UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

LUCIANA DOS SANTOS

CONTROVÉRSIAS EM TORNO DAS PRÁTICAS E TERAPIAS DE CURA:

A EPIDEMIA DE *CÓLERA-MORBUS* EM PERNAMBUCO (1855)

(versão corrigida)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutora em Antropologia Social.

Orientadora: Marta Rosa Amoroso

SÃO PAULO

2012

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

LUCIANA DOS SANTOS

**Controvérsias em torno das práticas e terapias de cura:
a epidemia de *cólera-morbus* em Pernambuco (1855)
(versão corrigida)**

SÃO PAULO
2012

SUMÁRIO

PRÓLOGO: <i>CÓLERA-MORBUS</i>: UM FLAGELO ESPETACULAR	12
INTRODUÇÃO	18
 PARTE I: DO QUE O MUNDO É FEITO?	
 CAPÍTULO 1: POR UMA DISCIPLINA CIENTÍFICA	40
Primeiros passos	48
A Sociedade de Medicina de Pernambuco	55
A Comissão de Salubridade Pública	58
 CAPÍTULO 2: UM IMENSO CAMPO MÓRBIDO	67
<i>A cólera-morbus</i> chega ao Brasil	68
Do que o mundo é feito?	72
A mecânica da comunicação do mal	76
Princípios etiológicos	78
Uma cartografia	85
 CAPÍTULO 3: DA CORRUPÇÃO DA CIDADE À AMENIDADE DOS SERTÕES	92
Medicina dos trópicos	93
A cidade salubre	107
Solos férteis e ar salubre	115
 PARTE II: OS INTERSTÍCIOS DA MEDICINA OFICIAL	
 CAPÍTULO 4: TERAPIAS, HOMEOPATAS E CHARLATÃES	123
Do imenso campo mórbido à proliferação de terapias	124
Um manual médico por lar	130

Charlatanismo	135
Teorias médicas do século XIX: a homeopatia	142
Homeopatia em Pernambuco: Dr. Sabino Ludgero Pinho	146
Disputas na medicina oficial: Alopatas <i>versus</i> Homeopatas	150
A homeopatia ganha espaço	154
 CAPÍTULO 5: OUTROS SABERES: TERAPIAS DE ÍNDIOS E NEGROS	 163
Em torno do conhecimento tradicional	163
O conhecimento fitoterápico indígena sob o olhar da ciência	166
Os jardins botânicos de Recife e Olinda	181
Conhecimento indígena, conhecimento mestiço	184
As concessões da ciência frente à peste: O caso Pai Manoel	191
 PARTE III: MISSIONÁRIOS CAPUCHINHOS CONTRA A PESTE EM PERNAMBUCO	
 CAPÍTULO 6: CIVILIZAÇÃO E TRABALHO	 198
Missionários contra a peste	202
Colégio do Bom Conselho e Colônia Orfanológica Izabel	205
Nas brenhas dos sertões	216
O trabalho que civiliza e moraliza	221
Capuchinhos no Brasil: memória, missão oficial e ação no mundo	225
Devoção a Virgem Maria	234
 EPÍLOGO: MÉDICOS, CHARLATÃES E MISSIONÁRIOS	 243
 FONTES PRIMÁRIAS IMPRESSAS	 250
 BIBLIOGRAFIA	 253

LEGENDAS

ACRJ – Arquivo da Custódia do Rio de Janeiro

AIM – Academia Imperial de Medicina

AIAHGP – Arquivo do Instituto Arqueológico, Histórico e Geográfico de Pernambuco

APEJE – Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano

FUNDAJ – Fundação Joaquim Nabuco

IHGB – Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro

PRONEB – Arquivo da Província de Nossa Senhora da Penha do Nordeste do Brasil

FUNDOS DOCUMENTAIS (ARQUIVO PÚBLICO ESTADUAL JORDÃO EMERENCIANO)

AE – Assuntos Eclesiásticos

DI – Diretoria dos Índios

RTP - Registro de Terras Públicas

SP – Saúde Pública

RESUMO

O trabalho focaliza as controvérsias que se seguem ao evento da epidemia de *cólera-morbus* deflagrada na província de Pernambuco no ano de 1855, em torno de práticas e terapias que foram mobilizadas no combate à moléstia. O fio condutor da análise são os embates que se estabeleceram entre a medicina acadêmica e outras formas terapêuticas - particularmente de homeopatas, leigos, negros e índios. Adicionalmente, o trabalho procura pontos de intersecção entre a emergência de um projeto moderno de medicina e a religião, acompanhando a reflexão e a prática produzidas pelos missionários capuchinhos italianos sobre a epidemia.

PALAVRAS-CHAVE: cólera-morbus; epidemias; controvérsias; antropologia simétrica; antropologia da medicina; missionários capuchinhos italianos; Segundo Reinado.

ABSTRACT

The work focuses on the controversy following the event of the epidemic of cholera-morbus triggered in the province of Pernambuco in the year 1855, around practices and therapies that have been mobilized to fight the disease. The guiding thread of the analysis are the shocks that have been established between academic medicine and other therapeutic methods - particularly of homeopaths, lay people, blacks and indians. Additionally, the work searches points of intersection between the emergence of a modern project of medicine and religion, accompanying the reflection and practice produced by italian capuchin missionaries on the epidemic.

KEY WORDS: cholera-morbus; epidemic; controversy; symmetrical anthropology; anthropology of medicine; italian capuchin missionary; Second Reign.

Não há curandeiros. O direito de curar é equivalente ao direito de pensar e de falar. Se eu posso extirpar do espírito de um homem certo erro ou absurdo, moral ou científico, por que não lhe posso limpar o corpo e o sangue das corrupções? A eventualidade da morte não impede a liberdade do exercício. Sim, pode suceder que eu mande um doente para a eternidade; mas que é a eternidade senão uma extensão do convento, ao qual posso muito bem conduzir outro enfermo pela cura da alma? Não há curandeiros, há médicos sem medicina, que é outra coisa. (Machado de Assis, 1994 [1892]: 186).

Para Roberto Maia

AGRADECIMENTOS

A realização dessa tese contou com o apoio de pessoas e instituições que se mostraram imprescindíveis à sua efetivação. Gostaria de agradecer os auxílios que recebi ao longo do curso de doutorado e que foram fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa. Sou grata ao CNPq pelos três anos de Bolsa de Doutorado, concedida por meio do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de São Paulo e à Capes, pela bolsa que viabilizou o Estágio de Doutorado – PDEE (Sanduíche) que realizei na Université Paris X Nanterre e Centre EREA ao longo do ano de 2011.

Em Paris, agradeço ao professor Jean-Pierre Chaumeil que me acolheu no *Centre EREA (Equipe de Recherche d’Ethnologie Amérindienne)* durante meu estágio de doutorado. Sou grata também ao carinho e apoio dispensados por Bonnie Chaumeil. A realização desse estágio se mostrou como uma oportunidade preciosa para o desenvolvimento da pesquisa e minha formação acadêmica. Agradeço ainda aos colegas do EREA: Eduardo Pires Rosse e Nancy Ochoa Siguas. À Fabiana Maizza pelo apoio e os momentos de descontração.

Em Pernambuco, agradeço a Célida e Gilvan Samico pela amizade e prazer das conversas em volta da mesa sempre repleta de quitutes da terra. A oportunidade de estar entre eles será sempre uma lembrança inesquecível.

Às pessoas que fizeram o caminho dos arquivos mais suave Hildo Rosa e Áurea Sanlima. Aos frades capuchinhos do convento de Nossa Senhora da Penha, frei Jociel Gomes e frei Franklin Diniz pela amizade, atenção e carinho dispensados.

Aos professores Fernanda Arêas Peixoto e Stelio Marras por seus comentários, críticas e sugestões na banca de qualificação e que foram valiosas na elaboração do texto final da tese. Agradeço também à Ana Cláudia Marques pela atenção e apoio à pesquisa.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Antropologia/USP: Jayne Colevatti, Milena Estorniolo e Íris Moraes Araújo. Em especial, agradeço à Isabela Oliveira que, desde o mestrado, tenho a sorte de ter como amiga.

À minha orientadora Marta Amoroso que me apresentou, ainda no curso de graduação em Ciências Sociais, à missão dos frades capuchinhos. Sua elegância e humor, o zelo e cuidado que dispensa na relação com seus alunos, tornaram-se minhas

referências mais valiosas. Ao longo de todos esses anos de orientação e amizade, devo a ela mais do que posso dizer.

Para Ceci, minha irmã querida.

Para Roberto Maia, minha nova família. Agradeço por ter acompanhado de perto todas as fases desse trabalho, pelas inúmeras leituras, pelo carinho.

PRÓLOGO

CÓLERA-MORBUS: UM FLAGELO ESPETACULAR

Os eventos epidêmicos da *cólera-morbus* durante o século XIX suscitaram uma série de reações pelas diversas regiões atingidas, emergindo como uma ameaça desconhecida e exótica. Originária da Índia - por esse motivo ficou conhecida pela denominação “mal dos Ganges”¹ -, os primeiros registros da moléstia datam da Antiguidade; no entanto, será com a intensificação do comércio marítimo que a *cólera-morbus* passa a ser conhecida no Ocidente, ao se mover de região a região e alcançar quase todas as partes do globo.

Conhecida pela rapidez com que se deslocava e pela brutalidade com que abatia suas vítimas, ao chegar aos principais centros urbanos da Europa, o flagelo passa a receber um interesse especial por parte dos governos que mobilizam cientistas e instituições na tarefa de esquadrihar as regiões afetadas e definir os princípios da moléstia, procurando desvendar sua natureza e seu modo de comunicação, elaborando programas de controle e propondo terapias (Bourdelaís, 1988; Bourdelaís & Dodin, 1987).

A emergência da *cólera-morbus* em países da Europa, como um flagelo individual e social, acionou, desse modo, um conjunto de medidas preventivas e terapêuticas, por meio de instituições públicas que se mobilizaram em torno de um conjunto amplo de intervenções médicas e sociais destinadas à contenção e neutralização do mal. No entanto, a impossibilidade de identificar os princípios etiológicos da moléstia faria com que a *cólera-morbus* se impusesse sobre os recursos médicos disponíveis.

O farto registro iconográfico produzido nesse período sobre o contexto da epidemia na Europa - ocorrida nos anos 30 do século XIX - ilustra bem como os eventos epidêmicos relacionados ao mal produziram efeitos variados sobre a imaginação das populações, além de revelarem as disputas que moveram os grupos sociais na direção da definição de uma explicação para o mal (Bourdelaís & Dodin,

¹ As teses que consideraram a *cólera-morbus* um mal de origem estrangeira e não uma moléstia endêmica permitiram a definição de uma série de termos para nomear a doença: “mal dos Ganges”, “mal asiático”, etc.

1987). As imagens produzidas sobre a epidemia² reúnem sátira política, polêmicas em torno da definição de etiologias, controvérsias sobre terapias, numerosos remédios e receitas, orações e representam a imagética do medo e do terror que se difundiu entre a população; ao mesmo tempo que exibem a impotência de médicos e governos em controlar a disseminação da moléstia³. Observemos, nesse sentido, a profusão de imagens associadas à morte, entre desenhos e ilustrações que retratam caveiras com foices, indivíduos moribundos e esqueléticos entre outras representações que foram mobilizadas para descrever a moléstia⁴.

Os relatos sobre as primeiras manifestações da *cólera-morbus* na Europa apontam para as características que tornaram o evento especialmente particular. Primeiramente, sua ocorrência data dos anos 30 do século XIX, em um momento anterior ao surgimento de outros “flagelos sociais” – caso da disseminação da sífilis e da tuberculose, que só apareceriam sob a forma epidêmica um pouco mais tarde. Em segundo lugar, o terror causado pelo medo de contrair a doença que, por sua vez, pode ser justificado pela forma com que o mal se manifesta, sendo observada somente sob a forma epidêmica e nunca como manifestação endêmica, ou seja, a peste esteve, ao longo de sua história, ligada à ocorrência de surtos pandêmicos⁵ que se caracterizaram pela impressionante rapidez com que se propagava (Bourdelaís, 1988).

Por último, destacam-se as próprias características da ação da moléstia no organismo doente. Caracterizada por uma diarreia aguda, a *cólera-morbus* produzia – em um momento em que seu agente patogênico, seus princípios de comunicação e terapêuticas eficazes eram ignoradas – um tipo de morte rápida e degradante, ocasionada por um processo de desidratação e perda de peso acelerado. Esse

² Em anexo, apresento um conjunto de imagens que ilustram as polêmicas e controvérsias que giraram em torno da epidemia de *cólera-morbus* tanto na França quanto no Brasil.

³ O trabalho de Patrice Bourdelaís & André Dodin (1987) ilustra com detalhes a frequência com que os diferentes ciclos epidêmicos da *cólera-morbus* foram retratados na imprensa francesa durante o século XIX. No Brasil, podemos acompanhar o registro iconográfico produzido sobre a peste tanto por meio dos periódicos médicos, quanto da imprensa cotidiana, que registraram fartamente as controvérsias em torno da doença.

⁴ Ver anexo.

