanitárias, em relação aos vapores supramencionados foram atos de desumanidade, de verdadeiro vandalismo, contrários aos princípios de fraternidade e atentatórios dos direitos das gentes; mas quem tiver uma vez visitado um desses paquetes com imigrantes, sobretudo os italianos, perfeitos *necrotérios ambulantes* (grifos do autor) em épocas epidêmicas, concordará que outro não podia ser o proceder das autoridades incumbidas de velar a saúde pública” (RMJNI – Relatório da Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, 1894-1895: A-S-9 – Inspetor Dr. José de Souza da Silveira).

Existia um problema prático para as autoridades brasileiras do serviço de recepção de imigrantes: não havia capacidade física nem no Lazareto da Ilha Grande⁴⁰ e muito menos no Hospital Marítimo da Jurujuba para receber tal quantidade de pessoas (ibidem:11).

O Lazareto da Ilha Grande começou a ser construído em 1884 com a função de controlar a propagação de epidemias que poderiam chegar através dos navios estrangeiros. Neste mesmo ano, a cólera estava se espalhando pela Europa e chegara à Argentina, alcançando o Brasil nos primeiros anos da década de 1890 (ibidem).

³⁹ As estufas de desinfecção eram geralmente da marca alemã *Genester-Herscher*. Elas funcionavam através do vapor d'água sob pressão, possuíam duas portas, uma para o lado impuro, onde recebia a roupas infectadas, e outra para o lado puro, onde pegava-se as roupas após o processo de desinfecção (Silvado, 1903).

⁴⁰ O Lazareto da Ilha Grande funcionou também como um centro de triagem de imigrantes e viajantes com vigilância interna e regime de isolamento conforme a classe social. Dentre as tarefas realizadas no lazareto estavam: desinfecção de bagagens, isolamento dos internos, administração e moradia dos funcionários e vistoria das cartas de saúde. A internação durava o período máximo de incubação da doença – 10 dias para a cólera, 8 dias para a febre amarela e 20 dias para a peste bubônica. Vários lazaretos foram construídos pelos continentes durante este período (Santos, 2007: 1173-1196).

Para a construção do lazareto foi nomeada uma comissão composta pelo engenheiro Francisco Antônio Paula Freitas; o Inspetor de Saúde do Porto, Dr. Nuno Andrade e Antônio Luís Von Hoonholz, o Barão de Teffé. Em relatório encaminhado ao Ministro da Justiça e Negócio Interiores, Paula Freitas estabeleceu as diretrizes para a construção e expôs os motivos pelos quais o lazareto deveria ser instalado na Ilha Grande, na enseada do Abraão (Santos, 2009: 72).

Já haviam sido estudadas diversas regiões, mas a favor da Ilha Grande estava a sua localização geográfica, que facilitava o seu isolamento do continente. A grande enseada, própria para o estabelecimento de um ancoradouro, permitia a separação entre navios e núcleos de tratamento, possuía uma área extensa para que se pudesse construir vários prédios e havia ainda os ventos favoráveis à renovação do ar. Era preciso que os edifícios ficassem próximos uns dos outros, mas não anexos, para facilitar as múltiplas tarefas do complexo, como desinfecção das bagagens, isolamento dos internos, administração e moradia dos funcionários (ibidem: 73).

No relatório, Paula Freitas acrescenta a necessidade da separação dos indivíduos de primeira, segunda e terceira classes, conforme a divisão dos navios, para que estes também não se misturassem ao entrarem no lazareto. Considerado o patrimônio mais caro da União, o Lazareto da Ilha Grande era visto pelos governantes como um dos melhores do gênero (ibidem: 74, 75).

“A quinta pandemia de cólera do século XIX (1881-1896) atingiu o Brasil no auge dos fluxos comerciais e migratórios com a Europa, a América e o Oriente” (Benchimol, 1999: 251). Para ficar de acordo com as regras internacionais de comércio, segurança e profilaxia de doenças, aprovadas através de convenções internacionais na Europa e com os nossos vizinhos do Rio da Prata, o Ministro do Império, Barão de Mamoré, mandou que se construísse o lazareto. Antes da construção deste estabelecimento, a forma de se evitar epidemias era o fechamento completo de nossos portos a navios procedentes de países infeccionados, até que se preparassem os meios para a aplicação da quarentena (RMJNI, op.cit).

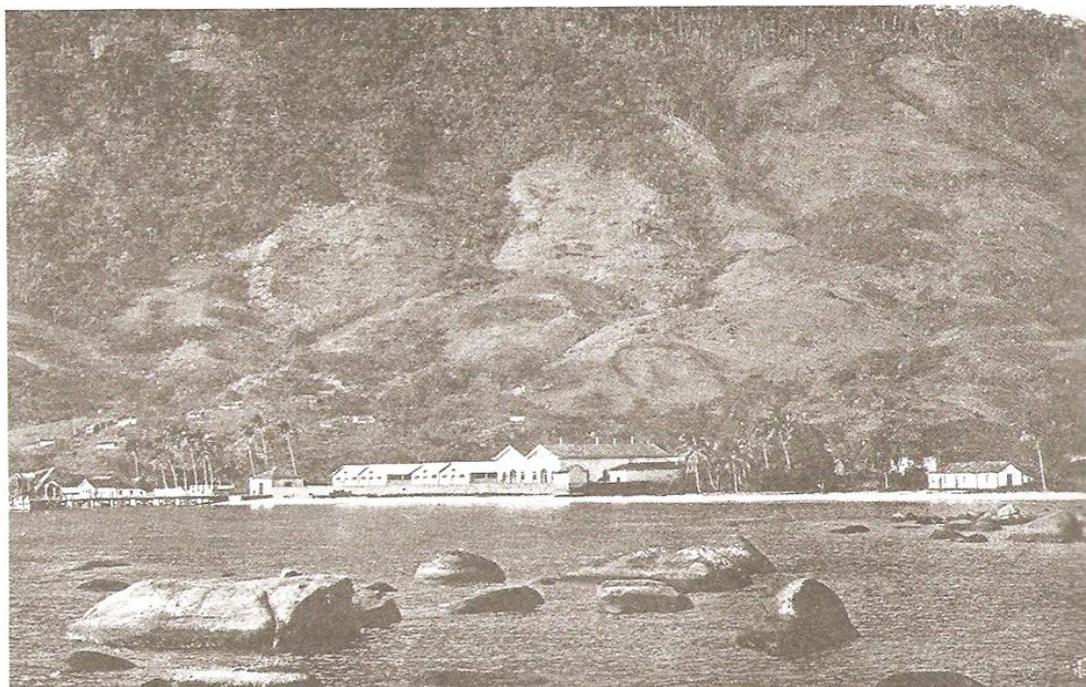
Um lazareto era um estabelecimento especial, destinado a receber não só os doentes das moléstias contagiosas que eram conhecidas – febre amarela, cólera e peste bubônica - mas também os indivíduos sãos e/ou suspeitos, isto é, aqueles que vinham de portos infeccionados,

que não se apresentavam doentes, mas que de um momento para o outro, dentro do período de incubação da doença, poderiam adoecer.

Segundo o Dr. Silvado (1903: 317), em artigo na *Revista Médica de São Paulo*, o funcionamento de um lazareto implicava o tratamento das doenças transmissíveis, feito com as devidas cautelas e o isolamento perfeito dos doentes; a quarentena e observação dos passageiros saudáveis que, por terem estado no meio infeccionado ou suspeito, tinham sido expostos à moléstia e poderiam adoecer de um momento para o outro; a desinfecção das embarcações, das roupas e bagagens dos passageiros e tripulação, assim como de qualquer objeto capaz de transmitir por contágio a doença. Era dever das autoridades sanitárias do lazareto: isolar os doentes e tratá-los; seqüestrar os sãos e observá-los, passando para a área dos infeccionados aqueles que apresentassem sintomas da moléstia cuja profilaxia se praticava e efetuar as necessárias desinfecções.

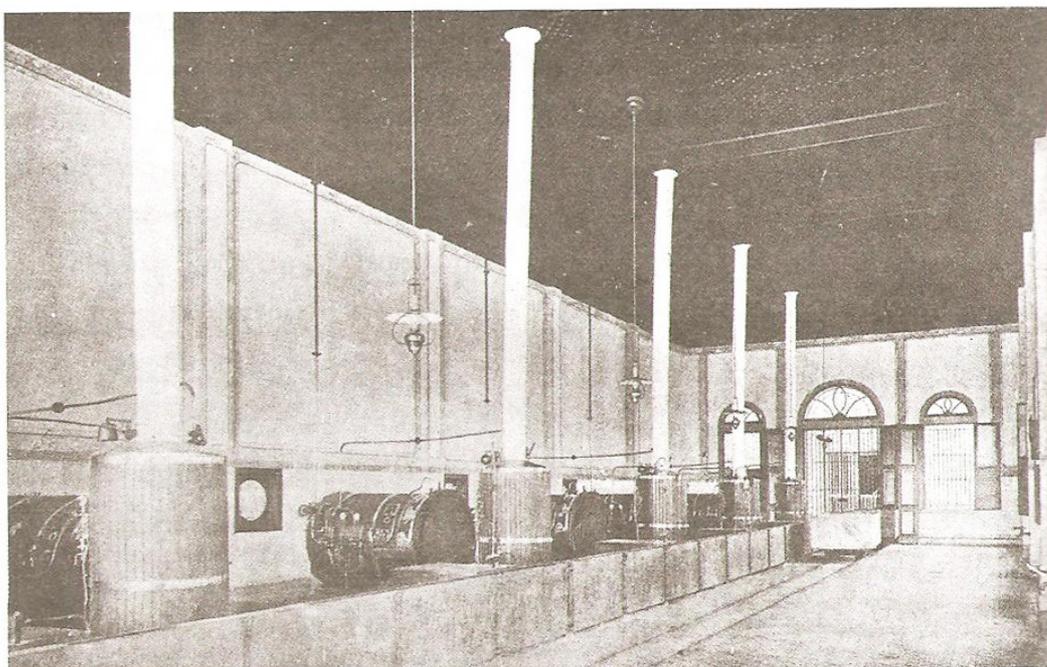
Myriam dos Santos (2009:79) realizou uma pesquisa, recuperando a história dos cárceres que foram estabelecidos na Ilha Grande, como a prisão e o lazareto. Segundo a pesquisadora, a descrição mais antiga do lazareto é do ano de 1889, feita por Honório Lima que, por meio de um relato detalhado, aponta a estrutura e a função das edificações construídas. Segundo este relato, o primeiro grupo de prédios, situado nas proximidades do cais que hoje serve à Vila Do Abraão, possuía uma área de nove mil metros quadrados, cercada por muros altos. Nesta área, realizavam-se as desinfecções de cargas e bagagens (Santos, 2009: 79).

Neste conjunto, havia seis armazéns, construídos dois a dois. Quatro deles, com quatrocentos metros quadrados cada um, recebiam as cargas que chegavam dos navios. Os outros dois, com trezentos metros quadrados cada, recebiam as bagagens. No armazém onde eram recebidas as bagagens, funcionava também a alfândega. Neste armazém havia uma ligação com um outro armazém, onde se abrigavam as estufas de desinfecção. Um pequeno vagão sobre trilhos transportava a bagagem até o prédio do desinfectório e dali a carga seguia para outro armazém, onde era estocada (Santos, op.cit.).



Os armazéns. Barbosa & Rezende, 1909, s/n

Armazéns onde se realizavam as desinfecções. Imagem retirada do livro *Os porões da República: a barbárie nas prisões da Ilha Grande 1894-1945*, de Myriam dos Santos (2009: 80).



Estufa de desinfecção. Barbosa & Rezende, 1909, s/n

Parte interna do armazém de desinfecção com as estufas *Genesr-Herscher*. As roupas “contaminadas” entravam pelo lado impuro da estufa e saíam pelo lado puro, desinfectadas (Ibidem).

Próximo aos armazéns, havia uma ponte munida de um guindaste, as construções para o abastecimento de água, as caixas de lavagem dos pavilhões e o sistema de esgoto. Completavam esse conjunto um galpão para materiais, outro para a fiscalização da carga, uma casa para a alfândega e várias outras para os vigias (Santos, op.cit: 81).

O segundo núcleo de prédios localizava-se na Praia Preta e era destinado à recepção de passageiros. Um cais fora construído e, ao atravessarem a ponte, os viajantes avistavam uma grande construção em forma quadrangular, com 55 metros de extensão, toda murada: era o pavilhão destinado aos passageiros de terceira classe, um prédio com capacidade para 500 pessoas (ibidem).



Complexo do Lazareto da Ilha Grande, pavilhão da terceira classe. Barbosa & Rezende, 1909 (Ibidem).



Pavilhões de primeira e segunda classes. Barbosa & Rezende, s/n, 1909 (Ibidem).

Em um terreno inclinado, distante quinhentos metros da enseada e trinta metros acima do mar, foram construídos os pavilhões para abrigar passageiros de primeira e segunda classes. Eram cinco prédios luxuosos, com abertura na parte superior para a circulação de ar. Foram construídos de forma que nenhum deles tivesse comunicação com os demais (Santos, op.cit: 82).

Quando o país não possuía lazareto, de acordo com os preceitos da higiene naval, normalmente se montava um “acampamento sanitário” em algum ponto do litoral que fosse arejado, suficientemente alto e ensolarado para realizar a evacuação do navio e a dispersão de sua tripulação⁴¹. Na época em que os portos brasileiros eram completamente fechados como

⁴¹ Segundo o Prof. Fonssagrives, que escreveu a obra, *Traité d'Hygiene Navale* (1877), utilizada e citada por boa parte dos oficiais e médicos dos portos brasileiros em seus relatórios: “Quando um navio está em via de uma epidemia grave e ele alcança o ancoradouro, o que se deve verificar nesses casos é se este ancoradouro pode oferecer os recursos de um país civilizado, como as barreiras quarentenárias dos portos dessa natureza. Ao contrário, se esse porto pertence a uma terra que não oferece nem recursos nem barreiras, ele deve fornecer pelo menos o necessário às necessidades mais prementes para o controle da epidemia. A regra conveniente, sempre que for possível, *fazer a evacuação do navio e a disseminação de sua equipagem* - grifo do autor - é o primeiro ato de saneamento do navio. Deve-se escolher sobre o litoral um ponto bem exposto, suficientemente alto, oferecendo excelentes condições para a ventilação natural e inclinação do solo, podendo abastecer com alimentação o acampamento, e deixando a bordo somente o número de homens estritamente necessários para a segurança do navio, e fazer lá, sob tendas, um local cuja duração será determinada pela duração da epidemia e pelas operações

medida de prevenção contra epidemias, antes da construção do lazareto, houve ocasiões até de se “repelir à bala navios que tentaram forçar a entrada do porto, a despeito dos sinais da fortaleza” (*Jornal do Commercio*, 29 de agosto de 1893).

O fechamento completo dos portos, quando ocorriam epidemias, obviamente, causava sérios prejuízos ao comércio internacional. Quando isso acontecia, reclamações chegavam por telegramas de todos os países. Teve um fato em especial, que gerou até alguma repercussão na imprensa, quando o presidente da Academia de Ciência da França reclamou diretamente com um ministro brasileiro por considerar as medidas de fechamento dos portos excessivas. No entanto, segundo informou o *Jornal do Commercio*, “o governo manteve-se inabalado, respondendo aos sábios franceses com disposições do seu próprio regulamento sanitário” (ibidem).

Em agosto de 1893, quando o Carlo R. chegou, o lazareto já tinha quase dez anos de existência. Porém, a medida extremada de impedir sua entrada, carregado de imigrantes destinados a portos brasileiros, só poderia ter uma explicação, segundo a imprensa diária: o fato do lazareto não possuir as condições necessárias para realizar o expurgo de passageiros, carga e navio e aplicar a quarentena, de acordo com os preceitos sanitários da época (ibidem).

O Lazareto da Ilha Grande era um lazareto de primeira classe, isto é, deveria estar equipado para servir a um porto de grande importância e movimentação de cargas e pessoas como o do Rio de Janeiro. Além disso, de acordo com a mesma convenção, da qual o Brasil era signatário junto com a Argentina e o Uruguai, não era mais permitido aos países contratantes repelir navio algum, qualquer que fosse o estado sanitário de bordo⁴².

No ano de 1884, já havia ocorrido um caso de “torna-viagem” de vapor de imigrantes italianos, o Matteo-Buzzo, que estava infeccionado também pela cólera, só que neste caso tinha como destino não o Brasil, mas o porto de Buenos Aires. À época, a Argentina impediu a entrada do navio em seu porto, sem os socorros necessários, e este foi recebido no porto do Rio

de saneamento às quais o navio será submetido (Fonssangrives, 1877: 463, apud Silvado, op. cit: 319) - tradução da autora.

⁴² De acordo com a cláusula 5ª, do art. 3º, da Convenção Sanitária Platina de 1889. Sobre esta convenção, ver capítulo 2 desta tese.

de Janeiro, onde lhe foi dada assistência. Neste período, o lazareto ainda não estava pronto por completo para efetuar o serviço de quarentena de rigor⁴³.

Como se dizia na imprensa, o lazareto só servia “para impressionar a retina dos súditos de Sua Majestade Britânica (...) só para inglês ver”, já que não funcionava como deveria. No caso do vapor Carlo R., dizia o jornal, só havia duas alternativas: ou o lazareto não estava nas condições que deveria estar para receber tal quantidade de pessoas, ou foi uma “desumanidade inqualificável... o chamado lazareto de primeira ordem não passa, como se vê, de ordinária estação de desinfecção” (*Jornal do Commercio*, 29 de agosto de 1893).

Ambas alternativas estavam corretas. O lazareto não estava em condições para casos como o do Carlo R. e dos outros navios infeccionados. Porque se existisse lugar para o isolamento dos doentes e meios para rigorosa desinfecção, argumentou o jornal, não haveria nenhum motivo para a repulsa de navios que trouxessem a bordo doentes de moléstias infecciosas. Fazia anos que o lazareto estava estabelecido e, de acordo com as autoridades, “os seus fins estão todos aconselhados pela ciência”. Não haveria, portanto, nenhum receio com relação à invasão de epidemias. Mas a verdade é que o lazareto era um terreno de obras bastante dispendiosas já há dez anos.

O comandante do vapor Carlo R. foi desumano o bastante para não voltar ao porto de origem, apesar de ter aparecido à bordo a moléstia que fez tantas vítimas. Tinham certeza, ao menos, que demandando o nosso porto, encontrariam lugar onde seqüestrados completamente de nós e sujeitos à rigorosa desinfecção, purgariam aí o tempo necessário para poderem sem receio serem recebidos. Nas condições do Carlo R, outro não poderia ser o procedimento, embora dolorosa fosse a contingência de fazê-lo voltar para o lugar de onde saíra. Como, porém, proceder de outro modo, se o lazareto não está em condições de oferecer-nos segurança? (*Jornal do Commercio*, 6 de setembro de 1893, p.1).

O difícil de compreender, tanto para os médicos como para a população e a imprensa, era o fato do Matteo-Buzzo, em 1884, que carregava imigrantes, com surto de cólera e que sequer tinha como destino o Brasil, mas a Argentina, fora recebido em nosso porto, sem ao menos termos o Lazareto da Ilha Grande. E o Carlo R., que chegara nas mesmas condições, não

⁴³ AN. Série Saúde, notação IS3-35 (1858-1895) - Inspetoria Geral de Saúde do Porto, Organização Sanitária Marítima do Brasil, manuscrito de 12 de abril de 1890.

o fora. O que se discutia na imprensa diária e especializada era que com quase dez anos de diferença entre um caso e outro, o país já deveria estar mais organizado para lidar com este tipo de situação, com estrutura e pessoal necessários para tratar dos doentes e evitar a epidemia. No entanto, não foi o que ocorreu. Inevitavelmente, a culpa recaiu sobre as cabeças das autoridades, em especial da Inspetoria Geral de Saúde do Porto - IGSP, que aos olhos de todos parecia não ter tido competência para lidar com o caso.

“O socorro dado ao Matteo-Buzzo honra o governo que deu à autoridade que o inspirou – o Dr. Nuno de Andrade⁴⁴. A repulsa do Carlo R. representa uma quebra dolorosa da solidariedade humana. Oxalá, não se repita”⁴⁵.

O Dr. José da Silveira, Inspetor de Saúde dos Portos, escrevia constantemente na imprensa, em defesa do lazareto. Em 1893, o estabelecimento estava passando por grande obra, quando o primeiro prédio foi equipado com telégrafo, correio, secretaria, gabinete da diretoria, almoxarifado, residência para o diretor e sua família. Atrás deste edifício, havia sido construída uma nova edificação, “de belíssima aparência”, como afirmava Silveira, destinada à padaria, açougue, refeitório para os empregados e mais dois cômodos para a moradia do pessoal superior. Havia ainda a farmácia, um depósito de desinfetantes e os pavilhões para quarentena de 1^a, 2^a e 3^a classes, com cozinha para cada grupo quarentenário, para evitar a comunicabilidade (ibidem).

A Hospedaria Ilha das Flores

Os imigrantes, que tinham como destino o porto do Rio de Janeiro, em tempos normais, ou seja, sem a presença de epidemia na cidade, eram encaminhados para a Hospedaria da Ilha das Flores, na Baía da Guanabara, onde hoje é o bairro do Neves, em São Gonçalo. A Ilha das Flores, junto com as ilhas do Engenho, Ananases, Mexingueira e Carvalho, formava um

⁴⁴ Nuno de Andrade foi inspetor de saúde dos portos ainda no período imperial e foi exonerado em 1891, quando o Dr. José da Silveira, que antes era ajudante da inspetoria, assumiu o cargo. Por um período na imprensa, Silveira foi bastante criticado, principalmente durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1894-1895), por monarquistas que sempre faziam questão de fazer alusões às maravilhas da administração do serviço sanitário na época em que Nuno Andrade estivera à frente dele (*Jornal do Commercio*, 29 de agosto de 1893; Silvado, 1903: 318). Sobre o doutor Nuno Andrade ver Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930) Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz –

<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>, acessado em 23 de janeiro de 2010.

⁴⁵ Silvado (ibidem).



Hospedaria da Ilha das Flores, imagem disponível em www.mozzine.com.br, acessado em 24 de março de 2010.

Antes da hospedaria, na Ilha das Flores funcionava um estabelecimento de piscicultura, lavoura e fábrica de goma em fécula de mandioca. Em 1883, ela foi adquirida pela União para que em seus 148 mil metros quadrados fosse construído um abrigo para a recepção dos imigrantes. A hospedaria dispunha de um vasto corpo funcional com administrador, médicos, enfermeiros, carpinteiros, cozinheiros etc, responsáveis pela alimentação e assistência geral aos imigrantes. Muitos dos funcionários trabalhavam em regime de plantão, pois viviam no continente, enquanto outros residiam na ilha com seus familiares (Araújo, 2006: 2-4).

Na sua inauguração, a hospedaria consistia em um imenso pavilhão, onde os imigrantes ficavam até conseguirem se estabelecer na cidade do Rio de Janeiro ou em outra província. Com o passar dos anos, obras foram sendo feitas e a hospedaria foi ficando com uma estrutura mais complexa com alojamentos, administração, hospital, farmácia, refeitório, escola, lavanderia e área de lazer. Passou a ser considerada, inclusive, como um modelo para a

recepção de imigrantes⁴⁶.



Dormitório da Hospedaria da Ilha das Flores, imagem em www.mozzine.com.br, acessado em 24 de março de 2010.

⁴⁶ Sobre a Ilha das Flores e outras instituições de recepção de imigrantes como a de São Paulo, Santos e Pelotas ver Bontempo, Carla Gabriela Cavini; Gill, Lorena Almeida; Loner, Beatriz Ana. Programa de Pós-Graduação em História do Brasil; Núcleo de Documentação Histórica da Universidade Federal de Pelotas . *A recepção de imigrantes no Brasil no século XIX: as diferentes estruturas utilizadas para alojamento*. Relatório de Pesquisa disponível em www.ufpel.edu.br/cic/2005/arquivos/CH_00610.rtf , acessado em 20 de novembro de 2009.



Enfermaria (ibidem).

Quando chegavam ao porto, os vapores eram recebido por intérpretes uniformizados de modo a serem reconhecidos como agentes do governo brasileiro pelos passageiros. Os comandantes dos navios deveriam entregar para os intérpretes uma lista constando nome, idade, sexo, nacionalidade e profissão de todos os passageiros. A eles era oferecido o desembarque, a hospedagem na Ilha das Flores e auxílios para aqueles que quisessem usufruir dos subsídios do governo brasileiro, e se encaminhar para algum núcleo colonial para trabalhar como agricultores, tornando-se proprietários de terra no interior (RMIVOP, 1908:62, 83)

BR.AN.RIO.OL.O.RPV.PRJ-5053

Repartição Central das Terras e Colonização

MOVIMENTO 1

PARTE

do *Interprete* *Qua Corria de Mattos*
que visitou o vapor *Italiano Giulio Cesare*
precedente de *Penava* e escale
entrado em *11 de Agosto* de *1893*

SAUDE DOS PASSAGEIROS

MORTALIDADE

quatro crianças e um adulto

NASCIMENTOS

OBSERVAÇÕES

Entregou ~~uma~~ lista com ~~12~~ 22 passageiros de 3ª classe

Spontaneos ~~157~~ 148

Por conta de contratos ~~157~~ 148

De contrato 2 de Reg. estabelecido 1111 ~~157~~ 148

Imp. Nacional - 1206-93

Modelo de ficha de recepção dos vapores, entregue pelos intérpretes à Inspeção de Saúde dos Portos – Arquivo Nacional do Rio de Janeiro, Divisão de Polícia Marítima, Aérea e de Fronteiras (Relações de Passageiros em vapores, porto do Rio de Janeiro – Notação: BR.AN.RIO.OL.O.RPV.PRJ-5053. A ficha indica a procedência do navio, o dia de entrada no porto do RJ, a mortalidade a bordo (neste caso quatro crianças e um adulto), o número de nascimentos a bordo e outras observações como o número de passageiros de terceira classe, o número de imigrantes espontâneos, ou seja, que viajavam sem subsídios, o número dos que vieram sob contrato para trabalhar em alguma fazenda.

<i>Desembarcaram para a Capital, espontaneos</i>	<i>2</i>
<i>idem idem idem por conta de contractos</i>	<i>2</i>
<i>idem idem a Ilha das Flores, espontaneos</i>	<i>3</i>
<i>idem idem idem por conta de contractos</i>	<i>148</i>

PASSAGEIROS EM TRANSITO

Para Santos 1036.

Queixas dos passageiros não houve
Este Vapor entrou neste Porto do Rio de Janeiro em 11 de agosto de 1893.

O Interprete,
Amador de Mattos

Continuação da ficha: indicação da quantidade de passageiros espontâneos, sob contrato e os encaminhados para a Hospedaria da Ilha das Flores. Este navio estava em trânsito para o porto de Santos. No último item da ficha há um espaço para “Queixas dos passageiros”, no caso deste vapor em especial não houve nenhuma. Apesar de ter chegado ao Brasil em período de epidemia de cólera, procedente de Gênova e escalas, ele deu entrada no porto do Rio de Janeiro em 11 de agosto de 1893, cinco dias antes da data de proibição da entrada de navios de imigrantes vindos de portos italianos no Brasil, que é de 16 de agosto. Este navio, Giulio Cesare, teve livre prática e por isso existem essas fichas. Os navios que recebiam o torna-viagem, voltavam com toda a sua documentação, que ficava de posse do porto de procedência ou da companhia de navegação. A documentação de cada navio pertencia ao seu porto de destino. No entanto, boa parte que pertenceria ao porto do Rio de Janeiro se perdeu (idem).

O grande mote da política imigratória brasileira era de fato o pagamento das passagens e os auxílios às famílias. A tutela⁴⁷ ao imigrante, principalmente nos primeiros momentos em terra brasileira, ficava clara nas Bases Regulamentares do Serviço de Povoamento do Solo

⁴⁷ A imigração tutelada é aquela amparada desde o início por meio de orientação, ajuda e gerência. Ela é estruturada sobre uma cadeia de relações montada nas pontas das estruturas estatais dos países de emigração com os de recepção e cada país possuía interesses específicos nisso. Esse tipo de imigração é o caso da japonesa para o Brasil, a partir de 1908 (Sakurai, 2000: 202). Para aprofundar a questão sob o viés das ações orientadas por técnicos do poder tutelar brasileiro, dirigidas para a construção de uma autoridade nacional em matéria de imigração na Primeira República ver Ramos (2006). A questão da relação entre os países nesse processo de imigração tutelada, em específico as leis de proteção aos emigrantes e a tentativa de normatização do tratamento dado aos trabalhadores estrangeiros por países de imigração será discutida no quarto capítulo desta tese.

Nacional⁴⁸, agência subordinada à Inspetoria de Terras e Colonização, que por sua vez pertencia ao Ministério da Indústria, Viação e Obras Públicas (MIVOP), como se chamava o então Ministério da Agricultura (RMIVOP, 1908:79).

Na regulamentação do Serviço de Povoamento se encontra quem era caracterizado como imigrante subsidiado e a quem eram dirigidos os auxílios. Estes eram dados àqueles que quisessem fixar-se em solo nacional, núcleo colonial, como proprietário de terra. De acordo com o art. 2º, poderiam ser acolhidos como imigrantes os estrangeiros menores de 60 anos, que não sofressem de doenças contagiosas, não exercessem profissão ilícita e nem fossem reconhecidos como criminosos, desordeiros, mendigos, vagabundos, dementes, inválidos; os que chegassem aos portos nacionais com passagens de terceira classe à custa da União, dos estados ou de terceiros; e os que em igualdade de condições, tendo pagado a sua passagem, quisessem gozar dos favores que eram concedidos aos recém-chegados pelo governo brasileiro. Ainda de acordo com o art. 2º das bases do Serviço de Povoamento, os maiores de 60 anos e os “inaptos” só poderiam entrar no país acompanhados de seus familiares, contanto que houvesse na mesma família pelo menos um indivíduo válido para outro inválido (RMIVOP, 1908:62).

Aqueles que efetivamente se “inutilizavam” por enfermidade incurável, ou desastre sofrido durante o trabalho e não ficassem amparados por outros membros de sua família aptos ao trabalho eram repatriados, a não ser que tivessem mais de 2 anos de residência no Brasil (ibidem).

⁴⁸ A fase em que a política de povoamento do país ficou sob a responsabilidade dos estados foi a que houve a maior retração do fluxo de imigrantes subsidiados pela própria falta de recursos nestes para a realização dos serviços, que exigiam grande orçamento e infra-estrutura. Com exceção dos estados de São Paulo e do Rio Grande do Sul, que já tinham um serviço e uma rede de contatos amadurecidos, nos outros estados, a imigração praticamente ficou estagnada no período. Depois dessa diminuição drástica do fluxo imigratório após a Proclamação da República, as autoridades governamentais perceberam que a tarefa de localização de trabalhadores estrangeiros não poderia ser feita sem o auxílio do Governo Federal. Dessa forma, o serviço de povoamento foi reorganizado em 1907, respeitando o modelo federativo de autonomia dos estados, mas com auxílio do Governo Federal quando este era solicitado, numa ação combinada entre União e estados, já que a colonização era uma questão de interesse nacional (Relatório do Diretor Geral do Serviço de Povoamento do Solo Nacional, 1908:3-5). Sobre o Serviço de Povoamento do Solo Nacional, ver Ramos (2006).

RIO DE JANEIRO, DOMINGO, 3 DE NOVEMBRO DE 1907

Actualidades

O POVOAMENTO DO SOLO



O mais sagaz dos da comissão—Não levo nem mappas, nem estatísticas; são coisas difíceis de explicar. Levo o que ha mais util para a propaganda:—um vidro de pimentinhas e quatro maxixes, para phonographo...

O Povoamento de Solo. Charge do jornal *O País*, de 3 de novembro de 1907. Mostra um inspetor da nova agência, criada em 1907, o Serviço de Povoamento do Solo Nacional, responsável pela captação, agenciamento e tutela do imigrante subsidiado pelo estado brasileiro. O inspetor – “o mais sagaz da comissão” - mostra a melhor forma de se atrair imigrantes para o Brasil: “Não levo nem mapas, nem estatísticas, são coisas difíceis de explicar”. Assim, ele levava o que havia de mais útil para a propaganda: “um vidrinho de pimenta” e quatro maxixes para serem tocados no “phonografo”. O maxixe era um tipo de música e dança popular brasileira do final do século XIX, surgida a partir da mistura de diferentes ritmos (polca, lundu, choro). O ritmo ganhou sua configuração definitiva enquanto dança nas festas da Cidade Nova e nos cabarés da Lapa. Sem dúvida, pimenta com maxixe era diversão certa para qualquer imigrante, se não garantisse a vinda para o Brasil, a boa dança com certeza estava garantida. Informações sobre maxixe disponíveis no Dicionário Cravo Albin da Musica Popular Brasileira-

<http://www.dicionariompb.com.br/maxixe/dados-artisticos>, acessado em 29 de março de 2010.

Em termos de subsídios, eram oferecidos às famílias de imigrantes, além das passagens de terceira classe⁴⁹ do porto de embarque na Europa até o Rio de Janeiro, transporte gratuito até

⁴⁹ Para a legislação, assim como nos relatórios, muitas vezes o que caracterizava um passageiro de um vapor como imigrante era a sua vinda com passagens de 2ª ou 3ª classe, mesmo que chegassem como “espontâneos” e só depois viessem a ser subsidiados pelo governo, recebendo os “favores” que consistiam no reembolso da passagem

outro porto nacional em que existisse montado o serviço de recepção e hospedagem de imigrantes (hospedarias); ferramentas (enxadas, pás, machados) e sementes; auxílio nos seis primeiros meses no núcleo, inclusive com alimentação; serviços médicos e farmacêuticos (Ibidem: 68)⁵⁰.

Nos portos, do Rio de Janeiro ou estaduais, havia sempre uma hospedaria ou preposto - com a presença de um funcionário federal - de recepção, desembarque, agasalho, onde eram oferecidos alimentação e tratamento médico para os que chegavam com alguma enfermidade. Os enfermos ficavam na hospedaria até melhorar suas condições de saúde. Os encarregados da recepção normalmente eram médicos do serviço de saúde dos portos ou a polícia portuária, que deveriam impedir o desembarque dos que não poderiam ser recebidos como imigrantes, de acordo com o art. 2º das Bases Regulamentares do Serviço de Povoamento. Quando isso ocorria, as companhias de navegação que os havia transportado eram obrigadas a repatriá-los (ibidem: 75-76).

A assistência aos imigrantes acontecia basicamente na Hospedaria Ilha das Flores, onde eles recebiam agasalho, alimentação e cuidados médicos. As hospedarias, tanto a principal, próxima ao Porto do Rio de Janeiro, quanto as dos prepostos nos estados eram equipadas com enfermarias e consultórios médicos. Os cuidados médicos e farmacêuticos faziam parte dos subsídios dos primeiros momentos da estada no imigrante e sua família no Brasil (ibidem, 1899:71).

e no acolhimento na hospedaria com auxílio alimentar por 3 dias, ou 6 em casos extraordinários como doenças; encaminhamento ao núcleo colonial de escolha da família; recepção no porto pela comissão de imigração; auxílio da data de chegada ao núcleo até a primeira colheita e venda dos produtos (RMIVOP, 1908, Bases Regulamentares do Serviço de Povoamento, art. 42:114). Para uma crítica à historiografia que coloca como imigrantes apenas os que viajavam em 3ª classe ver (Rocha, 2007: 81). Segundo a autora, “Deve-se considerar que, apesar de poucos, os imigrantes conseguiam algum êxito ou estavam envolvidos em atividades comerciais que proporcionavam a possibilidade de viajar em 1ª ou 2ª classes (...)”.

⁵⁰ Em alguns núcleos, a residência do médico fazia parte das obras realizadas pela comissão de administração: “Foram construídos na sede mais três edifícios destinados à administração, um escritório para a residência do chefe de comissão, um para o médico e outro para a residência do pessoal técnico e administrativo” (RMIVOP, 1908-1:149). No relatório de 1920 há um quadro de edifícios públicos construídos pelo Estado, dentre eles encontramos escolas, farmácias, ranchos, hospedarias, templos, padaria, açougues, engenhos, agências postais, centros telefônicos e telégrafos, observatórios meteorológicos, mas não encontramos hospitais ou consultórios médicos instalados pelas comissões de administração (RMAIC, 1920:57-61).

É importante ressaltar que a assistência médica e a cura individual não faziam parte do arsenal de práticas sanitárias até 1920, pois as ações se limitavam ao combate às epidemias. Portanto, a assistência dada ao imigrante no seu primeiro momento no país era entendida como subsídios, ou seja, “favores” do governo brasileiro à família estrangeira. A assistência sanitária individual na Primeira República era quase exclusivamente privada, de natureza filantrópica⁵¹.

A chegada de grande quantidade de estrangeiros no Porto do Rio de Janeiro, em tempos de epidemia, constituía-se como um grande problema para as autoridades e despertava grandes medos na população explicitados através da imprensa (figuras 1 e 2).

⁵¹ Sobre esta questão ver Telarolli Junior (1996: 29).



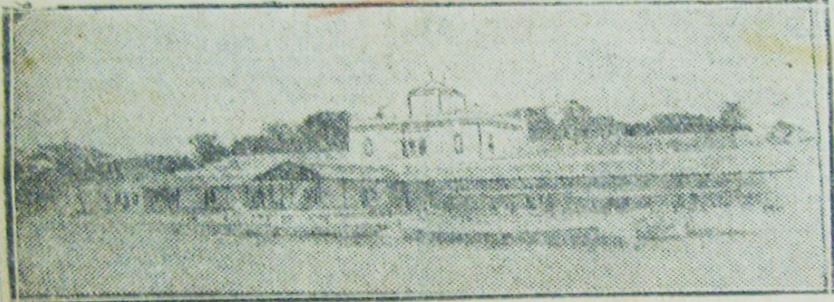
Fig. 1. COC/Fiocruz, Fundo Carlos Chagas – caixa 5, Documentos Avulsos, *O Globo*, 14 de abril de 1926. Nota sobre uma epidemia de disenteria na Hospedaria de Imigrantes da Ilha das Flores.

Rio, 27 de Abril de 1926

VANGUARDA (1a. edição)

A ilha das Flores é um foco de molestias perigosas

O desleixo da Saude Publica



Vistageral do caes de des embarque da ilha das Flores

VANGUARDA, ha pouco tempo, mostrando o descuido lamentavel da Saude Publica, referente ao desembarque de emigrantes na Ilha das Flores, deu o grito de alarma ante a ameaça que pesava sobre a população carioca.

Os efeitos do desleixo não se fizeram demorar. A ilha das Flores está assolada pela variola, typho abdominal e o impaludismo, que vêm se manifestando de maneira cada vez mais assombrosa. A dysenteria é outra molestia perigosa, que ora visita a ilha dos emigrantes.

E por que o surto de tantas molestias, quando se tem ali, sob a direcção do sr. Carlos Chagas, um immenso aparelho burocratico com o pomposo titulo de Saude Publica?

Poderá dar-se o caso do director da Saude supper que só o seu formidavel "aplomb" afaste

o perigo das molestias contagiosas nos ameaçando e disseminando os infelizes que necessitam da formosa ilha?

O que ha, realmente, de verdadeiro é o seguinte: os emigrantes, portadores das terriveis molestias, têm desembarque livre, pelo simples facto (certamente importante para os senhores encarregados de zelar pela saude da cidade) de virem para o Brasil... Isto é, positivamente, irrisorio. Ha outra circumstancia: os medicos da Saude Publica nem sempre, com raras excepções, dão-se ao trabalho de um exame minucioso nos navios que aportam á Guanabara, trazendo nos seus bojos immundos os estrangeiros que vêm procurar occupações nos nucleos agricolas do medidas para que cesse a ameaça que paira, actualmente, sobre a cidade.

Fig. 2. COC/Fiocruz, Fundo Carlos Chagas – caixa 5, Documentos Avulsos, *Vanguarda*, 27 de abril de 1926. Matéria que mostra a Ilha das Flores como um foco de moléstias perigosas, com foto da vista geral do cais de embarque. Segundo a matéria, estava havendo um grande descuido no desembarque de passageiros por parte da Saúde Pública, pelo fato dos imigrantes, “portadores de moléstias contagiosas”, estarem com o desembarque livre, pois os médicos da saúde pública não estavam fazendo o exame metucioso nos navios que aportavam na baía da Guanabara: “trazendo nos seus bojos imundos estrangeiros que vêm procurar ocupação nos núcleos agrícolas”.

A recepção de imigrantes constantemente era matéria de discussão entre autoridades governamentais responsáveis pelo fluxo. Durante a epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro, no final dos anos de 1890, foi travada uma discussão entre duas instâncias governamentais responsáveis pelo recebimento dos imigrantes: a Inspetoria de Terras e Colonização, ligada ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio - MAIC e a Inspetoria Geral de Saúde do Porto, que fazia parte do Ministério da Justiça e Negócios Interiores - MJNI.

Por avisos, entre o final de 1891 e o início de 1892⁵², foram expedidas ordens pelo MJNI para que o recebimento de imigrantes europeus - vindos com destino ao porto do Rio de Janeiro, durante o período epidêmico - passasse a ser feito na Ilha Grande, onde se encontrava o lazareto, fundando-se ali uma hospedaria com as acomodações necessárias (RMJNI, 1892 e 1893: 346).

“Tornando-se de necessidade evitar a permanência de imigrantes recém-chegados nesta capital, mormente na estação calmosa, rogo-vos, em adiantamento ao meu aviso de 8 de julho próximo findo e com referência ao que me dirigistes em 14 do corrente mês a expedição das providências necessárias a fim de que os mesmos imigrantes passem a ser recebidos na Ilha Grande, donde serão transportados diretamente para os portos do sul e do norte, conforme o destino que trouxerem, ou conduzidos também diretamente da Ilha Grande até a estação marítima da Estrada de Ferro Central do Brasil e daí para as Hospedarias de Pinheiro ou Juiz de Fora, quando tenham de ser internados, evitando-se em todo o caso o seu recebimento e estadia na Ilha das Flores” (aviso de 26 de outubro de 1892 do MJNI – *ibidem*)

O MAIC, pela Inspetoria de Terras e Colonização, fez um parecer contrário à idéia, manifestando a sua opinião por meio de um aviso em 25 de novembro. Segundo o parecer, não seria conveniente misturar imigrantes sãos com “quarentenários, ainda que os melhores processos de desinfecção sejam empregados” (*ibidem*: 347).

Uma comissão técnica foi então encarregada de estudar o assunto e, em 12 de junho de 1893, foi apresentado o resultado dos trabalhos sobre a necessidade de se receber imigrantes com destino ao porto do Rio de Janeiro na Ilha Grande. Foi reconhecida a impossibilidade de ser aproveitado o lazareto, com sede na ilha e indispensável para o serviço de quarentena.

⁵² Avisos do Ministério de 4 de setembro de 1891, 30 de janeiro, 18 e 26 de maio, 8 de julho e 23 de setembro de 1892 (RMJNI, 1892 e 1893, p.346).

Como solução, pensou-se em construir um novo edifício com uma certa distância do lazareto para se hospedar imigrantes, o que foi logo descartado, por causa da grande despesa em que isto incorreria, não só com a construção do edifício e dependências, mas também com outras obras de infraestrutura como pontes de embarque e desembarque e um ramal férreo até a Central do Brasil (ibidem: 348).

A idéia de mudar a hospedaria da Ilha das Flores para o Lazareto da Ilha Grande já havia sido apresentada nos anos anteriores como medida imprescindível para a saúde pública, ameaçada constantemente pela grande leva de estrangeiros que chegava constantemente à capital, vistos como “combustível excelente à propagação de doenças”. Alguns higienistas mais exigentes pediam inclusive a supressão da imigração e trancamento do porto em período epidêmico⁵³. A questão era: os imigrantes deveriam ser desembarcados e imediatamente internados para evitar a propagação do mal (ibidem).

A Inspetoria de Terras e Colonização argumentava, tentando derrubar o suposição higienista através da estatística de entrada de imigrantes da Ilha das Flores no ano de 1890. Segundo seus números, em 1890 entraram 66.494 estrangeiros, sendo dois - um italiano e um russo - atacados pela febre amarela. Em 1891, de 63.865, cinquenta e quatro sofreram com a moléstia - 2 italianos, 2 alemães, 1 espanhol e 48 russos. Só que esses russos tinham sido enviados para a Ilha das Flores vindos do Rio Grande do Sul para serem repatriados, ou seja, não eram europeus recém-chegados, o que, para as autoridades da Inspetoria de Terras e Colonização, desbancava a teoria de que os germes atacavam prioritariamente os recém-chegados sem imunidade⁵⁴ (ibidem).

Para a Inspetoria de Terras e Colonização, o problema não era a imigração oficial, subsidiada, que ameaçava a saúde pública, mas a imigração espontânea, de cuja entrada a administração pública não tinha qualquer tipo de controle, muito menos o higiênico. Assim, o ideal seria haver um transporte na Estrada de Ferro Central do Brasil, quando, em virtude de

⁵³ A Academia Nacional de Medicina, em ofício de 30 de julho de 1893, fez uma proposta, sugerida pelo Dr. Agostinho José Souza Lima, sobre a proibição da entrada de imigrantes nos portos do Rio de Janeiro e de Santos, durante anos sucessivos e não somente durante o verão, com a finalidade de reduzir o máximo possível a população urbana, sujeita às influências do germe da febre amarela, “a massa de indivíduos que tem grande receptividade para a moléstia e é constituída principalmente pelos recém-chegados, pois que a imunidade só se adquire depois de cinco anos de residência em foco epidêmico”(ibidem: 352).

⁵⁴ Esse argumento, na verdade, não desbancava a teoria dos higienistas, já que a imunidade só se adquiria depois de cinco anos de residência no local da epidemia. Além disso, os russos vinham do Rio Grande do Sul, onde não havia febre amarela.

moléstia epidêmica, se pudesse fazer com urgência a internação de imigrantes chegados à capital. Com este recurso, isolada e desinfetada a Ilha das Flores, poderia se evitar a propagação da epidemia (ibidem: 349).

“Pensa-se, com a mudança projetada, proibir a chegada a esta cidade do imigrante contratado, mas não se poderá jamais impedir que nela desembarquem constantemente levas de imigrantes espontâneos, que vão, sem cuidado e sem higiene, habitar casas insalubres, amontoados como animais, alimentados mal e parcamente. São eles, talvez, os que prejudiquem a saúde pública, fornecendo combustível para a epidemia, e não aqueles que, recebidos e alimentados em lugares próprios e cercados de cuidados, aí demoram-se apenas, o tempo necessário ao despacho de suas bagagens para seguirem seus destinos, ou a quem se pode internar momentos depois de chegados, se for bem auxiliado o serviço de Inspetoria de Terras e Colonização” (parecer da Inspetoria de Terras e Colonização – RMJNI, 1892/1893: 351).

Sempre que a capital da República era ameaçada por alguma moléstia infecciosa em grande proporção, a questão da imigração virava assunto em pauta. Não foi diferente nas duas epidemias – febre amarela em 1890 e cólera em 1893 - que irromperam na cidade no anos noventa. Neste período, ocorreram as discussões mais acirradas, proporcionadas pelo grau de virulência de ambas as doenças e pela grande quantidade de estrangeiros que chegavam todos os dias à cidade. Todos davam palpites, mas quem ditava as normas eram os médicos e higienistas.

Durante o 2º Congresso de Medicina e Cirurgia do Brasil, ocorrido entre os dias 16 e 26 de setembro de 1889 na capital, o tema central de discussão foi “Quais seriam os meios mais vantajosos para prevenir o aparecimento ou atenuar a intensidade das epidemias que durante a estação calmosa se desenvolvem freqüentemente no Rio de Janeiro”. Esta proposta, de autoria do Dr. Rocha Faria, Diretor do Instituto de Higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro na época, se referia às melhores formas de profilaxia para o combate às epidemias que grassavam na capital, um dos maiores centros comerciais da América do Sul, que sintetizava a vida e o progresso do Brasil (RMI, 1891: A-D-60).

Nomeou-se, então, uma comissão⁵⁵ para formular um parecer sobre o assunto. As profilaxias de agressão e de defesa⁵⁶ foram consideradas como os principais recursos de que a higiene dispunha para resolver o problema das epidemias, durante as estações calmosas, no Rio de Janeiro. Dentre as medidas principais discutidas no congresso, o saneamento da cidade era o mais importante e urgente a ser feito. Ele consistia no enxugo do solo, aterro de terrenos alagadiços, alargamento de ruas, abastecimento de água, arborização, saneamento das habitações, extinção dos cortiços, fiscalização dos domicílios, criação do serviço de desinfecção, notificação compulsória, isolamento, vacinação, intervenção da autoridade sanitária e “a proibição da entrada de imigrantes na cidade durante alguns anos, ou pelo menos enquanto durasse a epidemia”. Mais especificamente, a proibição de receber imigrantes pelo porto do Rio de Janeiro, cidade mais castigada pela epidemia, podendo estes serem acolhidos por outros portos da República não infectados (ibidem: 71-76).

A proibição da entrada de estrangeiros pelo porto do Rio de Janeiro era a providência de maior importância para os médicos higienistas, presentes no congresso, para se conseguir o desaparecimento da febre amarela na cidade, de onde era irradiada para outras localidades no estado e no país. O porto do Rio de Janeiro possuía um nexo de articulação entre ferrovias e navios a vapor. As estradas de ferro, um dos principais artifícios da remodelação material do país na segunda metade do século XIX, passaram a integrar o litoral com o interior e o país como um todo à economia mundial. A introdução da ferrovia, a partir de 1858, foi fundamental para a expansão da cafeicultura do Vale do Paraíba, melhorando o escoamento da produção, antes realizado por tropas de mulas e facilitando a introdução de trabalhadores estrangeiros assalariados nas lavouras de café do interior. Esta era justamente a marcha das epidemias de febre amarela, cólera e a peste, que frequentemente se faziam presentes no país: do porto para a cidade e desta para o interior (Lamarão, 1991:55).

Além disso, o Rio de Janeiro havia se tornado um centro exportador e importador, um ponto quase obrigatório de transferência e trânsito de mercadorias européias e norte-

⁵⁵ A comissão foi formada pelos doutores Nuno de Andrade, Manoel Vitório Pereira, Domingos José Freire, Domingos Martins Costa, José Benício de Abreu, João Batista Lacerda, Azevedo Sodré, Aureliano Portugal e Rocha Faria como relator (RMI, 1891:A-D-71).

⁵⁶ A profilaxia agressiva ou saneamento do meio compreendia: o abastecimento de água, remoção de imundícies, enxugo do solo e higiene das habitações. A profilaxia de defesa, ou policiamento do meio, consistia na polícia sanitária, assistência pública e legislação sanitária administrativa (RMI, 1891: A-D-61).

americanas, alimentando um ativo comércio de cabotagem, que redistribuía os produtos estrangeiros ao longo de todo e vasto litoral brasileiro (ibidem).

A interdição à imigração era compreendida como mais uma medida de profilaxia contra a febre amarela, assim como o saneamento e a reforma urbana implementada pelo prefeito Pereira Passos no começo do século XX. Dessa forma, para alguns autores⁵⁷, as obras para a modernização do Porto do Rio de Janeiro devem ser compreendidas como complementares à Avenida Central e à política de saúde realizadas de 1902 a 1911. A prefeitura ficou com as demolições e o embelezamento da cidade e o governo federal com as obras do porto e da Avenida Central (Santos, 2007: 1173-1196).

A primeira prática de profilaxia adotada para o combate das doenças foi desde sempre a quarentena e a idéia de isolamento do doente visto como contagioso. Antes, as quarentenas não tinham como foco o indivíduo, mas o navio, todos os passageiros. Com a emergência da bacteriologia, passou-se a realizar a seleção de imigrantes com bases no indivíduo, utilizando-se critérios médicos (Shvartz et al, 2005:3).

O papel da medicina e da autoridade em saúde pública na classificação e absorção de imigrantes em muitos países, na virada do século XIX para o XX, estava ao lado das facetas científicas. Os imigrantes passam a ser vistos como uma ameaça à saúde pública. Com o avanço da bacteriologia e dos testes laboratoriais para a identificação das fontes das doenças, esta metáfora, associando doenças a imigrantes, passa a marcar e categorizar populações (ibidem: 4).

Vários fatores convergiram no final do século XIX para fazerem da imigração uma viagem mediada pela linguagem e prática médicas. Estudos têm mostrado que a saúde pública e a medicina foram cruciais para a experiência imigratória na sociedade americana⁵⁸. Markel & Stern (2002: 758-760) analisaram a associação entre imigrantes e doenças nos Estados Unidos. Para os autores, a retórica antiimigrantista na América foi enquadrada por uma linguagem médica explícita. Uma série de fatores interligados moldou a saúde do imigrante e a assistência à saúde na sociedade americana. Estas duas questões estão intimamente ligadas. Primeiro existia o problema das divisas que poderiam ser gastas com a assistência ao imigrante - quando

⁵⁷ Lamarão (1991) e Santos (2007).

⁵⁸ Um texto que aborda este assunto, mas sob o ponto de vista da restrição a imigrantes mexicanos e filipinos para os EUA, é o estudo de Abel, Emily. *Only the best class of immigration: public health policy toward mexicans and filipinos in Los Angeles, 1910-1940* (2004).

deveriam ser usadas com a população nacional - onerando os cofres público⁵⁹; depois os riscos inerentes à própria mistura de populações, as metáforas biológicas, o risco da imigração irrestrita para a saúde social da nação. Em terceiro lugar vinha a própria realidade da travessia. Era tão sofredora quanto a memória a fazia crer?

Muitas histórias de imigrantes contam que os navios não ofereciam compartimentos com os mínimos princípios de higiene. As pessoas ficavam confinadas de forma desconfortável, com uma estrutura de camas umas ao lado das outras e somente um banco central de madeira e uma mesa onde se faziam as refeições. Nestas condições, sentir-se mal era normal. Os riscos e debilidades tornavam essas viagens suscetíveis a problemas de saúde, embora muitos imigrantes fossem inspecionados por médicos antes de deixarem a Europa ou Ásia, especialmente após uma série de atos que restringiam significativamente a imigração para os EUA após 1891. É preciso também entender que o mundo estava passando por um período de grandes epidemias e a expectativa de vida não ultrapassava os 40 anos. Dessa forma, poucos deixavam os seus países com a saúde íntegra (ibidem).

Uma outra questão era que, embora a bacteriologia já tivesse assentado as suas bases no laboratório, ainda deveria realizar um caminho longo até chegar às práticas e diagnósticos na clínica médica e na saúde pública. Os anos noventa viviam ferrenhas controvérsias sobre a forma de transmissão de moléstias entre miasmas, micróbios e mosquitos. Os mais reticentes com relação às descobertas de Carlos Finlay - em Havana, no ano de 1881, de que a febre amarela era transmitida por um mosquito - eram os inspetores médicos do Serviço Sanitário do Porto.

Assim, a recepção e inspeção de passageiros imigrantes eram realizadas com uma mistura de entendimentos sobre germes e miasmas, percepções que poderiam ir das relações das moléstias com a sujeira dos navios, com o asseio pessoal, à questões ligadas à moralidade e comportamento⁶⁰. Na imprensa, principalmente, o imigrante era frequentemente associado à contaminação e germes. A hospedaria era vista como foco de transmissão de moléstias.

⁵⁹ No exame para a entrada de imigrantes nos EUA, havia duas categorias de doenças, a classe A (tracoma, tuberculose, doenças contagiosas em geral) e a classe B (hérnias, deformidades, cardiopatias, doenças crônicas em geral). A segunda categoria era nomeada como *Likely to become a public charge*, isto é, doentes crônicos que provavelmente gerariam divisas para a saúde pública. Estes deveriam ser excluídos. Sobre esta questão ver Fairchild, Amy L. *Science at the Borders: Immigrant Medical Inspection and the Shaping of the Modern Industrial Labor Force*. Baltimore: John Hopkins University Press, 2003, p.32.

⁶⁰ Ibidem: 42,43.

As críticas mais duras da imprensa à administração sanitária do porto e diretamente ao inspetor ocorreram durante o período da epidemia de cólera, um ano depois do caso Carlo R. Porém, um fato considerado como “mais um grande erro” cometido pelo inspetor ocorreu dois anos depois, para manchar ainda mais sua reputação enquanto higienista e para colocar em xeque novamente a eficiência da estrutura sanitária do porto e do Lazareto da Ilha Grande. E desta vez, não por causa da profilaxia da cólera, mas da febre amarela.

No próximo item vou tomar como exemplo o caso do cruzador italiano Lombardia, como mote para a análise das controvérsias entre as autoridades sanitárias, em especial os profissionais do Serviço Sanitário do Porto do Rio de Janeiro, sobre a relação entre ciência e profilaxia no período de transição da higiene dos miasmas para a microbiologia e o aceite, pela comunidade científica, do papel dos insetos vetores na transmissão de doenças.

1.3 Entre miasmas e vetores: o Cruzador Lombardia

Neste item, pretendo narrar o caso do cruzador Lombardia (1895), utilizando como fonte um artigo escrito pelo doutor Jaime Silvado e publicado na *Revista Médica de São Paulo* no ano de 1903, ou seja, oito anos após os acontecimentos. Nesta ocasião, Silvado, ao publicar o seu relatório sobre o caso, criticando justamente a premissa da transmissão da febre amarela pelo mosquito, está também combatendo diretamente a política pública de saúde de Oswaldo Cruz. Entre 1903-1909, período em que esteve à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz implementou uma grande campanha na cidade do Rio de Janeiro para a erradicação da febre amarela, que tinha como objetivo o combate ao mosquito e às suas larvas nos focos dentro das residências e nos logradouros públicos.

Jaime Silvado era um médico da marinha, membro da Academia Nacional de Medicina⁶¹; redator-chefe da *Revista da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro*⁶²

⁶¹ Lista completa de acadêmicos por data – Academia Nacional de Medicina - http://www.anm.org.br/membros_completa_data.asp, acessado em 3 de novembro de 2010.

⁶² Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (1886). In: Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930) Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – (<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>), acessado em 3 de novembro de 2010.

e positivista. Este médico exerceu vários cargos públicos em sua maioria ligados ao Serviço Sanitário do Porto do Rio de Janeiro: foi auxiliar-médico de Nuno de Andrade quando este era Diretor Geral de Saúde Pública entre 1897-1903; chefe do Serviço de Isolamento e Desinfecção do Porto do Rio de Janeiro quando Oswaldo Cruz esteve à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública – DGSP - entre 1903-1909 e Inspetor de Saúde dos Portos de 1910 a 1918.

No seu relatório, Silvado faz o uso de um fato ocorrido em 1895, o caso Lombardia, para atacar a teoria da transmissão da febre amarela pelo mosquito em 1903. Apesar do anacronismo, o artigo nos revela a história trágica deste cruzador e nos leva a refletir sobre alguns aspectos interessante no que diz respeito à transição da idéia dos miasmas para os micróbios e vetores, além das tramas que envolviam a comunidade científica na época.

A primeira trama a ser desvendada é o próprio anacronismo deste artigo. Para isso, precisamos traçar as relações entre miasmas, micróbios, mosquito com a febre amarela, doença que para Magalhães (2010) mediou a entrada da microbiologia e da medicina tropical no campo da Saúde Pública no Brasil.

Em 1895, ano em que o cruzador Lombardia atracou na baía da Guanabara, as práticas oficiais de profilaxia para o combate à febre amarela não tinham ainda nada a ver com a idéia de insetos vetores. O que existia era uma combinação de medidas entre os pressupostos da higiene dos miasmas e da microbiologia. Em meados da década de 1890, já era aceito por parte da comunidade científica brasileira o princípio de que a febre amarela era originária de um germe indeterminado. A partir de então, surgem controvérsias quanto a forma de sanear a cidade do Rio de Janeiro e entre os atores envolvidos nos planos de saneamento. Isto porque a entrada do ‘pasteurianismo’ no Brasil, como em outras localidades, não ocorreu de forma pacífica e tampouco foi assimilado rapidamente pela comunidade científica como um todo (Benchimol, 1995: 69).

Na década de 1880, a febre amarela era relacionada a plantas microscópicas (micrófitos), cuja ação era ativada pelo calor e pela umidade do ar. Nos anos de 1890, os micrófitos deram lugar aos bacilos e a partir destes empreendeu-se nova corrida para a descoberta dos agentes da febre amarela. Os trabalhos do médico Domingos Freire sobre a febre biliosa e o câncer são indícios desta tendência⁶³ (ibidem: 82).

⁶³ Em contraposição às visões climatológicas e topográficas com relação à grande prevalência da febre amarela no Rio de Janeiro, o médico Domingos Freire, em 1879, professor catedrático da Faculdade de Medicina do Rio de

Em 1881, o médico cubano Carlos Finlay levantou a hipótese da transmissão da febre amarela por um germe que passava por transformações dentro organismo do mosquito *Culex* antes de infectar o homem. Este mosquito seria o vetor transmissor da doença de um indivíduo infectado para outro saudável. A descoberta de Finlay, no entanto, só foi comprovada e aceita vinte anos depois por uma comissão americana, formada para realizar pesquisas sobre a doença em Cuba, liderada pelo oficial médico norte-americano Walter Reed, nos anos de 1900/1901⁶⁴.

Em 1897, dois anos após o caso Lombardia, o médico italiano Giuseppe Sanarelli anunciou em Montevideú que tinha identificado o bacilo da febre amarela. A descoberta foi reconhecida pela Academia Nacional de Medicina brasileira no mesmo ano⁶⁵. Vergara (2003) ressalta que a teoria bacteriana de Saranelli permitiu estabelecer uma relação entre as modernas teorias dos micróbios e a antiga higiene que entendia o meio como a causa do contágio.

Dúvidas e incertezas a respeito da maneira como os micróbios agiam e suas formas de transmissão aumentaram ainda mais neste período. A forma de combate às epidemias não se sustentava mais pelo ideário dos miasmas, mas permanecia contudo a noção do meio ambiente como fator determinante para a propagação de doenças. Fatores climáticos, telúricos e sociais criavam as condições necessárias para a sobrevivência dos micróbios fora do organismo humano. Ao mesmo tempo, assistia-se a emergência de um novo modelo de pesquisa calcado no inseto como transmissor de doenças, a medicina tropical. A contribuição decisiva para a constituição deste novo campo foi dada por Patrick Manson, em 1879, após identificar todo o ciclo do parasito da filariose. Manson descobriu que o mosquito tinha um papel decisivo na transmissão da doença ao homem. Os mosquitos serviam de “hospedeiros intermediários” para o parasito que depois de cumprir parte do seu ciclo evolutivo dentro do organismo do inseto se transferia para o homem, seu “hospedeiro definitivo” (Benchimol, 1999; Benchimol & Sá, 2005; Magalhães, 2010).

Theobald Smith e Fred Lucius Kilborne, em 1893, ligaram a transmissão do protozoário que causava a doença do gado, a “febre do Texas”, aos carrapatos. Em 1896, David Bruce

Janeiro, anunciou para a comunidade científica que tinha descoberto que o agente causador da febre amarela era uma alga microscópica. Fazendo o uso das técnicas pasteurianas, Freire desenvolveu em seu laboratório uma vacina contra a doença. Sua descoberta teve por um momento grande receptividade no meio acadêmico brasileiro e também francês. Depois passou a ser vista como um dos maiores “erros” da ciência nacional. Para aprofundar esta história ver Benchimol (1995, 1999).

⁶⁴ Ver Benchimol (1999); Magalhães (2010).

⁶⁵ Ibidem, Ibidem.

estabeleceu a relação entre as moscas e o tripanossomo (protozoário) na origem do nagana, doença dos eqüinos. Estas descobertas tiveram influência na suspeita de que a febre amarela, assim como a malária e estas outras enfermidades, também possuía alguma relação com um inseto, no caso o mosquito (Magalhães, op.cit).

Mas a consolidação definitiva do conceito inseto-vetor ocorreu em 1898 quando Ronald Ross, na Índia, identificou o ciclo do parasito da malária das aves nos mosquitos do tipo *Culex*. Como no caso da filariose, o mosquito extraía o parasito da malária do sangue humano e depois de morrer o transferia para a água, contaminando os indivíduos que a ingerissem. Ross verificou a existência do parasito nas glândulas salivares dos insetos e concluiu que estes poderiam transportá-lo de volta ao organismo humano, infectando uma pessoa saudável. A noção de “hospedeiro intermediário” tinha sido então criada por Manson, a partir de seus estudos sobre a filariose, mas coube a Ross estabelecer o conceito de “vetor”. Um ano depois (1899) o italiano Giovanni Grassi, junto a colaboradores, demonstrou que o mosquito do tipo *Anopheles* era o responsável pela transmissão da malária humana (Ibidem).

As pesquisas de Ross e Grassi influenciaram novos estudos acerca do papel dos insetos na transmissão de enfermidades e desempenharam grande papel na institucionalização da medicina tropical como especialidade médica. Este novo campo de pesquisa girava em torno do paradigma parasito-vetor e reunia um conjunto de enfermidades como a febre amarela, a malária, a esquistossomose e a tripanossomíase africana. Os parasitos e insetos transmissores destas doenças existiam em regiões com determinadas condições climáticas e geográficas, em especial nas regiões tropicais, que por sua vez influenciavam também o metabolismo humano, tornando os organismos mais vulneráveis à infecção pelo parasito (Ibidem).

A relação entre febre amarela e seu mosquito vetor ocorreu de forma definitiva - apesar das primeiras pesquisas de Carlos Finlay em 1881- em 1900/1901, quando a comissão americana de Walter Reed, em Havana, comprovou a teoria do mosquito *Culex* como o transmissor da enfermidade. Reed apresentou suas conclusões durante o 3º Congresso Panamericano (1901), também em Havana, cidade onde William Gorgas dava início a sua campanha para o combate ao mosquito vetor da febre amarela. O método empregado em tal campanha foi a eliminação das larvas em águas paradas e o uso do mosquiteiro para o isolamento dos doentes (Benchimol, 1999; Benchimol e Sá, 2005; Lowy, 2006; Magalhães 2010).

No ano de 1901, na cidade de São Paulo, os métodos de combate à febre amarela realizados em Cuba foram utilizados pelo então diretor do serviço sanitário do Estado Emílio Ribas. Em 1903, Oswaldo Cruz começa sua bem sucedida campanha também no Rio de Janeiro. Antes da emergência deste conjunto de pesquisas, a febre amarela era considerada uma doença contagiosa nos moldes clássicos, ou seja, disseminada pelo contato direto com doentes, suas roupas e objetos contaminados (Magalhães, op.cit).

O aceite do conceito parasito-vetor, desde os estudos de Carlos Finaly em 1881 até a aplicação do modelo cubano no combate à febre amarela por Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro em 1903, não se deu de forma rápida e tranqüila. Da mesma maneira que os pressupostos pasteurianos geraram uma série de controvérsias entre os anos de 1880 e 1890 até que fossem aceitos pela comunidade científica.

No caso do cruzador Lombardia, em 1895, o que identificamos é a relação entre meio ambiente, a doença (febre amarela) e sua prevalência “nas estações calmosas”, o verão, na cidade do Rio de Janeiro. Além disso, existe a idéia da predisposição dos imigrantes para a enfermidade e a concepção do contágio entre indivíduos, suas roupas e objetos. Vamos então ao caso.

Entre 1895 e 1896, o número de reclamações diplomáticas feitas pela Itália ao governo brasileiro triplicou por causa de um incidente grave, envolvendo novamente um navio italiano, só que desta vez não um vapor de imigrantes, mas um cruzador. Este grave incidente colocou novamente à prova a competência das autoridades sanitárias brasileiras do Porto do Rio de Janeiro, seus conhecimentos práticos e científicos e a eficácia do Lazareto da Ilha Grande⁶⁶.

Em 27 de novembro de 1895, em plena “estação calmosa”, o verão, conhecidamente a época mais propícia para o aparecimento da febre amarela no Rio de Janeiro, aportou o cruzador Lombardia da Marinha italiana. Neste período, como era de se esperar, a febre amarela já reinava na capital, “se não grandemente aterradora, em todo caso assaz intensa para amedrontar estrangeiros não aclimatados” (Silvado, op.cit, 317).

Um representante do governo brasileiro chegou a aconselhar o ministro diplomático da Itália a retirar das águas da Guanabara este navio, tentando fazer-lhe ver o perigo que estava

⁶⁶ Este item foi todo baseado em artigo publicado pelo Dr. Silvado, A Febre Amarela a bordo do Lombardia: notas críticas para servirem à história da epidemia. *Revista Médica de São Paulo – Jornal Prático de Medicina, Cirurgia e Hygiene*, anno VI, 15 de agosto de 1903, n. 15.

correndo toda a tripulação. Não foi dado o valor necessário ao conselho, pois que o cruzador permaneceu no nosso porto, mantendo constante relação com a terra. “Foi, infelizmente, um profeta esse conselheiro do ministro italiano: o comandante do navio infeccionou-se e foi adoecer em Petrópolis, onde morreu” (ibidem).

O marinheiro que lhe servia, aproveitando a sua ausência, ficou em terra, onde se infeccionou. Em 27 de janeiro de 1896, caiu doente, tendo o médico do cruzador, Dr. Jannoni, que jamais tinha visto um caso de febre amarela na vida, diagnosticado esscarlatina. Dia 30 o marinheiro foi removido para o hospital de isolamento, na Jurujuba, onde morreu após cinco dias de moléstia. “Há quem tenha acusado o Dr. Jannoni de ser o principal causador da propagação do incêndio epidêmico” que iria ocorrer, graças a esse erro de diagnóstico. Corria boato entre os empregados do lazareto que o 2º comandante do navio, Barrelo, acusava a cada passo o infeliz médico (ibidem).

Novos casos manifestaram-se a bordo. O segundo foi observado dez dias após o desembarque do primeiro doente que, para o Dr. Belli, médico da Marinha italiana, ocorreu de uma nova importação por terra⁶⁷. Somente após este ocorrido se pediu socorro ao governo brasileiro, que se pôs em campo através da Inspeção Geral de Saúde dos Portos - IGSP.

Era preciso resolver um duplo problema higiênico: proteger a tripulação, extinguindo a epidemia que ameaçava dizimá-la e evitar que em um futuro muito próximo explodisse a bordo nova epidemia. O governo então enviou o Lombardia, no dia 12 de fevereiro de 1896, para o Lazareto da Ilha Grande, a conselho do Inspetor de Saúde do Porto. Lá chegando, algumas horas depois, o Lombardia foi recebido pelo ajudante do médico diretor, que não se encontrava no estabelecimento e o havia deixado em seu lugar. O ajudante disse que havia recebido um telegrama do Ministro das Relações Exteriores, Dr. Carlos Carvalho, para desembarcar a tripulação, o que depois foi desmentido. O diretor, que algum tempo depois chegou ao lazareto, apoiou o ato de seu auxiliar. “Ato a nosso ver errôneo como os fatos provaram”, afirmou o Dr. Silvado, criticando também os atos das autoridades do serviço sanitário do porto e do lazareto da época, assim como o médico da Marinha italiana (ibidem: 318).

Não porque não se deveria ter recebido os “amarelentos” e os sãos, mas porque o desembarque foi feito sem serem tomadas as cautelas necessárias. E foi esse erro crucial, não

⁶⁷ Belli, M. *L'epidemia sulla Lombardia e la profilassi della febre gialla sulle navi de guerra*. Roma, 1897 apud Silvado, op.cit, 317.

corrigido pelo inspetor, que determinou a propagação da epidemia, não só a toda tripulação, como também ao pessoal do lazareto e aos habitantes das vizinhanças, como afirmaram posteriormente as autoridades em higiene (ibidem).

A instalação dos doentes nos pavilhões destinados a quarentenários, sem o isolamento, foi vista como o erro causador de todos os desastres que se seguiram. O Dr. Belli condenou a ida do navio ao lazareto⁶⁸, o que para José da Silveira, o inspetor da IGSP, não consistiu em erro. O problema não fora enviar o navio para a Ilha Grande, “como não seria um erro mandar para lá um navio com coléricos ou pestíferos a bordo”. Ao contrário, o lazareto era o local indicado para isso, pelas disposições regulamentares em voga e “pelo simples bom senso”. O erro então consistira em serem os pavilhões para quarentenários transformados em enfermarias para “amarementos” e em não se proceder à separação entre os doentes e os saudáveis, consentindo que eles convivessem e que fossem com frequência a bordo do Lombardia, onde “fatalmente se expunham aos ataques do morbus terrível” (ibidem).

Para o Dr. Belli, o Lazareto da Ilha Grande era preparado para a profilaxia da cólera e não para a febre amarela. Esta afirmação também foi rebatida pelo médico brasileiro, pois para o doutor Jaime Silvado, não haveria diferença na instalação de um estabelecimento como aquele, conforme seja destinado a esta ou aquela moléstia pestilencial.

“Cremos que o Dr. Belli nunca viu em país nenhum da terra essa especificação nos lazaretos. É verdade que o Lazareto da Ilha Grande carece de certos aperfeiçoamentos (...) mas não haverá muitos em melhores condições de instalação” (ibidem).

O fato foi que o desembarque do Lombardia foi aprovado pelo Chefe do Serviço Sanitário Marítimo, que parecia desconhecer os preceitos a serem aplicados neste caso. Mas o pior ainda estava para acontecer. Dias após o desembarque dos tripulantes no lazareto, o Inspetor de Saúde dos Portos ordenou a ida do navio para outra enseada, que não a do Abraão, a fim de que a tripulação fosse alojada em barracos ou casas alugadas, ficando o navio guardado por pessoas que, em consequência de anterior ataque, já gozavam de imunidade contra a doença.

⁶⁸ L'invio della nave all Isola Grande costituisce uno dei piú grave errori allora commessi” (Belli, op.cit, apud Silvado, op.cit) – “O envio do navio à Ilha Grande, desde o começo, constituiu-se como um grave erro” (tradução da autora).

“Só quem desconhece por completo as condições de pobreza da Ilha Grande poderia pensar na adoção de semelhante alvitre. Em que enseada se achariam essas casas? Quem as alugaria?”, indagava Silvado (ibidem: 320).

Assim, a epidemia foi se alastrando pela ilha, a ponto de um dia estarem internados no lazareto 62 doentes, “transformado por um erro imperdoável em um vasto hospital”, onde deixaram a vida 55% dos que lá entraram. Este evento, ocorrido no momento de transição das idéias sobre miasmas, contágio, germes e vetores, manchou a carreira do Inspetor de Saúde do Porto, Dr. José da Silveira, como médico higienista (Ibidem: 320).

Mais um vez podemos fazer um exercício para conceber o efeito que a situação produzia nas pessoas ali alojadas. Tinham que assistir a um triste espetáculo de agonia dos infelizes doentes que morriam e a quase certeza de que chegaria a sua vez. O resultado disso foi a morte de 117 jovens marinheiros, contando apenas os que morreram no lazareto.

Para o doutor Jaime Silvado, teria sido mais racional conservar a bordo os doentes com o necessário pessoal médico, para evitar o contágio, transformando o navio em hospital flutuante e desembarcar os sãos para serem no lazareto submetidos à necessária observação. Durante o tempo de permanência do cruzador na enseada do Abraão, deu-se constantemente o contato do pessoal médico com pessoas residentes da ilha e “guardas que acabavam de enterrar os cadáveres dos amareletos, iam *matar o bicho*⁶⁹ (grifo do autor) nas bodegas das circunvizinhanças”, sem contar que muito empregados saíam para dormir em suas casas fora do estabelecimento (ibidem: 321).

Começaram a aparecer doentes não só entre os empregados do lazareto, mas também entre os habitantes da Ilha. Um dos primeiros atacados do lazareto foi o foguista da estufa, que acabou falecendo. Depois deste caso outros apareceram, quase sem interrupção. Um dos desinfetadores infeccionou-se a bordo e foi adoecer na casa dos pais, fora do lazareto. Assim, o avô, o pai, a mãe e dois irmãos deste doente foram atacados pelo mal e morreram. Um outro

⁶⁹ A expressão ‘matar o bicho’ significava, e ainda é utilizada em algumas localidades, tomar um copo, ou um trago, de cachaça. Sobre o uso de tal expressão ver Carvalho, Hernani de. A cachaça vista pelo folclore, *Jangada Brasileira*, n. 49 – set. 2002 – Edição Especial Cachaça – <http://www.jangadabrasil.com.br/setembro49/especial02.htm>, acessado em 25 de abril de 2010. O consumo de bebidas alcoólicas, principalmente da cachaça no Brasil, era uma prática de cura. A bebida era utilizada como remédio em diferentes ocasiões, poderia servir como fortificante, para ser tomada pela manhã, ou em situações que exigiam esforço físico. Tomava-se também para proteger o organismo em situações específicas como na ocasião de epidemias ou de contato com doentes. Sobre este assunto ver Souza, Ricardo Luiz de. Cachaça, vinho, cerveja: da colônia ao século XX. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, n.33, jan-jun. de 2004, p.56-75.

óbito deu-se em uma venda ao lado do muro do desinfectório, também fora do estabelecimento, ponto freqüentado por guardas que “iam fazer as libações preventivas após os enterramentos”. A moléstia foi então se alastrando para outras casas, fazendo novas vítimas. Em um pequeno grupo de casas à esquerda do lazareto, lugar denominado “Mijadeiro”, houve alguns casos, todos eles “oriundos do lazareto, sendo a nosso ver positivamente clara a maneira pela qual a transmissão se efetuou”. Ordenaram que as roupas usadas pelos doentes fossem lavadas em uma casa naquele local, sem que se fizesse a prévia desinfecção. Logo após, surgiram os casos, tendo havido três óbitos na casa onde se lavou a roupa, além de um outro que se verificou em um dos filhos do casal que habitava o local, cujo pai era empregado do lazareto (ibidem: 322).

Um jornal chegou a noticiar o caso, mas foi logo desmentido por um telégrafo enviado pelo chefe do serviço sanitário marítimo à redação, doutor José da Silveira. Continuaram no lazareto a negar a existência da febre amarela e os “vômitos dos guardas atacados e que eram tratados nos seus alojamentos eram lançados pela janela abaixo”. Até a crianças foi permitida a entrada no foco, pois disseram que foi assim que um filho de um dos guardas adoeceu e morreu. A epidemia só cessou quando toda a tripulação foi dizimada (ibidem: 323).

“Não deixa de ter sua importância essa preferência dada pela moléstia a um empregado que, pelos deveres de seu cargo, era obrigado a lidar com as roupas dos amareletos. Nenhum empregado da administração foi atacado, foram-no tão somente os que lidavam mais ou menos diretamente com os amareletos, já desinfectando o navio, roupas etc, já carregando e enterrando cadáveres. Parece-nos que os partidários exclusivistas da transmissão da febre amarela pelo mosquito não explicarão facilmente esse fato bem verificado. O desinfectório fica a um quilômetro de distância da parte central do lazareto, d’onde se não o vê, em virtude da disposição topográfica da região” (ibidem).

Com esta passagem, o Dr. Jaime Silvado termina o seu relatório sobre o caso do cruzador Lombardia. Por que o médico teria feito o urso de um caso ocorrido em 1895 para criticar “os partidários exclusivistas da transmissão da febre amarela pelo mosquito” em 1903, quando Oswaldo Cruz começava sua campanha sanitária contra os mosquitos no Rio de Janeiro?

Em seu estudo sobre a construção do “mito Oswaldo Cruz”, Nara Britto (1995: 24) diz que apesar de ter conquistado a admiração de certos setores médicos para a implementação de sua campanha entre 1903 e 1907, que extinguiu temporariamente a febre amarela no Rio de

Janeiro, Oswaldo Cruz, “pela notoriedade que alcançou e pelas atitudes que tomou, tornou-se um pólo de discussão no campo médico, atraindo tanto simpatias como a aversão de inúmeros e expressivos representantes da categoria”. E essa resistência, de certos setores, teve início ainda em 1903, durante sua campanha baseada no conceito parasito-vetor, que gerou diversas discussões na Academia Nacional de Medicina e na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro⁷⁰.

Em 1899, quando fora chamado, junto a outros cientistas “caçadores de micróbios” como Adolfo Lutz, Emílio Ribas, Vital Brasil entre outros, para combater a peste bubônica em Santos, Oswaldo Cruz, recém egresso do Instituto Pasteur, já despertava a atenção de membros da classe médica, entre eles Jaime Silvado⁷¹. Na época, Silvado era auxiliar-médico do Diretor Geral de Saúde Pública, Nuno de Andrade, e no dia 2 de novembro de 1899, enviou o seguinte telegrama para os jornais:

"Estive com o dr. Oswaldo Cruz, que de fato havia se ferido há quatro dias com pipeta esterilizada. Julgo o caso não ter importância. Todavia, tomou injeção de dez gramas de soro antipestoso, logo após o acidente. À vista das informações, aguardo instruções vossas a respeito de permanecer aqui ou não o dr. Cruz." (*O Paiz*, 25.10.1899 apud Cukierman, 1998: nota 11).

Oswaldo Cruz ficou bastante irritado com o telegrama de Silvado para o diretor geral de saúde pública como demonstra em carta que escreveu para sua esposa logo após o incidente.

“São Paulo, 2 de novembro de 1899 (à tarde)

Minha querida Miloquinha.

Muito triste fiquei ao receber telegrama do Andrade (Nuno de Andrade) - que dizia estarem todos assustados, em virtude da notícia que por aí espalhou um jornal indiscreto e bisbilhoteiro. Já tive ocasião de dizer-te e repito, que estou inteiramente livre, que o acidente, ou, por outra, os acidentes tenham alguma conseqüência desastrosa. Felizmente, graças a tua

⁷⁰ Segundo a autora, o sucesso de Oswaldo Cruz no combate à febre amarela não teria sido suficiente para superar o clima de animosidade que havia se formado ao seu redor. Por muitas vezes, o médico mostrou-se desanimado com a ausência de reconhecimento social. “O cientista comentava que criara no país uma situação paradoxal, posto que a ciência produzida por Manguinhos era reconhecida no exterior, mas não pelas elites locais (...)” (Britto, 1995: 24-25).

⁷¹ O diagnóstico feito pelos “caçadores de micróbios”, indicando a presença da peste bubônica em Santos, desagradou e foi contestado por clínicos e comerciantes de tal cidade portuária. Com o êxito deste trabalho, Oswaldo Cruz assumiu a direção técnica do Instituto Soroterápico Federal em 1900, que o levaria a diretor geral de saúde pública em 1903. No entanto, a primeira prova de fogo para o médico tinha ocorrido durante a epidemia de cólera em 1894-1895 no Vale do Paraíba, quando os “caçadores de micróbios”, Oswaldo Cruz, Francisco Farjado e Chapot-Prévost identificaram a presença do bacilo vírgula nos doentes. A partir de então, orquestraram um rigoroso programa de desinfecções, isolamento e quarentena nas cidades, portos e estações ferroviárias do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais (Benchimol, 2000: 272).

insistência, sujeitei-me preventivamente e tomei todas as precauções durante o trabalho...” (Ibidem).