⁵ No caso da sífilis, por exemplo, veremos que, apesar de ser uma doença conhecida no país desde o período colonial, somente em finais do século XIX que esta moléstia se tornaria um evento de grande importância, mobilizando um conjunto de intervenções médicas e sociais destinadas à neutralização do mal. De forma semelhante ao que ocorreu com a *cólera-morbus* em meados do século XIX, como nos mostra Sérgio Carrara (1996), a emergência do que se considerou ser uma epidemia de sífilis no Brasil em finais do século XIX fez com que se organizasse um campo de pesquisas e debates que se debruçaram na tarefa de definir a etiologia, manifestações, terapêuticas e modos de prevenção relativos à moléstia o que, por sua vez, teria motivado a organização de uma especialidade médica – a *sifilografia* – bem como uma rede de especialistas – os *sifilógrafos*.

processo, que resultava na modificação radical dos aspectos corporais, conferia aos pacientes uma aparência esquelética, os olhos afundados, a cor da pele azulada⁶.

O medo do contágio pela *cólera-morbus* se justificava, nesse sentido, por dois motivos. Primeiro pela rapidez de disseminação que a caracterizava, considerando que a doença se alastrava velozmente entre a população, sem que se pudesse definir suas causas e seus mecanismos de propagação. E, em segundo lugar, pela natureza do processo de adoecimento que, ao promover uma transformação física radical, conduzia a vítima, de acordo com o testemunho da época, à perda progressiva de suas características humanas, um estado que se assemelhava àquele de um animal ou mesmo a uma condição que se aproximava do sobrenatural (Beltrão, 2004; 2002; Farias, 2007; Bourdelais, 1988; Diniz, 1997). O medo do contágio pela *cólera-morbus*, por sua vez, seria intensificado a partir do registro imagético difundido pelos jornais e pelas narrativas que proliferavam sobre o mal e que, por sua vez, propagavam os detalhes do processo de adoecimento, relatando a série de sintomas que, pouco a pouco, iria transformando o indivíduo:

(...) no fim do dia ou da noite; a pele perde o calor natural; evacuações abundantes e frequentes, bilioso-serosas, seroso-biliosas ou seroso-bilioso-sanguinolentas ou semelhantes à lavagem de carne, o seguem; uma fraqueza inesperada toma conta de todos os membros e comumente de todo o corpo (...) comumente nenhuma dor se faz sentir em todo o trajeto intestinal, entretanto dores mais ou menos fortes se fazem sentir algumas vezes separadamente ou em conjunto nas regiões epigástrica, umbilical e hipogástrica (...) uma magreza extraordinária se anuncia depois da primeira invasão, se aumenta a vista d'olhos a cada momento; os olhos escondem-se nas órbitas, as bochechas desaparecem: as paredes abdominais vão tocar a coluna vertebral; um decrescimento espantoso se mostra por toda parte; e parece que só se vive para vê-lo decompor-se e reduzir-se a uma múmia.

(...) o nariz, as orelhas, os pés e as mãos começam a esfriar; logo, o infeliz doente a uma temperatura de [trecho ilegível] centígrados é acometido da cabeça à ponta das unhas e dos cabelos de um frio medonho e que em um piscar de olhos se torna glacial. O tocá-lo deixa sentir em seu corpo uma temperatura abaixo da dos objetos que o rodeiam e de um cadáver após 48 horas; a glândula lacrimal se enche de serosidade e perde a cor (...) o doente não pensa nem em si nem em quem o rodeia, um pequeno delírio se mostra de tempo em tempo; os soluços, este último esforço da natureza, vem ainda atormentar o doente; a

⁶ Daí a origem do termo *la peur bleu*, em francês, para nomear a doença.

respiração, o mais comumente sem o embaraçar, se enfraquece; e quando menos se pensa o doente toca a extremidade da morte de muito tempo começada (Lacerda, 1832: 3-5).

A ampla mobilização social em torno da *cólera-morbus*, que vemos se construir ao longo da primeira metade do século XIX, no entanto, não ficaria restrita às notícias dos jornais e às discussões públicas mas, pouco a pouco, passou a compor a pauta das políticas e orientações dos Governos que iniciam programas médico-sanitários específicos no sentido de conter o avanço da moléstia. A percepção da doença enquanto flagelo explicaria, dessa forma, a repercussão social e política que a epidemia provocou mesmo antes de chegar ao Brasil⁷. De fato, diferentemente do que ocorre com as doenças endêmicas, as epidemias, por avançarem rapidamente e causarem a morte rápida de um grande número de pessoas, assumem dimensões de uma catástrofe coletiva, provocando um impacto muito maior sobre a imaginação de todos (Bourdelaís, 1988).

Há de se notar a este respeito, as repercussões que a *cólera-morbus* suscitava mesmo antes de aportar em terras brasileiras, considerando que a população já vislumbrava, por meio das notícias frequentes que chegavam ao país, o cenário de horror que a Europa experimentava nas primeiras décadas do século XIX. Vê-se, desse modo, como os relatos sobre a epidemia, insistentemente exibidos nos periódicos da época, davam conta de um flagelo estrangeiro e terrível, que se deslocava pelo continente europeu como um “viajante invisível”, abatendo populações inteiras, comprometendo a economia e esvaziando cidades e povoados.

A dimensão das reações que a *cólera-morbus* produziu no país, em certa medida, vincular-se-ia com a percepção de que a doença configurava uma ameaça. A impotência em relação à patologia, fartamente divulgada desde que o primeiro ciclo

⁷ A especificidade do contexto em que se verificam os primeiros contágios pela *cólera-morbus*, marcada pela brutalidade da manifestação da doença de um lado, e pelo desconhecimento médico por outro, explica o interesse de várias pesquisas acadêmicas sobre a epidemia de 1855. Alguns trabalhos, nesse sentido, exploraram o caráter espetacular que a reação popular alcançou no momento da emergência da moléstia no Brasil, destacando, sobretudo, a questão do medo e do terror suscitados no imaginário social e a correlata multiplicação de terapias de cura, bem como a intensificação das demonstrações de fé religiosa que se seguiram ao surgimento do flagelo. Adicionalmente, alguns desses trabalhos enfatizaram os movimentos políticos e de contestação social que reagiram em resposta às medidas profiláticas e terapêuticas implantadas pelo sistema médico oficial que, de forma extensiva, invadiu os espaços públicos e privados – senão de forma efetiva, pelo menos no plano discursivo - a partir de programas e práticas de controle social que, por sua vez, foram propostos e executados por meio de instituições de saúde pública criadas durante o período. Para os desdobramentos da epidemia no Pará, ver Beltrão, 2004, 2002. Em Alagoas, Almeida, 1996; na Bahia, David, 1996; em Sergipe, Santos Neto, 2001 e no Rio Grande do Sul, ver Witter, 2007.

epidêmico da moléstia se manifestou na Europa, reforçava, nesse sentido, a iminência da chegada de uma “doença exótica”, “estrangeira” e “brutal” e que, apesar de todos os esforços mobilizados por médicos e governos, permanecia como uma incógnita, um mal desconhecido, que despertava a preocupação da administração pública e alimentava a imaginação e o horror entre a população. Sob esse último aspecto, sublinhemos, mais uma vez, o fato da epidemia de *cólera-morbus* surgir em um momento em que a ausência de tratamentos eficazes intensificava o medo e terror manifestos entre a população.

Notemos nesse contexto, como trabalhos produzidos sobre a epidemia de *cólera-morbus* em Pernambuco destacaram a tese médica, bastante difundida na época, que considerava que o medo seria um importante fator de predisposição para a contaminação pela moléstia (Farias, 2007; Diniz, 1997). Sobre esse aspeto concordariam os médicos sobre a hipótese segundo a qual o estado psicológico do indivíduo tomado pelo medo comprometeria a efetividade das medidas de prevenção à doença, considerando que tal condição, caracterizada pela fragilidade moral, teria uma repercussão direta sobre os processos de adoecimento. Ponderava-se, desse modo, sobre o efeito paralisante que este sentimento produzia sobre os corpos e que, por sua vez, afetava, de forma direta, o sistema nervoso, acarretando certo desequilíbrio entre o corpo e a alma dos indivíduos.

Não sem razão, o contexto marcado por incertezas e dúvidas em relação à natureza da moléstia coincide com a intensificação das manifestações religiosas que explicariam o fenômeno, remetendo a etiologia da doença ao providencialismo divino, entendido como resposta às faltas e vícios morais da população – a prostituição, a vadiagem, o alcoolismo, a mendicância. No contexto da epidemia, intensificar-se-ia, dessa forma, uma prática religiosa bastante comum na cidade de Recife do século XIX, que consistia na realização de procissões noturnas acompanhadas por ritos de penitência, executados como forma de remissão dos pecados e com o fito de neutralizar a ira divina:

(...) à meia noite em ponto, com indivíduos que se imprecavam mutuamente e mutuamente se torturavam, além do reiterado aviso das irmandades de que o espetáculo de horror não podia ser acompanhado por mulheres e crianças, nem observado das varandas das casas⁸.

⁸ *Diário de Pernambuco*, 18 de março de 1856.

A realização das procissões noturnas e os anúncios incessantes dos sinos, no entanto, acionariam conflitos e controvérsias entre a ciência e a religião, considerando que, como assinalamos anteriormente, tais costumes e práticas, de acordo com a opinião médica, potencializariam o efeito que o medo exercia sobre os corpos e os espíritos da população, interferindo diretamente sobre os mecanismos de comunicação da moléstia. Notemos a este respeito, como as autoridades médico-sanitárias recorreriam, no momento em que a crise em torno da epidemia se intensifica, a decretos e posturas municipais no sentido de proibir – ainda que sem sucesso - tais manifestações públicas. Adicionalmente, os médicos constatariam que os eventos que reuniam um grande de número de pessoas se configuravam como uma oportunidade adicional para a disseminação do mal.

Observamos, ainda, como a configuração de um contexto marcado por incertezas e dúvidas em relação à natureza da *cólera-morbus*, acionaria, por sua vez, a emergência de uma miríade de atores que passaram a apresentar, cada qual a sua maneira, uma solução para a epidemia, sob a forma de terapias, rezas, simpatias e remédios. Vê-se, dessa forma, a mobilização de diferentes domínios que passaram a formular explicações sobre a etiologia do mal e a propor terapias – a ciência, a homeopatia, os saberes tradicionais e a religião – processando debates e movendo controvérsias.

Essa apresentação inicial sobre as principais mobilizações que seguiram ao evento da epidemia de *cólera-morbus* que focalizamos nesse trabalho nos serve como ponto de partida para demarcar o escopo do mesmo. Desse modo, a seguir, passo a expor os caminhos percorridos em torno da definição do objeto da pesquisa, suas motivações e as escolhas teóricas que guiaram a construção da presente tese.

INTRODUÇÃO

O meu interesse pelo evento da epidemia de *cólera-morbus* de 1855 surgiu ainda no mestrado quando estive às voltas com o programa missionário dos capuchinhos italianos na província de Pernambuco e sua articulação com o projeto oficial de *Catequese e Civilização do Império Brasileiro* (1845) (Santos, 2006)⁹. Nesse trabalho, ao me deparar com a atividade missionária no combate à epidemia nos sertões da província, observei como os frades da Ordem Menor dos Missionários Capuchinhos dialogavam com a modernidade do seu tempo, distribuindo remédios, aplicando a vacina antivariólica, realizando censos, provendo sistemas de canalização de água nos sertões, além de fundarem instituições educacionais (uma delas construída especificamente para receber órfãos das vítimas da epidemia de *cólera-morbus* em 1856) em que temas como civilização, trabalho e higiene estiveram presentes, justificando programas e orientando suas práticas.

Essa constatação me levaria a observar as características que conferem uma dimensão especialmente particular à organização dos frades da Ordem Menor no cenário do Segundo Reinado. Primeiramente pelo caráter oficial que a missão capuchinha assume no período – notadamente por meio dos acordos firmados entre o Governo Imperial, o Vaticano e a Propaganda Fide - e, em segundo lugar, a partir da reflexão que esses missionários produziram sobre o espaço e os povos dos sertões e que nos permite estabelecer pontos de intersecção com o programa médico-científico que se desenha naquele momento.

A este respeito, o trabalho que desenvolvi ainda durante o mestrado me levaria a perceber como a inclusão da missão capuchinha no escopo do projeto de tese, que eu desenvolvia sobre o evento da epidemia de *cólera-morbus*, permitiria deslocar o foco da pesquisa para o contexto dos sertões, considerando que a maioria dos trabalhos existentes sobre a peste focalizou, *grosso modo*, o âmbito urbano onde se desenvolveu boa parte do programa médico-científico. Desse modo, a definição de

⁹ No trabalho em questão intitulado “*O Anjo do Império*”: as missões capuchinhas no Segundo Reinado no discurso de frei Caetano de Messina, analisei o programa missionário da Ordem Menor na província de Pernambuco, a partir da biografia do missionário que foi alçado à emblema da missão capuchinha no período e da etnografia das *Santas Missões*. Este trabalho mostrou-se como uma tentativa de explorar a dimensão oficial da missão dos frades italianos capuchinhos no Brasil ao focalizar as atividades de pacificação realizadas nas fronteiras do Império e os equipamentos missionários voltados para a sedentarização e civilização das populações indígenas e caboclas nos sertões da província.

uma proposta que me possibilitasse acompanhar as repercussões do flagelo no interior da província modificaria a forma como, de modo geral, a historiografia tratou a epidemia¹⁰.

A pesquisa que eu desenvolveria já durante o curso de doutorado sobre as práticas da ciência me permitiria, por sua vez, estabelecer pontos de intersecção entre o projeto científico e o programa missionário capuchinho, considerando que muitos dos projetos médicos idealizados para os sertões se realizariam por meio do trabalho desses missionários - caso exemplar das tentativas que visaram a expansão da vacina antivariólica para o interior da província e do estabelecimento de uma estação de observação meteorológica em um empreendimento missionário localizado em pleno sertão.