Segundo Curkierman (1998), o telegrama e a cobertura jornalística deste fato, mesmo denegrida por Oswaldo Cruz, revelam a dureza da batalha científica implementada pelo médico em Santos. Batalha feita não só de acertos, mas também de erros que normalmente não são mostrados pela história.

De fato acidentes ocorreram durante as pesquisas em Santos, apesar de terem sido abafados com o intuito de preservar a “reputação dos cientistas e da ciência”. Mas parece que vários integrantes da equipe se acidentaram, inclusive Vital Brasil:

"O dr. Vital Brasil apresentou ontem à noite sintomas da peste bubônica, os quais desapareceram com inoculação em alta dose do soro Yersin. O dr. Brasil, que se conserva fraco e abatido, voltou hoje ao serviço de isolamento” (ibidem)⁷².

O então auxiliar-médico, Jaime Silvado, fez chegar por obrigação do seu ofício, ao seu chefe superior, Nuno de Andrade, a notícia do acidente com Oswaldo Cruz, ou queria na realidade desvalorizar o trabalho do sanitarista em Santos? Caso quisesse só cumprir com suas obrigações, Silvado não precisaria mandar a notícia pela imprensa, mas por correspondência oficial. Ou teria o telegrama vazado para a imprensa?

Possíveis desavenças e conflitos de interesses entre Oswaldo Cruz e Jaime Silvado à parte, voltamos então à questão, por que Silvado quis atacar “os partidários exclusivistas da transmissão da febre amarela pelo mosquito” em 1903? Uma outra chave explicativa para se responder a esta pergunta pode estar na adesão deste médico aos princípios do positivismo.

Mesmo que estivesse sendo revisado no âmbito científico no começo do século XX, o positivismo se fazia bastante presente no Brasil. Em 1903/1904, a Igreja Positivista do Rio de Janeiro se distanciava dos avanços científicos conseguidos na época e inclusive lutou contra a vacina obrigatória no episódio da Revolta da Vacina em 1904. Além de defenderem as liberdades individuais contra as intervenções do Estado, alguns positivistas também não acreditavam na ação dos microorganismos como vetores de doenças (Carvalho: 1987: 97-98).

Pereira Barreto, exemplo de um cientista positivista, trabalhava para identificar as causas sociais das doenças e não se conformava em ver o homem isolado em um estudo especializado de laboratório. Além da influência de Auguste Comte, Barreto também aceitava

⁷² Sobre os acidentes ocorridos com os cientistas durante as pesquisas em Santos ver Curkierman (1998).

as idéias de Pasteur, o que o levou a se posicionar favoravelmente à vacinação contra a varíola em 1904, se diferenciando assim dos chamados “positivistas ortodoxos”⁷³. Os ortodoxos não acreditavam em micróbios e bactérias, pois estes pertenciam ao mundo invisível. Eram “abstrações metafísicas”, segundo a Igreja Positivista (Martins, 2010: 78-80).

Para os ortodoxos, micróbios eram seres inanimados, portanto as vacinas seriam apenas “líquidos sem validade alguma”. Eles argumentavam também contra a campanha de Oswaldo Cruz no combate à febre amarela, que tinha como objetivo acabar com os focos de água parada onde se reproduzia o mosquito dentro das residências e logradouros. Dessa forma, os positivistas ortodoxos eram veementemente contra a “invasão” das casas pelos funcionários do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, para liquidar com os focos de larvas de mosquitos (ibidem).

Raimundo Teixeira Mendes representava este lado radical do positivismo, para ele, a vacina era uma “aberração da concepção metafísica materialista médica”, como a doutrina microbiana. Para Mendes, o Apostolado Positivista do Brasil, do qual era vice-diretor, deveria lutar pela eliminação de todo o tipo de violência física implementada pelo sanitarismo, como tinha sido o caso da vacina em 1904. Acontecimentos que, para ele, haviam detonado a violência praticada pelo Estado em nome do sanitarismo oficial de Oswaldo Cruz (Mendes, 1908, n.24: 13 apud Martins, 2010: 84-85).

Teixeira Mendes, em 1908, faz menção inclusive a um episódio de um navio de imigrantes, o Orleannais, que aportou no porto do Rio de Janeiro com peste bubônica a bordo e os “passageiros foram obrigados a se imunizarem com a vacina”⁷⁴. O pacote teria sofrido “forte inspeção sanitária antes de seguir para Buenos Aires”. Além disso, o despotismo sanitário aplicava técnicas violentas também no traslado de doentes para o hospital (ibidem).

⁷³ Para Martins (2010: 68), existiria dois tipos de positivismo no Brasil, o heterodoxo e o ortodoxo. O ortodoxo teria como representante Raimundo Teixeira Mendes, membro do Apostolado Positivista do Brasil. O heterodoxo seria representado pelo cientista paulista Luis Pereira Barreto. Para a autora, a diferença entre os positivismos ortodoxo e heterodoxo está no próprio princípio argumentativo de ambos. No segundo, a religião e no primeiro, a ciência. Para Ângela Alonso (1995: 11), “a classificação em ortodoxos/heterodoxos ou lafitistas/litreístas não dá conta das variedades brasileiras”. A adoção do positivismo no Brasil obedeceu a contingências regionais, políticas e mesmo intelectuais. Os escritos de Comte combinaram-se com as outras tradições de pensamento no país, dependendo, portanto, das características de cada um dos grupos que o adotaram. Podemos dizer, então, que não há um, mas vários positivismos brasileiros e é de modo plural que eles devem ser compreendidos. Portanto, com relação ao doutor Jaime Silvado e sua filiação ao positivismo, seria necessário realizar uma pesquisa mais minuciosa, traçando as relações deste médico com sua comunidade política e científica, o que vai além da proposta desta pesquisa. Sobre as multifacetadas faces do positivismo brasileiro ver também Maio (2004b).

⁷⁴ O caso do vapor de imigrantes francês Orleannais será tratado no item 3.6 desta tese.

Segundo o vice-diretor do Apostolado Positivista, consistia como uma grande violência “arrancar” o doente de sua família durante a enfermidade para jogá-lo no hospital. Para Mendes e o Apostolado, estes atos representavam o abuso e a imoralidade do Estado, pois significavam a violação do sentimento de fraternidade universal (Ibidem).

No ano de 1918, o doutor Jaime Silvado era Inspetor de Saúde do Porto do Rio de Janeiro. Em plena epidemia de gripe espanhola, o médico foi responsabilizado pelos jornais e pela opinião pública pelo recrudescimento da epidemia na cidade “por não acreditar em micróbios”⁷⁵.

“O Inspetor Sanitário do Porto do Rio de Janeiro, Jaime Silvado, foi acusado de favorecer a entrada da epidemia, pois consentiu na atracação do Demerara, pois, ‘sendo positivista, não acreditava em micróbios’” [sic.] (*A Noite*, 21 de outubro de 1918, p.2 apud Goulart, 2005: 104)⁷⁶.

Bruno Latour (1986) mostrou, ao estudar os efeitos da obra de Louis Pasteur na ciência, que a emergência da bacteriologia implicou um alinhamento rápido dos higienistas aos pressupostos pasteurianos e uma adesão cautelosa e lenta dos clínicos. Os últimos, por um bom período, duvidaram dos pressupostos da teoria dos micróbios e resistiram a adotá-la em suas práticas cotidianas.

Dessa forma, para os não especialistas em laboratório, clínicos e oficiais de saúde pública, como os que atuavam no porto, os pressupostos dos micróbios ainda estavam longe de serem aplicados. Várias perguntas surgiam e permaneciam sem respostas: era necessário realizar muitas mudanças nos programas de profilaxia e inspeção? Se a febre amarela era realmente transmitida pelo mosquito, para que serviria a desinfecção? E as vitórias conseguidas com as práticas anteriores, que debelaram algumas epidemias, não teriam mais serventia? Só o tempo diria o que ficaria e o que seria posto de escanteio em termos de práticas entre miasmas, micróbios e mosquitos.

⁷⁵ É necessário também ressaltar aqui que no contexto da gripe espanhola - bem diferente do da febre amarela no começo do século XX – após a Primeira Guerra Mundial, a microbiologia, antes vista como a ferramenta que daria conta de todas as epidemias, entra em um certo processo de aviltamento, pela falta de respostas com relação a algumas questões como no próprio caso da gripe. “Embora a teoria microbiana das doenças já tivesse dado alguns passos, o conhecimento sobre os vírus se resumia à possibilidade de sua filtrabilidade em meios físicos, não havendo maior compreensão sobre sua forma de atuação no organismo humano” (Teixeira, 2003: 758). Um relato sobre os esforços da ciência na busca da descoberta das causas da gripe espanhola ver Kolata (2003).

⁷⁶ Segundo este jornal - em nota publicada no dia 16 de novembro de 1918, p. 1 - os próprios subordinados do inspetor de saúde teriam sido contra a permanência do navio em frente ao serviço de profilaxia do porto (Goulart, 2005: nota 9). Sobre este episódio do doutor Silvado durante a epidemia de gripe espanhola no Rio de Janeiro ver também Britto (1997:19).

“Neste conturbado período, o termo micróbio acabara de ser cunhado com o propósito de contornar as confusas categorias taxonômicas usadas nos textos científicos da época, que prejudicavam as discussões da teoria dos germes entre não especialistas, inclusive clínicos e higienistas” (Benchimol, 1999: 191-200).

Como vimos, no relato do doutor Jaime Silvado, os manuais de profilaxia e higiene naval adotados nos portos tinham como recomendação para a prevenção de doenças epidêmicas levar o navio para algum local do litoral arejado, onde batesse sol, para realizar a descarga e desinfecção de objetos e tripulação. Esse procedimento era recomendado para qualquer tipo de moléstia considerada pestilencial, fosse febre amarela, cólera ou peste.

Assim, para Silvado, um médico da marinha, positivista e com sua vida profissional desenvolvida no serviço sanitário do porto – como também para Nuno de Andrade – era difícil trocar rapidamente um conjunto de práticas de prevenção por um outro sem disputas⁷⁷, sem discussões e sem desconfianças com relação ao novo paradigma científico⁷⁸. Sobre o fato de ter utilizado um caso ocorrido em 1895, o cruzador Lombardia, para atacar a teoria dos mosquitos vetores da febre amarela em 1903. Ora, o Lombardia era o caso perfeito para isso, caía como uma luva para a sua retórica.

Segundo Benchimol (ibidem: 267), na década de 1890 foram se multiplicando, na imprensa médica e leiga do Rio de Janeiro, as especulações sobre o papel dos insetos na transmissão de doenças, inclusive a febre amarela. Eram vistos não como hospedeiros de microorganismos que cumpriam parte de seu ciclo vital no organismo do inseto parasitado, mas principalmente como agente mecânico de transmissão desses microorganismos. Assim, mosquitos, percevejos, pulgas, carrapatos e sobretudo moscas transportavam os micróbios até os alimentos e deles para a boca. “O fato de serem insetos tão comuns nas cidades parece haver facilitado sua incorporação ao imaginário coletivo como fonte de perigo, zunindo na atmosfera ainda enevoada por miasmas”.

⁷⁷ Utilizo as disputas no campo científico tal qual analisadas por Pierre Bourdieu. A luta travada entre os pares, visando a posse do capital científico, ou seja, a autoridade científica em uma área de conhecimento. A posse desta autoridade significa capacidade técnica e poder social. Para aprofundar ver *O Campo Científico*, em coletânea de textos do sociólogo, organizada por Renato Ortiz (1983: 122-155).

⁷⁸ Uso paradigma aqui no sentido indicado por Thomas Kuhn: “um paradigma é aquilo que os membros de uma comunidade partilham (...)” (1991: 219). No entanto, não compartilho com o caráter imanente dado por Kuhn ao paradigma, como disse Bourdieu, é preciso “não correr o risco de voltar à filosofia idealista que confere à ciência o poder de se desenvolver segundo sua lógica imanente, como faz Thomas Kuhn quando sugere que as revoluções científicas só aparecem após o esgotamento dos paradigmas”(Bourdieu, In: Ortiz, 1983: 125).

Ainda segundo Benchimol (ibidem), artigos escritos na época nos dão a impressão de que “partes componentes das teorias microbianas eram como que imantadas pelo campo de força da medicina tropical. Novos elos vivos eram encaixados nos constructos elaborados para explicar a transformação extracorporal do micróbio em febre amarela”. Nas teorias, o meio exterior era um agente onde fungos, algas, bacilos cumpriam parte de seu ciclo vital, antes de adquirirem capacidade de infeccionar os homens, apenas em certas estações do ano e em certas regiões geográficas. Por isso, a febre amarela se dava em grandes proporções no Rio de Janeiro nas estações “calmosas”. As teias que esses microorganismos percorriam, interligando solo, água, ar, alimentos, navios, casas, homens, acolhiam com dificuldade os insetos, postos em evidência pela *medicina tropical*⁷⁹ (ibidem).

O doutor Nuno de Andrade, em 1902, quando era diretor do Serviço Federal de Saúde Pública, declarava que a descoberta de Carlos Finlay apenas acrescentava um elemento novo à profilaxia da febre amarela. Seus defensores restringiam ao homem e ao mosquito todos os fios dos problemas. A hipótese da inexistência do germe da febre amarela no meio externo perturbava o diretor veementemente. Caso as deduções da profilaxia americana fossem aceitas, o que seria feito com o mundo de fatos colecionados durante todo o período anterior? Estes se tornariam totalmente inexplicáveis. Nuno de Andrade considerava fato provado a transmissão da febre amarela pelo mosquito, mas as deduções profiláticas lhe pareciam arbitrárias e a guerra ao mosquito em Cuba, mera “obra de remate” das medidas sanitárias que as autoridades militares tinham executado antes (ibidem: 269).

A história da luta contra a febre amarela no Brasil, ilustra bem a complexidade das relações entre conhecimentos e práticas. A entidade ‘febre amarela’, como outras entidades

⁷⁹ Medicina Tropical é um termo criado por Patrick Manson para nomear uma “nova” disciplina que integrava conhecimentos microbiológicos com história natural e saúde pública. A Medicina Tropical começa a falar de um terceiro elemento na cadeia de transmissão de doenças que uniria o homem, ou outro “animal” com os microorganismos. Assim, um terceiro animal poderia atuar como transmissor de microorganismo ou como hospedeiro intermediário, como o mosquito. Ele se refere a trópico no sentido de climático e não geográfico, e que medicina tropical é um termo mais conveniente do que exato, “pois não se trata de uma categoria científica e sim útil e prática. A ciência moderna viu que quase todas as enfermidades são causadas por germes. Etiologia microbiana e clima estão diretamente vinculados, já que os germes são seres vivos e como todas as coisas vivas demandam certas condições físicas”. Algumas das condições seriam temperatura, meio e certa oportunidade. Assim, o clima aqui não ocupa o mesmo lugar das explicações climáticas clássicas, como também no discurso dos hipocráticos e nos argumentos dos infeccionistas (Caponi, 2003: 121, 122). Sobre continuidade e gênese da Medicina Tropical tanto no contexto internacional quanto no Brasil ver Edler (1999). Um panorama dos estudos sobre patologia tropical no Brasil durante o século XIX e a descrição da Doença de Chagas, sob o marco teórico da Medicina Tropical, como uma doença do interior do Brasil ver Kropf (2009: 51-176).

produzidas pelos cientistas, são moldadas por meio das interações entre conhecimentos considerados adquiridos, ou seja, aceitos pela ciência na época, como por exemplo a definição da febre amarela, de seu agente causal, o vetor que a transmite; as atividades concretas dos pesquisadores e dos médicos, como os exames para se estabelecer o diagnóstico, os estudos sobre a disseminação da doença, o isolamento e cultura de seu agente etiológico, o tratamento das doenças, a produção de uma vacina; e a ação das administrações e dos poderes públicos, como por exemplo as reações das autoridades sanitárias diante de uma epidemia e as ações empreendidas para prevenir as futuras epidemias. E isso não quer dizer que a doença, a febre amarela, seja uma mera “construção de especialistas”. A doença, a experiência humana com a doença, o sofrimento e a morte são fenômenos que pertencem à humanidade e por isso têm sua existência própria, fora de qualquer contexto científico (Löwy, 2006:15, 19).

Ainda que fosse aceita a participação humana na formação de entidades como o ‘vírus’ e a ‘sociedade’, os mais ardorosos defensores de uma ciência neutra e objetiva hesitarão em estender tal percepção à saúde pública, disciplina que alia diretamente habilidades técnicas da ciência e as políticas de saúde. “É pouco provável que especialistas nessa área se recusem a admitir que seu trabalho produz ao mesmo tempo conhecimento científico fundamentais e práticas sociais fundadas sobre a aplicação deste saber”. A inserção do saber sobre o germe na prática dos médicos e dos profissionais da saúde tem um significado preciso, o controle dos micróbios é inseparável do controle dos humanos que os portam e os transmitem (ibidem).

No século XIX, as doenças aceitas como transmissíveis eram divididas em dois grupos: as doenças infecciosas – ligadas a miasmas, portanto a condições climáticas, estações e lugares, cujo exemplo mais conhecido é a malária - e as doenças contagiosas, que se transmitia ou por contato direto com o doente, ou com os objetos (roupas, utensílios) contaminados por suas secreções, como exemplo, a varíola. As doenças contagiosas poderiam ser transmitidas por inoculação. A vacina jenneriana, por exemplo, pôde evidenciar a universalidade do princípio do contágio (ibidem: 30).

A contagiosidade de doenças como a cólera só foi aceita em 1866, durante a 3ª Conferência Sanitária Internacional, realizada em Constantinopla. A revolução bacteriológica mudou a natureza das pesquisas sobre a cólera, mas sua influência sobre as modalidades de luta contra esta moléstia foi muito limitada. A descoberta do micróbio da cólera e de suas vias de

transmissão, descrito por Robert Koch, em 1888, no Egito, não modificou em nada as práticas de prevenção (ibidem: 30-33).

O mesmo podemos dizer que ocorreu com a peste, o isolamento do bacilo, em 1894, e a confirmação do papel da pulga do rato na transmissão da doença não alteraram em grande coisa as medidas de profilaxia. As medidas estabelecidas antes da descoberta do micróbio tinham por objetivo a destruição dos roedores, de realização mais prática do que a eliminação de seu parasitas (ibidem: 34).

Já com relação à febre amarela, os esforços de erradicá-la estiveram ligados desde o fim do XIX aos esforços de compreensão de sua etiologia. Isso porque as quarentenas e campanhas sanitárias não diminuam a sua difusão. Dessa forma, a luta eficaz começou com a descrição do papel do mosquito como vetor da doença. “Com exceção da difteria, as abordagens bacteriológicas só foram integradas à prática dos médicos muito gradualmente. Do mesmo modo, só bem tardiamente os higienistas se converteram à prática da microbiologia” (ibidem: 35).

As práticas sanitárias dos higienistas no final do século XIX e início do XX sugerem múltiplas articulações e confluências entre explicações miasmáticas e contagionistas. Gazes deletérios primeiro e micróbios e infecção depois pareciam se confundir. Os higienistas clássicos, em sua maioria infeccionistas, longe de desaparecerem, encontraram suporte na teoria pasteuriana, o que gerou a permanência da desinfecção e o controle da insalubridade nos centros urbanos. O convívio entre contagionistas, que não duvidavam dos germes, com os infeccionistas, preocupados com o “ar viciado”, gerou uma continuidade entre teorias propostas e medidas sanitárias programadas (Caponi, 2002b: 592-594)

Na segunda metade do século XIX, depois da ineficácia que demonstraram as medidas de quarentena ante a epidemia de cólera em Paris (1832), o higienismo começa a abraçar as teses infeccionistas e a negar o contágio. Até que a microbiologia impôs a recuperação das teorias do contágio. No entanto, em muitas circunstâncias, o combate ‘aos maus odores’ conviveu com o combate ao microorganismo (ibidem).

Muitas vezes fatores telúricos se misturavam ao contágio, principalmente com relação à imigração, que para muitos higienistas servia como ‘combustível’ para a febre amarela. Por não possuir imunidade, o recém-chegado reavivava o ‘germe’ da doença e também poderia servir

como mecanismo de transmissão através do contágio interpessoal como também através de suas roupas e objetos.

“Estes recrudescimentos periódicos – da febre amarela - , cuja importância varia segundo as épocas, são regidos por duas ordens de influências. Uma escapa à nossa apreciação direta, devendo fazer parte de agentes cósmicos, aos quais os grãos patológicos são submetidos como os do reino vegetal. A outra, para nós a mais importante, é representada pelos estrangeiros que chegam ao nosso litoral, pelas pessoas predispostas a adquirir a moléstia que vêm para o lugar onde ela grassa”⁸⁰.

Neste trecho de um artigo de Azevedo Sodré, publicado no periódico *O Brazil-Médico*, em 1899, o médico afirma que a periodicidade da febre amarela está relacionada a “agentes cósmicos”, que obedeceriam à sazonalidade das estações, assim como o “reino vegetal”. Por outro lado, o mais importante seria a chegada de estrangeiros, que serviam como catalisadores da epidemia, fazendo com que esta se espalhasse rapidamente pela população sem imunidade à doença. Identificamos, então, resquícios da teoria miasmática e a teoria do contágio, que não se opunha à existência dos germes. A saúde pública tornava as duas teorias, miasmas e micróbios, complementares, traduzindo-as diante de suas práticas de profilaxia de doenças.

Segundo Simone Kropf (2009: 57), a narrativa sobre o sentido “revolucionário” assumido pela teoria dos germes nas duas décadas finais do século XIX vem sendo problematizada pela historiografia. Ao invés de uma marcha linear em direção à “verdade” do laboratório, o processo seria mais complexo, permeado de tensões e negociações. Apesar das transformações que acarretou, constituiu-se mediante elementos de continuidade com as tradições que pretendeu substituir.

A consagração da teoria sobre o papel do mosquito como vetor da febre amarela em 1900/1901 pela equipe de Walter Reed demonstrou que, ao contrário do que se pensava, os elementos do ambiente, como o ar e a água, e os chamados “fomites”, vômitos, fezes e urina dos doentes, não tinham qualquer relação com a veiculação do germe. Dessa forma, as desinfecções se tornariam completamente desnecessárias (ibidem: 74).

No entanto, no âmbito do controle da entrada de imigrantes nos portos, no lazareto, a prática da desinfecção perdurou. Entre os profissionais que lidavam com o processo de imigração, como inspetores de saúde do porto, médicos de bordo, médicos do serviço de

⁸⁰ Sodré, Azevedo. Convenção Sanitária. *O Brazil-Médico*, anno XIII, n. 44, 22 de novembro de 1899: 429.

inspeção da hospedaria de imigrantes e do lazareto, tanto a teoria dos micróbios quanto a dos vetores não mudaram significativamente as suas práticas. Apesar da diminuição das quarentenas, no processo de entrada de imigrantes permaneceu o uso da desinfecção de roupas, objetos, a fumigação (aplicação de substâncias gasosas capazes de destruir insetos e roedores) dos navios e o isolamento dos doentes durante um bom período.

Para Benchimol (1999:250), a epidemia de cólera de 1894-1895 nos dá elementos muito interessantes para avaliarmos a importância que a bacteriologia ganhava na saúde pública. De um lado “uma nova geração de médicos que pensavam e agiam à luz do novo paradigma, que dissipava as dúvidas suscitadas pelo diagnóstico clínico e reorientava as ações dos higienistas para os precisos das cadeias infecto-contagiosas”, tornando mais eficazes seus contra-ataques às agressões epidêmicas. “Por outro lado, os diagnósticos e pareceres que emitiam, calcados em provas de laboratório, eram inacessíveis à maioria dos médicos. E ao invés de eliminarem, acentuavam as dissonâncias que costumavam aparecer em conjunturas epidêmicas”.

Se era difícil para médicos ‘traduzirem’ em tratamentos e diagnóstico a teoria dos germes, para a população tornava-se quase impossível tal compreensão, como podemos ver neste diálogo protagonizado por um jornalista e um cidadão durante uma viagem de bonde pelo Rio de Janeiro, na chegada da epidemia de cólera em 1893:

“No bonde, quando me recolhi, eram seis horas da tarde, havia já três casos de cólera, o do correio, o de uma senhora que estava comprando sapatos, o de um carroceiro na Saúde. Na Lapa, entrou um homem, que disse ter assistido um caso. ‘A figura do doente metia medo. Chegaram a ver o bacilo...’

- O bacilo? Perguntei admirado.

- Sim, senhor, virgulando o ar com o dedo indicador – e foi o diabo para matá-lo. Ele corria abaixo e acima, no ar, no chão, nas paredes, metia-se por debaixo das mesas, nos chapéus, nas malas, em tudo. Felizmente, tinham-se fechado as portas e um servente com a vassoura deu cabo do bicho. Aquele não pega outro” (*Gazeta de Notícias*, 27 de agosto de 1893: 1).

Os anos 1890 estão repletos de conflitos envolvendo a identificação e, por consequência, a profilaxia e o tratamento das doenças. Os serviços de higiene foram remodelados com laboratório de análise química e bacteriológica. Mas na prática, demorou muito tempo até que se tornassem realidade na maioria dos estados da União.

O temor da chegada de epidemias vindas do exterior andava de mãos dadas com a imigração. Nas Américas, o número de imigrantes provenientes da Europa e da Ásia havia aumentado de maneira drástica no fim do século XIX e início do XX. Nos anos decorridos de 1882 a 1891, cinco milhões de estrangeiros entraram só nos EUA (Cueto, 2007: 32, 33). No Brasil, de 1890 a 1924, entraram três milhões de estrangeiros⁸¹.

Com o advento da microbiologia e a descoberta dos vetores da febre amarela e da peste foi possível extinguir as quarentenas. Na primeira década do século XX, identificamos a influência destes pressupostos científicos na profilaxia marítima brasileira.

Neste capítulo, descrevemos a estrutura de recepção de imigrantes – lazareto e hospedaria - no Porto do Rio de Janeiro no final do século XIX. A partir da análise da chegada de um navio de imigrantes com epidemia de cólera a bordo – o Carlo R - identificamos as fragilidades deste sistema de recepção, que não possuía estrutura suficiente par acolher um grande número de passageiros.

Analizamos também o caso de um cruzador italiano – o Lombardia - ancorado em águas brasileiras, que passou por uma epidemia de febre amarela. Enquanto a etiologia e as formas de transmissão da febre amarela não foram aceitas de forma unânime pela comunidade médica, as práticas de prevenção continuaram sendo matéria de grandes discussões entre autoridades sanitárias, principalmente entre os profissionais do serviço sanitário dos portos.

No próximo capítulo, vamos descrever o sistema de inspeção de imigrantes e navios no Porto do Rio de Janeiro, quando a quarentena ainda estava em voga no Brasil, a partir das convenções e regulamentos do final do século XIX. Abordaremos as práticas e os personagens, ou seja, os profissionais responsáveis pela inspeção médica no porto.

Vamos problematizar também as quarentenas e as questões políticas e econômicas geradas por ela – entre Brasil e Argentina - na região do Rio da Prata. Mais uma vez demonstraremos que desacordos a respeito da profilaxia das doenças, em especial da febre amarela, geraram uma série de problemas políticos entre estes países vizinhos que de certa forma disputavam a corrente imigratória vinda da Europa.

⁸¹ Fonte: Carvalho, José Luiz Sayão de Bulhões. *Progresso e Imigração italiana no Brazil*. Rio de Janeiro: Typ. da Estatística, 125.21p. Gráfico apresentado durante conferência realizada em Roma, no Palácio Sciarra, sede da Cassa Nazionale per le Assicurazione Sociali, sob os auspícios do Instituto Cristoforo Colombo, em 17 de outubro de 1925. In: *Bulhões de Carvalho, um médico cuidando da estatística brasileira*. IBGE, Centro de Documentação e Disseminação de Informação. Rio de Janeiro: IBGE, 2007, pp.321.

A questão era criar regras para o uso da quarentena na Bacia do Rio da Prata, de forma que protegessem os países contra as epidemias, mas não gerassem grandes entraves comerciais. No entanto, veremos que a quarentena foi utilizada por ambos países para retaliações políticas e econômicas.

CAPÍTULO 2

A quarentena em questão

Neste capítulo vou analisar a quarentena, que era o principal mecanismo para se combater epidemias quando não existia um consenso a respeito das formas de contágio das moléstias consideradas transmissíveis. Discutirei a forma como ela era aplicada no final do século XIX a partir de três modelos de inspeção – o americano, o inglês e o brasileiro – com o objetivo ressaltar suas semelhanças e diferenças.

Abordarei os problemas gerados pelas quarentenas entre os países vizinhos, Brasil e Argentina, na região do Rio da Prata e as convenções sanitárias realizadas entre estas nações, na tentativa de resolvê-los, no final do século XIX. Será discutido o descompasso entre conhecimento científico e práticas sanitárias no final dos anos 1890. As desavenças entre Brasil e Argentina não eram apenas políticas e econômicas, mas decorriam de controvérsias quanto a aplicação dos preceitos da higiene e da microbiologia. A compreensão sobre a forma de transmissão das moléstias ditava a profilaxia portuária. As discordâncias científicas e profiláticas entre estas nações geravam empecilhos ao fluxo de mercadorias e pessoas.

As quarentenas eram impostas para proteger as cidades das epidemias, mas às vezes serviam também como forma de protecionismo e retaliações políticas e econômicas como identificamos nas questões entre Brasil e Argentina. Apresentarei as convenções sanitárias platinas de 1887 e 1899 e como estas regulamentações influenciaram a legislação sanitária brasileira.

Descreverei as práticas de defesa sanitária adotadas nos portos brasileiros como as visitas higiênicas aos navios, a desinfecção das embarcações, bagagens e cargas e os tipos de quarentena aplicados. A partir das práticas, foi possível construir também o universo dos profissionais que as operavam, os inspetores de portos e navios, os desinfectadores e os médicos de bordo.

Introdução

No continente europeu, na metade do século XV, já existia legislação proibindo o comércio com lugares conhecidamente endêmicos para certas moléstias. Alguns países

começaram a desenvolver burocracia permanente para administrar quarentenas e lazaretos, estando em voga a crença no contágio. Esta crença repousava em dois pressupostos: de todas as doenças que afligiam a Europa, a peste era a considerada de “fora”, ou seja, exótica ao continente europeu; por ou lado parecia ser uma doença específica, com sintomas reconhecíveis que poderiam ser diferenciados dos sintomas das febres comuns. A quarentena era invariavelmente imposta sempre que a doença ocorria no *Levant*, região entre o Egito e o Iraque, considerados os locais que conduziam a moléstia para o interior da Europa (Harrison, 2006:198).

A quarentena era imposta também a navios vindos do *West Indies*, região do Caribe, onde doenças epidêmicas, como a febre amarela, eram conhecidamente prevalentes. Acreditava-se que a febre amarela era uma doença contagiosa e frequentemente ligada à peste. Para alguns, a febre amarela se diferenciava da peste somente em “severidade”, mais do que na forma (ibidem)⁸².

O grande problema era que as leis e práticas de profilaxia contra doenças consideradas transmissíveis não eram uniformes. Por causa disso, a saúde dos portos começou a gerar a percepção de que era irracional, com a utilização de quarentenas sem *status* científico, atrapalhando o comércio entre nações.

No início do século XIX, nações européias começam a contemplar uma cooperação em assuntos sanitários, dando início a um processo diplomático que culminou na Conferência Sanitária Internacional - Paris, 1851 - e nas primeiras leis de controle de doenças infecciosas. Com a formação dos estados nacionais nos séculos XVIII e XIX, a melhora da saúde da população vira interesse nacional e questão para a diplomacia internacional. Muitos líderes começam a aceitar que o controle de moléstias de nação para nação requer soluções internacionais, principalmente com relação à regulação de quarentenas (Stern & Markel, 2004: 1474).

O fato é que conflitos de interesses cresciam, enquanto as nações procuravam balancear soberania territorial e interesses econômicos com a necessidade de proteção transparente e

⁸² Havia uma espécie de hierarquia entre epidemias, todas as outras tinham início a partir de uma principal e possuíam alguma característica desta. O Barão de Lavradio, por exemplo, em seus *Estudos das epidemias que têm grassado nesta corte de 1871 até 1880*, diz que a epidemia de varíola se manifestara da “erupção em muitos casos depois da convalescença do sarampão”, p. 406. Que a erisipela “é uma moléstia de infecção e os agentes desta provêm umas vezes de aglomerações dos doentes, quer de erisipela, quer de febre puerperal”, p. 393.

universal à saúde. A cólera, uma epidemia frequente na Ásia e Europa na metade do século XIX, levou médicos e políticos a realizarem a Primeira Conferência Sanitária Internacional em Paris, no ano de 1851 (ibidem).

As quarentenas, antes da conferência, estavam sendo consideradas como um instrumento de política externa a ser usado agressivamente para interesses nacionais, prejudicando o crescimento do comércio internacional, em particular os interesses da França e da Inglaterra (Harrison, 2006: 198).

As primeiras conferências deram origem a muitas estruturas de organização da saúde pública, estimulando a formação de agências nacionais e internacionais de saúde, com delegados designados que iam às conferências e compartilhavam descobertas. Elas foram responsáveis pela consumação de um padrão *standard* de regulamentação portuária, pelo consenso nas quarentenas e pela utilização de um vocabulário científico universal. Funcionaram também como um fórum para novas descobertas, discussões de métodos e classificação de doenças. Em muitos casos, as novas técnicas de controle de enfermidades foram codificadas em leis nacionais que informaram e organizaram serviços (Stern & Markel, op.cit: 1475, 1476).

No entanto, no final do século XIX, quarentena e isolamento para o controle de doenças já se mostravam como métodos profiláticos inadequados e ineficazes no combate à endemias. A cólera parecia desafiar a teoria contagionista. A explicação para a transmissão de doenças sugeria que a resposta poderia estar no meio (miasmas) e não nas quarentenas (Porter, 1999:80).

Dorothy Porter (1999) examinou o caminho pelo qual as epidemias e as teorias das doenças trouxeram a questão da saúde da população para o topo da agenda política do século XIX e como isto se tornou o símbolo definitivo do deslocamento das sociedades industriais. O mais significativo da teoria dos miasmas foi a diminuição das quarentenas. A melhor prevenção passou a ser o melhoramento do meio.

No começo do século XIX, as doenças desafiavam as quarentenas e por conseguinte a teoria do contágio. As explicações miasmáticas começaram a ser empregadas para justificar a abolição das quarentenas dos navios e o isolamento de cidades e indivíduos. A divisão entre contagionistas e anti-contagionistas influenciou também determinadas estratégias de prevenção durante a primeira metade do século XIX. No entanto, esta controvérsia entre as duas teorias, germes e miasmas, ocorria somente para um número pequeno de doenças: a cólera, a peste e a

febre amarela. As outras moléstias, presumia-se que eram causadas por uma mistura de fatores hereditários e de contágio (ibidem: 82, 84, 85).

Já no início do século XVIII, França e Inglaterra começaram a divergir com relação à aplicação de quarentenas. A medicina desempenha, então, papel fundamental nesta questão, pois é ela que coloca à prova a utilidade das quarentenas e a veracidade da teoria do contágio. Além disso, era sabido que o regime quarentenário causava danos às mercadorias – que apodreciam com o tempo de espera no porto ou eram danificadas pelas fumigações, a desinfecção por meio de vapores e gases. Alguns médicos passaram a questionar a própria idéia de contágio: “se o tifo, por exemplo, é uma doença contagiosa, por que só aparece em certos períodos do ano? Ele poderia estar relacionado com a atmosfera?” Verificamos, portanto, um *revival* da medicina hipocrática no Renascimento, que no final do século XVII estava bem articulado por médicos, principalmente ingleses⁸³ (ibidem).

Por outro lado, as quarentenas passam a ser utilizadas como uma forma de proteção comercial, como mecanismo de barreiras para países rivais. Os cordões sanitários eram atrativos para o estado, no sentido de fortalecer fronteiras nacionais e imperiais. Pelo fato dos cordões sanitários serem usados com propostas militares, os assuntos sanitários começaram a figurar na diplomacia internacional em 1710 (ibidem: 20).

Outro problema era a grande variação de regulamentos em portos do Mediterrâneo. Os oponentes da quarentena tiveram que atacar a doutrina do contágio e abraçar a teoria dos miasmas com a crença na doença produzida pelo meio. Assim as moléstias passaram a ser da Ásia, África e América, o que teria dado origem a uma nova forma de relacionar doenças e meio, a Geografia Médica⁸⁴.

⁸³ Sobre a permanência da medicina ambientalista, detectada desde 1870, de cunho neo-hipocrático, nas primeiras décadas da República e sua importância na recusa ao antedeterminismo racial ver Maio, Marcos Chor. Raça, doença e saúde pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX. In: Monteiro, Simone & Sansone, Lívio (org.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp.15-44.

⁸⁴ Em 1860, médicos da marinha francesa, liderados por Le Roy de Mericourt, organizaram-se em torno dos *Archivos de Médecine Navale*, com o objetivo de colecionar materiais relativos à higiene naval, à patologia e climatologia exótica, à etnologia e ciências naturais, naquilo que elas possuísem de relevante à missão do médico e do farmacêutico da marinha. E também para responder às demandas dos estados coloniais. Ao contrário de Boudin e Michel Levy (1844), que utilizavam informações recolhidas da própria experiência ou por outras autoridades consagradas, o grupo de Mericourt tinha a pretensão de organizar uma rede ampla de médicos dispersos pelo globo, os quais contribuiriam a partir de suas próprias observações (Edler, 1999: 65-66).

As diferenças nas práticas de profilaxia causavam problemas tanto comerciais quanto para a rotina das pessoas em trânsito e não só nos portos do Mediterrâneo. Entre Brasil e Itália, por exemplo, países bastante próximos pelas questões imigratórias e comerciais, existia um problema crucial que deveria ser resolvido o quanto antes: as cartas de saúde - uma espécie de visto de entrada dado ao navio para que ele tivesse livre prática no porto - passadas na Itália não eram aceitas imediatamente no Brasil (RMJNI,1896/1897: 265).

De acordo com o regulamento sanitário marítimo italiano de 1895, sempre que as embarcações tocassem em portos de escala, para completarem o carregamento, não precisariam renovar as cartas de saúde, que seriam somente visadas pela autoridade sanitária local. No entanto este preceito não se harmonizava com o regulamento sanitário brasileiro de 1893. Como consequência, todas as vezes que embarcações chegavam de portos italianos de escala, eram multadas. Esta questão só foi resolvida diplomaticamente em 1896 (ibidem).

Por outro lado, a irracionalidade e fragilidade das medidas adotadas nos portos proporcionavam brechas para que a população inventasse mecanismos de contorná-las com as viagens não autorizadas, com a criação de esconderijos para mercadorias e viajantes e a ação de autoridades locais que procuravam esconder os primeiros sinais de moléstias (Cueto, 2007: 33).

Nos próximos dois itens vou descrever três modelos de inspeção de passageiros e navios nos portos, o norte-americano, o inglês e o brasileiro, com o objetivo de ressaltar suas semelhanças e diferenças e a relação destes com a institucionalização dos aparatos de saúde pública.

2.1 Modelos de fiscalização de passageiros e navios: Estados Unidos, Inglaterra e Brasil

O crescimento da vigilância médica de imigrantes, no caso dos EUA, fez parte da expansão do governo federal pelo território, com o agrupamento da saúde pública local e da agência estatal de saúde, o *United State Public Health* - USPH. Políticos e médicos começaram a considerar a saúde pública essencial para fazer da América uma nação próspera (Stern & Markel, op.cit: 761).

A Ilha de Ellis serviu como uma incubação para políticas de saúde pública e laboratório de experiências científicas⁸⁵. O *Public Health Service* - PHS, originalmente *Marine Hospital Fund*, foi inaugurado em 1798 para servir ao tratamento dos homens do mar no porto. Em 1870, seu nome muda para *Marine Hospital Service* e passa a efetuar quarentenas e a expandir a assistência aos navegantes e marinheiros. Em 1887, o hospital é equipado com um laboratório bacteriológico e inclui em seu rol de tarefas a investigação de doenças transmissíveis.

No final do século XIX, o interesse do governo americano pela pesquisa bacteriológica havia despertado em duas vertentes: a primeira em direção ao crescimento da pobreza e de doenças relacionadas a ela, que impulsionou o movimento de saúde pública pelo território, ampliando a ajuda do PHS a estados e municípios, com o fornecimento de água potável e auxílio no combate a epidemias. A segunda vertente ocorreu pela necessidade de ampliar a pesquisa microbiológica para o combate à febre amarela e malária nos soldados da guerra hispano-americana e em trabalhadores da construção do Canal do Panamá. O PHS, precursores da bacteriologia no país, expandiu seu papel nos assuntos de saúde da nação (ibidem: 297-298).

O PHS, que surgia da estrutura portuária, do *Marine Hospital Fund*, da necessidade de inspeção de imigrantes, desenvolveu um papel fundamental na expansão da autoridade sanitária pelo território norte-americano. Segundo o historiador Alan Kraut (1988: 388-389), a Ilha de Ellis serviu ao mesmo tempo como uma incubadora de políticas de saúde pública e como laboratório para experimentações científicas. O auxílio do PHS, a instituição estatal maior, aos governos locais fez com que, no final do século XIX, a saúde pública nos EUA já estivesse difundida por todo o território norte-americano.

Em 1891, foi instaurada uma lei⁸⁶ de restrição à imigração em terreno médico. Dessa forma, o *Commissioned Corps* do PHS ficou encarregado de conduzir a inspeção de imigrantes. Treinados para conhecer doenças infecciosas e com bastante experiência na administração da quarentena, eles eram os candidatos ideais para realizar os trabalhos de inspeção (Birn, 1997: 296-298).

⁸⁵ Ver Kraut (1994).

⁸⁶ Direcionada à exclusão de pessoas com doenças contagiosas, esta lei obrigava as companhias de navegação a desinfetarem os passageiros e arcar com os custos da deportação caso algum indivíduo caísse nas malhas da legislação por portar alguma moléstia contagiosa. Para Stern & Markel (1999: 1314), com o *Immigration Act* começa uma nova era da inspeção a imigrantes nos EUA.

Birn relatou o processo de inspeção médica dos imigrantes ao chegarem ao porto de Nova York através de observações feitas por um jornalista da época, Frederick Haskin. Era um processo bastante complicado. Assim que o navio adentrava o porto, oficiais de quarentena analisavam a tripulação e os passageiros, procurando alguma evidência de cólera, febre amarela ou peste. Todas as pessoas no navio infectadas com doenças “quarentenáveis” eram detidas numa estação de quarentena, até o fim do tratamento da moléstia. Os outros eram encaminhados para o prédio principal da Ilha de Ellis, onde era realizada uma inspeção mais minuciosa (ibidem).

Eles ficam em longas filas, com dois médicos para cada linha (...) Ao se aproximarem, os médicos começam a medí-los. Primeiro são examinados como um todo. Se a impressão for favorável, eles lançam seus olhos sobre seus pés. Em seguida, vêem as pernas, corpo, mãos, braços, rosto, olhos e cabeça. Depois pedem para o imigrante dar vinte passos. Se o imigrante possui alguma deformidade, até mesmo um dedo torto, o fato é anotado. Se fica evidente que é uma pessoa saudável, que o exame não revela nenhuma razão pela qual deva ser mantida ali, ela é aprovada. Mas se houver a menor suspeita nas mentes dos doutores de que há algo errado com ele, uma marca de giz é colocada sobre a lapela do casaco (Birn, ibidem: 290)⁸⁷.

Os imigrantes eram encaminhados, então, para o *Marine Hospital Service*, que em 1903 foi renomeado como *U.S. Public Health and Marine Hospital Service* e em 1912 *U.S. Public Health Service* - USPHS. A lei de 1891 também estipulou que o PHS comissionasse a construção da Ilha de Ellis para a recepção de imigrantes, a qual deveria funcionar como uma hospedaria. Em 1892, o serviço de recepção e inspeção de imigrantes já estava operando na ilha. Podemos concluir que a estrutura de saúde pública nos EUA começou com a necessidade de inspecionar imigrantes? Ora, se a doença era contagiosa, a restrição era uma necessidade inerente à saúde pública (ibidem).

Ao mesmo tempo em que os EUA eram o grande pólo de recepção de imigrantes na América, também era onde se desenvolvia, de forma mais profunda, o sentimento antiimigrantista. Esse sentimento poderia vir de razões religiosas, pelo movimento nativista⁸⁸,

⁸⁷ Tradução da autora.

⁸⁸ Para os partidários das teorias raciais e do nativismo, o novo grupo de imigrantes era psicologicamente inferior, por isso, prejudicaria a saúde do futuro da nação. Em 1894, surge a Liga de Restrição à Imigração, fundada por um grupo de jovens oriundos do *Harvard College*. Para este jovens, a leva de imigrantes era entendida como uma

pela não assimilação de certas correntes e o mais importante, por causa da obsessão de se salvaguardar a saúde da população contra doenças infecciosas ou contagiosas. Era comum a idéia de que os imigrantes, além de trazerem doenças, também introduziam resistência às drogas, como por exemplo às que existiam para o combate à tuberculose (Markel & Stern, 1999: 1314).

A imigração chegava junto com a industrialização, a urbanização e as transformações das práticas e do conhecimento médico. A teoria dos germes e a bacteriologia revolucionaram o entendimento sobre a etiologia das doenças e contribuíram significativamente para a melhora da prevenção. Na clínica, novas técnicas como o raio X e o eletrocardiograma contribuíam também para um diagnóstico mais preciso. Outro viés importante que tinha a imigração como foco, nos EUA, eram as novas teorias sobre a hereditariedade e a capacidade humana, impulsionando a eugenia, que começou a ditar regras durante a *Progressive Era*⁸⁹ (ibidem: 1315).

Segundo Fairchild (2003: 28), a bacteriologia ofereceu novas possibilidades de prevenção contra as infecções. Isto se constituiu não só como um fenômeno médico, mas também social e cultural. Para a autora, o sistema bacteriológico foi informado por normas de classe, raça, gênero e trabalhou para “patologizar” o comportamento privado, gerando novas formas de segregação, categorizando trabalhadores, imigrantes e oferecendo novos significados para medos sociais antigos e utilizando para isso a linguagem neutra da ciência.

Os testes mentais também fizeram fama em *Ellis Island*. As altas taxas de insanidade passaram a ser atribuídas à imigração. A suspeita de insanidade poderia vir durante a inspeção através da observação de “lábios tremendo ou excentricidade na forma de se vestir”. Os testes mentais eram aplicados em pessoas consideradas “iletradas”, que deveriam diferenciar uma vaca de um cavalo, ou fazer um quebra-cabeça dentro de um determinado período de tempo. A maior parte das deportações por problemas mentais ocorreram entre 1907 e 1908 (Birn, 1997: 302).

ameaça de classe, raça e saúde à sua “existência confortável”. Conectados à legislação, esses grupos – reformadores progressistas – esperavam que a inspeção médica desse respostas aos problemas gerados pela imigração (Birn, 1997: 282).

⁸⁹ A *Progressive Era* corresponde ao final do século XIX e as primeiras décadas do XX. O mote era o avanço da ciência, eficiência e ordem (Markel & Stern, op.cit: 1315).

Não conhecemos, na literatura, casos de deportação no Brasil por problemas mentais. No entanto, em artigo de 1925, Juliano Moreira, que foi diretor do Hospital Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro, por causa da quantidade de estrangeiros com problemas mentais internados, pede a seleção individual de imigrantes⁹⁰. De acordo com as estatísticas - realizadas durante dez anos (1905-1914) - de pacientes admitidos no Hospital Nacional para tratamento de doenças mentais, 31% desses pacientes correspondiam a imigrantes.

Stern & Markel (1999: 1316) demonstram que o sistema de inspeção norte-americano é repleto de contradições e mitos. Isso porque, embora muitas facetas da imigração já tenham sido estudadas por historiadores, a dimensão da medicina e da saúde pública só recentemente recebeu a devida atenção. E por isso, muitos ficam surpresos em saber que as doenças contagiosas tiveram um papel pequeno na exclusão de imigrantes nos EUA. Apesar da atenção a essas doenças, o que contava mais era o possível comportamento criminoso, imoral e político do candidato a imigrante. Quando as epidemias começaram a entrar em declínio, os oficiais de saúde pública ficaram menos interessados na cólera, no tifo ou na peste e mais atentos em identificar condições ambíguas e síndromes psicopatológicas. Outra questão é a imensa disparidade regional que existia dentro do sistema de inspeção. Quando se estuda outras estações de recepção de imigrantes, além da *Ellis Island*, pode-se perceber isso.

Uma preocupação durante a *Progressive Era* foi com relação à feição que a nação deveria ter. Por isso, o *Immigration Act* de 1891 colocou a administração da imigração sob controle federal. A separação do estado e do poder federal foi muito contestada no porto de Nova York. Por isso, quando os navios chegavam, primeiro eram inspecionados no *New York State Quarantine Station*, fora da Ilha de Ellis, por oficiais do estado, que verificavam se existiam casos de cólera, tifo, febre amarela e peste. Depois, médicos da USPHS faziam uma visita a bordo na primeira e segunda classes do navio. Imigrantes, que podiam pagar passagens de segunda classe, ficavam livres da inspeção rigorosa. Caso houvesse a suspeita de doença, o indivíduo era transferido para uma barca e era realizado um exame mais completo na Ilha de Ellis. As pessoas infectadas com doenças quarentenárias iam para a estação de quarentena até completarem o tratamento (ibidem: 1318; Birn, 1997: 289).

⁹⁰ Moreira, Juliano. A seleção individual de imigrantes no programa de higiene mental, *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, anno I, p.109-115, março de 1925, publicado pela *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*, VIII, 2, jun de 2005, 364-369.



“Soldados ou médicos?” Oficiais de Saúde Pública, procurando por manifestações de tracoma na linha de inspeção de imigrantes da Ilha de Ellis, no porto de Nova York, 1910. Interessante notar que os médicos da inspeção não estão portando jalecos brancos, como normalmente se veste um médico, mas vestidos com fardas, como policiais. Fannie Kliegerman, imigrou da Rússia para os EUA ainda menina. Ela conta, que ao entrar na Ilha de Ellis, a primeira cena que viu foi a de indivíduos uniformizados. Eles não eram soldados, mas a jovem russa pensou que sim. Setenta e cinco anos depois, Kliegerman lembra dos seus olhos sendo examinados e dos uniformes. Quem a examinara, parecia ser um soldado, mas era um médico da Saúde Pública e do *Marine Hospital Service* (Kraut, 1994: 2). Imagem disponível em http://www.nlm.nih.gov/exhibition/phs_history/20.html, site da United States National Library of Medicine, National Institutes of Health – Images from the History of Public Health Service, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, acessado em 27 de março de 2010.

Os imigrantes inspecionados eram marcados com um X para doença mental; com um E para o tracoma e H para problemas de coração⁹¹. A partir de 1903, os “indesejáveis” passam a ser divididos em dois grupos, um de doenças que “excluía” (como doenças psiquiátricas) e

⁹¹ A partir de 1907, os oficiais passam a ter que determinar a categoria LPC, *Likely to become a public charge*, isto é, aqueles que poderiam gerar divisas para o estado. Esta categoria tornou-se a mais frequente causa de deportações (Birn, op.cit, 300).

outro de portadores de defeitos ou doenças crônicas, que faziam com que eles virassem divisa para o serviço de saúde pública. Por uma questão mais prática do que política ou de saúde pública, o tracoma, assim como as doenças de pele, era a complicação mais visada, pois era de fácil diagnóstico, que poderia ser dado em poucos minutos de observação (Birn, op. cit: 289-292).

Apesar da idéia normalmente difundida de que o germe democratiza o contágio, não escolhendo classe social para atacar, o foco da inspeção era nos mais destituídos. E nesse processo, o rigoroso exame do tracoma foi o mais famoso. As ferramentas do laboratório de bacteriologia passaram a fazer parte do repertório do oficial de saúde, auxiliando principalmente no diagnóstico das doenças sexualmente transmissíveis como a sífilis e gonorréia (ibidem: 1317-1318).

A despeito de toda a teoria, a verdade era que o sistema de inspeção americano não dava conta da quantidade de pessoas que eram recebidas por dia, que poderia chegar a 5 mil em 1892 e 10 mil em 1907. A inspeção médica estava constantemente sem fundos. Em dias com muito movimento, um médico gastava cerca de dois minutos para inspecionar cada paciente. Segundo Birn, em 1913, chegava-se a “*six seconds per eyelid*”, isto é, “seis segundos por pálpebra”, no caso do exame para a detecção do tracoma. Em 1896, só seis médicos faziam o exame de inspeção no grande salão do Hospital de Doenças Contagiosas. E para checar a primeira e segunda classes só existiam 8 médicos (ibidem: 309; Markel et al, op.cit: 317).

O baixo índice de deportação frustrou as expectativas nativistas, entre 1891 e 1928, já que menos de 3% era rejeitado por doença contagiosa, infectuosa, mental ou desordem física. Na Ilha de Ellis, no mesmo período, menos de 1% era impedido de entrar. Em 1898, do total de excluídos, só 2% foi por critério médico, a maior parte por causa de doenças crônicas - o que os fazia ficar dependentes do estado, de acordo com o *Immigration Act* de 1907 - e não por doenças contagiosas (Markel et at, 1999: 1319).

As razões para o baixo índice de exclusão por problemas médicos estava na falta de autonomia que o USPHS tinha para rejeitar qualquer imigrante. Os médicos da *Ellis Island* funcionavam mais como consultores dos oficiais de imigração. E ainda, as sociedades de ajuda ao imigrante, como o *Hebrew Immigrant Aid Society*, tinham o direito de assistir a todo o processo. Primeiro, o imigrante era certificado por um médico. Seu caso, então, era revisto por uma comissão, o *Board of Special Inquiry* e a determinação final dependia de uma ampla

negociação com as devidas instâncias. O *status* dos europeus chegados era mais seguro do que dos asiáticos. Dessa forma, podemos constatar que a imigração para a América não foi tão severamente impedida até as leis de cotas de 1921 e 1924 (ibidem: 1319; Birn, op.cit: 308).

No entanto, existiam diferenças regionais entre estações de inspeção. Se em *Ellis Island* o índice de exclusão era baixo, o mesmo não ocorria em *Angel Island*, o centro de detenção de imigrantes chineses⁹² da costa oeste. Nesta estação, a maior parte de imigrantes era asiática ou mexicana⁹³. Dessa forma, na estação da costa oeste, podemos perceber melhor a dimensão racial da imigração. De 60.000 chineses, quase 10.000 foram deportados. Uma taxa de 17% comparada à de *Ellis Island*, que ia de 1% a 3% de excluídos. Embora chineses nunca tenham chegado a mais de 1% da população imigrante, eles representaram mais de 4% dos deportados⁹⁴ (Markel & Stern, op.cit: 1322-1323).

Fairchild (2006: 337-338) enquadra a inspeção médica com uma ferramenta para a construção da nação. Para a autora, embora historiadores frequentemente vejam a ciência como ferramenta para racionalizar e realizar a exclusão de imigrantes indesejáveis, existiria na própria exclusão uma tensão com a inclusão. Assim, não só o nativismo e a eugenia, mas também imperativos da indústria e da medicina científica serviram a duas finalidades: o controle cultural e biológico da imigração como uma ameaça para a nação e o seu papel no processo de construção da força de trabalho, sendo assim um produto distinto da política econômica da imigração.

O USPHS funcionava, então, para mais do que prevenir doenças infecciosas, mas também excluir quem não poderia ser um bom trabalhador para a indústria. Por isso, ocorriam mais exclusões por causa de doenças crônicas, que incapacitavam para o trabalho como hérnia,

⁹² Em 1882, foi instaurado o *Chinese Exclusion Act*. Ver Markel & Stern (2002).

⁹³ Sobre a deportação de mexicanos por causa da tuberculose nos anos 1920 ver Abel, Emily. From exclusion to expulsion: mexicans and tuberculosis control in Los Angeles, 1914-1940, *Bull.Hist.Med.*, 2003, 77: 823-849. Abel trata também da deportação de filipinos, tendo como justificativa seus altos custos ao estado por problemas de saúde, causado em especial pela tuberculose, entre 1910 e 1940. Durante este período, as Filipinas eram território americano, em 1934 o *Tydings Mcduffie Act* mudou o *status* dos filipinos de nacionais para o de estrangeiros. Até passagens de graça para os imigrantes voltarem para a terra natal foram oferecidas, mas poucos aceitaram a oferta. Sobre o assunto ver outro trabalho de Abel, Only the Best class of immigration: Public Health Policy Toward Mexicans and Filipinos in Los Angeles, 1910-1949. *American Journal of Public Health*, jun. 2004, vol. 94, n.6.

⁹⁴ Sobre a inspeção em *Ellis Island* ver também Yew, Elizabeth. Medical Inspection of Immigrants at *Ellis Island*, 1891-1924. *Bull. N.Y. Acad. Med.*, vol 56, n.5, June, 1980. pp 488-510. Sobre a relação entre a inspeção em massa de imigrantes para os EUA, entre 1890 e 1920, e imperativos da indústria nacional e construção da força de trabalho ver Fairchild, Amy L. The rise fall of the medical gaze: the political economy of immigrant medical inspection in the Modern America. *Science in Context*, 19(3), 337-356, 2006.

visão fraca etc. Dessa forma, para a autora, a inspeção nos EUA nunca foi feita só para selecionar, escolher o melhor, mas para remover o pior enquanto procurava o limite entre excluir e admitir um vasto número de trabalhadores segundo a ordem industrial (ibidem: 339).

As diferenças regionais na forma de prevenção de doenças nos portos não ficavam só na forma de controle da imigração, mas apareciam também nas práticas de profilaxia, que em certos locais tornavam-se até violentas. Durante o verão na Flórida, por exemplo, só eram admitidos passageiros que fossem “ímunos” à febre amarela. Essa imunidade era comprovada através de algum documento que atestasse que a pessoa tinha sobrevivido à febre, sendo esta medida considerada suficiente. Já em Nova Orleans, não exigiam nada dos passageiros que chegavam. Porém, durante as epidemias, surgiam na cidade “exércitos em miniatura”, que impunham “quarentena sob a mira de fuzis” (Cueto, 2007: 33, 34).

A prática da quarentena à bala nos EUA foi assunto de um conhecido periódico médico brasileiro em 1895, quando publicou uma matéria cujo o título era *Quarentena Selvagem* e dizia o seguinte: “No Arkansas (Estados Unidos do Norte) um pobre varioloso por se ter evadido de uma estação quarentenária, onde ficava retido, foi morto a tiro por um empregado da quarentena” (*O Brazil-Médico*, 1895: 383).

Inglaterra

A história da quarentena na Inglaterra do século XIX e o estabelecimento das autoridades sanitárias do porto – a *Port Sanitary Authority* - em 1872, se constituiu como uma alternativa ao sistema de profilaxia dos portos adotado mundialmente até então e como um atestado para a ratificação das deficiências do sistema de quarentenas presente na prevenção de doenças infecciosas importadas.

Os portos britânicos no século XIX eram o centro do comércio mundial. O vai-e-vem de mercadorias, pessoas e, é claro, doenças era incessante. Desde o Renascimento, a resposta para o combate às doenças era o isolamento dos recém-chegados infectados, que era originalmente de quarenta dias. A quarentena era imposta a navios “infectados” ou “suspeitos”⁹⁵ de

⁹⁵ Navios suspeitos eram aqueles que vinham de portos infeccionados, ou tinham passado por algum contato com moléstias consideradas transmissíveis como a peste e a febre amarela (Maglen: 2002, 415).

carregarem peste ou febre amarela. Uma espécie de selo, o *Foul Bill of Health*⁹⁶, era aplicado a navios que chegavam com casos dessas doenças a bordo (Maglen, 2002: 413, 415).

Nas primeiras décadas do século XIX, começa a crescer a oposição às quarentenas na Inglaterra. Elas pareciam ser uma contradição para o liberalismo britânico. Sua interferência no comércio marítimo⁹⁷ e a aparente inabilidade para prevenir doenças ‘de fora’, exóticas, começavam a gerar resistências. No meio do século começam a surgir as primeiras idéias ‘anticontagionistas’⁹⁸, mas até então, a quarentena se mantinha segura na legislação inglesa (ibidem).

Desde 1872 um sistema alternativo de prevenção, mais simpático aos princípios britânicos, era oferecido nos portos ingleses. O sistema inglês, como era conhecido, era administrado pelas autoridades de saúde dos portos e a particularidade era que não havia quarentena para doenças infecciosas não cobertas pelo *Quarantine Act*, que incluía varíola, tifo, peste, febre amarela e escarlatina. No sistema inglês, somente os navios com sinais visíveis dessas moléstias a bordo, diagnosticadas por um inspetor médico, deveriam ser desinfectados e o doente removido para hospital de isolamento. Tripulação e passageiros sem sintomas não iam para o isolamento, mas eram monitorados após o desembarque (ibidem: 414).

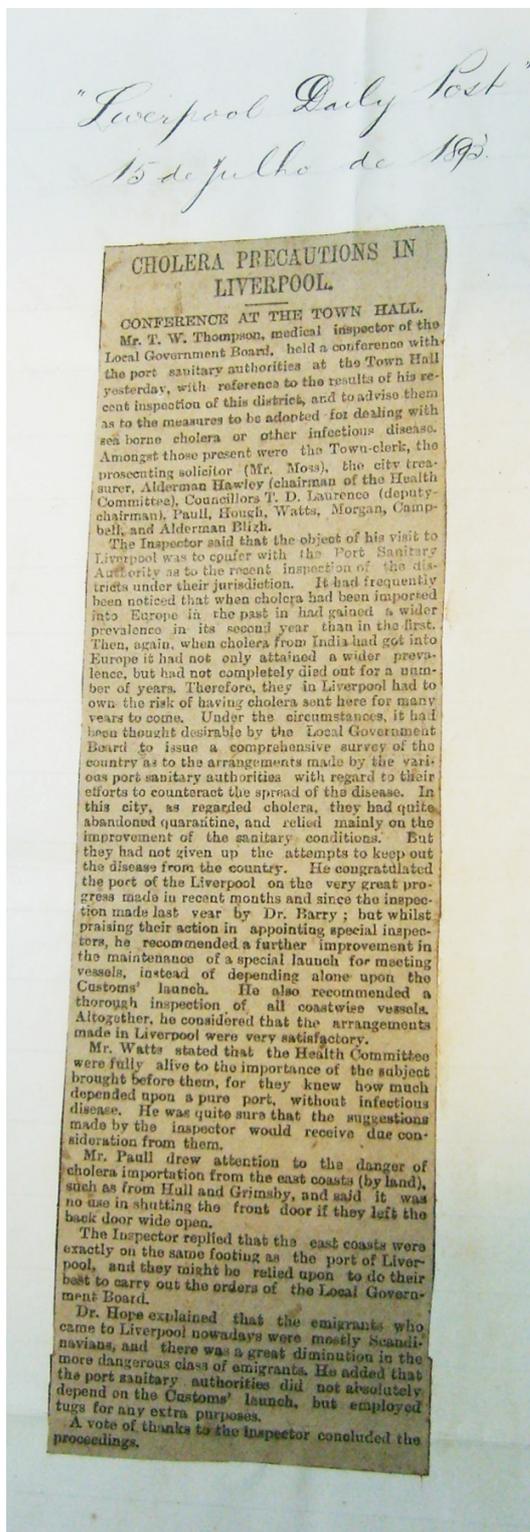
A outra novidade do modelo britânico – além do trabalho em conjunto da autoridade sanitária do porto com o serviço de quarentena - era a combinação da regulação sanitária de navios com a regulação interna, urbana e rural, da saúde pública. O *Medical Office of Health* funcionava em cooperação com os distritos sanitários urbanos e rurais. O *Port Medical Officers of Health* e a aplicação de métodos de prevenção nos portos tornaram-se a base do sistema inglês, que com funcionários formados e treinados, desenvolveram um modelo de prevenção

⁹⁶ De acordo com o *Butterworth's Medical Dictionary* (London, 1978), a *Bill of Health* era um certificado autenticado que continha informações sobre a saúde do navio, que o capitão do vapor tinha que obter antes de deixar o porto. Ele poderia ser *clean* (sem infecção), *touched*, quando tocava em porto infeccionado, mas não apresentando doenças), ou *suspected* (com rumores de infecção) e *foul* (sujo, com doentes a bordo) (ibidem).

⁹⁷ Em caso de navios infeccionados, tripulação e passageiros tinham que ficar a bordo por 30 dias após todas as mercadorias serem removidas. Todo o processo com o *Foul Bill of Health* poderia durar de 60 a 65 dias (ibidem).

⁹⁸ Segundo Ackerknecht (1948: 565), na primeira metade do século XIX, a teoria do contágio entra em declínio, passa a ser vista como uma teoria antiga, retrógrada, ligada a quarentenas, quando o anti-contagionismo passa a ser mais aceito pela comunidade científica como uma ‘nova teoria’, mais em sintonia com as idéias liberais.

para recepção de navios infectados mais compatível com os pressupostos liberais e uma alternativa às quarentenas (ibidem: 421).

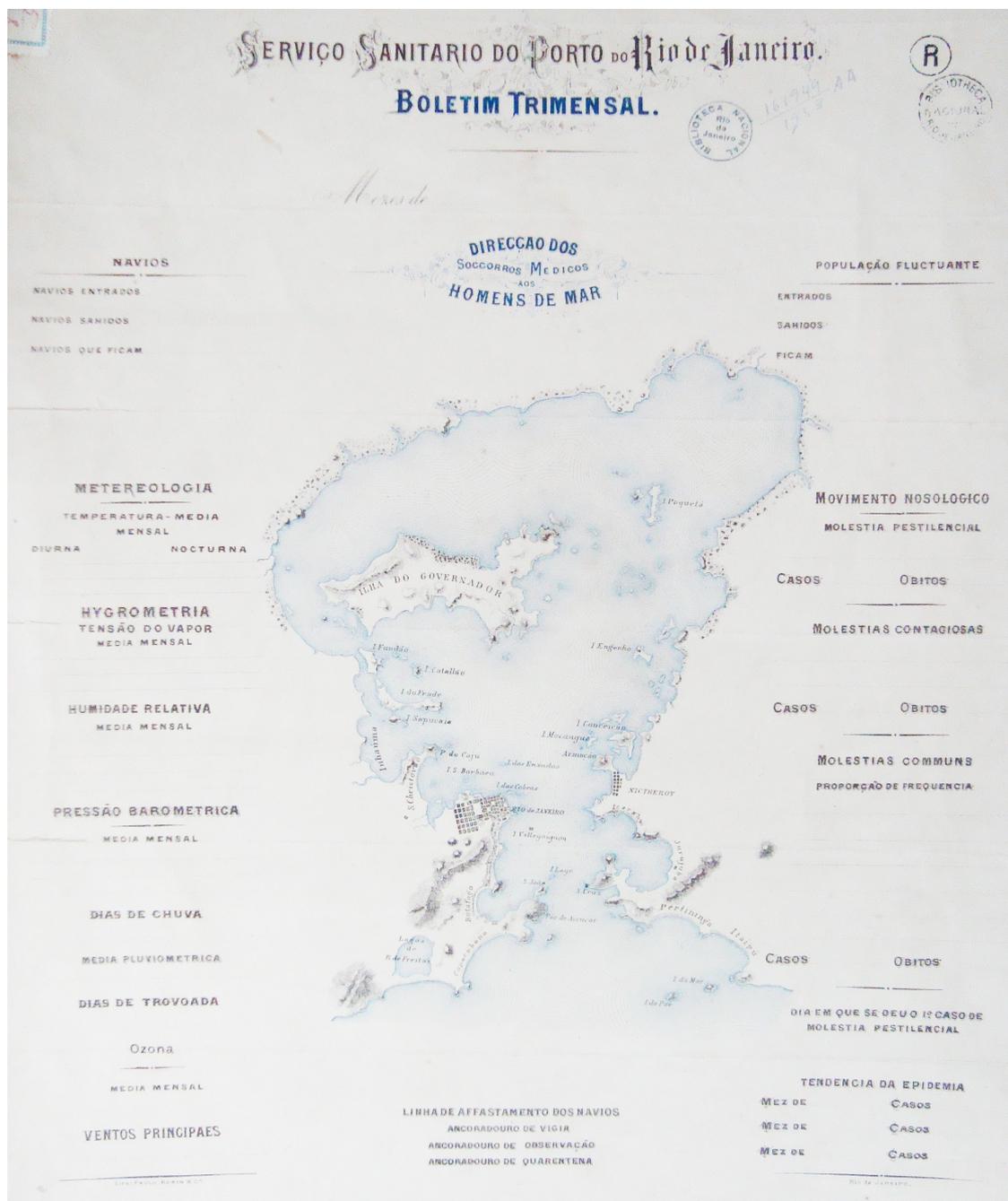


Consulado do Brasil em Liverpool. Envio de retalho do jornal *Liverpool Daily Post*, de 15 de julho de 1893, sobre uma conferência do inspetor médico, Mr. T.W. Thompson, do *Local Government Board* (autoridade distrital) com a *Port Sanitary Authority* (autoridade do porto), de Liverpool, sobre as precauções contra a cólera. Ele parabeniza as autoridades do porto com relação às providências tomadas contra a moléstia. Em Liverpool, durante a epidemia, as quarentenas tinham sido abolidas: “Nesta cidade, com relação à cólera, as quarentenas foram abandonadas completamente, baseou-se essencialmente na melhoria das condições sanitárias. Porém, não deixaram de manter a doença fora do país” (tradução da autora). AN. Série Justiça, notação: IJ1 1028, Legação do Brasil na Inglaterra.

O sistema funcionava da seguinte maneira: o médico de inspeção primeiro operava nas encostas, isolando doentes encontrados a bordo. Diferente da quarentena, este processo não interferia na vida das pessoas que se encontravam saudáveis, nem as expunham a riscos de contrair moléstias ao ficarem juntas aos isolados. Os nomes e o local de destino dos passageiros saudáveis eram anotados e o oficial de saúde do distrito, onde o passageiro deveria terminar a sua viagem era informado do impedimento da chegada de tais indivíduos. Esta primeira parte do sistema era conhecida como “primeira linha de defesa”.

No sistema inglês, o controle sanitário dos portos foi direcionado para os domínios do governo central, embora continuasse na administração local, nos distritos, com o *Local Government Board*. Geralmente a autoridade portuária era moldada na estrutura do distrito sanitário. O *Port Medical Officer* era um emprego de meio expediente, normalmente em adição a outra atividade. Em portos pequenos, o *Port Medical Officer* era uma extensão da posição do *Medical Officer of Health* do distrito sanitário local (ibidem: 422).

2.2 O sistema brasileiro



Serviço Sanitário do Porto do Rio de Janeiro: Boletim Trimestral, RJ – Direção dos socorros médicos aos homens do mar. Modelo de ficha do serviço sanitário do porto, constando uma série de informações como: navios entrados e saídos durante o período; população flutuante; temperatura média mensal diurna e noturna; movimento nosológico, casos de moléstias pestilenciais e óbitos, casos de moléstias contagiosas e óbitos, proporção da frequência de moléstias comuns; dia em que se deu o primeiro caso de moléstia pestilencial; tendência da epidemia; hidrometria, média mensal da tensão do vapor; média mensal de umidade relativa; média mensal de pressão barométrica; dias de chuva, média pluviométrica; dias de trovoada; ventos principais; linha de afastamento

dos navios, ancoradouro de vigia, observação e quarentena. Publi: RJ, Lith, Paulo Robin, (189?). Acervo Cartográfico da Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro, local: ARC.005,01,008 ex 1ARC.013,01,014 cartog. ex 2ARC.014,05,020 cartog. ex. 3.

Desde a época colonial, já existia no território brasileiro uma preocupação com a defesa sanitária contra a invasão de doenças. Com a abertura dos portos, em 1808, houve a necessidade de se construir um local para o isolamento dos doentes que chegavam do mar. A Ilha de Villegaignon, na Baía da Guanabara, funcionou como uma espécie de lazareto, conhecido como o “Degredo das Bexigas”, por abrigar doentes de varíola, moléstia que era freqüentemente associada ao escravo africano (Sardinha, 1916: 3).

Em 1843 foi baixado o decreto nº 268 para o Porto do Rio de Janeiro, que instituía quarentenas e inspeção de navios pelo Ministério do Império. Nesta época, a cidade ainda se via livre da febre amarela, da peste e da cólera. O Lazareto da Ilha Grande foi fundado em 1886 pelo Dr. Nuno de Andrade, que era na época inspetor geral de saúde dos portos, professor de higiene e clínica médica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e mais tarde diretor de saúde pública. O Hospital Marítimo Santa Izabel, Hospital da Jurujuba, para marinheiros enfermos, existia desde 1851, data da primeira epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro. Mais tarde ele passou a funcionar como hospital marítimo de isolamento, não só para marinheiros enfermos, mas para atender também passageiros e tripulações de navios que pudessem chegar enfermos, com doenças contagiosas (Sardinha, 1916: 7-15).



● Lazareto da Ilha Grande ● Porto do Rio de Janeiro ● Hospedaria de Imigrantes da Ilha das Flores ● Hospital de Isolamento da Jurujuba

Ilha Grande e Porto. Mapa com legenda, indicando a localização das instituições voltadas para a recepção e inspeção da corrente imigratória na Baía da Guanabara e Ilha Grande: Porto do Rio de Janeiro, Hospedaria de Imigrantes da Ilha das Flores, Hospital da Jurujuba e Lazareto da Ilha Grande. Para ter com mais detalhes a região do porto, ver mapa da página 78 desta tese. *Rio de Janeiro : ferrovias e porto*, Laemmert, 1892 – Acervo Cartográfico da Biblioteca Nacional/RJ.

A estrutura formada pelo porto, o Lazareto da Ilha Grande e o Hospital da Jurujuba deveria funcionar de forma a dar conta dos navios e passageiros que chegavam todos os dias pelo porto do Rio de Janeiro. Em período de calmaria, sem a presença ou ameaças de epidemias na cidade, a recepção dos imigrantes era feita pelos oficiais de saúde do porto e da Inspetoria de Terras e Colonização. Quando a embarcação chegava, realizava-se a visita de rotina e se não houvesse nada fora do normal, ou seja, nenhum caso de doença a bordo, os imigrantes eram encaminhados para a Hospedaria da Ilha das Flores, de onde continuavam seu caminho com destino a colônias ou fazendas no interior do país.

A organização dos serviços sanitários marítimos no Brasil só se deu de forma um pouco mais meticulosa no final do século XIX, movida pela pandemia da cólera na Europa, que alcançou Buenos Aires em 1884 e, mais dia menos dia, sabia-se que chegaria em território nacional. A principal preocupação era a de não deixar que as doenças chegassem ao Rio de

Janeiro, capital federal e um dos principais portos marítimos e comerciais da América do Sul na época. O porto do Rio possuía a fama de insalubre, o que só uma organização sanitária de acordo com os preceitos científicos de ponta, poderia mudar, fazendo com que os estrangeiros deixassem de evitá-lo nas suas escalas ou como destino⁹⁹. A zona portuária do Rio de Janeiro era considerada especialmente insalubre por higienistas e elite local. Era o lugar de concentração da população pobre, que vivia de biscate.

“Causava repulsa, mas também fascínio com o exotismo de suas comunidades estrangeiras, as casas de ópio dos chineses, as polacas e francesas dos prostíbulos, a “Pequena África”, com seus dialetos e ritmo. Ao penetrarem a Baía da Guanabara, pelas fortalezas de São João e Santa Cruz, os viajantes avistavam as construções aristocráticas da orla de Botafogo e Flamengo com sua cadeia de montanhas ao fundo. Mais além da Ilha de Vilelaignon, aparecia a Cidade Velha, com seus telhados e as numerosas torres das igrejas. Os navios permaneciam nas imediações da Ilha Fiscal, defronte ao Cais de Pharoux (atual Praça XV), onde recebiam a visita dos serviços de saúde e da alfândega. Os passageiros desembarcavam em lanchas que se misturavam aos *ferryboats*, vindos de Niterói e de outros pontos da baía” (Benchimol, 2003:256).

Caso ocorresse doença a bordo ou no porto de origem do navio, os passageiros – os que não tinham a influência ou os recursos para invocar o “sabe com quem está falando?”- iam cumprir quarentena. Os tripulantes e passageiros doentes eram levados para os hospitais de isolamento na Jurujuba, em Niterói, ou para o São Sebastião, no Caju. Havia também na orla muitos trapiches, armazéns e pequenos cais de madeira onde só pequenos navios de cabotagem ou embarcações de transbordo poderiam atracar. “As mercadorias deixadas na alfândega ou nos trapiches eram retiradas por carroções puxados a bois ou bondes de tração animal que atravessavam com dificuldade as ruas congestionadas do centro da cidade”. Os produtos destinados a outros estados permaneciam nos trapiches até serem transportados. Mas neste período, os serviços portuários no Rio de Janeiro vinham sendo preteridos pelas linhas européias, que começavam a fazer escala em outros portos brasileiros (ibidem).

O Rio de Janeiro estava prestes a perder a sua importância como exportador de café, em detrimento de Santos, para virar grande importador de imigrantes, conectado à vasta hinterlândia. O porto do Rio era um dos quinze principais do mundo, vindo em terceiro lugar no continente americano depois de Nova York e Buenos Aires. Ele permaneceu com as

⁹⁹ AN. Série Saúde, notação IS3-35 (1858-1895) - Organização Sanitária Marítima do Brasil, manuscrito de 12 de abril de 1890.

mesmas estruturas durante o final do século XIX e começo do XX, “só passando por uma reforma geral em 1904, junto com a remodelação da cidade promovida durante o governo de Rodrigues Alves” (ibidem).

A polícia sanitária marítima brasileira do final do século XIX baseava-se no isolamento – chamado de “seqüestro” ou quarentena de navios e passageiros - na desinfecção e nas visitas sanitárias. No porto, havia turmas de médicos encarregados de realizar as visitas sanitárias aos navios que entravam ou saíam, vindo ou com destino ao estrangeiro. Uma parte do grupo de médicos encarregados da inspeção ficava com as visitas internas, para os navios que já se achavam fundeados, e outra, com a visita externa, destinada a todos os navios que chegavam de portos estrangeiros. Estas visitas tinham por fim verificar o estado de saúde a bordo, as medidas convenientes para restabelecer as boas condições de higiene, impor as quarentenas e fiscalizar o cumprimento das providências¹⁰⁰.

Nas visitas externas, logo que qualquer navio chegava no ancoradouro, um médico dirigia-se para o local e antes de penetrar a bordo, procedia a um interrogatório junto ao comandante da embarcação. Dependendo do estado do navio, se estivesse em perfeitas condições, ele entrava a bordo e verificava as acepções do comandante, ao que concedia ou não a livre prática, ou seja, permitia ou não que o navio adentrasse o porto. Mas, se por acaso, mesmo antes de penetrar a bordo, o delegado sanitário encontrasse razões que lhe fizessem acreditar que o navio estava infeccionado, com doentes a bordo, este deveria se dirigir ao ancoradouro do lazareto da Ilha Grande para lá sofrer as inspeções do médico encarregado do serviço¹⁰¹.

O lazareto e seus sistemas quarentenários, auxiliados ou não pela desinfecção, era a principal arma com que se protegia a salubridade pública no Brasil. Era lá onde se passava todo o enredo do qual a visita sanitária consistia apenas em uma fração. No lazareto, o navio poderia permanecer em duas espécies de quarentena, a de rigor e a de observação. Em ambas dava-se o isolamento do navio. Na quarentena de observação, o navio deveria permanecer até expirar o prazo máximo de incubação da moléstia, que começava a ser contado a partir da data de entrada do navio ou passageiro no lazareto e não ocorria o processo de desinfecção. Na

¹⁰⁰ AN. Série Saúde, notação IS3-35 (1858-1895) – Organização Sanitária Marítima do Brasil, manuscrito de 12 de abril de 1890.

¹⁰¹ ibidem.

quarentena de rigor, após o desembarque dos passageiros no lazareto, procedia-se ao desembarque das cargas e à desinfecção do navio e dos objetos suspeitos de transmitir a moléstia¹⁰².

Com relação aos passageiros, estes iam para o lazareto da Ilha Grande, para lazaretos flutuantes ou para o hospital de isolamento de moléstias contagiosas, o Jurujuba. Havia ainda hospitais flutuantes, que poderiam ser montados dentro de embarcações, caso os estabelecimentos em terra não dessem conta da quantidade de doentes em épocas de epidemia¹⁰³.

Ficavam também sob a responsabilidade da Inspeção Geral de Saúde do Porto do Rio de Janeiro os serviços sanitários dos portos nos estados, cuja fiscalização era realizada por inspetores locais, sob a alçada da repartição no Rio¹⁰⁴. A partir do Regulamento Portuário de 1893¹⁰⁵, foi estabelecido um serviço de profilaxia com bases mais seguras para a defesa sanitária (Sardinha, op.cit:14).

No lazareto da Ilha Grande, a desinfecção era feita em câmaras de enxofre. Na estufa havia um lado impuro (onde se colocavam os objetos infectados) e outro puro (onde ficavam os objetos após a desinfecção) incomunicáveis. As estufas eram previamente aquecidas e os objetos ficavam ali dentro, recebendo tratamento por cerca de vinte minutos sob a influência do vapor úmido, gastando de dez a quinze minutos para secarem¹⁰⁶.

As autoridades procuravam prevenir os passageiros de que não deveriam levar em suas malas objetos de valor nem outros capazes de se deteriorarem no processo de desinfecção como plumas, pelicas, objetos de couro, metal etc. Danos às bagagens eram frequentes, objetos como selins, sapatos, chapéus costumavam sair “torrados” das estufas¹⁰⁷. E como se diz num velho ditado, a corda arrebentava sempre do lado mais fraco, neste caso, do lado dos desinfetadores.

¹⁰² Os desinfetantes utilizados nos processos de desinfecção eram o enxofre, para os passageiros; o cloreto de zinco, para as bagagens e ácido fênico, dentre outros. Quanto às roupas e objetos, o processo era feito pelo vapor quente sob pressão, aplicado pelo tipo de estufa ou pulverizador de Geneste e Herscher (ibidem).