Assim, o trabalho de construção da tese foi edificado tomando o programa missionário enquanto um projeto civilizatório que se realiza por meio de um franco diálogo com a ciência e modernidade do seu tempo, o que me proporcionava, por sua vez, diferentemente do que mostravam as pesquisas existentes sobre a epidemia, ampliar o escopo da análise, incorporando tanto a reflexão médica quanto a religiosa sobre o evento. Focalizar os missionários em ação me possibilitaria, desse modo, ir além da visibilidade que as mudanças operadas no plano urbano da cidade de Recife assumiram na produção acadêmica produzida até então. O desafio da análise se revelaria, dessa maneira, na tarefa de apresentar uma descrição conjunta dos projetos médico-científico e missionário que se constituíram no período.

Sublinhemos neste ponto, como as práticas de catequese dos capuchinhos, orientadas pelo *nominalismo franciscano* e por uma *ação efetiva no mundo*, permitiriam realizar essas articulações aparentemente tão diversas entre religião e ciência. A especificidade do *nominalismo franciscano* – que é partilhado pelos capuchinhos – se relaciona com questões aventadas por Gilberto Freyre (1959) sobre o *pragmatismo experimental*, sobre o qual repousaria a atividade missionária. Esse conceito que se distingue de uma concepção moderna de ciência

¹⁰ Considero a este respeito o fato de que as pesquisas que trataram da epidemia de *cólera-morbus* nesse período, tanto em Pernambuco, como em outras províncias do Império, destacaram, essencialmente, o ponto de vista da cidade, priorizando, *grosso modo*, a descrição das práticas médico-sanitárias e do conjunto de intervenções realizadas no desenho urbanístico, bem como as medidas e políticas disciplinadoras e de controle social que foram acionadas de forma concomitante com o aparecimento do mal (Beltrão, 2004, 2002; Santos Neto, 2001; Witter, 2007; Diniz, 1997; Almeida, 1996; David, 1996).

– ainda que esteja articulada a uma tradição de um catolicismo de orientação científica – remete à predileção dos frades de linhagem franciscana pelos estudos experimentais da Natureza, baseados, essencialmente, na observação direta – o que explicaria, por exemplo, a vocação dos missionários em realizar trabalhos voltados para a catequização das populações indígenas. Vê-se, desse modo, como essas relações estão articuladas, ainda, à existência de um saber empírico dos frades que se desenvolveria em intercâmbio com o conhecimento fitoterápico e as terapêuticas indígenas, o que resultaria, por sua vez, na constituição de uma ciência dos trópicos ou *Tropicologia*, nas palavras do autor, definida como um “conjunto de critérios e de técnicas, senão científicas, paracientíficas, de adaptação do homem europeu e do seu descendente, ao meio tropical (...)” (ibidem:118).

Como veremos, um capuchinho em *Santa Missão* encarregava-se de uma diversidade de atividades que não se restringiam à pregação religiosa, mas incluíam a construção de igrejas, cemitérios, cruzeiros, bem como edificações que desempenhavam um importante papel para o estabelecimento de um elo com a população alcançada pela missão, como a construção de estradas, açudes, aquedutos, e instituições de ensino.

O aprofundamento da pesquisa me mostraria, também, como o projeto médico-científico de contornos bastante originais que eu observava – considerando essencialmente o processo que visou conferir racionalidade aos seus métodos de pesquisa - me colocou em um ponto de intersecção com outros atores, saberes e práticas. Desse modo, foi possível agregar ao escopo da análise temas como a emergência da homeopatia e os saberes tradicionais – essencialmente de negros e índios. A inserção desses atores na análise me possibilitaria, desse modo, dar visibilidade a homeopatas, curandeiros e leigos que, considerados na sua diversidade, contrastava com a universalidade da ciência médica que se construía naquele momento.

Neste ponto, verifiquei como a especificidade do objeto que me propunha a estudar se revelava no tipo de agenciamento que o evento da *cólera-morbus* realiza entre diferentes domínios – a ciência acadêmica, a homeopatia, os conhecimentos tradicionais de cura e a religião. A proposta da pesquisa ampliava-se, dessa forma, tendo em vista o campo das controvérsias que giraram em torno da definição de etiologias e terapêuticas. Vê-se, ainda, sobre esse aspecto, como a singularidade desse evento repousaria também no embate – este sim, contemplando uma situação singular

na história da medicina - entre médicos diplomados e os ditos *charlatões* - termo genérico ao qual recorre a medicina acadêmica para desqualificar atores que passam a ser localizados fora do campo das práticas de cura oficiais - e que, como veremos, moverá as disputas pela legitimação da disciplina durante o período abordado nesse trabalho. Nesse aspecto, acompanharemos como são elaborados os mecanismos envolvidos nas acusações de *charlatanismo*.

Ao lançar luz sobre as relações que se estabeleceram entre a medicina acadêmica e outros atores, a análise procurou matizar as diferenças entre os múltiplos saberes, mostrando como as fronteiras entre os domínios oficial e não oficial são movediças e respondem aos embates que se estabelecem em torno da conformação da medicina enquanto disciplina científica. A este respeito, o maior desafio apresentado pela pesquisa foi descrever o programa médico-científico - seu laboratório, métodos e práticas - na sua intersecção com outros atores e saberes que se mostravam, essencialmente, diversos e refratários ao poder purificador e universalizador acionado pela medicina científica.

A configuração do projeto da pesquisa, tendo em vista a multiplicidade de atores e contextos que eu me propunha a descrever, me fez conduzir a construção da tese tomando como referência os trabalhos de Isabelle Stengers (2002, 1995) e Bruno Latour (2001, 2001b, 2000, 1994) com os quais estabeleço um diálogo privilegiado. Esse aporte teórico permite, desse modo, estabelecer certa simetria entre diferentes práticas de cura que, ao longo da história da medicina, foram tratadas como polos opostos. Disso resultou, a proposta de descrever os diferentes conhecimentos e práticas de cura em sua particularidade, considerando a possibilidade que essa escolha teórica oferece de recuperar as histórias complexas, das controvérsias e dos conflitos que subjazem a compreensão do evento da epidemia de *cólera-morbus* que focalizamos.

Retomarei as questões do método com mais detalhes mais adiante.

No âmbito do projeto oficial da medicina, que assumiria contornos inéditos a partir da segunda metade do século XIX, observamos como a epidemia de *cólera-morbus* afetou diretamente os programas médico-científicos no período, produzindo controvérsias, suscitando debates e modificando a pauta das pesquisas realizadas, até então, na área. Notemos, nesse sentido, como o surgimento das grandes epidemias

que grassaram o país em meados do século XIX – essencialmente a febre amarela (1849) e a *cólera-morbus* (1855) – processaria uma mudança significativa na pauta médica e no redirecionamento das suas pesquisas, deslocando o foco das moléstias *endêmicas* ou *reinantes*¹¹ para as doenças *epidêmicas* ou *importadas*.

O evento da epidemia de *cólera-morbus*, desse modo, geraria incertezas de várias ordens no meio médico-acadêmico, e que reverberaram em um intenso debate que mobilizaria diversas questões: Como definir a natureza da *cólera-morbus*? Como estabelecer os meios de comunicação da doença? Seria esta moléstia endêmica ou um mal importado? Considerando o fato de se tratar de uma doença importada, como a *cólera-morbus* se comportaria nos trópicos? Que remédios devem ser administrados? Que medidas profiláticas podem ser tomadas para contenção do mal?

A segunda mudança promovida com o aparecimento da moléstia envolveria os desdobramentos políticos gerados pela epidemia. O momento em que a *cólera-morbus* chega ao país coincide com a criação das primeiras instituições de saúde pública do país - caso da *Junta de Higiene*, criada na Corte do Império em 1850, e a pioneira *Comissão de Salubridade Pública*, fundada no ano de 1845 na província de Pernambuco. O fato é que o surgimento da febre amarela e da *cólera-morbus* provocaria um movimento em direção ao fortalecimento destas instituições que se dedicariam, essencialmente, à questão das doenças epidêmicas e das condições de salubridade nas cidades; ao mesmo tempo que processaria um progressivo enfraquecimento da autonomia que desfrutava os principais centros de pesquisas e ensino médico existentes na época, caso da *Academia Imperial de Medicina* e da *Sociedade de Medicina de Pernambuco*, que passaram a submeter seus programas de pesquisa médica a um projeto coadunado com o Estado.

O estabelecimento de um programa médico oficial voltado ao combate da epidemia, no entanto, ver-se-ia às voltas com as incertezas que se apresentaram em relação ao mal e que diziam respeito à definição da sua natureza, dos seus princípios etiológicos e das medidas de prevenção e terapias acionadas para o tratamento da *cólera-morbus*. Os diagnósticos proferidos pela ciência médica, diante do avanço da

¹¹ Nesse contexto, o conhecimento médico acadêmico – produzido essencialmente nos quadros da *Academia Imperial de Medicina* (AIM) – estava fundamentado nos estudos sobre as principais patologias do país, particularmente a *febre palustre*, considerando a tese médica em voga de que a configuração patológica nacional estaria estritamente ligada ao *elemento palustre* ou *miasma* ao qual, por sua vez, estariam submetidas a sua influência todas as outras enfermidades existentes (Edler, 2003).

epidemia, poderiam ser resumidos, dessa forma, em uma única informação: “não sabemos do que o mundo é feito”, afirmação que se traduzia nas palavras do diretor da *Comissão de Salubridade Pública* na constatação de que “todos lhe atribuem um miasma, porém não se vê, não se sente, não se toca, e não se conhece esse princípio”¹². Essa ideia implicava em reconhecer diferentes elementos etiológicos para justificar o aparecimento da moléstia que, definida por sua *espontaneidade mórbida*, fazia com que os princípios envolvidos na sua comunicação pudessem ser associados com um número infinito de agentes patogênicos - o ar, a água, o solo, os miasmas que desprendiam dos pântanos - que se manifestavam nos espíritos e nos corpos dos indivíduos.

A compreensão científica da doença passava, então, pelo esquadrinhamento do imenso *campo mórbido* desenhado pelo mal e deveria ser construída, de acordo com a elite médica da época, sobre princípios racionais, experimentais e objetivos. Assim, o desconhecimento acerca dos agentes patogênicos envolvidos na comunicação da moléstia, que imperava no campo médico-científico, fez com que se intensificassem as pesquisas e os estudos na área. No âmbito do método e das práticas científicas, veremos como o advento de disciplinas como a Estatística, a Meteorologia, a Física e a Química proporcionaria a definição de novos contornos à prática da pesquisa médica.

A especificidade da pesquisa médico-científica passaria a residir, então, na possibilidade de conferir maior precisão às atividades de observação e registro de dados que englobavam tanto os fenômenos naturais quanto características sociais, como a composição social e racial da população e os hábitos e costumes locais. A este respeito, a Estatística - modelo de conhecimento que se mostra bastante desenvolvido no início do século XIX - passa a ser a ferramenta metodológica mais apropriada para apreender e analisar os fenômenos associados aos estados mórbidos. Conjuntamente com as teorias e práticas que conformariam a disciplina da Higiene, a Estatística se firmará como o método de conhecimento científico por excelência, conferindo características bastante singulares aos estudos médico-científicos desenvolvidos na época.

Todos os recursos adotados pelos médicos, no entanto, mostrar-se-iam pouco eficazes contra a epidemia, e a variedade de causas combatidas se multiplicava na

¹² APEJE – SP – Relatório apresentado por Cosme de Sá Pereira ao presidente da província, 11 de janeiro de 1862.

mesma medida com que proliferavam as alternativas profiláticas e terapêuticas aplicadas. O desconhecimento que girou em torno da definição do verdadeiro princípio patogênico da *cólera-morbus*, desse modo, justificava a superposição das medidas preventivas propostas, além de alimentar as controvérsias e as disputas médicas em torno de uma definição nosológica definitiva para a doença.

Assim, ainda que a província tenha se preparado para a chegada da *cólera-morbus* - que a partir da década de 30 do século XIX já devastava países da Europa -, provendo estudos sobre a etiologia da doença e antecipando medidas preventivas que começariam a ser acionadas a partir 1841 com a fundação da *Sociedade Médica de Pernambuco* – essencialmente com a adoção de práticas de desinfecção de navios estrangeiros que chegavam ao porto de Recife e das quarentenas –, no momento em que a epidemia atinge o Brasil, os médicos e governos se encontravam diante dos impasses que as incertezas existentes em relação à moléstia produziram.

Acompanhando as dúvidas e indefinições criadas em torno do flagelo, observamos como na Europa e, mais precisamente em países como França e Inglaterra, o confronto dos médicos com a realidade epidêmica da *cólera-morbus*, assim como em relação a outras enfermidades de natureza infecciosa¹³, suscitaram a concepção de uma disciplina específica, a higiene, que passou a operar uma série de conceitos e métodos na área de saúde pública. Nesse sentido, veremos como, no século XIX, a higiene assume um caráter de programa científico com pretensões universais, introduzindo no vocabulário médico conceitos como desinfecção, limpeza e desodorização¹⁴ - sobre os quais se debruçaram os estudos baseados nas ideias de *biopoder* e da medicina social¹⁵. Esse modelo de percepção médica se caracterizou pela intersecção de novas e velhas tradições da medicina – essencialmente o hipocratismo, os estudos experimentais e de anatomia clínica – resultando em um inventário de conselhos, remédios, precauções, receitas entre outras recomendações que se acumulavam, sob a forma de manuais médicos e terapêuticos, considerando a tese de que a doença poderia ser causada por “um pouco de tudo”.

Essa concepção de uma moléstia onipresente é justificada pela explicação que conferia à *cólera-morbus* um caráter de *espontaneidade mórbida*, ou seja, a ideia de

¹³ Vale sublinhar a este respeito como nas primeiras décadas do século XIX uma série de eventos epidêmicos atingiram países da Europa. Entre os quais se destaca a epidemia de *cólera-morbus* que assolou o continente na década de 30 e outras pestes recorrentes como a febre tifóide e a febre amarela.

¹⁴ Para entender os conceitos acionados pelo paradigma médico da higiene, ver Alain Corbin (2008).

¹⁵ Sobre a definição de medicina social e o conceito de biopoder conferir o trabalho de Michel Foucault (1997), especialmente o capítulo 5: *O nascimento da medicina social*.

que o mal tinha a capacidade de se manifestar ora aqui, ora ali; favorecida por essa ou aquela estação do ano. Além disso, ao se caracterizar pela imprevisibilidade, a moléstia cedia a esse ou àquele remédio, resistia a essa ou àquela medida profilática, podendo, ainda, desaparecer de maneira instantânea, independentemente de qualquer cuidado médico ou prática sanitária que tenha sido adotada.

Ao conceito de *espontaneidade mórbida* estaria associada, também, a potencialidade do clima em influir sobre os processos de adoecimento, o que fazia com que se considerasse no rol de agentes virtualmente patogênicos o ar, a luz, a água e o solo, remetendo, por sua vez, estes elementos às condições essenciais da existência humana, como a pureza da água, a alimentação e as condições de moradia. Ainda a este respeito, considerava-se que cada um desses fatores conformaria uma faceta econômica e social subjacente, em que o meio, enquanto dado natural, se converte em fenômeno social.

Desse modo, se não haveria limites para a expansão da doença, que poderia ser causada por tudo e apontava para todas as direções, resistindo a toda e qualquer medida profilática adotada, acreditavam os médicos do século XIX, que tal situação só poderia ser controlada pela adoção sistemática dos cuidados higiênicos, o que podia ser traduzido em medidas que preparassem a população para lidar com a espontaneidade patogênica do mal, o imenso *campo mórbido* que a epidemia desenhava. A solução imediata foi, então, trabalhar com a boa vontade da população em aderir ao programa higiênico que se traduzia em um sem número de cuidados com o corpo, estendendo-se aos hábitos, ao meio e às coisas (Foucault, 1997).

Ao revelar a amplitude do *campo mórbido* identificado pelos higienistas, o presente trabalho acompanhará o fio que liga elementos aparentemente inconciliáveis como os miasmas dos pântanos, as políticas públicas, os costumes e hábitos que rendem a população vulnerável e as condições das habitações nos centros urbanos. O foco, nesse sentido, volta-se para diferentes elementos: o clima, a topografia, os miasmas, as habitações populares, os mendigos e as prostitutas entre outros humanos e não-humanos que aparecem como dados importantes para a composição da presente análise, especialmente, por se constituírem em agentes que participam da configuração do *campo mórbido* desenhado pela epidemia, alimentam as controvérsias e com os quais se confrontam nossos atores.

O aparecimento da *cólera-morbus* se mostra desse modo um evento emblemático em sua conformação de totalidade social, permitindo explorar uma rede

extensa de relações, que percorre os meandros do nascimento dos grandes centros urbanos durante o século XIX e a expansão da civilização para os sertões, a formação de políticas públicas de saúde e a produção médico-científica da qual é indissociável. Acompanharemos, nesse sentido, a emergência de atores que vivenciam o evento da *cólera-morbus* a partir dos debates e controvérsias que passam a gravitar em torno da moléstia. No âmbito das práticas terapêuticas, mostraremos como a medicina acadêmica reivindica para si a oficialidade da prática médica em nome da cientificidade dos seus métodos de purificação e estabilização - ou pelo que podemos definir como de “primeiros tradutores” (Latour, 2001). Estamos, nesse sentido, entrando no mundo da ciência médica pela “porta de trás”, seguindo o curso em direção à sua construção e, não, pela porta “mais grandiosa”, a da ciência acabada (Latour, 1998).

O momento que focalizamos nessa pesquisa é, desse modo, aquele que antecede a descoberta científica, ou seja, é a ocasião em que se apresentam as dúvidas, as incertezas e as controvérsias sobre as quais os cientistas estão debruçados e que, no caso da epidemia de *cólera-morbus*, apenas anos mais tarde serão finalizadas, quando as pesquisas de Louis Pasteur, em microbiologia, permitiriam definir os princípios etiológicos das doenças infecto-contagiosas. E, mais precisamente, quando a incógnita que gravitou sobre a definição do princípio patogênico da moléstia será definitivamente solucionada, na ocasião em que a doença assume a forma de uma bactéria, a do *vibrião colérico*, que seria identificado por Robert Koch, anos mais tarde, em 1883. Assim, somente a partir dessa descoberta que teremos a constituição da *agência*, permitindo, desse modo, conferir visibilidade ao fato científico. Apenas nesse instante, então, serão estabelecidos os princípios que definirão a natureza, os mecanismos de transmissão e o tempo de incubação da moléstia.

O evento da *cólera-morbus* que tratamos nesse trabalho, desse modo, apresenta-se como uma oportunidade de seguir os meandros de uma ciência em devir, considerando que estamos diante de cientistas que trabalham para a definição nosológica da doença, bem como se encarregam da elaboração e gestão de programas, definindo as políticas de saúde pública da província. O fio condutor que nos guia, desse modo, são os debates, as controvérsias e as polêmicas que envolveram o evento da epidemia. Abriremos, desse modo, as *caixas-pretas* da ciência médica do período. Como explica Bruno Latour (1998) o termo *caixa-preta* é usado em cibernética

sempre que uma máquina ou um conjunto de comandos se revela muito complexo. Para decifrar essa complexidade, desenha-se, então, uma caixinha preta, da qual não é necessário, inicialmente, saber-se nada além daquilo que entra e sai dela. Aqui, recorreremos ao procedimento de abrir a caixas-pretas da medicina científica do século XIX para revelar as histórias complexas que abrangeram as controvérsias, indagações, dúvidas e incertezas que cercaram o evento da *cólera-morbus*.

Voltemos à missão capuchinha que inspirou as primeiras motivações em torno da construção desse trabalho.

Como vimos no prólogo, por tratar-se de uma epidemia que, em sua natureza se diferencia de outras doenças endêmicas pela extensão do seu alcance, a *cólera-morbus* assumiria um caráter fulgurante ou de flagelo (Bourdelaís, 1988). Nessa direção, a explicação para o aparecimento da moléstia produzida pelo registro religioso se coaduna ao imaginário de terror produzido pela doença e se baseia na tese de que a manifestação do mal seria produto do providencialismo divino, da ira de Deus que se revela em resposta à falta moral ou pecado cometido.

Entretanto, ainda que a análise aqui construída considere esse aspecto do catolicismo, esclareço que a inserção da religião nesse trabalho se realiza em intercâmbio com a ciência, considerando o diálogo privilegiado que se estabelece entre as práticas médico-científicas e a religião. A este respeito, gostaria de evidenciar o processo por meio do qual se realiza a inserção da missão católica na modernidade da época. Especificamente, o interesse se volta para a colaboração explícita que se estabelece entre a missão capuchinha e a ciência. Durante a epidemia de *cólera-morbus* focalizada nessa pesquisa, a missão capuchinha tratou dos doentes, distribuiu remédios, incentivou a disseminação da vacina antivariólica nos sertões, estabeleceu um centro de medição meteorológica, contribuiu com as estatísticas médicas, provendo números relativos ao registro de vítimas, entre outras atividades que evidenciam essa colaboração intensiva.

Sob esse tema, destaca-se a importância dos colégios fundados pelos missionários capuchinhos que, para além do ensino das primeiras letras, enfatizavam,

em seus currículos, rigorosos princípios de cuidados com o corpo e de disciplina moral e religiosa. Notadamente, os colégios fundados pelos frades da Ordem Menor na segunda metade do século XIX - que abrigavam, em sua maioria, crianças órfãs – impunha-se um escrutínio disciplinador que recomendava, por exemplo, os banhos diários - que eram dispensados apenas nos dias chuvosos -, a limpeza cotidiana dos dormitórios e uma preocupação especial em relação à apresentação pessoal e que incluíam, por sua vez, uma vasta lista de recomendações e exigências que passavam pela obrigatoriedade do uso de uniformes e apetrechos para o cuidado com o corpo; a separação dos alunos por sexo e idade, a educação religiosa e o ensino de uma atividade profissional - que garantiriam, segundo os missionários, a manutenção da boa saúde tanto física quanto moral dos alunos.

Como veremos, nos sertões, a modernidade chegava então pelas mãos dos missionários capuchinhos que, imbuídos pelos valores de cientificidade da época, divulgavam a vacina antivariólica, combatiam os charlatães, regularizavam os enterros e assistiam os filhos das vítimas por meio dos estabelecimentos de ensino criados para órfãos – instituições que, juntamente com a construção da estrada de ferro, que ligaria a capital aos sertões da província, anunciavam que a civilização, enfim, chegara naqueles lugares tão remotos.

O MÉTODO

Notadamente, podemos observar como os estudos que se debruçaram sobre o evento da *cólera-morbus*, bem como de outras epidemias que grassaram o país durante o século XIX¹⁶, exploraram o processo de constituição das instituições públicas e as relações estabelecidas entre política e sociedade, mobilizando recursos

¹⁶ Ainda que a repercussão da *cólera-morbus* tenha sido proporcionalmente maior ao surgimento de outras epidemias que ocorreram no período, notemos que além do aparecimento desse flagelo, a província de Pernambuco vivenciou entre os anos de 1849 e 1856 cerca de 11 surtos epidêmicos, entre os quais se destacaram três de febre amarela – ocorridos nos anos de 1849, 1850 e 1852 – e outros dois de sarampo e varíola (Andrade, 1986).

conceituais que focalizam, essencialmente, as relações de poder. Nesse aspecto, são exemplos estudos que se vincularam a certa vertente teórica inspirada na obra de Michel Foucault e o chamado “nascimento da clínica” (Foucault, 1980) e que, por sua vez, apresentam relações importantes com a emergência da higiene do século XIX. Embora, esse trabalho deva considerar as relações, que entendo serem indissociáveis, entre política e ciência/medicina, meu interesse, no entanto, deve se concentrar nas múltiplas relações que giraram em torno da epidemia de *cólera-morbus*, evidenciando atores e práticas. Procura-se dessa forma, um afastamento de uma determinada vertente explicativa influenciada por trabalhos que predominaram, sobretudo na década de 80, e que iluminaram as relações sociais a partir dos vínculos entre sujeitos, Estado e poder.

Neste ponto, gostaria de sublinhar como a abordagem da ciência aqui adotada se inspira em estudos que promoveram um afastamento teórico de certa linhagem de trabalhos que se voltaram à história da medicina no Brasil, interpretando suas explicações científicas e higiênicas como reflexos de interesses imediatos da elite dominante¹⁷, para focalizar projetos que se desenvolveram no domínio médico-científico e que se mostraram originais ao definir novos parâmetros para a prática da medicina no país durante o século XIX¹⁸.

A ênfase da análise, desse modo, dirige-se para as rupturas e continuidades que a medicina científica empreendeu ao dissociar-se da estrutura médica herdada dos portugueses no período colonial, adequando a nossa realidade de país tropical aos conhecimentos médicos e científicos considerados universais na época. Assim, estarei preocupada em observar o modo como o programa de pesquisa médico-científico, em meados do século XIX, refletiu sobre a epidemia de *cólera-morbus*, elaborando explicações sobre sua natureza, seus princípios etiológicos e terapias. O objetivo seria, então, abrir as *caixas-pretas* do programa científico que focalizamos neste trabalho, como afirmei anteriormente, para recuperar as incertezas e as dúvidas que acompanharam a ciência durante o período.

Nesse sentido, o trabalho será conduzido, do ponto de vista metodológico, por um princípio básico geral e que diz respeito ao *princípio de irredução* ao qual recorre

¹⁷ Nessa linha de trabalho podemos citar Costa (1980) e Machado (1978).

¹⁸ São exemplos os trabalhos de Flavio Coelho Edler sobre os pioneiros estudos sobre a helmintologia no país; a pesquisa de Jaime Larry Benchimol que acompanhou a trajetória do médico Domingos Freire e das pesquisas sobre a febre amarela e trabalhos de Luís Otávio Ferreira (2004, 1996) que se debruçaram sobre a *Academia Imperial de Medicina* e os periódicos médicos da primeira metade do século XIX.

Isabelle Stengers (2002) para se referir à “desconfiança em relação ao conjunto das ‘palavras’ que levam quase automaticamente à tentação de explicar reduzindo, ou de estabelecer uma diferença entre dois termos que os reduz a uma oposição irreduzível” (idem: 27). O que significa dizer, que a análise aqui presente deve se orientar pela tarefa de acompanhar atores – *o que dizem, o que fazem, como fazem* – recurso que nos permite, por sua vez, observar como a constituição médico-científica que vemos se construir no período, estabeleceu controvérsias tanto no plano interno à ciência, quanto em relação a práticas e saberes situados fora do plano da oficialidade médica.