¹⁰³ Os lazaretos e hospitais flutuantes eram uma espécie de barca improvisada como enfermaria (ibidem). As enfermarias flutuantes poderiam ser utilizadas também para realizar o transporte dos enfermos do navio para o lazareto (*O Brazil-Médico*, 1896, ano X, pp. 24).

¹⁰⁴ ibidem.

¹⁰⁵ Decreto n.1558, de 7 de outubro de 1893.

¹⁰⁶ SODRÉ, Azevedo. A epidemia de cholera-morbus de 1894-1895. *Brazil-Médico*, ano IX, n. 26, 8 de julho de 1895, pp. 226.

¹⁰⁷ Ibidem: 226.

Durante a epidemia de cólera de 1894-1895 no Vale do Paraíba, eles foram os alvos prediletos do povo e da imprensa:

“Eram constante alvo dos motejos do público, de alusões as mais caluniosas e não lhes faltaram baldões [sic] e doestos [sic] dos mais afrontosos, partidos, não raro, de quem menos se poderia esperar (neste caso da imprensa – comentário meu). Nunca esgotou-lhe a paciência, tudo suportaram com resignação evangélica, cômicos da responsabilidade que sobre seus ombros pesava, satisfeitos pela confiança de que estavam cumprindo o seu dever¹⁰⁸”.



Antes da desinfecção.

Depois.

Antes e depois. Charge mostrando o antes e o depois da passagem pelo processo de desinfecção, não sobrava nada, em detalhe, o estado das luvas e das botas. Mesmo com a boa vontade mostrada pelos desinfetadores, o povo e a imprensa não perdoavam (*Gazeta de Notícias*, 6 de janeiro de 1895, p.1).

No lazareto havia pavilhões separados para passageiros de primeira, segunda e terceira classes dos navios que deveriam passar por tratamento. O foco da desinfecção eram sempre os passageiros de 3ª classe, imigrantes em sua maioria.

“Primeiro os passageiros pisavam em cachos embebidos em sublimado. Depois, se encaminhavam para o lavatório com sabonete, escova de unha e balde para águas servidas. Vestes e sapatos eram esfregados com

¹⁰⁸ Ibidem.

germicidas. Passageiros de 3ª classe, ou de 2ª considerados suspeitos pela falta de asseio, eram levados para outro local, despídos e submetidos à desinfecção mais rigorosa. A assepsia terminava após a pulverização dos passageiros com ácido fênico, quando recebiam um cartão onde se lia desinfectado” (Benchimol, 1999:261).

No Rio de Janeiro, existiam três estações de desinfecção, o Desinfectório Central, na rua Clapp, perto da Praça Quinze de Novembro, inaugurado em 1890. No ano seguinte, construíram mais dois estabelecimentos menores: no Engenho Velho, onde funcionava o antigo Matadouro, atual Praça da Bandeira e na rua da Relação, distrito de Santo Antônio. Só em 1904 o então diretor de saúde pública, Oswaldo Cruz, inaugurou mais um desinfectório, em Botafogo, onde hoje fica o Hospital Rocha Maia (Ibidem: 291, 292).

O lazareto da Ilha Grande era a única estação quarentenária no Brasil. Por isso, as embarcações procedentes de portos declarados suspeitos ou infeccionados, que deveriam receber tratamento sanitário, após adentrarem o porto do RJ deveriam se encaminhar à enseada do lazareto, na baía de Angra dos Reis. Para as embarcações com destino aos portos do norte do país, a viagem ficava mais longa e custosa, fato que começou a gerar diversas reclamações por parte das companhias (*O Brasil-Médico*, 1895, ano IX, n.26, pp.24).

Durante a Convenção Platina de 1887, houve um acordo entre os países contratantes, Argentina, Uruguai e Brasil, sobre a construção de mais lazaretos, principalmente para os portos com maior movimentação. Assim, começou-se a pensar na construção de estações análogas no Pará, na Bahia e Pernambuco. Estações que até ficaram prontas, mas não tiveram um funcionamento contínuo durante os anos posteriores.

Em 1913, por exemplo, ainda encontramos reclamações de companhias com relação à falta de estrutura e lazaretos no Brasil, o que tornava longa a permanência dos navios, dificultando os negócios. Em ofício dirigido no dia 16 de dezembro deste mesmo ano para o Ministro do Interior, o presidente da Associação Comercial do Amazonas encaminha uma espécie de “memorial” apresentado pelos senhores Booth & Ca., agentes em Manaus da *The Booth Steamship Co., Ltd.*, com sede em Liverpool. Os ingleses pedem uma interferência dos poderes públicos para que fosse criado outro ponto de desinfecção e quarentena que não o da Ilha Grande, para os vapores transatlânticos com destino a portos no norte do país¹⁰⁹.

¹⁰⁹ AN. Série Saúde, notação IS4-82 (1913-1914), Inspeção Geral de Saúde dos Portos, ofício de 16 de dezembro de 1913.

Chegou a existir por um período um lazareto próximo ao porto de Manaus, com sede na Ilha da Tatuoca, na Baía de Marajó, provavelmente construído após a assinatura da Convenção Platina de 1887. No entanto, em 1912, ele já estava em ruínas, segundo um ofício do Ministério da Agricultura Indústria e Comércio de 5 de janeiro de 1912, que passa a Tatuoca para a alçada deste ministério¹¹⁰.

Os agentes ingleses e a associação comercial pedem então o restabelecimento do posto sanitário da Ilha da Tatuoca, onde naquele momento funcionava uma estação experimental de agricultura. O motivo de tal pedido era porque os navios que saíam de portos europeus e da América do Norte para o norte do Brasil, caso fossem declarados interditados, sem poder fazer comunicação com a terra, tinham que se dirigir para o expurgo na Ilha Grande, gastando nessa viagem de ida e volta mais de vinte dias. Fora o sacrifício imposto aos passageiros, que permaneciam distantes do porto a que se destinavam¹¹¹.

“Não se compreende que o Brasil, tendo tão vasta extensão de costa, com tantos portos distantes entre si, possua para o seu serviço de defesa sanitária um único porto de quarentena e esse colocado nas proximidades do porto do Rio de Janeiro”¹¹².

Uma estação de quarentena ao norte resolveria o problema dos interesses comerciais e também dos passageiros, “garantindo a cura mais rápida daqueles que estiverem atacados da epidemia e que nessa viagem tão longa lutarão certamente com a falta de recursos médicos”¹¹³.

As comunicações diretas do Brasil por via marítima com os portos estrangeiros eram feitas exclusivamente pelo porto do Rio de Janeiro e pelos do norte, Pará e Manaus. Se para os navios que faziam diretamente a navegação para o sul existia o lazareto da capital, na Ilha Grande, não precisando estes paquetes de se afastarem de sua rota regular, seria natural que para os que se destinassem direto para os portos do norte existisse uma outra estação sanitária, onde pudessem fazer o expurgo no caso de epidemia a bordo, sem se desviarem do porto de destino como vinha ocorrendo¹¹⁴.

¹¹⁰ Ibidem, ofício de 5 de janeiro de 1912.

¹¹¹ Ibidem.

¹¹² Ibidem.

¹¹³ AN. Série Saúde, op.cit, ofício de 16 de dezembro de 1913.

¹¹⁴ Ibidem.

Se a defesa sanitária deixava a desejar com relação aos navios, com o controle da imigração também não era diferente. Tomando como exemplo o tracoma, doença emblemática para países imigrantistas, pois chegava junto com a corrente imigratória, principalmente italiana: tinha controle rígido e normatizado nos EUA, mas no Brasil, nos anos 1920, ainda não existia um esquema de controle eficaz. O único estado onde houve tentativas em direção a isso foi São Paulo.

No 1^a Congresso Brasileiro de Hygiene, em 1923, o Dr. Abreu Filho apresentou um trabalho, em que sugeria algumas formas de controle que ainda não ocorriam nos estados brasileiros. Foi recomendado o exame sistemático nos portos e fronteiras terrestres de todos os que entrassem em território nacional. Era preciso também exigir dos imigrantes, além do certificado de vacina, o de exame ocular, revisto por um médico especialista na ocasião do desembarque. Além disso, a proibição absoluta do desembarque de tracomatosos, obrigando as companhias a pagarem a viagem de volta, ou o custeio das despesas daqueles que necessitassem ser internados para exames¹¹⁵.

Segundo um outro médico também especialista em tracoma e que havia sido responsável pelo serviço de controle desta doença entre imigrantes em São Paulo, o Dr. Raul David de Sanson, era necessária uma organização completa e eficiente. Faltava o essencial, a vigilância sanitária, a fiscalização rigorosa sobre a imigração quer fosse ela contratada ou espontânea. E até mesmo impedir que os próprios colonos se transportassem das zonas onde a doença grassava com mais intensidade, para outras onde este mal não tinha o caráter de endemia ou onde até mesmo não deveria existir¹¹⁶.

São Paulo foi o estado que mais investiu no controle da imigração, pelo fato de receber este contingente de população em maior número. Em 1904, foi instituído pelo decreto n. 255 de 17 de dezembro, o número de imigrantes a serem introduzidos no estado mediante subvenção e as medidas necessárias para evitar a imigração de indivíduos portadores do tracoma, “calcadas sob leis e regulamentos adotados na América do Norte”. Para este fim, instituiu-se a Inspetoria de Imigração no porto de Santos¹¹⁷.

¹¹⁵ Fialho, Abreu. Prophylaxia do Trachoma. *Annaes do 1º Congresso Brasileiro de Hygiene*. Rio de Janeiro: 1-7 out de 1923, pp.7.

¹¹⁶ Sanson, Raul David. Contribuição à Prophylaxia do Trachoma: trabalho apresentado ao Congresso do Trachoma, realizado em outubro de 1918. *Archivos Brasileiros de Medicina*, ano IX, 1919, pp.234.

¹¹⁷ *Ibidem*.

De acordo com o regulamento, a inspeção do imigrante no porto de Santos era feita a bordo pelo médico da inspetoria por causa da falta de uma hospedaria, cuja construção inclusive foi cogitada. No entanto, no lugar da hospedaria resolveram construir um hospital de isolamento. A planta foi elaborada, o projeto discutido e até publicado na imprensa. Mas tudo não passou de um intento, que acabou esquecido, “e para não deixar de fazer aparentemente alguma coisa, eram os tracomatosos enviados para os postos criados em 1906 no interior do Estado”¹¹⁸.

Se havia seleção no porto de desembarque realizada pelo médico da Inspetoria de Imigração, às vezes nem a bordo se procedia ao exame, pois constantemente faltava médico para este fim. Segundo o Dr. Sanson, a seleção feita a bordo de nada adiantava, pois todos os imigrantes contratados continuavam “em promiscuidade até chegarem a São Paulo, onde a falta de um hospital de isolamento anexo à hospedaria prolongava este mesmo contato até que destino conveniente lhes fosse dado”¹¹⁹.

Apesar da estrutura portuária brasileira, com lazareto, inspeção e quarentena ser parecida com a norte-americana, a sua relação com a institucionalização e expansão da saúde pública pelo território nacional foi bastante diferente dos EUA.

Castro Santos (2004) discutiu os impactos do movimento sanitarista e das reformas sanitárias no crescimento dos aparelhos de Estado, na sua interiorização e no processo de construção nacional. Ele comparou os processos de reforma dos serviços sanitários em alguns estados brasileiros a partir de questões como o lugar da política de imigração, a dinâmica político-partidária e a tradição médica e sanitária.

Segundo o autor, os serviços de saúde dos portos antecederam o processo de institucionalização da reforma sanitária no país. Sendo assim, a ‘questão sanitária’ foi gerada em meio ao clima de insegurança das populações urbanas com a chegada das “febres pestilenciais” ao Brasil. No caso de São Paulo, por exemplo, apesar da possível ameaça que os imigrantes representavam para a saúde pública, os trabalhadores europeus eram vitais para a economia. Assim, a reforma sanitária, considerando-se o saneamento como o único meio de assegurar a corrente imigratória, tornou-se uma preocupação das classes dominantes (ibidem:156, 261)

¹¹⁸ Ibidem.

¹¹⁹ Ibidem.

Antes, como apontou Benchimol (1992: 115), as questões relativas à saúde pública no Brasil não se diferenciavam de outros aspectos da vida urbana e ficavam a cargo da Igreja, da Câmara Municipal ou da Intendência de Polícia. Foi durante a primeira epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro, em 1850, que a saúde se tornou competência de um poder autônomo com a formação da Junta Central de Higiene Pública. Em 1886, a Junta se defez e deu origem a Inspetoria Geral de Higiene e a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos.

A Inspetoria Geral de Saúde dos Portos – IGSP – se constitui então como um braço da Junta Central de Higiene Pública. Assim, a preocupação com a saúde dos portos teria sua origem na necessidade de proteção das cidades portuárias, como o Rio de Janeiro, contra epidemias que chegavam de fora e pela necessidade de cumprir com as normatizações internacionais com relação à profilaxia.

No próximo item abordarei a aplicação da quarentena na Bacia do Rio da Prata e os problemas gerados por ela entre Brasil e Argentina, que deram origem à convenção sanitária platina de 1887. A partir do relato de Joshua Slocum (1844-1909), um comerciante norte-americano que vivenciou a cólera na Região do Prata em 1886 e as quarentenas impostas pelo governo brasileiro, vamos entender como uma epidemia, e as restrições geradas por ela nos portos, afetava a vida econômica e social de uma região.

2.3 A quarentena e as relações entre Brasil, Argentina e Uruguai: a Convenção Sanitária de 1887

A preocupação com a entrada de doenças contagiosas pelos portos brasileiros remete a uma época em que o país ainda se via livre da febre amarela, da cólera e da peste. Em 1843, foi baixado um decreto pelo Ministério do Império que exigia a inspeção e a quarentena para navios estrangeiros que pudessem estar contaminados com alguma moléstia desconhecida¹²⁰ (Sardinha, 1916 :7).

¹²⁰ Até 1850, o Brasil era conhecido pela salubridade de seu clima. Os habitantes do vasto continente sul Americano desfrutavam de uma alta e singular condição de saúde. Viajantes europeus diziam que a costa leste da América do Sul, de Pernambuco ao Rio da Prata, era uma das regiões mais saudáveis do mundo para se viver (Cooper, 1965: 672-673).

Não temos conhecimento de nenhum outro tipo de regulamentação imposta pelo governo de 1843 a 1889, apesar das restrições aplicadas pela Argentina a navios brasileiros a partir de 1850, quando se deu a primeira grande epidemia de febre amarela no país. Houve uma tentativa de convenção entre Brasil e Argentina em Montevidéu, no ano de 1873, mas que acabou ficando sem efeito.

Em 1886, por causa da epidemia de cólera pela qual estavam passando as repúblicas platinas - Argentina e Uruguai - o governo brasileiro resolveu tomar medidas mais sistemáticas para impedir a invasão da epidemia pelo Rio da Prata, fechando seus portos a navios argentinos e uruguaios, o que gerou uma série de reclamações e conflitos diplomáticos (Chaves, 2003: 149).

Essa atitude por parte do Brasil acabou produzindo uma crise de superprodução de produtos platinos, principalmente o gado e a carne de charque, que perdiam temporariamente um dos seu maiores mercados. Cerca de 70% da produção deixou de ser exportada e o imposto aplicado à exportação duplicou de valor, chegando a representar 27% do preço final dos produtos platinos (ibidem).

Os prejuízos comerciais foram consideráveis, de forma que os governos argentino e uruguaio apressaram-se a propor ao Brasil um acordo que melhor regulasse as relações sanitárias internacionais dos três países vizinhos. Assim nasceu a Convenção de 1887, assinada no Rio de Janeiro pelos representantes das partes. Segundo o disposto neste tratado, todos os principais produtos de exportação platina, como o charque, a alfafa, os cereais, farinhas e animais, foram riscado do “rol dos objetos suspeitos ou suscetíveis de reter e transmitir contágio” (RMJNI, 1904/1905-3: 12).

A questão mais importante para ser resolvida era a definição precisa de quais produtos poderiam transmitir a cólera. Foi, então, pedido a médicos experientes dos três países, que fizessem um parecer. Da parte do Brasil, estavam figuras como João Batista de Lacerda, Diretor do Museu Nacional, e Nuno de Andrade, Inspetor de Saúde dos Portos. O importante era uniformizar o sistema de controle nos portos, mas para se saber se o produto estava contaminado ou não era necessário realizar exames bacteriológicos, principalmente com a carne de charque (Relatório do Ministério das Relações Exteriores [RMRE], 1911: A-N1-41).

A comissão técnica da convenção tomou como base de estudos a convenção não ratificada, mas celebrada em Montevidéu em 9 de julho de 1873 entre Brasil, Argentina e

Uruguai. Além disso, foram estudadas também as conferências de Viena de 1876, de Washington de 1881, de Roma em 1885, da Antuérpia no mesmo ano e o Congresso de Havres de 1887. Segundo os pareceristas, estas conferências inovaram de alguma forma em matéria de higiene administrativa e de organização quarentenária, sendo aproveitáveis para a elaboração científica do convênio. Já a Convenção de Montevideu de 1873, apesar de ter sido valiosa pelo esforço para uma primeira regulamentação de práticas de controle nos portos, lhes parecia antiquada (ibidem: 48, 49).

Joshua Slocum (1844-1909), comerciante norte-americano, vivenciou a epidemia de cólera na Região do Prata e as quarentenas impostas pelo governo brasileiro. A partir de seu relato, podemos ter uma idéia de como esta epidemia e as restrições nos portos afetaram a vida econômica e social da região.



Joshua Slocum a bordo do Spray, 1907, Peabody Museum of Salem. Foto da capa do livro *A Viagem do Liberdade* (2004), que é o relato original de Slocum sobre sua viagem ao Brasil em 1886.

A viagem de Slocum começou no início de 1886. Seu barco, carregado de óleo, navegou de Nova York para Montevideu. Ao chegar à capital uruguaia, após descarregar sua mercadoria, acertou um frete de Buenos Aires para o Rio de Janeiro, mas se deparou com a epidemia. Foi neste momento que o Brasil fechou seus portos para os navios que vinham do Rio da Prata. Joshua Slocum começa a sofrer, então, com a truculência e inexperiência dos funcionários portuários e passa por longos períodos de espera e negligência por parte dos funcionários do Lazareto da Ilha Grande.

Em 17 de dezembro de 1886, seu navio parte da costa argentina para o Rio de Janeiro com uma carga de alfafa, porém ao invés de parar no porto do Rio, o cônsul brasileiro mandou que fosse para o Lazareto da Ilha Grande para ser desinfectado e descarregado em quarentena. Além do barco de Slocum, havia muitas outras embarcações em situação semelhante, ou seja, de quarentena. Comandantes impacientes mandavam sinais para o navio-guarda, pedindo comida e mantimentos, os guardas locais não os atendiam, o que estava causando muitos transtornos e irritações (Slocum, 2004: 36).

A partir de um decreto expedido pelo Barão de Mamoré em 8 de janeiro de 1887, Slocum e sua tripulação tiveram que sair da Ilha Grande e retornar para a Argentina sem conseguir desembarcar a mercadoria (Chaves, 2006: 4).

“No dia seguinte, 8 de janeiro, os oficiais do porto vieram até nós em uma lancha a vapor e nos mandaram partir, dizendo que o porto fora fechado naquela manhã. ‘Mas fizemos a viagem’, eu disse: ‘Não importa’, disse o guarda, ‘você deve partir imediatamente, ou o navio-guarda vai abrir fogo contra você’. Para mim, isso foi um tratamento rude e arbitrário. Um raio em céu azul não poderia ter nos causado maior surpresa ou produzido dano muito maior – ser arruinado nos negócios ou atingido por um relâmpago é igualmente ruim!

Então, apontando algo que parecia uma pistola, Dom Pedro disse: ‘*Vaya Homem*’ (vá embora), ‘ou você vai nos passar a cólera’. Então tivemos que fazer todo o caminho de volta até Rosário com aquele carregamento de feno - e de problemas” (Slocum, 2004: 37).

Joshua Slocum se utiliza de uma fina ironia e de um certo sentimento de superioridade com relação às autoridades brasileiras. O fato de chamar os funcionários do Lazareto da Ilha Grande de Dom Pedro mostra um pouco da sua personalidade. É claramente uma crítica direta não só à forma autoritária e truculenta com que o funcionário do lazareto lidou com a questão, pegando uma pistola, mas também como uma crítica ao sistema de governo brasileiro, a Monarquia, única existente no continente americano. Ele, que vinha de um país republicano, já reconhecido pela democracia e o individualismo liberal, teve de lidar com a burocracia pesada e arbitrária do império brasileiro, com seus mandos e desmandos.

Isto, é claro, entendido sob o ponto de vista de Slocum, um comerciante norte-americano que não havia conseguido descarregar suas mercadorias por causa da epidemia de cólera e estava perdendo tempo e dinheiro com as autoridades brasileiras. Mas e com relação a esse funcionário do lazareto e sua forma extremada de lidar com a questão? O fato é que em tempos de epidemia, as medidas tornam-se extremadas, principalmente devido ao medo imenso que a cólera provocava em todos. Para aquele funcionário do lazareto, Slocum era um comerciante norte-americano, arrogante, disposto a desrespeitar as regras brasileiras e que talvez só se contivesse com a presença de Dom Pedro, ou de uma pistola. É relevante pensar no próprio temor da população, isto inclui obviamente o funcionário, de manter contato com pessoas que poderiam carregar consigo uma doença fatal, que proporcionava um final aterrorizante.

O fato é que as incertezas e as quarentenas traumatizaram o capitão Slocum. Quando ele finalmente desembarcou no Rio de Janeiro, seu objetivo era, então, passear, descansar e se esquecer do ocorrido com a família. Mas parece que frequentemente o capitão ainda era assombrado pelas lembranças daqueles fatídicos momentos no Lazareto da Ilha Grande, como se pudesse deparar-se a qualquer momento com um desinfectório ou aparelho de fumigação.

“Fiquei nervoso com a questão das quarentenas. Visitei o famoso Jardim Botânico com minha família e tremi de pavor, temendo que fôssemos fumigados em alguma parada no caminho. Entretanto, nosso tempo no Rio foi passado basicamente de forma agradável” (ibidem: 49).

Joshua Slocum também tirou suas próprias conclusões sobre as relações políticas e diplomáticas entre Brasil e Argentina, que já naquela época não eram das mais amistosas, seguindo o seu estilo ácido e sagaz.

“Aquele decreto da Ilha Grande, na verdade uma manobra política, trouxe-nos grandes adversidades, embora a intenção dos brasileiros fosse meramente uma retaliação contra os vizinhos argentinos por ofensas passadas; não apenas pelas quarentenas contra as febres do Rio, mas também por uma tarifa discriminadora sobre o açúcar do Império; uma combinação de adversidades no comércio – mais do que os sensíveis brasileiros pudessem suportar – irritou-os tanto que uma febre de retaliação eclodiu, chegando a um ardor maior que o de *febre marelló* [sic], decidiram dar uma lição exemplar nos primos republicanos. Contudo, o desejo era de retaliar sem causar uma guerra, o que foi feito. De fato, fechar os portos como fizeram, no começo da temporada das mais valiosas exportações argentinas para o Brasil, e com uma desculpa plausível, ou seja, medo de dor de estômago, encheu os argentinos de tamanha admiração por seus pares em estratégia que na primeira oportunidade proclamaram dois feriados públicos em honra do ilustre Brasil. Então o caso das diferenças terminou, para encanto de todos, em fogos e champanhe!” (ibidem –grifo do autor).

Slocum tinha razão com relação às retaliações econômicas, porque a convenção foi proposta e aceita envolta a ressentimentos políticos entre Brasil e Argentina. Se por um lado os argentinos festejaram e saíram bastante satisfeitos com a liberação da exportação da sua carne de charque, no Brasil as autoridades manifestaram sua indignação no congresso e na imprensa. O negociador brasileiro conseguiu que o tratado estabelecesse, para o tratamento profilático da febre amarela, quarentenas durante os primeiros dez dias. O texto foi redigido com tantas

ambiguidades, que de acordo com os objetivos do intérprete, nenhum navio procedente do Brasil escaparia à quarentena na Argentina (RMJNI, 1904/1905:12).

Assim, a convenção, considerada um modelo de perfeição por médicos argentinos, no Brasil não satisfaz a ninguém, visto que consagrava para a febre amarela uma quarentena de dez dias. Na França, desde 1863, era adotada a livre prática para navios livres da epidemia (indenes), procedentes de portos contaminados, e uma quarentena de três a sete dias, no máximo, para navios suspeitos ou infectados (ibidem).

Uma das vozes mais importantes e ativas contra a convenção foi a de Rui Barbosa:

“O que nos importa, e o que se não poderá destruir, é que pelo consenso geral da imprensa, da administração e da legislatura foi repudiada a Convenção de 1887, depois de estigmatizada pela imprensa neutra como logro da diplomacia argentina à simpleza brasileira: como obra clandestina de magia e tramóia; como trabalho de precipitação e leviandade profissional; como derrota do Brasil; como imolação de nossos interesses e direitos aos estrangeiros; como um produto de argúcia, uma arma de combate contra nós; como a nossa redução às modéstias funções de vassoura do Prata; como um regime pior para nós do que o arbítrio sem peias” (ibidem: 13).

Críticas duras do republicano Rui Barbosa a uma convenção de tamanha importância assinada nos últimos momentos do Império brasileiro. Entretanto, o objetivo precípuo do acordo era uniformizar as ações para o controle de epidemias sem prejudicar o comércio. O mais importante naquele momento era igualar as práticas adotadas na quarentena dos três países para o combate à febre amarela, cólera e outras epidemias que poderiam surgir. Dentre as principais regulamentações estavam a apresentação de cartas de saúde, a proibição do torna-viagem para navios das partes contratantes e a definição das medidas sanitárias que seriam adotadas pelas partes com relação às mercadorias.

Em 22 de agosto de 1889, através do decreto n.10318¹²¹, foi promulgada a Convenção Sanitária celebrada entre o Império do Brasil, as repúblicas Argentina e Oriental do Uruguai em 1887, a qual o Paraguai aderiu um pouco mais tarde. Uma das questões mais importantes a serem definidas era sobre quais doenças se aplicariam as medidas sanitárias nos portos. Ficou decidido que as medidas seriam direcionadas à categoria criada durante uma das conferências

¹²¹ Os textos dos decretos estão disponíveis na íntegra no SICON – Sistema de Informação do Congresso Nacional : <http://legis.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisaLegislacao.action>

de *moléstias pestilenciais exóticas* (art.1º), em que se incluíram a febre amarela, a cólera-morbo e a peste oriental.

O trabalho era o de criar definições exatas para que se pudesse aplicar as medidas de controle em forma de legislação nos três países. Foi determinado que: *porto infectado* era aquele onde reinava epidemicamente qualquer uma das moléstias pestilenciais exóticas; *porto suspeito* era onde existiram casos isolados das moléstias, ou por onde passaram embarcações que tinha saído de localidades infectadas. *Navio infectado* era o que tivera a bordo algum caso de moléstia pestilencial. *Navio suspeito* era todo aquele procedente de porto infectado ou suspeito sem caso de moléstia pestilencial durante a viagem; o procedente de porto limpo, que tocasse porto infeccionado ou suspeito; o que teve casos de óbitos por moléstia não específica, ou repetidos casos de moléstia qualquer e o que não portava carta de saúde, ou bilhete internacional de livre prática, após ter passado por tratamento sanitário¹²².

Assim, por exemplo, em 1890 havia febre amarela no porto do Rio de Janeiro. Dessa forma, o porto era considerado infectado. Sem a convenção, caso passasse por este porto um paquete com destino a Buenos Aires, este navio seria considerado suspeito, pois passara por porto infectado. Entretanto, com a convenção, se o navio passasse por certas medidas acordadas, ele poderia ir ao Prata tranquilamente, sem ser impedido de entrar em qualquer porto argentino, o que ocorreria caso o paquete fosse de outras nacionalidades¹²³.

Uma outra suposição poderia ser a seguinte: um paquete francês, por exemplo, também poderia entrar no 'jogo das prerrogativas' conferidas pela convenção caso tivesse destino ao Prata e fizesse escala no porto do Rio de Janeiro, que se encontrava infectado. Ao passar por portos dos estados contratantes, ele adquiria todas as imunidades, apesar de ter tocado em porto infectado¹²⁴.

A responsabilidade de declarar que o porto estava infeccionado era de cada governo, sob proposta do chefe do serviço sanitário, oficialmente publicada. O serviço sanitário dos países contratantes deveriam ser instalados de modo que pudessem cumprir com a convenção. Para isso, foi expedido um regulamento internacional para a unificação das medidas gerais e especiais. Cada nação se comprometeu a fundar e manter lazaretos e hospitais flutuantes, com

¹²² Art. 1º

¹²³ AN. Série Saúde, notação IS3-35 (1858-1895) - Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, Organização Sanitária Marítima do Brasil, regida pelo Dr. Nuno de Andrade, manuscrito de 12 de abril de 1890.

¹²⁴ Ibidem.

anexos fixos para o tratamento de pessoas com as moléstias pestilenciais exóticas, nos navios que chegassem, nos já fundeados e nos lazaretos.

Foram estipuladas três espécies de navios: vapores com menos de 100 passageiros; vapores para o transporte de imigrantes, com privilégio ou não de pacote, com mais de 100 passageiros e navios à vela¹²⁵.

Nos navios do primeiro e segundo grupo, passou a ser necessário ter médico de bordo e estufa de desinfecção a vapor d'água. Os navios destinados a portos dos três países que assinaram a convenção passaram a ter que portar *carta de saúde*¹²⁶, passada pela autoridade sanitária do porto de procedência e visada pelos cônsules dos países de destino, no mesmo porto de procedência ou de escala. Esta carta era apresentada à autoridade sanitária dos portos dos três países e entregue à autoridade do último porto em que o navio atracasse¹²⁷.

Se o cônsul não fizesse nenhuma objeção aos dizeres da carta de saúde, era dado o visto simples ao navio. Caso contrário, o mesmo cônsul anotava, em seguida ao visto, o que lhe parecia conveniente. As cartas de saúde que trouxessem visto retificativo, depois de visadas no primeiro porto de qualquer dos estados contratantes em que o navio tocara, eram acompanhadas de *bilhete sanitário*¹²⁸, firmado pela autoridade do mesmo porto, que detalhava o tratamento a que o navio fora submetido. Então, em continuação ao visto, fazia-se constar a remessa do bilhete sanitário na documentação do navio.

As cartas de saúde eram dadas a navios que tocassem os portos dos três estados e retiradas em cada um deles. Elas eram entregues pelo comandante da embarcação à autoridade do último porto em que atracasse e poderiam ser de duas espécies: *limpa*, sem caso de moléstia no porto de procedência ou no de escala; *suja*, caso o navio tivesse passado por epidemia, ou por casos isolados de moléstias pestilenciais exóticas¹²⁹.

No item a seguir vou descrever as funções dos profissionais que atuavam no serviço sanitário do porto e dentro dos navios, como os inspetores e ajudantes do porto, os inspetores sanitários de navios e os médicos de bordo. Apresentarei as medidas de policiamento sanitário marítimo para a prevenção de epidemias, adotadas no porto do Rio de Janeiro: as formas de se

¹²⁵ Art. 5º.

¹²⁶ ver modelo carta de saúde do Regulamento Sanitário Internacional, decreto n.10319 de 22 de agosto de 1889.

¹²⁷ O visto consular era escrito no verso da carta e autenticado com selo do consulado. A carta de saúde não era exigida entre portos da mesma província (art. 5º do decreto n.10319 de 22 de agosto de 1889).

¹²⁸ Ver modelo bilhete sanitário do Regulamento Sanitário Internacional, decreto n.10319 de 22 de agosto de 1889.

¹²⁹ Art. 5º do decreto n.10318 de 22 de agosto de 1889.

realizar as visitas sanitárias aos navios; os tipos de ancoradouros – de vigia, de quarentena e de visita - que existiam para que o navio atracasse, de acordo com o tratamento sanitário que deveria receber; os modelos de aplicação da quarentena, que poderia ser de rigor, de observação ou complementar. Descreverei também o que eram hospitais flutuantes e a diferença entre lazaretos fixos e flutuantes.

2.4 Personagens e práticas da inspeção: a rotina do Serviço Sanitário Marítimo

Inspetores Sanitário de Navios

Um das medidas mais importantes do regulamento sanitário internacional de 1889, que originou-se da convenção de 1887, foi a criação em todos os portos - uruguaios, argentino e brasileiros - da função de inspetor sanitário de navio¹³⁰. O corpo de inspetores era composto por médicos das respectivas nacionalidades, a partir de concurso público, e seu número era determinado de acordo com a necessidade do serviço sanitário marítimo de cada nação. A prova para o concurso de inspetor era composta por questões sobre Geografia Médica; moléstias pestilenciais exóticas; moléstias contagiosas em geral; profilaxia e meios de isolamento, sistemas de desinfecção, natureza e modo de ação dos agentes desinfectantes; higiene naval; organização da polícia sanitária marítima argentina, brasileira, uruguaia, francesa, italiana, inglesa, portuguesa, espanhola etc.; estatística e natureza do comércio de importação e exportação entre as nações contratantes, e de cada uma destas com as demais; interpretação do Regulamento Sanitário Internacional e da Convenção que o motivou¹³¹.

O grupo de inspetores de navios, composto por médicos, tinha a função de executar as providências adotadas em favor da saúde dos passageiros e tripulantes, de testemunhar as ocorrências durante a viagem e de relatá-las às autoridades sanitárias do porto de destino, que executariam as medidas de isolamento necessárias para impedir a propagação de moléstias¹³².

¹³⁰ Ibidem.

¹³¹ AN. Série Saúde, notação IS3-35 (1858-1895) - Inspetoria Geral de Saúde do Porto, ata do concurso para inspetor sanitário de navios, ofício para ministério, manuscrito de 6 de maio de 1890.

¹³² AN. Série Saúde, notação IS3-35 (1858-1895) - Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, Organização Sanitária Marítima do Brasil, regida pelo Dr. Nuno de Andrade, manuscrito de 12 de abril de 1890..

Os inspetores sanitários de navios deveriam: seguir as ordens do chefe do serviço sanitário e estar sempre disponíveis para as comissões de embarque; embarcar no navio que o ministro, o cônsul ou o inspetor sanitário mais graduado do seu país designasse, a fim de cumprir e fazer cumprir a bordo os preceitos do Regulamento Sanitário Internacional e as exigências da convenção; anotar três vezes ao dia todas as circunstâncias que observar, relativas à saúde dos passageiros e tripulantes do navio, bem como todas as causas capazes de alterar a saúde de passageiros e tripulação e todas as providências tomadas; examinar, no momento de saída da embarcação, se esta possui depósito de desinfetantes, farmácia e verificar a falta de algum item, como medicamentos ou desinfetantes; examinar, no momento de embarque, os passageiros e recusar viagem aos que parecerem estar afetados de qualquer moléstia contagiosa e/ou convalescentes desta; proibir o embarque de roupas sujas e material em mau estado de conservação; verificar, nos portos de procedência e escala, o estado de asseio e higiene das embarcações; prestar serviços profissionais aos passageiros e tripulantes sempre que forem solicitados; exigir a comunicação de qualquer caso de moléstia que a bordo ocorrer, por mais insignificante que pareça, a fim de observá-la, tendo o cuidado de anotar em seu livro as datas precisas do começo e fim da doença, se ela foi fatal, assim como todos os detalhes acerca do conhecimento exato da natureza da enfermidade; anotar em seu livro de bordo a data de chegada e saída do navio e todas as informações que puder obter sobre a saúde dos portos de escala e chegada; visitar várias vezes ao dia a enfermaria do navio; visitar passageiros enfermos e aconselhar cuidados pessoais para a conservação da saúde a bordo; exigir o isolamento de doentes que apareçam com moléstia exótica pestilencial ou contagiosa; isolar o doente em local destinado para este fim; vigiar para que todas as defecções sejam desinfetadas e lançadas ao mar; escrever em seu diário todas as medidas tomadas, com o dia, a hora e o tipo de procedimento adotado¹³³.

Os navios que viajavam com os inspetores entre a sua tripulação gozavam nos portos dos três estados contratantes de regalias que facilitavam sua carga e descarga, principalmente se não tivesse havido nenhum caso de moléstia a bordo. Caso ocorresse alguma moléstia durante a viagem e fossem mantidos os cuidados higiênicos determinados pela convenção - como as desinfecções - os navios não eram impedidos de ancorar nos portos nas nações contratantes.

¹³³ Art. 5º do decreto n.10319 de 22 de agosto de 1889 - Da Organização, deveres e atribuições dos inspetores sanitários de navio.

Mas para gozarem dessas regalias, os navios deveriam portar estufas de desinfecção, de vapor sob pressão, deveriam ter depósito de desinfectantes, livro de receitas médicas administradas a bordo, farmácia e leito para isolar passageiros¹³⁴.

A descarga de mercadoria e o desembarque de passageiros eram efetuados à luz do dia, com a presença do inspetor, em local afastado. Neste desembarque, empregava-se exclusivamente, pessoas que estivessem a bordo, para impedir todo e qualquer contato com o porto¹³⁵.

Neste caso, se permitia - somente em favor dos portos do Rio de Janeiro, Montevideu e Buenos Aires e durante um estado epidêmico - o desembarque de pessoas e mercadorias sem prévia visita sanitária, que era substituída pela declaração escrita do inspetor do navio.

Nesta declaração, deveria constar que o navio procedia de porto limpo; que não havia se comunicado, durante a viagem, com portos e embarcações suspeitas ou infeccionadas; que não havia caso de moléstia pestilencial a bordo e que o navio observou todas as prescrições da Convenção Sanitária e do Regulamento Sanitário Internacional em vigor¹³⁶.

A vantagem para os navios dos três estados que assinaram a convenção era a de que, em caso de epidemia, as embarcações sem moléstias a bordo não ficavam presas no porto em quarentena e nem tinham que retornar viagem. Elas possuíam o direito de descarregar as mercadorias e desembarcar os passageiros com a declaração dada pelo inspetor sanitário.

O inspetor sanitário não podia fazer duas viagens consecutivas de ida e volta no mesmo navio. A escolha dos que participariam das comissões de embarque era feita quando o navio se destinava a porto de um só dos três estados ou quando o navio fosse tocar em portos dos três países.

No primeiro caso, a designação do inspetor competia ao chefe do serviço sanitário do país de destino ou ao cônsul do mesmo país no porto de procedência. No segundo caso, se estabelecia o serviço dos inspetores através de acordo dos chefes de serviço sanitário dos países que assinaram a convenção. Caso algum dos portos dos três países fosse declarado suspeito ou

¹³⁴ AN. Série Saúde, notação IS3-35 (1858-1895) - Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, Organização Sanitária Marítima do Brasil, regida pelo Dr. Nuno de Andrade, manuscrito de 12 de abril de 1890.

¹³⁵ Art. 5º do decreto n.10319 de 22 de agosto de 1889 - Da Organização, deveres e atribuições dos inspetores sanitários de navio.

¹³⁶ Ibidem.

infeccionado, a comissão de embarque seria ordenada pelo chefe do serviço sanitário do porto onde o navio atracasse por último¹³⁷.

Sempre que em algum dos países reinasse epidemicamente a febre amarela, a cólera ou a peste, os chefes do serviço sanitário dos outros dois países poderiam enviar para trabalhar junto ao chefe do serviço sanitário do referido país um inspetor sanitário de navio ou outro médico, para que estes estudassem e acompanhassem a marcha e o desenvolvimento da epidemia, e transferissem ao seu respectivo chefe, com precisão e autoridade, todas as informações observadas sobre as características da epidemia¹³⁸

Visitas sanitárias

Havia a rotina das visitas sanitárias nos portos e eram obrigatórias para todos os navios, realizadas com o objetivo de verificar o estado de saúde de bordo e ordenar as medidas convenientes para a conservação ou o restabelecimento das boas condições higiênicas. Era por meio das visitas que as quarentenas eram impostas¹³⁹.

Existiam dois modelos de visita: a *externa*, para os navios na entrada do porto, e a *interna*, para os navios já fundeados. Estas visitas eram efetuadas pelo chefe do serviço sanitário, quando ele entendesse necessário, pelos seus ajudantes ou pelos médicos dos lazaretos, caso se tratasse de um navio fundeado ou que chegasse em estação quarentenária.

Dessa forma, as visitas sanitárias eram obrigatórias para todos os navios, salvo para aqueles que faziam viagens entre portos da mesma província, ou entre portos de qualquer dos três países signatários da convenção de 1887. Quando o navio era interditado pela repartição de saúde do porto, a bandeira amarela era içada no mastro da proa. E só a própria repartição poderia levantar a interdição após a embarcação passar por todas as medidas sanitárias necessárias. Tanto a capitania do porto, quanto as repartições da alfândega e da polícia eram obrigadas a respeitar tal interdição.

Assim que o navio entrava no ‘ancoradouro de visita’, a autoridade sanitária se dirigia até ele para realizar uma espécie de interrogatório, que exigia do comandante, do médico de bordo ou do inspetor sanitário do navio, se houvesse, respostas claras e objetivas.

¹³⁷ Ibidem.

¹³⁸ Ibidem.

¹³⁹ Art. 5º do decreto n.10319 de 22 de agosto de 1889 - Das visitas sanitárias. Todo o item foi baseado neste artigo.

A autoridade sanitária perguntava: o nome do navio; de onde vinha; quantos dias de viagem; o nome e a qualidade do informante; os portos em que tocou; se houve comunicação com algum navio durante a viagem, qual, de que procedência e o estado sanitário de bordo; se porta carta de saúde e de que tipo; se tem ou teve doentes a bordo, quantos e de quais moléstias; quantos se curaram, faleceram e quantos permaneciam em tratamento; em que dia, depois da partida, apareceu o primeiro caso da moléstia; se o navio havia passado por algum tratamento sanitário em portos de escala e quais documentos comprovam este tratamento; quando houve o último óbito a bordo; se possui estufa de desinfecção; se foram praticadas desinfecções; se possui todos os livros e papéis indicados na convenção.

As respostas eram registradas no livro de visitas e se fossem satisfatórias e não houvesse nenhum motivo para duvidar da sua veracidade, a autoridade sanitária adentrava o navio, procedia à leitura das mesmas, assinava e fazia assinar também pelo comandante e pelo informante a folha do respectivo livro. Depois disso, procedia ao exame ordinário.

Neste exame, a autoridade pedia em primeiro lugar a carta de saúde. Em seguida, analisava as anotações e observações feitas pelo inspetor do navio, principalmente o livro da enfermaria e o do receituário médico, colocando o seu visto nas anotações. Depois examinava os diversos compartimentos do navio, sobretudo a enfermaria e os alojamentos da tripulação e dos passageiros. Caso verificasse que as informações haviam sido exatas, visava a carta de saúde e a entregava ao comandante, concedendo livre prática ao navio.

Se o estado sanitário de bordo fosse bom, mas o navio estivesse em más condições de asseio e higiene, a autoridade sanitária ordenava as medidas a serem tomadas, marcando um prazo para elas serem realizadas. Expirado este prazo, a embarcação poderia efetuar seu expediente, caso tivesse cumprido com as ordens recebidas. Se a demora do navio no porto de chegada tivesse de ser curta, e fosse impossível praticar as medidas no prazo determinado, a autoridade sanitária indicava as mais urgentes, ficando entendido que, sem as realizar, nenhuma operação de descarga e de carga das mercadorias seria permitida.

Estas medidas de asseio e de higiene não impediam o desembarque de passageiros, nem a comunicação do pessoal de bordo com a terra. Só eram dispensados da visita sanitária os navios que viajavam entre portos da mesma província, cruzeiros, lanchas de pesca, bem como os que se encontravam em condições epidêmicas. Caso as informações não fossem satisfatórias, ou se o navio procedesse de porto infeccionado ou suspeito, a autoridade sanitária não entrava a

bordo, mas o intimava a seguir sem demora para a estação quarentenária próxima, onde era visitado pelo médico do lazareto.

O médico do lazareto realizava então um exame rigoroso e observava se as informações eram satisfatórias. Não sendo exatas, ou se percebesse que o informante estava agindo de má fé sobre a saúde de bordo, a autoridade se retirava sem prosseguir no exame, levando a carta de saúde do navio, que era intimado a dirigir-se à estação quarentenária, onde passaria por exame rigoroso.

Neste caso, o chefe do serviço sanitário que tivesse procedido ao exame ordinário, bem como as pessoas que se comunicaram com o navio, ficariam detidas a bordo da embarcação que as conduziu, ou em outra destinada a este fim, até que de acordo com o exame, fosse definido o tratamento que lhes deveria ser aplicado. A embarcação que conduzisse a mesma autoridade, de volta do navio, deveria içar a bandeira amarela no mastro e permanecer também em quarentena até que o chefe do serviço determinasse o que deveria ser feito.

Durante esse processo todo, a carta de saúde ficava de posse da autoridade sanitária, que a remeteria ao médico do lazareto, que por sua vez a entregava ao comandante do navio após o exame rigoroso ou no final da quarentena. O mesmo médico visava a carta e escrevia no bilhete sanitário internacional de livre prática a nota do tratamento pelo qual o navio passara. Se o porto em que tais operações e exames foram praticados fosse o último da viagem, a carta de saúde do navio ficava pertencendo à repartição de saúde marítima local.

Caso houvesse algum tipo de irregularidade a bordo, o navio não teria livre prática e seria realizada, pelo chefe do serviço de saúde do porto, a 'visita sanitária interna' com o objetivo de averiguar o estado sanitário do navio já fundeado e tomar as devidas providências que este estado exigia.

A *visita sanitária interna* deveria ser feita de preferência aos navios que tivessem a bandeira da nacionalidade içada no mastro da proa, o que significava que havia doente a bordo. Se o doente estivesse afetado com moléstia comum, a autoridade sanitária comunicava por escrito ao comandante. Esta comunicação autorizava o mesmo a tratar o doente a bordo ou em terra. Mas caso o doente estivesse afetado por moléstia contagiosa, a autoridade sanitária

verificava se a doença era pestilencial exótica¹⁴⁰. Em ambos os casos, era necessário verificar se a moléstia reinava ou não no porto e na cidade, ou em algum dos dois.

A visita interna era feita às 10 horas da manhã e poderia ser aplicada a qualquer navio, de preferência aos que não tinham tido a livre prática, ou seja, impedidos de entrar, e aos que içavam a bandeira da nacionalidade a que pertenciam, o que indicava a presença de doente a bordo. Neste caso, o ajudante de visita verificava a natureza da doença¹⁴¹.

O fato de ser moléstia contagiosa, e não pestilencial exótica, e reinar no porto e na cidade, fazia com que a autoridade procedesse de acordo com as instruções que houvesse recebido do chefe do serviço sanitário, fazendo remover o doente para a enfermaria que estivesse designada para tal fim e aconselhar as medidas de higiene e de desinfecção que deveriam ser realizadas.

Caso o navio estivesse próximo de outros que não se encontravam contaminados, a autoridade sanitária mandava removê-lo para o *ancoradouro de vigia*, onde seria visitado quotidianamente.

Se a moléstia reinava só no porto ou só na cidade, se procedia da mesma forma, cuidando a autoridade sanitária de impedir as comunicações entre o navio contaminado e outros saudáveis, ou entre ele e a cidade. Essa interdição poderia ser rigorosa, de modo a transferir o navio para o *ancoradouro de quarentena*, onde ficava detido durante o tempo necessário para seu completo saneamento. Não reinando a moléstia nem no porto e nem na cidade, o navio era imediatamente transferido para o ancoradouro de quarentena, isolado e convertido em lazareto. Só depois de saneado, dava-se permissão para que retornasse ao ancoradouro geral¹⁴².

Quarentenas

Se a moléstia que aparecesse a bordo fosse pestilencial exótica, o navio era mandado imediatamente para a estação quarentenária próxima, onde se realizavam as disposições referentes às *quarentenas de rigor*¹⁴³.

¹⁴⁰ “Moléstias pestilenciais exóticas” eram a febre amarela, a cólera e a peste

¹⁴¹ AN. Série Saúde, notação IS3-35 (1858-1895) - Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, Organização Sanitária Marítima do Brasil, regida pelo Dr. Nuno de Andrade, manuscrito de 12 de abril de 1890.

¹⁴² Ibidem.

¹⁴³ O item foi baseado no decreto n.10319 de 22 de agosto de 1889, nas disposições sobre a quarentena.

Deveria existir, em cada porto, três ancoradouros sanitários: o *ancoradouro de visita*, de *vigia* e o de *quarentena*. E dois tipos de quarentena, a de *observação* e a de *rigor*. A primeira consistia na detenção do navio durante o tempo necessário para a realização de rigorosa visita sanitária de bordo. A segunda, possuía dois fins: averiguar entre os passageiros procedentes de porto infeccionado ou suspeito se algum trazia moléstia pestilencial em período de incubação e proceder à desinfecção dos objetos suspeitos de reter e transmitir contágios.

A *quarentena de rigor* era aplicada aos navios infeccionados e aos navios em que a bordo tinham ocorrido casos de moléstia não especificada e que não pudesse ser averiguada por ocasião da visita sanitária. Ela possuía dois fins: isolar passageiros com moléstia pestilencial exótica em período de incubação e proceder à desinfecção de objetos suspeitos de se prestarem à transmissão da doença. Era aplicada aos navios infeccionados e aqueles em que a bordo houve casos de enfermidade suspeita, que não fora bem conferida por ocasião da visita sanitária.

A *quarentena de observação*, em sua forma prática, consistia no exame rigoroso, que era efetuado pelo médico do lazareto, quando se precisava fazer visita sanitária. Era cumprida se praticando o exame rigoroso, que consistia em verificar os livros de bordo, da enfermaria, da farmácia, das prescrições médicas, assim como o exame dos medicamentos existentes, comparados com os que foram embarcados, tanto em qualidade quanto em quantidade. Na ocasião deste exame, competia ao ajudante verificar diversos compartimentos no navio, podendo mesmo interrogar passageiros e tripulantes, cujos depoimentos eram comparados ao que se achava registrado nos livros do navio.

A duração da quarentena de rigor era a do prazo de incubação máxima da moléstia pestilencial que se queria evitar, isto é, de 10 dias para a febre amarela, 8 para a cólera-morbo e 20 para a peste oriental. A duração da quarentena de rigor começava a ser contada da data do último caso ocorrido durante a viagem.

Se o prazo decorrido depois do último caso de moléstia pestilencial fosse menor do que o da incubação máxima da doença, os passageiros permaneciam em *quarentena complementar* de tantos dias quantos faltassem para inteirar o referido prazo de incubação máxima. Este tipo de quarentena era praticada no lazareto, salvo a hipótese de não haver neste lugares disponíveis, o que permitia que se efetuasse a quarentena a bordo.

Caso o navio, na ocasião da chegada, tivesse doentes de moléstia pestilencial, estes eram recolhidos ao hospital de isolamento e os outros passageiros submetidos a quarentena no lazareto. A quarentena, neste caso, começava da data da entrada dos referidos passageiros no mesmo lazareto.

Ficava livre da quarentena e das visitas o navio que procedesse de porto reconhecidamente limpo - em satisfatórias condições de saúde a bordo, atestadas pelo inspetor sanitário - que tocasse no Rio de Janeiro, Montevidéu ou Buenos Aires em época epidêmica, se limitasse à descarga de mercadorias, ao desembarque de passageiros e à entrega e recebimento da correspondência postal, contando que tais operações fossem realizadas de forma que permanecessem livres de toda infecção e em boas condições de isolamento, não tendo o navio se comunicado com pessoa ou objeto algum de portos infectados ou suspeitos. Estes fatos eram comprovados por documento autêntico, firmado pela autoridade sanitária do porto em que o navio tocara, visado pelo cônsul do país de destino e certificado pelo inspetor sanitário também do país de destino.

Cada país tinha o direito de estabelecer os lazaretos que fossem indispensáveis às suas necessidades. Nos *lazaretos fixos* só seriam admitidos os passageiros que, devendo permanecer em *quarentena de rigor* ou *complementar*, não apresentassem sintoma algum de moléstia pestilencial exótica ou contagiosa. Nos *lazaretos flutuantes* eram recebidos os passageiros que estivessem em contato com pessoas acometidas de moléstia pestilencial exótica e que fossem, portanto, consideradas suspeitas.

Nos *hospitais flutuantes* eram recebidos os passageiros atacados de moléstia pestilencial exótica procedentes dos lazaretos fixos ou flutuantes, dos navios que estivessem infeccionados ou das embarcações que se achassem em surto no porto. Os lazaretos fixos e flutuantes deveriam ter hospitais anexos para o tratamento de moléstias comuns, e um outro especial de isolamento, para os doentes de moléstias contagiosas não pestilenciais.

Nos *lazaretos fixos* e *flutuantes* era observado rigorosamente o princípio geral do isolamento, o qual se aplicava aos diversos grupos de passageiros chegados ao estabelecimento na mesma data. Tanto os lazaretos fixos e flutuantes como os hospitais eram dotados de estufas de desinfecção pelo vapor d'água. As bagagens, roupas e demais objetos que os quarentenários trouxessem eram previamente desinfetados. Caso não houvesse lugar disponível nos lazaretos, o expurgo sanitário poderia ser feito a bordo dos navios.

A partir da assinatura da convenção, embora os três países tivessem que harmonizar suas medidas de controle nos portos, cada nação as formulou de modo independente. A maior parte dos artigos não foi aplicada, principalmente os acordos com relação à construção de lazaretos e hospitais flutuantes¹⁴⁴. A pouca infraestrutura e o número escasso de pessoal impediam que a convenção fosse seguida rigorosamente.

Dessa forma, ela representava o que deveria ser o serviço sanitário marítimo ideal, mas na prática as coisas eram diferentes. Em três de agosto de 1893, a Convenção Platina de 1887 foi anulada “por inobservância de suas disposições por parte da Argentina e do Uruguai”. Um novo regulamento para o porto foi elaborado no mesmo ano¹⁴⁵. A organização sanitária do porto do Rio até então, com exceção das normas de 1887, ainda continham as disposições do decreto n. 9554 de 3 de fevereiro de 1886, que reorganizou o serviço sanitário do Império. O Regulamento de 1893 é o primeiro específico para o serviço sanitário do porto na Primeira República. Apesar da Convenção Platina ter sido anulada, ela serviu de base para as medidas sanitárias nos portos e para a profilaxia internacional no Brasil após 1889, que permaneceram sem grandes alterações até 1904.

Observamos poucas diferenças entre os regulamentos de 1887 e o de 1893. Uma delas é com relação à presença do médico de bordo, que apesar de existir na convenção de 1887, não aparece no regulamento de 1889 e surge de forma facultativa no de 1893. Uma outra diferença se deu na forma de designação dos inspetores sanitários de navios que passaram a ser chamados de ‘médico comissário’, mas suas atribuições continuaram sendo as mesmas.

Segundo os artigos 40 e 41 do regulamento de 1893, os médicos comissários eram enviados para as localidades no exterior, onde estivesse reinando uma moléstia pestilencial e deveriam embarcar nos navios que partissem de tal localidade com destino a portos brasileiros, de acordo com a autoridade consular brasileira do local. Assim, esses profissionais tinham praticamente as mesmas funções do inspetor sanitário dos navios da Convenção Platina.

¹⁴⁴ Segundo o artigo 3º da convenção, os estados contratantes deveriam fundar lazaretos fixos em ilhas; em época de epidemias manter lazaretos flutuantes e criar hospitais flutuantes.

¹⁴⁵ Pelo decreto n. 1558 de 7 e outubro de 1893.

Médicos de Bordo

No regulamento de 1893 eles possuem uma função diversa do médico comissário (inspetores sanitários de navios) e aparecem quase como facultativos. Segundo o art. 45, os navios que se destinassem a portos brasileiros e quisessem gozar das prerrogativas de paquete¹⁴⁶ deveriam se submeter às seguintes normas: ter médico de bordo nos navios com passageiros; serem providos de estufa de desinfecção, de livro de fornecimento da farmácia, de livro de registro das receitas médicas, de livro da enfermaria com as anotações das medidas tomadas a bordo e de lista de passageiros com a indicação do nome, idade, sexo, naturalidade, profissão e procedência. Neste regulamento, os médicos comissários eram funcionários da Inspeção de Saúde dos Portos, já os médicos de bordo eram contratados pelas companhias de navegação.

A aplicação de multas e taxas passou a ser permitida para comandantes de navios que, por exemplo, faltassem com a verdade, sonegassem doente a bordo, não cumprissem as medidas de desinfecção. As despesas com cartas de saúde, permanência de passageiros e serviços de desinfecção passaram a ser pagas.

Em 1897, é formada a Diretoria Geral de Saúde Pública¹⁴⁷, que além de outras atribuições reorganizou os serviços de saúde do porto. Assim, o litoral brasileiro foi dividido em três distritos sanitários, cada um com um lazareto especial, que nesta época já existiam ou estavam em processo de construção. A profilaxia marítima não sofreu nenhuma alteração¹⁴⁸.

Os distritos foram divididos da seguinte maneira:

1º distrito – Porto do Rio de Janeiro com Lazareto da Ilha Grande

2º distrito – Porto do Recife com o Lazareto de Tamandaré

3º distrito – Porto de Belém com o Lazareto do Pará

¹⁴⁶ Paquetes eram barcos nacionais ou estrangeiros, com cabines para mais de 40 passageiros, com itinerário fixo, que conduziam correspondências, carregando ou não outro tipo de carga. Para ter o privilégio de paquete, esse tipo de navio tinha como obrigação conduzir gratuitamente a correspondência e encomendas postais de ou para portos da República. Assim, tinham a preferência na entrada e saída do porto para efetuar operações de carga e descarga. Ver Ferreira, Luís Eugénio. Tecnologia Postal: transferência de correio. *Revista Filatélica* http://www.filatelicamente.online.pt/r100/artigo_html/revista100_4.html, acessado em 30 de março de 2010.

¹⁴⁷ Decreto n. 2449 de 1º de fevereiro de 1897 – Unifica os serviços de higiene da União.

¹⁴⁸ Sobre legislação sanitária brasileira: Barbosa, Plácido (1909). Especialmente sobre a legislação portuária ver, Sardinha (1916).

Apesar da divisão dos distritos por lazaretos, neste ano, as obras do Tamandaré estavam inacabadas e o lazareto do Pará ainda era uma promessa.

A seguir vou analisar a convenção platina de 1899 e os problemas gerados por ela com respeito ao trânsito de passageiros de 3ª classe - imigrantes. Mostrarei como as diferenças de compreensão sobre microbiologia e medicina tropical no Brasil e na Argentina e as práticas sanitárias decorrentes desta compreensão causavam desavenças, que refletiam na vida política e econômica de ambas nações.

2.5 A Convenção Platina de 1899: “uma obra argentina” contra a imigração para o Brasil

No final de 1899, o Dr. Nuno de Andrade, ex-Inspetor Geral de Saúde dos Portos e agora Diretor Geral de Saúde Pública, fez parte novamente da comissão científica de um outro convênio sanitário entre o Brasil e as nações platinas. Esse novo acordo surpreendeu a comunidade médica brasileira, pois, mais uma vez, “feria profundamente os interesses brasileiros”, especialmente no que dizia respeito à imigração. A questão foi exaustivamente debatida nas reuniões da Academia Nacional de Medicina - ANM, na imprensa especializada e na diária.

O Brasil já havia passado por uma experiência ruim em termos de convênio com os vizinhos do Prata. A Convenção de 1887, que deu origem ao regulamento de 1889, era incontestavelmente favorável aos interesses argentinos, visto que estabelecia um prazo de dez dias para a quarentena de observação da febra amarela. O Brasil cumpria as disposições deste convênio, porém, o mesmo não faziam os nossos vizinhos: obrigavam os navios procedentes do Rio de Janeiro a purgarem longas quarentenas, “repelindo à bala um navio porque tinha a bordo doente de febre amarela” (*O Brazil-Médico*, ano XIII, n. 45, 1 de dezembro de 1899)¹⁴⁹.

Dessa forma, o governo brasileiro denunciou a convenção em 1893 pelos seguintes motivos: o descumprimento por parte da Argentina do art. 3º, n. 1, sobre a obrigação de cada

¹⁴⁹ É importante ressaltar que a febre amarela no Rio de Janeiro era concreta e real. Na epidemia de 1850, um terço da população da cidade foi dizimada pela doença. Durante os anos entre 1852 e 1895, mais de 15 mil pessoas morreram, 4 mil delas durante as epidemias de 1891, 1892 e 1894. A epidemia deste último ano foi a pior de todos os tempos (Cooper, 1975: 679).

uma das partes fundarem lazaretos. O Brasil instalara o da Ilha Grande. A Argentina tinha, não um lazareto oficialmente, mas uma espécie de alojamento de imigrantes em Martin Garcia. Fora os problemas com o excesso de quarentenas a navios vindos do Brasil, impostas no porto de Buenos Aires, mesmo no caso do navio não chegar com doente algum e levando a bordo inspetor sanitário brasileiro. Ocorreram outros fatos também como uma multa imposta a um navio francês, o *Cordouan*, pelo fato dele ter recebido passageiros no porto do Rio; a resolução argentina de 1892, que declarou infectados os portos de Paranaguá, Recife e Bahia, sem que se tivesse observado caso algum de febre amarela; a quarentena de dez dias para transatlânticos que tocassem no porto do Rio, mesmo sem se comunicar com terra ou receber passageiros (ibidem).

Um dos maiores críticos das posições adotadas pelo Brasil através de seu diretor de saúde pública foi o doutor Azevedo Sodré. Além de longos artigos contra a convenção publicados pelo periódico que editava, *O Brazil-Médico*, Sodré também proferiu diversos discursos na Academia Nacional de Medicina - ANM, atacando diretamente e pessoalmente Nuno de Andrade.

Na imprensa popular, o convênio foi constantemente criticado por outros médicos membros da ANM, como o Dr. Manoel Victorino, e novamente por Rui Barbosa, em editoriais publicados principalmente pelo *Jornal do Commercio*. Um dos editoriais, em especial, teve muita repercussão, sendo tema de debate da ANM, intitulado 'Convenção Fatal' (*O Brazil-Médico*, 15 de novembro de 1899: 423).

A maior parte dos artigos desta convenção giraram em torno da restrição à movimentação de pessoas entre o Brasil e a Argentina, em especial de passageiros de vapores, que viajavam nas terceiras classes, a maioria imigrantes. Havia também uma outra questão que atrapalharia em cheio o comércio brasileiro, pois um dos artigos afirmava que a febre amarela era um doença endêmica no Brasil entre os meses de novembro a maio, portanto, dentro deste período, os portos brasileiros seriam considerados sempre infeccionados, o que gerava uma série de medidas que restringiam a livre circulação de pessoas e bens.

O art. 1º da convenção dizia, por exemplo, que de 15 de novembro de cada ano até 15 de maio do seguinte, os navios que trouxessem passageiros de 1ª classe, procedentes do Rio de Janeiro e Santos, ou que nesses portos houvessem feito escala, não poderiam neles receber passageiros de 3ª classe (Ibidem).

O segundo artigo também se destinava à movimentação de imigrantes: os navios destinados ao transporte de passageiros de 3ª classe não poderiam receber estes passageiros a bordo sem uma declaração oficial de que não se achavam afetados de febre, nem com suspeita da doença incubada, e que suas roupas foram lavadas e desinfectadas (ibidem: 424)

Durante os meses de novembro a maio, um médico argentino ou um guarda sanitário, que pudesse desempenhar o papel de oficial de saúde, deveria viajar em cada vapor que conduzisse passageiros. A remuneração destes inspetores ficaria a cargo das empresas de navegação, que deveriam entrar em acordo com o departamento de higiene argentino. Nos portos do Rio de Janeiro e Santos instalou-se uma comissão composta por um médico argentino e um brasileiro para a inspeção de passageiros destinados a portos argentinos. Essa comissão emitia, sem ônus para os passageiros, certificados de saúde e visava os expedidos por médicos particulares, aos quais os passageiros de 1ª classe tinham direito¹⁵⁰ (ibidem).

Os navios com passageiros de 1ª classe que chegassem em estado satisfatório em Buenos Aires seriam postos em livre prática, depois da desinfecção das bagagens e carga suspeita. Já os navios com passageiros de 3ª classe teriam que ficar sujeitos a uma desinfecção de passageiros, carga e bagagens no Lazareto de Martin Garcia e só poderiam ser colocados em 'livre prática' depois de uma quarentena de oito dias¹⁵¹ (ibidem).

Esses artigos foram considerados um ataque à liberdade individual do imigrante. Diversas convenções sanitárias internacionais, firmadas por países europeus, autorizavam os respectivos governos a tomar medidas de exceção para navios que conduziam grande quantidade de imigrantes e de peregrinos. O regulamento francês de 1896, em seu art.45, por exemplo, dava ao inspetor sanitário do navio o direito de impedir o embarque de doentes ou pessoas suspeitas de moléstia pestilencial. No entanto, esta disposição era geral, tanto se referia aos passageiros de 3ª quanto aos de 1ª classe (*O Brazil-Médico*, ano XIII, n.45, 1 de dezembro de 1899: 437).

O problema não estava na inspeção prévia de passageiros que quisessem embarcar em um porto contaminado e a desinfecção de suas respectivas bagagens. Estas medidas eram as aceitas e evitavam que tais passageiros passassem pelo “vexame das quarentenas e desinfecções nos portos de destino”. No entanto, o convênio, não

¹⁵⁰ Artigos 5º e 6º da Convenção.

¹⁵¹ Artigo 7º.

satisfeito com as medidas no momento de embarque, sujeitava os passageiros em Buenos Aires a uma nova inspeção e desinfecção e ainda os obrigava a permanecer em quarentena. Os passageiros de 2ª classe, por exemplo, depois de inspecionados e devidamente desinfetados, ao saírem de Santos em direção ao Prata e chegando ao seu destino, além de nova desinfecção, só teriam a ‘livre prática’ no fim de cinco dias pelo menos, mesmo que o navio estivesse em estado satisfatório, isto é, sem casos de moléstia ou de casos suspeitos durante a travessia (ibidem: 438).

O convênio tinha o defeito de adotar um prazo mínimo para a quarentena de observação, estabelecendo que a livre prática só seria concedida depois da desinfecção. Ficava ao arbítrio das autoridades argentinas prorrogar o prazo de quarentena como e pelo tempo que bem entendessem. As convenções internacionais européias estabeleciam prazos mínimos e máximos para a quarentena de navios infeccionados (ibidem).

Outro problema da convenção era o de não definir precisamente o que era ‘estado satisfatório’ do navio, deixando mais uma vez ao arbítrio dos inspetores sanitários argentinos, que deveriam viajar em todos os vapores. Além disso, admitia-se que as funções desses inspetores poderiam ser exercidas por “simples guardas sanitários argentinos”, que em sua maioria eram desinfetadores e enfermeiros (ibidem).

Azevedo Sodré, durante discurso na ANM, chegou a agredir verbalmente o Diretor Geral de Saúde Pública, Nuno de Andrade, que estava presente no momento, chamando-o de imbecil:

“Ninguém pretenderia que o convênio sanitário contivesse disposições desumanas com força compulsória para determinar a livre prática de um navio chegado a Buenos Aires com doentes de febre amarela a bordo. Não entraria jamais no número das exigências possíveis tão fenomenal disparate, salvo a hipótese de ter sido o convênio celebrado entre um perverso e um imbecil” (ibidem:440).

Segundo Sodré, em país algum existia tal determinação. Pelo contrário, em países ‘civilizados’, como a França, os passageiros de um navio com febre amarela a bordo eram imediatamente desembarcados e, depois de desinfetadas as suas bagagens, podiam ir para aonde bem entendessem, munidos de um passaporte sanitário. O passageiro ficava sob vigilância sanitária, que consistia na entrega de um passaporte, indicando a data da chegada do navio, o nome do indivíduo e o da *comuna*, local para onde ele tinha intenção de ir. Era

passado, ao mesmo tempo, ao *maire*, a autoridade local, as informações sobre o indivíduo, para que ele não fosse “perdido de vista” durante sete dias (ibidem).

A tendência da higiene neste momento era a de diminuir cada vez mais “os vexames sofridos pelos passageiros”, pois o perigo da importação da febre amarela não estava no passageiro e sim nas suas bagagens e sobretudo no navio. A principal arma de defesa consistia, portanto, na desinfecção rigorosa e não nos “vexames das quarentenas”. Segundo o professor Leon Collin, notável epidemiologista da época, de todos os agentes considerados como sendo a causa da importação da febre amarela, o organismo humano seria talvez o menos perigoso. Dessa forma, a profilaxia quarentenária poderia ser eficaz e suficiente sem atingir a liberdade individual (ibidem: 441).

No final de seu discurso, Azevedo Sodré pediu que toda a classe médica se levantasse e reclamasse dos poderes públicos a anulação do novo convênio Brasil-Argentina, por ser um instrumento de descrédito ao Brasil, só direcionado aos interesses argentinos (ibidem).

Outro médico renomado, Dr. Manoel Victorino, também criticou o Diretor de Saúde Pública durante sessão na ANM e pelos jornais. Durante seu discurso, no dia 30 de novembro, o médico disse que o diretor defendeu Buenos Aires e Montevidéu, se esquecendo da defesa da Bahia, Santa Catarina e de outros portos do Brasil contra o período dito perigoso, que o convênio estipulava existir no Rio de Janeiro, de 15 de novembro a 15 de maio. Aludiu ter sido o convênio infeliz até na data que delimita o começo do período endêmico para a febre amarela, 15 de novembro, data comemorativa da Proclamação da República, “por que coincidir o começo do período negro com o 15 de novembro?” (ibidem: 463).

No ciclo da imigração em massa, entre 1870-1930, a Argentina situou-se em posição destacada. Depois dos EUA, foi o país que atraiu o maior número de imigrantes para as Américas, principalmente no período de 1890 a 1930. O fato da Argentina não ter tido imigração subsidiada, ou seja, com pagamento de passagens e outros benefícios ao imigrante, não significa afirmar a inexistência de uma política de atração de imigrantes para o país e nem a despreocupação com países concorrentes, em especial o Brasil. Em 1890, por exemplo, Assis Brasil, Chefe da Legação Brasileira em Buenos Aires, informava ao Ministro das Relações Exteriores a publicação de notícias em jornais argentinos, tendentes a prejudicar a imigração européia para o Brasil. Um dos argumentos mais utilizados dizia respeito ao clima insalubre do país (Fausto & Devoto: 2004: 174-175).

Negociar um convênio em que o Brasil afirmava a existência da febre amarela de forma endêmica praticamente durante metade de cada ano em seu território, sem dúvida é uma boa estratégia para afugentar imigrantes europeus, conhecidos como as vítimas preferidas da moléstia. Mesmo assim, ainda não explica como isso passou sob os olhos de uma autoridade brasileira na assinatura de um convênio, mecanismo político que existe justamente para acertar interesses comuns e evitar os excessos.

Não se encontrava uma explicação para o fato do Diretor Geral de Saúde Pública, Dr. Nuno de Andrade, um médico renomado e respeitado, com vasta experiência na vida pública e conhecedor dos assuntos relacionados aos portos, que tinha inclusive sido Inspetor Geral de Saúde dos Portos, ter assinado um convênio nestes termos, que prejudicava não só a imigração como também o comércio, dois alicerces do progresso da nação. Uma nuance durante uma das discussões na ANM pode nos levar a algumas hipóteses.

Em um certo momento, durante seu discurso na sessão da Academia de 30 de novembro, o Dr. Manoel Victorino, acusou Nuno de Andrade de ter confessado que simplesmente assinou o convênio, que na verdade fora arquitetado pelo Dr. Eduardo Wilde, chefe do Departamento Nacional de Higiene em Buenos Aires. Assim, a convenção teria sido “obra argentina”, assinada sob pressão da opinião pública platina, conforme declarou o diretor de saúde pública. Parece que Nuno de Andrade não agüentou a pressão dos vizinhos, da imprensa e principalmente do Dr. Wilde. Quando Azevedo Sodré, também em discurso na Academia, falou em um convênio celebrado entre um “perverso e um imbecil”, o perverso seria o Dr. Eduardo Wilde, chefe de saúde pública argentina, o imbecil, Nuno de Andrade (*O Brazil-Médico*, ano XIII, n.47, 15 de dezembro de 1899: 463).

Em 2 de dezembro de 1899, os jornais a *Gazeta de Notícias* e *O Paiz* publicaram matérias, criticando o convênio sanitário, que soaram em uníssono com as críticas publicadas no periódico científico *O Brazil-Médico*, com os editoriais escritos por Rui Barbosa no *Jornal do Comércio* e com os discursos dos doutores Azevedo Sodré e Manoel Victorino na Academia Nacional de Medicina.

O Presidente da República Argentina e os argentinos, com a amabilidade e o modo de seduzir que os caracterizam, podiam nos pedir o que pediram e até mais, mas restava-nos apenas o constrangimento de não aceitar a todos os pedidos. O diretor de saúde pública aceitou e subscreveu o convênio sem fazer necessário estudo sobre o mesmo, confiando na competência do adversário. O Dr. Nuno de Andrade declarou que o convênio atendia mais aos interesses do Brasil do que aos dos nossos vizinhos. Ao contrário, os

nossos interesses comerciais não foram contemplados e seremos os únicos prejudicados – porque a República Argentina exporta mais para o Brasil do que importa (*Gazeta de Notícias*, 2 de dezembro de 1899, p.2).

Uma outra crítica feita na mesma matéria era a de que o convênio deveria tratar de melhorar a vida do imigrante, “porque melhorar a situação do imigrante, significa melhorar o nosso estado sanitário” (ibidem). A maior parte dos artigos dizia respeito à movimentação de passageiros, principalmente de 3ª classe, ou seja, onde normalmente viajavam os imigrantes.

Certamente questões políticas e econômicas entre Brasil e Argentina tiveram influência na assinatura deste tratado. As leis e práticas de profilaxia contra doenças consideradas transmissíveis não eram uniformes. No início do século XIX, a saúde dos portos começou a gerar a percepção de que era irracional, com a utilização de quarentenas sem *status* científico, atrapalhando o comércio entre nações. O fato é que conflitos de interesses cresciam, enquanto os países procuravam balancear soberania territorial e interesses econômicos com a necessidade de proteção transparente e universal à saúde. As quarentenas começaram a ser consideradas como um instrumento de política externa a ser usado agressivamente para interesses nacionais, prejudicando o crescimento do comércio internacional¹⁵².

Tanto o Brasil quanto a Argentina utilizaram as quarentenas como mecanismo de protecionismo econômico e retaliações políticas como no caso do fechamento dos portos do Brasil para produtos platinos durante a epidemia de cólera em 1886 e as quarentenas que os navios brasileiros tinham que purgar nos portos argentinos em períodos de febre amarela. No entanto, é necessário levar em conta a realidade de uma epidemia e o medo do contágio numa época quando não se conhecia completamente a etiologia e a forma de transmissão das doenças.

Um segundo ponto seriam as questões políticas ocorridas antes da assinatura do convênio sanitário: a primeira visita diplomática de um presidente argentino, Julio Roca, ao Brasil, em agosto de 1899, um mês antes da assinatura do tratado. Esta visita depois foi retribuída pelo Presidente Campos Sales no ano seguinte, instaurando assim uma nova fase

¹⁵² Sobre esta questão ver Stern & Markel, 2004: 1474 e Harrison, 2006: 198.

diplomática entre os dois países, de maior cooperação, após terem resolvido os conflitos fronteiriços¹⁵³.

O Dr. Manoel Victorino, durante discursos na ANM em 30 de novembro de 1899, acusou o Diretor de Saúde Pública, Nuno de Andrade, de ter sucumbido à opinião pública platina - por causa da visita do presidente argentino ao Brasil - e de ter assinado um convênio sem o ler (*O Brazil-Médico*, op.cit). Nuno de Andrade deu sua resposta ao médico em matéria publicada na *Gazeta de Notícias* em 9 de dezembro do mesmo ano. Disse que muito antes da visita do General Roca, o convênio já estava elaborado e pronto. E o fato dos argentinos serem nossos hóspedes na ocasião não teria influenciado em nada a sua elaboração pois, “hóspedes não pedem, hóspedes aceitam” (*Gazeta de Notícias*, 9 de dezembro de 1899, p.1).

Andrade disse ainda que as críticas não passavam de oposições pessoais e políticas a sua pessoa. Isto poderia ser verdade com relação ao doutor Azevedo Sodré e a Rui Barbosa, que fazia constante oposição ao governo. No entanto, foi o próprio Manoel Victorino, quando vice-presidente da República (1894-1898), quem nomeou, em seu último ano de mandato, Nuno de Andrade para ocupar o cargo de Diretor Geral de Saúde Pública (ibidem).

Gostaria de ressaltar que um convênio sanitário é um documento oficial e técnico. Este em especial tinha o objetivo de diminuir as quarentenas na região - que geravam um impacto negativo nas trocas comerciais entre as nações - preservando os cuidados profiláticos que existiam contra as epidemias de cólera, febre amarela e peste. De fato, a febre amarela era doença endêmica no Brasil.

Aprofundando um pouco mais, poderíamos também procurar entender os problemas causados pela assinatura deste convênio, voltando o olhar para as relações existentes entre microbiologia e medicina tropical em ambos países. Segundo Caponi (2002: 113-116), existiriam dois relatos possíveis para explicar a emergência da medicina tropical e seus usos. No primeiro, e mais clássico, medicina tropical teria vindo de uma continuidade e aperfeiçoamento dos programas de investigação e estudo realizados por bacteriologistas e microbiologistas. No segundo relato, a medicina tropical constitui um novo universo de estudo,

¹⁵³ BRASIL, MRE. Missões de Paz: a diplomacia brasileira nos conflitos internacionais – edição comemorativa dos cem anos de paz nas fronteiras do Brasil. http://www2.mre.gov.br/missoes_paz/port/index.html

cujo modelo é representado pelas investigações realizadas em relação à malária, o que gerou a emergência de um novo campo teórico e nova disciplina¹⁵⁴.

Haveria, então, também dois modelos de inteligibilidade: por um lado a medicina tropical e as enfermidades transmitidas por vetores e por outro, o modo de compreensão das enfermidades e as estratégias de prevenção defendidas por microbiologistas e higienistas. Os dois modelos explicativos foram adotados no Brasil como estratégias complementares. Já na Argentina, privilegiou-se o programa de investigação iniciado por Pasteur e Koch, a microbiologia. E estas diferenças teriam gerado importantes controvérsias científicas entre estes países cada vez que tentavam estabelecer medidas internacionais de prevenção (ibidem).

Em 1890 a Argentina realizava sua organização urbana, com o controle nos cortiços de enfermidades como a sífilis e a tuberculose. Nos anos seguintes, deu-se a construção de laboratórios e de um instituto de bacteriologia. O objetivo era descobrir novos micróbios, criar vacinas e soros e dar continuidade às medidas clássicas adotadas – desinfecção, saneamento e reorganização urbana – que se viram legitimadas e reforçadas pela microbiologia (ibidem).

Embora a preocupação de antigos e novos higienistas fosse a tuberculose, a sífilis e o alcoolismo, em Buenos Aires a enfermidade mais temida era a febre amarela, que entrava na categoria de doença tropical. Até 1916, na Argentina, as enfermidades transmitidas por vetores continuaram a ser estudadas com as mesmas estratégias de qualquer outra enfermidade infecciosa, por transmissão direta ou indireta pelos canais clássicos aceitos, como água, ar e roupas infectadas. A aliança entre medidas de saneamento e desinfecção propostas por “higienistas clássicos e os avanços dos estudos de microbiologia com suas vacinas e soros parecia bastar para resolver todos os problemas sanitários” (ibidem: 117).

Ainda que as epidemias que ameaçavam as populações argentinas e brasileiras fossem as mesmas, as estratégias de investigação e controle eram diferentes. No caso do Brasil, a microbiologia fez a tarefa de converter os efeitos negativos dos trópicos em explicações em termos de bacilos e germes, com estratégias de combate que se opunham à inexorabilidade do determinismo climático. Na Argentina, não se vinculava a situação sanitária com a

¹⁵⁴ Para Edler (1999: 204), a descoberta de Manson reformulava uma série de questões no campo da patologia, cujas respostas pressupunham o domínio de novas áreas do saber – Parasitologia, Biogeografia, Entomologia, Helminologia. Estas diferentes dinâmicas de pesquisa se somariam a outras tradições emergentes como a Protozoologia, Bacteriologia, para comporem, na última década do século XIX, o repertório de disciplinas conexas à Medicina Tropical.

inexorabilidade geográfica e climática. A capital, Buenos Aires, tem clima temperado, de forma que os temores dos trópicos estariam na sua localização próxima ao Brasil. A proximidade geográfica com o país vizinho – e tropical – facilitaria o contágio. Dessa forma, a ‘nova higiene’ na Argentina não precisou romper com os mitos climáticos e legitimou as intervenções dos higienistas clássicos. Desde 1871, a doença mais temida, a febre amarela, foi associada às deficiências de saneamento e a proximidade com o Brasil (ibidem: 124-125).

Isso explica um pouco as diferenças entre práticas de profilaxia nos portos entre os dois países, fora a competição pela atração de imigrantes, peça importante para a constituição do mercado de trabalho e da própria população. Havia também as controvérsias no campo da ciência e conseqüentemente das medidas de prevenção adotadas. Como vimos, as medidas de higiene clássicas – desinfecção e saneamento – eram as preferidas pelos nossos vizinhos. Por isso a desinfecção, no porto de escala e no de destino, de bagagens e roupas e as maiores restrições ao tráfego de pessoas.

Como desfecho para esta história, o governo brasileiro sob pressão da opinião pública reprovou o Convênio Sanitário Platino de 1899, apesar da calorosa defesa feita pelo Diretor Geral de Saúde Pública, Nuno de Andrade, na imprensa e na tribuna da Academia Nacional de Medicina (RMJNI, 1904-1905-3: 15).

Os conflitos por causa das quarentenas continuaram entre as duas nações, quando uma outra conferência sanitária platina foi marcada em 1904, desta vez com a participação de Oswaldo Cruz na direção da saúde pública no Brasil. Este convênio pode ser entendido como um marco para conflitos sanitário na região, pois com a entrada dos vetores no rol das práticas de profilaxia – o mosquito como o transmissor da febre amarela e o rato da peste bubônica – identificamos a emergência de uma nova higiene e a possibilidade de abolição das quarentenas.

Conclusão

Por que os países possuíam políticas de profilaxia diferentes ainda que tivessem problemas epidemiológicos similares? Para Baldwin (1999:12), uma das fontes explicativas para esta pergunta pode estar na conexão entre o sistema político e cultural e o modo de compreensão das doenças contagiosas, ou seja, a aproximação entre política e profilaxia.