Disso resulta um segundo ponto do método adotado e que guiou a elaboração da presente tese e que consiste em seguir os passos das acusações de *charlatanismo* que se estabeleceram na relação entre a medicina acadêmica e outros conhecimentos e práticas de cura, aceitando a sugestão feita por Bruno Latour (2001). A este respeito esclarece o autor, o processo de acusação que se mostra central para a compreensão da feitiçaria pode também se revelar adequado para os estudos da ciência. Nesse sentido, o autor indica como “seguindo quem se deseja acusar e aquele que se considera como a causa de um mal, o etnólogo pode facilmente reconstruir a rede de associações no seio da sociedade” (*op Cit.*: 90). Segundo Latour, foi seguindo os passos das acusações que muitos antropólogos teriam enveredado pelo universo da feitiçaria, por exemplo.

Especificamente em relação ao evento da epidemia de *cólera-morbus* que focalizamos nesse trabalho, veremos como as acusações de charlatanismo estão diretamente ligadas à necessidade de purificação e estabilização dos métodos e terapias da medicina moderna – e que tiveram por finalidade eliminar a subjetividade presente nas práticas de cura. Como explica Isabelle Stengers (2002), o nascimento da medicina científica estaria então relacionado com a compreensão por parte desta do modo como se processa a cura pelas *más razões*¹⁹, o que modifica definitivamente a forma com que a ciência passa a desqualificar as terapias não oficiais:

¹⁹ As *más razões* ou *efeito placebo* do qual nos fala Isabelle Stengers (2002, 1995) se relaciona com a emergência da farmacologia moderna descrita por Phillipe Pignarre (1999). A este respeito, este autor nos mostra como a produção de fármacos se realiza a partir de uma metodologia específica que tem por objetivo purificar e estabilizar os efeitos essencialmente bioquímicos da substância medicamentosa – essencialmente a partir da concepção dos laboratórios *contra-placebo* - e que também se relaciona, por sua vez, com a necessidade de depurar todo e qualquer tipo de intencionalidade por parte dos agentes.

Em que momento a referência à ciência modifica o conflito entre “médicos” e “charlatões”? Arriscarei aqui a hipótese de não é tal ou qual inovação médica que conferiu à medicina os meios de reivindicar o título de ciência, mas a maneira pela qual diagnosticou o poder do charlatão e explicitou as razões para desqualificar esse poder. A “medicina científica” começaria, segundo essa hipótese, no momento em que os médicos “descobrem” que nem todas as curas são equivalentes. O restabelecimento como tal nada prova: um simples pó de pirlimpimpim ou uns tantos fluidos magnéticos podem ter um efeito, embora não possam ser considerados causa. O charlatão é definido desde então como aquele que considera esse efeito como prova. Essa definição da diferença entre medicina tradicional e charlatanismo é importante: ela deu origem ao conjunto das práticas de teste de medicamentos baseadas numa comparação com os efeitos placebo (idem: 33-4).

Essa importante diferenciação entre medicina científica e charlatanismo demonstraria, segundo a autora, a particularidade de transformar uma singularidade do corpo vivo ou sua capacidade de curar pelas *más razões* em obstáculos ao desenvolvimento da ciência. Neste ponto, considera-se que o *efeito placebo* ou a cura pelas *más razões* se conformaria em um *poder parasita*, cuja concepção remete à singularidade do corpo em tornar verdadeira ou eficaz uma *ficção*, assim, o poder dos charlatões residiria, essencialmente, na capacidade de atestar o poder que a *ficção* teria sobre os corpos.

Por fim, gostaria de esclarecer uma última questão de método que se refere ao tratamento dado ao enunciado e às práticas missionárias em sua intersecção com a ciência. Assim, o objetivo da análise aqui construída é apresentar a religião a partir do mesmo princípio que, nos trabalhos propostos por Bruno Latour (2004), guia os estudos sobre a ciência, ou seja, entendendo-a como *produção de verdades*. Como observa o autor a este respeito:

Se já era necessário levar a ciência a sério sem lhe dar qualquer espécie de ‘explicação social’, mais necessária ainda é tal postura perante a religião: denúncias e desmistificações simplesmente passam ao largo da questão. De fato, meu problema é justamente como se pôr em sintonia com as condições de felicidade de diversos tipos de ‘geradores de verdades’ (idem: 350)

Aqui vale a pena nos determos um pouco mais neste ponto que diz respeito à especificidade da prédica religiosa sobre a qual se dirige a atenção do autor. Na

formulação proposta por Latour (ibidem) a enunciação religiosa é definida por sua vocação pela predicação, entendida como um modo de “enunciar a verdade”, de “trazer a boa nova”, uma concepção que remete diretamente à teoria dos *atos da fala*²⁰. Sublinhemos nesse sentido como a forma que se organiza o enunciado dos capuchinhos obedece a uma tradição do catolicismo baseada no *Verbo*, entendido enquanto “palavra-força” e que corresponde, por sua vez, a um movimento duplo de *aproximação e transformação*, que se realiza por meio de uma performance que “concretiza, faz passar algo que eu reconheço, da virtualidade à realidade” (Zumthor, 2000: 36).

De fato, a maneira com que Latour (2004) apresenta os mecanismos da enunciação religiosa se processa de maneira a transformar tanto aquele que fala quanto o que escuta e se conformam como modos de *presentificação*. Desse modo, como esclarece este autor, o movimento realizado pela religião, que se traduz no deslocamento em direção à *aproximação e presentificação*, não se refere ao transporte simples de informação, mas diz respeito a uma experiência transformadora e que remete essencialmente ao ato da conversão. Neste ponto, o autor nos mostra uma inversão interessante e que se processa sobre a imagem que costumamos construir quando observamos a relação que se estabelece entre ciência e religião e que, frequentemente, opõe a racionalidade de uma à ênfase na crença operada pela outra²¹.

Assim, a ciência, considerada aqui enquanto um regime de enunciação, procura evocar a verdade – suas *condições de felicidade*, diria o autor – enfatizando a transferência de informação e, por isso, remetendo seu objetivo a um ponto distante, já que esse processo se efetivaria basicamente por meio de um longo trajeto: “caminhos extraordinariamente longos, complicados, mediados, indiretos e sofisticados, através de camadas concatenadas de instrumentos, cálculos e modelos, para ter acesso a mundos” (ibidem: 359).

O modo como se realiza a enunciação religiosa, ao contrário, não se relaciona com o transporte simples de informação, mas diz respeito a uma realidade próxima, do “aqui e agora”. A religião não busca, desse modo, atingir o além, o divino ou o inalcançável e, por isso, “nada tem a ver com subjetividade, nem com transcendência, nem com irracionalidade” (:358) que, invariavelmente, nos inclinamos a associar com

²⁰ Para uma concepção mais aprofundada sobre a teoria dos atos da fala, ver o trabalho de John L. Austin (1962).

²¹ Para uma leitura aprofundada do texto em questão, ver o artigo escrito por Otávio Velho (2005).

o seu modo de funcionamento:

Quero substituir essa oposição, que a meu ver é um artefato, por esta: de um lado, as longas e mediadas cadeias referenciais da ciência, que levam ao distante e ao ausente, e de outro, a busca da representação do que é próximo e presente na religião (:362).

Ao recusar a oposição entre ciência como o domínio da racionalidade e a religião enquanto domínio da crença, Bruno Latour remete sua análise para as *condições de felicidade* que são produzidas pelos diversos *regimes de enunciação*, ou seja, como formas diferenciadas de evocar a verdade. Ao considerarmos as relações entre ciência e religião nesse trabalho é exatamente disso que estaremos tratando.

MATERIAIS E FONTES

O trabalho é composto por um conjunto de fontes muito diverso. Durante o processo de pesquisa documental percorri arquivos, orientada pela questão de descrever a particularidade do programa médico-científico e missionário que apresento aqui. Entre as instituições onde desenvolvi a pesquisa destaco o *Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano* (APEJE) onde a maior parte do levantamento de fontes foi realizado. Nesse arquivo, consegui reunir uma grande quantidade de documentos que daria suporte para a descrição tanto do evento da epidemia quanto dos programas e práticas formuladas no âmbito das instituições médicas e científicas que se estabeleceram na província de Pernambuco no decorrer do século XIX. Adicionalmente, a experiência de pesquisa nesse arquivo me permitiu descrever o panorama mais amplo em que se insere o evento da epidemia: os projetos de remodelação da cidade e as especificidades dos sertões que se expressariam, por sua vez, nas configurações sociais, nos projetos de modernização dos meios de transporte, nas questões relacionadas aos aldeamentos indígenas e a expansão de áreas para o cultivo da agricultura.

Outros arquivos e bibliotecas localizadas na cidade de Recife tiveram também uma contribuição fundamental para a composição do conjunto de fontes analisado nesse trabalho. A pesquisa realizada na *Fundação Joaquim Nabuco* (FUNDAJ), por exemplo, permitiu explorar o conteúdo dos jornais e revistas publicados na época,

bem como forneceu um importante suporte para a pesquisa bibliográfica. Cito ainda em relação aos arquivos e bibliotecas da cidade, o *Arquivo da Sociedade de Medicina de Pernambuco*, o arquivo e biblioteca do *Instituto Arqueológico, Histórico e Geográfico de Pernambuco* (IAHGP) e a *Biblioteca Municipal de Recife*.

No âmbito das pesquisas realizadas sobre os conceitos e práticas médicas do século XIX, mostraram-se fundamentais para conformação do trabalho a contribuição do acervo bibliográfico da *Bibliothèque Pierre Monbeing do Institut des Hautes Études de l'Amérique Latine* (IHEAL), onde tive a oportunidade de realizar parte da pesquisa bibliográfica, por ocasião do estágio que desenvolvi na *Université Paris X Nanterre* e *Centre EREA – Equipe de Recherche d'Ethnologie Amérindienne* ao longo do ano de 2011.

Por fim, destaco o conjunto de documentos que utilizei para descrever o programa missionário capuchinho em Pernambuco. A composição desse acervo documental que se mostra bastante diversificado – formado por cartas, documentos manuscritos, crônicas e memórias produzidas pela missão – se realizou a partir de pesquisas desenvolvidas tanto nos já citados *Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano* (APEJE) e *Instituto Arqueológico, Histórico e Geográfico de Pernambuco* (IAHGP), como em instituições e acervos pertencentes à Ordem Menor dos Frades Capuchinhos, caso do *Arquivo da Província de Nossa Senhora da Penha do Nordeste do Brasil* (PRONEB) e do *Arquivo da Custódia do Rio de Janeiro* (ACRJ).

Apresento aqui, de forma simplificada, os três grupos principais de materiais que foram reunidos ao longo da pesquisa documental e bibliográfica:

- 1) Trabalhos produzidos no âmbito do campo médico-científico. Este primeiro conjunto de fontes reúne correspondências, relatórios, estudos diversos, teses acadêmicas e publicações científicas que apresentam, de modo geral, temas e questões associadas à definição das teorias e das práticas médicas da época, informações sobre as comissões médicas que foram enviadas para os sertões da província, dados sobre o programa de vacinação antivariólica e, mais particularmente, relatos sobre a epidemia de *cólera-morbus*. Este conjunto de fontes me permitiu acompanhar o percurso da epidemia, bem como descrever os métodos, procedimentos e instrumentos da ciência médica da época, descrevendo o que seria seu “laboratório”. Aqui, foram reunidos também

documentos como correspondências, editoriais publicados em jornais entre outros documentos que iluminam as controvérsias que vão além do campo científico e expõem alguns conflitos que se configuraram paralelamente ao exercício da prática médica, como, por exemplo, questões referentes a financiamentos de pesquisa e programas científicos por parte do governo.

2) Documentos manuscritos oficiais que descrevem dois cenários distintos da epidemia: o urbano e o espaço dos sertões. No primeiro caso, trata-se de relatórios, ofícios e correspondências produzidos pelo Governo ou instituições públicas que descrevem os programas de intervenção e remodelação urbanísticas, voltados para a cidade de Recife. Quanto ao segundo caso, dispomos de documentos que tratam da situação dos aldeamentos e da questão da terra na província de Pernambuco. Nesse aspecto, selecionei algumas fontes, essencialmente relatórios oficiais que informam sobre as mudanças operadas na cartografia da província em função dos processos que visaram a desativação dos aldeamentos para índios e o correlato estabelecimento de áreas para o cultivo da agricultura. Os dois principais fundos pesquisados foram a *Diretoria dos Índios* (DI) e a *Repartição de Terras Públicas* (RTP), ambos disponíveis no *Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano* (APEJE).

3) Documentos produzidos pela missão capuchinha. Compõem esse conjunto de fontes dois tipos de materiais: fontes primárias em que se relacionam correspondências e relatórios produzidos pelos missionários e fontes secundárias, constituídas por memórias e crônicas produzidas por cronistas e historiados pertencentes aos quadros da Ordem Menor. Em relação ao conjunto de fontes primárias, ele proporciona uma aproximação da atividade missionária, permitindo descrever a especificidade do seu modelo, suas práticas, bem como qualificar o diálogo que os missionários estabeleceram com a ciência. Quanto às fontes secundárias, estas são recuperadas aqui para a descrição da organização oficial da missão durante o Segundo Reinado, definindo as províncias e os missionários que estiveram envolvidos nos empreendimentos e estabelecimentos capuchinhos no período, além de

fornecer informações sobre leis e decretos que incidiram diretamente sobre a missão da Ordem Menor, entre outros.

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

O trabalho é constituído por três partes que, em certa medida se debruçam, de forma específica, em cada um dos domínios que compõem a análise: a medicina académica, os saberes tradicionais e a religião e que foram mobilizados em torno do evento da epidemia de *cólera-morbus* de 1855.