Ackerknecht (1948:567) demonstra a existência de um ajuste fino entre sistema político e saúde pública. Em seu argumento, a escolha por determinada forma de prevenção não era ditada pela natureza da doença, que especificava como deveria ser prevenida, mas pelo tipo de regime político que existia sobre o ataque epidêmico. Assim, uma ideologia autocrática favorecia a visão das doenças epidêmicas como contagiosas e conseqüentemente aplicava a quarentena. Regimes liberais, em contraste, aplicavam uma variedade de medidas localistas, como também atentavam para problemas sociais como remoção de lixo, drenagem do solo, remoção de casas insalubres, fornecimento de água potável. Ao invés da quarentena, preferiam corrigir as deficiências do meio como forma de prevenção às doenças.

Analizamos, praticamente no mesmo período, três modelos sanitários nos portos com suas diferenças e semelhanças – Estados Unidos, Inglaterra e Brasil. As semelhanças estão no fato de que todos foram criados com o objetivo de proteger a nação, a saúde da nação, contra perigos externos, exóticos. As diferenças estão em como este controle, que é direcionado aos passageiros, e no caso do Brasil e dos EUA ao controle da imigração, acabou influenciado na construção do aparato de saúde pública e na sua expansão pelo território nacional.

No caso dos EUA, o próprio serviço de recepção de imigrantes, na Ilha de Ellis, deu origem às políticas de saúde pública, às pesquisas e experimentações bacteriológicas e suas aplicações para resolver problemas de saúde da nação, com a ampliação do poder central pelos estados e municípios para combater epidemias.

Vimos que o sistema brasileiro, pela necessidade de receber grande contingente populacional - a corrente imigratória do começo do século XX - teve que regulamentar o seu principal porto, saneá-lo e modernizá-lo, como também a cidade do Rio de Janeiro, através das reformas urbanas. Como o porto é a “porta de entrada” da cidade, foi preciso estruturar e regulamentar este espaço antes mesmo da própria constituição do aparato estatal de saúde pública, que só se formou por completo em 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Assim, como tinha que atender às regulamentações internacionais, à profilaxia internacional, o porto, sempre assunto do governo central, se estruturou mesmo antes da cidade.

O sistema inglês, com a peculiaridade de interligar o sistema de controle portuário com o sistema de saúde local, possibilitou abolir a quarentena e adotar a idéia de vigilância sanitária antes dos outros países. Este modelo influenciou todos os outros, inclusive o brasileiro, e até a

legislação internacional, adotada a partir das convenções sanitárias com a lógica do “porto infectado, porto suspeito e limpo”.

Elizabeth Yew (1980), ao analisar a inspeção médica em *Ellis Island*, concluiu que a história da recepção dos imigrantes também é a dos profissionais que os recebiam no porto. Para a autora, a instituição do exame médico de passageiros surgiu do desenvolvimento da ciência, que junto com a cultura, formou uma sociedade que passou a considerar a inspeção como aceitável e necessária.

A ‘Linha de Inspeção’ da Ilha de Ellis foi considerada como o melhor local para o treinamento de um jovem médico interessado em decifrar diagnósticos de forma rápida e precisa, basicamente em seis segundos¹⁵⁵, o tempo gasto na primeira observação do indivíduo ao entrar na linha de inspeção.

Jair Ramos (2006: 144), em seu trabalho que relaciona o papel desempenhado pelas políticas de imigração e colonização na construção de aparelhos de estado e de autoridade pública, afirma que, para o exercício das ações prescritas aos funcionários do Serviço de Povoamento do Solo Nacional, não bastava a formação acadêmica, era necessário o tipo de experiência que só poderia ser obtida através do trabalho prático na organização dos núcleos coloniais. Apenas a experiência *in situ* ensinava o funcionário a lidar com o conjunto de questões envolvidas no trabalho de colonização. O mesmo ocorria, de certa forma, com os profissionais do serviço sanitário do porto. Mesmo com o advento do laboratório integrado à inspeção em 1896 na Ilha de Ellis, que dava a possibilidade da identificação de um agente específico para uma doença específica, estes profissionais, médicos, não abriam mão do *snapshot diagnosis*¹⁵⁶ – o diagnóstico instantâneo.

Segundo Jair (ibidem: 143), os profissionais que atuavam nos núcleos coloniais, os agentes do Serviço de Povoamento do Solo Nacional, corporificavam a presença e a existência do Estado para o imigrante. Isso porque estes agentes carregavam em suas ações, palavras e gestos, os princípios de classificação, de explicação do mundo que partiam do pressuposto de

¹⁵⁵ A inspeção médica na Ilha de Ellis sofria, permanentemente, com falta de fundos, investimento e pessoal. Havia praticamente só um médico para realizar a inspeção de todos os passageiros. Assim, dias em que chegavam muito imigrantes, gastava-se praticamente dois minutos com cada passageiro, ou “six seconds per eyelid”, seis segundos por pálpebra no exame do tracoma. Sobre esta questão ver BIRN, Anne-Emanuelle. Six seconds per eyelid: the medical inspection of immigrants at Ellis Island, 1892-1914. *DYNAMIS. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol.17. 1997, pp281-316.

¹⁵⁶ Ver Birn (1997: 289).

que o Estado brasileiro existia, com certos objetivos, recursos e capacidades. No entanto, antes deste contato com o agente de povoamento, era no encontro com os profissionais da Inspeção Geral do Porto do Rio de Janeiro, com os inspetores, ajudantes e desinfetadores, que se materializava, para os estrangeiros, a idéia da presença do Estado brasileiro. O inspetor sanitário do porto era o primeiro que adentrava o navio, era o primeiro contato e às vezes o único, quando se davam casos de epidemias a bordo. O inspetor sanitário de navios era o primeiro contato do Estado brasileiro com a população estrangeira ainda no porto de embarque. Eles representavam e agiam como porta-vozes do governo central, que passava a existir naquela interação.

Fairchild (2003: 24-31) enquadra a inspeção médica de imigrantes como ferramenta de construção da nação, pois a saúde pública e a medicina, nos EUA, eram entrelaçadas com a política nacional. Para a autora, a demanda industrial forneceu um desenho racional para a absorção de uma massa de trabalhadores imigrantes. Médicos do *Public Health Service* – PHS – tinham a função de realizar o exame médico para a identificação de corpos para o trabalho industrial, mais do que um processo negativo de exclusão, o que existia era um processo de inclusão de trabalhadores estrangeiros no mercado de trabalho¹⁵⁷. Assim, o PHS representava tanto o Estado quanto a ciência norte-americana.

Em 1890 as estações de imigração começaram a requerer microscópios e outros equipamentos de laboratório. Entre 1880 e 1890 a bacteriologia já estava incorporada nas escolas médicas americanas. No entanto, em 1891, o cirurgião-geral, Walter Wyman, mandou avisar aos médicos da ‘linha’ que não tinha a menor intenção de estabelecer laboratório de bacteriologia na estação de imigração. De acordo com Fairchild (2006: 342-343), a razão mais aparente para tal declaração parecia ser financeira, os custos da montagem de um laboratório eram muito altos para serem instalados em todas as estações de inspeção. A Estação de Ellis até possuía um microscópio, mas em outras, principalmente no leste, isto demorou para se tornar uma realidade.

¹⁵⁷ Para Fairchild (2004: 528-530), a história social tem entendido a inspeção médica como um mecanismo de exclusão de imigrantes indesejáveis. Para a autora, a despeito da exclusão, a história do exame médico nos EUA é a da inclusão. O objetivo do PHS não estava em mandar os trabalhadores estrangeiros de volta para a Europa, mas em introduzi-lo nos valores industriais. De forma que era necessário não restringir, mas controlar e prevenir a entrada daqueles que não poderiam trabalhar e se sustentar, o que os levaria a ficar dependentes do Estado, “Likely do become a public charge”.

Afinal de contas, os médicos do PHS tinham a capacidade de identificar sinais de doenças sem o teste laboratorial, cujos resultados poderiam demorar em até uma semana para ficarem prontos, em questão de minutos. Ao mesmo tempo, na costa oeste, o microscópio passou a ser indicado para a identificação de infecções por parasitos, principalmente para a ancilostomose, em imigrantes mexicanos e asiáticos (Ibidem: 345).

Nos portos brasileiros, também foram poucas as deportações por motivos de saúde, durante a década de 1890. A partir de 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública passa a fazer a recepção de imigrantes junto com o Serviço de Povoamento do Solo Nacional¹⁵⁸. Dessa forma, identificamos a proibição de entrada de imigrantes, isto é, imigrantes indesejáveis, sob o ponto de vista da saúde pública¹⁵⁹.

Quando o PHS tomou uma direção mais voltada para a epidemiologia e programas de saúde pública, a inspeção médica, que já vinha sendo desmoralizada pelo *Immigration Bureau Policies*¹⁶⁰, tornou-se uma escada para que médicos, na construção de suas carreiras, chegassem ao PHS. Após a I Guerra Mundial, os médicos da ‘linha’, em Ellis, passaram a ser reconhecidos como profissionais descontentes, “velhos sem talento para a pesquisa” (Yew, op.cit: 502-503).

A função de inspetor sanitário de navio ou de médico de bordo também era compreendida, no meio médico brasileiro, como realizada por aqueles profissionais que não possuíam habilidades com a pesquisa em laboratório. João Drummond, inspetor sanitário marítimo, defendia o seu ganha pão: “tem havido uma malfadada prevenção com os profissionais que exercem este mister. Cogita-se da sua incompetência, da sua inabilidade em exercer a clínica, e, portanto, desse ostracismo marítimo a que se votaram” (*O Brazil-Médico*, 1921, vol. 2: 155).

A função de médico de bordo era vista de forma bastante contraditória no Brasil. Não era recomendada para o jovem médico, “que deseja vencer na vida”, pois ele não deveria limitar o seu campo de aprendizado a “um espaço limitado e estéril pela improficuidade de

¹⁵⁸ O art. 1409 do decreto n. 1600 de 1920.

¹⁵⁹ Ver Ramos (2006).

¹⁶⁰ Todos os imigrantes certificados pelo *Public Health Service (PHS)*, ou seja, que foram impedidos de entrar em território por algum problema de saúde, eram direcionados ao *Board of Special Inquiry*, formado por um grupo de três oficiais da imigração, escolhidos pela comissão de imigração para darem seus pareceres sobre casos ‘duvidosos’. Dessa forma, o médico do PHS tinha na verdade uma autonomia limitada. Sua função era de somente transmitir o diagnóstico para o oficial de imigração, os quais determinavam a admissão ou não do imigrante nos EUA (Yew, 1989:498-501).

observações médico-cirúrgicas que interessem”. No entanto, era admitido que o trabalho no mar propiciava outros tipos de práticas não aprendidas em terra, como lidar com todos os

“tipos sociais em suas gradações respectivas, com todos os temperamentos de indolência, luxúria, - facultando esboços, cenas íntimas, fobias (...) toda uma série de estudos de moral social altamente proveitosos à bagagem científica da vida médica” (Ibidem).

Outra vantagem considerada era a de poder acompanhar de perto os serviços hospitalares de diferentes países, trocando idéias com professores, clínicos nomeados, tomando nota de casos observados. Mesmo estando isolado a bordo, ficava-se preparado para acudir qualquer tipo de caso (ibidem).

Não obstante, viver enclausurado em um navio, fiscalizá-lo, descobrir enfermidades latentes que pudessem prejudicar a coletividade, verificar a qualidade dos gêneros alimentícios para serem consumidos, a limpeza dos aposentos, o expurgo dos porões e exercer a vigilância contínua de passageiros e tripulantes não era tarefa fácil. Era muito diferente da vida de um inspetor sanitário que exercia suas funções em terra firme. Estes tinham acesso mais fácil às autoridades, o “apoio firme e imediato de seu chefe hierárquico na execução das ordens” (Ibidem).

Por sua vez, o inspetor de navio:

“vive nesse arcabouço de ferro, em contato forçado com a mesma gente, odiado ou temido (...) isto implica o menosprezo, que ainda persiste, com a saúde e o bem-estar do médico marítimo, figura, entretanto, indispensável, sob cujas vistas está por vezes a vida da tripulação e dos passageiros (...) preparar medicamentos com uma inclinação de vinte graus, praticar injeções, lavagens, intervenções, partos, e máxime em temporal desabrido, quando o mar invade doidamente o convés, constituiu um dos tópicos de resistência profissional e de acrobacia conquistada” (ibidem: 157).

Se o Cirurgião-Geral do PHS era o chefe da saúde pública nos EUA, o cargo de inspetor geral de saúde dos portos no Brasil também era oferecido a higienistas graduados. O exemplo melhor é o Dr. Nuno de Andrade, que foi Inspetor de Saúde dos Portos até 1891 e depois ocupou o cargo de Diretor de Saúde Pública em 1899. Para ser um inspetor sanitário de navio em 1890 era necessário fazer concurso público e responder questões em provas que abordavam

desde princípios da higiene e profilaxia internacional, medicina tropical, doenças transmissíveis até a legislação de saúde internacional, ou seja, assuntos que iam um pouco além dos próprios preceitos da higiene e da microbiologia. Mesmo assim, os médicos que atuavam nos portos ganharam a fama de maus pesquisadores de laboratório. A razão disso, pode ter vindo da dificuldade de se traduzir os preceitos da bacteriologia para a clínica médica.

Uma outra hipótese para se entender essas diferenças de abordagem, compreensão e utilização dos preceitos científicos, principalmente bacteriológicos, pelo oficial médico que atuava no serviço sanitário do porto, pode estar mais uma vez nas complexas relações entre higiene clássica, microbiologia e medicina tropical.

Analisando a ata do concurso para inspetor sanitário de navio de 1890¹⁶¹, vemos que as questões da prova giravam em torno de temas relacionados à Geografia Médica; clima, moléstias pestilenciais exóticas; moléstias contagiosas em geral; profilaxia e meios de isolamento, sistemas de desinfecção e natureza e modo de ação dos agentes desinfectantes; higiene naval; organização da polícia sanitária marítima argentina, brasileira, uruguaia, francesa, italiana, inglesa, portuguesa, espanhola etc. Identificamos uma gama de questões que vão desde os preceitos daqueles médicos dos *Archivos de Medicine Navale* dos anos 1860, à Geografia Médica e à higiene naval, passando por legislação e patologias exóticas.

Os manuais de higiene naval do final do século XIX ditavam, como forma de prevenção de epidemias a bordo, levar a embarcação para locais arejados, ensolarados para efetuar a desinfecção. Assim, podemos pensar que a higiene naval e os médicos que atuavam nos portos e hospitais marítimos e militares possuíam uma compreensão da forma de transmissão de doenças mais próxima à Geografia Médica que, seguindo uma linha de continuidade, estaria mais próxima à medicina tropical, mansoniana¹⁶², do que da microbiologia de Pasteur¹⁶³.

¹⁶¹ AN. Série Saúde, notação IS3-35 (1858-1895) - Inspetoria Geral de Saúde do Porto, ata do concurso para inspetor sanitário de navios, ofício para ministério, manuscrito de 6 de maio de 1890.

¹⁶² Sobre aos estudos de Manson e o cunho do termo Medicina Tropical ver Caponi (2003); Sobre a revolução pasteuriana no Brasil ver Benchimol (1999); sobre as relações entre a medicina tropical e a ciência brasileira ver Kropf (2009). Sobre os elementos de continuidade entre os paradigmas climatológicos e parasitológicos e a Medicina Tropical ver Edler (1999). A partir de 1870, crescia a lista de doenças parasitárias nos manuais de climatologia e Geografia Médica. Os argumentos apresentados por Manson, que resultaria na criação da *London School of Tropical Medicine*, em 1899, tinham perfeita harmonia com a tradição da Geografia Médica francesa e “não podem ser separados dos esforços realizados anteriormente pelos médicos ingleses e franceses, que há décadas vinham lutando pelo reconhecimento do *status* especial de seus conhecimentos e práticas” (Edler, *ibidem*: 90, 95).

¹⁶³ Ver Fonssagrives, Jean Baptiste. *Tratado de Higiene Naval ou da influência das condições físicas e morais em que está o homem do mar*. Tradução: João Francisco Barreiros. Lisboa: Imprensa Nacional, 1862.

No final das contas, o que valia mesmo era o uso complementar da higiene com os micróbios em termos de práticas profiláticas. Mas o fato dos médicos de bordo e inspetores de navios serem vistos como “maus pesquisadores”, não era prerrogativa só deles. Com o advento do laboratório, clínicos também se tornaram maus pesquisadores, a maior parte dos médicos que não tiveram acesso de imediato à nova tecnologia, se tornaram desatualizados. E esse acesso ainda demorará alguns anos, a linguagem microbiológica custou para virar terapêuticas eficazes e para entrar no universo da relação entre o médico e seu paciente nos consultórios.

No próximo capítulo abordaremos o fim das quarentenas no Brasil e a emergência da profilaxia moderna. As quarentenas foram substituídas por práticas de prevenção como a vigilância sanitária, a notificação e a vacinação. Mas para que esta nova profilaxia fosse colocada em prática, era necessário um novo contingente de profissionais qualificados que soubessem manipular as novas tecnologias e aparelhos da prevenção.

O entendimento dos vetores, ratos e mosquitos, na transmissão da peste bubônica e da febre amarela foi crucial nas novas abordagens e formas de profilaxia para estas moléstias. A partir de então, tornou-se possível realizar a prevenção de uma forma mais racional. Como exemplo disso, vamos apresentar o caso do vapor francês de imigrantes, Orleannais, que chegou ao porto do Rio com epidemia de peste bubônica em 1907 e se tornou um caso modelo para o novo Serviço de Desinfecção do Porto do Rio de Janeiro.

CAPÍTULO 3

O canto de cisne das quarentenas (1901-1910)

Nos capítulos anteriores, problematizamos o porto como a porta de entrada das epidemias, o local onde se materializavam as relações internacionais e o nexos entre imigração e saúde. Procuramos trabalhar com a legislação, mas ao mesmo tempo destacamos momentos específicos, encontrados nas folhas de jornais da época, para compreender o que ocorria na ocasião da chegada de um navio de imigrantes, com surto de moléstia transmissível, em épocas de epidemias. O objetivo estava na tentativa de percepção das dimensões desse drama para a população da cidade, autoridades e imigrantes.

Demonstramos como a organização da saúde pública no Brasil, no que dizia respeito à defesa marítima, era falha, pois mesmo com a existência dos convênios e regulamentos, a estrutura montada para a defesa – lazareto, hospital de isolamento, serviço de recepção e inspeção de passageiros - não funcionava de forma eficaz. No caso do Lazareto da Ilha Grande, em especial, demonstramos que a instituição foi um canteiro de obras por anos, sofrendo sempre com a falta de pessoal e material.

Os anos 1890 foram repletos de controvérsias científicas sobre a etiologia e transmissão de doenças. Por isso, a maior parte das conferências e convenções internacionais não conseguiam chegar a acordos que durassem por um grande período. Estas controvérsias geravam a utilização de medidas de prevenção de forma irregular e diversa entre portos e países, o que influenciava negativamente o comércio e restringia a movimentação de pessoas, principalmente de passageiros de 3ª classe, que vinham aglomerados nos vapores.

Um outro tema que procuramos trazer a tona foi o universo dos oficiais sanitários dos portos, figuras contraditórias no meio médico acadêmico, venerados ou odiados pela imprensa e população em épocas de epidemias. Se existe um nexos entre saúde pública e imigração, esses profissionais são uma das chaves para esta compreensão. Eles teriam contribuído não só na formulação dos discursos sobre o imigrante, com a utilização de um vocabulário médico, como na própria construção cultural da necessidade de se fazer inspeção médica. Seus métodos, diagnósticos e meios de compreensão das doenças eram diversos dos utilizados por clínicos e

médicos de laboratório. Estas diferenças entre métodos se davam em virtude da idiossincrasia de suas práticas, a necessidade de se observar centenas de pessoas durante poucos segundos na linha de inspeção de imigrantes, e/ou mesmo devido a uma questão epistemológica. Se traçarmos uma linha de continuidades de práticas médicas, esta nos levaria àqueles médicos militares franceses, dos *Archivos de Medicine Navale*, que acreditavam na existência de uma certa especificidade no mar, no clima, no solo, em cada porto, em cada cidade na determinação das doenças.

Este capítulo abordará o processo de extinção das quarentena no Serviço Sanitário do Porto do Rio de Janeiro. O método mais conhecido para a prevenção de doenças nos portos vinha sendo criticado como anacrônico, ineficaz e fora abolido oficialmente durante a Conferência Sanitária de Veneza em 1892. A nova profilaxia, advinda principalmente da compreensão dos vetores na transmissão da peste e da febre amarela, requeria uma série de mudanças de iam desde a utilização de novas tecnologias a novos profissionais qualificados para isto.

Analisaremos o Regulamento dos Serviços Sanitários do Brasil de 1904, a legislação que institucionalizou a nova higiene e a profilaxia moderna para o combate da peste, cólera e febre amarela. O regulamento de 1904 ditou as práticas que substituíram a quarentena como a vigilância médica, vacinação, notificação e novas forma de realizar a desinfecção de navios, cargas e passageiros.

Discutiremos também a chegada do vapor de imigrantes Orleannais com surto de peste bubônica a bordo. Será através do Orleannais, caso destacado pelo Serviço de Desinfecção do Porto do Rio de Janeiro como modelo, que vamos entender a aplicação das práticas da profilaxia moderna e sua eficácia.

Introdução

Imigração, café, doenças, porto, cidade, problemas urbanos, modernidade, cada um destes temas possui forte constituição histórica. Analisados separadamente, com suas inflexões na sociedade, geraram inúmeras pesquisas. Mas existiria alguma correlação entre eles? E qual seria o mote para se construir esta correlação?

Para o historiador Reinhart Koselleck (2006: 31-39), modernidade se caracteriza por uma certa mudança de percepção do tempo, que se acelera em si mesmo; o progresso que

descortina um futuro capaz de ultrapassar o espaço do tempo e da experiência tradicional, o qual, por força de sua dinâmica, provoca novos prognósticos que adquirem direção irreversível.

No alvorecer no século XX, o Rio de Janeiro vivenciava “essa vertigem do tempo acelerado” em contradição com o marasmo do tempo que transcorria lentamente nas fazendas e vilas no interior do país, onde reinava a hierarquia dos coronéis e a política do medo e da violência¹⁶⁴.

A cidade do Rio de Janeiro, na segunda metade do século XIX, começa a passar por um processo de crescimento urbano. Já em 1850, a Estrada de Ferro da Central do Brasil transportava o café do porto para ser distribuídos pelas zonas suburbanas, alargando o mercado consumidor. Com a decadência das lavouras de cana-de-açúcar e algodão do norte, o centro-sul acendeu como a região mais rica e influente do país. O maior produto de exportação era o café do Vale do Paraíba, que tinha o seu escoamento pelo Porto do Rio de Janeiro, concentrando-se nesta cidade todo o movimento comercial e o controle financeiro da produção cafeeira. Dessa forma, a função essencial do Rio de Janeiro era a de ser porto exportador de café do Vale do Paraíba¹⁶⁵.

No entanto, a partir de 1870, ocorre o deslocamento do centro dinâmico da cafeicultura do Vale do Paraíba, cujas terras entram em decadência, para as férteis terras roxas do Oeste Paulista. Com o fim do tráfico negreiro em 1850, no auge do café no Vale do Paraíba, a província de São Paulo passa a subvencionar a imigração em 1870 e o governo imperial em 1880, substituindo a força de trabalho escrava pela do trabalho livre imigrante na nova região de expansão da economia cafeeira. O transporte do café, que era feito em lombo de burro, passou a ser realizado pela linha ferroviária. O porto precisou passar por melhoramentos, dada a quantidade de mercadorias e pessoas - a partir do fluxo imigratório para as fazendas - que passou a receber diariamente. Podemos dizer que a economia cafeeira estimulou e foi estimulada pela expansão ferroviária e melhoria do porto¹⁶⁶.

¹⁶⁴ Neves, Margarida de Souza. Os cenários da República: o Brasil na virada do século XIX para o XX. In: *O Brasil Republicano: o tempo do liberalismo excluyente – da Proclamação da República à Revolução de 1930*, org. Ferreira, Jorge & Delgado, Lucília de Almeida Neves. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, pp.15-44.

¹⁶⁵ Rocha, Oswaldo Porto. *A Era das Demolições: a cidade do Rio de Janeiro de 1870-1920* e Carvalho, Lia de Aquino. *Contribuição ao estudo das habitações populares no Rio de Janeiro 1886-1906*. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração – Coleção Biblioteca Carioca, 2ª edição, 1995.

¹⁶⁶ Arias Neto, José Miguel. Primeira República: economia cafeeira, urbanização e industrialização. In: *O Brasil Republicano* (op.cit: pp.193-229).

Apesar de exercer o papel de centro financeiro do país e capital da República instaurada no 15 de novembro de 1889, o Rio de Janeiro no começo do século XX ainda guardava feições de cidade colonial. Negros e mestiços transitavam pelas ladeiras estreitas da cidade, oferecendo nas portas dos sobrados os produtos que as famílias não produziam no espaço doméstico. A cidade dependia dos serviços prestados outrora por escravos como os aguadeiros, que ofereciam de porta em porta a água potável que jorrava dos chafarizes públicos. As ruas eram sujas e mal cheirosas, com valas abertas que serviam para o depósito de lixo. Os casarões, outrora de propriedade da nobreza falida, eram adaptados para abrigar inúmeras famílias. Além disso, prosperava a construção de cortiços¹⁶⁷.

A concentração de residências pobres não casualmente estava na região portuária, aonde se concentravam trabalhadores braçais, os carregadores e os trabalhadores dos trapiches. Esta tarefa era realizada por homens negros em sua maioria, “a quem uma sociedade recém egressa da escravidão, destinou a continuidade do esforço físico como única alternativa para gerir a sobrevivência”. Assim, “mirando o cotidiano da cidade, estava a necessidade imperativa da modernização”¹⁶⁸.

Uma avalanche de projetos modernizantes recaiu sobre a região portuária do Rio de Janeiro, pois este era o local por onde saíam e entravam produtos e a mão-de-obra que alimentavam a economia nacional. Além disso, o projeto saneador do porto deveria também fazer ajustes nas normas para assegurar o trânsito comercial, principalmente entre países da América do Sul, em vias de industrialização¹⁶⁹.

“Aos interesses da imigração, dos quais depende em máxima parte o nosso desenvolvimento econômico, prende-se a necessidade do saneamento desta capital. É preciso que os poderes da República, a quem incumbe tão importante serviço, façam dele a sua mais séria e constante preocupação [...] A capital da República não pode continuar a ser apontada como sede de vida difícil, quando tem fartos elementos para constituir o mais notável centro de atração de braços, de atividades e de capitais nesta parte do

¹⁶⁷ Albuquerque, Marli Brito Moreira de. Modernização do espaço portuário do Rio de Janeiro e a organização sindical: os pigmeus no boulevard. *Estudos*; 12: 31-3, 1989. Da mesma autora ver também Porto do Rio de Janeiro: estigma e história. *Revista do Rio de Janeiro*; 1 (1): 87-93, 1985. Assim como sua dissertação, *Trabalho e Conflito no Porto do Rio de Janeiro (1904-1920): um estudo sobre a participação política das categorias portuárias no movimento operário da Primeira República*, defendida no IFCS/UFRJ, 1983.

¹⁶⁸ Albuquerque (1989).

¹⁶⁹ *Ibidem*.

“mundo” (Rodrigues Alves, Manifesto à Nação, 15 de novembro de 1902, apud Benchimol 2003: 255).

Em seu discurso de posse, Rodrigues Alves (1902-1906) afirma a importância do trabalho imigrante para o país e explica a sua política de modernização, a qual se concentrará no Rio de Janeiro, mais precisamente no centro e na região portuária. Mas para que a corrente imigratória corresse como o desejado, era necessário realizar uma grande reforma na capital federal, saneá-la e principalmente, melhorar o seu porto. Dessa forma, podemos dizer que o projeto político de Rodrigues Alves possuía duas chaves: a remodelação da capital e a política imigratória. Era necessário melhorar a imagem, a salubridade e a economia da capital federal, a fim de facilitar a imigração, que supria a crise de mão-de-obra após a abolição¹⁷⁰.

Houve a rigor duas ações direcionadas para a reformulação urbana. A primeira, projetada pelo governo federal, operou na modernização do porto do Rio, a segunda foi planejada pela prefeitura e buscou integrar as diversas regiões da cidade ao seu centro urbano, “pensado como lugar privilegiado da difusão da civilização” (Azevedo, 1985: 35).

A reforma conduzida pelo governo federal foi projetada pelo Ministro da Viação e Obras Públicas - MIVOP, Lauro Müller, e pelo engenheiro Francisco Bicalho; a implementada pela prefeitura tinha à frete o também engenheiro Francisco Pereira Passos. Francisco Bicalho, ilustre membro do Clube de Engenharia, deveria operar uma reestruturação urbana na região portuária, com o objetivo de permitir um melhor sistema de distribuição das mercadorias entre porto e cidade¹⁷¹.

Na visão de Rodrigues Alves, a modernização do porto era concebida como a obra de maior relevância. As outras seriam desenvolvidas em função desta, que era pensada como o centro do plano de intervenção urbana federal. Além disso, ele se refere em seu discurso de posse à necessidade de se resgatar a imagem da cidade para justamente ampliar a captação de mão-de-obra imigrante (ibidem: 37).

Junto com a reforma, tentava-se impor um padrão de civilidade urbana burguesa e européia a uma cidade de tradição escravista. O espaço público do centro do Rio de Janeiro,

¹⁷⁰ Rocha (1995: 56-58); Azevedo (1985: 36).

¹⁷¹ As obras do porto do Rio de Janeiro foram realizadas pela C.H. Walker Company Limited London, seu prazo de conclusão era em 30 de junho de 1910. A Avenida Central ficou pronta em 15 de novembro de 1905. A “era das demolições” chegou ao fim em 1906 com um saldo de 1681 habitações derrubadas e 20 mil pessoas desabrigadas, obrigadas a procurarem nova moradia em quatro anos (Rocha, 1995: 59-69)

principalmente, era ocupado por figuras como os capoeiras, ex-escravos biscateiros, carroceiros, vendedores de perus, vísceras, rezadeiras, trapeiros. Era comum ver pelas ruas os “cavalheiros” cariocas, trajando paletó e dividindo espaço com negros descalços e sem camisa, gritando seus serviços e produtos. Neste cenário, também havia a figura do imigrante e migrantes de diversas partes do Brasil e do mundo, quase sempre rural, com suas roupas surradas e não raro de pés descalços (ibidem: 50).

Após 1888, a população da cidade aumentou significativamente por causa da corrente imigratória e das migrações internas de trabalhadores rurais e de ex-escravos que vinham do interior para procurar trabalho. A cidade deveria se arrumar para receber não só esse braço imigrante como também o capital estrangeiro, ambos temiam os tais “males tropicais”, principalmente a febre amarela, que tinha o estrangeiro como sua vítima principal (Albuquerque, 1983: 9).

Para combater estas moléstias, Oswaldo Cruz foi chamado para assumir a Diretoria Geral de Saúde Pública - DGSP, em 1902, e implementar suas campanhas contra a febre amarela e a peste. Ao invés de tentar eliminar as doenças com quarentenas, o que já estava comprovado que era impossível, ele resolveu concentrar esforços em duas vertentes: isolamento dos pacientes da presença de mosquitos e a erradicação destes. O modelo campanhista se tornou um sucesso, pois já em 1904, o número de mortes por febre amarela foi reduzido para 48 casos no Rio de Janeiro (Cooper, 1975: 689).

Em 31 de outubro de 1904, foi instituída a vacinação obrigatória contra a varíola. o Apostolado Positivista, líderes operários, políticos e oficiais do exército formaram o grupo da oposição à vacina obrigatória. A população, já invocada com uma reforma que os excluía, que derrubava suas casas, que impedia que exercessem seus meios de vida com a proibição do comércio ambulante, aderiu ferozmente à oposição, o que deu origem à Revolta da Vacina¹⁷² (Albuquerque, op.cit).

¹⁷² Sobre a relação entre a Revolta da Vacina, cultura africana e a resistência da população à ideologia da higiene, ver Chalhoub, Sidney. *A cidade febril: cortiços e epidemia na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. Para uma análise da Revolta da Vacina, acoplada à reforma urbana e às campanhas de Oswaldo Cruz ver Benchimol, . Reforma Urbana e Revolta da Vacina na cidade do Rio de Janeiro, In: *O Brasil Republicano: o tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República à Revolução de 1930*, Ferreira, Jorge & Delgado, Lucilia de Almeida Neves (org.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, pp.233-286. Uma análise sobre as ações de combate à varíola durante o século XIX e início do XX, ver Fernandes, Tânia Maria. *Vacina antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens (1808-1920)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

As obras no porto começaram em 1903. Antes do empreendimento viabilizado pelo governo Rodrigues Alves, o engenheiro André Rebouças, em 1873, efetuara, junto à iniciativa privada, também um plano de modernização portuária. O objetivo era ligar os entrepostos e os molhes avançados do sistema através de vias férreas, criando canais de escoamento para o interior (ibidem:45).

O Rio de Janeiro funcionava como entreposto da capital paulista, mas já estava deixando de representar este papel. As mercadorias desembarcadas pelo seu porto eram sujeitas a uma taxa federal de 2% destinada aos seus melhoramentos, o que não ocorria nas docas de Santos, que eram de propriedade particular. Vários importadores começaram, então, a levar para São Paulo seus negócios. Dessa forma, a expansão industrial paulista foi auxiliada também pela isenção de taxas portuárias (ibidem).

“Assim, o Rio de Janeiro deixava de ser o grande exportador de café em proveito de Santos¹⁷³, mas afirmava-se como um grande importador de mercadorias e imigrantes para o interior, beneficiado pela expansão da malha ferroviária” (Benchimol & Silva: 2008: 726)¹⁷⁴.

Em 1906, o porto do Rio estava entre os 15 maiores do mundo em tamanho e movimento, sendo o 3º do continente americano, perdendo apenas para o de Nova York e Buenos Aires. O aumento do movimento portuário representava uma maior arrecadação do governo, sendo portanto umas das maiores fontes de renda (Albuquerque, op.cit: 49).

A remodelação do porto também trazia credibilidade ao país, resolvendo os problemas ligados ao embarque do café, ao mesmo tempo em que se ampliava a entrada de mão-de-obra estrangeira. O Rio até então tinha a imagem de cidade insalubre na Europa, as companhias de navegação européias anunciavam em seus programas que as viagens promovidas teriam “trânsito direto a Buenos Aires sem passar pelo Brasil e pelos perigosos focos de febre amarela do Rio de Janeiro”. Existe uma estimativa de que 4/5 do total de imigrantes chegados ao Rio foram dizimados pela febre amarela, varíola e peste bubônica (ibidem: 51).

¹⁷³ A construção do porto de Santos e o saneamento da cidade também se constituem enquanto obras interligadas como no Rio de Janeiro, fazendo parte de um processo que reorganizaria não só o trabalho como também a cidade. Sobre o processo de transformação de Santos, seu saneamento, inauguração do porto, ferrovias e problemas com epidemias ver Porta, Eliana Veiga. *Imigrantes espanhóis em Santos, 1880-1920*. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História Econômica do Dep. de História da FFLCH/USP, São Paulo, 2008.

¹⁷⁴ Com o artigo de Benchimol & Silva (2008), pode-se aprofundar também a relação entre ferrovias e doenças tropicais, em especial a malária.

Nos itens a seguir (3.1 e 3.2), darei foco à emergência da profilaxia moderna, as práticas de prevenção de doenças no porto que substituíram a quarentena e as novas tecnologias para operá-las, como o aparelho de Clayton acoplado à uma embarcação para realizar as desinfecções dos vapores. O Clayton prometia dar cabo de qualquer tipo de inseto vetor sem que se precisasse descarregar o navio. Além disso, não danificava as mercadorias – maravilhas da profilaxia moderna.

3.1 A profilaxia moderna

As quarentenas vinham sendo criticadas há tempos como uma técnica ineficaz, antiquada e anacrônica para lidar com as epidemias. Os velhos modelos de detenção - de pessoas e/ou de navios - durante certo número de dias, para averiguar a presença de algum tipo de doença infecciosa, foi sendo quebrado pela nova higiene, que ditava o isolamento do doente, a vacinação e a vigilância médica, sem o “sequestro” do indivíduo.

“O regime quarentenário teve então o seu canto de cisne” [sic.]¹⁷⁵. Mas para que não fosse mais aplicada a quarentena a navios e passageiros, era unânime entre as autoridades a necessidade de se organizar a defesa interna de forma eficaz, ou seja, o saneamento do porto e da cidade. Com a emergência da vigilância sanitária, só a defesa externa - profilaxia marítima e inspeção nos portos - tornava-se insuficiente. Era preciso um contingente maior de pessoal técnico para seguir os passageiros em vigilância sanitária e para vacinar os que chegavam.

“Do ponto de vista da profilaxia, com o intuito de prevenir e combater as moléstias que tenham de invadir ou que existem na capital da República, não convém ao seu governo deixar de associar a higiene dos portos à da terra, integrando nesta os recursos de agressão e de defesa aos quais se filiam o isolamento e a desinfecção nos casos oportunos e a polícia severa das habitações, dos lugares e dos logradouros públicos, do primeiro ao último dia do ano, como base primordial do ataque aos focos domiciliários de moléstias transmissíveis” (RMJNI, 1903/1904 – Relatório do Diretor de Saúde Pública, Dr. Oswaldo Cruz, ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores: A-J-49).

¹⁷⁵ RMJNI, 1901/1902, p.293 – Ministro Sabino Barroso Junior.

Se constituía assim a campanha de Oswaldo Cruz pelo combate aos focos de febre amarela, com o extermínio dos vetores - mosquitos no caso da febre amarela - e a caça aos ratos – no combate à peste bubônica. O discurso “campanhista” consequentemente justificará a remodelação do Rio de Janeiro como um todo, inclusive do seu porto e da região em torno dele, que passará por grandes obras, assim vemos as demolições dos cortiços, estalagens e aglomerações habitadas por pobres.

A detenção dos navios em lazaretos ficou então substituída, em teoria, pelo expurgo das matérias contaminadas (desinfecção pelo aparelho de Clayton) e pela vigilância médica dos desembarcados, que ficavam agora em plena liberdade de locomoção, sujeitos apenas à indicação da residência de destino. O novo regulamento sanitário (1904) instituirá a higiene agressiva, ou seja, o saneamento do meio, do porto e da cidade, com o objetivo de criar naqueles locais maiores resistências a infecções. (RMJNI, 1901/1902: 296).

As conferências sanitárias européias de 1892 e 1897, ambas ocorridas em Veneza, e a de Dresden em 1894 haviam sido o grito de alerta dos países europeus contra a prática das quarentenas e “a nova higiene surgiu mais como um corretivo do que uma doutrina”. No Brasil, o entendimento da necessidade da defesa interna a partir dos novos preceitos da profilaxia e do saneamento do meio também acabou dando um fim à velha prática (ibidem: 296, 297).

No entanto, para que a quarentena fosse abolida, novas necessidades surgiam, a principal delas, fortalecer a cidade do Rio de Janeiro e seu porto contra a entrada de moléstias epidêmicas, exterminando os focos de doenças, como os cortiços e habitações pobres com aglomeração de pessoas.

“A cidade do Rio de Janeiro (...) não tem resistência higiênica; é um corpo enfraquecido, onde as infecções entram triunfantes, porque as reações defensivas são trôpegas, indecisas e amedrontadas. Para combater uma epidemia incidente, torna-se necessário atender à tonificação do organismo urbano e dar batalha ao germe invasor. São duas operações fatigantes, das quais a primeira é quase impossível, nas circunstâncias presentes. O saneamento da capital não será obra de um dia, mas de muitos anos de abnegação e perseverança; de maneira que a batalha contra os germens mórbidos fica, de fato, reduzida à extinção dos focos, pela desinfecção e pelo isolamento dos doentes” (Ibidem: 293 – Ministro Sabino Barbosa Junior).

O Rio de Janeiro, “sede dos poderes públicos e residência obrigatória de seus representantes”, ainda era visto como uma ameaça sanitária para o resto do país, por causa das

constantes ondas epidêmicas de cólera, peste e febre amarela que tinham início na maioria das vezes na região portuária. A capital da República era o centro de comunicação frequente com todos os estados da União, sendo o seu porto o ponto de convergência de grande número de linhas de navegação, que o ligavam a todos os outros portos nacionais. Dessa forma, a vida urbana na capital tinha força de irradiação extensa, com a capacidade de invadir as demais coletividades do Brasil, “servindo de norma para algumas e de exemplo para muitas; de modo que se pode considerar (e o estrangeiro o faz) esta cidade como uma miniatura de nação” (ibidem: 295).

Porém, mudanças não acontecem de forma abrupta, ainda mais quando se trata de práticas de saúde pública adotadas por muito tempo e sem qualquer mudança anterior. Foi necessário, além de se criar uma nova legislação, que ditasse as normas e medidas, também novos hábitos, principalmente para os inspetores, ajudantes e médicos de inspeção nos portos. Eles tiveram que se preparar para lidar com as novos preceitos profiláticos e com os modernos instrumentos e técnicas de desinfecção como o aparelho de Clayton.

“No porto do Rio de Janeiro, o serviço de desinfecção já foi completamente modificado, poupando-nos assim, V. Ex., o deprimente espetáculo que oferecíamos ao estrangeiro, de uma desinfecção cômica por meio de panelas de enxofre e de um balde contendo uma solução antisséptica e uma broca com que a guisa de um isopor, um desinfector ignorante borrifava os sapatos dos passageiros com a referida solução. Este serviço, naturalmente, não era presidido pelos médicos do porto, que vexavam-se de presidir tal operação (RMJNI, Relatório do Diretor Geral de Saúde Pública, Dr. Oswaldo Cruz, 1903/1904, A-J-42).

Assim, num primeiro momento, foi expedido um aviso em 30 de setembro de 1901, que dizia que as quarentenas seriam reduzidas ao caso de navios infectados e, neste caso, a desinfecção das mercadorias e das bagagens seria estabelecida, bem como a vigilância médica dos desembarcados. Seria uma inovação muito complicada e tanto as autoridades de saúde pública como o governo sabiam disso, pois com raríssimas exceções, os estados da União se encontravam completamente desprovidos “da precisa orientação científica” e de um serviço sanitário estruturado e eficaz (RMJNI, 1901/1902: 297 – Ministro Sabino Barbosa Junior).

A parte boa era a que as quarentenas geravam um ônus pesadíssimo para a navegação interestadual no Brasil, pelo fato de possuímos um único lazareto em funcionamento, o da Ilha

Grande. Muitas vezes, navios que faziam comércio pelos portos do norte tinham que mudar sua rota, quando suspeitavam de alguma doença infecciosa a bordo, e iam fazer todo o processo de tratamento na Ilha Grande. Dessa forma, era impossível imprimir o serviço quarentenário a todos os navios que chegavam aos portos brasileiros. Então, foi abolida na verdade uma medida que não era realizada de forma eficaz e contínua, talvez só na profilaxia internacional, porque na interestadual ela praticamente não existia por, falta de infraestrutura, exceto em período epidêmico (ibidem: 297, 298).

3.2 As novas tecnologias da higiene

Em 1903, o serviço de desinfecção do porto do Rio de Janeiro passou por completa transformação. De acordo com a nova profilaxia, era necessário reorganizar a estrutura de inspeção/recepção de passageiros para que o processo de desinfecção funcionasse de forma eficaz e a quarentena pudesse ser colocada de lado sem prejuízos sanitários. Uma das novas estrelas da profilaxia moderna era o aparelho de Clayton, que passou a ser utilizado na desinfecção de navios, mercadorias e bagagens, com a promessa de liquidar com qualquer tipo de inseto vetor (rato, pulga, mosquito) e micróbios.

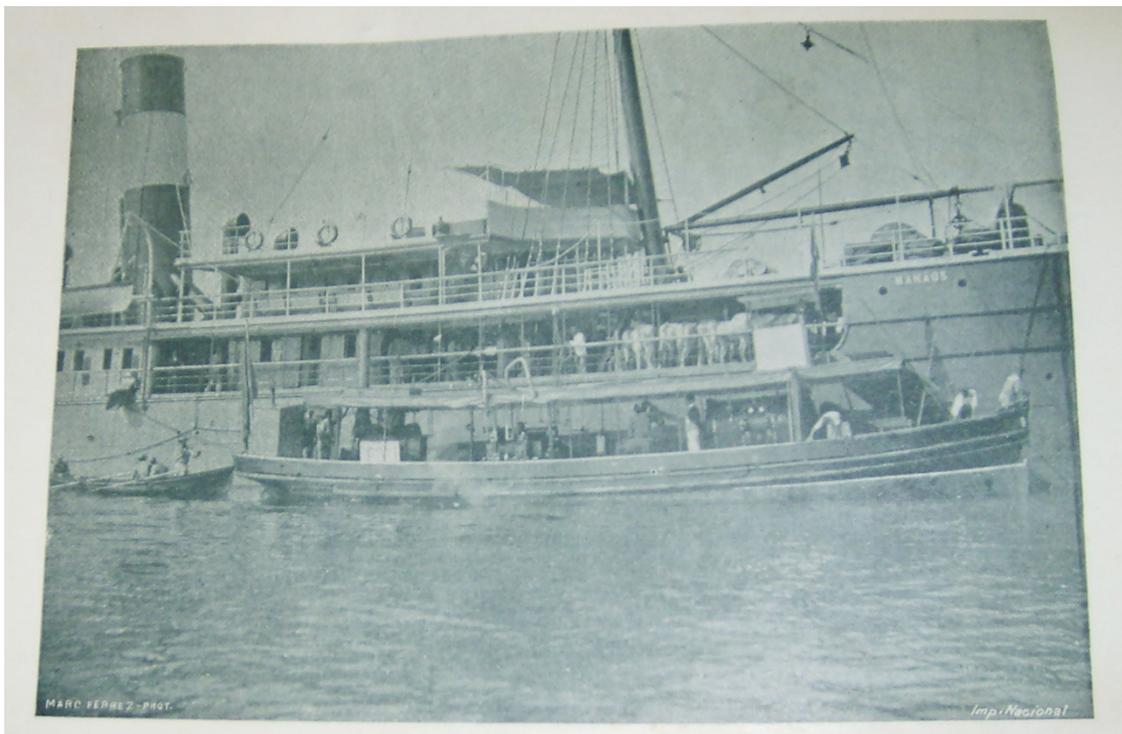
As desinfecções com a solução numa panela, feitas até então, que tanto envergonhavam o Diretor de Saúde Pública, a partir de 1903 passaram a ser feitas por uma barca de desinfecção, portando o aparelho de Clayton, estufa, câmaras de formol e gás sulfuroso, novidades técnicas da profilaxia internacional. Esta barca era dividida em duas seções, uma para os objetos contaminados e outra para os expurgados e todas as suas operações passaram a ser presididas por um médico do porto (RMJNI, 1903/1904: 354).



Aparelho de Clayton utilizado nos processos de desinfecção e fumigação. Grupo de desinfetadores, uniformizados, da Diretoria Geral de Saúde Pública. Acervo COC/FIOCRUZ, s/d, imagem disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/revolta/campanhas.html>, acessada em 29 de março de 2010.

Com a entrada de Oswaldo Cruz para a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), em 1903, o porto passou a ter uma inspetoria específica para realizar este serviço, a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção, presidida pelo Dr. Jaime Silvado (RMJNI, 1903/1904: A-J-42).

A novidade do aparelho de Clayton era que ele poderia ser acoplado a bordo de uma barca, que encostava nos navios para que se realizasse a desinfecção sem precisar fazer a descarga da embarcação, o que impedia uma possível invasão do porto por vetores, principalmente ratos, que entravam quando o navio atracava, normalmente por cordas e plataformas (ibidem).

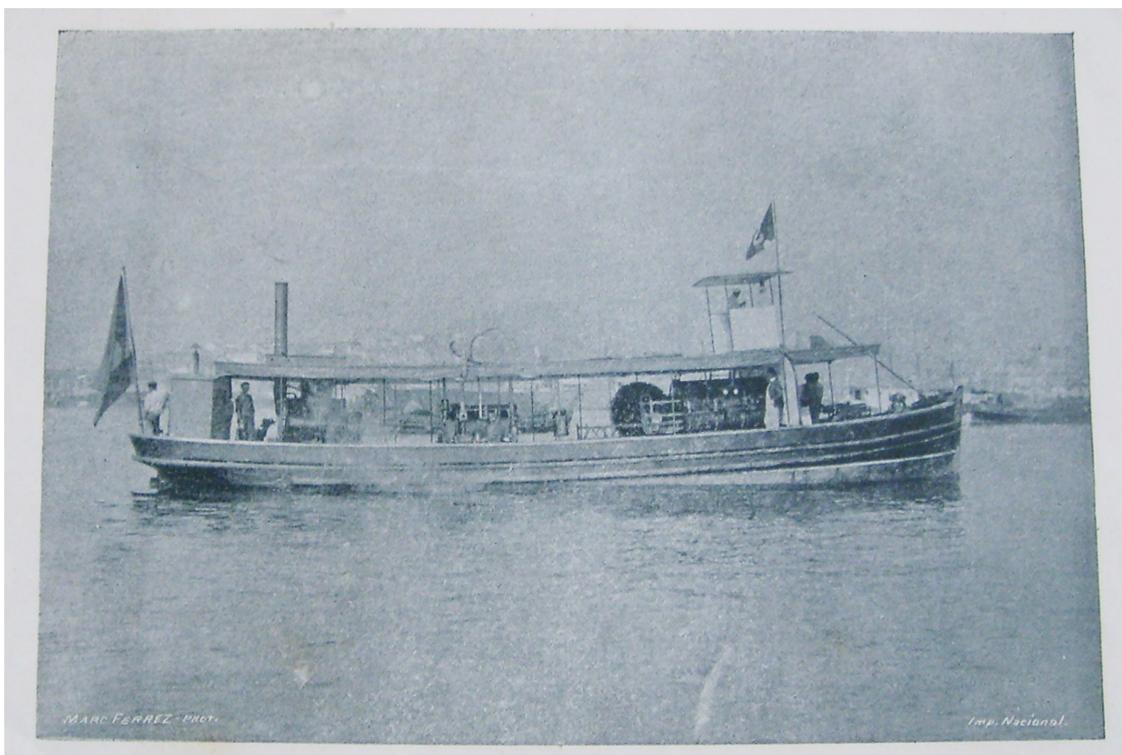


A **chalupa de desinfecção** funcionando junto ao vapor *Manãos* pouco antes da partida, foto de Marc Ferrez, In: Silvado, 1903: 10 – Acervo Biblioteca de Manguinhos, Setor Obras Raras, FIOCRUZ/RJ.

O novo serviço de desinfecção foi inaugurado no dia 17 de outubro de 1903, em plena epidemia de peste bubônica na cidade. No intuito de proteger o litoral do Brasil da epidemia que grassava no Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz instalou o novo aparelho para desinfetar pelo gás de Clayton todos os navios que partissem do Rio com destino aos demais portos brasileiros (Silvado, 1903: 5).

Uma chalupa¹⁷⁶ a vapor foi preparada para realizar o serviço, sendo a seu bordo montada uma estufa de fabricação alemã *Geneste-Herscher* (grande modelo), utilizada na desinfecção de roupas e objetos e dois aparelhos Clayton. A chalupa media 20 metros de comprimento por 5 e meio de largura (ibidem).

¹⁷⁶ Chalupa – do francês chaloupe. Antigo navio à vela, cuja mastreação se compõe de gurupés e de dois mastros, o de vante de lugre e o de ré inteiriço, que enverga pequena vela latina quadrangular. In: Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário da língua portuguesa*, 2ª edição, Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986. No caso do porto do Rio de Janeiro, a chalupa não era à vela, mas à vapor.



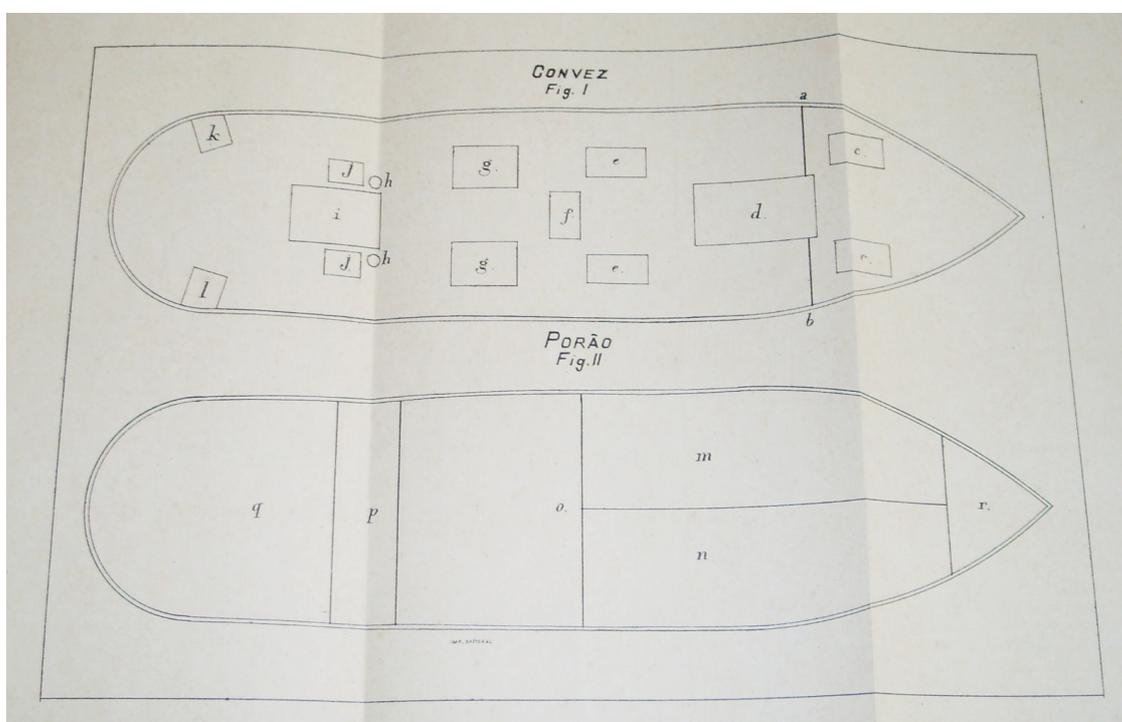
A chalupa de desinfecção, foto de Marc Ferrez, In: Silvado, 1903: 10 – Acervo Biblioteca de Manguinhos, Setor Obras Raras, FIOCRUZ/RJ.

O convés era revestido de mosaico em toda a superfície e dividido em duas partes por um anteparo vertical de ferro, colocado à distância de 5 metros de proa (fig. 1 linha A B). A parte anterior era o lado impuro, na qual se recebia a roupa a desinfetar; a parte posterior era o lado puro, onde a roupa era recebida após a desinfecção. A estufa *Genester-Herscher* era colocada atrás do anteparo, onde se podia abrir suas duas portas, uma do lado impuro e outra do puro. O vapor, indispensável para a realização da operação, era fornecido pela caldeira da chalupa (ibidem: 5, 6).

O convés tinha ainda na parte impura duas escotilhas simétricas (fig. 1 C C), que davam acesso a dois compartimentos do porão, independentes e destinados à desinfecção pelo gás de Clayton do lado direito, e à desinfecção pelo formol do lado esquerdo. Do lado puro, atrás da estufa, havia mais duas escotilhas (e e) que pertenciam aos dois compartimentos do porão. As escotilhas do lado impuro davam entrada à roupa infectada e a do puro à saída, quando desinfetada. No meio havia outra escotilha que dava acesso ao tanque de água, com capacidade para 60 toneladas (fig. 1 F) (ibidem: 6).

Atrás de tudo ficavam os dois aparelhos de Clayton, cujos motores eram acionados pelo vapor da caldeira, que se achava colocada perto da proa, no meio do convés. Entre a caldeira e os aparelhos de Clayton havia duas aberturas que conduziam à carvoeira (Fig. 1 h h). Na popa encontrava-se a cozinha e a latrina da tripulação (fig. 1 k l) (ibidem).

No porão: 1º o paiol da amarra; 2º duas câmaras para a desinfecção; 3º o tanque de água; 4º a carvoeira; 5º o compartimento da máquina (fig. 2). A embarcação era protegida em toda a sua extensão por uma tolda de madeira coberta de zinco, sobre a qual trabalhavam os homens, ao manobram com as mangueiras dos aparelhos de Clayton, que eram adaptadas aos tubos de ferro dos aparelhos durante o serviço (ibidem).



Planta da Chalupa (ibidem).

O aparelho de Clayton não era novidade só no Brasil, mas também na Europa. Ele começou a ser utilizado praticamente no mesmo período tanto no porto do Rio quanto no de Dunkerque, na França. No ano anterior, 1902, o aparelho ainda estava sendo sujeito a testes para verificação da sua eficácia na desinfecção de roupas e objetos.

Em 27 de setembro de 1902, o diretor do Instituto Pasteur de Lille, Dr. A. Calmette, empreendeu uma série de experiências com o fim de determinar a ação desinfetante do gás sobre roupas e objetos artificialmente contaminados por “micróbios patogênicos: febre tifóide,

cólera e peste”, escolhidos porque ofereciam o maior interesse sob o ponto de vista da profilaxia marítima. A experiência teve colaboração também do Dr. Duriau, Diretor de Saúde do Porto de Dunkerque e do Sr. David, químico-chefe do Ministério das Finanças francês, que se encarregaram de estudar mais especialmente os efeitos do gás sulfuroso seco sobre os ratos e sobre as diversas mercadorias¹⁷⁷.

Os testes concluíram que o uso do gás sulfuroso seco, produzido sob pressão do aparelho de Clayton, nas condições em que foi empregado (grau de concentração de 8 %), foi perfeitamente eficaz na desinfecção dos navios, para tornar inofensivos objetos poluídos pelos micróbios da febre tifóide, da cólera e da peste. Além disso, o processo permitia destruir todos os ratos e insetos como pulgas, percevejos, baratas etc, sem alterar sensivelmente as mercadorias mais delicadas como peles, couros, cereais, açúcar, carnes, frutas e sem causar o menor estrago nos objetos de metal (Calmette & Hauteville, 1902: 451).

Foi recomendado, então, que todos os serviços sanitários marítimos da França fossem aparelhados para empregar o novo método de desinfecção, no sentido de evitar as quarentenas prolongadas, que tão grandes prejuízos causavam ao comércio internacional e também para a defesa dos portos contra a invasão da cólera e da peste, sempre ameaçadoras em território francês. Também foi aconselhada a sua adoção às grandes companhias de navegação. Estas deveriam instalar em cada unidade um aparelho de Clayton a bordo. Pouco tempo depois, de acordo com convênios e regulamentos, como o nosso regulamento sanitário de 1904, o aparelho de desinfecção iria se tornar obrigatório em embarcações que viajassem por um período de mais de 48 horas¹⁷⁸ (ibidem).

A desinfecção pelo Clayton, no Brasil, permitiu que os navios não precisassem mais ir à Ilha Grande para realizar os procedimentos sanitários. Feita a desinfecção nos porões carregados de mercadoria, o resultado da operação só era visível horas ou dias depois, quando a embarcação chegava ao porto de escala, onde se procedia a descarga, com a visão dos insetos

¹⁷⁷ Calmette & Hauteville. A desinfecção dos navios pelo processo de ‘Clayton’. *O Brazil-Médico*, anno XVI, 1902, pp.449-451, ext. *Revue d’Hygiene de Polices Sanitaire*.

¹⁷⁸ Segundo o art. 47, do Decreto nº 5156 de 8 de março de 1904 – Regulamento dos Serviços Sanitários.

vetores mortos¹⁷⁹ (RMJNI, 1903/1904: A-J-43 – Relatório do Inspetor de Isolamento e Desinfecção, In: Relatório da DGSP).

Nos itens 3.3, 3.4 e 3.5 darei foco à institucionalização da profilaxia moderna. Abordarei o Regulamento Sanitário do Porto do Rio de Janeiro de 1904 que foi a legislação que institucionalizou a profilaxia moderna no Brasil. Analisarei a convenção platina realizada no mesmo ano no Rio de Janeiro, que regulamentou a profilaxia moderna nos países vizinhos - Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai – baseada no combate aos vetores transmissores da febre amarela e da peste bubônica. No item 3.5 vamos entender como se deu a mudança da quarentena para a profilaxia direcionada ao combate dos vetores e quais foram as mudanças nas práticas de prevenção operadas no porto do Rio de Janeiro com relação à febre amarela, peste bubônica e cólera

3.3 A nova higiene se institucionaliza: o Regulamento dos Serviços Sanitário de 1904

A “nova higiene”¹⁸⁰ chegou por meio de um novo regulamento dos serviços sanitários brasileiros¹⁸¹. Ao se comparar o regulamento de 1904 com o anterior, de 1893, no que diz respeito aos serviços sanitários nos portos não houve mudanças significativas. O litoral continuou dividido em três distritos, o primeiro com sede na capital federal e administrado pelo diretor geral de saúde pública ficou constituído pelas inspetorias de saúde dos portos do ES, RJ, SP, PR, SC, RS, MT e tendo como lazareto comum o da Ilha Grande; o segundo, com sede no porto do Recife e administrado pelo inspetor de saúde deste porto, ficou constituído pelas inspetorias da PB, PE, SE, AL, BA, tendo como lazareto comum o de Tamandaré; e o terceiro distrito, com sede no porto de Belém e administrado pela inspetoria local, ficou formado pelos portos do AM, PA, MA, CE, PI, RN, tendo como lazareto comum o do Pará. Em cada porto

¹⁷⁹ Só em 14 meses de serviço, de 17 de outubro de 1903 a 31 de dezembro de 1904, 952 embarcações foram desinfetadas no porto do Rio de Janeiro. Entre elas, 14 foram alemães; 8 americanas; 17 argentinas; 4 austríacas; 837 brasileiras; 4 dinamarquesas; 57 inglesas; 6 norueguesas; 1 russa; 1 sueca (Silvado, 1903:6).

¹⁸⁰ O termo ‘nova higiene’ é utilizado aqui não como uma quebra de paradigma, como se existisse uma ‘velha higiene’ e nem como um novo conceito. É uma forma conveniente de apontar certas diferenças na legislação e nas práticas sanitárias entre dois períodos. O termo aparece também nos próprios relatórios governamentais pesquisados.

¹⁸¹ Decreto nº 5156 de 8 de março de 1904.

principal do estado deveria ser fundado um hospital de isolamento e uma estação de desinfecção¹⁸².

Os serviços sanitários dos portos eram responsáveis pela profilaxia marítima internacional, ou seja, o emprego dos meios adequados – carta de saúde, notificação¹⁸³, inspeção sanitária, visita sanitária, isolamento¹⁸⁴, desinfecção e vigilância médica - para preservar os portos da República da contaminação dos “germens mórbidos” pelas embarcações que chegavam. Os serviços sanitários dos portos cuidavam também da polícia sanitária dos navios e ancoradouros e da assistência médica aos homens do mar.

N. 4

Modelo dos bilhetes sanitarios

Republica dos Estados



Unidos do Brazil

Inspectoria de saúde do porto _____

BILHETE SANITARIO

Segue com destino a.....
o navio..... de bandeira.....
commandante.....
toneladas..... passageiros, sendo:
com..... de 1ª classe..... de 2ª.....
de 3ª..... tripulantes.....
carga.....
que, em virtude do artigo..... do regulamento de..... de.....
foi submettido.....
.....
.....
.....
Porto.....

¹⁸² Ibidem.

¹⁸³ As moléstias de notificação eram: febre amarela, cólera, peste, varíola, difteria, infecção puerperal, oftalmia dos recém-nascidos, tifo e febre tifóide, lepra, tuberculose, impaludismo, escarlatina e sarampão, beribéri (RMJNI, 1903-1904: A-K-38 – art. 145).

¹⁸⁴ O isolamento era empregado a todo caso de doença de notificação (ibidem).

Modelo de Bilhete Sanitário. Um dos documentos expedidos pela Inspetoria de Saúde do Porto. Nele, deveriam ser inscritas as informações referentes ao tratamento – desinfecção, fumigação - pelo qual o navio suspeito ou infectado passara no porto. O comandante carregava este documento consigo e deveria apresentá-lo nos portos de escala e de destino (RMJNI - Relatório do Diretor Geral de Saúde Pública, 1903/1904: A-K-62).

N. 5

Modelo dos bilhetes de livre pratica



Republica dos Estados

Unidos do Brazil

Estação de desinfecção

BILHETE DE LIVRE PRÁTICA

Segue com destino a.....
o navio.....de bandeira.....
commandante.....
toeladas.....
com.....passageiros, sendo.....do 1ª classe,.....
.....de 2ª.....de 3ª.....
.....; tripolantes e carga.....

E, por estar em condições de ter entrada em qualquer porto da Republica, passei o presente bilhete de livre pratica.

Estação de desinfecção.....em.....de.....de.....

O DIRECTOR DO SERVIÇO SANITARIO,

.....

Modelo de Bilhete de Livre Prática. Este documento era dado aos navios indenes, ou seja, que não tiveram nenhuma ocorrência de doença a bordo, ou que passaram por processo de desinfecção e agora estavam aptos a atracarem sem perigo de contaminação do porto e da cidade. Ele deveria ser apresentado pelo comandante e cada porto de escala e no final (RMJNI - Relatório do Diretor Geral de Saúde Pública, 1903/1904: A-K-63).

N. 3
MODELO DAS CARTAS DE SAÚDE

Carta de Saúde N.

Nome do navio
Classe
Bandeira
Toneladas
De matrícula de
Com destino a
Nome do comandante
Nome do médico
Passageiros
Tripulação
Cargo
Condições sanitárias do navio
Estado sanitário { de tripulação
 } dos passageiros
Estado sanitário do porto
Estado sanitário da cidade
Moléstias infecciosas reinantes
Número { de doentes
 } de falecidos
Porto d. de de
O Secretário,
Entregue às horas de
Pag. 68-1

REPUBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL



REPUBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL

Serviço Sanitário do Porto d.

N.

A autoridade sanitária deste porto certifica que o navio abaixo designado parte nas condições seguintes:

Nome do navio
Classe
Bandeira
Toneladas
De matrícula de
Com destino a
Nome do comandante
Nome do médico
Passageiros
Tripulação
Cargo
Condições sanitárias do navio
Estado sanitário { de tripulação
 } dos passageiros
Estado sanitário do porto
Estado sanitário da cidade
Moléstias infecciosas reinantes
Número { de doentes
 } de falecidos
Porto d. de de
O Secretário,
Entregue às horas de

S. N. 1000

Modelo de Carta de Saúde. Todos os navios deveriam portar este documento e apresentá-lo em cada porto de escala e de destino. Levava-se em conta o estado sanitário da tripulação e dos passageiros; o estado sanitário do porto e da cidade de procedência; que tipo de moléstia reinava nestas localidades e a bordo; e o número de doentes e de falecidos nas localidades e a bordo. A carta de saúde poderia ser limpa, caso não houvesse nenhuma ocorrência, ou suja, caso o navios tivessem procedido de porto e cidade infeccionados por doença transmissível. Se o navio chegasse ao porto de algum país signatário das convenções sanitárias com carta suja, a ele não era dada a livre prática, ou seja, ele não poderia atracar e deveria retornar viagem para o porto de procedência. A não ser que a autoridade sanitária do porto determinasse que ele deveria passar por tratamento e, se achasse conveniente, após todo o processo de desinfecção de passageiros, das instalações da embarcação e das bagagens, e caso a epidemia tivesse sido debelada, o navio poderia receber a livre prática e adentrar o porto (RMJNI – Relatório do Diretor Geral de Saúde Pública, 1903/1904: A-K-64).

De acordo com o art. 42 do regulamento, a peste, a cólera e a febre amarela seriam as únicas moléstias infecciosas que determinariam a aplicação de medidas sanitárias permanentes. As outras moléstias poderiam excepcionalmente dar lugar a imposição de medidas de

precaução. As funções dos inspetores de saúde de navios e dos médicos de bordo também ficaram mais específicas, eles realizariam a inspeção sanitária das embarcações como expediente de profilaxia internacional, que consistiria na fiscalização dos acontecimentos de bordo durante a viagem.

Inspetores Sanitários de Navio¹⁸⁵ - Quando fosse de interesse da saúde pública, o diretor geral solicitaria ao governo a instituição do corpo de inspetores sanitário de navios, que eram incumbidos de se dirigirem aos portos no exterior, onde grassasse qualquer tipo de moléstia infecciosa, a fim de embarcarem nos navios que se destinassem a portos brasileiros. As suas atribuições continuaram praticamente as mesmas, inscritas no regulamento de 1893, como embarcar no navio que o ministro ou o cônsul no país infeccionado designasse; examinar no momento de embarque os passageiros, recusando viagem aos que parecessem estar afetados por moléstias; prestar serviços profissionais a passageiros e tripulantes.

Médicos de bordo¹⁸⁶ - Todos os navios que transportavam passageiros em viagens com mais de 48 horas eram obrigados a ter a bordo um médico, além de portar um aparelho de desinfecção para a matança de ratos. Os médicos de bordo deveriam embarcar em navios nacionais com o objetivo de preservar tripulantes e passageiros de moléstias infecciosas que porventura pudessem se desenvolver a bordo. Tinham que apresentar em cada porto, à autoridade sanitária, um certificado onde vinham mencionadas todas as ocorrências da viagem.

No novo regulamento, a definição de porto suspeito e infeccionado¹⁸⁷, assim como para navios indenes, suspeitos e infeccionados¹⁸⁸, tornou-se mais precisa. A profilaxia geral das moléstias infecciosas passaria a ser feita a partir da notificação compulsória; das desinfecções

¹⁸⁵ Ibidem, artigo 46.

¹⁸⁶ Ibidem, artigo 47.

¹⁸⁷ Porto infeccionado é aquele em que reina uma das moléstias infecciosas (peste, cólera e febre amarela). Porto suspeito é aquele em que se manifestaram casos isolados de uma das três moléstias infecciosas; aquele que não se protege suficientemente contra os outros portos infeccionados; aquele que mantém comunicações frequentes e fáceis com localidades infeccionadas (RMJNI - Relatório do Diretor de saúde Pública 1903-1904: A-K-24 – art.60).

¹⁸⁸ Navio indene é aquele que, proveniente de um porto infeccionado, não teve nenhum caso de óbito, nem de moléstia infecciosa antes da partida, durante a travessia, ou no momento da chegada. Navio suspeito é aquele que teve um ou mais casos suspeitos ou confirmados no momento da partida ou durante a travessia; não teve nenhum caso novo, decorridos sete dias, ou que tenha tido algum óbito de moléstia não especificada. Navio infeccionado é aquele que apresentou um ou mais casos confirmados ou suspeitos das moléstias consideradas infecciosas (peste, febre amarela e cólera), ou que teve algum caso, decorridos menos de sete dias de viagem (RMJNI - Relatório do Diretor de Saúde Pública, 1903-1904: A-K-25 – art. 65).

realizadas no desinfectório central e da vigilância médica e do exame diário dos indivíduos durante o período máximo de incubação da doença.

O navio indene¹⁸⁹ passaria pela inspeção médica dos passageiros e da tripulação; desinfecção de roupas e matança de ratos. Se quando chegasse ao porto, tivesse decorrido um prazo menor do período de incubação da doença, um passaporte sanitário era entregue a cada passageiro, contendo o nome, a localidade de destino e a data em que o navio deixou do porto contaminado. A autoridade sanitária portuária informava então o fato ao chefe do serviço de higiene terrestre, afim de mandar proceder a vigilância médica do passageiro até que o prazo de incubação da doença terminasse¹⁹⁰ (RMJNI, 1903-1904: A-K 25).

Com relação às atribuições dos serviços sanitários dos portos, a polícia sanitária dos navios e ancoradouros passou a ser exercida pelos ajudantes do diretor geral, no Porto do Rio de Janeiro, e por inspetores, diretores de distritos e seus ajudantes, nos portos dos outros estados. Eles tinham como função realizar as visitas internas e externas aos ancoradouros, que poderiam ser de visita, de vigia ou de isolamento. Se em algum navio ancorado se manifestasse caso de moléstia, o comandante era obrigado a içar o sinal de doente a bordo, a bandeira de nacionalidade do navio no mastro de proa (RMJNI, 1903-1904: A-K-27-28 – art. 73).

Nos portos onde funcionavam inspetorias de saúde, deveriam ser construídos hospitais marítimos destinados ao tratamento dos doentes que aparecessem a bordo. As desinfecções passaram a ser realizadas no desinfectório central e a vigilância médica foi adotada também nas estradas de ferro. Além disso, ficou determinado que para cada moléstia infecciosa haveria uma profilaxia específica, de acordo com o seu modo de transmissão e vetores (RMJNI, 1903-1904: A-K-29-42 – art. 74, 134, 152, 163, 197).

A bandeira amarela içada no navio significava que este estava interdito pela repartição de saúde pública. No entanto, o desembarque dos passageiros não poderia mais ser impedido, nem a comunicação do pessoal de bordo com terra (RMJNI, 1903/1904: A-K-23, A-K-24).

¹⁸⁹ Para navios suspeitos, de acordo com o art. 68, os procedimentos são iguais aos feitos nos navios indenes, com exceção para os passageiros desembarcados com febre amarela, que não precisariam mais passar por desinfecção, recebendo o passaporte sanitário para permanecer em vigilância médica pelo período de incubação da doença. Os navios infeccionados seriam submetidos a um regime que poderia variar de acordo com cada moléstia infecciosa (art.69) (RMJNI, 1903-1904: A-K-25).

¹⁹⁰ Art.66.

Já as operações sanitárias praticadas nos lazaretos e estações de desinfecção consistiriam na detenção do navio para exame rigoroso, desinfecção dos passageiros e de suas bagagens¹⁹¹. Como podemos perceber, já no regulamento de 1904, antes mesmo da 2ª Convenção Platina em junho do mesmo ano, o sistema de quarentena estava fora da legislação.

Os anos de 1903 e 1904 foram bastante significativos para o Brasil com respeito a sua participação em eventos internacionais como congressos¹⁹², conferências e convenções. Um destes eventos foi a segunda participação do país em uma conferência sanitária européia, ocorrida em Paris, em outubro de 1903. Esta conferência teve como finalidade renovar as bases científicas da convenção anterior, a de 1897, que visava a profilaxia da peste e da cólera. De acordo com os estudos sobre a peste, encarando-se o rato como o seu principal transmissor, uma nova orientação deveria ser tomada no que dizia respeito à profilaxia desta moléstia. Assim, as potências signatárias da Convenção de Veneza de 1897 resolveram se reunir em Paris, em 1903, com o objetivo de renovar as bases científicas da convenção anterior (*O Brazil-Médico*, 1905, ano XIX, p. 227).

O Dr. Gabriel de Piza, que era diplomata e não médico, foi o representante brasileiro em Paris. A princípio, o foco desta convenção era somente a peste e a cólera, no entanto, Piza conseguiu que se discutisse também a febre amarela. A Convenção de Paris aceitou como demonstrada cientificamente a profilaxia decorrente dos estudos da missão americana - coordenada por Walter Reed em Cuba no ano de 1900 - segundo os quais constatou-se que a febre amarela era transmitida pelo mosquito *stegomyia fasciata*. Todas as nações deveriam modificar seus regulamentos a partir de então, de acordo com a nova orientação, que reconhecia esta espécie de mosquito como o transmissor da febre amarela (RMJNI, Relatório do Diretor Geral de Saúde Pública, 1904/1905: A-A-15; *O Brazil-Médico*, 1905, ano XIX, vol 1, pp. 227).

O segundo evento internacional importante, com participação brasileira, foi uma nova conferência¹⁹³ com os países vizinhos, Argentina, Uruguai e Paraguai, que ocorreu no Rio de

¹⁹¹ Art. 59 do Decreto n. 5156, de 8 de março de 1904.

¹⁹² No mês de abril de 1903, houve participação brasileira no 2º Congresso Médico Latino-Americano, que ocorreu em Buenos Aires. Foram como delegados os doutores João Batista Lacerda, Antônio Augusto de Azevedo Sodré, Francisco Farjado e Julio Afrânio Peixoto (RMJNI, Relatório do Diretor Geral de Saúde Pública, 1904/1905: 20).

¹⁹³ Foram como delegados desta conferência os doutores Antônio Augusto de Azevedo Sodré, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e Oswaldo Gonçalves Cruz, Diretor Geeral de Saúde Pública (RMJNI, Relatório da Diretoria Geral de Saúde Pública, 1904/1905-3: 8).

Janeiro no mês de junho 1904. A modificação do tratamento sanitário dos navios provenientes de portos infeccionados era há muito uma das maiores aspirações das nações platinas e também do Brasil, por causa dos numerosos prejuízos sofridos pelo comércio em decorrência dos regimes de quarentena. A abolição deste regime na região foi a primeira das vantagens decorrentes de tal conferência (ibidem: 16; ibidem: 228).

A segunda vantagem foi a adoção pelos membros das nações vizinhas da profilaxia da febre amarela adotada pelo Brasil, estabelecendo como princípio científico a não obrigatoriedade da desinfecção das roupas na profilaxia da moléstia, segundo o art. 15, letra E da convenção (RMJNI, ibidem).

Desta conferência do Rio de Janeiro foi formulada uma convenção que deveria obedecer às seguintes prerrogativas: liberdade para o comércio marítimo e fluvial, ou seja, em nenhum caso de epidemia os portos seriam fechados; aplicação das medidas sanitárias no momento que melhor garantisse a sua eficácia, antes e durante o embarque, tendo-se sempre em conta as facilidades do comércio e a comodidade dos passageiros; todas as medidas deveriam ser baseadas nos conhecimentos científicos e nas conclusões dos últimos congressos internacionais; as informações sobre o estado sanitário dos portos dos respectivos países seriam reciprocamente facilitados, sem restrição alguma (ibidem: 8).

3.4 Entram os vetores e saem as quarentenas: a Convenção Platina de 1904

As epidemias de cólera e da febre amarela da segunda metade do século XIX ao início do XX haviam causado na região do Prata muitos prejuízos, tanto comerciais - estremecendo as relações principalmente entre Brasil e Argentina - quanto em nível de desenvolvimento e progresso. Uma verdadeira campanha de descrédito foi movida em direção à situação sanitária brasileira. Primeiro por causa das longas e vexatórias quarentenas pelas quais navios brasileiros tinham que passar em portos argentinos e depois pelas dificuldades criadas para os transatlânticos que ainda tocavam os portos do Rio de Janeiro e Santos, mesmo operando sem receber passageiros ou cargas.

Cartazes difamatórios eram expostos nos portais - locais de saída de passageiros - dos navios que demandavam os portos brasileiros. Havia ainda a propaganda feita pela imprensa

argentina com o intuito de afastar o imigrante do Brasil. Tudo isso concorreu para que se atribuísse ao Rio de Janeiro a fama de cidade insalubre e ao Brasil a fama de país inóspito, por causa do seu clima, à civilização européia (ibidem: 10).

A assinatura deste novo convênio¹⁹⁴ com as repúblicas platinas significou também, de certa forma, uma vitória para as autoridades diplomáticas brasileiras, consertando as negociações feitas nas convenções de 1889 e 1899, que acabaram prejudicando ainda mais o comércio brasileiro. Após a assinatura do convênio de 1889, continuaram a vigorar no Rio da Prata as obsoletas quarentenas para as procedências brasileiras e, nos meses de verão, muitos produtos eram reexportados ou sujeitos a processos de desinfecções que não raramente alteravam a mercadoria.

Ainda em abril de 1904, quando já não havia mais febre amarela no Rio de Janeiro, mais um fato desagradável ocorreu para estremecer a já delicada relação entre Brasil e Argentina. Três delegados brasileiros a caminho do 2º Congresso Médico Latino Americano, para evitarem as quarentenas impostas a navios vindos do Porto do Rio de Janeiro em Buenos Aires, resolveram tomar o navio no Porto de Santos. No entanto, um dos médicos, também da delegação brasileira, acabou tendo de embarcar pelo porto do Rio, passando pela decepção de ficar preso a bordo, em quarentena, enquanto ocorria a abertura do congresso. Por sorte, a cerimônia de abertura foi adiada em consequência da morte de um dos irmãos do presidente J. Roca e o médico brasileiro chegou a tempo de participar (ibidem: 15).

O primeiro artigo desta conferência refere-se ao compromisso assumido pelas nações participantes de notificar imediatamente às outras o aparecimento dos casos de peste, febre amarela e cólera. Um artigo subsequente estipulava o que deveria ser entendido por localidade ‘contaminada’ ou ‘suspeita’, designações que causavam azedumes e atritos internacionais todas as vezes que deveria ser feita uma declaração do estado sanitário de alguma das localidades. Esta declaração era então largamente divulgada pela imprensa, fato que causava mais danos ao país do que à própria epidemia. Por isso, algumas nações não faziam tal comunicado em tempo oportuno, colocando em risco os países com quem realizavam trocas comerciais. Particularmente, no Rio de Janeiro ocorria o contrário, mal se verificava o primeiro caso de

¹⁹⁴ Convenção Sanitária Internacional entre as Repúblicas Americanas, da Argentina, dos Estados Unidos do Brasil, Praguay e Oriental do Uruguay, *Brazil Médico*, anno XVIII, 1904, pp. 284-287.

peste e já a cidade era declarada como infeccionada por um ato do governo publicado em todos os jornais e telegrafado para o mundo todo (ibidem: 17).

Para evitar tal constrangimento, a convenção estipulou que a declaração oficial constituiria em um ato privado das autoridades sanitárias dos países contratantes, os quais se comunicariam por meio de código telegráfico. Foram fixadas também as condições necessárias para que uma localidade fosse declarada como infeccionada. Não bastava que se observassem um ou mais casos de peste, febre amarela ou cólera, era necessário que ocorressem casos repetidos e não importados (ibidem).

Mas foi no artigo 11 que as autoridades mostraram suas novas orientações científicas, ficando acertada a adoção de medidas mais eficazes no tratamento profilático marítimo e terrestre: o isolamento dos doentes, a desinfecção, a vigilância sanitária, a instituição dos inspetores sanitários dos navios e as vacinações preventivas. As quarentenas foram, portanto, suprimidas do seu processo de defesa higiênica (ibidem).

O artigo 12 definiu o conceito de vigilância sanitária¹⁹⁵, que deveria ser exercida sobre todos os passageiros, mas com certas diferenças entre os de 1ª, 2ª e 3ª classes. Para os passageiros de 1ª e 2ª classes, ela seria cumprida em terra, garantindo a liberdade de locomoção dos indivíduos, podendo a autoridade sanitária recorrer ao sistema de passaportes sanitários, exigindo um prévio depósito em dinheiro, que era devolvido quando terminasse a vigilância, ou lançar mão de outros recursos mais adequados para garantir a eficácia da observação médica (ibidem).

Sobre os passageiros de 3ª classe, a vigilância sanitária poderia ser praticada nos locais, ou seja, dentro dos próprios navios e sob as restrições que a autoridade sanitária julgasse mais conveniente. Isso dava autonomia às autoridades para que utilizassem a proteção profilática que achassem mais adequada no caso de navios com imigrantes, inclusive a quarentena (ibidem).

Com relação à profilaxia terrestre, ficavam abolidos os cordões sanitários e as quarentenas. E para a profilaxia marítima e fluvial, ficou proibido fechar os portos sob qualquer hipótese, sendo qual fosse o estado sanitário do navio. A convenção definiu também o conceito

¹⁹⁵ Segundo o art. 12 da convenção, deveria ser entendido por vigilância sanitária a observação médica exercida pela autoridade sanitária sobre os passageiros ou transeuntes procedentes de localidades contaminadas ou suspeitas, dentro de um prazo de tempo que não excederia o do período de incubação da moléstia que se queria evitar.

de navio indene e infectado, que ficou similar ao regulamento brasileiro de 1904¹⁹⁶. De acordo com o art. 20, para gozarem das franquias e vantagens da convenção, todos os navios destinados ao transporte de passageiros passariam a trazer a bordo, permanentemente: médico; aparelho de desinfecção, para matar rato; mosquiteiros; provisão de medicamentos e de desinfetantes; e ainda deveriam dispor de locais apropriados ao isolamento dos doentes (ibidem).

A função de inspetor sanitário de navio permaneceu com posição importante no rol de procedimentos de proteção sanitária entre as nações contratantes, exercendo as mesmas funções que foram determinadas pela primeira convenção e pelo regulamento sanitário de 1893. O navio com passageiros que não conduzisse inspetor sanitário a bordo passou a ser considerado como navio infeccionado, tendo que passar por todo o processo de inspeção e desinfecção no porto de destino¹⁹⁷.

Esta convenção apontou medidas profiláticas diferenciadas para a peste bubônica, cólera e febre amarela, agora que havia sido confirmado na conferência de Paris em 1903 que o rato era o vetor de transmissão da peste e o mosquito, da febre amarela.

3.5 A profilaxia da peste, cólera e febre amarela e um diagnóstico sobre os serviços sanitários dos portos do Brasil

No caso da “peste levantina”, em portos contaminados, antes da partida, os navios que tocassem em tais portos ou em portos suspeitos deveriam tomar as necessárias precauções para impedir a passagem de ratos pelos cabos, amarras, correntes e demais meios de contato com a terra. Após a descarga, os navios seriam submetidos aos processos julgados mais eficazes para o extermínio dos roedores¹⁹⁸.

Os inspetores sanitários de navio tinham que assistir ao embarque dos passageiros no porto contaminado, devendo impedir a admissão a bordo de pessoas que apresentassem sinais evidentes ou suspeitos de peste. Quando julgassem conveniente, os inspetores poderiam exigir,

¹⁹⁶ Arts. 15, 16 e 19 da convenção.

¹⁹⁷ Art. 23.

¹⁹⁸ Arts. 24, 25.

antes do embarque, a desinfecção das bagagens dos passageiros de 3ª classe (imigrantes). Caso aparecesse peste a bordo, o inspetor deveria isolar o doente em local apropriado, fazer a desinfecção de seus objetos pessoais e aplicar a soro-vacinação em todos os passageiros e tripulantes, caso consentissem¹⁹⁹.

No porto de destino, os navios indenes, ou seja, aqueles que saíram de portos contaminados mas não tiveram casos de doenças durante a travessia, passaram a ter livre prática, que significava poder atracar no porto sem qualquer problema. Seus passageiros e tripulantes permaneciam em vigilância sanitária por cinco dias, contando do momento do embarque. Os navios infectados deveriam ser submetidos aos seguintes procedimentos: os doentes eram desembarcados e isolados; os demais passageiros eram desembarcados após a soro-vacinação e submetidos à vigilância sanitária de no máximo 5 dias. Os passageiros que não aceitassem a soro-vacinação eram submetidos à vigilância sanitária. Após o desembarque dos passageiros, o navio era desinfectado, procedendo-se ao extermínio dos ratos antes da descarga e a desinfecção das roupas e objetos de uso pessoal. Estas operações deveriam ser realizadas sempre com a aparelho de Clayton ou qualquer outro sistema que reunisse condições para a realização do serviço. Terminadas tais intervenções, as cargas deveriam ser recebidas sem restrições²⁰⁰.

Em caso de porto contaminado pela febre amarela, antes da partida, os navios que tocassem tais portos deveriam tomar as necessárias precauções para evitar a sua invasão pelos mosquitos de terra. Uma vez determinada a operação de descarga, eles eram submetidos ao tratamento julgado mais eficaz pela autoridade sanitária para o extermínio dos mosquitos²⁰¹.

Os inspetores sanitários de navio deveriam assistir normalmente ao embarque de passageiros, impedindo a admissão de pessoa que apresentassem sintomas de febre amarela. Durante a travessia, o inspetor tinha que proceder a uma minuciosa vigilância sobre passageiros e tripulantes, indagando e verificando a existência dos mosquitos, larvas ou ninfas a bordo, lançando mão dos meios necessários para destruí-los. Se durante a travessia aparecessem casos da moléstia, o inspetor procederia o isolamento do doente por meio de um mosquiteiro adequado, evitando que os passageiros fossem picados por mosquitos²⁰².

¹⁹⁹ Arts. 26, 28.

²⁰⁰ Arts. 29-32.

²⁰¹ Arts. 33, 34.

²⁰² Arts 35-37.

No porto de destino, os navios indenes que no porto contaminado tomaram as precauções necessárias eram recebidos em livre prática, sendo os passageiros e tripulantes submetidos à vigilância de seis dias, contando do momento do embarque. Após o desembarque dos passageiros, procedia-se ao extermínio dos mosquitos, larvas e ninfas a bordo, podendo, de acordo com a autoridade sanitária, serem executadas medidas profiláticas com relação às roupas e objetos de uso pessoal dos passageiros. A carga deveria ser recebida sem nenhuma restrição²⁰³.

Os navios que tocassem em portos contaminados pela “cólera asiática” evitariam que os passageiros em trânsito e tripulantes baixassem à terra, salvo para operações imprescindíveis. Antes da partida, os navios considerados contaminados deveriam proceder à limpeza e desinfecção dos depósitos de água²⁰⁴.

Os inspetores sanitários assistiriam ao desembarque dos passageiros, impedindo a entrada de pessoas com sintomas da doença. Deveriam igualmente exigir a desinfecção prévia das bagagens. Durante a travessia, era feita a vigilância e caso aparecessem doentes, estes eram isolados e suas roupas e objetos de uso pessoal desinfectados²⁰⁵.

No porto de destino, o navio indene, procedente de porto contaminado e que sofrera tratamento, era recebido em livre prática, sendo os passageiros e tripulantes submetidos à vigilância de cinco dias, contando do último porto contaminado. Os navios infectados eram submetidos à observância das determinações das autoridades sanitárias, no sentido de evitar a contaminação das águas do porto. Os enfermos eram desembarcados e isolados e, após este desembarque, os navios deveriam ser descarregados e submetidos à rigorosa desinfecção. As roupas e objetos pessoais sofriam expurgo. Os demais passageiros eram desembarcados e submetidos à vigilância sanitária de cinco dias. A carga, qualquer que fosse a sua natureza, não deveria passar por processo algum²⁰⁶.

O Brasil, enquanto signatário das conferências de Paris (1903) e do Rio de Janeiro (1904), tinha agora o compromisso de promover as reformulações acertadas nas reuniões com relação aos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais do país, que eram então extremamente deficientes (*O Brazil-Médico*, 1905, ano XIX, vol 1, p. 228).

²⁰³ Arts. 38-40.

²⁰⁴ Arts. 41-43.

²⁰⁵ Arts 43-45.

²⁰⁶ Arts 46, 47.

Para dar cumprimento ao disposto nestes tratados, era indispensável dotar, se não todos, ao menos os principais portos da União das instalações sanitárias para que se pudesse por em prática o isolamento dos doentes e a desinfecção não só dos navios, como de todos os objetos e pessoas capazes de veicular o contágio. Dessa forma, era urgente a instalação de hospitais de isolamento e de estações de desinfecção nesses portos. Ao lado das instalações materiais, era preciso também realizar a reorganização administrativa dos serviços, dotando-os de mais pessoal, afim de que pudesse ser feita a vigilância médica e a fiscalização das desinfecções (*O Brazil-Médico*, 1905, ano XIX, vol 1, p. 228).

Dessa forma, Oswaldo Cruz é chamado, pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores, J. J. Seabra, a realizar uma longa expedição aos portos marítimos e fluviais do Brasil, com a finalidade de verificar *in loco* os melhoramentos que cada um carecia. Entre setembro de 1905 e fevereiro de 1906, em plena remodelação do Rio de Janeiro, o diretor de saúde pública realizou sua viagem pelos portos, de norte a sul do país, com o objetivo de levantar dados para por em prática o projeto de reforma da organização de todos os principais portos da União.

Oswaldo Cruz, durante esta expedição, encontrou uma realidade bastante diferente da do Rio de Janeiro e de São Paulo em nível de saúde e infra-estrutura. As outras capitais, assim como seus portos, por mais que o país assinasse acordos, tratados sanitários no exterior, ainda se encontravam com a composição colonial da época anterior, bem longe do ideário de higiene e civilização pregados pelas autoridades da Primeira República.

No item a seguir analisarei mais um caso de navio de imigrantes que chegou ao porto do Rio de Janeiro com epidemia. Vamos conhecer o caso do vapor francês Orleannais que chegou à baía da Guanabara com epidemia de peste bubônica a bordo. No Orleannais foram aplicados todos preceitos da profilaxia moderna. Foi um caso tão bem sucedido que virou modelo para o serviço de desinfecção.

3.6 A Peste no Orleannais: um caso modelo para o Serviço de Desinfecção do Porto do Rio de Janeiro.

Em 1907, o serviço de desinfecção do porto do Rio de Janeiro já tinha quatro anos de funcionamento sob a direção do Dr. Jaime Silvado. A ordem da DGSP era de que se fizesse

principalmente a profilaxia antipestosa de forma rigorosa e o Dr. Silvado seguia a determinação à risca (RMJNI,1907/1908: A1-1 – Relatório do Serviço de Desinfecção do Porto do Rio de Janeiro).

A situação sanitária no porto parecia tranquila, há pelo menos três anos não ocorriam problemas sérios relacionados à epidemias e para mostrar a eficiência de seu serviço, o Dr. Silvado, em relatório enviado à DGSP, apresentou quatro casos bem sucedidos de navios que sofreram desinfecção e tiveram seus surtos epidêmicos controlados. Um desses casos foi o do navio de imigrantes francês Orleanais, que vamos descrever mais detalhadamente. Antes, porém, vamos relatar os três primeiros casos bem sucedidos, apontados pelo inspetor de desinfecção.

A barca italiana Agostino M. vinha da Argentina com carregamento de alfafa. Durante a viagem dois tripulantes faleceram e um deles, de acordo com o capitão, com bubão²⁰⁷. Os casos foram considerados suspeitos de peste e a barca foi desinfectada rigorosamente antes de atracar. Ao mesmo tempo sua tripulação era submetida à soro-vacinação. De acordo com o inspetor de desinfecção, nem um só caso novo surgiu durante sua permanência prolongada em águas brasileiras (ibidem: A1-4).

O vapor inglês Saxon Prince atracou nas Docas de Santos, descarregando farinha e alfafa vindas da Argentina, e desembarcaram dois doentes atacados pela peste que foram recebidos no hospital de isolamento, ao mesmo tempo que a bordo se verificava epizootia de ratos. O navio, forçado a desatracar, foi por ordem da DGSP para o porto do Rio de Janeiro, onde foi submetido à rigorosa desinfecção, sendo os tripulantes imunizados (ibidem).

O cruzador República pertencia à Marinha brasileira. Esteve em dois diques da Ilha das Cobras, onde permaneceu por um longo período a fim de proceder ao reparo de seu casco. Um dos tripulantes, que servia ao comandante, foi internado no Hospital da Marinha com febre amarela. Quase ao mesmo tempo, um oficial do navio adoecia com a mesma moléstia. Foi verificado que numa pedreira existente na Ilha das Cobras, ao lado dos diques, tinha havido um caso de febre amarela, decorrente de um foco existente em uma fábrica de chitas. O Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, a cargo do Dr. Pacheco Leão, encarregou-se do serviço terrestre

²⁰⁷ Bubão – ou mula. Tumor produzido pela inchação das glândulas linfáticas da virilha e ocasionado pelo vírus do cancro sífilítico. Reclamam repouso e cataplasmas de linhaça. As glândulas da virilha podem também inchar simpaticamente por causa de uma simples ferida no pé (...) ou sem causa conhecida. In: Chernoviz (op.cit: 1411).

na ilha. O Serviço de Desinfecção do Porto foi encarregado de realizar a desinfecção do República e de todas as embarcações fundeadas na ilha, dando fim ao surto da moléstia (ibidem: A1-5).

Vamos analisar o caso do vapor francês Orleannais mais detalhadamente por ser um navio de imigrantes. Vindo de Marselha, com escala em portos espanhóis, aportou no Porto do Rio de Janeiro com 800 imigrantes a bordo. Durante a travessia houve dois óbitos e os corpos foram jogados ao mar, após serem diagnosticados pelo médico de bordo como peste. O vapor chegou ao porto com outros doentes, que foram encaminhados para o Hospital São Sebastião, no Caju. Dos 800 imigrantes, de diversas nacionalidades aglomerados na 3ª classe, 102 saltariam no Rio de Janeiro e em Santos, o restante se encaminharia para Montevidéu e Buenos Aires (ibidem: A1-4; *Gazeta de Notícias*, 1º de novembro de 1907: 4).

Enquanto isso, autoridades e população começaram a ficar preocupados com o fato de haver um navio com surto de peste na cidade. O major Trajano Louzada, inspetor da polícia marítima, como medida de prevenção, ordenou que o paquete fosse vigiado durante toda a noite, para que “nenhum imprudente, sem saber do perigo que corria, penetrasse o navio”, até que as autoridades decidissem o que fazer para evitar que o mal se propagasse. Dentro do vapor, os passageiros já começavam a sentir a escassez de comida. Em Buenos Aires, escala final do paquete, o clima também era de temor (ibidem; *Gazeta de Notícias*, 5 de novembro de 1907: 2).

O Orleannais foi um caso sério e cheio de dificuldades, pois, segundo o Dr. Silvado, não era possível desinfetar no porto do Rio um vapor em tais condições de anti-higiene e abarrotado de gente. Por isso, ele foi enviado à Ilha Grande, onde se poderia com calma, sem os passageiros a bordo, desinfetá-lo cuidadosamente. Nesta ocasião, o inspetor de desinfecção pediu ao Dr. Pedroso, que substituíra Oswaldo Cruz na direção da DGSP naquele momento, para levar o navio para a enseada da Jurujuba, onde ele achava que poderia realizar os procedimentos com maior comodidade, pelo fato desta enseada se localizar mais próxima ao porto do Rio. No entanto, o estabelecimento, que havia sido o Hospital Paula Cândido e o Hospital Santa Izabel, de isolamento, não estava preparado para tal empreendimento (ibidem).

Este caso veio pôr em evidência a necessidade da instalação no porto do Rio de uma estação onde os navios pudessem ser desinfetados, pois somente a barca de desinfecção Pasteur não dava conta de tal emergência, dada a quantidade de passageiros. Por isso, impôs-se a ida à Ilha Grande (ibidem: A1-5).

O Dr. Silvado partiu então para o lazareto, a bordo da barca Pasteur, na companhia do Dr. Henrique Aragão do Instituto de Manguinhos, no dia 1º de novembro, às 7 horas da manhã, chegando à ilha às 4 horas da tarde. O diretor do lazareto foi a bordo do Pasteur receber os dois médicos que se encaminharam para o Orleannais, já fundeado na enseada do Abraão. “O navio estava em condições de completa imundície, como se costuma observar nos vapores franceses que dão-se a esse tráfico”(ibidem).

Os médicos combinaram com o comandante o desembarque dos passageiros, assim como a remessa das bagagens ao desinfectório do lazareto. Os imigrantes foram imunizados pelo Dr. Aragão, enquanto Silvado desinfetava o navios e as roupas dos tripulantes (ibidem).

No dia seguinte, 2 de novembro, começou o desembarque dos passageiros, “o qual foi penosíssimo”. A desinfecção a bordo foi realizada com soluções antissépticas, sendo todos os compartimentos fumigados, desde os porões até a câmara do comandante. “A estufa do Pasteur funcionou bem, desinfectando as roupas da tripulação” (ibidem).

Dia 4 de novembro o trabalho estava terminado e os médicos partiram da ilha. O Orleannais voltou ao Rio e entrou em livre prática no porto, desembarcando alguns passageiros e carga. Seguiu depois para Santos, onde ficaram mais 500 imigrantes, o restante foi para Buenos Aires. Nenhum caso novo surgiu e na capital argentina o vapor entrou também em livre prática. “A explosão epidêmica fora dominada” e o comandante e o médico de bordo mostraram-se satisfeitos com o serviço. Os passageiros que se destinavam ao Rio de Janeiro foram desembarcados, permanecendo em vigilância médica (ibidem; *Gazeta de Notícias*, 6 de novembro de 1907: 3).

O Orleannais configura-se com um caso bem sucedido de interrupção de uma epidemia a bordo, evitando que ela se propagasse para a cidade e para os outros portos onde o navio ainda faria escala, deixando os imigrantes. Ao contrário do caso Carlo R, descrito no capítulo 1 desta tese, os passageiros que tinham o porto do Rio como destino foram devidamente desembarcados, os doentes receberam tratamento no Hospital São Sebastião – já que o da Jurujuba estava desativado - e os outros passaram pela desinfecção. Os passageiros que tinham o porto do Rio como destino ficaram sob vigilância médica, os outros, que se destinavam a Santos e ao Rio da Prata, continuaram viagem aos seus destinos, onde foram recebidos sem maiores complicações.

Como signatários do Convênio de 1904, os países envolvidos, Brasil, Argentina e Uruguai cumpriram com o que foi tratado, não deixando o navio em quarentena, desembarcando a carga e utilizando os processos de desinfecção e a vigilância sanitária dos passageiros como medida de prevenção. Todos os passageiros foram desembarcados e seguiram os seus destinos mesmo com a existência de um artigo (art. 12) na convenção que dava autonomia para a autoridade sanitária utilizar as restrições que julgasse mais conveniente sobre passageiros de 3ª classe, inclusive a proibição de desembarque e quarentena.

Apesar de ser um caso bem sucedido, usado como exemplo no relatório do chefe do Serviço de Desinfecção do Porto do Rio de Janeiro para o diretor da DGSP, havia ainda um clima de desconfiança e insegurança, difundido pela imprensa. Segundo editorial do *Correio da*

Manhã, a entrada livre do vapor na Baía da Guanabara, mostrava que a vigilância sanitária não estava sendo exercida de forma eficaz (*Correio da Manhã*, 8 de novembro de 1907: 5).

Um outro problema também veio a tona, a falta de um verdadeiro hospital de isolamento na cidade. O Hospital São Sebastião, que a princípio fora criado para só atender doentes de varíola, havia se transformado em hospital de isolamento geral, sem a construção de enfermarias adequadas para outros tipos de moléstias que não a varíola. A falta de estrutura adequada fazia com que ocorressem, frequentemente, casos de infecção interna de varíola entre os doentes acometidos por outras infecções como varicela, sarampo e escarlatina, que eram tratados promiscuamente por falta de enfermaria adequada para cada infecção (RMJNI, 1907-1908-2: A6-25, 26 – Relatório dos médicos do hospital São Sebastião)²⁰⁸.

O caso Orleannais se constituiu como uma boa resposta dos aparatos de saúde pública à recepção de passageiros portadores de doenças transmissíveis. A esta altura, o Serviço Sanitário do Porto do Rio de Janeiro se encontrava montado e funcionava regularmente com as práticas de prevenção bem configuradas com suas tecnologias, convenções e regulamentos. De forma que a chegada de navios com surto de moléstias contagiosas não se configurava mais como um problema excepcional, pois as práticas de prevenção para este tipo de situação tornaram-se rotineiras. Havia uma ação protolocar para tal circunstância: desinfetar o navio, as bagagens e os passageiros com a utilização do aparelho de Clayton e das estufas, isolar os doentes e deixar a tripulação e os passageiros não contaminados em vigilância sanitária. Entretanto, três anos depois, a chegada do navio Araguaya balançou novamente as estruturas portuárias, colocando à prova mais uma vez o sistema de profilaxia brasileiro.

²⁰⁸ Escrito pelos doutores Antonino Ferrari, Zeferino Meirelles, Julio Monteiro e Leão D'Aquino, apresentado ao diretor do hospital em janeiro de 1908.

CAPÍTULO 4

Cólera no Araguaya: uma questão de classe

Neste capítulo vamos contar e analisar o episódio Araguaya, um transatlântico de luxo que chegou ao porto do Rio com passageiros ilustres e 1028 imigrantes no porão, onde ocorria uma epidemia de cólera. Este caso se constitui como um acontecimento total para a experiência da travessia, analisada nesta tese. Nele encontramos todos os ingredientes para temperar esta análise: desrespeito quanto à forma de tratamento dado aos imigrantes, que neste momento emergia enquanto assunto internacional, revolta, protesto, aplicação das formas de profilaxia mais modernas, aplicação da bacteriologia para o diagnóstico, heroísmos médicos, mentiras, desconfianças, emoção, solidariedade, perplexidade e impotência.

Introdução

Assinar acordos sanitários, no final do século XIX e início do XX, representava para as nações signatárias diminuir entraves comerciais, facilitando o fluxo de mercadorias e pessoas, e ao mesmo tempo proteger as cidades de eventos epidêmicos, principalmente contra as doenças que conhecidamente ocorriam em locais de grande aglomeração de pessoas, como os portos.

A chegada de navios com imigrantes era uma rotina nos portos brasileiros, americanos e argentinos durante as décadas da grande imigração (1890-1910). Invariavelmente estes navios vinham com doentes a bordo, ou até com surtos de doenças transmissíveis, sendo as mais temidas e comuns a cólera, peste e febre amarela. Por isso, todas as convenções sanitárias durante este período tiveram a preocupação de realizar acordos que visassem formas de prevenção adequadas, para evitar principalmente as duas primeiras moléstias. Além disso, com o intuito de facilitar as trocas comerciais, as formas de prevenção deveriam ser iguais em todos os portos. Quem ditava o modelo de profilaxia adequado, que deveria ser seguido pelos serviços sanitários dos portos de todas as nações interessadas em participar do grande fluxo de negócios, era a ciência. Ou melhor, o que ela dizia sobre a etiologia, prevenção e formas de contágios das moléstias.

O objetivo dos acordos e legislações sanitárias nos portos era fazer com que aquilo que anteriormente era considerado como algo extraordinário, um navio com surto epidêmico, fosse transformado em rotina, com um protocolo eficaz, que se fosse seguido passo a passo daria cabo de qualquer epidemia. Assim, constrangimentos diplomáticos e comerciais seriam também evitados.

O Orleannais, no ano de 1907, é o exemplo de como um serviço sanitário bem equipado e estruturado com as novas tecnologias, além de pessoal técnico bem preparado, recebia navios com surto de doenças transmissíveis sem causar grandes problemas a passageiros, tripulação e mercadorias.

No entanto, em setembro de 1910, a chegada ao Brasil do Araguaya, balançou novamente as estruturas do Serviço Sanitário do Porto do Rio de Janeiro. Este vapor luxuoso levava na primeira classe, além de notórios comerciantes, médicos e personalidades, também mil imigrantes no porão da terceira, onde ocorreu uma epidemia de cólera.

Quando a etiologia e forma de prevenção das três doenças mais temidas já haviam sido praticamente decifradas pela bacteriologia e as suas profilaxias eram aceitas de forma unânime pela maior parte dos países, quando cada vez mais as nações se empenhavam numa forma de cooperação sanitária internacional, por que a chegada deste vapor trouxe velhos temores e problemas para autoridades e população? Entre a chegada do Carlo R., em 1893, e a do Araguaya em 1910, quais teriam sido as rupturas e continuidades nas práticas adotadas pelo serviço sanitário do porto, no gerenciamento de uma situação de epidemia a bordo de um navio de imigrantes?

Apesar de um pouco mais controladas, a partir do entendimento de sua etiologia, terapêutica e prevenção, as três doenças responsáveis pelas maiores epidemias mundo afora – cólera, peste e febre amarela – em especial a cólera, ainda despertava de seus focos na Ásia e fazia de vez em quando irrupções pela Europa, pequenos surtos epidêmicos sufocados com certa facilidade. Entretanto, ao aparecer na Itália no final de 1909, assumiu um caráter mais grave. Por isso, o governo brasileiro passou a declarar como infeccionadas certas regiões italianas (RMJNI, 1910-1911: S2-6N – Relatório da DGSP).

Em decorrência desses focos italianos, em outubro de 1910, aportou na Bahia o paquete Araguaya da *Royal Mail Steam Packet Company*. com casos de cólera a bordo. Os passageiros foram proibidos de desembarcar e o navio foi encaminhado para o Lazareto da Ilha Grande.

“O médico de bordo disse que havia três casos de ‘enterite’²⁰⁹. Os doutores Andrade (Raymundo), médico e chefe da polícia marítima, e seu auxiliar, Dr. Baggi, entreolharam-se e subiram. Dr. Andrade, minutos depois, ordenou que a lancha da saúde do porto voltasse à terra e impediu o navio. O paquete deixou o ancoradouro lançando ferro defronte ao desinfectório federal. Não foi permitida a livre prática. Os doentes e mortos eram todos da 3ª classe (...)” (*Gazeta da Bahia*, 15 de outubro de 1910: 1)

O transatlântico já havia saído da Itália com doentes a bordo, que eram jogados ao mar conforme morriam. Nada fora avisado aos outros passageiros. O navio vinha apinhado de gente, só na terceira classe, 1028 imigrantes. Como era considerado navio de luxo, havia passageiros ilustres na 1ª e 2ª classes, que nada sofreram, entre eles médicos, jornalistas, autoridades brasileiras e argentinas. O caso virou comoção nacional, algumas dessas autoridades denunciaram à imprensa as negligências ocorridas e até abaixo-assinado foi feito a favor dos passageiros de 3ª classe.

14 de outubro de 1910

Bahia - 4 horas da tarde

O Dr. Raymundo de Andrade, inspetor de saúde do porto da Bahia, se comunica por telegrama com a DGSP, avisando que ali aportara o paquete Araguaya, trazendo três casos de cólera-morbus. O médico de bordo declarou ao doutor Andrade que durante a viagem tinham ocorrido três óbitos de moléstia comum e que, um dos casos de cólera existente era em um russo embarcado em Cherburgo²¹⁰ (RMJNI, 1910-1911: S2-7)²¹¹.

Toda a gente já se preparava para desembarcar, os chapéus se esfuziavam no deque, quando uma notícia ecoa: “ninguém salta!”

- “Por que? Interrogaram numa ânsia geral²¹².”
- Há cólera a bordo”.

²⁰⁹ Enterite – catarro intestinal. Inflamação dos intestinos. Aguda – cólica, ventre inchado e doloroso à pressão, evacuação líquida, borboríngmos, fastio, febre. In: Chernotes (op.cit.: 1482).

²¹⁰ Porto francês, situado na região da Baixa-Normandia. Ver localização em www.maps.google.com.br, acessado em 6 de abril de 2010.

²¹¹ Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Ministro da Justiça e Negócios Interiores pelo Dr. Figueiredo Vasconcelos, diretor da DGSP, acerca das medidas de profilaxia anti-colérica executada no Lazareto da Ilha Grande contra o paquete ‘Araguaya’ e seus passageiros.

²¹² Toda a situação e diálogos foram descrito por um redator do Correio da Manhã, Floriano de Lemos, que se encontrava a bordo, como passageiro do Araguaya.

A partir daí, deu-se um falatório e ninguém entendia mais nada. Soube-se que havia um doente com vômito e diarreia, para o qual o médico de bordo fez o diagnóstico de cólera-morbo. Mas ninguém queria acreditar e o protesto cresceu.

- “Não é cólera, com certeza.
- Alguma indigestão. Este médico inglês é burro!
- Naturalmente o imigrante encheu-se de frutas em Pernambuco e hoje está com embaraço gástrico...” (*Correio da Manhã*, 22 de outubro de 1910: 1).

O Dr. Andrade seguiu então para terra com o objetivo de pedir recomendações ao governo federal de como proceder. O Dr. Figueiredo Vasconcelos, Diretor de Saúde Pública, telegrafou imediatamente para a Bahia, pedindo ao Dr. Andrade que impedisse o desembarque dos passageiros e cargas, à exceção das malas do correio, que deveriam ser desembarcadas incontinentem, em obediência ao artigo 16²¹³ da Convenção Sanitária Internacional de Paris, de 1903, da qual o Brasil era signatário. Ordenou-se ao comandante do navio que fosse para o Lazareto da Ilha Grande, onde a Diretoria de Saúde Pública dispunha de todos os recursos necessários para o completo expurgo do navio, assim como local para o desembarque de passageiros e hospital de isolamento para os doentes (RMJNI, op.cit).

O Diretor de Saúde Pública, entendendo a gravidade do fato, pediu uma autorização ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores para convidar o Dr. Clementino Fraga, professor da Faculdade de Medicina da Bahia, para que, na qualidade de delegado do governo, acompanhasse o Araguaya até a Ilha Grande. Era necessário empregar os meios profiláticos, aconselhados pela ciência em tais ocasiões e o doutor Fraga era grande conhecedor dos preceitos da higiene. Como se tratava de um pacote de luxo, era necessária a presença de um profissional experiente e seguro, pois o vapor “transportava grande número de passageiros de 1ª e 2ª classes, não só brasileiros, mas também orientais e argentinos, que fatalmente ficariam muito alarmados ao terem a notícia de que grassava a cólera a bordo” (ibidem).

Para o diretor, nestas ocasiões, “o lado moral era tão importante quanto o profilático”. Neste caso, para preservar os passageiros das classes mais abastadas, a simples presença do Dr. Fraga a bordo seria suficiente para acalmar os mais aterrorizados. Renomado professor de uma faculdade de medicina, de reconhecido saber, com vasto conhecimento de higiene, pois há

²¹³ Art. 16 – As cartas e correspondências, impressos, livros, jornais, papéis de negócio etc, (não incluídas as encomendas postais) não serão submetidas a nenhuma restrição, nem desinfecção (RMJNI, 1910-1911: S2-22).

pouco tempo fora funcionário da DGSP, Fraga reunia em si todos os requisitos para o desempenho de tal empreitada. Era necessário levantar “a moral dos passageiros terrivelmente acabrunhados por uma notícia tão aterrorizadora, tendo ainda que fazer 48 horas de viagem em um pacote contaminado (...)” (ibidem).

Apesar de todo o cuidado tomado na Bahia para que a moléstia não se propagasse por território nacional, um erro grave havia ocorrido em Pernambuco, primeiro porto de escala do Araguaya no Brasil: o navio desembarcou passageiros e recebeu novos. Com esta informação em mãos, o Dr. Vasconcelos telegrafou para o Dr. Fernandes de Barros, Diretor do 2º Distrito Sanitário Marítimo, com sede em Pernambuco, pedindo-lhe com urgência informações de como o Araguaya tivera livre prática em Recife (ibidem: S2-8).

O Dr. Barros informou-lhe então que a visita sanitária ao pacote fora feita pelo seu ajudante, o Dr. Padilha, a quem o médico de bordo acusara tão somente ter havido três óbitos durante a viagem, sendo um de síncope cardíaca, outro de nefrite e o terceiro de oclusão intestinal. Disse ainda que na ocasião da visita não havia doentes dentro do navio, que os livros de bordo nada registravam de suspeito e tampouco o receituário médico. Dr. Padilha inclusive ressaltou que conversara com diversos passageiros, os quais não tinham nenhuma informação sobre moléstias ocorridas a bordo. Além disso, o pacote havia partido de Southampton, na costa sul da Inglaterra, considerado na ocasião porto limpo (indene). O navio também não tocara em nenhum porto classificado como suspeito — Cherburgo, na França; Vigo, na Espanha; Lisboa, em Portugal e Ilha da Madeira – dos quais trazia carta de saúde limpa e o livro de registro de bordo só acusando os três óbitos de moléstias comuns, ou seja, não infecciosa. Assim, o pacote teve livre prática em Pernambuco (ibidem).

A desconfiança que estava no ar era a de que os casos de cólera começaram a aparecer desde o início da viagem. Entretanto, de acordo com a sua carta de saúde, o navio teve livre prática em Vigo, Lisboa e Madeira. Neste portos, pessoas embarcaram sem que as respectivas autoridades sanitárias tivessem a mais leve desconfiança do que se passava. Para o Diretor de Saúde Pública brasileiro, o comandante e o médico de bordo haviam ludibriado completamente as autoridades sanitárias desses diferentes portos, com a vantagem de terem saído de Southampton, porto considerado limpo na ocasião (ibidem).

Entre Pernambuco e Bahia ocorreram três casos de cólera. O número de doentes, com certeza, assustou o comandante e o médico de bordo, mas apesar disso, ainda na Bahia, tentaram iludir a autoridade sanitária para realizar o desembarque e a descarga (ibidem).

O inspetor do porto baiano, Dr. Andrade, telegrafou um pouco mais tarde para o Diretor de Saúde Pública na capital, com o objetivo de lhe transmitir informações mais precisas sobre o caso: disse que o médico de bordo, a princípio, lhe declarou que haviam ocorrido três óbitos de moléstia comum durante a viagem e que, na ocasião, existia somente um passageiro com diarreia. O inspetor do porto baiano pediu então para ver tal doente. Após muita insistência, o médico do transatlântico confessou que existia cólera a bordo e que não havia necessidade de exames, pois já assistira a três epidemias de tal moléstia e não tinha dúvidas de que grassava o mal (ibidem).

O primeiro caso da doença ocorreu no dia 1º de outubro, em um passageiro da 3ª classe de nacionalidade russa, que veio a falecer em dois dias. No diário do médico de bordo, segundo informações de um jornalista brasileiro que se encontrava no navio, havia o diagnóstico de cólera, seguido de uma interrogação. Este caso deve ter impressionado o médico de tal forma, que ao chegar no porto de Lisboa, com surpresa, os passageiros souberam que não lhes seria permitido o desembarque. Houve protestos e “não se sabe em que princípio da higiene naval o comandante acabou fazendo a vontade dos queixosos, condescendendo ao desembarque”. Em Lisboa, também embarcaram grande número de pessoas, “como geralmente acontece neste porto” (*Correio da Manhã*, op.cit – relato do redator Floriano Lemos).

De Lisboa à Ilha da Madeira e deste porto até Pernambuco, mais doentes apareceram e dois corpos foram lançados ao mar. No entanto, na Ilha da Madeira como em Pernambuco, subiram novos passageiros e outros desceram, apesar da existência da doença a bordo (ibidem).

Dia 13 de outubro, na parte da tarde, o Araguaya partiu de Pernambuco em direção à Bahia. Verificou-se, ao meio-dia em ponto do dia 14, de acordo com o boletim de bordo, que o paquete andara 350 milhas em 22 horas e 40 minutos, fazendo recorde de velocidade ao mar. O comandante, provavelmente, estava aterrorizado pelo fato de uma menina ter caído doente. Segundo as notas do médico da companhia, era o quarto caso da doença. Fulminada pelo mal em poucas horas, o corpo da criança foi lançado no oceano nas proximidades da Bahia. Só então as autoridades brasileiras tiveram ciência de que havia o mal a bordo, com um óbito recente e um doente grave. De acordo com os passageiros, se a menina não tivesse morrido tão

rápido – mais rápido do que a carreira do navio – nada seria informado aos médicos da Inspetoria de Saúde do Porto da Bahia. Passageiros desembarcariam e outros subiriam com destino ao Rio de Janeiro ou outros portos de escala – Santos ou Montevideú - por onde o navio passaria até o seu destino final, Buenos Aires (ibidem).

O Araguaya era conhecido como um grande transatlântico de luxo mas, nesta viagem, ele trazia 1028 passageiros de 3ª classe, “imigrantes na mais completa promiscuidade, dormindo uns sobre os outros, imundos, disputando comida de forma desumana, imoral”. Felizmente, a água de bordo parecia não ter sido contaminada, de forma que o mal não se generalizou, fazendo com que nada ocorresse aos passageiros de 1ª e 2ª classes, onde não houve um só caso da doença. Desde a Bahia eles foram mantidos pelo Dr. Clementino Fraga num rigoroso círculo profilático, bebendo água fervida e limonadas. Foi proibido o uso do gelo e de frutas cruas. Estes passageiros foram totalmente isolados da proa do navio, onde ficavam os imigrantes, e suas roupas foram desinfetadas (ibidem).

De acordo com os relatos de alguns passageiros à imprensa, as acomodações na 3ª classe eram para 400 pessoas, mas 1028 vieram empilhadas, sem o mínimo conforto, “na lama, no esterquilínio” e sem camas. Em Pernambuco, o comandante ancorou e deixou um passageiro da 3ª classe, “naturalmente louco de terror, desembarcar, internando-se pela cidade, que não é um modelo de higiene e de serviço sanitário” (Gazeta de Notícias, 22 de outubro de 1910: 2).

4.1 O embarque dos imigrantes na Europa

O Araguaya, além de trazer grande número de imigrantes na 3ª classe, também vinha recheado de autoridades na 1ª. Uma delas, o Dr. Mário Salles, voltava da Europa para o Rio de Janeiro com toda a família. Segundo este médico, logo que partiu de Cherburgo, as atenções dos passageiros se voltaram para o modo brutal como se fazia o embarque dos emigrantes, que em grande número eram tocados para os porões de proa como se fossem gado. Não havia acomodações suficientes para “aquela pobre gente, ali acumulada, uma grande massa de homens, mulheres e crianças”²¹⁴.

²¹⁴ Relato do médico Mário Salles, passageiro do Araguaya, à *Gazeta de Notícias* de 22 de outubro de 1910, p.1.

Ao partirem de Cherburgo, poucas horas depois, correu a notícia de que havia falecido um homem na 3ª classe e que como era de praxe, ele seria lançado ao mar. O vapor seguiu para Vigo e dias depois, caíram enfermos mais dois emigrantes, uma espanhola e um russo. Antes de chegar à Ilha da Madeira, foi informado que a espanhola havia morrido de “câncer no estômago”, sendo o seu cadáver também atirado ao mar²¹⁵.

Ainda segundo o doutor Salles, houve discordâncias com as autoridades de Lisboa. Os médicos do porto não se entenderam com o médico de bordo, de forma que os passageiros não puderam desembarcar logo na chegada, só desembarcando mais tarde, depois de muita discussão. No percurso entre Lisboa e Ilha da Madeira, mais dois russos faleceram.

Por ser médico, Mário Salles teve informações privilegiadas na primeira classe, dadas pelo próprio médico de bordo, as quais não foram divulgadas para os outros passageiros para se evitar o pânico a bordo. Sobre o último russo que caíra doente, o médico de bordo lhe informou que não era moléstia contagiosa, sendo o embarque e desembarque realizados normalmente nos diferentes portos.

Apesar de ser um navio de luxo, o serviço em geral era prestado de forma péssima a todos os passageiros, mas o doutor Salles ficou impressionado mesmo com o dispensado à 3ª classe. Houve um momento que realmente o chocou: quando teve a oportunidade de presenciar a forma como eram realizadas as refeições.

“A estes infelizes, o alimento era atirado como bofes a cães, pelo que entre eles havia brigas constantes, repetidas alterações, não se falando das que eram observadas pela disputa por acomodações. Era triste e desolador o aspecto de tamanha desumanidade, atirados numa imundície completa”²¹⁶.

Segundo o doutor Mário Salles, o médico de bordo se mostrava completamente calmo durante a viagem, assim como também o enfermeiro. Procuravam não levantar qualquer suspeita de que algo de errado ocorria. Na companhia do doutor Salles havia mais quatro colegas de profissão, aos quais nada lhes parecia anormal, porém, ao todo, já quatro cadáveres tinham sido atirados n'água até aquele momento.

Ao deixar Lisboa, uma espanhola caiu enferma. Nesta altura, os passageiros de 1ª classe reuniram-se e enviaram a ela, inclusive o doutor Salles, dinheiro e roupas. Veio a notícia então

²¹⁵ Ibidem.

²¹⁶ Ibidem.

de que mais dois doentes haviam baixado na enfermaria - um marinheiro da guarnição e uma criança de 9 anos - quando o Araguaya já estava muito próximo de Pernambuco. O marinheiro logo morreu, segundo o médico de bordo, de insolação²¹⁷.

Depois de atracar em Pernambuco, “o navio saiu para fazer uma pequena volta. Sabe o que foi fazer? Sacudir ao mar o pequeno de nove anos que entrara enfermo, pois este morreria no porto”, disse o médico, com revolta, ao jornalista da *Gazeta de Notícias*. Era o sexto cadáver lançado ao mar. A partir deste porto, mais dois imigrantes sucumbiram à moléstia. Quando chegou à Bahia, disse o Salles, o médico de bordo já não tinha mais como esconder que o navio estava em surto de cólera²¹⁸.

Na Bahia não foi consentido o desembarque e comunicaram pela Inspetoria de Saúde do Porto, oficialmente, o que ocorria no navio. Famílias entraram em pânico, quando o Dr. Clementino Fraga ingressou a bordo. Mário Salles e seus quatro amigos médicos - Floriano Lemos, Pacheco Mendes, Câmara Sampaio e o argentino Vicente Constantino – pediram roupas de linho e foram ao alojamento de imigrantes, onde descobriram que na enfermaria, além dos dois coléricos, estava moribundo também um varioloso²¹⁹.

Outros passageiros, de 1ª e 2ª classes, também foram ouvidos pela imprensa. Disseram que o mal havia surgido em Vigo, onde autoridades sanitárias impediram o desembarque de alguns viajantes. Em Lisboa, outros passageiros também não puderam desembarcar. Ao ver o estado de bordo, uma comissão do porto de Lisboa ficou em reunião com o comandante por longo período. O comandante, a partir deste momento, teve uma mudança de comportamento, se afastando das rodas de conversa dos passageiros. Assim, alguns começaram a desconfiar de que algo de muito errado ocorria (*Gazeta de Notícias*, 22 de out de 1910: 1).

No Recife, desembarcou um passageiro de 3ª classe sem sofrer desinfecção. No dia da partida deste porto morreu mais um emigrante. Mais tarde, uma criança na 3ª classe começou a apresentar sintomas de cólera. O comandante apressou a marcha do navio para que a menina, se viesse a falecer, pudesse ser enterrada na Bahia. A criança morreu na entrada da cidade de Salvador (ibidem).

²¹⁷ Ibidem.

²¹⁸ Ibidem.

²¹⁹ Ibidem.

Diante deste fato, no porto da Bahia, o navio passou por severa desinfecção. O pânico se apoderou fortemente dos passageiros. O Araguaya recebera imigrantes em cada porto que tocou. Um dos mortos foi atirado ao mar num momento em que era servido o almoço, para não despertar a atenção dos passageiros. Alguns perceberam que o navio havia diminuído a marcha, quase parando – coisa estranha! Quando se soube que o paquete ficaria em quarentena na Ilha Grande, “o pânico foi indescritível. Aflitas, muitas famílias se recolheram às cabines” (ibidem).

Bahia - 11: 30 da noite

O Dr. Clementino Fraga chega ao Araguaya, trazendo grande quantidade de sulfato de cobre para empregar no serviço de desinfecção. Ao entrar a bordo, conversou com algumas pessoas para sentir os ânimos e lhes mostrou um telegrama da DGSP:

“Araguaya, cólera a bordo. Seria conveniente ver profissional competente como sois e dirigindo serviço profilaxia bordo. Apelo vosso patriotismo benefício defesa sanitária Brasil, convido aceitar incumbência” (*Gazeta de Notícias*, 19 de outubro de 1910: 3)²²⁰.

A primeira providência burocrática foi pedir a lista de passageiros dos portos de escala anteriores para ver se conferia com a que lhe foi dada pelo porto da Bahia. Só assim poderia desmentir ou confirmar a alegação de que foram atirados cadáveres ao mar, não computados no número de óbitos²²¹ (RMJNI, 1910-1911: S2-10).

À meia-noite, após ter o primeiro contato com os passageiros, foi conversar com o comandante Pope, que o recebeu em pessoa. O médico viu então que a situação era dramática, especialmente entre os passageiros de 1ª e 2ª classes, “de emotividade mais vibrátil, consciente do perigo que os ameaçava”. Clementino Fraga, neste momento, percebeu também que dentre

²²⁰ Ao constatar a gravidade da situação, a *Gazeta de Notícias* enviou um dos seus mais ativos repórteres, o jovem Eustachio Alves, à Ilha Grande para acompanhar o caso. “A *Gazeta* encarregou-se de uma reportagem verdadeiramente à americana e que está sujeita a alguns perigos, mesmo não contanto os da cólera que o Araguaya traz”. Como não pôde embarcar com o pessoal da DGSP, o jornalista seguiu para Sepetiba, onde tomou uma canoa para o transportar à colônia correcional de Dois Rios. Chegando lá, seguiu à cavalo para o lazareto, onde foi, obviamente, proibido de entrar. “Mas é para vencer estas dificuldades e outras ainda maiores que se inventaram os jornalistas”. Ele permaneceu nos arredores, entrevistando os empregados do lazareto, autoridades e conseguiu falar até com alguns passageiros (*Gazeta de Notícias*, 18 de outubro de 1910: 1).

²²¹ Relatório do Dr. Clementino Fraga ao Diretor de Saúde Pública, Dr. Figueiredo Vasconcelos.

aqueles passageiros se encontravam distintos médicos, dos quais teve as primeiras informações (RMJNI, *ibidem*: S2-11, 12 - Relatório do Dr. Clementino Fraga).

Logo depois Fraga foi tentar conversar com o médico de bordo, que até aquele momento não tinha ido ao seu encontro. Os dois permaneceram em conferência até às 4 horas da manhã, vendo o registro clínico de bordo, o receituário e tomando informações sobre os casos ocorridos. Clementino Fraga também cuidou do cadáver que havia dentro do navio. Aconselhou os profissionais de bordo a forma correta de preparação do corpo, observando a “distância da costa calculada pela marcha do navio, já em viagem, com a premeditação da hora em que devia ser lançado ao mar” (*ibidem*).

Nada havia a bordo, nenhum desinfetante e raros medicamentos. Nestas condições, o isolamento perdia a sua vantagem principal, a agressão ao foco. Dessa forma, combinou logo com o pessoal da tripulação as condições de isolamento e que, a partir daquele momento, o navio estaria agora sob novo comando no que dizia respeito aos cuidados para se evitar a propagação da epidemia. Inicialmente, deveria-se desinfetar todo o compartimento e receber as roupas, peças de leito, os utensílios, as secreções e excreções dos doentes, como fezes, vômitos, escarros, em vasos com soluções antissépticas para serem tratados antes de lançados n'água (*ibidem*: S2-13).

Feito isso, Fraga passou para as medidas de proteção aos passageiros de todas as classes que não estavam doentes e à tripulação. Exigiu o fornecimento exclusivo de água fervida nas mesas e camarotes; proibiu os alimentos crus como saladas e frutas, assim como também o uso de gelos; aconselhou que todos bebessem limonada; verificou a limpeza dos talheres, a lavagem dos pratos etc., sendo tudo passado em água fervente, como já era feito (*ibidem*).

As informações referentes à parte individual de asseio e higiene foram fixadas em várias línguas nas três classes. O médico providenciou que os limites entre as 1ª e 2ª classe fossem respeitados e guardados dia e noite, o que efetivamente foi feito com tal rigor que uma das vezes, tendo que ir à 3ª classe, o Dr. Fraga foi proibido de entrar pelo marinheiro da guarda, que não o reconheceu.

A desinfecção dos *water-closets* seria feita de duas em duas horas, na 3ª classe, e três vezes ao dia na 1ª e 2ª. As águas servidas também deveriam passar por desinfecção antes de serem lançadas ao mar. Os banheiros fora interditados na 3ª classe e se suspendeu qualquer despejo nas águas do porto. Aos passageiros do porão foram distribuídas soluções antissépticas,

com as quais os imigrantes deveriam lavar as mãos antes de se servirem dos alimentos (*Correio da Manhã*, op.cit).

A última providência do Dr. Fraga, para aquele longo dia, foi mandar que o comandante fixasse a bordo um aviso, informando aos passageiros que o navio teria que ficar em quarentena no Rio de Janeiro:

“O comandante ao levantar ferro informa aos senhores passageiros que terão de sofrer quarentena imposta ao Araguaya pelas autoridades do porto brasileiro. Os senhores passageiros compreenderão que isso não foi ocasionado por falta de oficiais de bordo. As decisões das autoridades em relação ao movimento dos navios serão imediatamente comunicadas, todas as vezes que as informações sejam recebidas” (*Gazeta de Notícias*, op.cit).

As medidas tiveram completo apoio do Comandante Pope, do comissário e dos oficiais de bordo. O Dr. Fraga conferiu os doentes que existiam: Ivan Bukil, um russo de 60 anos, uma espanhola de 25 anos e Vito Romero, italiano. Nos dias seguintes, vieram Julia Bukil, da família de Ivan, que já havia falecido. E assim foram aparecendo mais doentes durante a viagem da Bahia à Ilha Grande (ibidem: S2-14).

15 de outubro

3 horas da Manhã no Cais Pharoux, Rio de Janeiro

“Madrugada fria, os transeuntes raros dão à cidade ares de outono”, apesar de estarmos na primavera. Um grupo de homens é visto sob a luz dos condutores do cais. Apesar do frio, eles estão se despindo. Tiraram o paletó, a calça e se enfiaram em blusas, calças pardas e um boné na cabeça, onde se via as iniciais da DGSP. Era uma turma de desinfetadores, embarcando para o Lazareto da Ilha Grande. Portavam pulverizadores de substâncias antissépticas e um aparelho de Clayton para limpeza dos porões do navio (*Gazeta de Notícias*, 17 de outubro de 1910: 1).

Começava a amanhecer, quando o barulho de um carro despertou a atenção do cais, era o Diretor de Saúde Pública, Figueiredo Vasconcelos. Ele também iria embarcar e disse que só voltaria depois da quarentena do Araguaya.

Às 5 da manhã, Figueiredo Vasconcelos partiu para a Ilha Grande, no rebocador Marechal Vasques, cedido à DGSP pelo Ministério da Guerra, na companhia de Jaime Silvado, Inspetor de Desinfecção do Porto do Rio; Emílio Gomes, Chefe do Laboratório de

Bacteriologia; Lopes Cruz, Chefe do Serviço de Desinfecção; Lidenbemberg e Rohr, os bacteriologistas do laboratório. Foram acompanhados ainda por 20 desinfetadores do Serviço de Isolamento e Desinfecção. Ao mesmo tempo, partiu a barca de desinfecção Pasteur, que levava todo o pessoal e material para o serviço que seria realizado no lazareto (RMJNI, 1910-1911: S2-10 – Relatório do Diretor da DGSP, Dr. Figueiredo Vasconcelos).

Pelo plano de viagem, o Araguaya deveria chegar ao porto do Rio no dia 16 e em Buenos Aires no dia 26. Mas agora, ele deveria permanecer por cinco dias no lazareto, tempo de incubação da cólera, de acordo com os regulamentos. Um dos médicos da comissão, o bacteriologista Eugênio Lindemberg, continuaria a viagem até o porto de Santos, mantendo uma severa inspeção de bordo. Junto com a comissão, seguiu também uma ambulância flutuante completa (*Gazeta de Notícias*, 17 de outubro de 1910).

Ilha Grande – 10 horas da manhã

Quando o Diretor de Saúde Pública chegou ao lazareto, ficou impressionado com a organização: o pessoal estava a postos e pronto para entrar em serviço. Percorrendo as dependências, ele verificou que todas as providências tinham sido tomadas pelo diretor, Dr. Alfredo Alvim. O desinfetório, nas palavras de Vasconcelos, era esplêndido e estava completamente preparado. Os cinco geradores de vapor, acesos, tinham a pressão suficiente para fornecer o vapor d'água necessário ao funcionamento das cinco grandes estufas *Geneste-Herscher*, que neles estavam instaladas. A padaria, com o seu pessoal completo, fabricava o pão que seria servido aos passageiros que estavam por chegar; o açougue, o diretor reparou que estava muito limpo, com os empregados a postos, esperando a carne que chegaria de madrugada de Angra dos Reis, cerca de uma tonelada para a alimentação tanto do pessoal interno como das embarcações (RMJNI, op.cit: S2-11; *Gazeta de Notícias*, 17 de outubro de 1910).

Os pavilhões de 1ª e 2ª classes foram preparados caso fosse preciso receber passageiros de tal categoria. Os pavilhões de 3ª classe, com espaço para abrigar 1300 pessoas, estavam em condições de receber passageiros. Um enorme fogão, para cozinhar quantidade suficiente de alimentos para todos, estava muito bem conservado e dispunha de pessoal necessário para manuseá-lo (RMJNI, op.cit: S2-11).

No interior destes pavilhões, havia dois salões, cada um com 12 latrinas, que foram propositalmente obstruídas com a finalidade de evitar que fossem lançadas ao mar as fezes dos indivíduos desembarcados. Assim, não havia perigo de se contaminar as águas da enseada do Abraão. Ao lado de cada latrina, foi colocado um balde com solução de chlorureto de cal a 10%, destinada à desinfecção das fezes. Uma barca d'água já estava recebendo as dejeções, por uma ponte que existia em frente ao lazareto, onde havia registros para a adaptação das mangueiras. Fundeados na enseada, estavam uma grande alvarenga²²² para o transporte das bagagens e um saveiro para o desembarque dos passageiros de 3ª classe. Havia ainda três rebocadores, sendo um deles o República, pertencente à DGSP (ibidem).

16 de outubro, 10 da manhã – A bordo do Araguaya

Uma visita à 3ª classe e um protesto na 1ª

Clementino Fraga, acompanhado dos doutores Mário Salles, Floriano Mendes e Vicente Constantino, visita os alojamentos da 3ª classe do Araguaya. O grupo de médicos fica apavorado, “tudo ali tocava ao cúmulo! O compartimento dos russos e gregos parecia assoalhado de lama, sem ar, sem luz, úmido e de odor nauseabundo. Se comprimiam ali mil e tantas criaturas humanas!”. Para agravar a situação, essas criaturas haviam pago à companhia de navegação a soma aproximada de cem contos de réis!²²³ (*Correio da Manhã*, 22 de outubro de 1910: 3).

Passageiros da 1ª classe resolveram fazer um abaixo-assinado, denunciando as irregularidades ocorridas durante a viagem. Primeiro com relação aos passageiros de 3ª classe, que excediam em muito a lotação do respectivo compartimento, promovendo um “espetáculo doloroso e desumano”, principalmente com respeito a forma como era distribuída a alimentação, em pequenas vasilhas de asseio duvidoso. Como não era suficiente a todos, “cada quinhão era disputado com lutas e às vezes até com armas brancas” (ibidem).

Em segundo lugar, os passageiros de 1ª classe queixaram-se da alimentação mal preparada. As frutas vinham secas, verdes ou estragadas; a aveia, de que todos os dias faziam papas, vinha coberta de larvas. As sardinhas eram guardadas em latas abertas de um dia para o

²²² Alvarenga – embarcação para a carga e descarga de navios. In Ferreira (op.cit: 95).

²²³ Em 1910, poucos ainda chegavam por meio dos subsídios, ver capítulo 4 desta tese.

outro. Na 2ª classe, as mesmas queixas, sendo que no dia 11 de outubro os passageiros haviam realizado também um protesto por lá (ibidem).

Em terceiro lugar vinha a falta de policiamento a bordo. Objetos e dinheiro foram roubados, malas foram arrombadas no porão. O abaixo-assinado, com a assinatura de 100 passageiros²²⁴, denunciava também outros tipos de irregularidades, como reclamações constantes com relação à aparente distinção no tocante à atenção que a companhia dispensava aos passageiros, de acordo com suas nacionalidades. Como também o fato do médico de bordo ter ocultado a cólera, que reinava a bordo, até chegar à Bahia, onde não pôde mais ocultar o mal. Tudo isso, diziam os passageiros, era de responsabilidade da *Royal Mail Steam Packet Comapany*. Estes fatos seriam relatados aos diretores da companhia em Londres e foram registrados também no livro das reclamações de bordo (ibidem).

4.2 A chegada à Ilha Grande

17 de outubro, 9 horas da manhã

Surgia no horizonte o vulto do Araguaya – lançou ferro e ancorou. Figueiredo Vasconcelos²²⁵, junto às demais autoridades, se encaminhou imediatamente a bordo, sendo recebido na escada do transatlântico por Clementino Fraga na companhia do médico da *Royal Mail*. O Dr. Fraga fez um rápido relatório ao Diretor de Saúde Pública sobre a epidemia de cólera que havia sido confirmada, clinicamente, nos passageiros de 3ª classe. Disse que, por sorte, o surto era de contágio direto, pois não havia casos entre os passageiros de 1ª e 2ª classes, e que a água do pacote não se encontrava contaminada, o que foi determinante para que não deflagrasse uma grande epidemia a bordo (RMJNI, op.cit: S2-11-12).

Feita a notificação por escrito pelo médico de bordo, o comandante foi intimado a seguir imediatamente para o ancoradouro dos navios infeccionados. As autoridades voltaram à terra sem ter tido contato com os doentes (ibidem).

²²⁴ De acordo com informações do jornal *Gazeta de Notícias* de 19 de outubro de 1910: 3.

²²⁵ Estavam a espera do Araguaya, além do diretor de saúde pública, também os médicos Jaime Silvado, Lopes Cruz, Carlos Rohs, Emílio Gomes (*Gazeta de Notícias*, 18 de outubro de 1910:1).

O vapor trazia arqueada a “bandeira sinistra, que arvoram os navios empestados”²²⁶. Foi acertado pelas autoridades que logo que o Araguaya tivesse livre prática, ou seja, passasse por todo o processo de limpeza no lazareto e recebesse carta de saúde limpa, iria conduzir os passageiros de 1ª e 2ª classe aos seus destinos, mas os da 3ª classe, ficariam em observação na Ilha Grande (*Correio da Manhã*, 18 de outubro de 1910: 1).

Uma das primeiras medidas combinadas entre o Dr. Fraga e o Comandante Pope foi a seguinte: pela manhã, os passageiros não poderiam tomar banho e as águas servidas ficariam retidas no navio para que fossem tratadas corretamente. As dejeções dos passageiros de 3ª classe também não poderiam ser lançadas ao mar sem passarem por desinfecção (RMJNI, op.cit.: S2-15).

Além de acalmar os passageiros, Clementino Fraga conseguiu evitar ainda providências desastradas do comandante e do médico de bordo. Na primeira vez, eles quiseram transferir os doentes do isolamento da 3ª classe, que se encontravam na proa do navio, para a enfermaria, que ficava depois da 2ª classe, na outra extremidade, à popa da embarcação. Este transporte dos doentes de um canto a outro, passando por toda a 1ª classe e 2ª, seria muito arriscado. Na segunda vez, eles queriam remover os colchões e peças do leito da tripulação, alojada na 3ª classe, para a 2ª, isto é, eles queriam levar material com risco de contaminação para um local ainda indene, sem a presença de contágio. Esses dois eventos confirmaram o que o doutor Fraga já desconfiava, o Comandante Pope e seu médico de bordo não possuíam a menor orientação sobre medidas profiláticas contra a cólera (ibidem).

Fraga resolveu manter dentro do navio os passageiros de 1ª e 2ª classe com o intuito de evitar qualquer contaminação. Ele mesmo ficou a bordo, observando os passageiros, enquanto o Diretor de Saúde Pública, Figueiredo Vasconcelos, dirigia pessoalmente os serviços na Ilha Grande (ibidem: S2-16)²²⁷.

De posse das informações passadas pelo doutor Fraga no Araguaya, o Diretor de Saúde Pública voltou ao lazareto e distribuiu a cada profissional que o acompanhava a função que deveriam exercer. Assim, o Dr. Alvim ficou incumbido da parte administrativa; o Dr. Silvado da desinfecção dos tanques de água e do depósito de águas servidas; o Dr. Emílio Gomes

²²⁶ De acordo com a Convenção de 1904, o navio infeccionado deveria levar no mastro a bandeira de sua nacionalidade como um sinal de que havia doença infecciosa a bordo.

²²⁷ Relatório do Dr. Clementino Fraga, ex-inspetor sanitário do Rio de Janeiro, professor substituto da Faculdade de Medicina da Bahia, em 31 de outubro de 1910.

segiu para o hospital, acompanhando os doentes, para dar a eles toda a assistência e colher material para as pesquisas bacteriológicas, que seriam iniciadas pelo Dr. Carlos Rohs.; o Dr. Lindemberg dirigia a desinfecção dos alojamentos.

Enquanto isso, o Dr. Lopes da Cruz começava a providenciar o desembarque dos passageiros da 3ª classe, assim como a desinfecção de suas roupas, malas e colchões. Às 10 e meia da manhã daquela segunda-feira, acompanhados pelo enfermeiro e ajudante do hospital de isolamento, os doentes, no número de quatro – uma espanhola, uma russa e dois tripulantes – foram transportados em um escaler²²⁸ de bordo, rebocado por uma lancha. As duas mulheres, cujo isolamento pôde ser feito no próprio compartimento de proa do navio, onde elas viajavam, foram conduzidas ao convés da 3ª classe, depois de afastados todos os passageiros para evitar o contágio. A espanhola, que já estava em convalescência, foi com suas próprias pernas, já a russa, teve de ser conduzida em uma maca, amparada por uma enfermeira. Ao cair da tarde, acabou falecendo. Entre os homens, um parecia estar em estado muito grave, mostrando “os olhos recuados com o fundo das órbitas” e muito abatido. Era quase meio dia quando terminou a remoção e o escaler foi amarrado por um cabo à popa do navio, para depois ser convenientemente desinfectado (*Correio da Manhã*, 22 de outubro de 1910: 1).

Logo depois, o comandante fez sinal pedindo água. Uma barca com as 50 toneladas pedidas atracou à costa meia hora depois. Em seguida, deu-se o desembarque dos passageiros da 3ª classe. Até então, tinham ocorridos vinte casos, sendo dezessete fatais. Dois marinheiros foram atingidos, um deles, 12 horas depois, já tinha aspecto de “cadáver ambulante”. Os passageiros assistiam assustados o transporte dos doentes no escaler, tripulados por marinheiros de bordo. Neste momento, colchões infeccionados começaram a ser lançados ao mar, não se sabia com a permissão de quem (*O Paiz*, 22 de outubro de 1910: 2).

²²⁸ Escaler – embarcação miúda, de proa fina e popa chata, a remo ou a vela e destinada a executar serviços de um navio ou repartição marítima. In: Ferreira (op.cit: 683).

4.3 O desembarque dos imigrantes no lazareto: uma estranha melodia

Poucas horas após a remoção dos enfermos para o hospital de isolamento, foi anunciado que se procederia a uma desinfecção geral na 3ª classe. Para isso, os imigrantes seriam transportados para a ilha, assim como suas malas que estavam no porão da proa. Um saveiro atracou ao Araguaya, conduzido por um rebocador e, após levar as bagagens, começou a conduzir os passageiros (*Correio da Manhã*, op.cit).

Eram quatro e meia da tarde quando a primeira leva de imigrantes embarcou no saveiro. Chovia torrencialmente, “uma chuva que empoava o ar e escurecia a paisagem marinha”. A um sinal dado pelo oficial de bordo, postado na escada de proa, o saveiro partiu, lotado, com gente a não poder mais (ibidem).

“Partiu e uma estranha cantarola subiu aos ares nesse momento tormentoso:

Os imigrantes cantavam e batiam palmas, abrindo os grossos chapéus de sol que lhes escondiam os rostos, enquanto o rebocador se ia afastando do Araguaya, arrastando a tosca barcaça em sua esteira caprichosa

Os imigrantes cantavam!

Sujos, do mais triste aspecto doentio, desgraçados na sua condição miserável, oprimidos a toda sorte – pela fome, pelo aspecto, pela ameaça de doença – mal tratados até pelo céu que, pela manhã, rico de sol, então rasgava as suas nuvens num aguaceiro glacial. Uma desventura que não se conhece termo de comparação, porque até os cães encontram amigos entre os homens e para o imigrante a bordo, a piedade humana ainda não chegou.

O saveiro afrontou as águas do mar e as nuvens, oferecendo, a quem fechasse os olhos naquele curioso instante, a ilusão de ouvir alguma festiva serenata, lançada na calma de um mar de rosas, por um bando de felizes da vida!

É que a dor também sabe a ironia de cantar risonhamente as suas mágoas infinitas, à maneira da alegria, desafogando os excessivos paroxismos, desatando a aparente tristeza das lágrimas”²²⁹ (ibidem).

Desceram em primeiro lugar os imigrantes que se dirigiam ao Rio de Janeiro e São Paulo. Desembarcavam através de uma ponte, em frente ao desinfectório, seguindo imediatamente para o lado impuro do mesmo, onde despiam-se, lavavam-se com solução

²²⁹ Relato do Dr. Floriano Lemos, redator do *Correio da Manhã* que viajava na primeira classe do Araguaya.

antisséptica e recebiam roupas limpas, sendo depois conduzidos para o lado puro, onde guardavam suas roupas após estas passarem pela estufa. Depois, todos foram encaminhados para o pavilhão de observação. Em seguida, foram retiradas do navio as bagagens dos mesmos, as quais foram recolhidas ao lado impuro do desinfectório, como também os colchões e objetos pessoais. Este serviço, entre a remoção dos passageiros e o processo de desinfecção, durou dois dias (RMJNI, op.cit: S2-17 – Relatório do Diretor da DGSP).

Todo o tempo que estiveram no lazareto, os imigrantes fizeram três refeições ao dia. Às 8 horas da manhã era servido um café com bolachas; às 11, almoçavam; às 5 da tarde jantavam. Às crianças que ainda não podiam comer, dava-se leite condensado. Durante o dia todo, distribuía limonada, cerca de 200 litros diários. Os pavilhões sanitários eram vigiados todo o tempo pelos desinfetadores, que constantemente faziam a limpeza do local, onde ficavam baldes com solução de clorureto de cal, na proporção de 10%. O forte cheiro de cloro afugentava as moscas e outros insetos que poderiam ser veículos de contaminação, caso entrassem em contato com as fezes. Quando os baldes já continham grande quantidade de matéria fecal, cobertas por clorureto de cal, eram cautelosamente transportados para que a matéria fosse enterrada, junto com aquela substância química. Os desinfetadores ficavam em vigília, de modo que se um indivíduo evacuasse mais de uma vez ao dia, era imediatamente levado para o hospital de isolamento (ibidem: S2-18).

Como não tinham ocorrido casos entre os passageiros de 1ª e 2ª classes, a água do navio não havia sido contaminada. Dessa forma, fizeram um cordão sanitário, separando as classes, e o Diretor de Saúde Pública resolveu não desembarcar tais passageiros. Pois retirando de bordo os de 3ª classe, entre os quais grassava a epidemia, deslocava o foco para o lazareto. Como não se tinha elementos para avaliar o grau de infecção existente, nem a extensão que iria tomar a epidemia entre os desembarcados, Vasconcelos temia que se retirasse de bordo os passageiros de 1ª e 2ª classes, poderia estar traspostando-os novamente para o foco. Permanecendo no navio, estes ficariam mais seguros. Depois, ficou acertado que estes passageiros seriam levados para a capital pelos paquetes Florianópolis e Itaipava, fretados pela Mala Real, que chegariam à Ilha Grande em três dias, após a desinfecção completa do Araguaya (ibidem).

4.4 Confirmação bacteriológica e desinfecção

18 de outubro, terça-feira

“Gota de líquido superposto a uma placa, uma infinidade de pequenos traços em forma de vírgula, de cor azul escuro, mais de 500 daqueles traços” (*Gazeta de Notícias*, 21 de outubro de 1910: 3). Era a cólera! Só às 10 e meia da noite de segunda-feira chegou a bordo a primeira notícia referente às pesquisas técnicas feitas em terra, a fim de averiguar a natureza do mal. Clementino Fraga contou aos passageiros que todas as preparações feitas, em todos os doentes, revelaram grande cópia de germes. Restava apenas a confirmação com o resultado das culturas (*Correio da Manhã*, op.cit).

O material para a pesquisa foi recolhido pelo Dr. Emílio Gomes, dos quatro primeiros doentes que entraram no hospital de isolamento. As amostras foram colocadas em bocais esterilizados e enviadas ao laboratório, montado no lazareto. As pesquisas foram iniciadas pelo Dr. Rohn. O processo seguido para o isolamento do germe fora criado pelos alemães: “sementeira das fezes em água de peptona, para o enriquecimento do germe após 10 horas, sementeira da cultura obtida em gelose alcalina, em placas com flocos mucosos, apresentando os caracteres morfológicos e aspecto do vibrião colérico” (RMJNI, op.cit: S2-18).

Transportadas estas colônias para a gelose em tubos, foram obtidas as culturas de um vibrião semelhante ao colérico, com as suas reações corantes. Para finalizar a identificação, foi empregado o método de aglutinação, sendo para isso usado um soro anti-colérico, preparado no Instituto Oswaldo Cruz. O resultado da aglutinação foi positivo. Estava assim bem determinada a moléstia que grassava no Araguaya (*ibidem*).

Passados cinco dias, período máximo de incubação da doença, sem que tivesse havido caso algum da moléstia entre os isolados e já tendo sido retirados os passageiros com destino ao Rio da Prata, iniciou-se o exame bacteriológico sistemático das fezes de 490 passageiros, que deveriam ficar no Rio de Janeiro e São Paulo, com o fim de verificar se havia algum portador de bacilos. As pesquisas, realizadas pelo doutores Lindemberg, Carlos Rohn, Castello Branco e Mello Leitão, deram negativas. Entre os passageiros com destino às duas cidades, não havia portadores do bacilo colérico (*ibidem*: S2-19).

No mesmo dia em que saíra o resultado bacteriológico, ocorreram dois óbitos no lazareto. Foram feitas as autópsias nos cadáveres, que apontaram lesões comuns de cólera. Às

duas da tarde, o Dr. Jaime Silvado aportou no Araguaya para realizar os exames dos tanques de água, começando o serviço de desinfecção (*Correio da Manhã*, op.cit).

Quando Jaime Silvado entrou no navio, ficou estarecido com tamanha imundície. Verificou que no alojamento da 3ª classe não havia espaço para mais de 500 pessoas, sendo que viajavam 1028 indivíduos aglomerados. Não havia espaço para respirar livremente. A sujeira era evidente, do que não se admirou o médico, pois desde o início da viagem, o local não era lavado. Exalava um cheiro nauseabundo, havia detritos por todos os lados e até fezes espalhadas pelo chão! “E o Araguaya é navio correio, pacote de luxo da *Royal Mail Company!*”(RMJNI, op.cit: S2-19).

Silvado começou então a desinfecção dos compartimentos, de todos os camarotes dos oficiais, tripulantes, do rancho dos marinheiros, da enfermaria... O serviço era feito por 60 homens, sob a direção do Dr. Lindemberg. O agente químico empregado foi o “anosol Werneck, sabão de cresoes”, em solução a 5%. Os soalhos foram lavados e esfregados com uma vassoura, paredes, tetos e camas, esfregados com um pedaço de estopa embebido em solução antisséptica. Após a desinfecção, foi retirada uma grande quantidade de lixo “do luxuoso pacote Araguaya” (ibidem).

Jaime Silvado fez a desinfecção também dos reservatórios de água, com um jato de solução de formol a 5%, utilizando para isso o aparelho Apolo, cuja pressão é suficiente para projetar o líquido a cerca de 10 metros de distância. Foram completamente lavados o teto, o chão e as paredes. As águas servidas foram desinfectadas com leite de cal (ibidem: S2-20).

As bagagens também passaram por desinfecção. Foram recebidos na estufa 945 sacos, malas e volumes contendo roupa suja dos passageiros de 1ª e 2ª classes; 1000 colchões da 3ª, sendo que 500 foram incinerados; 1300 salva-vidas; 800 colchões, sacos de roupas e volumes diversos pertencentes à tripulação e 1462 malas de passageiros de 3ª classe. Os passageiros, em grupos de 20, abriam as malas e o conteúdo delas era colocado em sacos numerados. Depois escrevia-se sobre as malas os números correspondentes aos sacos, que eram então passados na estufa. Os objetos que não podiam sofrer a ação do calor eram suspensos por cordas e desinfectados em câmaras de formol. As malas eram lavadas com solução de formol ou colocadas em câmaras para sofrerem a ação dos agentes químicos (ibidem:S2-21).

O hospital de isolamento e desinfecção ficava situado num lugar denominado Bica, “distante cerca de uma légua” do lazareto. Havia duas enfermarias, uma para homens e outra

para mulheres, que dispunham de um pequeno desinfectório, com estufa *Geneste-Herschel*. Naquele momento, estavam internados 5 pacientes do Araguaya:

J.B. – russa, 25 anos, passageira, veio a falecer

D. – inglês, 40 anos, tripulante, faleceu

R.S.A. – espanhola, 25 anos, passageira, curada

T. – inglês, 35 anos, tripulante, curado

U.F. – espanhol, 37 anos, passageiro, faleceu²³⁰

Uma espécie de hospital de observação foi colocado atrás do desinfectório do lazareto, onde eram recolhidos os indivíduos que deveriam ser isolados por terem evacuado mais de uma vez ao dia e todos os doentes de moléstia não infecciosa. Entre os isolados por doença não infecciosa, a maioria tinha manifestações mórbidas gastrointestinais, o que não causava admiração, pois sempre se observava tal mal entre passageiros de 3ª classe, dada a má alimentação que tinham a bordo. Para este hospital foram transferidos também os indivíduos que se curaram da cólera (RMJNI, op.cit: S2-21).

Enquanto isso na capital...

- “É a cólera, certamente, que traz o Correio da Manhã a esta casa?
- Exatamente, doutor. A cólera! Veja como dizemos esta palavra num tom temeroso.

O Dr. Oswaldo Cruz sentou-se, passou as mãos pelos seu cabelos de reflexos de prata e sorriu:

- Pois é um temor sem base, sem razão” (*Correio da Manhã*, 19 de outubro de 1910: 1 – entrevista com Oswaldo Cruz).

O Rio estava em estado de alerta, o medo de que a epidemia chegasse à capital era geral. Oswaldo Cruz, nesta época, já não era mais Diretor de Saúde Pública, saíra do cargo em 1909, mas possuía grande prestígio frente à população, em decorrência dos sucessos conseguidos com suas campanhas de combate à febre amarela e à peste no Rio de Janeiro. A primeira autoridade procurada pela imprensa para dar seu parecer sobre a epidemia de cólera no Araguaya foi, obviamente, ele.

Durante esta entrevista, Oswaldo Cruz procurou acalmar os ânimos, dizendo que não havia a possibilidade da epidemia chegar ao Rio, já que o navio nem tinha entrado no porto.

²³⁰ RMJNI, 1910-1911: S2-21 – Hospital de Isolamento e Desinfecção

Encontrava-se em lugar distante, sofrendo as desinfecções e só entraria na cidade depois de completamente expurgado. Por isso, não havia o que temer. Elogiou muito a atitude do governo, assim como a do Diretor de Saúde Pública, Figueiredo Vasconcelos, e do Dr. Clementino Fraga (ibidem).

O ex-diretor disse ainda que o Rio de Janeiro possuía uma defesa sanitária formidável, porém, o mesmo não poderia dizer dos outros estados, pois sabia que só a capital possuía os legítimos recursos para a profilaxia internacional. Disse também que tinha certeza de que a epidemia não iria se alastrar:

“Pense o seguinte, só na 3ª classe há mais de mil imigrantes aglomerados, uns por cima dos outros, sem cuidados higiênicos... Está claro que se não fossem as cautelas tomadas, o mal teria devorado, pelo menos, a metade desses homens” (ibidem).

Familiares dos passageiros do Araguaya estavam apreensivos, não conseguiam nenhum tipo de contato com a Ilha Grande e iam pedir informações nas redações dos jornais. Não havia telégrafo funcionando na ilha e um funcionário do lazareto ficou responsável por levar cartas de passageiros à Angra dos Reis para serem enviadas a seus familiares, que clamavam por qualquer informação (*Gazeta de Notícias*, 21 de outubro de 1910: 3).

Por outras bandas, o clima também não era dos melhores. Outros navios começaram a chegar também com surto da doença. Em Belém do Pará, o vapor Manaos, com 323 passageiros, trouxe alguns doentes suspeitos. Um exame bacteriológico confirmou a existência da cólera a bordo. Dessa forma, as autoridades sanitárias da capital ordenaram que o Manaos seguisse também para a Ilha Grande, visto que o 3º Distrito Sanitário Marítimo, ao qual Belém pertencia, não dispunha de recursos para o combate ao surto. O problema era que o pacote Manaos levava para a capital do Pará e do Amazonas vários passageiros vindos da Europa pelo Araguaya e que haviam desembarcado no Recife. Porém, ainda não tinha sido identificado nenhum caso da doença na região até aquele momento (*Correio da Manhã*, 22 de outubro de 1910: 1; *Gazeta de Notícias*, 22 de outubro de 1910: 2).

A repartição sanitária paulista começou a executar severa vigilância nas residências dos passageiros que chegavam da Europa, como prevenção. Em Buenos Aires o governo resolveu enviar um vapor ao encontro do Araguaya, com o objetivo de receber os passageiros de 1ª e 2ª classes com destino a esta capital. Esses passageiros teriam de ficar em observação durante

cinco dias e na mais rigorosa incomunicabilidade e caso não fosse notado nada de anormal, poderiam desembarcar. O paquete inglês chegaria à Argentina no dia 26 de outubro, data que a princípio era esperado. As autoridades sanitárias estavam tomando providências também para que os passageiros da 3ª classe fossem isolados no Lazareto de Martin Garcia, durante cinco dias, e para que o paquete fosse severamente desinfectado ao entrar no porto (*O Paiz*, 21 de outubro de 1910: 2).

A população da Bahia estava apreensiva com as notícias que chegavam da capital sobre o Araguaya, assim como também a do Recife, onde passageiros do paquete inglês desembarcaram sem passar por desinfecção. Em Santiago do Chile, autoridades sanitárias já estavam tomando diversas medidas preventivas (*ibidem*).

19 de outubro

Quarta-feira – A bordo do Araguaya

Pela manhã, o chefe da bagagem caiu doente com vômitos e diarreia, sendo logo recolhido ao lazareto como caso suspeito. Este fato veio a alarmar os passageiros de 1ª e 2ª classes que ficaram dentro do navio e contavam já como certo seguir viagem na parte da tarde para o Rio de Janeiro. Médicos e funcionários da higiene resolveram aumentar o ritmo de trabalho, dentro do navio, para que ficasse logo pronto para partir. Jaime Silvado dirigia o serviço de fumigação de roupas e objetos com o aparelho de Clayton, Lindemberg terminava a desinfecção iniciada no dia anterior à noite. Toda a roupa dos passageiros de 1ª e 2ª classes foram remetidas à terra, para irem para as estufas, e deveriam voltar logo. A lavagem dos tanques já tinha terminado (*Correio da Manhã*, 22 de outubro de 1910: 1).

Logo que se divulgou a notícia do doente na tripulação, as autoridades discutiram o caso com os passageiros de 1ª e 2ª classes e se decidiu a seguinte medida: fretar um navio do Lloyd ou do Lage para a remoção das pessoas que se encontravam dentro do navio e que se destinavam ao Rio de Janeiro. Três dias tinham se passado desde que o Araguaya chegara à Ilha Grande e as queixas eram gerais, principalmente com relação à alimentação. Um médico argentino, Vicente Constantino, falou publicamente sobre a sua indignação contra a Mala Real, que não tratara de prover o navio de alimentos frescos, dando aos passageiros de 1ª classe ovos podres e carnes deterioradas. Para maior perplexidade do médico, fixaram um aviso a bordo, dizendo que os passageiros atingidos da mais leve diarreia eram obrigados a informar o caso ao

médico de bordo. “Ora, dizia o médico argentino, raros a bordo não sofrem do intestino, devido à má alimentação”. O protesto surtiu efeito, visto que à noite chegou ao navio uma provisão de alimentos frescos. Ainda na parte da tarde, os médicos que estavam com os passageiros do Araguaya desceram à ilha para fazerem uma visita ao lazareto e desinfectório, inclusive o Dr. Vicente Constantino, que não cansou de elogiar as instalações do lazareto (ibidem).

A Sociedade do Bacilo Alegre

Logo após a notícia de que havia uma pessoa da tripulação com sintomas suspeitos, na 1ª classe do Araguaya apareceu uma curiosa agremiação, a Sociedade do Bacilo Alegre. Esta agremiação tinha como objetivo acalmar o povo, levantando-lhes a moral tão abatida pelas últimas notícias. O lema dos membros de tal sociedade era,

“Aqui reina ordem e alegria. O estatuto resume-se em dois artigos, sem parágrafo de espécie alguma:
1º A censura às autoridades públicas é proibida.
2º Haja Cerveja!” (ibidem)

Foi aclamado como presidente perpétuo o Barão Von Landy e como sede da sociedade o bar do Araguaya. A brincadeira não parou por aí, enviaram um telegrama de bordo para o Rio de Janeiro, convidando um conhecido engenheiro para presidente honorário. Infelizmente, o nome do tal engenheiro não foi divulgado (ibidem).

Enquanto parte da 1ª classe se divertia no bar, as autoridades trabalhavam seriamente na desinfecção. Na 3ª classe os ânimos se alteraram, ao saberem que os passageiros de 1º e 2º seguiriam em navios fretados pela Mala Real para o Rio de Janeiro, enquanto eles ficariam em quarentena no lazareto²³¹. Surgiu o boato de que uma revolta estaria sendo armada (ibidem).