Na primeira parte – *Do que o mundo é feito?* – apresento a formação do campo médico no século XIX e suas relações com a política. O fio condutor que orienta essa narrativa são as controvérsias que se seguiram ao evento da *cólera-morbus* e que giraram em torno da definição da etiologia, das medidas profiláticas acionadas para contenção do mal e das práticas terapêuticas. Nesse propósito, seguiremos atores e a rede à qual as instituições médicas se mantiveram intrinsecamente ligadas e que inclui diversos domínios da vida social: as esferas política, jurídica, educacional e económica. Esta parte está dividida, por sua vez, em três capítulos:

No primeiro capítulo – *Por uma disciplina científica* - descrevo como os ciclos epidêmicos do século XIX e, mais particularmente, a *cólera-morbus* mobilizou o saber médico-científico no país, orientando o estabelecimento de uma disciplina médica inovadora e que conformou estudos sobre a especificidade tropical do país. Mostro como no Brasil, a orientação em torno da profissionalização médica conduziu a criação das primeiras instituições voltadas à pesquisa científica como também, em um momento posterior, auxiliou na formulação de programas médico-científicos. Acompanho, também, de maneira mais atenta, a fundação e trajetória das pioneiras *Sociedade Médica de Pernambuco* (1842) e da *Comissão de Salubridade Pública* (1845), instituições responsáveis pela elaboração de conceitos e práticas no âmbito da pesquisa médica, bem como pela criação e condução das políticas públicas de saúde na província.

No segundo capítulo – *Um imenso campo mórbido* – sigo a ciência moderna do século XIX em sua construção, acompanhando o processo por meio do qual se realizou a produção do conhecimento médico, destacando a reflexão que a ciência produziu sobre a natureza das moléstias e seus princípios etiológicos, observando suas indefinições, concorrências e controvérsias.

Adicionalmente, sigo os processos envolvidos na definição do método de pesquisa científica, atentando para o modo como os médicos produziram estudos precisos e detalhados que remetiam a uma concepção de ciência assentada em parâmetros de *purificação* e *estabilização*. Mostro como esse modelo com contornos exatos e organizados, que definiria o conhecimento médico-acadêmico, trazia em sua lógica algumas contradições que se processariam nos limites impostos a esse conhecimento e que, por sua vez, remetiam às indefinições e incertezas que acompanhavam a prática médica, identificadas na afirmação “não sabemos do que o mundo é feito”. Essa afirmação supunha identificar variados princípios etiológicos para explicar a forma de comunicação da *cólera-morbus*, que se comportava de forma errática, aparecendo ora aqui, ora ali, obedecendo a seu princípio de *espontaneidade mórbida*.

Em *Da corrupção da cidade à amenidade dos sertões*, terceiro capítulo que compõe esta tese, apresento as propostas que visaram mudanças no espaço urbano, acompanhando a construção do projeto médico-sanitário proposto para a cidade de Recife. Em outra direção, deslocando o foco da narrativa para os sertões, descrevo as propostas de civilização do espaço e dos povos do interior da província, focalizando as concepções de clima, as políticas de incentivo à imigração e a expansão agrícola nos espaços anteriormente ocupados pelos aldeamentos indígenas.

Na segunda parte – *Os interstícios da medicina oficial* – observo como aos embates que se constituíram no plano interno da disciplina médica se sobrepuseram outras disputas, conformadas a partir da interação da medicina acadêmica com outros atores. O fio condutor serão as controvérsias que giraram em torno das terapias propostas para a cura da *cólera-morbus*. Aqui o objetivo é, então, descrever as controvérsias e as acomodações, seguindo seus atores: médicos, farmacêuticos, homeopatas, leigos e curandeiros negros e índios. Essa parte está dividida em dois capítulos.

Em *Terapias, homeopatas e charlatões*, quarto capítulo que compõe essa tese, percorro o universo da produção de medicamentos e a diversidade de manuais de medicina existentes na época para explorar o modo como a ciência médica do período construiu protocolos de *purificação* e *estabilização*, orientados para a conformação e legitimação da disciplina no âmbito do campo científico. Adicionalmente, apresento as controvérsias estabelecidas entre a medicina acadêmica e a homeopatia, observando como são construídas as acusações de charlatanismo, essencialmente, focalizando as disputas em torno da definição de conceitos e práticas definidas por ambas as vertentes do pensamento médico oficial.

No quinto capítulo - *Outros saberes: terapias de índios e negros* – apresento as reflexões da ciência sobre o saber tradicional, tomando como referência o conhecimento produzido pelas populações indígenas sobre as plantas e as terapêuticas formuladas por curandeiros negros. Ao fim do capítulo, apresento o caso exemplar do Pai Manoel e sua “fórmula milagrosa” para a cura da *cólera-morbus*, evidenciando os conflitos produzidos em torno das práticas de cura dos curandeiros que se localizavam à margem do projeto de medicina acadêmica.

Na terceira parte – *Missionários Capuchinhos contra a peste em Pernambuco* – apresento o último capítulo da tese, intitulado *Civilização e trabalho*, onde trato das especificidades da missão dos capuchinhos italianos na província de Pernambuco, mostrando suas relações com o projeto médico-científico da época. Acompanharei as expedições pelos sertões que visavam o atendimento dos doentes da *cólera-morbus*, seguindo as atividades missionárias voltadas para a distribuição de remédios, enterramento dos mortos, aplicação da vacina antivariólica, entre outras. Por fim, acompanho o trabalho dos missionários na construção e administração de instituições de ensino nos sertões da província – mais precisamente o *Colégio do Bom Conselho* e a *Colônia Orfanológica Isabel* – destacando os meandros de um programa missionário para construção da civilização cristã que girou em torno de conceitos como educação, trabalho e higiene.

PARTE I:

Do que o mundo é feito?

CAPÍTULO 1: POR UMA DISCIPLINA CIENTÍFICA

Este estudo, livre das amarras da história e da política, é puramente científico, ele não entrava seu curso com a carga supérflua de investigações de astronomia, sondagens de hidrografia, classificações de mineralogia ou história natural, ele limita seu horizonte à climatologia e ao exame das doenças que compõem o campo da patologia intertropical (Sigaud, 2009 [1844]).

O projeto que visou definir métodos racionais e científicos para a pesquisa médica na província de Pernambuco se consolidaria no dia primeiro de agosto de 1842, no momento em que chegava à cidade de Recife um conjunto de instrumentos importados da França, “construídos por artistas ilustres”, entre os quais se destacavam o “barômetro e o termômetro, comparáveis com os mesmos instrumentos pertencentes ao Observatório de Paris”, diferenciando-se destes apenas por “decimais de milímetro tão pequenos que se podem desprezar”²².

Por meio destes instrumentos o Dr. J. J. de M. Sarmiento, médico e membro da *Sociedade de Medicina de Pernambuco*, realizaria as primeiras observações meteorológicas da cidade. De fato, durante os 6 meses primeiros meses que se seguiram à chegada desses instrumentos, precisamente das 5 às 9 da manhã; ao meio dia; às 3 da tarde e às 9 da noite, seriam tomados os dados referentes à temperatura, à pressão do ar, ao grau da humidade e à direção dos ventos; observar-se-iam, ainda, o estado do céu e os índices de incidência de chuva – “obedecendo ao intervalo de vinte e quatro horas entre cada registro” - e, “quando era possível”, uma vez por dia, anotavam-se as informações sobre as taxas de ácido carbônico existentes no ar atmosférico.

A aquisição desses equipamentos representaria um acréscimo na credibilidade conferida à prática médico-científica realizada na província que, a partir daquele momento, desempenharia suas atividades de pesquisa em conformidade com os protocolos de investigação científica universais em vigor. Notadamente, desde o final do século XVII que o emprego desses instrumentos para a aferição dos fatores meteorológicos se tornaria obrigatório na atividade médica praticada na Europa,

²² *Annaes da Medicina Pernambucana (1842-1844)*: 205.

tornando a meteorologia, já em finais do século XVIII, uma disciplina científica distinta da astrologia.

A importância que as observações meteorológicas sistemáticas alcançaria no âmbito da produção das teorias e práticas médicas a partir da segunda metade do século XIX era, desse modo, destacada pelos médicos da *Sociedade de Medicina de Pernambuco*. A este respeito, os membros deste grupo de profissionais lamentavam a defasagem da produção científica nacional que, ao contrário do que ocorria em outros países, via seus projetos preteridos pela falta de interesse do Governo em aplicar recursos técnicos e financeiros para o incremento das pesquisas desenvolvidas no campo científico. Adicionalmente, a classe médica notaria como a deficiência de recursos e o baixo nível de aprimoramento técnico das suas atividades ocasionavam efeitos negativos sobre a legitimidade e autoridade conferidas à ciência produzida no âmbito local, como podemos acompanhar nos questionamentos lançados pelo Dr. Sarmiento no ano de 1842:

Se a utilidade das observações meteorológicas é reconhecida por todas as pessoas que tem alguma instrução; se os Governos das Nações mais cultas dispendem avultadas somas na retribuição de observadores que a tomem exatamente; quanto maior não deve ser essa utilidade nas terras distantes dos focos da civilização, e situadas em circunstâncias climáticas muito diferentes daquelas que se achão em outros pontos do globo, onde se observão regularmente outros experimentadores?²³

Sublinhemos neste ponto, como o programa de pesquisa científica que se inaugura com a aquisição desses equipamentos - destinados basicamente à realização das medições meteorológicas - permitiria aos médicos avançarem no seu trabalho de investigação científica. Após implantarem um laboratório semelhante aos existentes nos países mais desenvolvidos²⁴, o próximo passo era, então, estabelecer um trabalho de investigação sistematizado, capaz de prover estatísticas e mapas descritivos, por meio dos quais seria possível definir as variações de temperatura, humidade e

²³ Idem: 206.

²⁴ Neste ponto, há de se destacar os métodos e regras utilizados para a escolha do lugar onde as observações meteorológicas seriam realizadas, considerando o melhor aproveitamento dos equipamentos: “o lugar para estas observações se acha muito bem situado para tal objeto. Está efetivamente isolado por todos os lados, e batida desimpedidamente por todos os ventos, não havendo habitações de parte alguma em uma extensão de mais de cinquenta metros (...) os instrumentos fixados sobre uma mesa grande no centro da sala ficão três metros acima da altura média das mares do nosso porto, o que deve tomar em particular atenção pelo que diz respeito às observações barométricas” (ibidem: 205).

constituição atmosférica observadas diariamente e em cada uma das estações do ano. Em seguida, passava-se a confrontar essas informações com o padrão das moléstias observadas, respeitando uma delimitação geográfica específica. Em um terceiro momento, então, proceder-se-ia à definição do grau de influência que as circunstâncias climáticas – essencialmente relacionadas ao calor, umidade, chuvas e constituição química da atmosfera - exerciam sobre os processos de adoecimento. Essa proposta, desse modo, possibilitaria desenvolver um estudo que revelasse - nos termos médicos da época - a *Topografia* ou *Geografia Médica*, por meio da qual se mostraria a especificidade de cada patologia dentro de determinadas condições ambientais e limites territoriais.

Notadamente, veremos como as regras científicas predominantes naquele momento partilhavam critérios que se apresentariam como hegemônicos e universais ao domínio médico, fundamentados em uma concepção que considerava que os estados mórbidos se baseariam em uma “ontologia meteoropatológica”. Era, então, por meio desse paradigma que seriam introduzidos na prática da pesquisa científica uma série de novos instrumentos, entre os quais aqueles que citamos. A conformação dessa rotina de trabalho permitiria, por sua vez, estabelecer métodos precisos para a verificação e sustentação das principais hipóteses que orientavam os estudos sobre a constituição das “moléstias reinantes” (Edler, 2003).

Neste ponto, destaca-se o esforço da elite médica que se constitui na província de Pernambuco em meados do século XIX em prover um projeto moderno e inovador de medicina, a partir da mobilização de recursos humanos e técnicos que uniria médicos e Governo em torno de um programa científico comum. Os intelectuais que compunham o grupo de médicos de formação francesa que se instalara na capital da província assumiriam, dessa forma, um papel de destaque na elaboração de um plano de oficialização do exercício da disciplina por meio de instituições que se voltariam à elaboração e aplicação de programas e métodos científicos para o campo da saúde pública.

Esse projeto, desse modo, apresentava uma série de novidades em relação à medicina praticada nas primeiras décadas do século XIX, já que, ao compartilhar das descobertas e avanços alcançados pela medicina europeia, afastava-se progressivamente do modelo português que predominou no país durante todo o período colonial e que estenderia sua influência sobre as práticas e terapias de cura

disponibilizadas no país até o início do século XIX²⁵. Neste ponto, há de se destacar ainda o esforço que o grupo de médicos pernambucanos realizou para adequar seus métodos e programas às especificidades e aos desafios que as condições sociais e naturais dos trópicos impunham.

A este respeito, uma característica desse projeto moderno de medicina que se desenvolve na província de Pernambuco, durante o período estudado nesse trabalho, deve ser destacada para compreensão da especificidade do contexto que analisamos. Trata-se do programa que visou a ampliação da institucionalização e oficialização da profissão e que tomou como modelo para seu desenvolvimento o exemplo da *Sociedade Imperial de Medicina*²⁶, fundada em 1829, na capital do Império. Vê-se, desse modo, como esta instituição se estabeleceria como referência fundamental para a consolidação de outras associações médicas que, ao longo do século XIX, dedicar-se-iam tanto ao ensino da medicina quanto à elaboração de uma agenda de pesquisa científica adequada à realidade do país.