²³¹ “Quarentena que, por sinal, era desnecessária. A Conferência de Dresden, em 1892, já havia suprimido esta prática. O importante, do ponto de vista da profilaxia, é isolar os casos particulares à medida que vão aparecendo” (*Gazeta de Notícias*, 18 de outubro de 1910: 1 – editorial). Mas na verdade, ao contrário do que o jornal diz, o Regulamento Sanitário de 1904 garantia que, em caso de navio com imigrantes, a autoridade sanitária tinha autonomia para tomar a medida que achasse mais conveniente.

20 de outubro

Quinta-feira, 8:30 da manhã - Ilha Grande

O vapor Itaipava, da Companhia Nacional de Navegação Costeira, chega ao ancoradouro da Ilha Grande para transportar os passageiros da 1ª e 2ª classes. Pouco tempo depois, o Florianópolis, do Lloyd Brasileiro, também aporta. A bordo do Florianópolis veio um agente da *Royal Mail Steam Packet*, acompanhado do subgerente da companhia (*Correio da Manhã*, 22 de outubro de 1910: 1).

Após se reunirem com o Comandante Pope e com as autoridades sanitárias brasileiras, ficou resolvido que partiriam para o Rio de Janeiro levando os passageiros de 1ª e 2ª classes que para lá se destinavam, juntamente com a bagagem de camarote²³². As malas que se encontravam no porão não iriam, para não retardar a partida dos vapores seguiriam depois pelo Araguaya que estaria pronto para continuar viagem no dia 22 (*ibidem*).

O transporte das bagagens só terminou às três horas da tarde. Minutos depois, começou o embarque dos passageiros. Às quatro horas da tarde o Florianópolis começou a se movimentar, logo depois, o Itaipava. Ameaçava chover, mas o mar estava calmo e havia pouco vento. A viagem foi tranqüila. O Florianópolis aportou no porto do Rio às dez e quinze da noite, o Itaipava, à meia-noite (*ibidem*).

4.5 Um tentativa de revolta no lazareto

Enquanto isso, no lazareto, os imigrantes pendurados nas amuradas pareciam aflitos. Figueiredo Vasconcelos pediu ao Ministro da Guerra que fizesse seguir à Ilha Grande um contingente da força de linha para auxiliar o policiamento, dada a insatisfação dos imigrantes, gerada pelo fato de verem os outros passageiros partindo da ilha. O ministro, atendendo ao pedido do Diretor de Saúde Pública, enviou no dia seguinte um contingente de vinte praças, sob o comando de um oficial, que ficaria na ilha à disposição do diretor do lazareto (*O Paiz*, 21 de outubro de 1910: 2).

Figueiredo Vasconcelos, dois dias antes, quando começara o boato de revolta, havia telegrafado para as autoridades no Rio de Janeiro pedindo que mandassem dois navios da

²³² É a bagagem que o passageiro leva sob sua guarda, no seu camarote.

Marinha que faziam exercícios atrás da Ilha Grande. Queria que eles se aproximassem a fim de impor respeito ao insubordinados, mas este pedido parece não ter sido atendido. O receio de Vasconcelos não era infundado, o lazareto não dispunha de força alguma e caso os passageiros, no elevado número de 1028, se revoltassem, não haveria como sufocar o levante (*Gazeta de Notícias*, 18 de outubro de 1910: 1).

Mais dois doentes faleceram no lazareto entre os dois últimos dias e dez se encontravam isolados. Os protestos haviam começado quando, da amurada do lazareto, os imigrantes observaram o Florianópolis e o Itaipava zarparem da ilha com os passageiros de 1ª e 2ª classes dentro. Estavam revoltados com o fato dos outros terem sido liberados e eles não, pois “todos vieram juntos, no mesmo vapor” (*Gazeta de Notícias*, 22 de outubro de 1910: 2).

Diante desta situação, no lazareto arqueou-se a bandeira vermelha como pedido de socorro. O couraçado Floriano com seus marinheiros atracou à ilha e conseguiu restabelecer a calma sem que fosse necessário o emprego da força (*ibidem*).

21 de outubro, sexta-feira - 7 horas da manhã

O Desembarque da 1ª e 2ª classe no Rio de Janeiro

Por consentimento da DGSP, desembarcaram os passageiros que vieram a bordo dos vapores fretados pela Mala Real. Os navios adentraram o porto às 11 horas da noite de quinta-feira. Por ser muito tarde, não foi efetuado o desembarque, ficando os vapores fundeados nas proximidades da Fortaleza de Villegaignon (*Gazeta de Notícias*, 22 de outubro de 1910: 2).

Às duas e meia da madrugada de quinta-feira eles receberam a bordo a visita de funcionários da Inspetoria de Saúde dos Portos. O desembarque foi autorizado desde que deixassem anotados os seus destinos ou residências, para que se pudesse proceder à vigilância sanitária. O desembarque dos passageiros seria feito mediante boletim médico das autoridades de saúde do porto (*Correio da Manhã*: 22 de outubro de 1910: 1).

Às 8 horas da manhã um médico do porto, a bordo de uma lancha da repartição, visitou o Itaipava, dando-lhe livre prática. Mais três médicos da saúde pública assistiram o desembarque dos passageiros da 2ª classe²³³, que deveriam ficar em observação em suas

²³³ Entre eles, Manuel M. Silva, J.M. Figueiredo, Pedro Varela, Álvaro Bordalo e senhora, Leopoldo Fraga, João Ferreira e família etc (*Correio da Manhã*, 22 de outubro de 1910:1).

residências durante cinco dias²³⁴, onde seriam visitados pelos médicos da higiene do respectivo distrito. Após a visita das autoridades aduaneiras e da polícia marítima, os passageiros foram liberados. O desembarque foi efetuado no Cais Pharoux e terminou às 10 horas da manhã (*Gazeta de Notícias*, op.cit).

Desde cedo o cais Pharoux estava lotado de gente que aguardava parentes e amigos que viajavam no Araguaia. Quando o desembarque começou a ser feito, mais ou menos às 9 horas da manhã, os que se achavam no cais procuravam ansiosamente parentes, amigos e conhecidos vindos da Europa – cenas comoventes foram protagonizadas. Muitos curiosos também assistiam ao desembarque que durou aproximadamente duas horas (ibidem).

Poucos momentos depois, entrou o paquete Florianópolis, trazendo os passageiros da 1ª classe. Entre eles, o conde Álvares Penteado e sua família; o senador Pires Ferreira e família, que seguiram para o Hotel Avenida²³⁵, onde ficaram hospedados, e o “capitalista Sr. João Borges”, da casa comercial Teixeira Borges & Co, na Rua do Rosário. Ambos os paquetes vieram da Ilha Grande sem franquias, ou seja, sem os documentos que deveriam apresentar às autoridades aduaneiras, sanitárias e polícia marítima. As malas de correspondências também chegaram a bordo dos paquetes (ibidem).

Neste meio tempo não houve mais casos entre a tripulação do Araguaia. Parecia que a epidemia estava controlada, pelo menos a bordo, onde ficaram os passageiros de 1ª e 2ª classes que tinham como destino Santos, Montevidéu e Buenos Aires. A previsão era a de que o navio seguisse viagem no sábado, dia 23 (ibidem: 3).

De acordo com os passageiros, o trajeto entre a Ilha Grande e o porto do Rio não tinha sido muito agradável. O Florianópolis pulava “como um cabrito e todas as mulheres ficaram enjoadas”. Para aumentar o desconforto, não havia camas, o que fez com que todos passassem a noite em claro. Não havia sequer toalhas para se enxugar as mãos. Pela manhã os passageiros foram obrigados a lavar o rosto em uma bomba do porão de proa, porque as bacias dadas para tal fim eram somente em número de quatro (*O Paiz*, 22 de outubro de 1910: 2).

²³⁴ De acordo com as recomendações da Convenção Sanitária Internacional de Paris (1903) (RMJNI, 1910-1911: S2-23).

²³⁵ Hotel de luxo onde fica hoje o edifício Avenida Central, na Rio Branco, centro do Rio de Janeiro - http://www.light.com.br/web/institucional/cultura/ccl/memoria/hotel_avenida/tehavenida.asp?mid=86879428723472307231, acessado em 6 de abril de 2010.

Os passageiros foram para terra sem suas bagagens, pois o saveiro que as carregava ainda não havia chegado. Para piorar, os passageiros que deveriam ter desembarcado na Bahia e foram proibidos por causa da epidemia a bordo, tendo de ir forçadamente para a Ilha Grande, teriam que pagar nova passagem do Rio à Bahia. A Mala Real se absteve de acar com novo bilhete (ibidem).

Lazareto da Ilha Grande

Fim da quarentena da 3ª classe

No dia imediato em que chegaram ao lazareto havia ainda, entre os imigrantes, casos de cólera e por isso não se pôde contar os dias passados para se dar o prazo de quarentena de acordo com o período de incubação da moléstia, sendo necessário começar a contagem do tempo 24 horas depois do último caso. Findo os cinco dias de observação, os passageiros da 3ª classe com destino ao Rio da Prata puderam partir (RMJNI, 1910/1911: S2-23 – Relatório do diretor da DGSP).

Só então se começou a realizar os exames bacteriológicos da fezes de todos os passageiros que se destinavam a portos brasileiros, com a finalidade de se verificar se entre eles havia algum portador do bacilo. Estes exames duraram três dias, sendo confirmada a não existência de portadores do bacilo. Foi comunicado então à Mala Real que já poderiam mandar buscar os passageiros (ibidem).

A companhia teve dificuldades de achar um paquete que quisesse fazer tal serviço. Os dias se passavam e os passageiros continuavam no lazareto, quando a DGSP resolveu intervir e conseguiu que o paquete Iris trouxesse os imigrantes para a capital. Não havia ninguém no Cais Pharoux para os receber (ibidem).

O Araguaya foi ao porto do Rio de Janeiro para deixar as bagagens e carga. Como não se poderia garantir que entre os tripulantes não havia nenhum portador do bacilo, foram interditadas todas as latrinas da tripulação e foram colocados baldes com solução antisséptica para uso dos tripulantes. Durante todo o tempo em que aqui permaneceu, o navio ficou sob responsabilidade de um desinfetador de primeira classe, que coordenava uma turma de dez homens (ibidem).

Só após a saída do navio do porto do Rio, quando já estava em alto mar, foram levantados os interditos das latrinas e as fezes contidas nos baldes, que ficaram por seis horas

em contato com a solução de clorureto de cal, foram lançadas ao mar. A epidemia foi controlada, o Araguaya chegou aos portos platinos sem que ocorressem mais casos da doença, conforme foi comunicado à DGSP pelos departamentos de higiene de Buenos Aires e Montevideú (ibidem: S2-24).

4.6 Lições sanitárias trazidas do mar

A experiência com a mortalidade em viagens marítimas, primeiro nos navios que transportavam escravos, depois com os emigrantes europeus nos séculos XVIII e XIX e mais tarde com o transporte de chineses, indianos e africanos na busca por trabalho pelo mundo afora, apontou algumas questões: a primeira era que a taxa de mortes era mais alta na travessia transatlântica de escravos e mais baixa nas viagens de emigrantes britânicos para a Austrália no século XIX; a segunda conclusão era que a taxa de mortalidade de adultos no mar era normalmente muito maior do que em terra, para qualquer tipo de população (Haines & Shlomowitz, 2003:194).

A revolução na mortalidade ocorreu na Inglaterra no final de 1860, primeiramente com o declínio da taxa entre adultos jovens e crianças. Na virada do século XX, a taxa de infantes também teve a sua queda. A transição da taxa de mortalidade foi percebida em princípio por um declínio de mortes nas forças armadas britânicas, tanto em casa quanto no exterior, entre 1840 e 1860. Este declínio foi atribuído a medidas preventivas adotadas pelo exército, como acesso à água potável, limpeza, menor aglomeração e maior ventilação, realocação de tropas em locais altos quando havia ameaça de epidemia e ainda o uso da quinina para a malária (Haines & Shlomowitz, 1998: 14).

A segunda situação em que se percebeu uma diminuição na taxa de mortalidade foi em navios de emigrantes britânicos para a Austrália, assistidos pelo governo inglês, a partir de 1850. No entanto, somente houve declínio no caso de adolescentes e adultos, pois a taxa de mortalidade infantil no mar continuou a exceder a da terra. Esses imigrantes tiveram passagem subsidiada pela legislatura de várias colônias australianas entre 1831 e 1900 (Haines & Shlomowitz, 2003: 194).

Nos seus relatórios, os cirurgiões, que acompanhavam a emigração britânica para a Austrália, dentro das embarcações assistidas pelo governo inglês, anotavam as causas da morte, a idade, o sexo e a data do falecimento de cada paciente. Devido ao acúmulo dessas informações importantíssimas para a prevenção de doenças e terapêuticas, as pesquisas realizadas no mar por estes profissionais começaram a levar certa vantagem, comparando-se aos estudos realizados em terra firme, pois os médicos muitas vezes não estavam presentes na hora da morte dos pacientes. Além disso, esses médicos adquiriram grande experiência no que dizia respeito à vida e morte de populações que atravessavam oceanos, passando por diversas zonas climáticas para trabalhar (ibidem:195-196).

A população marítima, em particular passageiros de 3ª classe, ficava em risco por inúmeras razões: enquanto esperavam o embarque e durante a viagem por causa da grande aglomeração de pessoas, por causa da falta de higiene nas embarcações, pela falta de água potável, comidas deterioradas, além da possibilidade de contato no local de desembarque com doenças para as quais não possuíam imunidade, como as moléstias consideradas tropicais (Haines & Shlomowitz, 1998: 26).

Normas acertadas entre países em convenções e conferências sanitárias referentes ao comércio e imigração começaram a ser aplicadas em navios e portos, com o intuito de prevenir doenças. Fora isso, observamos também a emergência da idéia de que o cuidado com o corpo e a mente é o principal método de prevenção. No caso dos navios com emigrantes britânicos, por exemplo, o cirurgião-superintendente elegia voluntários entre os passageiros que supervisionavam a 3ª classe. Estes voluntários protegiam a mulher solteira que viajava sozinha, encorajava as pessoas a lerem e cantarem como uma excelente forma de se passar o tempo, fazerem exercícios físicos, lavarem a louça após as refeições e observarem os sanitários (ibidem: 36).

Para Alain Corbin (1986: 105-106), primeiro os reformadores sanitários concentraram suas atenções nos locais aglomerados. Era preciso desodorizar corpos e ambientes. Depois vieram normatizações para as casas dos camponeses, navios, hospitais e prisões, que se tornaram verdadeiros laboratórios de desodorização.

Os doutores pareciam realmente convencidos de que os navios tinham que ser transformados em modelos de higiene. O navio do Comandante Cook²³⁶, por exemplo, era conhecido pela sua higiene: todas as coisas deveriam ficar expostas ao ar livre, para se dispersar qualquer infecção que pudesse aparecer durante a viagem. O comandante inspecionava pessoalmente toda a comida e exigia que a tripulação mantivesse seus cabelos limpos. O navio de Cook foi a primeira cidade higiênica em miniatura. Era a antítese do navio fantasma, devastado pela pestilência. Em terra, como Foucault²³⁷ afirmou, foi o hospital, primeiramente o militar, a promover o modelo de higiene (ibidem).

Devemos atentar para o fato de que somente em locais como prisões, hospitais, navios e serviços de emigração as reformas puderam ser primeiro instituídas, pelo fato de existir ali uma população com limitadas formas de resistência (ibidem: 40)²³⁸. A polícia médica, como analisou Foucault²³⁹, na França e Inglaterra, ao contrário da Alemanha, onde se desenvolveu uma prática médica efetivamente centrada na melhoria do nível de saúde da população, foi inicialmente matéria da administração militar e voltada para conter a população criminosa, ou as “classes perigosas”.

O estudo da mortalidade de imigrantes durante as travessias marítimas pode trazer um pouco de luz aos tradicionais debates sobre contágio e anti-contágio²⁴⁰. Para os cirurgiões da agência de emigração britânica, o “nariz” era o que valia na identificação de doenças. Da mesma forma, os médicos do serviço de inspeção de imigrantes em *Ellis Island*, no porto de Nova York, deveriam identificar doenças num tempo mínimo de 6 segundos, período de inspeção para cada passageiro. Por isso, pesquisadores e historiadores deveriam atentar um pouco mais para as idéias experimentais e práticas que emergiram de instituições voltadas para o gerenciamento da imigração e das viagens marítimas, que podem apontar algo diferente do debate circunscrito ao contágio e anti-contágio (ibidem: 43).

²³⁶ James Cook (1728-1779), capitão da Marinha Real Britânica, explorador, navegador e cartógrafo, foi o primeiro europeu a fazer contato com a costa leste Australiana – http://www.biographyshef.com/captain_james_cook_biography.html, acessado em 6 de abril de 2010.

²³⁷ Foucault, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*, 25ª edição. Petrópolis: Vozes, 2002. Ver 3ª parte - Disciplina, Capítulo 1, Os corpos dóceis, pp.117-132.

²³⁸ Ibidem. Ainda que possamos identificar tentativas de revoltas, como no caso dos passageiros do Araguaya no Lazareto da Ilha Grande.

²³⁹ Foucault, Michel. *Microfísica do Poder*, 19ª edição. São Paulo: Editora Graal, 2004, pp.79-98.

²⁴⁰ Ver Baldwin (1999) e Ackerknecht (1948).

No caso do Brasil, a função do inspetor sanitário de navio tem algo de similar à função dos cirurgiões dos navios de emigrantes britânicos: acompanhar as condições de saúde das embarcações durante a viagem. Porém, enquanto os cirurgiões assistiam o emigrante, os inspetores de navio tinham o dever de evitar que os passageiros levassem doenças contagiosas para os portos brasileiros. Apesar dos cirurgiões também inspecionarem passageiros na partida e na chegada, havia um maior cuidado e empenho em se evitar mortes a bordo.

No Brasil, também existia a figura do médico de bordo, que de fato tinha a função de atender passageiros durante as viagens. No entanto, estes médicos eram contratados pelas próprias companhias de navegação, como uma exigência do governo brasileiro. Como tinham seus salários pagos pelas companhias, muitas vezes tinham que deixar seus deveres de lado para acobertarem doenças e mortes, que traziam não só pânico a bordo, mas também prejuízos no prazo de entrega de mercadorias e burocracias nos portos de escala. Isso ficou claro no caso do Araguaya, quando o médico de bordo e o comandante tentaram de todas as formas esconder as mortes a bordo por cólera.

4.6.1 Carlo R. X Araguaya

Dezessete anos separam as chegadas do Carlo R. e do Araguaya ao Porto do Rio de Janeiro. Estes anos representam a transição da prática da quarentena, que se contituía como o principal método de prevenção à entrada de epidemias externas, para a utilização das tecnologias, práticas e legislações que formaram o modelo de prevenção da nova higiene, adotado pelo Serviço Sanitário dos Portos no Brasil. Neste item, vamos analisar as rupturas e continuidades deste sistema, entre estes anos que separam o Araguaya do Carlo R.

A principal diferença entre estes dois navios está no momento de encontro dos imigrantes com as instituições de recepção e inspeção do Porto do Rio de Janeiro: a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos. Os imigrantes que vinham a bordo do Carlo R. foram impedidos de entrar no Brasil, não receberam tratamento algum e tiveram que retornar para seus portos de embarque, encarando mais dois meses de viagem em um navio com surto de cólera. O saldo negativo do final desta viagem foi o fracasso pessoal do projeto imigratório, um projeto de vida

familiar e ainda quinhentos mortos na volta para Gênova e muitos problemas diplomáticos com a Itália.

O maior exportador de mão-de-obra para o Brasil não iria se esquecer de tal fato e fazia questão de lembrá-lo todas as vezes em que discutia legislações sanitárias direcionadas à imigração nas convenções internacionais. Durante a 9ª Conferência Sanitária Internacional, em 1894, o país teve a oportunidade de relembrar o ocorrido no ano anterior. Quatro navios haviam passado por uma completa inspeção médica nos portos de embarque, deixando Nápoles em perfeitas condições de saúde. No entanto, os passageiros foram recusados como imigrantes no Brasil. Dessa forma, um dos navios, o Carlo R., retornou à Itália com 522 mortos. A delegação italiana relembrou este fato como forma de retaliação, para fazer oposição às propostas dos EUA, que tentavam sem sucesso convencer os representantes das outras nações sobre a importância do controle sanitário de emigrantes europeus para as Américas²⁴¹.

Os imigrantes que vieram a bordo do Araguaya, apesar de todos os problemas que passaram, conseguiram chegar aos seus destinos, fosse em Santos, Buenos Aires ou Montevidéu, os outros portos de escala depois da passagem pelo Rio de Janeiro. E por mais que tenham tido tratamento diferencial em relação aos passageiros de 1ª e 2ª classes, o desconforto das acomodações, o uso da quarentena e isolamento dos doentes no Lazareto da Ilha Grande, tiveram o devido tratamento para a cólera, que deu cabo da epidemia e fez com que os não contaminados chegassem sãos e salvos aos finais de suas viagens.

No capítulo 1 desta tese, quando analisamos o Carlo R., falamos também do caso de um navio que chegou em 1884 ao porto do Rio de Janeiro com cólera a bordo, o Matteo-Buzzo. Na época a Argentina impediu a entrada deste vapor em seu porto, mas foi recebido no porto do Rio de Janeiro, onde lhe foi dada assistência²⁴². Neste período, o Lazareto da Ilha Grande ainda não estava pronto por completo.

No caso do vapor Carlo R. o lazareto já estava pronto, mas ainda não possuía condições de receber uma quantidade grande de pessoas. Não existia lugar para o isolamento dos doentes e nem meios para realizar uma rigorosa desinfecção. Portanto, foi necessário recusar os

²⁴¹ Sobre a oposição italiana às propostas dos EUA, tendo como justificativa o caso dos quatro navios, ver Howard-Jones, 1976: 73.

²⁴² AN. Série Saúde, notação IS3-35 (1858-1895) - Inspetoria Geral de Saúde do Porto, Organização Sanitária Marítima do Brasil, manuscrito de 12 de abril de 1890.

passageiros doentes, porque não havia local seguro para alojamento e tratamento de infecções contagiosas. Nesta época, o lazareto ainda era um terreno de obras bastante dispendiosas.

Quando se deu o caso Carlo R., foi de difícil compreensão tanto para os médicos como para a população e a imprensa, porque o Matteo-Buzzo, que carregava imigrantes doentes e sequer tinha como destino o Brasil, mas sim a Argentina, foi recebido e o Carlo R, não. O que se discutia na imprensa diária e especializada era que com quase dez anos de diferença entre um caso e outro, o país já deveria estar mais organizado para lidar com este tipo de situação, com estrutura e pessoal necessário para tratar dos doentes e evitar a epidemia.

Então, entre o Matteo-Buzzo e o Carlo R temos um lazareto que quando se deu o primeiro caso ainda não estava pronto, já no segundo caso estava pronto mas não funcionava. No primeiro navio, os passageiros foram atendidos, no segundo não. Dessa forma, só nos resta tentar entender que houve uma diferença de postura do Serviço Sanitário Marítimo entre os dois casos, representados pelos seus inspetores gerais, o Dr. Nuno de Andrade em 1884 e o Dr. José da Silveira em 1893. O que se dizia na imprensa era que o último inspetor não havia tido a competência necessária para lidar com tal situação²⁴³.

No capítulo 3 desta tese, trouxemos o vapor Orleannais como um caso considerado bem sucedido pelo Serviço Sanitário do Porto. Em 1907, ano da chegada deste vapor, o mecanismo de recepção e inspeção de imigrantes no porto do Rio já se encontrava bem estruturado, com a utilização de novas tecnologias, como o aparelho de Calyton e a chalupa de desinfecção, que revolucionaram as práticas de inspeção dos navios, das cargas e bagagens. Estas não ficavam mais presas e nem eram danificadas, reduzindo-se assim o tempo e os danos comerciais. Com a aplicação da vigilância médica, que substituiu a quarentena, os passageiros não contaminados tinham mais liberdade de locomoção. As convenções e regulamentos homogenizaram as práticas sanitárias adotadas na maioria dos portos internacionais. Tudo isso para transformar a chegada de um navio, com muitos passageiros acometidos por alguma doença transmissível a bordo, em algo previsível e rotineiro.

No caso do Araguaya, todos os preceitos da profilaxia moderna foram aplicados; todos os aparatos de saúde pública funcionaram; um médico muito experiente foi chamado para acompanhar o caso, o Dr. Clementino Fraga; as técnicas de laboratório foram utilizadas para se realizar o diagnóstico e os doentes passaram por tratamento. O que então gerou um certo mal-

²⁴³ *Jornal do Commercio*, 29 de agosto de 189, p.1.

estar entre autoridades, imprensa e população? Apesar de toda a competência para lidar com o caso, entre infraestrutura exemplar e profissionais qualificados, o desconforto estava no tratamento dispensado aos imigrantes.

Entretanto, o descaso com a população imigrante durante a travessia não era uma particularidade brasileira. A maior parte dos países que recebia corrente de trabalhadores estrangeiros não tinha preocupação com esta população, até as duas primeiras décadas do século XX. A questão estava mais voltada para a prevenção de doenças transmissíveis do que para o cuidado com a figura do imigrante.

Só a partir de 1920 é que as coisas começam a mudar, após denúncias sobre a situação em que ocorria o recrutamento de estrangeiros. Um mal-estar geral, alavancado por um pós-guerra, fez mudar mentalidades, com a ascensão da ideia de medicina social no lugar da ideologia da prevenção. A Liga das Nações e o *International Labour Office* começam a se interessar pelo exame das questões de recrutamento de mão-de-obra, o que vai gerar um pequeno Código Internacional de disposições a serem aplicadas a estrangeiros²⁴⁴.

Assim, nos anos que se seguiram ao caso do Araguaya, a questão do recrutamento, transporte e tratamento de imigrantes entraram na pauta das grandes discussões internacionais pelas mãos das agências de cooperação. Apesar de um maior controle da corrente imigratória, com a emergência dos movimentos nacionalistas e da Primeira Guerra Mundial, observamos também uma maior preocupação com o bem-estar das pessoas que atravessavam os oceanos em busca de trabalho.

²⁴⁴ Sobre as conferências que deram origem a esse código e as discussões internacionais a respeito do tratamento dispensado a trabalhadores imigrantes ver Martins, Carlos. *Uma política de imigração*. Rio de Janeiro, Typografia do Jornal do Commercio Rodrigues & C., 1929.

CAPÍTULO 5

Novas políticas migratórias e o novo cenário da saúde internacional (1910-1926)

A partir da década de 1910, identificamos um maior controle da corrente imigratória, como uma tendência não só no Brasil, mas nos países imigrantistas de um modo geral, inclusive na América Latina. Uma série de fatores influenciaram esse novo movimento, em especial a eclosão da Primeira Guerra Mundial e a emergência do nacionalismo. No caso do Brasil, também ajudaram neste processo a centralização da saúde e a emergência do movimento sanitaria que, com a preocupação de combater as endemias rurais, trouxe a valorização do brasileiro do interior do país e conseqüentemente do trabalhador nacional.

Neste capítulo, vamos mostrar como a nova direção da política imigratória se configurou a partir de novos regulamentos e legislações que vão culminar com a organização do Departamento Nacional de Saúde Pública. A centralização da saúde possibilitou uma maior fiscalização no transporte de imigrantes realizado pelas companhias de navegação. Estas poderiam, a partir de então, serem multadas caso não seguissem as novas normas no que dizia respeito à higiene dos navios e formas de tratamento dispensado aos passageiros.

Analisaremos também como a questão da imigração foi inserida nas conferências sanitárias européias e americanas, se configurando como um objeto de duras negociações entre os dois continentes, que em última instância representa as contradições de interesses de países emigrantistas e imigrantistas. Mostraremos como a emigração virou objeto de interesse na Liga das Nações, via *International Labour Office* – ILO, agência que passará a ditar as regras e normas para a emigração.

O ILO chega à questão da emigração a partir de dois temas de seu interesse: a proteção à mulher - via tráfico de escravas brancas²⁴⁵ - e a proteção ao trabalhador estrangeiro, que vai gerar a Comissão de Emigração da instituição. Estes dois temas exemplificam uma transição no campo da saúde, que vai da prevenção às doenças transmissíveis à idéia de medicina social.

²⁴⁵ O tema, tráfico de mulheres, não é discutido aqui profundamente, apesar de existir ampla bibliografia a respeito do assunto, ver Menezes (1996); Rago (1989); Kushmir (1996); Mazzeiro (1998). Nossa preocupação está em mostrar sua conexão com a questão da emigração e apontar futuras possibilidades de pesquisa.

5.1 Da atração à restrição

A tendência da política imigratória no Brasil foi de atração num primeiro momento - após a abolição da escravidão, com a necessidade de substituição do braço escravo pelo do trabalhador livre - caminhando para a restrição e o maior controle da corrente imigratória, até culminar na adoção das cotas de nacionalidade, na Constituinte de 1933, a exemplo dos Estados Unidos, que criaram sua lei de cotas em 1924²⁴⁶.

Entre os anos 1910 e 1920, leis mais severas quanto à entrada de estrangeiros podem ser encontradas em diversos países, mesmo na legislação de nações da América Latina, que até então eram as mais favoráveis à imigração. A questão era permitir, a partir daquele momento, apenas a entrada de pessoas que seriam de proveito real para a nação, ou grupos que haviam se revelado de fácil assimilação²⁴⁷.

A situação de guerra, em 1914, proporcionou nos estados uma maior consciência de unidade nacional e gerou temores quanto a uma imigração muito heterogênea, difícil de ser absorvida. Mesmo em anos anteriores ao deflagramento do conflito, observamos uma tendência geral à restrição na entrada de estrangeiros. A exemplo disso, na Austrália, uma lei de 1911 determinou que o governo poderia proibir a imigração de estrangeiros de certas nacionalidades, raças, categorias ou profissões. No Canadá, a lei de 1910-1924 deu ao governo o direito de proibir o desembarque de imigrantes de qualquer origem ou limitar o número, de acordo com a situação financeira e industrial do país e uma lei de 1923 também proibiu o desembarque de imigrantes de origem asiática. No México, em 1926, uma lei proibiu a entrada de estrangeiros desprovidos de recursos. Eles deveriam ter dinheiro suficiente para o seu sustento e de sua família (Martins, 1929: 24, 31, 32, 36).

No Brasil, após décadas de uma política imigratória de atração subvencionada pelo estado, o decreto n. 16761 de 31 dezembro de 1924 proibiu a entrada em território nacional de

²⁴⁶ O *Immigration Act* de 1924 restringiu a entrada da imigração para os Estados Unidos, baseada em cotas de nacionalidade, as quais eram distribuídas por países na medida em que estes fizessem parte da própria hereditariedade do povo americano, ou seja, 2% da representação étnica dentre os americanos. Para uma discussão sobre a papel desta lei na produção do conhecimento oficial de raça e nacionalidade nos Estado Unidos ver Ngnai, Mae M.. *The Achitecture of Race in American Immigration Law: A Reexamination of the Immigration Act of 1924. The Journal of American History*, vol. 86, jun, 1999, pp. 67-92.

²⁴⁷ A assimilação era vista como um elemento central na definição do imigrante desejável. Para aprofundar essa discussão ver Ramos (1996) e Lesser (2001). Sobre a assimilação de imigrantes enquanto 'questão nacional', a campanha de nacionalização de imigrantes no Brasil nos ano 1930 ver Seyferth (1997: 95-131). Um estudo clássico sobre a tendência à assimilação de grupos étnicos de imigrantes no sul do Brasil ver o 5º capítulo de Vianna, Oliveira. *Raça e Assimilação*, 3ª edição, série IV, Editora Nacional: São Paulo, 1930.

estrangeiros que não apresentassem à autoridade competente da fronteira ou do porto de desembarque os documentos devidamente autenticados que provassem a sua “boa conduta”, bem como a respectiva carteira de identidade com fotografia, indicação de idade, nacionalidade, estado civil, profissão e impressões digitais (RMAIC, 1925: 333).

Em 1920, a fiscalização da imigração passou a ficar a cargo do Serviço de Povoamento do Solo Nacional com o concurso do Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP²⁴⁸, criado no mesmo ano. O decreto de 1924 e as instruções de 30 de junho de 1925 instituíram que a entrada de imigrantes no Brasil ficaria restrita a nove portos, Belém, Recife, Bahia, Vitória, Rio de Janeiro, Santos, Paranaguá, São Francisco e Rio Grande, com a finalidade de tornar mais eficiente e rigorosa a seleção da corrente imigratória, afastando os maus elementos do ponto de vista da saúde pública e/ou da ordem social (RMAIC, 1927: 301).

Neste período, haviam se intensificado os movimentos anarquista e comunista²⁴⁹, principalmente entre os trabalhadores imigrantes nos núcleos urbanos e o tráfico de mulheres brancas se constituía um grande problema relacionado à imigração, tendo os cáftens²⁵⁰ como “criminosos internacionais, paridos pela modernidade” (Menezes, 1996: 18, 23).

²⁴⁸ Sobre esta questão ver Ramos (2006).

²⁴⁹ Na primeira década do século XX, os anarquistas tinham uma ação mais expressiva entre os trabalhadores no Rio de Janeiro. Por isso a repressão se voltava com mais veemência contra os integrantes deste movimento, formado por boa parte de trabalhadores estrangeiros e responsável pelos maiores levantes grevistas no período. Em 1907 foi aprovada a Lei de Expulsão de Estrangeiros, do deputado paulista Adolpho Gordo, logo após a grande greve pela jornada de oito horas de trabalho, que mobilizou a classe operária do Rio de Janeiro e São Paulo. Em discurso na Câmara dos Deputados, em 29 de novembro de 1912, Adolpho Gordo disse: “a expulsão é uma medida da alta polícia, de prevenção, de segurança social e política, é um instrumento do governo de defesa, que cabe ao Estado no exercício da soberania”. A lei de 1907 foi um mecanismo de extradição de operários estrangeiros envolvidos com o movimento anarquista, uma forma de barrar a difusão deste ideário pelo cerne da classe operária brasileira. Bonfá (2008) analisa os bastidores desta lei e os conflitos entre os poderes Executivo e Judiciário na Primeira República. Após a primeira década do século, os anarquistas terminaram fluindo para o comunismo e se extinguiram como corrente independente. A década de 1920 simbolizou o momento de auge e declínio do anarquismo que culminou com a fundação do Partido Comunista em 1922. Neste período, começa então a caça aos estrangeiros taxados de comunistas. Sobre esta questão ver Fausto, Boris. *Trabalho Urbano e Conflito Social*. São Paulo, Rio de Janeiro: DIFEL, 1986.

²⁵⁰ Com o desenvolvimento urbano, apareceu a figura do cáften profissional, exploradores de mulheres para a prostituição e a maioria deles estrangeiros. Buenos Aires e Rio de Janeiro eram as principais cidades ligadas ao tráfico internacional de mulheres para a América do Sul. No bairro do Brás, em São Paulo, próximo à Hospedaria de Imigrantes, os cáftens instalavam escritórios de locação de serviços, para aliciar jovens recém-chegadas para o meretrício. Ver Mazzeiro, João Batista. *Sexualidade Criminalizada; prostituição, lenocínio e outros delitos. São Paulo 1870/1920. Revista Brasileira de História*, 1998, vol.18, n.35 - http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-01881998000100012&script=sci_arttext, acessado em 7 de abril de 2010.

Dessa forma, vadios, mendigos, anarquistas, comunistas, jogadores, prostitutas e cáftens tornaram-se imigrantes indesejáveis²⁵¹, sujeitos à expulsão, medida que se configurava como fundamental para a segurança pública. Assim como deficientes físicos ou mentais, tracomatosos e idosos eram impedidos de entrar como medida de saúde pública²⁵². O decreto n.4247, de 6 de janeiro de 1921, regulou a entrada de estrangeiros em território nacional, proibindo a entrada de mutilados, aleijados, cegos, loucos, mendigos, portadores de moléstias incuráveis ou de moléstias contagiosas graves.

O tema da imigração estava na ordem do dia nos anos 20. Os imigrantes vinham perdendo sua aura de portadores do progresso e da civilização. Na imprensa, o clima passou a ser desfavorável à entrada de estrangeiros para trabalhar e na Câmara dos Deputados a imigração estava envolta à questão racial²⁵³. A notícia de que uma agência de colonização americana, a *Brazilian American Colonization Syndicate*, desejava adquirir terras no Brasil, na região do estado do Mato Grosso, para colonizá-las com afro-americanos gerou manifestações instantâneas no “paraíso racial”, no sentido de impedir a entrada destes imigrantes²⁵⁴ (Gomes, 2003: 309-313).

A nova forma de fiscalização sanitária da corrente imigratória – feita agora pelo Serviço de Povoamento junto com o Departamento Nacional de Saúde Pública - instaurada a partir de 1923 com o decreto n. 1600 de 31 de dezembro pode ser entendida dentro de um contexto mais amplo de reforma da saúde pública entre os anos de 1910 e 1920: o *movimento sanitarista*²⁵⁵ (Ramos: 2006).

²⁵¹ O imigrante considerado como indesejável, dependendo de cada caso, poderia ser reembarcado, ou obter *habeas-corpus*, normalmente no caso de cáftens e prostitutas. Quando eram portadores de deficiências físicas ou mentais, eram entregues à saúde pública (RMAIC, 1928: 341 – Mapa demonstrativo dos passageiros indesejáveis que passaram pela Hospedaria dos Imigrantes na Ilha das Flores, durante o ano de 1928).

²⁵² Sobre a repressão e expulsão de anarquistas, cáftens, prostitutas e indesejáveis em geral, sob o ponto de vista da segurança pública ver Menezes, Lena Medeiros. *Os indesejáveis: desclassificados da modernidade – protesto, crime e expulsão na Capital Federal (1890-1930)*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1996, pgs.18 e 23.

²⁵³ A partir de 1920, o fortalecimento da eugenia no Brasil influenciou de certa forma a abordagem da imigração. Desde de 1923, a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental tornou possível reunir a elite psiquiátrica nacional na defesa do aprimoramento racial através de medidas eugênicas (Geraldo, 2007: 13).

²⁵⁴ Sobre o discurso pertinente à questão da imigração e raça no Brasil, durante a Primeira República, ver Seyferth (1996: 41-58). Ainda sobre a tentativa da vinda de imigrantes afro-americanos para o Brasil em 1920 e as representações raciais na categoria de imigrantes indesejáveis ver Ramos (1996: 59-82).

²⁵⁵ Para aprofundar as questões envoltas ao movimento sanitarista e a formação da Liga Pró-Saneamento ver Lima, Nísia Trindade & Hochman, Gilberto. *Condenados pela raça, absolvidos pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República*. In: Maio, Marcos Chor & Santos, Ricardo Ventura. *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/CCBB, 1996, pp.23-40. O movimento sanitarista, concretizado na fundação da Liga Pró-Saneamento, oferecia uma saída para o problema da improdutividade do trabalhador

Autoridades de saúde pública vinham tentando elaborar formas para uma melhor fiscalização do transporte de imigrantes. Todos sabiam da situação dos navios que transportavam esses trabalhadores, do péssimo estado sanitário das acomodações e dos maus tratos dispensados pela tripulação das companhias de navegação, especialmente as inglesas. Essa preocupação não vinha só de autoridades brasileiras, pois discussões em torno desse transporte começaram a aparecer em conferências e convenções internacionais. Existia uma relação direta entre condição sanitária dos portos e navios e a saúde da população imigrante mas, até então, os abusos cometidos pelas companhias de navegação não eram punidos. A partir de uma maior centralização da saúde, com a DNSP e sua articulação com o Serviço de Povoamento, foram criados mecanismos para fiscalização e punição. Em nível internacional, a elaboração de um código de emigração começou a ser debatido em diversos encontros.

Em relatório de 1912, o então diretor de saúde pública, Carlos Seidl, apresenta o problema da relação entre porto e serviço de imigração. Só com o trabalho em conjunto dos órgãos ligados à saúde, subordinados ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, e imigração, ligados ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, se poderia evitar os abusos das companhias de navegação. Nesta passagem, podemos identificar a preocupação não só com relação ao saneamento da cidade e do litoral, mas agora também com o transporte de doenças típicas da imigração para o interior do país, como o caso do tracoma.

“Ligados inteiramente aos serviços sanitários dos portos estão várias questões conexas ao serviço de imigração. O nosso atual regulamento não arma suficientemente esta diretoria para evitar e punir os abusos cometidos pelos que transportam imigrantes sem as desejáveis condições de higiene. No projeto do regulamento sanitário marítimo que tive ensejo de confeccionar e submeter ao júzo de V. Ex., se poderá incluir medidas destinadas a sanar tais inconvenientes, que pude conhecer bem de perto depois de várias inspeções pessoais feitas a bordo de certos navios de imigrantes. Para que se possa, entretanto, algo de eficiente conquistar neste particular, é indispensável uma ação conjunta desta diretoria, com assentimento de V. Ex., e do Ministério da Agricultura, ao qual está afeto o serviço de imigração. Não se trata somente de defender as vidas humanas

brasileiro que em última instância estava relacionada à nossa inferioridade racial. Ao contrário da Liga Brasileira de Higiene Mental, com uma orientação eugênica, para os sanitaristas o brasileiro era indolente, preguiçoso e improdutivo porque estava doente e abandonado pela elite política. Daí, o alívio expresso por Monteiro Lobato sobre o seu personagem, o Jeca Tatu: “O Jeca não é assim: está assim”, o que refletia a campanha de um amplo e diferenciado movimento político e intelectual que, de 1916 a 1920, proclamou a doença como o principal problema do país e o maior obstáculo à civilização. O movimento sanitarista rejeitou o determinismo racial e climático e reivindicou a remoção dos principais obstáculos à redenção do povo brasileiro, as endemias rurais.

encerradas em tais transportes. Trata-se de defender as cidades do litoral e do interior do nosso país de moléstias várias, algumas das quais já nos foram trazidas pelos referidos imigrantes e constituem o pesadelo das administrações ciosas do bom nome e do progresso do Brasil. Entre outras limito-me a citar o tracoma” (Relatório do ano de 1912, apresentado ao Ministro do Interior, Dr. Rivadavia Corrêa pelo Dr. Carlos Seidl, Diretor de Saúde Pública: 161-162).

No estado de São Paulo, a Inspetoria de Imigração do Porto de Santos, ligada à Secretaria dos Negócios da Agricultura, Comércio e Obras Públicas, no ano de 1913, pediu à Diretoria Geral de Saúde Pública uma autorização para que um médico subordinado a esta Inspetoria pudesse visitar os vapores, juntamente com o médico da Inspetoria de Saúde do Porto. Esta providência simplificaria o expediente do médico de bordo e harmonizaria o serviço de inspeção de saúde das duas repartições²⁵⁶.

O DNSP, por sua vez, além de atender aos problemas do saneamento dos sertões e do processo de construção nacional, obedece também a uma demanda internacional, vinda à tona através da Oficina Sanitária Internacional: a necessidade de institucionalização da saúde no continente americano²⁵⁷. As instituições internacionais exerciam pressão para a uniformização das legislações e organizações sanitárias, exigia-se a criação de burocracias mais complexas e centralizadas²⁵⁸.

A campanha pelo saneamento rural, tema defendido pela Liga Pró-Saneamento, movimento criado em fevereiro de 1918, tinha como uma de suas principais propostas a criação do Ministério da Saúde²⁵⁹. A solução para uma maior centralização das ações sanitárias no âmbito federal ocorreu com a criação do DNSP, que teve como diretor, desde sua fundação até 1926, Carlos Chagas. Esse tema, a unificação dos serviços de saúde e a construção de uma autoridade sanitária nacional, esteve muito presente nos debates da Oficina Sanitária

²⁵⁶ AN. Série Saúde, IS4-82, IOC/Inspetoria Portos, 1913 a 1914.

²⁵⁷ Pesquisadores das relações internacionais têm tentado mostrar como regras internacionais, ou normas, influenciam o comportamento do Estado. Regras ou normas internacionais podem influenciar nas escolhas políticas de um país pela ação de atores políticos domésticos, em particular oficiais de governo e grupos sociais. Sobre esta questão ver Cortell, Andrew P. & David Jr., James W. How international matters? The domestic impact of International rules and norms. *International Studies Quarterly*, (1996), 40, pp.451-478.

²⁵⁸ Goulart (2003:199).

²⁵⁹ Para sanear o interior do país, com uma população espalhada por um imenso território e altamente infestada de doenças endêmicas, o mecanismo aconselhado era uma agência federal técnica, independente e autônoma. A solução seria um Ministério da Saúde Pública, a ser organizado pela fusão dos vários serviços de higiene e assistência pública e dirigido por um profissional de competência reconhecida (Hochman, 1998: 118).

Internacional²⁶⁰, do ano de sua criação em 1902 até 1924, com a elaboração do Código Sanitário Panamericano, o qual foi sendo gradativamente inserido nas legislações dos países latino-americanos. No Brasil, o código foi aprovado pelo Congresso em 1929 (Lima, 2002: 42).

Dessa forma, destacaria alguns eixos de discussão que se entrelaçam dentro deste período, de 1910 a 1920: restrição à corrente imigratória, expulsão dos indesejáveis, nacionalismo, movimento sanitarista, institucionalização da saúde pública e cooperação sanitária internacional.

5.2 Ser Tão Caboclo: ‘acaboclamento’ de imigrantes e valorização do trabalhador nacional

A maior parte dos trabalhos sobre saúde pública na Primeira República²⁶¹ divide o movimento sanitarista em dois períodos fundamentais. O primeiro corresponde à primeira década do século XX, quando se deu a gestão de Oswaldo Cruz à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, entre 1903 e 1909. A principal característica desse período foi o saneamento da capital federal, o Rio de Janeiro, o controle dos portos e o combate às epidemias de febre amarela, peste e cólera. Para Castro Santos (1985), o fator determinante das políticas públicas de saúde nesta época era a necessidade de livrar o país dos prejuízos causados ao comércio

²⁶⁰ Como exemplo, a necessidade de centralização da saúde aparece nas resoluções adotadas pela 3ª Conferência Sanitária Internacional, ocorrida no México, em 1907, cujo o 12º item recomenda a nacionalização, centralização das autoridades sanitárias por meio de legislação adequada (Sumario de las resoluciones adoptadas por las convenciones sanitarias internacionales Primera, Segunda y Tercera – Conferência Sanitária Internacional 3 – Washington, DC, Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas, 1908. 16p. Apresentado em: Convención Sanitária Internacional, 3, México, DF, 2-7 dic.1907

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=PAHO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=45361&indexSearch=ID>, acessado em 2 de fevereiro de 2010. Também na 5ª Conferência Internacional Americana, em Santiago, no ano de 1923, entre as resoluções, encontramos a mesma recomendação: “La multiplicación de los medios de comunicación entre los países del mundo pone de relieve la significación internacional de la salubridad pública, y exige la mayor uniformidad en su organización y administración que sea compatible con las condiciones peculiares y con las necesidades de cada nación (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Nilton dos Reis, 1923, p. 81).” (Castro Santos (1985) Países, Nilton dos Reis (1923) e Telmo Junior (1995)

exterior, por causa das péssimas condições sanitárias da capital federal e de seu porto. Isto teria gerado todo o processo de reforma urbana do Rio de Janeiro na era Rodrigues Alves²⁶².

São Paulo, inserida na mesma lógica econômica, isto é, diminuir os danos sanitários causados ao comércio por causa das medidas de profilaxia nos portos, havia implementado ações de saneamento na cidade portuária de Santos e na capital do estado, precedendo assim aos esforços de saneamento do Rio de Janeiro. A ênfase na política de imigração da cafeicultura paulista contribuiu para alavancar o processo. Quando os europeus começaram a se dirigir para as áreas rurais, eram expostos às doenças transmissíveis. Figuras proeminentes do círculos de saúde pública afirmavam que as doenças mais infecciosas, como a cólera e o tracoma, eram, por sua vez, transmitidas por tais estrangeiros recém-chegados para trabalhar nas lavouras de café do interior do estado. Mas, apesar da possível ameaça que os imigrantes representavam para a saúde pública, seus braços eram essenciais para a economia cafeeira. Dessa forma, a reforma da saúde pública em São Paulo tornou-se uma preocupação das classes dominantes, que cederam o terreno para a reforma sanitária (Castro Santos, 2004: 261).

Os serviços e campanhas sanitárias estenderam-se por uma grande área, incluindo a capital do estado e várias cidades no interior, mas não alcançaram as áreas rurais até o final da década de 1910. Antes da Primeira Guerra Mundial, a oligarquia cafeeira recusou qualquer tipo de inspeção estadual das condições sociais e de saúde nas fazendas. A partir da guerra, a reduzida entrada de trabalhadores estrangeiros forçou os fazendeiros a cuidarem das condições de saúde de sua força de trabalho. Conseqüentemente, as lavouras de café se tornaram um alvo mais fácil para as autoridades de saúde pública. Em 1917, o governo do estado de São Paulo, após uma batalha de dois anos no Congresso, conseguiu autorizar o Código de Saúde Rural²⁶³ (ibidem: 262).

²⁶² Hochman (1998: 60).

²⁶³ Sobre a reforma sanitária paulista, a assistência à saúde aos colonos nas fazendas de café e o código de saúde rural do estado em 1918 ver Telarolli Júnior (1995).



Mala da Europa. Nesta charge, é o próprio Jeca Tatu que mostra para o então famoso Diretor de Saúde Pública, Carlos Chagas, o perigo da corrente imigratória, que levava doenças para o interior do país. Chagas diz: “Não vês aqueles navios? Trazem jornais e revistas cheios de referências ao meu nome e aos meus títulos”. Jeca Tatu responde: “Parece que trazem mais alguma ‘coisa seo doutô!...’ [sic]”. Estas “outras coisas” significava uma série de doenças, às quais eram relacionadas à chegada de vapores da Europa, que poderiam trazer moléstias nas suas bagagens ou através de imigrantes. No fundo da charge vemos duas enormes caveiras saindo de dentro de navios. DAD-COC/FIOCRUZ, Fundo Carlos Chagas – caixa 5, Documentos Avulsos, Jornal *O Globo*, 7 de abril de 1926.

A partir de 1920, a composição da força de trabalho no estado de São Paulo começa a mudar rapidamente em decorrência do processo de migração interna, principalmente de Minas Gerais e da Bahia. Neste período, mais forte do que a preocupação com o destino do imigrante desembarcado, foi o interesse na salvação dos caboclos que iriam se juntar aos milhares de

trabalhadores rurais estrangeiros. Dessa forma, a imigração teve papel fundamental na promoção da reforma sanitária no Estado (Castro Santos, op.cit: 262, 266).

Em regiões com núcleos coloniais antigos, fundados ainda na época imperial, no sul do país, Willems (1980:144) notou fenômeno interessante, o “acaboclamento” de imigrantes, que é a substituição de elementos culturais antigos por outros novos sobre a pressão de certas condições, que vão de mesológicas a culturais. A população imigrante passou a ter contato permanente com a população cabocla, entrando em processo de aculturação. O “acaboclamento” do teuto-brasileiro, por exemplo, grupo mais estudado pelo autor, teria ocorrido por toda parte onde se fixaram colonos alemães. Além de utilizarem as mesmas técnicas agrícolas caboclas, o imigrante adquire também os hábitos alimentares e o vestuário²⁶⁴. No período do saneamento do interior do país, se identificou que boa parte dos colonos sofria das mesmas moléstias da população local.

Segundo Pereira (2002: 88-89), em pesquisa com colonos italianos no interior de São Paulo, as doenças relacionadas à terra e mudanças de regimes alimentares eram uma constante entre a população do núcleo. Os imigrantes passaram a sofrer com as endemias das regiões rurais do Brasil²⁶⁵.

²⁶⁴ Willems, nos anos 1940, analisou alemães e seus descendentes no Brasil através de um conjunto de conceitos e noções da então recente *antropologia cultural*, que surge como uma outra possibilidade de classificação do mundo que não a racial. Para Willems, a assimilação, complementada pela aculturação, é um processo sócio cultural e bilateral, em que são selecionados e eliminados alguns dados culturais, prevalecendo os padrões de um dos grupos. Para Giralda Seyferth (1997), Willems, equivocadamente, veria manifestações de natureza étnica como resíduos ou sobrevivências resistentes à mudanças impostas pela sociedade nacional e destinadas ao desaparecimento progressivo. Voigt (2007) diverge da opinião de Seyferth neste aspecto, pois Willems fora o primeiro cientista social a dar as condições para possibilitar a transformação do termo ‘teuto-brasileiro’ em conceito sociológico. O autor teria constatado a própria insuficiência e falta de alcance dos conceitos de assimilação e aculturação para definir a situação dos imigrantes alemães e seus descendentes no Brasil, ao verificar que suas manifestações de natureza étnica não poderiam ser consideradas apenas como resíduos destinados ao desaparecimento progressivo. Para este estudo, o que nos interessa é compreender os problemas de saúde gerados por este encontro entre populações. A assimilação e o aclimatação dos imigrantes passava não só pela adoção de medidas higiênicas, como o uso de calçados, pela reformulação da alimentação, mas também pela experiência com as doenças tropicais, como a malária e a febre amarela, pois quando sobreviviam, ganhavam a imunidade. Por outro lado, o tracoma, moléstia de origem européia, se adaptou bem ao clima e à poeira da terra roxa, tornando-se inclusive endêmica em certas localidades rurais paulistas.

²⁶⁵ O consulado japonês em São Paulo produziu estatísticas entre os anos de 1929-1934: 4.739 imigrantes tinham sido vitimados por doenças abdominais entéricas como tifo, disenteria, verminoses. Malária, ancilostomíase, leishmaniose, febre tifóide e tracoma constituíam problemas nas primeiras décadas de imigração. Sua incidência estava associada à fixação dos imigrantes em regiões recém-desbravadas, em moradias construídas na beira de rios, em que proliferavam insetos. A ancilostomíase afetava 65% da população rural, em virtude da falta de higiene: não havia banheiros, se perdia rapidamente (ou não se tinha) o hábito de utilizar sapatos. Além disso, mantinha-se a prática ancestral de usar fezes humanas como adubo (Benchimol et al: 2009:53).

Entre os japoneses, por exemplo, principalmente os vindos da zona rural, no sul do Japão, não se tinha o hábito de usar sapatos, o que aumentava o risco de contrair doenças como a ancilostomíase²⁶⁶.

O tracoma também era de grande incidência na zona rural do Brasil. Introduzido principalmente por italianos e seus descendentes, a doença encontrou nas terras roxas condições perfeitas para a sua proliferação. A população dos núcleos coloniais costumava sofrer também com a leishmaniose²⁶⁷, a doença de Chagas²⁶⁸ e as infecções intestinais, típicas do mundo rural brasileiro (Pereira, op.cit).

Os que percorrem o interior do país ficam impressionados com a insignificante produtividade do sertanejo. Houve um tempo em que se supôs que essa incapacidade para o trabalho fosse congênita e por isso incurável. Hoje, sabemos todos que se trata apenas de um estado mórbido determinado pela verminose, o impaludismo e outras moléstias infecciosas. Livre delas, ninguém mais eficiente do que o nosso sertanejo, pela sua sobriedade e resistência. Se precisamos de braços e temo-los em nossa própria casa suscetíveis de aproveitamento, desde que lhes dediquemos algum cuidado, é natural que voltemos a nossa atenção para esse aspecto do problema, de preferência, a gastarmos grandes somas com a subvenção de elementos estranhos, de valor nem sempre garantido. Pensando por essa forma, não desconheço o auxílio que já temos tido para o nosso país. Desejo, sinceramente, sobretudo pela lição que os imigrantes dão aos nossos patrícios com o seu modo de trabalho, que venham, porém, espontaneamente qualquer que seja o seu número, apenas com a reserva de que sejam elementos que se possam incorporar sem desvantagem à população do país (RMAIC, 1929: 61).

²⁶⁶ Ancilostomíase – doença causada por helminto nematóides, com distribuição geográfica pela área do Pacífico, Suriname, Guiana e Brasil. Larvas podem penetrar na pele, fazendo em seguida um rápido ciclo pulmonar, ou podem ser ingeridas com água ou alimentos contaminando, desenvolvendo-se diretamente na parede intestinal. Os vermes voltam adultos à luz do órgão para se fixarem à mucosa e sugar o sangue. Haverá então anemia. As larvas filarióides encontram-se no solo de lugares utilizados para a defecação e penetram na pele dos pés. In Rey, Luís. *Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1999, p.44.

²⁶⁷ Leishmaniose – infecção causada por parasitos do gênero leishmania. *Leishmaniose braziliensis* – zoonose do continente americano que apresenta no homem duas formas clínicas: a cutânea, relativamente benigna e a cutâneo-mucosa, mais grave. A primeira caracteriza-se pela formação de nódulos inflamatórios nos pontos de tegumento onde os flebotomíneos do gênero *Lutzomyia* inoculam o parasito, ao picar para sugar o sangue (...) A forma grave da doença decorre do aparecimento de metástase na mucosa nasal e estrutura óssea, produzindo lesões mutilantes da face ... A ocorrência depende da distribuição dos animais reservatórios silvestres (algumas espécies de *lutzomyia*) que habitam florestas e matas secundárias. In: Rey (ibidem: 458).

²⁶⁸ Tripanossomíase – a doença de Chagas. As lesões causadas pelo *T. Cruzi* são de natureza inflamatória aguda ou crônica e parecem relacionadas com o mecanismo de hipersensibilidade e auto-agressão. A transmissão ocorre em geral em domicílios, onde os triatomíneos infectados costumam se alimentar de sangue à noite e, enquanto sugam, eliminam fezes ricas em tripanossomos que podem contaminar o local da picada ou as mucosas dos pacientes. In: Rey (ibidem: 766). Sobre a descoberta da tripanossomíase americana, em 1909, por Carlos Chagas, médico de pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz ver Kropf (2009).

Ao invés de investir grandes somas, trazendo trabalhadores de fora, porque não investir no elemento nacional? A imigração servira bem para o começo da inserção do país no modelo econômico capitalista, liberal, com a troca do braço escravo pelo assalariado, no entanto já se viam os problemas gerados pelo grande fluxo imigratório: aglomerações nas cidades, problemas urbanos, doenças transmissíveis, enquistamento nos núcleos e imigrantes não assimiláveis, ou seja, que não se incorporavam à população nacional. Além do saneamento do interior, a assimilação de imigrantes também entrou na pauta da onda nacionalista²⁶⁹. Assim como a proibição à entrada dos indesejáveis tanto do ponto de vista da saúde pública quanto para a ordem social, o que gerou perseguições a comunistas, anarquistas, prostitutas e cáftens.

A segunda fase do movimento sanitarista ocorreu, então, entre as décadas de 1910 e 1920, tendo como característica essencial a ênfase no saneamento rural²⁷⁰, em especial o combate a três endemias, a ancilostomíase, a malária e a doença de Chagas. Este segundo movimento teria ocorrido a partir da descoberta dos ‘sertões’²⁷¹, com seus habitantes

²⁶⁹ Alguns autores, como Ângela Alonso (2004: 23-27), defendem a permanência do ideário positivista, reformista, da geração de 1870, nos anos 1930. Os pensadores da Primeira República teriam o mesmo acervo de temas, problemas e abordagens do reformismo da geração de 1870, que combinava reforma social com elitismo político. Para os positivistas abolicionistas, o problema social estava na incorporação econômica e moral dos ex-escravos à sociedade nacional. O problema social se tornara urbano, por isso era necessário defender o trabalhador nacional contra a exploração industrial. Com isso em mente, idearam uma legislação protetora do trabalhador e ao contrário da geração de 1870, eram anti-imigrantistas, vendo na chegada do estrangeiro uma concorrência para a qual o ex-escravo não estaria preparado. Havia um pendão nacionalista, de que a imigração desfiguraria a identidade nacional. Bhering (2008: 17,84) mostra a forte herança positivista - valorização da ciência aplicada e seu direcionamento para questões de interesses da agricultura e econômicos em geral - nas primeiras décadas da República. A criação do Ministério da Agricultura Indústria e Comércio - MAIC, assim como as atividades científicas exercidas no seu interior, teria sido permeadas pelo positivismo que se difundira entre as elites ilustradas brasileiras. O Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais, agência subordinada ao MAIC como o Serviço de Povoamento do Solo Nacional, era um reduto de pensamento e ação positivista, que se articulava com o projeto político nacionalista. Este projeto político defendia a expansão do Estado por todo o território nacional, guiando os povos autóctones a caminho da civilização. Além dos estudos etnográficos, existia também o aspecto relativo à localização de trabalhadores nacionais: acolher o nacional e lhe proporcionar educação primária e instrução agrícola. Era preciso também povoar o Brasil, ocupando as terras desocupadas.

²⁷⁰ Decreto n. 13538 de 9 de abril de 1919 – reorganiza o serviço de profilaxia rural (RMJNI, 1918/1919: S1-102).

²⁷¹ Foi principalmente durante a Primeira República que apareceram movimentos expressivos de valorização do sertão, seja enquanto espaço a ser incorporado ao esforço civilizatório das elites políticas do país, seja como referência da autenticidade nacional. Projetos que tiveram início ainda no Império não apenas se intensificaram na República como ganharam nova expressão, associados às idéias científicas dominantes e ao movimento de auto-atribuição de uma missão civilizatória das elites intelectuais, que se viam como responsáveis pela formação da nacionalidade. O desbravamento dos sertões pode ser visto como um movimento de forte conteúdo simbólico, que acompanhou os projetos oficiais de delimitação de fronteiras, saneamento, utilização de recursos naturais, povoamento e integração econômica e política, fortemente associado à expansão da presença do Estado no interior do país (Lima, 1999: Capítulo 3, pgs 65-67).

abandonados e doentes. O objetivo estava em curar e integrar a população rural à comunidade nacional. Ao contrário da fase anterior, o movimento sanitaria se constituía como um caminho para a ‘construção da nação’, em conjunção com a emergência de uma corrente de pensamento nacionalista (Castro Santos, 1985; Hochman, 1998: 61).

“No tocante ao elemento colonizador, já é tempo de aproveitar com mais interesse o nacional. Com a fundação dos núcleos de que cogita o regulamento mandado observar pelo decreto n. 9214, de 15 de dezembro de 1911, bem como encaminhar para as regiões do norte uma parte da corrente imigratória que nos procura e ali pode constituir centros de fecundo e proveitosa atividade. Limitando-se as despesas que atualmente se fazem com a proteção ao aborígine aos postos já criados, ter-se-a margem a dar maior desenvolvimento aos serviços de instalação de núcleos para trabalhadores nacionais, encaminhando-se assim para o trabalho agrícola até agora votados a injustificável abandono” (RMAIC, 1913: XXII)

A corrente de pensamento interessada na integração do sertão ao território nacional, trouxe também uma maior valorização do trabalhador nacional. Ele não seria mais considerado indolente, preguiçoso, mas sim analfabeto e doente, precisando de saúde e educação. Dessa forma, seriam os governantes e a doença, e não mais a natureza e a raça, os culpados pela situação de isolamento da população rural brasileira²⁷². Essa forma de pensar começou a repercutir diretamente na política imigratória e trabalhista no Brasil. Os subsídios para a vinda de trabalhadores estrangeiros começaram a diminuir e muitos intelectuais e autoridades governamentais começaram a defender uma política de valorização do trabalhador nacional. Eles também teriam direito a todos os subsídios que eram dados aos estrangeiros. Ainda não era o momento de acabar com a política de imigração, mas esta deveria ser direcionada agora para o norte do país, para que os imigrantes ‘civilizassem’ esta região como haviam feito com o sul. Centros agrícolas, no modelo dos núcleos coloniais, começaram a ser instalados no norte para a localização de trabalhadores nacionais.

Em 1916 a corrente imigratória foi reduzida significativamente, em decorrência da Primeira Guerra. A Diretoria do Serviço de Povoamento levava em consideração o fato de existirem lotes vagos em diversas colônias e constantes solicitações de nacionais para neles se localizarem. O Poder Legislativo, por disposições expressas, deixou ao critério do Executivo a

²⁷² Sobre o movimento pelo saneamento rural na Primeira República e a construção da imagem do Brasil e do brasileiro doente ver Lima & Hochman (2004: 493-533).

determinação da percentagem de nacionais nos núcleos para serem instalados a cargo da União. Os nacionais passaram a receber também o auxílio que antes era exclusivamente facultado aos imigrantes, como:

- 1º O transporte de pessoas da família, bagagens e instrumentos agrícolas da capital federal ou das capitais dos estados de São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul à sede da colônia;
- 2º Hospedagem no núcleo durante o tempo necessário à escolha do lote, livremente feita pelo interessado;
- 3º Trabalho em obras do núcleo, até a primeira colheita, à razão de 15 dias para cada chefe de família ou filho maior;
- 4º Sementes gratuitas e as principais ferramentas de trabalho;
- 5º Concessão, por baixo preço e mediante pagamento à vista ou a longo prazo, sendo a primeira prestação efetuada no fim do terceiro ano de localização, de um lote rural de 25 hectares, com ou sem casa;
- 6º Alojamento provisório aos que quiserem construir a casa por conta própria;
- 7º Assistência clínica e medicamentos, fornecidos gratuitamente durante o primeiro ano de residência no núcleo;
- 8º Facilidades para a expedição da correspondência postal e telegráfica;
- 9º Instrução primária, gratuita, às crianças, etc (RMAIC, 1918: 264).

Décadas de política imigratória mal dirigida pelo governo tinham gerado problemas como o enquistamento de populações nos núcleos coloniais e a dificuldade de assimilação. Autoridades ficaram admiradas quando souberam que em várias escolas instaladas pela própria população nos núcleos coloniais não se ensinava a língua portuguesa, mas o alemão, e não se sabia nada sobre a nossa história e geografia. A onda nacionalista levou ao fechamento várias escolas alemães, porém o governo se esqueceu de colocar outras em seus lugares²⁷³.

A difusão do ensino primário, por conta da União e dos Estados nos núcleos coloniais, durante o último quadriênio, expressa-se pelo seguintes dados: (...)

Fechadas todas as escolas alemães onde não se ministrava o ensino do português nem o de nossa história e geografia, não foi, entretanto, possível a abertura de novas escolas genuinamente nacionais; e as próprias que existem estão desprovidas do necessário aparelhamento. Aos filhos, porém, dos colonos pobres, o Serviço de Povoamento distribuiu material escolar, reconhecendo o respectivo diretor a conveniência de se facilitar a essas crianças até roupa, porquanto muitas deixam de ir à escola por falta de recursos (RMAIC – *O ensino primário nos núcleos coloniais*, 1916: 290)²⁷⁴.

²⁷³ Seyferth, Giralda. *Imigração e Cultura no Brasil*. Brasília: Ed. UnB, 1990, pg 15.

²⁷⁴ Apesar do amplo debate sobre os perigos do enquistamento nos núcleos coloniais, na Primeira República só houve intervenção do estado nos núcleos durante o período da I Guerra Mundial (1914-1919). Nessa ocasião,

Foi baixado o decreto n. 9081 de, 3 de novembro de 1911, que regulamentava a localização de trabalhadores nacionais nos núcleos coloniais de imigrantes pelo Serviço de Povoamento, para que a população se misturasse, evitando assim o problema do enquistamento²⁷⁵.

Até o fim de 1911, tão somente eram admitidos, nos núcleos coloniais federais, colonos brasileiros em número equivalente a 10% do de estrangeiros localizados, ficando estabelecidos que, logo que a quantidade de lotes adquiridos por imigrantes fosse superior a 300, poderia ser organizada uma seção contígua, exclusivamente de nacionais. Expedido o decreto n. 9081, de 3 de novembro de 1911, que deu novo regulamento àquela repartição, a percentagem aludida foi elevada a 30% e, em 1915, por disposições contidas na lei orçamentária, a 50% (RMAIC, 1918: 263).

No Brasil, durante os anos de 1910-1920, particularmente depois da I Guerra, a produção literária e sociológica tomou um tom marcadamente nacionalista, era preciso construir a identidade nacional. Para alguns, só com a imigração estrangeira, branca e européia o brasileiro poderia apagar o seu passado negro, escravocrata²⁷⁶. Para outros, era necessário valorizar o homem do sertão (Castro Santos, 1985: 211).

surgiram as primeiras ações nacionalizadoras como a modificação dos currículos escolares, com a exigência do ensino bilíngüe e a introdução das disciplinas história e geografia do Brasil, além da língua portuguesa. No contexto da ampla crítica sobre a política de colonização com imigrantes, implementada antes de 1930, a partir de 1937 foram tomadas medidas coercitivas, visando atingir os núcleos de imigrantes em nome da tradição de assimilação e mestiçagem pregada por uma parte da elite nacional. Ver Seyferth, Giralda. Os imigrantes e a campanha de nacionalização do Estado Novo, pp.199-228. In: Pandolfi, Dulce (org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999.

²⁷⁵ Autoridades brasileiras se preocupavam com os enquistamentos étnicos que ocorriam em locais onde existiam colônias instaladas. Por isso, passaram a recomendar a formação de “colônias mistas”, que integrassem imigrantes de diversas nacionalidades e étnicas e, a partir de 1910, passaram a contar também com trabalhadores brasileiros. Sobre o enquistamento em colônias germânicas da região do Vale do Itajaí, em Santa Catarina, e a formação de uma identidade étnica teuto-brasileira ver Seyferth (1999b: 61-88). Uma pesquisa sobre a tardia colônia de Anitápolis, fundada em Santa Catarina, em 1907, já enquadrada nas mudanças da legislação imigratória para a formação de colônias mistas, que previam além de imigrantes também trabalhadores nacionais com o objetivo de evitar enquistamentos étnicos ver Boeira, Daniel Alves. *Os dez primeiros anos do Núcleo Colonial Federal Anitápolis (1907-1917)*. Monografia apresentada ao curso de História do CFH. UFSC: Florianópolis, 2004.

²⁷⁶ Sobre a relação entre a política imigratória brasileira e o ideal do ‘Branqueamento’ no Brasil ver Skidmore, Thomas E. *Preto no Branco: raça e nacionalidade no Pensamento Brasileiro*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976, capítulos 4 e 5. A tese do branqueamento deve sua formulação mais sistemática na década de 20 a Oliveira Viana: “Esse admirável movimento imigratório não concorre apenas para aumentar rapidamente, em nosso país, o coeficiente de massa ariana pura: mas também, cruzando-se e recruzando-se com a população mestiça, contribui para elevar, com igual rapidez, o teor ariano de nosso sangue” (Vianna, Oliveira. *Evolução do Povo Brasileiro*, 1956, pp.182-185).

No entanto, como disse Euclides da Cunha, quanto mais a elite brasileira procurava tomar uma civilização de empréstimo, mais fugia às exigências de nossa nacionalidade e mais fundo se tornava o contraste entre o nosso modo de viver e o “daqueles rudes patrícios mais estrangeiros nesta terra do que os imigrantes da Europa”²⁷⁷. A verdadeira vocação dos país estaria na valorização da agricultura e do homem do campo (ibidem: 214).

Enquanto imigrantistas e anti-imigrantistas discutiam o futuro da fisionomia da população brasileira, a saúde pública tentava se reorganizar no período pós Rodrigues Alves, com corte de orçamento e o reaparecimento dos mosquitos. Em 1918, teria que dar conta também do recrudescimento da pandemia de gripe espanhola, que chegara à capital. Pressões internacionais começam a clamar por melhorias no tratamento dispensado aos trabalhadores imigrantes, pelo menos no que dizia respeito ao transporte nos navios.

5.3 Mudanças no controle do transporte de imigrantes: o Regulamento da Diretoria Geral de Saúde Pública de 1914

No início da década de 1910, o estado sanitário da Capital Federal parecia estar em ótimas condições. A febre amarela, como prometera Oswaldo Cruz no início de sua gestão, se não havia desaparecido por completo do Rio de Janeiro, pelo menos dava uma trégua. Assim, o médico partiu para mais uma empreitada contra os mosquitos, só que dessa vez no norte do Brasil. A ausência da moléstia durante o período teve como consequência a diminuição do aparato de saúde pública do Distrito Federal (RMJNI, 1911/1912: XXXVIII).

Com a lei orçamentária de 1913, o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção se fundiram, gerando a Inspetoria do Serviço de Profilaxia. Esta fusão levou a uma significativa diminuição da brigada de mata-mosquitos, criada por Oswaldo Cruz²⁷⁸, que passou a contar, a partir de então, com apenas 300 homens. O Congresso Nacional foi cortando, de ano a ano, as verbas da saúde e os mosquitos voltaram a aparecer por todos os lados já no final de 1914 (RMJNI, 1914/1915: XVI; 1917/1918: XIII).

²⁷⁷ Cunha, Euclides da. *Os Sertões*, 5ª Ed., Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1914, p.205.

²⁷⁸ Relatório do Diretor Geral de Saúde Pública, Dr. Carlos Seidl, ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores, Dr. Herculano de Freitas: 1912.

Do ponto de vista internacional, durante este período, o Brasil participou de importantes conferências como a Convenção Sanitária Internacional, em Paris, em 1912²⁷⁹. E, em abril de 1914, de mais uma conferência com as repúblicas platinas – Argentina, Uruguai e Paraguai – para a elaboração de uma nova convenção sanitária em substituição à de 1904, denunciada pela Argentina. Oswaldo Cruz, que já havia representado o Brasil na conferência de 1904, voltou como delegado na de 1914.

Com respeito ao trânsito de passageiros, houve algumas mudanças entre as duas convenções. Para passageiros de 1ª e 2ª classes, a vigilância permaneceu sendo feita em terra. Para se garantir a eficácia desta vigilância, passaportes sanitários passaram a ser entregues antes do desembarque. Os passageiros submetidos à vigilância deveriam fazer um depósito em dinheiro que lhes era devolvido ao término do período de observação, que durava o tempo de incubação da moléstia transmissível – febre amarela, peste e cólera. Quanto aos passageiros de 3ª classe, a vigilância permaneceu sendo feita nos locais e sob as restrições que a autoridade sanitária julgasse conveniente²⁸⁰.

No entanto, de acordo com o art. 15 da nova convenção, uma garantia foi estabelecida em favor do imigrante, apesar de representar também uma prevenção para passageiros sãos a bordo dos navios: os países contratantes passaram a ser obrigados a receber indistintamente, nos seus estabelecimentos destinados à assistência ou isolamento, os doentes em trânsito, afetados de cólera, peste ou febre amarela, seja qual fosse a sua procedência ou destino, sempre que a juízo da autoridade sanitária a permanência do doente a bordo importasse um perigo para os demais passageiros²⁸¹. Dessa forma, o país por onde o passageiro estivesse em trânsito ou desembarcasse, em caso de moléstia, deveria oferecer tratamento em suas instituições de saúde.

Em março de 1914, um mês antes da convenção entre as repúblicas platinas, novo regulamento sanitário para a reorganização da DGSP entrou em vigor²⁸². Esta nova legislação estipulou disposições especiais e multas, visando o problema do transporte de passageiros nos navios. De acordo com o art. 95 ficou passível de multa de duzentos mil réis (200\$00) o comandante de navio que faltasse com a verdade, sonegando informações às autoridades sanitárias do porto, na ocasião da chegada, sobre as ocorrências a bordo. O comandante que

²⁷⁹ RMJNI, 1912/1913: S1-26.

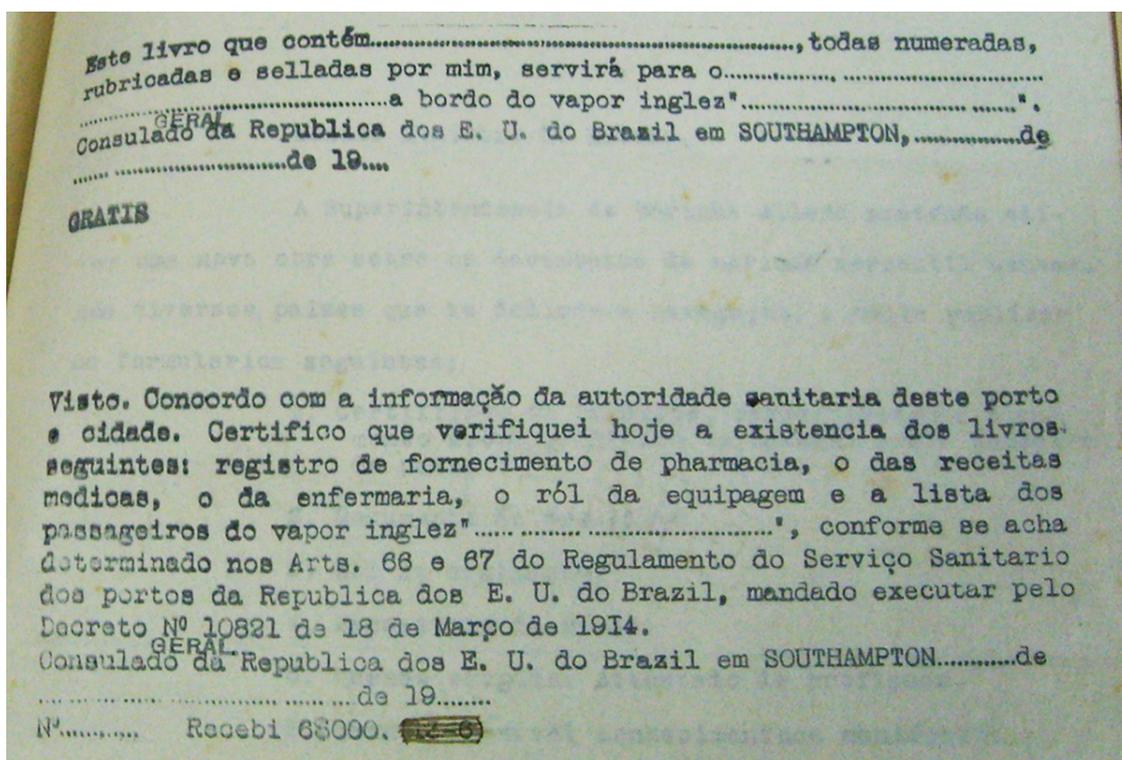
²⁸⁰ AN. Série Saúde, IS4-83, Conferência Sanitária / IOC.

²⁸¹ Ibidem.

²⁸² Decreto n. 10821 de 18 de março de 1914.

escondesse doentes a bordo, de qualquer moléstia, que remetesse os enfermos para hospitais em terra sem a prévia licença da autoridade sanitária, ou que chamasse o médico de bordo sem a mesma licença seria multado em duzentos réis (200\$) e se a moléstia fosse infecciosa em quinhentos réis (500\$) por doente. O administrador de qualquer hospital que recebesse doentes provenientes de navios ancorados sem licença da autoridade sanitária também receberia multa de 200\$00.

Ainda de acordo com o decreto n.10.821 de 18 de março de 1914, os navios estrangeiros de transporte de passageiros tinham que portar os seguintes documentos: registro clínico, registro de prescrições médicas e livro de farmácia. Os livros, privativos de cada navio, deveriam ser abertos e rubricados pelo cônsul brasileiro em cada porto de partida e de escala²⁸³.



Modelo de visto do consulado brasileiro em Southampton. A autoridade consular, em cada porto estrangeiro, deveria vistoriar a documentação do navios, certificar-se da existência dos livros do médico de bordo, da farmácia, de receitas médicas, da lista de passageiros, de acordo com o Regulamento de 1914. Arquivo Histórico do Itamaraty/RJ – 861.2 (42) (00) lata 1162, maço 24608, certificado de embarque e desinfecção.

²⁸³ Arquivo Histórico do Itamaraty/RJ – 861.2 (42) (00) lata 1162, maço 24608, certificado de embarque e desinfecção.

Entre a metade de 1918 e o começo de 1919, a capital federal teve que se proteger de diversos focos epidêmicos: a peste bubônica da região do Prata, a febre amarela do norte do país, em especial na Bahia, a peste em Dakar e a pandemia de gripe espanhola. Com esses acontecimentos, foi determinado maior rigor na inspeção sanitária; todos os navios que conduziam doentes de gripe eram mandados para o lazareto da Ilha Grande, a fim de serem desinfetados e observados. Mais de 7 mil pessoas ficaram hospitalizadas na ilha. A quantidade de navios era tão grande e a infraestrutura - material flutuante, como as barcas e lanchas que realizavam a inspeção - tão pequena, que o inspetor de saúde do porto contou em relatório que por um momento avistou uma fila de navios, esperando pela lancha para serem desinfetados²⁸⁴.

Com o fim da guerra, retomando a navegação o seu curso, muita gente fugia das dificuldades da Europa, chegando “às plagas sul-americanas” nas piores condições de saúde. Já não eram admissíveis a quarentena e nem o isolamento no lazareto, mas estas medidas retornaram de períodos remotos, junto com o pavor da gripe espanhola e do sucateamento das estruturas de profilaxia marítima²⁸⁵, quiçá da saúde pública da capital de um modo geral, em consequência da diminuição de verbas do período pós Rodrigues Alves.

A gripe espanhola foi sem dúvida a pandemia mais grave do século XX. A bibliografia sobre a entrada desta doença no Rio de Janeiro mostra como ela mudou o cotidiano da cidade, que ficou tomada por um clima de morte e horror²⁸⁶.

Em 23 de setembro de 1918, cinquenta e cinco brasileiros que se encontravam a bordo de navios da Divisão Naval, em operação de guerra do posto de Dakar, adoeceram de gripe. Em 27 de setembro foram internados no hospital de isolamento de Recife 4 tripulantes do navio Piauí, também proveniente de Dakar. De 7 a 8 de outubro, no Rio de Janeiro, 88 soldados adoecem do mesmo mal na Vila Militar. Teriam vindo do navio Demerara, proveniente do mesmo posto africano e ancorado no porto do Rio de Janeiro (Brito, 1997:17-19).

²⁸⁴ AN. Série Saúde, IS4-74, MJNI/DGSP, Relatório dos Serviços de Saúde dos Portos, 1919.

²⁸⁵ Ibidem.

²⁸⁶ Ver, por exemplo, a dissertação de Goulart, Adriana da Costa. *Um cenário Mefistofélico: a gripe espanhola no Rio de Janeiro*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da UFF, Niterói, 2003; a análise de Brito, Nara A. de. ‘La Dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, IV (1): 11-30 mar-jun. 1997; sobre a doença em São Paulo ver Bertoli Filho, Cláudio. *A gripe espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade*. Santa Ifigênia, São Paulo/SP: Paz e Terra, 2003; como a moléstia atingiu a Bahia ver Souza, Christiane M. C. de. *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da COC/Fiocruz, 2007.

A imprensa começou a exigir do então Diretor de Saúde Pública, Carlos Seidl, medidas mais energéticas de profilaxia nos portos²⁸⁷. No entanto, o diretor emitia opiniões imprecisas nos jornais: orientava, por exemplo, os órgãos sanitários a tomarem as medidas usuais como isolamento, desinfecção e inspeção de passageiros, que não davam conta da virulência da doença (ibidem).

As críticas aumentaram e a pressão da opinião pública fez com que o diretor fosse exonerado em 17 de outubro de 1918, ficando o inspetor de saúde da DGSP, Teófilo Torres, em seu lugar²⁸⁸. O doutor Torres realizou algumas mudanças nas práticas para o combate à gripe. Começou, por exemplo, a utilizar as delegacias de saúde e os postos da profilaxia rural para o atendimento dos doentes, além de transformar fábricas e escolas em postos de socorro, e colocou os doentes sob responsabilidade do Dr. Carlos Chagas, diretor do Instituto Oswaldo Cruz²⁸⁹.

Teófilo Torres foi nomeado diretor e Chagas ficou responsável pelos hospitais provisórios. Em julho de 1919, o Presidente Epitácio Pessoa incumbiu Chagas, já como Diretor de Saúde Pública em substituição ao Dr. Torres, de formular um regulamento sanitário que levasse em consideração o estado deplorável dos serviços. E Chagas começou o processo de centralização da saúde, que culminará na DNSP em 1920 (Goulart, 2003: 42, 111).

Carlos Seidl sai de cena massacrado pela opinião pública, servindo de bode expiatório para o alastramento inevitável da gripe e Carlos Chagas entra como herói público. O fato era que o serviço de profilaxia do porto não dava conta das desinfecções, nenhuma estratégia de combate à epidemia havia sido montada e a medicina dos laboratórios não dava conta do rápido contágio e da incubação curta da doença, que elevava o número de pessoas acometidas e o grau de letalidade com sintomas variados, que por sua vez fragmentava o discurso médico, em diversas opiniões e sugestões (Goulart, 2005: 105).

Teve início uma verdadeira raiva popular com relação às instituições de saúde. Governo e autoridades insistiam que a doença era benigna. E assim, com o caos social instalado, passou-se à exploração política da doença. Alguns médicos começaram a pedir o isolamento dos doentes por não saberem que medidas tomar. A medicina não estava preparada para identificar

²⁸⁷ Ibidem, 17 de outubro de 1918, pg. 1.

²⁸⁸ Ibidem, 18 de outubro de 1918, pg. 1.

²⁸⁹ AN. Série Saúde, IS4-74, MJNI/DGSP, Relatório dos Serviços de Saúde dos Portos, 1919.

o agente específico, por isso a confusão de discursos, diagnósticos e terapêuticas. A confusão era tanta que até os miasmas eram invocados, pois a microbiologia, que prometera o fim das moléstias infecciosas, não tinha as respostas (Ibidem: 111).

A morosidade em tomar atitudes eficazes despertara a ira popular contra Carlos Seidl e contra o próprio Presidente Wenceslau Braz. Seidl não tomava medidas energéticas como isolar doentes e expurgar navios. Dizia-se que o então diretor estava destruindo a obra de Oswaldo Cruz. De forma que a exoneração de Seidl foi uma resposta pública diante da impossibilidade de conter a epidemia. Herdeiro de Oswaldo Cruz, a população praticamente exigia a figura de Chagas à frente da saúde pública, com uma ‘mãozinha’ da imprensa, ele era visto como o único capaz de salvar a nação do caos (Ibidem: 118).

Chagas ao assumir o cargo aplicou medidas conservadoras como a quarentena e o fechamento dos portos, recebendo também muitas críticas. Uma delas veio de Azevedo Sodré, médico e editor de um dos periódicos científicos mais importantes, *O Brazil-Médico*. Azevedo dizia não acreditar na eficácia da quarentena para o combate à gripe espanhola. No mesmo periódico, foram publicados editoriais criticando os critérios adotados para a aplicação da quarentena²⁹⁰. Como resposta, o diretor afirmava de forma veemente:

“Mas quando determinei a quarentena não foi tendo em vista simplesmente a gripe. Há males não menos perigosos e para os quais o expurgo se impõe. Os navios, principalmente do Japão, são de ordinárias suspeitas. Tocam em portos onde grassam epidêmica e endemicamente a cólera, a peste, o tifo exantemático etc. E, agora mesmo, temos no lazareto casos de pneumonia, de bronco-pneumonia, de meningite cérebro-espinal. Além disso, quanto à própria gripe, é um ponto de vista leviano afirmar-se que são inócuas as medidas adotadas, e que já temos o mal aqui. Esquecem-se de que aqui temos a gripe nossa, sem as formas virulentas que apresentou a que nos visitou ultimamente. É contra esta, portanto, que nos devemos precaver. O meu objetivo, por esse lado, é evitar tanto quanto possível a entrada de focos individuais desse vírus. E por isso é que o navio somente obtém livre prática quando passados cinco dias, após o último caso. É sabido que a gripe tem essa fase de evolução”²⁹¹

²⁹⁰ *O Brazil-Médico*, ‘As vantagens da quarentena na gripe’, 1920, vol. 34, pg.3. Apesar do título, o autor, que não assina a matéria, conta um caso de uma paciente sua, que havia chegado no vapor Highland Laddie, suspeito de estar com surto de gripe, e ficara 18 dias de quarentena na Ilha Grande, com febre. Após permanecer este período no lazareto, essa paciente que chegara de Portugal, contraiu efetivamente a gripe ao pisar em solo carioca.

²⁹¹ Chagas, Carlos. Em torno da reorganização dos Serviços de Saúde Pública. Fala ao Jornal do Brasil. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 3 de fev. de 1920.

<http://carloschagas.ibict.br/sobrech/sec/matimp-reo-txt2.html> - acessado em abril de 2008 (fora do ar).

Assim, a velha prática de prevenção, abolida no mundo todo há mais de vinte anos, voltou a ser utilizada no Brasil para o combate da gripe espanhola. Chagas sabia, melhor do que todos, sobre a sua ineficácia. Mas neste caso, ela teria sido aplicada não como medida racional para se combater a epidemia e sim como um mecanismo de força, uma atitude radical do recém empossado Diretor de Saúde Pública para apaziguar os ânimos de uma população em pânico.

Depois da I Guerra, epidemias não eram mais pragas exóticas, trazidas por imigrantes como a cólera ou a peste. A doença não vinha mais de fora, mas estava dentro do país como a poliomielite, a meningite e a influenza, portanto, novas teorias eram necessárias, pois o contágio sozinho era um conceito contestável. Num futuro próximo, 1920, o mote será a educação, a eliminação dos focos e a imunização (Jones: 72-76).

Identificamos assim uma transição nas práticas de saúde pública, que antes voltava o seu olhar só para a prevenção das doenças transmissíveis para agora pensar no tema ‘educação e saúde’, mote da medicina social e do Comitê de Saúde da Liga das Nações.

Devemos levar em conta também que, a partir dos anos 1920, no Brasil, a tendência da política imigratória é de restrição e não mais de atração. O trabalho a partir de então consistia em assimilar e nacionalizar a massa de estrangeiros Brasil a fora e para isso era necessário: centralização, saúde e educação.

5.4 O Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública e os Indesejáveis sob o ponto de vista sanitário

Na metade de 1919, ainda em pleno combate à gripe espanhola, começaram oficialmente as discussões para a elaboração de uma reforma na saúde pública, que centralizasse os serviços sanitários e viabilizasse o saneamento rural²⁹². O Departamento Federal de Hygiene e Saúde Pública do Brasil, como começou a ser chamado esse órgão central que tomaria conta das questões sanitárias, seria subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. A princípio, ele seria constituído por quatro diretorias: Diretoria de Saúde

²⁹² Hochman (1998).

do Distrito Federal, Diretoria de Defesa Marítima e Fluvial, Diretoria de Profilaxia Rural nos Estados e Diretoria de Assistência Hospitalar e de Higiene da Infância²⁹³.

Foi criado um Conselho Técnico de Higiene e Saúde Pública composto pelo Presidente do Departamento Federal, que também era presidente do Conselho, pelos diretores dos serviços do Departamento, pelo professor de higiene e diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, pelo presidente da Academia Nacional de Medicina, pelo diretor do Instituto Oswaldo Cruz e pelo professor de engenharia sanitária da Escola Politécnica do Rio de Janeiro. Cabia a este conselho a discussão técnica das medidas que fariam parte do novo regulamento. O Código Sanitário Federal seria organizado posteriormente pelo mesmo Conselho, após as discussões da nova organização sanitária do país, regulamentando os diversos serviços²⁹⁴. Essas discussões deram origem ao Decreto n.16.300, de 31 de dezembro de 1923, que aprovou o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, a fórmula encontrada pelo Conselho, particularmente por Carlos Chagas, que exercia então o cargo de Diretor de Saúde Pública, para a centralização dos serviços.

O regulamento do DNSP é o primeiro do país que possui uma série de artigos²⁹⁵ específicos pertinentes à inspeção de imigrantes e à exclusão dos indesejáveis, sob o ponto de vista da saúde pública. Assim, a inspeção médica dos imigrantes nos portos do Brasil passou a ser feita em um local único, apropriado para isso, a hospedaria de imigrantes e não mais a bordo dos navios ou na hora do desembarque no porto, como era realizado anteriormente.

Nos portos do Rio de Janeiro e Santos deveria existir uma autoridade sanitária responsável, especialmente encarregada da inspeção médica dos imigrantes. Nos outros portos do país, este trabalho seria executado pelo inspetor de saúde do porto. Quando o navio fosse de imigrantes, o inspetor, após executar as medidas sanitárias regulamentares, deveria comunicar à autoridade responsável pela inspeção as condições sanitárias de bordo e todos os problemas de saúde que ocorreram durante a viagem. Nestas informações, tinham de constar a natureza da doença que ocorreu a bordo, o tratamento sanitário pelo qual o navio havia passado, caso

²⁹³ Fundo Carlos Chagas, caixa 3, Função: Diretor do DNSP; Série: Projeto de Lei 1919 – Organização Administrativa dos Serviços Sanitários do Brasil, pg1-3 – COC/Fiocruz.

²⁹⁴ Ibidem.

²⁹⁵ Decreto n. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, do artigo n. 1404 ao n. 1429 – Título VII, Inspeção de imigrantes e de outros passageiros.

tivesse passado por algum, os nomes dos passageiros atingidos e quaisquer outros dados que pudessem interessar às autoridades²⁹⁶.

No desembarque, as bagagens e objetos de uso pessoal, como por exemplo as roupas de cama, caso houvesse indicação, eram submetidos à desinfecção. Os indivíduos deveriam ser levados para antessalas com banheiras onde deixavam suas roupas, que eram desinfectadas quando necessário, antes de serem lavadas. Depois de passarem por medidas de higiene e asseio, os passageiros recebiam novas roupas ou as próprias já desinfectadas²⁹⁷.

Ao se recolherem à hospedaria, cada imigrante passava por minuciosa inspeção médica, a fim de excluir aqueles que fossem considerados indesejáveis sob o ponto de vista da saúde pública. Nenhum destino era dado aos imigrantes antes de passarem por esta inspeção médica. Eram considerados indesejáveis os atacados por lepra, tuberculose, tracoma, elefantíase e câncer. E ainda os que sofriam de qualquer doença mental, os cegos e surdos, os mutilados e os incapacitados para o trabalho, ou os que possuísem qualquer lesão orgânica que os invalidassem para o exercício de suas funções²⁹⁸.

Os imigrantes com sífilis, outras doenças venéreas ou transmissíveis, sem caráter epidêmico, eram devidamente tratados na enfermaria da hospedaria antes de serem encaminhados a seus pontos de destino. Se ocorresse entre os desembarcados casos de doenças epidêmicas, como varíola, peste, tifo exantemático, poliomielite, meningite, difteria, cólera, gripe, febre amarela, sarampo, escarlatina ou febre tifóide, o doente era isolado e os demais submetidos à observação. Só poderiam se dirigir aos seus destinos depois de cessada a doença²⁹⁹.

As ocorrências de doenças eram comunicadas às autoridades sanitárias dos estados para onde seguiam esses imigrantes como medida de defesa sanitária. Quando a primeira inspeção médica não fosse capaz de decidir se o imigrante deveria ou não ser considerado como indesejável, a autoridade sanitária poderia autorizar a sua aceitação condicional e posteriormente, após analisar novamente a situação, recusar ou aceitar o mesmo de acordo com as conclusões a que chegasse³⁰⁰.

²⁹⁶ Ibidem.

²⁹⁷ Ibidem.

²⁹⁸ Ibidem.

²⁹⁹ Ibidem.

³⁰⁰ Ibidem.

À Inspetoria de Imigração, órgão ligado ao MAIC, especificamente à Diretoria do Serviço de Povoamento do Solo Nacional, era fornecida uma relação dos imigrantes indesejáveis para que estes fossem repatriados. As companhias de navegação, que conduzissem imigrantes considerados indesejáveis, tinham o dever de repatriá-los, cabendo à fiscalização dessa medida à autoridade sanitária encarregada da inspeção³⁰¹.

Eram fornecidas, por intermédio do Ministério das Relações Exteriores, aos cônsules brasileiros no exterior, instruções para que estes impedissem o embarque de imigrantes na condição de indesejáveis sob o ponto de vista da saúde. A autoridade sanitária tinha o direito de pedir ao comandante do navio, que chegasse com indesejáveis a bordo, a justificação do fato, podendo ser cobrada uma multa de cem (100\$) a quinhentos réis (500\$) quando a explicação não fosse convincente³⁰².

Não só imigrantes, mas a partir de então, a nenhum estrangeiro com lepra, tuberculose, elefantíase ou câncer era permitido desembarcar no Brasil. Os estrangeiros com tracoma só poderiam desembarcar caso se sujeitassem às determinações das autoridades sanitárias³⁰³.

Durante a sua discussão e elaboração, o novo regulamento que reformaria a saúde pública foi bastante criticado por parte da comunidade médica. Um dos seus críticos mais severos foi o Dr. Azevedo Sodré, que em discursos na Câmara dos Deputados, na Academia Nacional de Medicina e em periódicos médicos apontou as diversas contradições no texto do regulamento. Uma de suas críticas dizia respeito à proibição de desembarque de indivíduos portadores de doenças. No entanto, em discurso na Câmara dos Deputados, em 29 de dezembro de 1920, Sodré apresentou uma emenda para ser inserida no texto sobre a questão. De acordo com o que estava escrito, parecia que havia a possibilidade de passageiros brasileiros portadores de lepra ou tracoma serem ‘repatriados’ como indesejáveis!

“Outra emenda, Sr. Presidente, que apresentei na 2ª discussão e renovei na 3ª, era concebida nos seguintes termos: ‘Fica proibido o desembarque, em qualquer porto do Brasil, de indivíduos afetados de lepra, tripanossomíase ou tracoma, quer procedam de portos nacionais, quer de estrangeiros;

³⁰¹ Ibidem.

³⁰² Ibidem.

³⁰³ Ibidem.

quando porém, tiverem que se transportar por condições personalíssimas, serão tomadas medidas higiênicas expressas em regulamento”³⁰⁴

Esta emenda foi recusada pela Câmara. O Dr. Zoroastro Alvarenga, que dirigia a votação, formulou uma objeção ao perceber o problema no texto:

Por ocasião da palestra que com V. Ex. entretive declarei que discordava da emenda por esta razão: porque proibia o desembarque em portos nacionais de indivíduos afetados de qualquer das três moléstias referidas, quer estes fossem nacionais ou estrangeiros e quer proviessem de portos nacionais ou estrangeiros. Então figurei ao nobre deputado esta hipótese: o indivíduo está em Santos, acometido da doença de Chagas; vem dali para o Rio de Janeiro e, aqui chegando, lhe é vedado o desembarque. Volta a Santos; mas como pela letra da lei, não pode desembarcar em porto nacional, neste caso para onde há de ir? (...) ³⁰⁵

Podemos identificar, nestas passagens, uma certa irracionalidade nas propostas para a elaboração do Código Sanitário Federal. A preocupação das autoridades com a restrição e exclusão de imigrantes sob o ponto de vista sanitário havia crescido significativamente, a ponto de elaborarem propostas tão fechadas, que poderia impedir a entrada em território nacional até de cidadãos brasileiros portadores de doenças.

Um outro editorial de *O Brazil-Médico*, de 19 de junho de 1920, dizia que o regulamento havia sido desvirtuado completamente da lei do DNSP, votada pelo congresso no final de 1919. Uma outra questão era que o objetivo de organizar o saneamento rural também havia sido posto de lado, já que o Estado despendia enormes somas com a higiene no Rio de Janeiro, onde ainda se mantinha “inutilmente o exército de médicos que Oswaldo Cruz aliciara para o combate à febre amarela”. Era necessário reduzir a um mínimo os serviços de higiene da capital, para aplicar todo o pessoal e verbas disponíveis no saneamento das regiões agrícolas. Era esse o objetivo da reorganização dos serviços de saúde. Para alguns, o novo regulamento abandonara por completo o seu objetivo principal ao aumentar os serviços de higiene do Rio de Janeiro, relegando para segundo plano o saneamento rural³⁰⁶.

³⁰⁴ Departamento Nacional de Saúde Pública, Discurso do Prof. Azevedo Sodré, *O Brazil-Médico*, n. 34, 1920, pg.117.

³⁰⁵ Ibidem.

³⁰⁶ Editorial, *O Brazil-Médico*, n. 34, 1920, pg. 395.

Nos próximos itens, vamos traçar um histórico da emergência do problema da imigração dentro das agências de cooperação sanitária internacionais, como a Organização Panamericana de Saúde - OPAS; o *Office International D'Hygiene Publique* – OIHP e o Comitê de Saúde da Liga das Nações, criado após a I Guerra Mundial. Vamos analisar o crescente processo de controle da imigração, a partir da questão da saúde, com o surgimento de organizações que são mobilizadas por estes dois temas, como o *International Labour Office* - ILO.

Dessa forma, identificamos esforços para a regulamentação do recrutamento, transporte e assistência aos trabalhadores estrangeiros. Junto a isso, vemos uma maior preocupação com temas próximos à medicina social, como a saúde da mulher e da criança, a saúde do trabalhador e os esforços para o combate ao tráfico de mulheres brancas. Veremos como a saúde do trabalhador e o tráfico de mulheres e crianças foram inseridos nas discussões pertinentes à legislação para o controle da imigração. Vamos entender ainda como o Brasil se relacionou com estes temas nas décadas de 1920.

5.5 Imigração, Saúde e Cooperação Internacional

Na segunda metade do século XIX, países europeus sentiam a necessidade de uma maior regulamentação das medidas sanitárias aplicadas a mercadorias e viajantes, com o objetivo de impedir a propagação de doenças consideradas como contagiosas, em especial a cólera, a peste e a febre amarela.

A 1ª Conferência Sanitária Internacional de Paris³⁰⁷, no ano de 1851, foi a primeira tentativa de se chegar a um acordo para a regulamentação e unificação das medidas de proteção nos portos, principalmente as quarentenas, que dificultavam tanto as trocas comerciais (Dubin, 1995: 56).

³⁰⁷ Existem dois estudos que tratam das 14 conferências sanitárias internacionais na Europa: o de Howard-Jones (1975) e o de Juan B. Mateo (2005). Ambos autores falam da dificuldade de se encontrar a coleção completa das atas destas conferências. Só dois lugares possuem essa coleção completa, tanto originais quanto cópias: um deles é a sede da OMS em Genebra; o outro é a Biblioteca Nacional de Medicina, em Bethesda, nos EUA. Juan B. Mateo, ao pesquisar, levou cópias também para o Instituto de Saúde Carlos III, na Espanha. O Arquivo da Casa de Oswaldo possui os exemplares de 1919 a 1934, período que em Carlos Chagas foi do Comitê Permanente da OIHP.

A primeira e segunda conferências européias são consideradas por autores (Howard-Jones; 1975, Harrison, 2006; Weindling, 1995) como um fiasco, por causa do pequeno número de países que compareceram³⁰⁸ e da discordância sobre a etiologia das doenças entre seus representantes, fazendo com que nenhum tipo de acordo com base científica fosse aceito por todos³⁰⁹. Sinais de um começo de concordância, pelo menos em termos de idéias, podem ser identificados na 3ª Conferência Internacional Sanitária, ocorrida no ano de 1866, em Constantinopla.

A convocação para esta terceira conferência tinha um motivo real e bastante agregador: a invasão da Europa pela cólera, vinda do Egito. Foi uma reunião predominantemente diplomática sobre providências a serem tomadas para conter a epidemia na Europa (Howard-Jones, 1975:23).

Apesar das discordâncias terem reinado nos encontros anteriores, a 3ª conferência teve como marco o aceite de todos de que a Índia era o local onde a epidemia de cólera tinha início e era sempre exportada pelo homem (ibidem: 34).

As propostas passam a ter, então, mais escopo e os acordos também. Na 4ª conferência, realizada em Viena no ano de 1874, acontece o primeiro voto unânime, o de que a quarentena deveria ser abolida e substituída pela inspeção médica. Até um relatório foi elaborado sobre a criação de um escritório internacional permanente em Viena, para se estudar epidemias, com caráter puramente científico (ibidem: 40).

Sete anos se passaram da data da última reunião, até que em 1881 ocorreu, em Washington D.C, a 5ª Conferência. Por diversos motivos, essa reunião foi única em vários aspectos: foi a primeira a ocorrer no hemisfério norte; teve maior número de representantes do que as anteriores, não só dos EUA, mas também de sete países da América Latina, da China e do Japão; e foi a primeira a ser discutida não só na língua francesa, mas também em inglês (ibidem: 42-43).

³⁰⁸ A maior parte da bibliografia (Howard-Jones; Harrison, 2006) fala do comparecimento de 11 estados, Goodman (1952: pg) fala em 12, Áustria, França, Inglaterra, Grécia, Vaticano, Portugal, Rússia, Sardenha, Sicília, Espanha, Turquia, Toscana.

³⁰⁹ A primeira e segunda conferências não foram ratificadas por todos os países presentes (Howard-Jones, 1975: 20).

Para esta reunião, os EUA convidaram potências marítimas, a fim de que disculissem um sistema internacional de notificação. O objetivo em convocar esta conferência era o de obter apoio internacional para uma legislação doméstica. Em 2 de junho de 1879, o Congresso Americano aprovou um ato para prevenir o contágio de doenças infecciosas por causa da prevalência da febre amarela e da cólera. A única forma de evitar esse contágio era através da inspeção dos navios ainda no seu porto de embarque (Cumming, 1926: 975).

Portanto, o motivo da convocação desta conferência estava na necessidade de aprovação internacional para uma lei nacional, americana, que só poderia ser implementada com o comum acordo das nações com as quais se realizava intercâmbio marítimo. Para os EUA, através dos navios, chegavam a febre amarela - das Américas do Sul e Central - e a cólera, da Europa, as duas maiores preocupações da saúde pública norte-americana naquele momento (Howard-Jones, 1981: 6).

As autoridades americanas queriam, dessa forma, aprovação internacional para a seguinte norma: uma embarcação, com destino a outro país, não poderia deixar o seu porto de embarque sem ser inspecionada e ter carta de saúde de um oficial consular do país de destino (*ibidem*).

Esmiuçando essa norma, os EUA queriam apoio internacional para colocar oficiais de saúde americanos nos portos europeus, sendo que eles próprios iriam inspecionar as embarcações e dar a carta de saúde, documento que determinava a livre prática do navio e dos passageiros em território americano. Essa prática era realizada normalmente por funcionários locais dos portos de embarque, ou por representantes consulares.

Os americanos não tiveram muito sucesso na tentativa de aprovação desta lei. O único item aceito durante a conferência foi a possibilidade de um oficial consular dos países de destino poder, sob regras e apoios internacionais, estar presente no navio no momento da inspeção e autenticar a carta de saúde (*ibidem*).

Em 1892, a epidemia de cólera em Hamburgo serviu como um alarme para a autoridade de saúde pública americana, pois este era o principal porto de embarque de emigrantes para os EUA. Este fato estimulou o Congresso, em fevereiro de 1893, a decretar uma lei de reforço para a regulação da quarentena, dando maiores poderes ao Cirurgião Geral do Serviço de Saúde do Hospital da Marinha, Dr. Walter Wyman, para mandar oficiais médicos aos escritórios consulares dos principais portos de embarque. Esses médicos deveriam examinar cada

imigrante e de acordo com o resultado dar a carta de saúde que permitiria ou negaria a entrada nos portos americanos (ibidem).

Dessa forma, ainda antes de 1893, existiam funcionários do serviço de saúde dos EUA espalhados por diversos portos europeus como o de Amsterdam, Antuérpia, Bremen, Hamburgo, Liverpool, Nápoles, Gênova, Le Havre, Southampton, Marselha, Roterdã (ibidem: 7).

No início de 1892, imigrantes para os EUA já eram sujeitos a inspeção médica com o intuito de restringir a entrada de pessoas doentes ou portadoras de algum tipo de deficiência. Entre 1900 e 1914, a Ilha de Ellis recebeu 10 milhões de pessoas.

A partir deste momento, os EUA começaram a comparecer às conferências com alguma regularidade e demandavam sempre discussões sobre o modo de prevenção da febre amarela e o problema da imigração, mas os assuntos não recebiam a atenção devida das delegações européias. Na 6ª conferência, em 1885, em Roma, mais uma vez a única doença discutida foi a cólera, apesar de um membro da delegação americana ter feito uma menção à febre amarela em várias resoluções³¹⁰ (Howard-Jones, 1975:56).

Na 7ª conferência, ocorrida em Veneza, no ano de 1892, várias delegações queriam discutir não só medidas contra a cólera, mas também contra febre amarela e peste. No entanto, a Alemanha e a Espanha não estavam interessadas, pois a discussão fundamental deveria ser o controle dos navios ingleses no Canal de Suez. Durante esta conferência, surgiu o primeiro tratado internacional de proteção à saúde, cientificamente aceito por todos, com instruções contra a cólera. Foi acordado que o germe da cólera se encontrava no trato digestivo dos pacientes e era transmitido por dejeções e vômito, e também pelas roupas e mãos de pacientes infectados. Este pressuposto deu origem à 1ª Convenção Sanitária Internacional (ibidem: 65).

Durante a 9ª conferência (1894), mais uma vez os EUA tentaram, sem sucesso, convencer os representantes das outras nações sobre a importância do controle sanitário de emigrantes europeus para as Américas. Desta vez, a delegação italiana fez oposição à proposta norte-americana como uma forma de retaliação a um fato ocorrido no ano anterior, 1893. Quatro navios haviam passado por uma completa inspeção médica, deixando Nápoles em aparente condição de saúde. No entanto, houve epidemias de cólera a bordo e os passageiros

³¹⁰ O Brasil participou desta conferência, mas se absteve de votar (Howard-Jones, 1975:56).

foram recusado como imigrantes na América do Sul. Um dos navios retornou à Nápoles com 522 mortos (ibidem: 73).

Parece que o fato descrito pela delegação italiana é o mesmo apresentado no começo do capítulo 1 desta tese, quando exatamente quatro navios não tiveram livre prática pra entrarem no porto do Rio de Janeiro: o Carlos R., Vincenzo Florio, Andréa Doria e Remo.

Após a interceptação da Itália, a delegação americana propôs uma outra conferência, para que fosse discutida a introdução da cólera nos EUA pelos emigrantes europeus. Esta proposta teve recepção favorável, mas nunca rendeu frutos³¹¹ (ibidem).

Em 1903, aparece o que podemos chamar de paradigma da cooperação sanitária na Europa: a elaboração de uma proposta, que já havia sido mencionada durante a 10ª conferência, em 1897, a favor do estabelecimento de um escritório permanente internacional de saúde, ou seja, o que seria a Office International D'Hygiene Publique (OIHP), em 1907. Vinte e três estados foram representados e entre eles estava o Brasil, a Argentina e os Estados Unidos. Foi dada uma maior atenção à febre amarela e à peste, que tinham formas de controle e prevenção completamente diferentes da cólera. Desde a 9ª Conferência que a etiologia e modo de transmissão das doenças já não eram uma discussão em nível intergovernamental – essas enfermidades eram transmitidas pelo mosquito, os ratos e pelo contato com dejetos humanos -, as bases da microbiologia e dos vetores estavam se assentando, embora ainda houvessem diferentes opiniões sobre o modo de contágio (ibidem: 78, 83).

O resultado desta 11ª conferência foi uma convenção com 184 artigos, que trouxe a quarentena internacional em linha com as recentes descobertas científicas. Foi a primeira convenção que admitiu que a destruição de ratos nos vapores era uma medida de proteção contra a peste bubônica. Por outro lado, só um artigo fez referência à febre amarela, o art. 182. Mesmo assim, ele ratificou que a moléstia era uma questão doméstica para as Américas (ibidem: 85)³¹².

A Europa demorou a acertar seus interesses comerciais com a necessidade de cooperação sanitária para debelar doenças transmissíveis. Desde 1851 identificamos tentativas neste sentido, mas somente em 1907 os europeus conseguiram formar uma agência para

³¹¹ Os peregrinos da Meca, desde a 3ª conferência, em 1866, já possuíam regulamentação específica. A pior epidemia pela qual passaram foi a de cólera de 1897 (Howard-Jones, 1975: 73).

³¹² O artigo que criou a Office International d'Hygiene Publique (OIHP) foi o 181 (ibidem: 85).

monitorar as condições de saúde do seu continente, a OIHP. Já a América, desde 1902 possuía um órgão supranacional voltado para divulgar informações epidemiológicas, tendo à frente os Estados Unidos, através do poderoso *United States Public Health Service*. Aí estaria o cerne da questão que envolvia o desinteresse completo das nações européias em discutir o problema da imigração e da febre amarela, essenciais para os países da América, principalmente para os EUA.

5.6 A Oficina Sanitária Internacional

A criação da Oficina Sanitária Internacional (1901) pode ser entendida como produto da expansão do comércio internacional, dos avanços da medicina e de uma nova relação política e diplomática entre as nações das Américas³¹³. Porém, podemos compreendê-la também como fruto dos desacordos entre nações européias e os EUA, em relação à regulamentação da emigração, e do desinteresse europeu por medidas contra a febre amarela. As questões relacionadas à febre amarela e à imigração contribuíram em certos aspectos para o pioneirismo do continente americano em matéria de cooperação sanitária. Assim, existe uma correlação entre a criação da Oficina Sanitária Internacional e o problema, em especial para os EUA, com a questão imigratória. É neste íterim que se insere o jogo de poder e também de interesses entre nações emigrantistas e imigrantistas.

Segundo Treviño (1998:1), a 1ª Convenção Sanitária Internacional Panamericana (1901) foi antecedida por uma série de acordos e ações internacionais. Portanto, a constituição da Oficina Sanitária Internacional não foi fruto de geração espontânea, mas de esforços de toda uma década.

Duas conferências internacionais no continente americano ocorreram antes da criação da Oficina, uma em Washington (1881) e outra no México, a 2ª Conferência Internacional dos Estados Americanos³¹⁴, que ocorreu do dia 22 de outubro de 1901 a 22 de janeiro de 1902.

³¹³ Cueto (2007: 19).

³¹⁴ As Conferências Internacionais dos Estados eram realizadas pelo governo dos EUA desde 1890, quando ocorreu a primeira em Washington. A partir das conferências dos Estados Americanos veio a Oficina Internacional das Repúblicas Americanas, logo União Panamericana e Organização dos Estados Americanos (OEA). Estas reuniões se chamavam inicialmente de convenções e mais tarde, de conferências. O termo convenção também se

Antes disso, também houve acordos bilaterais ou multilaterais entre países da América Latina para regulamentação de quarentenas para febre amarela, cólera, peste e tifo, como a convenção sanitária assinada pelo Brasil, Argentina e Uruguai, em Montevideu, no ano de 1873; a Convenção Sanitária do Rio de Janeiro (1887), assinada pelos mesmo países, sobre a regulamentação da quarentena para a epidemia de febre amarela e da cólera na Bacia do Plata³¹⁵.

Na 2ª Conferência Internacional dos Estados Americanos (1902), as etiologias da cólera, febre amarela e peste já estavam melhor elucidadas, tornando-se possível fechar acordos com mais facilidade. O *Governing Board of International Union of the American Republics* (Organização dos Estados Americanos) deveria convidar representantes de administrações americanas de saúde para formular acordos e regulamentações, com o objetivo de reduzir as quarentenas. Esta convenção deveria designar ainda cinco membros para comporem o *Internacional Sanitary Bureau* (Oficina Sanitária Internacional) em Washington (Howard-Jones, 1981: 7).

Na 1ª Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas, ocorrida em Washington, de 2 a 5 de dezembro de 1902, foi criada a Oficina Sanitária Internacional. Neste ocasião, foi acordado que a Oficina deveria ser composta por sete membros, com Walter Wyman, Cirurgião-Geral do *US Public Health Service* – USPHS - como primeiro presidente. A Oficina, provida pelo USPHS, tinha a função de receber relatórios das condições sanitárias dos portos e territórios das Américas (ibidem).

Nesta conferência, foram discutidas questões pertinentes ao período de detenção e desinfecção nas estações de quarentena, que deveria ser o mais breve possível, compatível com a segurança pública e de acordo com os preceitos científicos. O combate à febre amarela agora

refere aos acordos e documentos que saíam das reuniões (Álvares & Torres, 2002:19, 20). Segundo Howard-Jones (1981: 9), em 1907, o nome convenção, dado às primeira reuniões Panamericanas, foi mudado para conferência, assim, 3ª Conferência Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas e não mais Convenção Sanitária das Repúblicas Americanas. A mudança de nome foi feita para evitar confusão do uso de “convenção” tanto para tratado, quanto para encontro. De 1907 a 1920 houve duas séries de conferências sanitárias internacionais, uma na Europa e outra nas Américas.

³¹⁵ Em Lima, Peru, no ano de 1888, ocorreu uma conferência com objetivo de uniformizar a Polícia Sanitária Marítima Internacional. Mas pouco sabemos sobre esta conferência, no Boletim da Oficina Sanitária Panamericana de abril de 1930, há uma referência a ela. Marcos Cueto (2007: 31) se refere a um Congresso Sanitário Americano, em Lima, no ano de 1888, com o objetivo de regular as notificações, a profilaxia da cólera e da febre amarela, a organização e o funcionamento dos lazaretos, quarentenas, desinfecções, além dos tipos de perguntas a serem feitas aos passageiros no desembarque. Este congresso, ou conferência, estipulou também que cada país tivesse um escritório central de informações sanitárias.

tinha como profilaxia o combate ao mosquito. Portanto, foi recomendada, aos governos signatários, a adoção das medidas empregadas em Havana no combate ao vetor da febre amarela, como efetuar o isolamento dos casos e a fumigação dos edifícios. A febre tifóide e a cólera passaram a ser combatidas pelo uso da água potável e da higiene dos alimentos. Além disso, os casos de febre amarela, cólera, peste, varíola e tifo deveriam ser notificados³¹⁶.

A Oficina Sanitária Internacional foi formada por quatro órgãos: a Junta Executiva da Conferência Internacional Sanitária das Repúblicas Americanas, o Conselho Diretor, o Comitê Executivo do Conselho Diretor e o Executivo Panamericano (ibidem: 5). Ela deveria se reunir sempre que o diretor convocasse, por mandado do Diretor Geral da União Americana. As funções e deveres da Oficina, segundo a 1ª Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas (Washington, dezembro de 1902) são as seguintes:

1. Pedir a cada república que remeta dados relativos ao estado sanitário dos portos e territórios.
2. Proporcionar auxílio para estudos científicos das enfermidades nas repúblicas americanas.
3. Promover auxílio para eliminar enfermidades e facilitar o comércio.
4. Estimular e ajudar o saneamento dos portos do mar, incluindo-se as melhorias sanitárias nas baías e esgotos e a destruição dos mosquitos e insetos³¹⁷.

A Oficina Sanitária Internacional constituiu, dessa forma, uma rede de interdependência e intercâmbio entre países, articulada com o projeto expansionista de uma nascente potência mundial, os EUA. A Oficina, que em 1923 passou a se chamar Oficina Sanitária Panamericana -OSP³¹⁸, canalizou a ampliação do intercâmbio nas Américas sob bases civilizatórias, modernizantes e higienistas (Alvarez & Torres, 2002: 12).

A OSP cobrou um sentido instrumental para a expansão dos mercados e a intensificação dos intercâmbios comerciais. Ao mesmo tempo, constituiu um mecanismo mediante o qual a saúde adquiriu um significado totalmente novo e importante em nível continental: o

³¹⁶ Sumario de las resoluciones adoptadas por las convenciones sanitarias internacionales, primera , segunda y tercera – Conferencia Sanitária Internacional – Washington, D.C; Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas; 1908. 16p. Apresentado em: Convención Sanitária Internacional, 3, México, D.F., PAHO, 1907.

³¹⁷ Informe do diretor da Oficina Sanitária Internacional, Washington, D.C., E.U. da A. Junho, 24 de 1922 (Boletim da Oficina Sanitária Internacional – BOSI – janeiro de 1923, ano 2, nº1).

³¹⁸ Em 1948 virou Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

reconhecimento da sua importância enquanto questão estratégica para os países da região (ibidem; Cueto, op. cit.).

O termo cooperação aqui estaria sendo usado com objetivo de manter ativo o comércio com um mínimo de risco de difusão de enfermidades, especialmente para os EUA. Desde o início, tais reuniões mantiveram um estreito contato com as Conferências Internacionais dos Estados Americanos. A 1ª Convenção Sanitária Internacional ocorreu em Washington, em 1902, à petição da 2ª Conferência Internacional dos Estados Americanos, ramo do USPHS (ibidem: 21).

Dessa forma, a Oficina seria o mais antigo organismo de cooperação na área da saúde e também uma das primeiras instituições de cooperação internacional, que teve como resultado a construção de uma agenda comum e de uma comunidade de especialistas. Ela tinha a função de coibir doenças transmissíveis, a febre amarela e a peste principalmente, porque estas eram as doenças de grande circulação pelo portos americanos; ampliar as ações de saúde e os conceitos que as fundamentavam e formar uma base comum para o desenvolvimento da agenda de problemas e da ação das políticas de saúde adotadas pelas repúblicas (Lima, 2002: 2).

A Oficina difundiu a luta contra as enfermidades; promoveu e apoiou reformas estatais; difundiu a idéia de saúde para todos como um dever do estado e o conceito de equidade, enfim, levantou bandeiras que de certa forma conseguiram aglutinar os países da América Latina. Estes, por sua vez, buscavam a maneira de ajustar suas estruturas e dinâmicas sanitárias para responder às necessidades de saúde de seus habitantes (Alvarez & Torres, op.cit:13).

O que estamos chamando de cooperação, no caso da Oficina, não era apenas uma questão de promover a responsabilidade internacional no tocante a epidemias na América. Havia também a convicção de que a coesão social, sem excluir nenhum grupo social e/ou países, era essencial para o desenvolvimento das nações (Cueto, 2007: 20).

Na segunda metade do século XIX, a maioria dos portos e cidades dos EUA, América Latina e Caribe tinha uma junta de saúde de âmbito municipal ou estadual – não nacional - cuja natureza era *ad hoc*, ou seja, só entrava em ação quando havia uma epidemia. Essas juntas estabeleciam medidas de quarentena e cordões sanitários de forma muito heterogênea, inconsistente e contraproducente (ibidem: 31).

Já no final do século, o serviço dirigido por Walter Wyman, o USPHS, possuía funcionários trabalhando e morando em cinco localidades diferentes, fazendo relatórios sobre

as condições sanitárias dos navios, indivíduos e mercadorias que rumavam para os EUA. Utilizavam lanchas para desinfetar navios maiores, examinavam cuidadosamente passageiros e tripulação, expediam atestados de saúde e assinavam documentos sanitários para os comandantes. Na mesma época, o México chegou a ter também representantes de saúde até em Hong Kong, para manter a vigilância sobre emigrantes por causa da peste bubônica (ibidem: 43).

Segundo Cueto (ibidem: 57), a convergência da ciência e da saúde pública com o comércio internacional, aliada a uma tolerância menor aos sofrimentos causados pelas doenças, deu origem à organização da 1ª Convenção Sanitária Internacional, em 1902. Porém, devemos atentar também: primeiro para os interesses específicos dos EUA, segundo para os interesses específicos de cada nação americana e por último para as questões que aglutinavam a todos, o problema da imigração e da febre amarela.

Os interesses que levavam um país latino-americano a ser signatário ou não da Oficina Sanitária Internacional vão se configurar de forma distinta para cada nação. Segundo Alvarez & Torres (2002), no caso da Colômbia, a incorporação das convenções sanitárias nas decisões do aparato estatal colombiano e as ações realizadas no campo da higiene pública foram o resultado da articulação particular entre a dinâmica política e econômica internacional, liderada pelos EUA, e as necessidades de desenvolvimento socioeconômico interno.

A Colômbia, uma economia dependente, buscava uma nova imagem internacional. Dessa forma, a Assembléia Nacional Constituinte se ocupou da questão saúde, e dentro desta perspectiva, tinha lugar prioritário a aplicação das resoluções emanadas das convenções e organizações sanitárias continentais que vinham funcionando desde 1902 (ibidem)³¹⁹.

No caso do Brasil, podemos levantar algumas hipóteses: a necessidade de realizar trocas comerciais, a quantidade massiva de imigrantes que entravam todos os dias pelos portos, o problema com as doenças epidêmicas. Mas também existia algo a mais, que talvez outros países latino-americanos não possuíssem de forma organizada, a existência de uma comunidade médica, científica, estabelecida e representativa. Isto pode ser exemplificado através da figura de Carlos Chagas, que era membro da Oficina Sanitária Internacional, da OIHP e a partir de 1920 também do Comitê de Saúde da LN. Dessa forma, o Brasil não se constituiria somente

³¹⁹ Sobre a participação mexicana na fundação da Oficina Sanitária Internacional ver Treviño (1998).

como signatário das convenções, mas como uma nação participativa na formulação das normatizações sanitárias, a partir de uma comunidade científica atuante.

5.7 A regulamentação da imigração nas primeiras conferências panamericanas

Até a 2ª Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas (1905), a demonstração da etiologia da febre amarela pela Comissão de Walter Reed, em 1900, ainda estava longe de ser aceita por todos. Por isso, as medidas de prevenção, em especial a quarentena, continuavam a toda, principalmente no sul dos EUA (Howard-Jones, 1981:9).

Durante a primeira conferência americana³²⁰ (1903), ocorria simultaneamente a 11ª conferência européia, com a participação de delegados dos EUA, do Brasil e da Argentina. Nesta conferência, três tratados internacionais relativos à cólera e um para a peste foram consolidados. Apesar da febre amarela estar no rol da 1ª conferência européia, ela só havia feito algumas incursões pelo Mediterrâneo e por isso não tivera séria atenção por parte das delegações européias durante as conferências (ibidem).

Para os europeus, a febre amarela era um problema das repúblicas americanas e foi justamente isso que deu impulso a uma colaboração precoce entre os países americanos no campo da saúde.

A determinação mais importante desta 2ª conferência americana, foi a adoção de uma convenção *ad referendum*, uma consolidação da Convenção Sanitária Internacional de Paris, de 1903, com a omissão do controle em relação ao Mar Vermelho e a adoção da regulamentação da febre amarela (ibidem).

Porém, para este estudo, houve a adoção de medidas importantes ligadas ao controle imigratório, como a selada pelo art. XXX, que dava a possibilidade de se prescrever medidas especiais para os barcos em que houvesse aglomerações, particularmente os de imigrantes, ou qualquer outro em má condição higiênica³²¹.

³²⁰ Usarei, a partir daqui *conferência americana* para me referir às Conferências Sanitárias Internacionais Panamericanas e *conferência européia* para as outras.

³²¹ Sumário de las resoluciones adoptadas por las convenciones sanitarias internacionales – primera, segunda y tercera – Conferencia Sanitaria Internacional, Washington, D.C.; Oficina Sanitaria Internacional de las Republicas Americanas; 1908.16 p.. Apresentado em : Convención Sanitaria Internacional, 3, México, D.F., 1907.

O art. XLI também era direcionado à imigração, ele determinava que aos governos se reservasse o direito de tomar medidas particulares em relação a determinadas categorias de pessoas, particularmente vagabundos, emigrantes e/ou para os que atravessavam a fronteira em grupos ou bandos³²².

No mesmo ano da 3ª conferência americana, realizada no México em 1907, ocorreu em Roma um encontro, do qual os EUA e o Brasil participaram, para a formação da *Office Internationale d'Hygiene Publique* - OIHP, em Paris, acordada na conferência de Paris de 1903 (Howard-jones, op.cit).

Outra resolução importante foi a autorização da Oficina Sanitária Internacional a estabelecer relações de correspondência com o *Office Internationale d'Hygiene Publique* – OIHP, de acordo com a 3ª Convenção Internacional dos Estados Americanos, celebrada no Rio de Janeiro, em agosto de 1906. Além disso, foi recomendada a vacinação obrigatória contra a varíola³²³. Outra regulamentação sobre a imigração foi acertada pelo artigo 12: não era permitida a admissão de imigrantes que sofressem de tracoma ou de beribérie³²⁴.

Mais algumas decisões relevantes foram acordadas como: a nacionalização, centralização das autoridades sanitárias por meio de legislação adequada; que a Europa adotasse a convenção americana de 1905 sobre as medidas contra a febre amarela, com relação às suas colônias em especial; o saneamento das cidades e dos portos; e que no próximo encontro fossem discutidos os documentos sanitários, como as cartas de saúde³²⁵.

Para a 4ª conferência americana, ocorrida na Costa Rica, de dezembro a janeiro de 1909, os delegados deveriam ser todos autoridades sanitárias em seus países. E na 5ª conferência, que aconteceu em Santiago do Chile em novembro de 1911, uma das resoluções foi a criação do Boletim da Oficina Sanitária Internacional. Os países interessados também deveriam disponibilizar médicos para os navios, quando considerassem necessário. E por fim, a próxima conferência deveria incluir no seu programa a sugestão dos EUA de revisar a convenção sanitária adotada *ad referendum* pela 2ª convenção americana de 1905 (Howard-Jones, op.cit: 11).

³²² Um outro artigo interessante é o XX, que classifica os navios como *infectado, suspeito e indeme*, categorias adotadas pelas convenções européias. Há artigos também para medidas específicas e diferenciadas para a cólera, peste e febre amarela (Ibidem).

³²³ Para aprofundar a questão da varíola e a legislação internacional ver: Chagas, Diana Crus (2008).

³²⁴ Sumário de las resoluciones adoptadas... (op.cit).

³²⁵ Ibidem.

Sobre os imigrantes, o art. XV recomendava que todos os navios de passageiros ou de imigrantes tivessem equipamentos para a desinfecção. O art. XIV falava sobre os médicos de bordo; o XVII para que os navios de passageiros tivessem locais para a hospitalização dos enfermos, observação dos suspeitos e isolamento dos doentes. Neste encontro, foram discutidas também regulamentações para a prostituição. Foi recomendada ainda a instalação de cursos de higiene para a formação de especialistas e foram traçadas novas medidas para a prevenção da febre amarela: para uma pessoa ser considerada imune à doença, passou a ser necessária a confirmação de uma autoridade sanitária dos portos de partida³²⁶.

Na 5ª conferência americana, Walter Wyman havia falecido, sendo substituído por Rupert Blue, que depois entregará o cargo Hugh Smith Cumming. Esses homens foram praticamente os mentores da cooperação sanitária panamericana. A 6ª conferência deveria ter ocorrido em 1915, mas neste meio tempo explodiu a I Guerra Mundial, o que fez com que a Oficina retornasse aos seus trabalhos só em 1920, quando ocorreu a 6ª conferência em Montevideú (Howard-Jones, op.cit: 10).

Hugh Smith Cumming, Cirurgião-Geral do *US Public Health Service* de 1920 a 1936 e diretor da Oficina Sanitária Panamericana durante este período, fez severas críticas à postura européia com relação aos “acordos” internacionais. Em um de seus textos, ele critica inclusive a criação da OIHP e coloca em xeque o “estilo” de cooperação sanitária “internacional” européia. A convenção de 1907, embora fosse chamada de “internacional”, só havia sido assinada por dois países fora da Europa, um “chamado” Brasil e o outro os EUA.

“Este acordo, que ocorreu em Roma, em 9 de dezembro de 1907, foi chamado de convenção sanitária internacional, apesar de ter sido assinado somente por dois países fora da Europa - um chamado Brasil e outro os EUA -, e embora outros países ocidentais só mais tarde tenham entrado em acordo” (Cumming, 1926:976)³²⁷.

Cumming teceu críticas também à convenção européia de 1911 ao afirmar que os EUA tinham motivos para não assiná-la. Ela fora realizada para revisar o papel do rato na

³²⁶ Ibidem. Como resolução da 4ª convenção americana, foi recomendado também o impedimento do embarque de pessoas com outras enfermidades quarentenáveis (escarlatina, sarampo, difteria) que ainda não tinham entrado na regulamentação como a peste, febre amarela e cólera.

³²⁷ Tradução da autora.

transmissão da peste, no entanto, resultou em uma série de compromissos, os quais para Cumming soavam como algo “ilógico”, especialmente na parte técnica das definições sobre navios indenes, suspeitos e infectados (ibidem).

Para Cumming, na convenção de 1911, também ficavam explícitos os interesses de dominação da Europa Ocidental. Isto era exemplificado nos artigos que se baseavam nas medidas de proteção tomadas por alguns países, unicamente em cima de declarações oficiais de outras potências signatárias a respeito da existência ou não de doenças dentro de seu território.

“Os EUA, muito apropriadamente, se recusaram a assinar o documento, sem reserva a esta disposição. Ele era ilógico tanto ponto de vista histórico quanto científico” (ibidem)³²⁸.

Em 1911/12, a OIHP preparou a 12ª conferência que resultaria na convenção de 1912, em substituição a de 1903. A OIHP passa a ter um Comitê Permanente formado por delegados de vários países. Em 1914, houve a última sessão antes da guerra, quando esta agência suspendeu também os seus trabalhos, exceto a publicação do boletim mensal. Em 28 de abril de 1919, após a guerra, a Liga das Nações surge como o primeiro mecanismo multilateral de paz, não só em termos de disputas políticas, mas também de assistência em vários campos, inclusive na prevenção e controle de doenças (Howard-Jones, 1978:7).

5.8 A Liga das Nações e o *International Labour Office* entram em cena nas discussões sobre emigração e imigração

Durante a Primeira Guerra Mundial, as agências de cooperação sanitária, OIHP e a Oficina Sanitária Internacional, entram em recesso. Nenhuma conferência ou convenção aconteceu entre 1914 e 1918. Os trabalhos de cooperação no campo da saúde se limitavam praticamente ao atendimento dos feridos nos campos de batalha e dos refugiados por organizações voluntárias de assistência, como a Cruz Vermelha por exemplo.

³²⁸ Tradução da autora.

No pós-guerra, identificamos a emergência de outros problemas sanitários que iam além do combate às doenças transmissíveis. Era preciso dar assistência à população dos países devastados que, além de doentes, careciam de tudo, de comida, água, remédios etc. É nesse ínterim que surge a Liga das Nações e o grupo do bacteriologista polonês Ludwik Rajchman, Diretor do Comitê de Saúde da Liga.

Esse novo grupo de médicos e cientistas, liderado por Rajchman, possuía um outro olhar sobre a saúde e a cooperação sanitária. O mundo não precisava mais só de acordos sobre legislações portuárias. A realidade do pós-guerra colocou no campo de visão de todos que, se quisessem preservar a paz mundial, era necessário combater não só as doenças, mas também a fome, a pobreza e a miséria. Novos problemas entram no rol das preocupações da saúde pública, tendo à frente o grupo de Rajchman, que dava o nome a este novo campo de preocupações da saúde pública de *medicina social*.

Esse conceito, medicina social, é essencial para a compreensão da relação que se estabeleceu entre a Liga das Nações - LN, o *International Labour Office* - ILO e o problema da emigração. O ILO, em especial, como anexo à LN, possuía alguns campos de interesse, entre eles estavam a higiene industrial e a saúde do trabalhador. Algumas comissões foram criadas para discutir questões no âmbito desses dois assuntos. Entre elas, a Comissão do Antraz³²⁹, a Comissão de Emigração e uma outra para o estudo do câncer entre trabalhadores.

Dentro da Comissão de Emigração do ILO, um das questões mais estudadas, discutidas e combatidas, que tinha uma clara conexão com o movimento emigratório, foi o tráfico de escravas brancas (Tráfico de Mulheres e Crianças). Esse assunto é emblemático na criação do nexo entre a LN, ILO e emigração, porque reúne em si os dois motes de maior interesse das duas agências e suas conexões com a emigração: a proteção à mulher (saúde materno-infantil) e ao trabalhador (trabalhadores estrangeiros) – novos problemas e interesses do rol da medicina social.

A Comissão de Emigração do ILO virou uma referência para o tema. Todos os encontros, acordos, conferências e convenções que pudessem tratar do assunto tinha a obrigação de ter o aval da comissão. Assim ocorreu com a primeira Conferência Internacional

³²⁹ Antraz – Toxiinfecção causada pelo *Bacillus anthracis*, bactéria do solo e da vegetação, formadora de esporos que podem contaminar herbívoros e, a partir destes, infectar acidentalmente o homem que manipula carneiros, cabras, suas peles, lã ou produtos derivados, seja por inoculação, seja por inalação ou ingestão, o que condiciona diferentes formas clínicas. In: Rey (ibidem: 59).

de Emigração e Imigração, em Roma, no ano de 1924, quando a Comissão do ILO foi convidada para sugerir medidas no campo da assistência e proteção aos emigrantes.

O ILO também definiu, com a participação de várias instituições filantrópicas e voluntárias, medidas de proteção à mulher, especificamente relacionadas ao tráfico de mulheres, na maioria européias, mas também asiáticas, que viajavam camufladas na forma de emigrantes, para o exercício da prostituição em outros países, particularmente na América Latina.

Com o final da I Guerra Mundial, a disseminação de doenças por uma Europa devastada, com fronteiras redefinidas, por onde vagavam órfãos, refugiados, famintos, minorias religiosas e étnicas, era a principal preocupação entre autoridades governamentais e do campo da saúde pública. Era necessário criar uma organização de saúde que desenvolvesse a medicina preventiva em uma escala mais ampla que a dos territórios nacionais³³⁰, numa perspectiva diversa da OIHP, que basicamente trabalhava no sentido de divulgar informações epidemiológicas e organizar as convenções sanitárias internacionais.

A Polônia era o país que mais sofria com as enfermidades do pós-guerra. Entre 1918 e 1919 tiveram epidemias de tifo, entre as principais, mas também de disenteria, difteria e doenças venéreas. Essa situação no leste europeu fez emergir algumas questões quanto à deficiência da OIHP em recolher informações epidemiológicas (Balinska, 1998: 43-45)

A primeira iniciativa adotada para conter as epidemias na Polônia foi a quarentena, que fora aplicada com o objetivo de proteger sua fronteira contra a Rússia, onde a epidemia de tifo tomava grande proporção. Mas em 1918, a invasão do Exército Vermelho destruiu a linha de quarentena, intensificando ainda mais a epidemia. A Polônia foi tomada por uma onda de pânico e a partir das dificuldades e obstáculos impostos pela OIHP no tratamento da questão, ficou resolvido que seria criada uma Comissão Temporária de Epidemias, formada por três membros: o bacteriologista polonês Ludwik Rajchman e dois oficiais britânicos, como o objetivo de recolher medicamentos que haviam sobrado da guerra e enviá-los para o país (Ibidem: 45-46).

³³⁰ Benchimol et al: 2009: 88.

No pós-guerra, alguns autores como Weinding (1995:134) e Balinska (1998: 68) identificam uma transição no controle de epidemias, que mudou de lugar o olhar, antes somente sobre as doenças infecciosas, para a promoção da medicina social. O mote era a esperança de que a paz internacional poderia ser conseguida com a diminuição da depressão e da injustiça social. Outros problemas passam, então, a fazer parte do escopo de preocupações sanitárias internacionais, entre eles a saúde da mulher e da criança e a prevenção de doenças crônicas como a tuberculose e as Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Uma parte do Tratado de Versalhes, o tratado de paz para selar o final da guerra, criou a Liga das Nações - LN. Um comitê formado por dez representantes das cinco grandes potências (Inglaterra, França, Estados Unidos, Itália e Japão) e cinco integrantes de estados membros influentes (Brasil, Bélgica, Sérvia, Portugal e China) produziram o Pacto da Liga das Nações, que entrou em vigor em 10 de janeiro de 1920 (Benchimol et al, op.cit: 88).

A estrutura da Liga compreendia três instâncias: Conselho, Assembléia, Secretaria e diversas ramificações técnicas como a da saúde; do trabalho (ILO); da comunicação e trânsito; econômica e financeira; cooperação intelectual; educacional e cinematógrafo; refugiados e o Comitê de Proteção da Criança (ibidem).

O Tratado de Versalhes apontava a organização de uma agência de saúde para o controle e prevenção de doenças dentro da nova ordem mundial³³¹. Especialistas em saúde pública, médicos e cientistas se engajaram em organizar a nova medicina preventiva em bases internacionais. Ainda durante a guerra, haviam surgido duas iniciativas nesse sentido: a *American Red Cross Society* - ARC e uma organização de saúde criada pelos países aliados e os EUA (Dubin, 1995: 57).

A ARC, em novembro de 1918, propôs ao presidente dos EUA, Woodrow Wilson, uma nova agência internacional voltada para a melhoria da saúde humanitária. Esta idéia foi abraçada por Wilson, transformando-o em um líder dos aliados, o que resultou na criação da *League of Red Cross Societies (LRCS)*. Em seguida, ocorreu, em abril de 1919, a Conferência de Cannes, na França, liderada por autoridades de saúde pública, médicos e figuras chave da Fundação Rockefeller (Ibidem).

A LRCS deveria se encarregar de conter a epidemia de tifo e cólera do leste europeu. A agência concentrou programas de saúde popular, educação e enfermagem, mas em dezembro de

³³¹ Goodman, 1952: 102.

1920, a criação de uma organização de saúde foi aprovada pela LN. Enquanto isso, o Conselho da Liga colhia evidências sobre a inabilidade da LRCS em conter as epidemias européias. Foi criada, então, temporariamente, uma comissão de epidemias dentro do âmbito da LN com contribuições voluntárias (ibidem: 58).

Em 1921, o Conselho da LN estabeleceu um comitê temporário de saúde, enquanto a sua organização de saúde permanente não se concretizava, devido a divergências políticas, sendo a principal delas a recusa dos EUA em apoiá-la, não aprovando a OIHP como parte da futura organização de saúde da Liga.

O grande problema sanitário ainda era a Polônia. O Secretário Geral da LN, Eric Drummond, convidou membros de várias nações para ajudarem este país e proteger o oeste europeu da epidemia de tifo. Em Genebra, a LN fazia de tudo para acelerar o estabelecimento de sua sessão permanente de saúde com a assimilação da OIHP. No entanto, esse plano falhou por várias vezes. Dessa forma, ficou decidido colocar um diretor e um comitê temporário para que a Seção de Higiene da LN começasse a funcionar até que um acordo fosse alcançado com a OIHP (Balínska, op.cit: 48).

Para liderar este comitê, o bacteriologista polonês, Ludwik Rajchman, foi novamente convidado. O Comitê de Saúde era formalmente subordinado à LN, mas possuía extraordinária autonomia. Ele deveria responder ao Conselho, que era formado por 14 *experts* em saúde, a maioria deles vinculada à OIHP e uma outra parte com conexões com a LRCS. Tecnicamente, os EUA não poderiam pertencer à Organização de Saúde da LN, embora seu chefe maior de saúde pública, o Dr. Cumming, fosse um dos seus membros mais importantes (Dubin, op.cit: 59-61; Balínska, ibidem).

Segundo Balínska (op.cit: 68), a noção de saúde pública internacional era limitada a controlar as doenças contagiosas que atrapalhavam o comércio mundial. Este ponto seria essencial para entender a revolucionária característica que Rajchman e seu time estavam dando ao conceito da moderna saúde pública³³².

³³² No campo da cooperação sanitária, é certo que Rajchman e seu grupo, ligado ao Comitê de Saúde da LN, trouxeram novos conceitos e idéias, na inversão de interesses que num primeiro momento estavam voltados para o combate de epidemias e depois da I Guerra passou a atentar para as questões de assistência social. No entanto, o conceito de *Medicina Social* não foi criado por Rajchman e seu grupo. Como mostrou Rosen (1979), um outro grupo de médicos da primeira metade do século XIX, influenciados pelos movimentos liberais dos anos 1840 na Europa, como Rudolf Virchow, que participou das barricadas dos “Dias de Março” em Berlim, no ano de 1848, já traçavam a relação entre miséria social e doença; política e medicina. No entanto, as idéias de Virchow e seus

No entanto, dentro do próprio grupo, existiam divergências sobre o conceito de ‘medicina social’ e/ou ‘medicina preventiva’ e quais campos ele abarcaria. Para isso, criou-se uma subcomissão de medicina social no âmbito da LN, para discutir além do seu próprio conceito, a necessidade ou não de uma formação específica em medicina social, a exemplo do que vinha sendo feito em Varsóvia, na Escola de Higiene do Estado, e a que estava sendo discutida na Alemanha. Seria somente uma orientação dentro do ensino da clínica ou era necessária uma reforma geral do ensino da medicina?³³³

Era preciso trazer precisão ao termo que, de acordo com Rajchman e seu grupo, englobava a clínica, a higiene e a assistência social. Apesar de ainda não ter chegado a um significado preciso para a expressão ‘medicina social’, Rajchman sabia exatamente a quem ela servia:

“O essencial é que dentro da prática da medicina social seja indispensável que a população possa se beneficiar dos estudos científicos e do progresso técnico da medicina moderna”³³⁴.

Segundo Borowy (2007: 13), medicina social é um conceito que pode ser interpretado de diversas maneiras, mas a definição consiste em uma abordagem crítica da assistência à saúde, que destacou os determinantes sociais. A Liga das Nações teria se interessado então por diversos tópicos que poderiam ser relacionados a esta abordagem da doença e saúde. Entre eles estavam a higiene rural, os estudos sobre habitação e nutrição. Nenhum destes tópicos foi imposto por um corpo superior, mas foram propostos por governos e desenvolvidos por *experts* de vários países. Os programas satisfaziam necessidades locais e eram incorporados à

colaboradores não vingaram na sua época, “mas as sementes foram plantadas (...)” (Ibidem: 89). Durante a última metade do século XIX, a idéia de medicina social não desapareceu por completo e em certos aspectos foi desenvolvida por alguns médicos. Por outro lado, nas três últimas décadas do século XIX, a Alemanha não se caracterizou como uma nação propícia a transformações, em direção à emergência de um conceito de medicina social mais preciso, que permitisse uma aplicação prática (ibidem: 115). Rajchman e Virchow não são da mesma geração. Quando Virchow relacionou a epidemia de febre tifóide ocorrida na Alta Sibéria, em 1847, a um conjunto de fatores econômicos e sociais, que colocava em dúvida qualquer terapêutica, Rajchman nem havia nascido, fato que se deu só em 1881. No entanto, utilizando a teoria de Mannheim (1982:83), sobre “A série ininterrupta de gerações”: as gerações permaneceriam em um estado de interação constante. Assim, a contínua mudança teria uma contrapartida também de transformações nas gerações seguintes, que são as primeiras a incorporar as modificações em seu sistema de comportamento. “À medida que o ritmo de mudança se torna mais rápido, modificações cada vez menores são experienciadas” (ibidem: 84). Sem dúvida as relações entre Virchow e Rajchman merecem ser melhor analisadas.

³³³ COC/Fiocruz – Fundo Liga das Nações, caixa 29 – Societé des Nations, Bulletin de L’Organization D’Hygiene, volume VIII, n. 4-5, Anne 1939, Geneve.

³³⁴ Ibidem. Tradução da autora.

organização de saúde da LN. Além disso, estes programas não eram desenvolvidos isoladamente, eles faziam parte do discurso médico, principalmente europeu, e nasceram da ciência e da política desta época.

Apesar das primeiras tentativas de Virchow, nos anos 1840, voltadas para a medicina social, esta abordagem, até o aparecimento do grupo de Rajchman, ainda não havia sido posta em prática de forma sistematizada e organizada, como ocorreu na League of Nations Health Organization (LNHO), a organização de saúde da Liga das Nações.

A Organização de Saúde da LN diferenciava pouco da OIHP. As duas possuíam praticamente as mesmas funções: divulgar informações epidemiológicas e facilitar acordos sanitários entre as nações européias. No entanto, Rajchman não queria mais que a organização, da qual era diretor, simplesmente fizesse e divulgasse estatísticas ou coordenasse o trabalho de vários serviços sanitários, mas que também regulasse a troca de especialistas entre nações, realizasse e classificasse as causas de morte entre as populações e comparasse sistemas de saúde em escala mundial (Balínska, op.cit).

No entre-guerras, a OIHP tornou-se um veículo para acordos diplomáticos, porém, possuía um orçamento muito baixo. Estava tão dependente de Genebra que o Comitê de Saúde da Liga tornou-se a agência líder para preparar uma nova Convenção Sanitária Internacional, durante a Conferência de Paris, que seria realizada em 1926, para substituir a Convenção de 1912. A nova convenção fez do tifo, varíola, peste, cólera e febre amarela doenças de notificação, reconhecendo assim o trabalho epidemiológico da LN. A Seção de Higiene da Liga só começou a funcionar efetivamente em 1923 (Dubin, op.cit: 62-71).

5.8.1 O *International Labour Office* - ILO

O ILO foi criado em 1919 com o objetivo de colher informações sobre o mundo do trabalho. Como a Organização de Saúde da Liga das Nações, a partir do Tratado de Versalhes, deveria cuidar das novas questões epidemiológicas, o ILO deveria proteger o trabalhador de doenças e possíveis prejuízos causados pelo empregador (Weindling, op cit: 138-139).

A partir de 1920, a Organização de Saúde da LN e o ILO passaram a cooperar em algumas questões como a Comissão do Antraz (1925-1939), a Comissão do Câncer (1928-1930) e os assuntos relacionados à emigração, imigração e trabalhadores estrangeiros (Ibidem).

Essa cooperação, para Weindling (Ibidem: 243-145), marca uma nova fase do desenvolvimento da medicina social em bases econômicas. Daí identificamos o interesse no âmbito da Liga pela higiene rural, saúde materno-infantil e pela alimentação e nutrição, a partir da elaboração de um relatório - o *The Nutrition Report of de League of Nation* - e da criação de uma dieta *standard*.

Rosental (2006: 99-100)³³⁵ considera o entre-guerras um período estratégico para a historiografia das migrações, pois constitui-se como uma ruptura histórica: a mobilidade livre do século XIX se sucedeu à “tirania do nacional”, com as limitações do fluxo migratório, a exemplo das cotas de nacionalidade norte-americanas de 1924.

O assunto migração ocupou um lugar estratégico na política do ILO, cujo objetivo era a difusão do direito do trabalhador e de proteção social. No final do XIX, o autor observa a emergência da assistência social, a luta contra o desemprego e a proteção ao trabalhador, a partir de dois princípios: o primeiro de aspirações “socializantes”, através de formas de proteção coletiva do trabalho, justiça e paz social; a segunda, com o ideal liberal, de maximização de trocas de mercadorias, entendida como uma condição de prosperidade econômica e de paz. A função do ILO seria a de conciliar os dois modelos. Assim, a proteção coletiva seria condição *sine qua non* de adaptação ao capitalismo ocidental (ibidem: 107-109).

A Comissão de Emigração do ILO foi criada a partir do Tratado de Washington de 1919, durante a Conferência Internacional do Trabalho, mesmo ano de criação da própria organização, a partir do princípio de que o jogo de problemas econômicos e a proteção social regula o fluxo e o equilíbrio entre oferta e demanda de migrantes. O ILO queria sensibilizar a opinião pública para fazer pressão sobre os governos no sentido de controlar a propaganda e as atividades de agenciamento de imigrantes, a inspeção a bordo dos navios, com uma atenção particular à proteção das mulheres e crianças. Dessa forma, a questão principal, novamente, eram os portos: como evitar que um migrante fosse impedido de desembarcar? (ibidem: 110-114).

³³⁵ Rosental, Paul-André. Géopolitique et État-Providence: Le BIT et la politique mondiale des migrations dans é entre-deux-guerres. *Annales Histoire, Sciences Sociales* 2006/1, 61 e anné, pp.99-134.

Não se trata somente de relações entre estados, mas também entre todas as organizações internacionais, como produto da sociedade civil, os alcances e limites de oposição entre países de imigração e de emigração. Em 1923, a Itália anuncia a convocação, em Roma, de uma conferência internacional destinada a países para os quais a emigração ou a imigração constituíam fenômenos particularmente importantes. Nesta conferência, foi formado o Comissariado Geral para Emigração, um escritório internacional de migrações em oposição ao ILO, sob tutela italiana. O projeto italiano polarizou os países de imigração que desde o fim de 1923 tentavam se agrupar sob a bandeira francesa (ibidem: 115-119).

Neste momento, os países de imigração da América do Sul estão se fechando na medida em que os movimentos operários crescem, com medo de importar para dentro de seu mercado de trabalho agitadores políticos. O ILO começa a servir então de intermediário entre a América Latina e os países de emigração (ibidem: 128).

Segundo Garcia (2004), a atmosfera revolucionária tanto interna, com os movimentos operários, quanto externa, com a Revolução Russa em 1917, fizeram com que a elite oligárquica brasileira se postasse em vigilância anti-revolucionária, fazendo o uso da diplomacia brasileira como mecanismo de controle via restrição à imigração e expulsão, principalmente de indivíduos russos e/ou do leste europeu.

Isso gerou repercussão na relação do Brasil com o ILO. Como um dos signatários do Tratado de Versalhes, o Brasil fazia parte do ILO desde 1919. No entanto, o governo brasileiro começou a fazer severas críticas à organização, principalmente durante o governo de Arthur Bernardes (1922-1926). Para o presidente, a maioria das delegações européias, principalmente representantes de trabalhadores, tornavam as assembleias “verdadeiros congressos socialistas”, onde realizavam tentativas radicais de ditar legislações sociais aos países (ibidem: 775).

O Brasil limitou a sua colaboração com o ILO e muitas de suas convenções para proteger trabalhadores não foram ratificadas. Na Conferência Internacional do Trabalho em Genebra (1926), a delegação brasileira estava incompleta, faltou justamente a parte dos representantes do trabalhadores. Os líderes trabalhistas de outros países não atribuíram isso a um possível desinteresse dos companheiros brasileiros, mas a pressões governamentais, enquanto o Itamaraty insistia que, fora da Europa, os problemas que afetavam os trabalhadores eram diferentes e não tinham a mesma importância. As coisas começaram a mudar com o

governo de Washington Luís (1926-1930), que via o ILO como uma forma de proteção contra revoltas sociais (ibidem).

5.9 O tráfico de escravas brancas e sua conexão com a emigração

Em 1921 ocorreu a Conferência Internacional sobre o Tráfico de Mulheres e Crianças, com o objetivo de harmonizar ações de diversos governos para agirem em comum acordo no combate a esse tipo de tráfico de caráter internacional. As resoluções desta conferência foram feitas em concordância com o Conselho da LN. Um questionário com perguntas específicas como “quais medidas seu país têm tomado para combater este tráfico?” foi enviado para vários governos. O Brasil foi um deles e mandou inclusive delegados para participarem da conferência, os senhores João Baptista Lopes e Rangel de Castro³³⁶.

Uma das conclusões desta conferência foi a conexão do tráfico de mulheres e crianças para a prostituição com a emigração³³⁷. Era necessário que a Comissão de Emigração do ILO esquadrinhasse provisões para que fossem inseridas em acordos internacionais³³⁸.

Dessa forma, a emigração foi definida como o mais importante ponto a ser considerado no que dizia respeito ao tráfico de mulheres. Debateu-se, durante a conferência, a possibilidade de convidar todos os governos a instruir seus oficiais de imigração e emigração para exercitarem um olhar sobre este tipo de crime, que ocorria durante o movimento de embarque e desembarque de passageiros³³⁹. O ILO tomou esta questão para si e é dentro dela que se dá de forma íntima a relação entre esta agência e a LN, através de seu Conselho.

³³⁶ COC/Fiocruz, Fundo Liga das Nações – Caixa 33, League of Nation Conference on Traffic in Women and Children, Final Act / Société des Nations, Conférence Internationale sur la Traite des Femmes et des Enfants, Act final, Geneve, le 12 juillet, 1921.

³³⁷ A Conferência recomendou que a palavra ‘Tráfico de Escravas Brancas’ fosse mudado para ‘Tráfico de Mulheres e Crianças’ (Ibidem).

³³⁸ Ibidem.

³³⁹ O Brasil, como os outros países, também participou à conferência as medidas que vinha tomando contra este tráfico. O Sr. Rangel de Castro, em sua explanação, informou que as pessoas que cometiam este crime, inscrito no Código Penal do país de 1890, eram sujeitas a 2 anos de cárcere. Caso o crime fosse cometido por parentes, ou tutores da menor, ele poderia ficar preso num período de 2 a 4 anos e perdia os direitos sobre a criança. Rangel disse ainda que numerosos indivíduos estrangeiros estavam sendo presos e expulsos do Brasil, pois as leis de expulsão de imigrantes vinham ajudando as autoridades nas “ações contra elementos indesejáveis” (COC/Fiocruz, Fundo Liga das Nações – caixa 30, *Société des Nations, Actes de la Conférence Internationale de la Traite des Femmes et des Enfants*, Geneve, 1921).

Dessa forma, o comitê de assistência do ILO para a questão da emigração e imigração considerou a relação destas com o tráfico de mulheres e crianças para prostituição e elaborou pontos para serem inseridos na Conferência de Emigração e Imigração que estava marcada para ocorrer em Roma em maio de 1924. As resoluções foram as seguintes:

- 1- Proteger a mulher ou a criança migrante dos perigos, após terem começado sua viagem, quando viram presas fáceis para o traficante. Recomendou-se que os governos fossem consultados sobre a admissão ou não do migrante no país de destino.
- 2- Recomendou-se que a regulação relativa à viagem e admissão do migrante não resultasse na separação de membros da mesma família.
- 3- Reconhecidas sociedades de proteção de migrantes deveriam facilitar o desembarque dos navios e indicar hotéis de confiança para emigrantes³⁴⁰.
- 4- Era desejável que uma mulher qualificada fosse especialmente encarregada de cuidar dos interesses de mulheres e crianças a bordo de todos os navios de emigrantes.
- 5- As companhias de navegação deveriam autorizar a distribuição a bordo dos navios de informações sobre este tráfico.
- 6- Era importante que estas medidas governamentais contra o tráfico não interferissem na liberdade das mulheres em idade legal³⁴¹.

A partir destas resoluções, voltadas para combater o tráfico de mulheres em sua conexão com o movimento emigratório, a Comissão de Emigração começou a discutir outras formas de proteção aos trabalhadores estrangeiros, para serem também inseridas nos debates da Conferência de Emigração e Imigração prestes a ocorrer em Roma. Um dos temas mais importantes era a proteção contra a extradição ou repatriamento no momento de chegada no porto. Os emigrantes não deveriam sair de seus países até que estivesse certa a sua entrada no país de destino. Outra questão enfatizada foi a separação de famílias. Na legislação de alguns países, como nos EUA, um membro da família poderia ser detido ou repatriado sozinho³⁴².

³⁴⁰ Estas resoluções foram baseadas no Acordo Internacional contra o Tráfico de Escravas Brancas de 1904 e nas Convenções de 1910 e 1921 sobre o mesmo assunto.

³⁴¹ Ibidem.

³⁴² COC/Fiocruz, Fundo Liga das Nações – caixa 23, League of Nation, Advisory Committee on Traffic in Woman and Children, Minutes of the 3th Session, Geneva, April 1924.

Era necessário também inserir os trabalhos das organizações voluntárias³⁴³ no porto, junto às instituições oficiais. Se o emigrante, em especial mulheres e crianças, fossem deportados sob leis de emigração de determinado país, a viagem de volta não deveria começar até que as autoridades fizessem comunicação com as associações voluntárias para que o emigrante fosse acompanhado. Uma terceira e importante medida que entrou em debate foi com relação ao tratamento de imigrantes considerados indesejáveis, sob o ponto de vista da saúde pública³⁴⁴.

O ILO, internacionalmente, tornou-se um centro de dados sobre emigração. As informações eram publicadas em livros e governos interessados na questão passaram tanto a buscá-las quanto a divulgá-las. Inclusive, era recomendado aos indivíduos interessados em emigrar que procurassem essas informações como medida de proteção³⁴⁵.

Além dessas prescrições, entrou também em pauta a questão dos indesejáveis, no sentido de que os países de imigração tinham o direito de fazer suas próprias leis de imigração, mas a questão humanitária deveria falar mais alto. E também o problema das condições de transporte nos navios, que deveriam ser melhoradas, sendo isso de responsabilidade tanto das companhias de navegação quanto dos governos. Caso a Conferência de Emigração falhasse, a opinião pública poderia ser despertada pela LN, fazendo com que essa legislação fosse adotada pelos estados³⁴⁶.

5.10 A Conferência de Emigração e Imigração - Roma, 15 maio de 1924

³⁴³ Entre as principais organizações voluntárias estavam: International Bureau for the Supression on Traffic in Women and Children; International Women's Organizations; Associoation Catholic Internationale des oeuvres de Protecion de la Jeune Fille; Fédération des Unions Nationales des Amies de la Jeune Fille; Jewish Association for the Protection of Girls and Womens; Women's Suffrage Association. De acordo com a experiência dessas agências, foi realizado um relatório que mostrava a dificuldade de se combater o tráfico de mulheres pelas leis nacionais de emigração. Isso porque os traficantes, cáftens, viajavam normalmente na 1ª classe dos navios e suas vítimas na 2ª. As inspeções na maior parte dos portos ocorriam somente entre os passageiros de 3ª classe, de onde saíam os repatriados indesejáveis (COC/Fiocruz, Fundo Liga das Nações – caixa 23, Advisory Committe on Traffic in Women and Children, Minutes of the 3th Session, Geneve, april, 1924).

³⁴⁴ Ibidem.

³⁴⁵ Ibidem.

³⁴⁶ Ibidem.

Segundo o embaixador brasileiro Carlos Martins (1929: 11), o mal estar que a Europa passou a sentir com a diminuição do escoamento do excesso de sua população devido à diminuição da emigração transoceânica, levou o ILO a interessar-se pela questão. Uma comissão especial se reuniu para estudar uma ação conjunta para a emigração e fez votar no Comitê Internacional do Trabalho projetos, convenções e recomendações aceitas por grande número de países, que deveriam ser sintetizadas em um código internacional de disposições a serem aplicadas a estrangeiros. A Conferência de Roma teria se originado principalmente do desejo da Itália de assumir o papel preponderante na política de emigração internacional.

A conferência se dividiu em quatro sessões de debate³⁴⁷:

1ª Transporte de emigrantes, higiene e serviços sanitários.

2ª Assistência aos emigrantes antes da partida, durante a viagem e ao desembarcarem nos países de imigração; assistência especial à mulheres e crianças; desenvolvimento da cooperação, previdência e mutualismo entre emigrantes.

3ª Medidas recomendáveis no sentido de adotar a imigração às necessidades de mão-de-obra dos países de recepção. Colaboração entre os serviços de emigração e imigração de diferentes países.

4ª Princípios gerais que deveriam regular os tratados de emigração e imigração.

Cinquenta e sete países, inclusive o Brasil, estiveram presentes na conferência, mais representantes do ILO e da LN. Entre as principais propostas adotadas estava a italiana, que dizia respeito à formação de um sistema uniforme para publicação de disposições sanitárias em vigor sobre emigração e imigração, de maneira a preparar posteriormente o Código Sanitário de Emigração. Foram adotadas também medidas de proteção em estradas de ferro e no transporte marítimo como: igualdade de tratamento durante as viagens entre nacionais e estrangeiros e condições mínimas sobre o aparelhamento sanitário no transporte como ventilação, água potável, alimentação e serviço médico³⁴⁸.

Os governos deveriam adotar medidas tendentes a ministrar ao emigrante antes do embarque noções elementares de asseio pessoal e bem como informar sobre os exames médicos necessários, atestados de vacina etc. Foram adotadas também resoluções de proteção e

³⁴⁷ Brasil, Relatório do Ministério das Relações Exteriores (RMRE), 1924/1925: A-I-A-213-222, anexo A. Conferência Internacional de Emigração e Imigração de Roma – Síntese analítica das teses discutidas nas comissões.

³⁴⁸ Ibidem.

assistência à mulheres e moças viajando sozinhas. A conferência recomendou que governos entrassem em acordo com o objetivo de zelar pela saúde e métodos de alimentação das crianças a bordo dos navios. Os estados tinham de instalar asilos e hospedarias para emigrantes e imigrantes que deveriam ser assistidos e acompanhados, até o momento da partida, pelas autoridades e, na falta destas, por agentes das companhias de navegação. Todas as propostas da Comissão Consultiva da LN para a repressão do tráfico de mulheres e crianças foram adotadas³⁴⁹.

Foi definido também o significado dos termos *emigração* e *imigração* que deveriam ser idênticos em todos os países. A definição legal destes termos diferia em cada país por causa da necessidade de cada um em classificar o estrangeiro de acordo com o seu interesse e para os submeter a leis respectivas. Assim, a definição comum de emigrante, “deixar um país para se estabelecer em outro”, ganhava características secundárias. Não raro, uma mesma legislação poderia distinguir o imigrante geral do imigrante colono e, ao lado da definição de imigrante, existir também a de trabalhador estrangeiro, cuja característica estava na temporalidade (Martins, op.cit: 26).

As divergências sobre a mesma definição surgiram do princípio adotado por alguns países que viam na imigração um processo de povoamento do solo e em consequência ofereciam vantagens maiores aos que ali se estabelecessem definitivamente (EUA, Canadá, América Latina). Na Áustria, França e Venezuela bastava que o indivíduo manifestasse o desejo de ganhar a vida no novo país, mesmo por um determinado período, para ser considerado imigrante. Na Argentina, Bolívia, Colômbia, Guatemala, Panamá e Paraguai a noção de imigrante poderia se limitar a determinadas profissões, como a de agricultor (ibidem).

Em outras legislações, determinadas qualidades profissionais produziam efeito inverso e excluía os que as exercessem do conceito de imigrante, ou só consideravam como tal os que chegavam em virtude do contrato de trabalho (Panamá e colônias francesas). Em outras, eram considerados imigrantes os que chegavam ao país viajando em certas classes de navios, 2ª e 3ª classes (Argentina, Brasil, Uruguai). Às vezes, a assistência para a viagem emprestava ao indivíduo o caráter de imigrante. Outras vezes a declaração, ao chegar, de que desejava gozar

³⁴⁹ Ibidem.

das vantagens oferecidas a imigrantes, fazia dele um (Honduras). Os EUA e Canadá usavam a definição de forma negativa, definindo os que não eram imigrantes (Ibidem).