Com efeito, o programa médico que se desenha em Recife no período que abordamos, realiza-se acompanhando as mudanças operadas por um processo mais amplo que visou basicamente a ampliação e remodelação das primeiras instituições voltadas para o ensino e regulamentação do exercício da medicina e que permitiria, por sua vez, romper com o modelo organizacional dos estabelecimentos médicos e científicos existentes, até então, no país²⁷.

O fundação da *Sociedade Imperial de Medicina*, nesse sentido, abriria espaço tanto para a reformulação e expansão das escolas médicas e cirúrgicas existentes, quanto para a criação de novas instituições que viriam a assumir, por sua vez, uma posição autônoma e hegemônica no contexto do ensino e da prática médica. Neste

²⁵ O descompasso existente entre o modelo médico de origem portuguesa e aquele produzido em outros países da Europa no início do século XIX – notadamente a França e Inglaterra – é tratado nos trabalhos de Schwarcz (1993) e Santos Filho (1977) que destacam, de modo geral, o anacronismo e ineficiência que caracterizaram tanto a estrutura das instituições de ensino ibéricas, quanto suas práticas e terapêuticas baseadas essencialmente em métodos empíricos.

²⁶ Em 1832, no entanto, a *Sociedade Imperial de Medicina* é alçada à categoria de *Academia Imperial de Medicina* (AIM).

²⁷ Neste ponto, é necessário esclarecer que as primeiras escolas médico-cirúrgicas – da Bahia e do Rio de Janeiro – são fundadas no momento em que D. João VI chega ao Brasil em 1808. O modelo dessas instituições, no entanto, obedecia a uma estrutura organizacional e métodos de ensino semelhantes àqueles praticados no período colonial e que, por sua vez, se caracterizava por um sistema de treinamento essencialmente empírico (Santos Filho, 1977). Assim, notaremos como melhorias nesse sistema só seriam sentidas quando essas instituições passaram a ter seus programas de ensino reformulados e ampliados, elevando-as à categoria de Faculdades de Medicina. A partir desse instante então, que coincide com a fundação da *Sociedade Imperial de Medicina* em 1829, é que passa a ser garantido às faculdades de medicina o direito de conceder títulos de “doutor de medicina”, de “farmacêutico” e de “barbeiro” (Schwarcz, 1993).

ponto, destaca-se o desenvolvimento de competências específicas em relação às atividades de elaboração, supervisão e aplicação da pesquisa científica no campo médico, bem como a conformação de medidas voltadas para o controle da atividade, que passariam a determinar *em que termos, como e quem* teria o direito a exercer a profissão.

Esse projeto que visou a instauração de uma disciplina médica em moldes científicos, por sua vez, de modo progressivo, articular-se-ia a uma política pública, engendrando um programa apoiado em um modelo de medicina totalizante que uniria em um único projeto elementos aparentemente díspares: a pesquisa e a prática medico-científica, programas de saneamento e profilaxia, planos voltados à construção de uma infraestrutura urbana e a civilização da população. Essa política pública se vincularia, de acordo com a proposta do grupo de cientistas em formação, ao processo que visou a modernização da província e, como veremos mais adiante, as iniciativas de remodelamento urbano pelo qual passou a cidade de Recife, refletindo a ideia bastante presente nesse período que considerava como indissociável as práticas de sanear das tarefas de educar e civilizar a população e o espaço público.

Nesse momento, ainda que se vinculasse com teorias e métodos da medicina de inspiração francesa - que refletia o pensamento médico e científico dominante - as instituições pernambucas seriam capazes de definir, sob seus próprios termos, estudos nosológicos sobre a constituição das moléstias locais e propor terapêuticas adequadas à realidade tropical do país, muitas vezes, apropriando-se do conhecimento fitoterápico de origem indígena, ainda que, posteriormente, esses saberes fossem progressivamente excluídos do âmbito do conhecimento acadêmico, como veremos mais adiante.

Motivada pela questão de conhecer a especificidade dos trópicos, o desafio da classe médica era, então, transpor para a realidade do país o modelo francês de uma medicina totalizante, adaptando-o às particularidades locais, o que resultava, por sua vez, em considerar os obstáculos que não se restringiam às evidentes deficiências técnico-científicas e econômicas nacionais, bem como abarcava a problemática de lidar com situações mais abrangentes que incluíam a diversidade de condições climáticas e raciais que o país oferecia. A partir de tal motivação surgiriam os primeiros estudos sobre o que se convencionou chamar na época de *topografia médica*, entendida como: “a descrição dos diversos elementos territoriais de uma

localidade, capazes de influenciar sobre a constituição, quer fisiológica, quer mórbida de seus habitantes” (Lobato, 1875).

A articulação que se observa entre as características topográficas e climáticas locais, o padrão de adoecimento e a definição de terapêuticas representariam, desse modo, a implantação de uma nova orientação para os estudos médicos, passando a direcionar as pesquisas aqui realizadas. A respeito da importância atribuída aos estudos topográficos para a constituição das pesquisas realizadas no campo da medicina científica do século XIX, a tese *Da topografia da cidade do Rio de Janeiro e sua influência sobre a salubridade pública*, apresentada à *Academia Imperial de Medicina*, em 1875, por Francisco Procópio Lobato, esclarece:

É do conhecimento das influências topográficas que se podem deduzir as regras higiênicas a observar aquele, que quer conservar o seu estado de saúde no lugar que o viu nascer; assim como a indicação dos cuidados que deve tomar o recém chegado para adaptar o organismo às circunstâncias inteiramente novas do meio para o qual é transportado.

Resulta ainda da apreciação das causas topográficas o estabelecimento de uma terapêutica apropriada às manifestações patológicas particulares a este ou aquele país, a esta ou aquela particularidade.

(...) porquanto ele compreende o desenvolvimento das diferentes noções de latitude, longitude, exposição, elevação e estrutura geológica do solo, do curso e qualidade das águas, das montanhas, do regime, costumes e grau de civilização dos seus habitantes (*op. Cit.*: 05)

No que se refere especificamente à província de Pernambuco, de acordo com a opinião de membros da sua comunidade científica, a própria constituição topográfica da cidade de Recife, rodeada por águas e pântanos, bem como o clima quente e úmido, impunha uma agenda de atividades diferenciada, com desafios superiores àqueles apreendidos do conhecimento europeu produzido sobre as condições telúricas das áreas tropicais. Considerava-se, dessa forma, como imperativo, a necessidade de conhecer nossos atributos naturais em sua particularidade e estabelecer métodos adequados para que essa especificidade se revelasse e, conseqüentemente, permitisse a elaboração de tratados nosológicos condizentes com a problemática nacional.

O movimento em torno desse projeto, no entanto, tomaria novos rumos com o surgimento dos grandes ciclos epidêmicos que atingiram o país a partir da segunda metade do século XIX, sobretudo a febre amarela (1849) e a *cólera-morbus* (1855). A

partir desse momento, a atenção da classe médico-científica se deslocaria para um problema que se mostraria ainda mais complexo. Assim, se o ideal de construção de ciência do século XIX nasce a partir de estudos sobre males reconhecidamente endêmicos no país²⁸, a emergência dos grandes ciclos epidêmicos colocava os cientistas diante de novos problemas que refletiriam a impotência da ainda nascente ciência dos trópicos diante das moléstias epidêmicas que, até a primeira metade do século, eram consideradas males estrangeiros dos quais o país aparentemente parecia estar livre.

Como assinala Flavio Coelho Edler (2003), o surgimento das epidemias de febre amarela e *cólera-morbus* na segunda metade do século XIX impôs novos desafios ao conhecimento médico no país, modificando, inclusive, a relação das instituições científicas com a esfera pública. Como observa o autor, se até a primeira metade deste século, os trabalhos desenvolvidos no âmbito das academias científicas brasileiras se mostravam autônomos em relação às políticas de Estado – como podemos observar no caso exemplar da *Academia Imperial de Medicina* (AIM) - os problemas que se apresentaram com o surgimento dessas epidemias processaram uma mudança importante na pauta médica e no redirecionamento das pesquisas (idem). Proporcionalmente à perda progressiva de autonomia e hegemonia dos quais gozavam as academias e faculdades médicas, teríamos, desse modo, o crescimento da importância reservada às instituições que, a partir daquele momento, estariam comprometidas com questões relacionadas com programas de saneamento e salubridade pública, caso da *Junta de Higiene*, criada na Corte do Império, em 1850, e a pioneira *Comissão de Salubridade Pública*, fundada em 1845, na província de Pernambuco.

²⁸ A este respeito vemos como muitas das teses defendidas no âmbito da *Academia Imperial de Medicina* se dedicariam a investigar as *febres palustres*, que se definiam em um dos principais males que atingiam o país, bem como outras moléstias infecto-contagiosas que comumente acometiam a população, como a varíola, a lepra, a malária, a escarlatina, entre outras. Em acordo com essa orientação, em Pernambuco os primeiros trabalhos elaborados pelo médico Joaquim Aquino da Fonseca, presidente da *Sociedade de Medicina de Pernambuco*, focalizaram temas bastante visitados ao longo da primeira metade do século XIX pelos bacharéis formados pela AIM e que teriam a ver com o padrão de doença observado na província. Os trabalhos produzidos por Aquino da Fonseca, nesse sentido, trataram tanto das febres *miasmáticas* ou *palustres* como de outras doenças, entre as quais estariam as afecções uterinas (*Das afecções uterinas e da sua frequência em Pernambuco*, 1842); a lepra (*Memória sobre a lepra tuberculosa ou Elephantiasis*, 1846 e *Memória acerca das diferentes espécies de lepra, com algumas reflexões fundadas na observação*, 1847) e a tísica pulmonar (*Algumas palavras acerca da influência benéfica do clima do sertão de Pernambuco sobre a tísica pulmonar e da causa mais provável dessa afecção na capital da mesma Província*, 1849).

A mudança processada no campo científico revelaria de fato a importância de criar um modelo explicativo convincente para a emergência das doenças epidêmicas no país, concentrando o ofício do médico no que se considerava ser uma “missão higienista” (Schwarcz, 1993). No entanto, ainda que se destaque o esforço médico e científico dispensado em favor da manutenção das condições de salubridade pública, o tratamento dado às epidemias, nesse momento, podia ser explicado por uma única informação: “não conhecemos do que o mundo é feito”. Essa afirmação implicava em reconhecer a incerteza dos médicos em relação aos princípios etiológicos envolvidos no aparecimento das moléstias estrangeiras, que chegavam ao país por meio da circulação de pessoas e mercadorias para, em seguida, impregnarem o ambiente, passando a ser detectadas no ar, na água, nos objetos e nos homens e, mais precisamente, nos miasmas que se desprendiam dos pântanos e das áreas alagadas da cidade.

Ao se deslocar rapidamente, tomando as cidades e vilas com uma força atroz, a epidemia de *cólera-morbus* se mostrava como um “viajante invisível”, como definiu o médico, Dr. Cosme de Sá Pereira, no ano de 1856. A moléstia se manifestava de forma indistinta; beneficiada pela “natureza dos lugares” e intensificada pela “índole dos povos”, o que envolvia concepções que traduziam uma explicação local para as causas que levavam à disseminação das doenças. Adicionalmente, a constituição epidêmica engendrava a percepção de que as moléstias se favoreciam tanto por meio de fatores externos aos indivíduos, entrevistados na perversidade dos climas e a qualidade dos solos, quanto pela índole e costumes da população que não demonstrava disposição para o trabalho ou se revelava refratária às medidas de higiene recomendadas pelas instituições públicas ou, ainda, deixava-se ser atraída pelas práticas terapêuticas do “charlatanismo reinante”.

A seguir, seguiremos o processo de formação do projeto moderno de medicina no Brasil, acompanhando o estabelecimento das principais instituições médicas oficiais criadas no período. Reforço, porém, que não se trata de reescrever a trajetória das instituições médicas brasileiras, já que outras pesquisas recentes tem atualizado o campo da história da medicina no país durante o Segundo Reinado²⁹, além do fato de que tal propósito fugiria ao alcance desse trabalho.

²⁹ Para a compreensão da história das instituições, programas e práticas da medicina no Brasil durante o século XIX, ver os trabalhos de Edler (2011, 2003, 2002); Schwarcz (1993); Ferreira (2004); Benchimol (2001); Ferreira, Maio & Azevedo (1997) e Kury (1994).

O programa médico-científico que se desenha na província de Pernambuco em meados do século XIX não pode ser pensado como uma iniciativa isolada no cenário da formação de uma rede institucional no Brasil. Com efeito, o grupo de médicos que se instala na cidade de Recife trazia consigo não só o modelo de ciência adquirido nas faculdades europeias – particularmente francesas - onde a maioria deles realizou seus estudos, mas partilhavam do entusiasmo que se propagava no meio intelectual e científico brasileiro e que refletia, por sua vez, o projeto de fundação da *Sociedade Imperial de Medicina* em 1829 na capital do Império.

O grupo de intelectuais que integraram a *Sociedade Imperial de Medicina*, ainda que reduzido, afirmaria, desse modo, as continuidades e rupturas no âmbito da reflexão e prática médicas que começam a ser processadas a partir da chegada de D. João VI no Brasil, quando as primeiras iniciativas de oficialização da disciplina foram propostas. A partir desse momento, então, veremos a fundação das escolas médico-cirúrgicas da Bahia e Rio de Janeiro (1808), bem como a transferência de médicos portugueses para o país que, acompanhando a Corte portuguesa, passaram a destacar a necessidade de formar profissionais e limitar o exercício da medicina a médicos diplomados na colônia. Ainda que considerassem que a efetivação de tal desafio se mostrava praticamente impossível, diante da escassez de profissionais existentes e da ampla disseminação de práticas de cura não autorizadas pelo país, esse grupo tinha a pretensão de, ao menos, amenizar a carência de serviços na área médica, provendo serviços que seriam disponibilizados à Família Real, recém instalada em terras brasileiras (Schwarcz, 1993).