Dessa forma, a conferência definiu:

“Considera-se emigrante ou imigrante todas as pessoas que deixam a sua pátria em busca de trabalho ou que vão dedicar-se ao pequeno comércio, ou que vão reunir-se aos parentes que já emigraram em busca de trabalho”³⁵⁰.

O Brasil esteve na conferência mas não concordou com as conclusões. Para o governo brasileiro, o que estava posto eram os interesses dos países de emigração europeus em detrimento dos países imigrantistas (Garcia, op.cit: 776). Essa polarização entre interesses dos emigrantistas *versus* imigrantistas será levada para a 2ª Conferência de Emigração e Imigração, realizada em Cuba, em 1928³⁵¹.

A partir de então, sempre quando se fosse discutir o problema da emigração, o ILO passou a ser convidado a participar. Representantes desta agência estiveram presentes em praticamente todas as conferências, convenções ou acordos que envolvessem os temas emigração e imigração, trabalhadores estrangeiros e tráfico de mulheres. Para a 2ª Conferência de Emigração, de 1928, o ILO definiu uma comitê composto por três de seus membros. Para a 2ª Conferência do Trabalho, em 1926, o Conselho Administrativo decidiu inscrever a questão da simplificação dos métodos de inspeção de emigrantes a bordo dos navios, com o intuito de pôr fim aos abusos que os emigrantes eram vítimas durante as viagens marítimas³⁵².

5.11 A Convenção Sanitária Internacional de 1926 e a proposta de Carlos Chagas para a emigração

³⁵⁰ Brasil, RMRE, op.cit.

³⁵¹ Na Conferência de Havana, em 1928, foi muito menor o número de países representados do que na conferência anterior. Importantes países de imigração como Brasil e Canadá não compareceram. As declarações da delegação italiana feitas no ano anterior, durante a Conferência Interparlamentar de Comércio, no Rio de Janeiro, pedindo que se desse real autonomia aos colonos estrangeiros e lhes concedessem maiores vantagens quanto à educação e proteção, levantaram forte celeuma entre as delegações da América do Sul. Estas foram à Havana com preconcebida oposição a toda e qualquer proposta que pudesse limitar a soberania nacional pela qual deveriam zelar (Martins, 1929: 19).

³⁵² COC/Fiocruz, Fundo Liga das Nações – caixa 33, Société des Nations, Comission Consultative de la Traite des Femmes et de la Protecion d’Enfance, Rapport de la Quatrieme Session, Geneve, Mai, 1925.

Durante uma sessão da OIHP, em 1924, para a revisão da Convenção Sanitária Internacional de 1912, Carlos Chagas, que era membro da OIHP, levantou a questão da importância de se estabelecer um regulamento internacional para a emigração. Deveria ser reservado um lugar especial no texto da nova convenção, onde pudessem ser inseridas as regulamentações sobre a emigração e imigração³⁵³.

Na convenção sanitária anterior, a de 1912, não foram introduzidos dispositivos especiais para a emigração. A possibilidade de inserção, na futura convenção revisada, de um artigo especial sobre a questão seria de suma importância para vários países, em especial para os do continente americano. Chagas sugeriu que a Secretaria da LN fizesse os estudos e a OIHP, responsável por revisar a convenção, examinasse a conveniência de inserir tais artigos³⁵⁴.

Pelas resoluções acatadas na OIHP com relação à emigração, entendemos melhor as diferenças entre esta agência e a Organização de Saúde da LN. As medidas recomendadas pela OIHP, na ocasião da renovação da convenção, ainda pareciam saídas do século XIX, pois tinham o objetivo de proteger países de possíveis ataques epidêmicos de doenças transmissíveis. Este tipo de visão era bem diferente a da LN, que neste momento pensava em proteção e garantias para o trabalhador estrangeiro, para mulheres e crianças que migravam.

A LN enviou algumas sugestões para serem discutidas na Conferência Sanitária, mas não tiveram muita atenção da OIHP. Entre elas: o estudo de um código sanitário internacional sobre o movimento populacional, que serviria como normas para a proteção sanitária dos emigrantes e de suas famílias; a necessidade de se chegar a um modelo uniforme de cartas de saúde e a simplificação dos certificados e vistos que acompanhavam as patentes; a realização de um recenseamento sobre a distribuição de emigrantes de diferentes nacionalidades pelo território dos países: a composição da comunidade estrangeira do país por idade, sexo, estado

³⁵³ COC/Fiocruz, Fundo Carlos Chagas - caixa 2, Atas e Boletins: Office International D'Hygiene Publique, Session Ordinaire D'October 1924 du Comité Permanent de L'Office International D'Hygiene Publique – Procés-Verbaux, Paris, 1924.

³⁵⁴ COC/Fiocruz, Fundo Carlos Chagas – caixa 2, Atas e Boletins: Société des Nations, Comité d'Hygiene. Quatrieme Session ténue à Geneve, du lundi 20 avril au samedi 25 avril 1925.

civil, profissão etc, que eram de interesse do ponto de vista demográfico, sanitário e epidemiológico³⁵⁵.

Assim, na 3ª Sessão da Conferência Sanitária Internacional de 1926, as disposições relativas aos emigrantes foram elaboradas na forma de três artigos. Nos países de emigração, as autoridades sanitárias deveriam proceder ao exame dos emigrantes na partida. Arranjos especiais no trânsito entre países de emigração e imigração, objetivando estabelecer condições para que estes exames fossem satisfatórios, deveriam ser feitos, a fim de que fossem reduzidas as possibilidades de recuo à fronteira do país de trânsito e de destino, por razões sanitárias. As medidas preventivas contra doenças infecciosas, as quais os emigrantes deveriam ser submetidos nos países de partida, deveriam ser iguais em todos os lugares³⁵⁶.

Portos de embarque de emigrantes deveriam ter uma organização de higiene apropriada e, em particular, um serviço de vigilância e assistência médica, assim como material sanitário para a profilaxia necessária. Deveria ser instalado também um estabelecimento supervisionado pelo Estado, onde os emigrantes pudessem sofrer as formalidades sanitárias, onde houvesse instalações para que pudessem ficar hospedados temporariamente para se apresentarem às visitas médicas. Um local situado no porto deveria ser estipulado, onde seriam efetuadas as inspeções no momento do embarque³⁵⁷. E por fim, os navios de emigrantes deveriam ser munidos de uma provisão suficiente de vacinas (antivaríola, anticolérica, etc) para poder proceder, se necessário, às vacinações de rotina³⁵⁸.

Quando retornou ao Brasil, depois de sua participação na Conferência Sanitária Internacional de Paris, Carlos Chagas foi muito requisitado pela imprensa. Todos queriam saber sobre as novas propostas sanitárias para o mundo e sobre as tais sugestões do famoso médico brasileiro, acatadas pelos resto da comunidade científica mundial. Em entrevista ao jornal parisiense, *La Gazette du Brésil*, em 1º de julho de 1926³⁵⁹, o médico disse que, entre outras coisas, a nova conferência recomendou as formas de combate não só às três doenças transmissíveis de sempre - cólera, peste e febre amarela - mas também à varíola e ao tifo exantemático:

³⁵⁵ Ibidem.

³⁵⁶ COC/Fiocruz, Fundo Carlos Chagas – caixa 3, Conférence Sanitaire Internationale de Paris 1926. Première Commission – Cinquième Séance, jundi 27 mais 1926 – Art. 21.

³⁵⁷ Ibidem – Art. 22.

³⁵⁸ Ibidem – Art. 23.

³⁵⁹ COC/Fiocruz, Fundo Chagas – caixa 5, Documentos Avulsos, *La Gazette du Brésil*, 1º de julho de 1926.



L'éminent savant brésilien... Recorte do jornal parisiense *La Gazette du Brésil*, de 1º de julho de 1926, sobre a atuação de Carlos Chagas durante a Conferência Internacional de Paris: "L'éminent savant brésilien a eu l'honneur de voir toutes ses propositions approuvés á l'unanimité el sans discussions" – "O eminente cientista brasileiro teve a honra de ver todas as suas propostas aprovadas por unanimidade" (tradução da autora). COC/Fiocruz, Fundo Chagas – caixa 5, Documentos Avulsos, *La Gazette du Brésil*, 1º de julho de 1926.

No Rio de Janeiro, as coisas pareciam continuar mais ou menos iguais, pois velhos e novos bacilos e vetores fizeram questão de recepcionar o médico na sua chegada ao porto...



Chagas da Saúde Pública. A charge mostra Carlos Chagas, chegando de Paris, após a sua participação na Conferência Sanitária Internacional. O médico é recepcionado por mosquitos, outros insetos, bacilos, vírus da febre amarela, da gripe, sarampo, varíola e por todas as “moléstias que atualmente infestam a nossa capital...”. No próprio título da charge há um trocadilho com o nome do diretor de saúde: Chagas, no *Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa Celso Luft*, significa “ferida aberta, coisa que magoa, fere”, assim, “Chagas da Saúde Pública”. COC/Fiocruz, Fundo Carlos Chagas – caixa 5, Documentos Avulsos, *Reação*, 26 de julho de 1926.

Finalizamos este trabalho em 1926, ano da Conferência Sanitária Internacional. Nesta conferência, podemos observar que o ideário de prevenção às doenças transmissíveis, a partir do qual a OIHP fora organizada, estava caindo por terra. A medicina social, alavancada pelo Comitê de Saúde da Liga das Nações, ganhava cada vez mais espaço.

A bacteriologia também perdia os seus domínios na cena científica. Em 1917, patógenos da maioria das infecções, com exceção da influenza, haviam sido descobertos. Assim, surgem interesses por novas áreas, como estudos sobre a nutrição em diferentes populações, o uso de vitaminas, a relação entre nutrição, saúde e crise econômica. No mesmo período, a transição epidemiológica na Europa direcionou as atenções das infecções para as doenças crônicas (Borowy: 2007: 14-26).

No entre-guerras, identificamos um maior controle e restrição da corrente imigratória como uma tendência dos países imigrantistas. No entanto, percebemos também, principalmente a partir da fundação de agências como a LN e o ILO nos anos 1920, esforços para tornar humanitárias as relações de recrutamento e seleção de trabalhadores estrangeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Dizem: faça a crônica, conte o que aconteceu...
Mas quem é que sabe o que acontece?”

Federico Fellini,
E la Nave Va (1983)

O filme *E La Nave Va* do cineasta italiano Frederico Fellini se passa como um falso documentário. Na abertura, é mostrada uma cena que teria sido realizada em julho de 1914, durante o embarque do navio Gloria N. A sequência foi feita em preto e branco, para passar a sensação de que teria sido filmada realmente naquela época.

Aparece em cena Orlando, o jornalista convidado para fazer a cobertura de um evento que está prestes a acontecer a bordo do Gloria N, o funeral de uma famosa cantora de ópera. Orlando encara a câmera e diz as frases com as quais iniciamos a conclusão deste trabalho.

A utilização desse pequeno trecho do filme não significa que no último estágio da pesquisa optamos pelo relativismo. É apenas mais uma oportunidade de pensarmos sobre as fontes utilizadas nesta análise, em especial a imprensa.

Para Koselleck (2006: 267), os acontecimentos históricos não são possíveis sem atos de linguagem e as experiências que adquirimos a partir deles não são dissociadas e tampouco podem ser transmitidas sem a linguagem. No entanto, nem os acontecimentos e nem as experiências se reduzem à sua articulação lingüística. Em cada acontecimento entram numerosos fatores – dados naturais, materiais, instituições, comportamentos - que, apesar de dependerem da mediação da linguagem, não se restringem a ela.

Nenhum relato de coisas passadas pode incluir tudo o que então existiu ou ocorreu. Linguagem e história permanecem dependentes uma da outra, mas nunca chegam a coincidir inteiramente. Determinar estas diferenças é também uma produção lingüística, que é parte integrante da atividade do historiador. Assim, nos encontramos em um dilema que nenhum método pode resolver: tanto no acontecer quanto depois de acontecida, toda história é algo diferente do que sua articulação lingüística consegue transmitir (Ibidem: 268).

A superioridade das testemunhas oculares, antes vistas como incontestáveis, a partir de um momento passou a ser questionada, porque a história “real” só se manifesta depois de certo período de tempo: “graças à crítica histórica, ela se apresenta de *forma inteiramente diferente* (grifo do autor) daquela que os contemporâneos conseguiram enxergar” (Ibidem: 290).

Assim, a historiografia que tratava da atualidade deslizou para um gênero “inferior”, que continuou sendo posto em prática por jornalistas. Ou foi levada adiante por historiadores e filósofos que “tiveram a coragem de fazer prognósticos”, como Karl Marx, “cuja historiografia do tempo em que vivemos encontrou razão de ser em um futuro que ele buscava influenciar a partir de seus diagnósticos históricos” (ibidem: 293).

Relativismos e prognósticos à parte, vamos ressaltar alguns pontos para a conclusão da interpretação desses acontecimentos, baseada nas fontes encontradas, trabalhadas e analisadas.

Com o aumento da corrente imigratória nas últimas décadas do século XIX, o deslocamento e encontro de diversas populações geravam epidemias, principalmente durante os embarques e desembarques de passageiros nos portos. Países tiveram, a princípio isoladamente, que lidar com este problema da forma que considerassem possível, conveniente e ao seu alcance em termos técnicos e materiais.

A chegada de grande quantidade de estrangeiros ao Porto do Rio de Janeiro, em tempos de epidemias, se constituía como um grande problema para as autoridades de saúde pública e despertava pânico na população. No Brasil, percebemos que a estrutura para a recepção de imigrantes no principal porto do país, o da então capital federal, com hospedaria, lazareto e hospital de isolamento era frágil. Ela não dava conta da enorme quantidade de indivíduos que chegavam continuamente a bordo dos vapores.

Além disso, as duas instituições governamentais responsáveis pela recepção e acolhimento de imigrantes no final do século XIX até a segunda década do XX – a Inspeção Geral de Terras e Colonização, que pertencia ao MAIC, e a Inspeção Geral de Saúde dos Portos, ligada ao MJNI – operavam de forma desconecta e autônoma. Como consequência disso, em momentos críticos, como a chegada de um navio com uma grande quantidade de passageiros doentes, elas não conseguiam se articular de forma rápida e eficaz para a resolução do problema. Dessa forma, só restava ao navio e a seus passageiros retornarem para seu porto de embarque. Apenas em 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública e a centralização da saúde, foi possível uma maior articulação entre as duas instituições. O DNSP,

ligado ao MJNI, junto com o Serviço de Povoamento do Solo Nacional, subordinado ao MAIC, passaram a fiscalizar a imigração com o objetivo de restringir a entrada de “indesejáveis”, sob o ponto de vista da saúde pública.

Analizamos os problemas gerados no que diz respeito às práticas de profilaxia marítima no período de transição das idéias sobre miasmas, contágio, germes e vetores. Para os não “especialistas” em laboratório, clínicos e oficiais de saúde pública, como os que atuavam no porto, a teoria microbiológica ficava distante das práticas aplicadas para a defesa marítima. Se a febre amarela era realmente transmitida por um mosquito, as desinfecções perdiam sua validade? Além disso, em que lugar deveriam ser colocadas as vitórias conseguidas com as práticas anteriores, que haviam dado conta, na concepção desses profissionais, de várias situações de epidemia.

Até os primeiros anos do século XX, os manuais de higiene naval adotados nos portos ainda ditavam o ideário da higiene dos miasmas como recomendações para a prevenção de doenças epidêmicas. A entrada em cena dos vetores gerou controvérsias ainda maiores, como as declarações do Inspetor Geral de Saúde dos Portos, Nuno Andrade, em 1902, sobre a descoberta de Carlos Finlay.

Para Andrade, elas apenas acrescentavam um elemento novo à profilaxia da febre amarela. A inexistência do germe desta moléstia no meio externo o perturbava, pelo fato dos documentos científicos - e da própria experiência dos que lidavam no dia-a-dia com as práticas de prevenção - terem colecionado um mundo de fatos que se tornavam inexplicáveis se as deduções da profilaxia americana fossem aceitas.

Entre os profissionais que lidavam com o processo migratório – inspetores de saúde dos portos, médicos de bordo, médicos do serviço de inspeção da hospedaria de imigrantes e do lazareto e inspetores sanitários de navio – tanto a teoria dos micróbios, quanto a dos vetores não mudaram significativamente as práticas no processo de inspeção até 1904. Neste ano, foi elaborado um novo regulamento sanitário no Brasil dentro dos moldes da profilaxia moderna.

O modelo quarentenário moldou os serviços sanitários dos portos durante o século XIX, impondo a inspeção médica para passageiros imigrantes. As práticas de profilaxia, principalmente o uso da quarentena, aplicada de formas diversas pelos portos mundo afora, atrapalhavam a livre troca de mercadorias.

A quarentena no Brasil foi abolida pelo Regulamento Sanitário de 1904. No entanto, identificamos a sua utilização em momentos críticos de epidemias como no caso da gripe espanhola. O então Diretor de Saúde Pública, Carlos Chagas, faz uso deste antigo método de prevenção de doenças simbolicamente, ou seja, não pela sua eficácia, mas como medida energética para conter a população do Rio de Janeiro que se encontrava em pânico e revoltada com a forma como a saúde pública vinha lidando com a epidemia.

Para extinguir a quarentena no Brasil foi necessário organizar a defesa interna (terrestre) e a externa (marítima) de forma eficaz, saneando o porto e a cidade, ou seja, realizando as remodelações urbanas e a reforma portuária. Foi necessária a contratação de um contingente maior de pessoal técnico e qualificado para seguir os passageiros em vigilância sanitária, para vacinar os que chegavam e para utilizar o novo maquinário da profilaxia moderna. O fim da quarentena trouxe novas tecnologias para a profilaxia como, por exemplo, o aparelho de Clayton.

O papel dos vetores, já bem estabelecido em 1904, gerou mudanças na profilaxia internacional da febre amarela e da peste, que foram introduzidas na legislação brasileira a partir do regulamento sanitário do mesmo ano. Porém, esta nova profilaxia pouco alterou o tratamento dispensado ao imigrante, como foi descrito no caso Araguaya em 1910. Só a partir de 1920, as práticas começaram a se transformar, a partir de denúncias sobre a situação dos embarques e desembarques no recrutamento de trabalhadores estrangeiros.

Identificamos a emergência do ideário de que seria possível combinar a proteção dos interesses da saúde pública com um mínimo de impacto negativo sobre os interesses comerciais. O problema da saúde dos portos não estava na falta de rigor na aplicação das quarentenas, mas na necessidade de uma reforma clara e coerente, integrada ao leque das atividades portuárias. Era necessário reconstruir as relações entre comércio e saúde com base na “boa ciência”, aliada ao bem comum e à solidariedade aos doentes.

A preocupação com o saneamento do porto, porta de entrada da cidade e local propício para o começo de uma epidemia, antecede o saneamento urbano, constituindo-se como área importante de atuação governamental. Além disso, mesmo em período de descentralização das políticas de saúde, o porto sempre permaneceu sendo da alçada do governo federal, pois tinha que atender a normas da profilaxia internacional.

Na Europa, enquanto as nações procuravam balancear a soberania territorial e os interesses econômicos com a necessidade de proteção transparente e universal para a saúde, conflitos de interesse se intensificavam, o que impedia a conformação de uma cooperação sanitária mais efetiva. Apesar das conferências sanitárias internacionais no continente europeu existirem desde 1850, apenas em 1907 é criada uma agência, a OIHP, para cuidar da profilaxia internacional.

Enquanto isso, Brasil, Argentina e Uruguai, por causa das constantes disputas econômicas na Bacia do Rio da Prata, trataram logo de criar regulamentos e convenções desde 1873, para uniformizar ações de controle de epidemias, principalmente com relação à febre amarela e a cólera.

Um dos grandes problemas nas relações entre Brasil e Argentina era pertinente à corrente imigratória, isto é, trabalhadores estrangeiros com destino a Buenos Aires, que passavam por portos brasileiros. Eles obrigatoriamente ficavam em quarentena porque os portos de Santos e do Rio de Janeiro, para a profilaxia argentina, eram sempre classificados como “sujos” ou “suspeitos”, por se considerar a febre amarela endêmica nestas localidades. De acordo com as leis sanitárias argentinas, os passageiros que passavam por estes portos também eram considerados sempre infectados ou suspeitos de portarem alguma enfermidade.

Os constantes conflitos políticos e sanitários entre os dois países podem ser explicados se voltarmos nosso olhar para as relações existentes entre microbiologia e medicina tropical. Dois relatos seriam possíveis para explicar a emergência da medicina tropical e seus usos. No primeiro, a medicina tropical teria vindo de uma continuidade e aperfeiçoamento dos programas de investigação da microbiologia. No segundo, ela se constituiria como um novo universo de estudo, a partir das investigações sobre a malária. Dessa forma, haveria também dois modelos de entendimento e utilização: por um lado os vetores e por outro as estratégias de prevenção defendidas por microbiologistas e higienistas. Os dois modelos foram adotados no Brasil como estratégias complementares. Na Argentina, privilegiou-se o programa da microbiologia pelo fato de não se considerar um país tropical. Estas diferenças geraram controvérsias científicas entre os dois países cada vez que tentavam estabelecer medidas internacionais de prevenção, influenciando o controle da corrente imigratória.

A febre amarela, para os argentinos, entrava na categoria de “doença tropical”. Assim, o temor dos trópicos estaria na sua localização próxima ao Brasil. Fora as competições pela

atração de imigrantes, peça importante para a construção do mercado de trabalho, havia também as controvérsias no campo da ciência, que se refletiam no trânsito de pessoas entre os dois países.

A relação entre imigração e o pioneirismo do continente americano no que diz respeito à cooperação sanitária, pelas mãos dos EUA, com a criação da Oficina Sanitária Internacional, veio do descaso das conferências européias com relação à imigração e à febre amarela, vistas como problemas regionais das Américas.

Assim, vimos o surgimento da Oficina Sanitária Internacional em Washington, em 1902, antes mesmo da OIHP, em Paris (1907). Entendemos a criação da Oficina como produto da expansão do comércio internacional, dos avanços da medicina e de uma nova relação política diplomática entre as nações americanas, mas também como fruto de desacordos entre nações européias e os EUA, no que dizia respeito à regulamentação da emigração, e do desinteresse europeu pelas medidas contra a febre amarela.

Durante este trabalho, abordamos também o universo dos profissionais do serviço sanitário marítimo brasileiro. Estes profissionais deveriam entender de Geografia Médica, clima, moléstias pestilenciais exóticas e contagiosas em geral, sistemas de desinfecção, higiene naval e organização das polícias sanitárias marítimas. Defendemos que os médicos que atuavam nos portos, hospitais marítimos e militares, com seus manuais de higiene naval, possuíam uma compreensão da forma de transmissão das doenças adjacente à Geografia Médica, que seguindo uma linha de continuidade estaria mais próxima à medicina tropical mansoniana do que à bacteriologia de Pasteur.

A partir dos anos 1910, identificamos um maior controle da corrente imigratória como uma tendência geral por causa da emergência do nacionalismo e do começo da Primeira Guerra Mundial. O movimento sanitarista, pelo combate às endemias rurais, levou à valorização do trabalhador nacional em detrimento dos estrangeiros. A onda nacionalista, o problema dos enquistamentos étnicos no sul do país, o medo dos anarquistas, cáftens e prostitutas estrangeiras, classificados como “indesejáveis”, gerou leis de restrição à imigração, com a proibição da entrada de indesejáveis sob o ponto de vista da saúde pública e da ordem social.

No pós-guerra, identificamos a emergência de outros problemas sanitários que iam além do combate às doenças transmissíveis. Era preciso dar assistência à população dos países devastados que, além de doentes, careciam de comida, água e remédios. É nesse ínterim que

surge a Liga das Nações e um grupo de cientistas e médicos associados a Ludwik Rajchman, Diretor do Comitê de Saúde da Liga das Nações.

Este novo grupo de médicos e cientistas possuía outro olhar sobre a saúde e a cooperação sanitária internacional. O mundo não precisava mais só de acordos sobre legislações portuárias. A realidade do pós-guerra pôs no campo de visão de todos que, se quisessem preservar a paz mundial, era necessário combater não só as doenças, mas também a fome e a miséria. Novos problemas entram no rol de preocupações da saúde pública, tendo à frente o grupo de Rajchman, que dava o nome a esse novo campo de interesses de ‘medicina social’.

Esse nem tão novo conceito, ‘medicina social’, é essencial para a compreensão da relação que se estabeleceu entre a Liga das Nações - LN, o *International Labour Office* - ILO e o problema da emigração. O ILO, em especial, como anexo da LN, possuía alguns campos de interesse, entre eles a higiene industrial e a saúde do trabalhador. De forma que algumas comissões foram criadas para discutir estes assuntos, entre elas a Comissão de Emigração.

Dentro da Comissão de Emigração do ILO, uma das questões mais debatidas, que tinha uma clara conexão com a emigração, era o tráfico de mulheres e crianças, na Europa principalmente, mas também na Ásia, para a prática da prostituição nas Américas. Este assunto é emblemático na criação da LN e do ILO e suas relações com a emigração, porque reúne em si os dois assuntos de maior interesse das duas agências durante este período: a saúde materno-infantil (proteção à mulher e criança emigrantes) e a saúde do trabalho (proteção aos trabalhadores estrangeiros). Novos problemas e interesses do rol da saúde pública.

Esta tese abordou a experiência da travessia, a viagem dos imigrantes da Europa para a América a bordo de vapores, em busca de trabalho, entre o final do século XIX e o início do XX. Mostramos como a travessia era cheia de riscos que poderiam levar ao adoecimento e as consequências individuais e coletivas advindas disso. Analisamos o problema das epidemias antes delas já estarem instaladas na cidade, enquanto ainda viajavam entre passageiros, cargas e bagagens e na sua chegada ao porto - a porta da cidade. Esta chegada se configurava como o encontro da população imigrante com o Estado Nacional e como este gerenciava esta questão, envolto em demandas nacionais, internacionais, conhecimento científico e práticas.

Analizamos estes fatos a partir da experiência da travessia, com o objetivo de trazer à tona suas dimensões humanas. Esta experiência foi construída neste trabalho por meio de

sentimentos como dor, coragem, esperança, perseverança, por ações, heroísmos, solidariedade, por depoimentos, instituições, documentos, por uma série de personagens e narrativas. Mas acima de tudo, a travessia foi compartilhada por uma série de indivíduos durante o grande marcha imigratória do final do século XIX e início do XX e por isso, se constitui como uma experiência histórica.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

1. Série Documentos Brasileiros - *Center for Research Libraries (CRL) e Latin American Microform Project (LAMP)*

<http://www.crl.edu/content.asp?l1=4&l2=18&l3=33&l4=22->

BRASIL, RMIVOP. Relatório anual do MIVOP, 1896; 1908.

BRASIL, RMI. Relatório Anual do MI, 1891-1894.

BRASIL, RMJNI. Relatórios Anuais do MJNI, 1891-1897; 1899-1900; 1901-1905; 1910-1915; 1917-1919.

BRASIL, RMJNI. Relatório Geral da Inspetoria de Saúde dos Portos, 1893-1895; 1894-1895: A-S-9.

BRASIL, RMJNI. Relatório do Diretor Geral de Saúde Pública, 1903-1905; 1910-1911.

BRASIL, RMJNI. Relatório do inspetor de isolamento e desinfecção, In: Relatório da

Diretoria Geral de Saúde Pública, 1903-1904: A-J-43.

BRASIL, RMJNI. Relatório do Serviço de Desinfecção do Porto do Rio de Janeiro, In:

Relatório da Diretoria Geral de Saúde Pública, 1907-1908: A1-1.

BRASIL, RMJNI. Relatório dos médicos do hospital São Sebastião, In: Relatório da

Diretoria Geral de Saúde Pública, 1907-1908-2: A6-25, 26.

BRASIL, RMJNI. Relatório do Dr. Clementino Fraga ao Diretor de Saúde Pública,

Dr. Figueiredo Vasconcelos, In: Relatório da Diretoria Geral de Saúde Pública, 1910.

1911.

BRASIL, RMJNI. Relatório do Diretor Geral de Saúde Pública, Dr. Carlos Seidl, ao

Ministro da Justiça e Negócios Interiores, Dr. Herculano de Freitas: 1912.

BRASIL, RMRE. Relatório anual do MRE, 1911; 1911: A-A.

BRASIL, RMRE. Conferência Internacional de Emigração e Imigração de Roma – Síntese analítica das teses discutidas nas comissões, 1924-1925: A-I-A-213-222, anexo A.

BRASIL, RMAIC. Relatório anual do MAIC, 1913, 1915, 1916, 1918, 1925, 1927, 1928, 1929.

BRASIL, RMAIC. Mapa demonstrativo dos passageiros indesejáveis que passaram pela Hospedaria do Imigrantes na Ilha das Flores, durante o ano de 1928, 1928: 341

2. Biblioteca Nacional / RJ

Setor Periódicos

O Jornal do Commercio

O Paiz

Gazeta de Notícias

Correio da Manhã
Gazeta da Tarde
Cidade do Rio
Gazeta da Bahia

Acervo Cartográfico

MASSOW, Hilário, séc XIX. *Estudo do Rio de Janeiro: composto sobre os últimos mapas*. Pub.: RJ: Laemmert, 1892. (Leipzig: est. art. Georg. de C. Opitz. Assunto: Ferrovias, Porto RJ. Autor secundário: Gomes, José Clemente, séc. XIX – ARC.012,03,0001 CARTOG.

Serviço Sanitário do Porto do Rio de Janeiro: Boletim Trimestral, RJ – Direção dos socorros médicos aos homens do mar. Publi: RJ, Lith, Paulo Robin, (189?). Acervo Cartográfico da Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro, local: ARC.005,01,008 ex 1ARC.013,01,014 cartog. ex 2ARC.014,05,020 cartog. ex. 3.

3. Biblioteca de Manguinhos – Fiocruz/RJ

Setor Obras Raras

O Brazil-Médico
Revista Médica de São Paulo
Archivos Brasileiros de Medicina
Annaes do 1º Congresso Brasileiro de Hygiene, 1923

4. Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz DAD/COC/FIOCRUZ - RJ

Fundo Oswaldo Cruz

Fundo Oswaldo Cruz (fontes manuscritas) – Série Político-Administrativa, OC/COR/PA 19050930, Expedição aos Portos – DGSP.

Fundo Oswaldo Cruz (fontes manuscritas) – Série Correspondências, Sub-série Correspondência Pessoal OC/COR/PES 119050928.

Fundo Carlos Chagas (em organização)

COC/Fiocruz, Fundo Carlos Chagas – caixa 5, Documentos Avulsos, *O Globo*, 14 de abril de 1926.

COC/Fiocruz, Fundo Carlos Chagas – caixa 5, Documentos Avulsos, *Vanguarda*, 27 de abril de 1926.

COC/Fiocruz, Fundo Carlos Chagas - caixa 2, Atas e Boletins: Office International D'Hygiene Publique, Session Ordinaire D'October 1924 du Comitê Permanent de L'Office International D'Hygiene Publique – Procés-Verbaux, Paris, 1924.

COC/Fiocruz, Fundo Carlos Chagas – caixa 2, Atas e Boletins: Societé des Nations, Comitê d'Hygiene. Quatrieme Session tèneue à Geneve, du lundi 20 avril au samedi 25 avril 1925.

COC/Fiocruz, Fundo Carlos Chagas – caixa 3, Conférence Sanitaire Internationale de Paris 1926. Premiere Commission – Cinqueme Séance, jundi 27 mais 1926 – Art. 21.

COC/Fiocruz, Fundo Carlos Chagas – caixa 5, Documentos Avulsos, *Reação*, 26 de julho de 1926.

COC/Fiocruz, Fundo Carlos Chagas – caixa 5, Documentos Avulsos, Jornal *O Globo*, 7 de abril de 1926.

COC/Fiocruz, Fundo Chagas – caixa 5, Documentos Avulsos, *La Gazette du Brésil*, 1º de julho de 1926.

COC/Fiocruz, Fundo Carlos Chagas – caixa 3, Função: Diretor do DNSP, Série: Texto de discurso, 1926/1927, COC/Fiocruz.

COC/Fiocruz, Fundo Carlos Chagas - caixa 3, Função: Diretor do DNSP; Série: Projeto de Lei 1919 – Organização Administrativa dos Serviços Sanitários do Brasil, p.1-3 – COC/Fiocruz.

Fundo Liga das Nações (em organização)

COC/Fiocruz, Fundo Liga das Nações – caixa 23, Advisory Committe on Traffic in Women and Children, Minutes of the 3th Session, Geneve, april, 1924).

COC/Fiocruz, Fundo Liga das Nações – caixa 23, League of Nation, Advisory Committe on Traffic in Woman and Children, Minutes of the 3th Session, Geneve, april 1924.

COC/Fiocruz, Fundo Liga das Nações – caixa 30, *Société des Nations, Actes de la Conférence Internationale de la Traite des Femmes et des Enfants*, Geneve, 1921.

COC/Fiocruz, Fundo Liga das Nações – caixa 33, Sociéte des Nations, Comission Consultative de la Traite des Femmes et de la Protecion d'Enfance, Rapport de la Quatrieme Session, Geneve, Mai, 1925.

COC/Fiocruz, Fundo Liga das Nações – Caixa 33, League of Nation Conference on Traffic in Women and Children, Final Act / Sociéte des Nations, Conference Internationale sur la Traite des Femmes et des Enfants, Act final, Geneve, le 12 julliet, 1921.

COC/Fiocruz – Fundo Liga das Nações, caixa 29 – Sociéteé des Nations, Bulletin de L'Organization D'Hygiene, volume VIII, n. 4-5, Anne 1939, Geneve.

5. Atos Normativos

SICON – Sistema de informação do Congresso Nacional :

<http://legis.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisaLegislacao.action>

DECRETO N. 1558 - DE 7 DE OUTUBRO DE 1893 - *Regula o serviço sanitário dos portos da Republica.*

DECRETO N. 10.318 - DE 22 DE AGOSTO DE 1889 – *Promulga a Convenção Sanitária celebrada entre o Império do Brasil, a República Argentina e a República do Oriental do Uruguai.*

DECRETO N. 10.319 - DE 22 DE AGOSTO DE 1889 - *Manda executar o Regulamento Sanitário internacional para a execução da Convenção Sanitária celebrada entre o Brazil, a Republica Argentina e a Republica, Oriental do Uruguay.*

DECRETO N. 1609 - DE 15 DE DEZEMBRO DE 1893 - *Revoga o decreto n. 1566 de 13 de outubro de 1893.*

DECRETO N. 2449 de 1º de fevereiro de 1897 – *Unifica os serviços de higiene da União.*

DECRETO N. 4464 de 12 de julho de 1902.

DECRETO N. 5156 de 8 de março de 1904 – *Regulamento dos Serviços Sanitário.*

DECRETO N. 13538 de 9 de abril de 1919 – *Reorganiza o serviço de profilaxia rural.*

DECRETO N. 10821 de 18 de março de 1914.

DECRETO N. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, do artigo n. 1404 ao n. 1429 – *Título VII, Inspeção de imigrantes e de outros passageiros.*

6. Arquivo Nacional/RJ

Série Saúde

ISI-96 - MJNI, Serviço Sanitário, abril de 1893.

IS3-35 (1858-1895) - Inspetoria Geral de Saúde do Porto, Organização Sanitária Marítima do Brasil , manuscrito de 12 de abril de 1890.

IS4-82 (1913-1914) - Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, ofício de 16 de dezembro de 1913.

IS3-35 (1858-1895) - Inspetoria Geral de Saúde do Porto, ata do concurso para inspetor sanitário de navios, ofício para ministério, manuscrito de 6 de maio de 1890.

IS4-83 - Conferência Sanitária / IOC.

IS4-82 - IOC/Inspetoria Portos, 1913 a 1914.

IS4-74 - MJNI/DGSP, Relatório dos Serviços de Saúde dos Portos, 1919.

Série Justiça

IJ1-1026 – Consulado e Vice-Consulado do Brasil em Barcelona, 1892-1897

IJ1-1028 - Legação do Brasil na Inglaterra, Consulado do Brasil em Liverpool.

Divisão de Polícia Marítima, Aérea e de Fronteira (DPMAF) - microfilme Relações de Passageiros em vapores – Porto do Rio de Janeiro

Vapor Giulio Cesare
Procedência: Gênova
BR.AN.RIO.OL.O.RPV.PRJ.5053

Vapor Orleannais
Procedência: Marselha
BR.AN.RIO.OL.ORPV.PRJ 12372

7. Acervo Iconográfico do Memorial do Imigrante, São Paulo/SP

8. Pesquisa on-line

Depoimentos Museu da Pessoa

- Entrevista de Adélia Benta Donadon do Amaral
<http://www.museudapessoa.net/MuseuVirtual/hmdepoente/depoimentoDepoente.do?action=ver&idDepoenteHome=90&key=29&indice=756> - acessado em 25 de novembro de 2009.
- Entrevista de Consolato Laganá Filho
<http://www.museudapessoa.net/MuseuVirtual/hmdepoente/depoimentoDepoente.do?action=ver&idDepoenteHome=4001&key=2088&indice=6415> - acessado em 26/11/2009.

Outros sites

Academia Nacional de Medicina

- http://www.anm.org.br/membros_completa_data.asp, acessado em 3 de novembro de 2010.

BiographyShelf.com – Comprehensive source of biography, autobiography & memoir resources / Short Biography of Captain James Cook

- http://www.biographyshef.com/captain_james_cook_biography.html, acessado em 6 de abril de 2010.

Carlos Chagas / Fiocruz (fora do ar)

- <http://carloschagas.ibict.br/sobrech/sec/matimp-reo-txt2.html> - acessado em abril de 2008.

Centro Cultural Light / Memória Hotel Avenida

- http://www.light.com.br/web/institucional/cultura/ccl/memoria/hotel_avenida/tehavenida.asp?mid=86879428723472307231, acessado em 19 de abril de 2010-04-19

Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil - CPDOC

- <http://cpdoc.fgv.br/artigos>, acessado em 19 de abril de 2010

Companhia das Docas do Rio de Janeiro / Histórico do Porto

- <http://www.portosrio.gov.br/node/4>, acessado em 1 de abril de 2010.

Dicionário Cravo Albin da Música Popular Brasileira

- <http://www.dicionariompb.com.br/maxixe/dados-artisticos>, acessado em 29 de março de 2010.

Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930) - Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz

- <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>, acessado em 23 de janeiro de 2010.

Dicionário da Língua Portuguesa Michaelis

- <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portuguesportugues&palavra=tratamento>, acessado em 11 de março de 2010.
- <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=chalupa>, acessado em 28 de novembro de 2009.
- <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=fumiga%E7%E3o>, acessado em 30 de abril de 2010.

Enciclopédia Britannica

- <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/514207/Ruthenian>, acessado em 8 de abril de 2010

Enciclopédia Ilustrada da Saúde

- <http://adam.sertaoggi.com.br/encyclopedia/ency/article/001149.htm>, acessado em 08 de outubro de 2009.

Família Mozzine

- www.mozzine.com.br, acessado em 24 de março de 2010

Google Maps

- www.maps.google.com.br, acessado em 6 de abril de 2010.

Institute Jewish Research

- <http://www.yivo.org/>, acessado em 8 de abril de 2010.

Organización Panamericana de la Salud (OPAS)

- http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CSP/CSP3_A.pdf

Site do economista e jornalista Antônio Luiz Monteiro Coelho da Costa

- http://antonioluizcosta.sites.uol.com.br/moeda_ru.htm. Sites acessados em 12 de março de 2010.

United States National Library of Medicine, National Institutes of Health – Images from the History of Public Health Service, US Department of Health and Human Services, Public Health Service

- http://www.nlm.nih.gov/exhibition/phs_history/20.html, acessado em 27 de março de 2010.

9. Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/Fiocruz-RJ

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, agosto de 1923, año 2, No 8.

Boletín Panamericano de Sanidad de la Oficina Sanitaria Internacional (1922-1930) – Unión Panamericana, Wháshington, D.C.. E.U. de A.

10. Arquivo Histórico do Itamaraty/RJ

Arquivo Histórico do Itamaraty/RJ – 861.2 (42) (00) lata 1162, maço 24608, certificado de embarque e desinfecção.

11. Documentos e textos do período

BARBOSA, J. Plácido; REZENDE, Cássio Barbosa. *Serviços de Saúde Pública no Brasil, especialmente na Cidade do Rio de Janeiro de 1808 a 1907: esboço histórico e legislação*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909.

CALMETTE & HAUTEVILLE. A desinfecção dos navios pelo processo de ‘Clayton’. *Brazil-Médico*, anno XVI, 1902, pp.449-451, ext. *Revue d’Hygiene de Polices Sanitaire*.

CARVALHO, José Luiz Sayão de Bulhões. Progresso e imigração italiana no Brasil. Rio de Janeiro: Typ. da Estatística, 1925, 125.21p. In: *Bulhões de Carvalho, um médico cuidando da*

estatística brasileira. IBGE, Centro de Documentação e Disseminação de Informações. Rio de Janeiro: IBGE, 2007, pp.321.

CHAGAS, Carlos. “Em torno da reorganização dos Serviços de Saúde Pública. Fala ao *Jornal do Brasil* o professor Carlos Chagas. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 3 de fev. de 1920. <http://carloschagas.ibict.br/sobrech/sec/matimp-reo-txt2.html> - acessado em abril de 2008 (fora do ar).

CHERNOVIZ, Pedro Luís Napoleão. *Formulário e Guia Médico*, 17ª edição. Paris: Livraria de A. Roger e F. Chernoviz, 1904.

Convenção Sanitária Internacional entre as Repúblicas Americanas, dos Estados Unidos do Brasil, Praguay e Oriental do Uruguay, *Brazil Médico*, anno XVIII, 1904, pp. 284-287.

Correio da Manhã, ‘Como está agindo a Saúde Pública nos EUA’, 17 de outubro de 1918, p. 1.

CUMMING, H.S. The International Sanitary Conference. *American Journal of Public Health*, vol XVI, october, nº 10, 1926.

FIALHO, Abreu. Prophylaxia do Trachoma. *Annaes do 1º Congresso Brasileiro de Hygiene*. Rio de Janeiro: 1-7 out de 1923

FONSSAGRIVES, Jean Baptiste. *Tratado de hygiene naval ou Da influênciã das condições physicas e morais em que está o homem do mar*. Trad. João Francisco Barreiros. Lisboa: Imprensa Nacional, 1862.

GORDO, Adolpho. *A expulsão de estrangeiros*. São Paulo: Espíndola Comp., 1913. Discurso pronunciado na Câmara dos Deputados, nas sessões de 29 de novembro a 14 de dezembro de 1912 – fonte digital, digitalização da edição em papel. São Paulo: Edição Ebooks Brasil, 2006.

MARTINS, Carlos. *Uma política de imigração*. Rio de Janeiro, Typografia do Jornal do Commercio Rodrigues & C., 1929.

MOREIRA, Juliano. A seleção individual de imigrantes no programa de higiene mental, *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, anno I, p.109-115, março de 1925, publicado pela *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*, VIII, 2, jun de 2005, 364-369.

O Brazil-Médico. ‘Ainda a questão das quarentenas na profilaxia da gripe -editoriais, 18 de março de 1920, vol.34, pg. 174.

_____. Editorial, , n. 34, 1920, pg. 395.

_____. ‘As vantagens da quarentena na gripe’, 1920, vol. 34, pg.3.

_____. Departamento Nacional de Saúde Pública, Discurso do Prof. Azevedo Sodré, , n. 34, 1920, pg.117.

REGO, José Pereira (Barão de Lavradio). Estudo das epidemias que têm grassado nesta corte de 1871 até 1880. *ABM. XXXIV (1882-1883)*. Rio de Janeiro: Typ. de H. Laemmert AC.

Relatório apresentado ao Exm. Sr. Ministro Miguel Calmon du Pin e Almeida, Ministro da Indústria, Viação e Obras Públicas, pelo Engenheiro Joaquim Francisco Gonçalves Junior, Diretor Geral do *Serviço de Povoamento do Solo Nacional* (1908-1912).

SANSON, Raul David. Contribuição à Prophylaxia do Trachoma: trabalho apresentado ao Congresso do Trachoma, realizado em outubro de 1918. *Archivos Brasileiros de Medicina*, ano IX, 1919.

SARDINHA, Joaquim J. d S. *Hygiene Pública: apontamentos para a história da Repartição de Saúde do Porto do Rio de Janeiro oferecidos ao Instituto Histórico Geográfico Brasileiro*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1916.

SILVADO, Jaime. A Febre Amarela a bordo do Lombardia: notas críticas para servirem à história da epidemia. *Revista Médica de São Paulo – Jornal Prático de Medicina, Cirurgia e Hygiene*, anno VI, 15 de agosto de 1903, n. 15.

_____. *O aparelho de Clayton do porto do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1905.

SLOCUM, Joshua (1844-1909). *A Viagem do Liberdade (1886)*. Trad. Lúcia Brito. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2004.

SODRÉ, Azevedo. Convenção Sanitária. *O Brazil-Médico*, anno XIII, n. 44, 22 de novembro de 1899.

_____. A epidemia de cholera-morbus de 1894-1895. *O Brazil-Médico*, ano IX, n. 26, 8 de julho de 1895, pp. 226.

Sumario de las resoluciones adoptadas por las convenciones sanitarias internacionales, primera, segunda y tercera – Conferencia Sanitária Internacional – Washington, D.C; Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas; 1908. 16p. Apresentado em: Convención Sanitária Internacional, 3, México, D.F., PAHO, 1907.

Sumário de las resoluciones adoptadas por las convenciones sanitárias internacionales – primera, segunda y tercera – Conferencia Sanitária Internacional, Washington, D.C.; Oficina Sanitária Internacional de las Republicas Americanas; 1908.16 p.. Apresentado em : Convención Sanitária Internacional, 3, México, D.F., 1907.

Washington, DC, Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas, 1908. 16p. Apresentado em: Convención Sanitária Internacional, 3, México, DF, 2-7 dic.1907 <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=PAHO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=45361&indexSearch=ID>, acessado em 2 de fevereiro de 2010.

12. Obras cinematográficas

E la Nave Va. França / Itália. Videa Cinematográfica, Films A, Radiotelevisione Italiana, Societa Investimenti Milanese, Societé des Etablissements L. Gaumont. Direção Federico Fellini. Produção Franco Cristaldi, 132 min, 1983.

Nuovomondo. França / Itália. Memento Films Production, Titti Films, Arte France Cinéma, Raf Cinemafiction, Respiro. Direção de Emanuele Crialese; Produção de Alexandre Mattelt-Guy. 120 min, 2006.

13. Bibliografia

ABEL, Emily K. Only the Best class of immigrantion: Public Health Policy Toward Mexicans and Filipinos in Los Angeles, 1910-1949. *American Journal of Public Health*, jun. 2004, vol. 94, n.6.

_____, From exclusion to expulsion: mexicans and tuberculosis control in Los Angeles, 1914-1940, *Bull.Hist.Med.*, 2003, 77: 823-849.

ALBUQUERQUE, Marli Brito Moreira de. Modernização do espaço portuário do Rio de Janeiro e a organização sindical: os pigmeus no boulevard. *Estudos*; 12: 31-3, 1989.

_____. Porto do Rio de Janeiro: estigma e história. *Revista do Rio de Janeiro*; 1 (1): 87-93, 1985.

_____. *Trabalho e Conflito no Porto do Rio de Janeiro (1904-1920): um estudo sobre a participação política das categorias portuárias no movimento operário da Primeira República*, defendida no IFCS/UFRJ, 1983.

ALONSO, Ângela. Raízes positivistas do reformismo dos anos 1930: o caso Paulo Carneiro. In: MAIO, Marcos Chor. *Ciência, Política e Relações Internacionais – ensaios sobre Paulo Carneiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / UNESCO, 2004.

_____. *O Positivismo de Luís Pereira Barreto e o Pensamento Brasileiro no Final do Século XIX*. Instituto de Estudos Avançados na Universidade de São Paulo, 1995. Disponível em www.iea.usp.br/artigos.

ALVAREZ, Hernandez & TORRES, Diana Obregón. *La Organización Panamericana de La salud y el estado Colombiano: cien años de historia (1902-2002)*. Bogotá, outubro de 2002.

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=341451&indexSearch=ID>, acessado em 28 de fevereiro de 2010.

ALVIM, Zuleika. Imigrantes: a vida privada dos pobres no campo. In: NOVAIS, Fernando A.; SEVCENKO, Nicolau. *História da vida privada no Brasil República*. São Paulo, vol.3, pp.215-287, 1998.

ARAÚJO, Leila de Oliveira Lima. Quando a fala e a imagem contam a história de uma hospedaria de imigrantes: XII Encontro Regional de História: Usos do Passado – ANPUH – RJ, 2006.

www.rj.anpuh.org/.../rj/.../Leila%20de%20Oliveira%20Lima%20Araujo.pdf , acessado em 12 de março de 2010.

ACKERKNECHT, H. Anticontagionism between 1821-1867. *Bulletin of History of Medicine*, n.22, pp.562-93, 1948.

ARIAS NETO, José Miguel. Primeira República: economia cafeeira, urbanização e industrialização. In: *O Brasil Republicano: o tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República à Revolução de 1930*, org. FERREIRA, Jorge & DELGADO, Lucilia de Almeida Neves. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, pp.15-44.

AZEVEDO, André Nunes. A reforma Pereira Passos: uma tentativa de integração urbana. *Revista do Rio de Janeiro*, vol.1, n. 1 (set./dez. 1985).

BALDWIN, Paul. *Contagion and the State in Europe 1830-1930*. New York: Cambridge University Press, 1999.

BALÍNSKA, Masta Aleksandra. *For the good of humanity: Ludwik Rajchman medical statesman*. Translated by Rebecca Howell and revised by the author. EEUPRESS. Central European University Press; Budapeste, 1998.

BARDE, Robert. Prelude to the plague: public health and politics at american's pacific gateway, 1899. *Journal of the History of Medicine*. vol.58, april, 2003.pp.153-186.

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

_____. *Pereira Passos: um Haussmann tropical. A renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1992.

_____. Domingos José freire e os primórdios da bacteriologia no Brasil. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, II (1): 67-98, Mar-Jun. 1995.

_____. Reforma urbana e Revolta da Vacina na cidade do Rio de Janeiro. In: FERREIRA, J.;DELGADO, L. de A. N. (Orgs.). *O Tempo do Liberalismo Excludente: da Proclamação da República à Revolução de 1930*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. (*O Brasil Republicano*, v. 1).

_____. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5(2):265-292, 2000.

_____. & SILVA, André Felipe Cândido da. Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, pp/ 719-762, jul-set, 2008.

_____; SÁ, Magali Romero; KODAMA, Kaori; ANDRADE, M.M.; CUNHA, V. da Silva. *Cerejeiras e Cafezais: relações médico-científicas entre Brasil e Japão e a Saga de Hideyo Noguchi*. Rio de Janeiro: Bom Texto: Instituto de Tecnologia em Imunologia. Bio-Manguinhos, 2009.

_____. Insetos, humanos e doenças: Adolpho Lutz e a medicina tropical. In: BENCHIMOL, J. e SÁ, M. (Orgs.). *Febre Amarela, Malária e*

Protozoologia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. (*Adolpho Lutz, Obra Completa*, v. 2, livro 1).

BERTOLLI FILHO, Claudio. Cólera: um retrato permanente. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol 11(3): 773-76, set-dez. 2004 (pp. 774).

_____. *A gripe espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade*. Santa Ifigênia, São Paulo/SP: Paz e Terra, 2003.

BERLTRÃO, Jane Felipe. Cólera e gentes de cores ou o acesso aos socorros públicos no séc. XIX. *PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(2): 257-282, 2004.

_____. *Cólera: o flagelo da Belém do Grão –Pará*. Belém, Museu Paranaense *Emílio Goeldi*. Universidade Federal do Pará, 2004b.

BHERING, Marcos Jungemann. *Positivismo e Modernização: políticas e institutos científicos de agricultura no Brasil (1909-1935)*. Dissertação do mestrado, Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da COC/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2008.

BIRN, Anne-Emanuelle. Six seconds per eyelid: the medical inspection of immigrants at Ellis Island, 1892-1914. *DYNAMIS. Acta Hisoanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol.17. 1997, pp281-316.

BLOCH, Marc. *Os Reis Taumaturgos: o caráter sobrenatural do poder régio – França e Inglaterra*. São Paulo: Companhia das Letras. 2ª reimpressão, 1999.

BOEIRA, Daniel Alves. *Os dez primeiros anos do Núcleo Colonial Federal Anitápolis (1907-1917)*. Monografia apresentada ao curso de História do CFH. UFSC: Florianópolis, 2004.

BONFÁ, Rogério Luiz Giampietro. “Com lei ou sem lei”: as expulsões de estrangeiros e o conflito entre o Executivo e o Judiciário na Primeira República. Dissertação de mestrado em História Social. São Paulo, Campinas: UNICAMP, 2008.

BONTEMPO, Carla Gabriela Cavini; GILL, Lorena Almeida; LONER, Beatriz Ana. Programa de Pós-Graduação em História do Brasil; Núcleo de Documentação Histórica da Universidade Federal de Pelotas. *A recepção de imigrantes no Brasil no século XIX: as diferentes estruturas utilizadas para alojamento*. Relatório de Pesquisa disponível em www.ufpel.edu.br/cic/2005/arquivos/CH_00610.rtf, acessado em 20 de novembro de 2009.

BRASIL, MRE. Missões de Paz: a diplomacia brasileira nos conflitos internacionais – edição comemorativa dos cem anos de paz nas fronteiras do Brasil.
http://www2.mre.gov.br/missoes_paz/port/index.html

BRIGGS, Asa. Cholera and society in the nineteenth century. *Past and Present*. 1961; 19; 76-96.

BRITTO, Nara Azevedo de. ‘La Dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, IV (1): 11-30 mar-jun. 1997.

_____. *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência*

brasileira. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1995.

BOROWY, Iris. International social Medicine between the wars, positioning a volatile concept. *International Network for History of Public Health*, pp.13-55, 2007.

BYNUM, W.F.. Policing Hearts of Darkness: aspects of the international sanitary conference. *Hist. Phil. Life Sci.*, 15 (1993), 421-434

CANDEIAS, José Alberto Neves. O cólera ou a cólera: on the gender of the word cholera in portuguese. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 25 (4), 1991, pp.241-242 - http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101991000400001&script=sci_arttext, acessado em 11 de março de 2010.

CAPONI, Sandra. Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical. *História, Saúde – Manguinhos*, vol. 10 (1): 113-49, jan-abri, 2003.

_____. Trópicos, micróbios y vectores, *História, Saúde – Manguinhos*, vol.9 (suplemento): 111-38, 2002.

_____. La generación espontânea y la preocupacion higienista por la diseminación de los GERMENS. *História, Saúde – Manguinhos*, vol.9 (3): 591-608, set. dic, 2002b.

CARVALHO, Hernani de. A cachaça vista pelo folclore, *Jangada Brasileira*, n. 49 – set. 2002 – Edição Especial Cachaça – <http://www.jangadabrasil.com.br/setembro49/especial02.htm>, acessado em 25 de abril de 2010.

CARVALHO, Lia de Aquino. *Contribuição ao estudo das habitações populares no Rio de Janeiro 1886-1906*. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração – Coleção Biblioteca Carioca, 2ª edição, 1995.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. Poder, ideologia e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: ARMUS, Diego & HOCHAMAN, Gilberto (org). *Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre a saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004, p.249-293.

_____. O pensamento sanitário na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados. Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210, 1985.

CERTAU, Michel. A operação histórica. In: LE GOFF, Jacques e NORA, Pierre (org.). *História e Novos Problemas*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988, pp.17-48.

CHAGAS, DAIANA CRÚS. *Erradicando doenças: de projeto internacional ao Sistema de Vigilância Epidemiológica – a erradicação da varíola no Brasil*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde. Rio de Janeiro, COC/Fiocruz, 2008.

CHALHOUB, Sidney. *A cidade febril: cortiços e epidemia na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

- CHAVES, Cleide de Lima. Embarcações, germes e notícias: circuitos epidêmicos na Bahia e no Rio da Prata (1872). *Política, Hist. e Soc.*. Vitória da Conquista, v.3, n.1, pp.133-151, 2003.
- _____. Um relato de viagem do Rio da Prata ao Brasil (1886-1888): Cotidiano, epidemias e quarentenas no Cone Sul. *Usos do Passado – XII Encontro Regional de História – ANPUH – RJ*, 2006.
- COOPER, Donald B. Brazil's long fight against epidemic disease, 1849-1917, with special emphasis on yellow fever. *Bull. N.Y. Acad. Med.* vol. 51, n. 5, may 1975, pp. 672-696.
- _____. The new 'black death': cholera in Brazil, 1855-1856. *Social Science History*, v.10, n.4, 1986.
- CORBIN, Alain. *The foul and the fragrant: odor and the french social imagination*. Cambridge, Mass. : Harvard University Press, 1986.
- COSTA, Nilton do Rosário. Lutas urbanas e controle sanitário : origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis : Vozes, em co-edição com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1985.
- CUETO, Marcos. *O Valor da Saúde: História da Organização Pan-Americana da Saúde*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- CUKIERMAN, Henrique Luiz. Viagem (ns) a Santos. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. vol.5 no.1 Rio de Janeiro Mar./June 1998.
- CUNHA, Euclides da. Os Sertões, 5ª Ed., Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1914.
- DUBIN, Martin David. The League of Nations Health Organisation. In: WEINDLING, Paul (org). *International Health Organization and Movements 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995, PP.56-80.
- EDLER, Flávio Coelho. A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica. Tese de doutorado, IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 1999.
- EVANS, Richard J. Epidemics and revolution: cholera in nineteenth century Europe. *JSTOR, Past and Present*, No,120, 123-146. aug, 1988.
- FAIRCHILD, Amy L. The rise fall of the medical gaze: the political economy of immigrant medical inspection in the Modern America. *Science in Context*, 19(3), 337-356, 2006.
- FAUSTO, Boris. *Trabalho urbano e conflito social*. São Paulo, Rio de Janeiro: DIFEL, 1986.
- _____. & DEVOTO, Fernando. *Brasil e Argentina: um ensaio de história comparada (1850-2002)*. S. Paulo: Editora 34, 1ª edição, 2004.
- FERNANDES, Tânia Maria. *Vacina antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens (1808-1920)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FERREIRA, Marieta de Moraes & DANTES, Camila Guimarães. Immigration and Memory. In: *International Oral History Conference* (11.:2000: Istanbul, Turkey) XI The International Oral History Conference. Istanbul, Turkey, International History Association in Collaboration with the Department of History at Bogazici University, 2000.

FERREIRA, Luís Eugénio. Tecnologia Postal: transferência de correio. *Revista Filatélica* http://www.filatelicamente.online.pt/r100/artigo_html/revista100_4.html, acessado em 30 de março de 2010.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário da língua portuguesa*, 2ª edição, Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.

FLORES, Elio Chaves. A consolidação da República: rebeliões de ordem e progresso, In: FERREIRA, Jorge & DELGADO, Lucilia de Almeida Neves (org.). *O Brasil Republicano: o tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República à Revolução de 1930*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, pp.45-88.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*, 25ª edição. Petrópolis: Vozes, 2002. Ver 3ª parte.

_____. *Microfísica do Poder*, 19ª edição. São Paulo: Editora Graal, 2004, pp.79-98.

GARCIA, Eugênio Vargas. Antirevolutionary Diplomacy in Oligarchic Brazil, 1919-1930. *J. Lat. Amer. Stud.*, 36, 771-796, Cambridge University Press, 2004.

GERALDO, Endrica. O ‘Perigo Alemão’: Política Imigratória e Pensamento Racial no Governo Vargas (1930-1945). Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de História da Unicamp, Campinas/SP, 2007.

GOMES, Tiago de Melo. Problemas no paraíso: a democracia racial brasileira frente à imigração afro-americana (1921). *Estudos Afro-Asiáticos*. 2003, vol.25, n.2, pp. 307-33.

GOULART, Adriana da Costa. *Um cenário Mefistofélico: a gripe espanhola no Rio de Janeiro*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da UFF, Niterói, 2003

_____. Revisitando a gripe espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, jan./abr. 2005, vol.12, no.1, p.101-142.

GOODMAN, Neville M. *International Health Organizations and thus work*, London, 1952.

HAINES, Robin & SHLOMOWITZ, Ralph. Causes of death of british emigrants on voyages to South Australian, 1848-1885. *Soc. Hist. Med*; 16 (2): 193-208, 2003

_____. Explaining the modern mortality decline: what can we learn from sea voyages? *Social History of Medicine*, vol. 11, no. 1, 1998, pp. 15-48.

HARDY, Anne. Methods of outbreak investigation in the ‘Era of bacteriology’ 1880-1920. *Soz-Präventivmed*, 46 (2001), pp. 355-360 c Birkhäuser Verlag, Basel, 2001

HARRISON, Mark. Disease, Diplomacy and International Commerce: The origins of international sanitary regulation in the nineteenth century. *Journal of Global History*, (2006) 1, PP.197-217.

HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento: as bases políticas da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec – ANPOCS. São Paulo, 1998.

HOWARD-JONES, Norma. *The Scientific Background of International Sanitary Conferencer, 1851-1938*. World Health Organization, Genebra, 1975.

_____. *The Pan American Health Organisation, Origins and Evolution*. Geneve:WHO, 1981.

JONES, Esyllt W. . “Co-operation in all human endeavour”: quarantine and immigrant disease vectors in the 1918-1919 influenza pandemic Winnipeg. *CBMH / BCHM*; vol.22: 1; 2005.

JUAN B. MATEO, Jiménez. *Actas de las conferencias sanitárias internacionales (1851-1938)*. Revista Española de Salud Pública. Nº3 – Mayo-Junio, 79: 339-349, 2005.

KOLATA, Gina. *Gripe, a história da pandemia de 1918*. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

KOSELLECK, Reinhart. *Futuro de Passado: contribuição à semântica dos tempos históricos*. Rio de Janeiro: Editora da PUC, 2006.

KRAUT, Alan. *Silent Travelers, Germs, Genes and the ‘Immigrant Menace’*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1994.

KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, Doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909-1962*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

KUNH, Thomas S. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. 3ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 1991.

KUSHNIR, Beatriz. *Baile de Máscaras: mulheres judias e prostituição. As polacas e suas associações de ajuda mútua*. Editora Imago: Rio de Janeiro, 1996.

LAMARÃO, Sérgio. *Dos Trapiches ao Porto: um estudo sobre a área portuária do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Turismo e Esportes, 1991.

LATOURET, Bruno. "Le théâtre de la preuve". in: Bayet, Claire Salomon (org). *Pasteur et la Revolution Pastorienne*. Paris, Payot, 1986.

LEWINSOHN, Rachel. *Três epidemias do passado*. São Paulo: Editora Unicamp, 2003.

LINDERMAN, Mary. *Saúde e Sociedade*. Lisboa: Ed. Replicação, 2002.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.) *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

_____. *Um sertão chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Revan, IUPERJ, UCAM, 1999.

_____ & HOCHMAN, Gilberto. Condenados pela raça, absolvidos pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor & SANTOS, Ricardo Ventura. *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/CCBB, 1996.

_____. “Pouca Saúde, Muita Saúva”: sanitário, interpretação do país e ciências sociais. In: HOCHMAN, Gilberto & ARMUS, Diego. *Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre a saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

LESSER, Jeffrey. *A negociação da identidade nacional: imigrantes, minorias e a luta pela etnicidade no Brasil*. São Paulo: Editora Unesp, 2001.

LEVI, Giovanni. Sobre a Micro-História. In: Burke, Peter. *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1992, pp. 133-161.

LEVY, Maria Stella. O papel da imigração italiana na evolução da população brasileira (1872-1972). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 8(Supl.): 49-90; 1974.

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

LUFT, Celso Pedro. *Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa Celso Luft*. Rio de Janeiro: Editora Scipione.

MACHADO, Roberto et al. *Danação da Norma: a Medicina Social e a Constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAIO, Marcos Chor. Raça, doença e saúde pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX. In: MONTEIRO, Simone & SANSONE, Lívio (org.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004, pp.15-44.

_____. *Ciência, Política e Relações Internacionais – ensaios sobre Paulo Carneiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / UNESCO, 2004b.

MAGALHÃES, Rodrigo C. da Silva. Febre amarela, microbiologia e as origens da medicina tropical no Brasil. *XIV Encontro Regional da APNPUH-RIO – Memória e Patrimônio*. Rio de Janeiro, 19 a 23 de julho de 2010. Disponível em:

www.encontro2010.rj.anpuh.org/.../1276732304_ARQUIVO_TextocompletoANPUHRegional2010.pdf, acessado em 3 de novembro de 2010.

MAGLEN, Krista. “The First Line of Defense”: British Quarantine and the Port Sanitary Authorities in the nineteenth Century. *The Social History of Medicine*, vol.15, n.3, PP.413-428.

MANNHEIM, Karl. *Karl Mannheim: Sociologia*. Organizadora Marialice Mencarini Foracchi. São Paulo: Editora Ática, 1982.

MARKEL, Howard & STERN, Alexandra Minna. Which face? Whose Nation? Immigration, Public Health, and the Construction of Disease at American's Port and Borders, 1891-1928. *American Behavioral Scientist*, 1999; 42;1314-1331.

MARTINS, Gabriela Pereira. *Repensando o Positivismo*. CSONline – Revista Eletrônica de Ciências Sociais, ano 4, ed. 9, jan./abr. 2010. Disponível em: www.editoraufjf.com.br/revista/index.php/csonline/article/view/530/480

MAZZIEIRO, João Batista. Sexualidade Criminalizada: prostituição, Lenocínio e outros delitos, São Paulo 1890-1929. *Revista Brasileira de História*, vol.18, n. 35, 1998. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-01881998000100012&script=sci_arttext, acessado em 7 de abril de 2010.

MENEZES, Lena Medeiros. *Os indesejáveis: desclassificados da modernidade – protesto, crime e expulsão na Capital Federal (1890-1930)*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1996.

MOTTA, Marly Silva da. O relato biográfico como fonte para a história. *Videja*, Santa Maria (RS), nº 34, p.101-122, jul./dez. 2000.

MUNRO, John H., *Money and Coinage in Late Medieval and Early Modern Europe* em <http://www.economics.utoronto.ca/munro5/MONEYLEC.htm>, acessado em 12 de março de 2010.

NEVES, Margarida de Souza. Os cenários da República: O Brasil na virada do século XIX para o XX. FERREIRA, Jorge & DELGADO, Lucília de Almeida Neves (org.). *O Brasil Republicano: o tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República à Revolução de 1930*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, pp15-44.

NGNAI, Mae M.. The Achitecture of Race in American Immigration Law: A Reexamination of the Immigration Act of 1924. *The Journal of American History*, vol. 86, jun, 1999, pp. 67-92.

ORTIZ, Renato. *Pierre Bourdieu: Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983

PEREIRA, João Batista Borges. *Italiano no mundo rural paulista*. São Paulo: Edusp. 2002.

PORTA, Eliana Veiga. *Imigrantes espanhóis em Santos, 1880-1920*. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História Econômica do Dep. de História da FFLCH/USP, São Paulo, 2008.

PORTER, Dorothy. *The History of public health and the modern state*. Atlanta. 1994
_____. *Health, Civilization and the State: a History of Public Health from Ancient to Modern Times* (London and New York: Routledge, 1999).

RAGO, Margareth. Nos bastidores da imigração: o tráfico de escravas brancas. *Revista Brasileira de História*, vol.9, n.18, 1989. In: MAIO, Marcos Chor e SANTOS, Ricardo Ventura. *Raça, ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, p.41-59, 1996.

RAMOS, Jair de Souza. *O poder de domar o fraco: construção de autoridade e poder tutelar na política de povoamento do solo nacional*. Niterói, RJ: Editora da UFF, 2006.

_____. Dos Males que vêm com o sangue: as representações raciais e a categoria de imigrante indesejável nas concepções sobre imigração da década de 20. In: MAIO, Marcos Chor & SANTOS, Ricardo Ventura. *Raça ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

_____. O Poder de domar o fraco: construção de autoridade e poder tutelar na política de povoamento do solo nacional. Rio Janeiro: UFRJ/Museu Nacional, 2002. Tese de doutorado

_____. O ponto de mistura: raça, imigração e nação em um debate da década de 20, 1994. Dissertação mestrado. Museu Nacional.

REY, Luís. *Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1999.

REVEL, Jacques. Microanálise e construção social. In: Revel, Jacques. *Jogos de Escala: a experiência da microanálise*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1998, pp16-38.

RIBERIO, Maria Alice Rosa. História sem fim... Inventário da Saúde Pública, São Paulo - 1880-1930. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

ROCHA, Oswaldo Porto. *A Era das Demolições: a cidade do Rio de Janeiro de 1870-1920*. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração – Coleção Biblioteca Carioca, 2ª edição, 1995.

RODRIGUEZ, Julia. Inoculation against barbarism? State Medicine and Immigrant Policy in Turn-of-the-Century Argentina. *Science in Context*, 19 (3), 357-380 (2006). Cambridge University Press, UK.

ROSEN, George. *Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROSENTAL, Paul-André. Géopolitique et État-Providence: Le BIT et la politique mondiale des migrations dans é entre-deux-guerres. *Annales Historie, Sciences Sociales* 2006/1, 61 e anné, pp.99-134.

ROSS, Kelley L. *British Coins before the Florin, Compared to French Coins of the Ancien Régime* em <http://www.friesian.com/coins.htm>, acessado em 12 de março de 2010.

SAKURAI, Célia. Imigração Japonesa no Brasil: Um exemplo de Imigração Tutelada (1908-1941). In: FAUSTO, Boris (Org.) *Fazer a América*. São Paulo: Edusp, 2000. p. 201-238.

SANTOS, Myrian Sepúlveda dos. *O Porões da República: a barbárie nas prisões da Ilha Grande, 1894-1945*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

_____. Lazareto da Ilha Grande: isolamento, aprisionamento e vigilância das áreas de saúde e política (1884-1942). *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.117-1196, out.-dez.2007.

SAYAD, Abdemalek. *A imigração ou os paradoxos da alteridade*. São Paulo: Editora da USP, 1998.

SHVARTS, Shifra; DADIDOVITCH, Nadav; SEIDELMAN, Rhona; GOLDBERG, Avishay. *Medical Selection and the Debate over Mass Immigration in the new state of Israel (1948-1951)*. *CBMH/BCH* / vol. 22:1, 2005, p.5-34.

SEYFERTH, Giralda. *Imigração e Cultura no Brasil*. Brasília: Ed. UnB, 1990.

_____. A assimilação dos imigrantes como questão nacional. *Mana* (3/1). Rio de Janeiro: Contracapa/PPGAS, 1997.

_____. Etnicidade, política e ascensão social: um exemplo teuto-brasileiro. *Mana*, vol. 5, n.2, RJ, outubro, 1999, pp61-88.

_____. Construindo a nação: hierarquias raciais e o papel do racismo na política de imigração. In: MAIO, Marcos Chor e SANTOS, Ricardo Ventura. *Raça, ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, p.41-59, 1996.

_____. Os imigrantes e a campanha de nacionalização do estado novo, pp.199-228. In: Pandofli, Dulce (org.); *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999b

SKIDMORE, Thomas E. *Preto no Branco: raça e nacionalidade no Pensamento Brasileiro*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

SILVA, Carlos Leonardo Bahiense da. A peste do Ganges vai à guerra: a cólera na Guerra do Paraguai (1864-1870). Rio de Janeiro: Revista Eletrônica Boletim do Tempo, Ano 4, n. 14, Rio, 2009.

http://www.tempopresente.org/index.php?option=com_content&task=view&id=4696&Itemid=147, acessado em 20 de abril de 2010.

SODRÉ, Nelson Werneck. *A História da Imprensa no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1966.

SOUZA, Christiane M. C. de. *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da COC/Fiocruz, 2007.

SOUZA, Ricardo Luiz de. Cachaça, vinho, cerveja: da colônia ao século XX. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, n.33, jan-jun. de 2004, p.56-75.

STERN, Alexandra Minna & MARKEL, Howard. International efforts to control infectious diseases, 1851 to present. *JAMA*, 2004; 292, PP.1474-1479 (doi:10.1001/Jama. 292. 12. 147).

TEIXEIRA, Luiz Antonio. Vírus, ciências e homens. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro vol. 10(2):757-64, maio-ago. 2003.

TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho. Condições sanitárias e assistência à saúde entre colonos do café no São Paulo republicano. Seminário Permanente de Estudo da Família e da População no Passado Brasileiro. *N.E.H.D. / F.E.A.*, IPE/USP, novembro de 1995.

_____. Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

TREVIÑO, Carlos Viesca. Eduardo Liceaga y La participación mexicana en La fundación de La Organización Panamericana de La Salud. *Revista Cubana de Salud Publica*, v.24, n.1. Ciudad de La Habana, ene-jun, 1998.

VALLEJO, Gustavo. *Utopías Cisplatinas: Francisco Piria, cultura urbana e integración rioplatense*. Las Cuarentas: Buenos Aires, 2009.

VERGARA, Moema de Rezende. *A Revista Brasileira: vulgarização científica e construção da identidade nacional na passagem da Monarquia para a República*. Tese de doutorado - Programa de Pós-Graduação em História Social da Cultura do Departamento de História da PUC-Rio, 2003.

VIANNA, Oliveira. *Raça e Assimilação*, 3ª edição, série IV, Editora Nacional: São Paulo, 1930.

_____. *Evolução do povo brasileiro*. 4ª edição, Rio de Janeiro: José Olympio, 1956.

VOIGT, André Fabiano. Emílio Willems e a invenção do teuto-brasileiro, entre a aculturação e a assimilação (1940-1946). *História: Questões e Debates*. Curitiba: Editora UFPR; n.46, p.189-2001, 2007.

YEW, Elizabeth. Medical Inspection of Immigrants at Ellis Esland, 1891-1924. *Bull. N.Y. Acad. Med*, vol 56, n.5, june, 1980. pp 488-510.

WEBER, Max. *A ética protestante e o "espírito" do capitalismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

WEINDLING, Paul (org.). *International Helth Organization and Movements 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

WILLEMS, Emilio. *A aculturação dos alemães no Brasil: estudo antropológico dos imigrante alemães e seus descendentes no Brasil*. São Paulo: Ed. Nacional; Brasília: INL/MEC, 1980. 2ª Ed.

ANEXOS



Anexo 1: A partida. Emigrantes a bordo de vapor, 1910 – Acervo Iconográfico do Memorial do Imigrante, São Paulo/SP.

R. ISPettorato DELL'EMIGRAZIONE
DI NAPOLI
dipendente dal Commissariato Generale dell'Emigrazione

"CASA DEGLI EMIGRANTI,"

Cognome, Nome, Paternità *Momuli Nicola*
di Salvatore

Età *24*

In partenza il *12-12-1923*
Napoli
per *Saragat*
in *2a* Classe.
Col Piroscalo **PALERMO**

POST  (data)

IL DIRETTORE
della R. Casa Emigranti
[Signature]

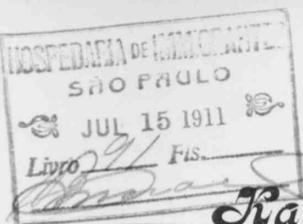
L'Incaricato <i>D. Naitto</i>	L'Incaricato <i>Costani</i>
DISINFESTAZIONE	BAGNO
L'Incaricato <i>[Signature]</i>	Il Medico Vaccinatore <i>[Signature]</i>
VACCINAZIONE e RIVACCINAZIONE	Il Medico dirigente i servizi sanitari <i>[Signature]</i>
Data _____	

Anexo 2: Carteira de Saúde de Imigrante italiano emitida pelo *Regio Inspectorato Dell'emigrazione di Napoli* – Nápolis (Itália), 1923. Acervo Iconográfico do Memorial do Imigrante, São Paulo/SP.



Anexo 3: Conjunto de documentos italianos necessários para o embarque em Gênova (Itália), 1922 – Acervo Iconográfico do Memorial do Imigrante, São Paulo/SP.

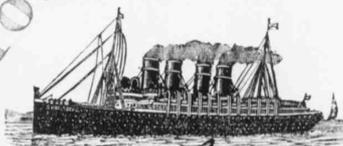
Royal Mail St. Pac. Co.



Karlsberg, Spiro & Co., Libau.

Von der Regierung concessionirtes Kontor.
 Garantirt durch eine, bei der Reichskasse hinterlegte
 Caution von 15000 Rubel.

Beförderung von Passagieren nach allen Welttheilen.

Passage-Billet


für die Reise von **Libau** via **Hull-Liverpool** nach Santos in dritter
 Classe (Zwischendeck) und von da weiter per Eisenbahn, dritter Classe nach
 County, im Staate

Namen der Passagiere.	Alter.	Im Ganzen:
<i>Nikifor Podaschewsky</i>	<i>28</i>	Erwachsene · Kind. v. 12 Jahr.
<i>Kassja</i>	<i>28</i>	<i>zwei Jahre</i>
<i>Agas Kassia</i>	<i>11/12</i>	Kind. unter 1 Jahre
<i>Jwan</i>	<i>3</i>	

wofür die Ueberfahrt mit

Rb) *Voll*

bezahlt ist.

Die Abfahrt von LIBAU ist

bestimmt am *15. Juni 1911*

s/s Kasan

Bedingungen umstehend.

Типография „Викторія“, Либва.

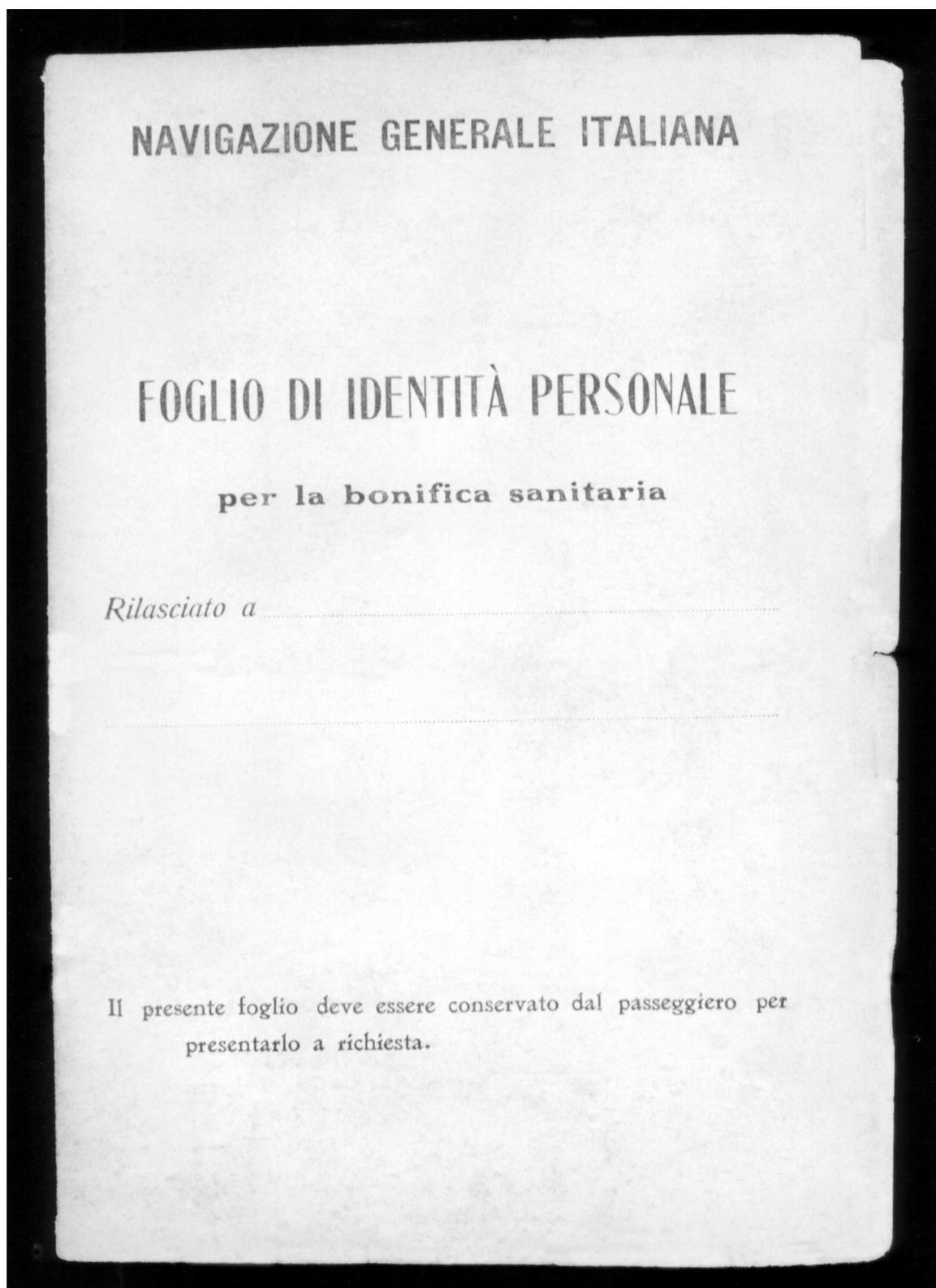
Anexo 4: Bilhete de passagem de 3ª classe para o porto de Santos, 1911 – Acervo Iconográfico do Memorial do Imigrante, São Paulo/SP.

766-93
 Consulado da Republica dos Estados Unidos do Brazil
 Gibraltar, 6 de Julho 1893.
 Recido e off. em 19 agosto de 1893.
 Ilmo. Exmo. Sr.
 Sr. Legat.

Tenho a honra de pes.
 feitadamente informar a
 vob. que a Junta de Saude
 desta Praça, resolveu que as
 procedencias de Nápoles,
 que seião impostas a qua-
 rentena de oito dias.
 Como tambem as pro-
 cedencias de Argel e
 Orão, que temão com-

Ilmo. Exmo. Sr.
 Ministro do Interior
 no
Rio de Janeiro.

Anexo 5: Consulado do Brasil em Gibraltar, 6 de julho de 1893 – AN. Série Justiça, notação IJ1-1026 – Consulado e Vice-Consulado do Brasil em Barcelona, 1892-1897 – Aviso sobre quarentenas impostas às procedências de Nápoles e Argel por causa da cólera.



Anexo 6: Página frontal de carteira de atestado médico de imigrante italiano, Itália, década de 1920 - Acervo Iconográfico do Memorial do Imigrante, São Paulo/SP.