De acordo com Lycurgo Santos Filho (1977), no momento em que a Família Real chega ao Brasil, o atendimento médico profissional se mostrava escasso e ineficiente. Condição que progressivamente sofreria mudanças, considerando que a fundação das primeiras escolas para a formação de cirurgiões permitiria alcançar um acréscimo, ainda que modesto, no número de profissionais existentes no país. Essas iniciativas nos permitem observar, desse modo, os processos que visaram a implementação, remodelamento e expansão dos pioneiros institutos educacionais e científicos na área médica e que foram pensados para se estabelecerem como centros de produção e difusão de uma cultura e um saber que passam a ser gerados no âmbito local (Edler, 2003; Kury, 1991). Sublinhemos, também, que nesse contexto a

profissão deixa de ser exercida exclusivamente por médicos portugueses, passando a incluir nos seus quadros, profissionais formados nas recém criadas instituições de ensino médico do país.

O processo que visou a fundação destas instituições, no entanto, mostrava-se tímido diante das demandas por uma atividade profissional mais organizada e condizente com as necessidades do país. Adicionalmente, verificava-se uma piora significativa em termos sanitários, considerando que o estabelecimento da metrópole em terras brasileiras produziria um expressivo adensamento populacional nos núcleos urbanos. Por outro lado, a quantidade e a qualidade da formação disponibilizada nos centros de ensino, fundados nesse período, mostravam pouco progresso em relação à situação anterior, já que estavam autorizados a formar apenas cirurgiões e não físicos³⁰. Essa primeira iniciativa de institucionalização da medicina também teria vida curta, sendo interrompida com a volta da Família Real para Portugal o que, por sua vez, faria com que cessassem os incentivos iniciais que permitiram a criação das escolas médicas brasileiras (Schwarcz, 1993).

De fato, somente veremos serem retomadas, ainda que tímidas, as iniciativas de promoção da vida cultural e científica no país durante o Primeiro Reinado, no momento em que se realiza a aclamação de D. Pedro I ao trono. Será mais tarde, no entanto, que esse processo se intensificará ao iniciar um programa mais direcionado ao desenvolvimento de uma rede de saber no país, desenvolvendo iniciativas em torno da conformação do projeto de civilização e construção da Nação.

Sublinhemos, desse modo, como será apenas no século XIX que a organização médica no país passa a assumir contornos mais precisos e direcionados. O marco desse período, em que podemos observar mudanças mais significativas no campo intelectual, será a fundação da *Sociedade Imperial de Medicina* no ano de 1829. A criação desta instituição representaria para a classe intelectual o estabelecimento de um centro privilegiado de pesquisa e ensino da matéria médica, constituindo-se como um centro propagador de saber que emergia no cenário nacional como modelo para a criação de outras instituições que se instalariam fora da capital do Império.

³⁰ Essa distinção resulta do fato de que os centros de ensino que são instalados na Colônia estavam autorizados a formar apenas profissionais aptos para a prática da cirurgia, mas não concedia o direito de preparar profissionais para a “física” ou “prática da clínica”, ou seja, a medicina propriamente dita, conforme designação da época. Dessa forma, mantinham-se intactos a exclusividade e o controle por parte de Coimbra em diplomar em medicina (Santos Filho, 1977).

A exemplo da *Academia de Medicina Francesa*, na qual é inspirado seu projeto de criação, a *Sociedade Imperial de Medicina* promovia competições científicas anuais, pesquisava e examinava informações sobre doenças, administrava a vacina antivariólica, como também colaborava com o Governo em matéria de ensino médico, polícia médica e higiene pública³¹. As condições que permitiriam fundar a *Sociedade Imperial de Medicina* seriam também propícias para afirmar inovações em relação ao modelo europeu de ciência. O esforço em criar uma *Matéria Médica* adaptada aos trópicos, desse modo, pode ser notado já nos primeiros estudos desenvolvidos por essa instituição, que se debruçaram sobre um dos males mais observados em terras brasileiras: as *febres palustres* ou *miasmáticas*, bem como focalizariam outras mazelas tropicais, como o beribéri, a malária, o sarampo, a lepra, a escarlatina, entre outras doenças infecto-contagiosas.

Ainda que se considere esse caráter inovador, o conhecimento científico produzido nos trópicos acompanharia os conceitos universais em voga, baseando-se seus estudos em termos da *anatomoclínica* e do *paradigma climatológico* – e que respaldariam a atualidade e autoridade dos estudos aqui realizados, como vimos anteriormente. Essa epistemologia de matriz sensualista pressupunha uma atividade médica coletiva, territorialmente delimitada, empenhada em prover registros de observações clínicas, inventários de diagnósticos, descrição de etiologias e terapêuticas, além de introduzir a realização de exames anatomopatológicos pós-morte (Edler, 2003).

O grupo fundador da *Sociedade Imperial de Medicina* tinha origens e trajetórias bastante diversas. Entre a comissão inicial estavam dois brasileiros formados na Faculdade de Medicina de Paris: José Martins da Cruz Jobim e Joaquim Cândido Soares de Meirelles e três estrangeiros, sendo eles Joseph François Xavier Sigaud e Jean-Maurice Faivre, ambos de origem francesa; e um italiano, Vicente de Simoni (Kury, 1994).

³¹ Entre aproximações e distanciamentos, a influência do modelo francês de medicina sobre o programa que se desenvolve no Brasil pode ser compreendida na forma com que essas duas instituições promoveram, respeitando, evidentemente, as devidas proporções, a produção e arbitragem de um conhecimento médico para a saúde pública, do qual resultaria a organização da profissão, processando ainda uma rede de informações médicas, o que resultaria, por sua vez, em muitos dos seus êxitos. Por outro lado, coincidiram em alguns de seus fracassos ao consolidarem desigualdades regionais, resultantes de uma distribuição de recursos que priorizava os grandes centros urbanos - onde se verificaria uma maior proximidade com o poder público - bem como ao tomarem para si o poder de polícia médica, o que levaria, por sua vez, à dispersão das suas atividades em relação aos objetivos traçados no momento de sua fundação (Edler, 2002).

A influência francesa imprimia atualidade à constituição médico-científica que se desenhava no século XIX, o que se revelava na adesão a princípios, teorias e conceitos científicos que, naquele momento, apresentavam-se como universalmente válidos e conferiam legitimidade e autoridade às atividades médicas. No entanto, há de se considerar a este respeito, o fato de que os cientistas da *Academia Imperial de Medicina* vislumbravam nas novas instituições criadas a constituição de uma “ciência nacional”, como tem demonstrado algumas pesquisas recentes³². Assim, ainda que a predominância da tradição francesa tenha sido decisiva para o estabelecimento do projeto médico-científico brasileiro, esse grupo de profissionais almejava a formação de uma elite intelectual que pudesse compreender e definir princípios e estudos coadunados com a realidade dos trópicos.

O primeiro passo importante dado por esse grupo de médicos, que se reuniu em torno da fundação da *Academia Imperial de Medicina* (AIM), foi reformular e ampliar o campo de ensino da profissão médica. A mudança mais significativa nesse sentido foi o processo que visou elevar as antigas academias médico-cirúrgicas ao posto de faculdades de medicina³³. A partir desse momento, essas instituições passaram a conceder os títulos de doutor em medicina, farmacêutico e parteiro, atividades praticadas até aquele momento por barbeiros, sangradores e práticos (Santos Filho, 1977).

Notadamente, a partir da fundação da *Academia Imperial de Medicina* (AIM), este grupo de cientistas viu a possibilidade de expansão da institucionalização da disciplina médica no país. A novidade, no entanto, que passa a conduzir esse projeto, residiu na tentativa de distinguir a medicina praticada desde o período colonial – caracterizada pela intersecção da medicina portuguesa e as práticas tradicionais baseadas no conhecimento fitoterápico de índios e negros - de um projeto científico moderno que retiraria sua particularidade a partir da adoção de métodos precisos e sistemáticos.

Nesse ponto, a construção de uma “ciência nacional” refletiria também concepções sobre a especificidade do país que começavam a serem geridas no centro do poder político da Corte do Império e que se coadunavam com o projeto de

³² A este respeito ver uma série de trabalhos recentes que destacaram o caráter inovador das instituições médicas fundadas no século XIX, com destaque para o papel da AIM na constituição de um programa de pesquisa médica fundado em termos locais, Edler (2011, 2003, 2002); Ferreira (2004); Ferreira, Maio & Azevedo (1997) e Kury, (1991).

³³ Cf. Decreto Imperial de outubro de 1832.

civilização do Brasil, cujo desafio maior era equacionar a condição de raça inferior, que estaria na origem do povo brasileiro, com o ideal civilizatório do Império³⁴. Do ponto de vista dos programas médicos, essas concepções se traduziriam na formulação de programas extensos de saneamento e já indicavam a tendência, que se confirmará ao longo do século XIX no discurso médico, em estabelecer articulações entre certos padrões de adoecimento e as raças, entendidas como fatores de predisposição para o desenvolvimento de algumas moléstias³⁵.

Ao se estabelecer como referência para a instituição médica, a AIM tomaria para si a tarefa de propagar modelos, difundir opiniões e propor questões que seriam compartilhadas no meio científico nacional. Essa iniciativa pioneira permitiria, por sua vez, que os resultados desses esforços fossem sentidos em outras frentes como, por exemplo, a criação de canais para a divulgação da produção científica (Ferreira, 2004; Ferreira, Maio & Azevedo, 1997; Kury, 1994). A constituição de um aparato institucional, nesse sentido, possibilitou a criação de uma rede de informação que se apresentava como um espaço para o debate e compartilhamento de ideias sobre temas comuns.

De fato, com o objetivo de incentivar a proliferação de canais para a divulgação das pesquisas, vemos serem fundadas as primeiras revistas e periódicos especializados da área médica, que visavam alcançar os propósitos desejados de divulgação do saber acadêmico e constituir um espaço privilegiado de debate. Entre as publicações que começaram a circular nesse período estavam: o *Propagador das Ciências Médicas* (1827-28), o *Semanário de Saúde Pública* (1831-33), o *Diário de Saúde* (1835-36), a *Revista Médica Fluminense* (1835-41) e a *Revista Médica Brasileira* (1841-43)³⁶. Mais do que um incremento à vida científica, a criação destes periódicos significou para a classe médica emergente a intensificação dos esforços que se moviam em direção ao processo de oficialização da profissão e legitimação de suas práticas.

³⁴ Sobre a participação dos médicos no ideal de um projeto civilizador para o Brasil durante o Segundo Reinado, ver Schwarcz (1993), bem como outros trabalhos já citados: Ferreira (2004); Ferreira, Maio & Azevedo (1997) e Kury (1994, 1991).

³⁵ A este respeito ver o trabalho exemplar de Sérgio Carrara (1996) que desenvolve a tese de que a emergência da sífilis, enquanto problema venéreo, esteve vinculado à concepção de *hereditariedade mórbida* que considerava, por sua vez, a degeneração da espécie humana. Dessa forma, a sífilis passaria a ser vista enquanto uma doença do grupo de consanguíneos, da família ou da raça.

³⁶ Para uma análise mais aprofundada sobre a produção jornalística no campo médico no período, ver Ferreira (2004).

Adicionalmente, à medida em que as instituições médicas ampliavam o escopo da formação acadêmica no país, novos parâmetros de controle sobre a profissão seriam fixadas, de forma a criar mecanismos que permitiriam definir regras para o exercício da medicina. Podemos verificar, nesse sentido, como paralelamente à criação das primeiras instituições de ensino, normas e leis específicas serão adotadas de forma a explicitar regras e requisitos básicos que orientariam a concessão do direito a exercer a profissão. A este respeito, a Lei Imperial de 03 de outubro de 1832, artigo 13º, fixaria limites à prática médica, ao estabelecer que:

Sem o título conferido ou aprovado pelas ditas faculdades, ninguém poderá curar, ter botica, ou partejar, enquanto disposições particulares, que regulem o exercício da medicina, não providenciarem a este respeito (Santos Filho, 1977: 292).

Por outro lado, concomitantemente à conformação de regras que restringiriam o direito de exercer a medicina aos diplomados, seriam criados meios para a ampliação do contingente médico. Desse modo, a formação dos profissionais brasileiros não se limitaria a poucas instituições de ensino existentes no país. Assim, nas primeiras décadas do século XIX, inicia-se um processo por meio do qual os filhos da terra passam a ser enviados para a Europa para realizarem seus estudos. Este movimento que incentivou a formação de profissionais em escolas francesas e inglesas propiciaria, por sua vez, o contato dos futuros médicos com as pesquisas consideradas mais avançadas, notadamente, aquelas que repousavam sobre as teorias sanitárias e higienistas que, naquele momento, já estavam estabelecidas no continente europeu. De certa forma, estas iniciativas viriam a propiciar certa adequação das pesquisas nacionais aos protocolos universalmente válidos da época, sem com isso, no entanto, conferirem à prática científica local um caráter de simples cópia do modelo europeu.

Entretanto, ainda que o conjunto de iniciativas que acabamos de observar tenham produzido algum efeito sobre a realidade brasileira da época, é necessário notar como as condições da medicina no país se mostravam ainda muito precárias na primeira metade do século tanto em termos de organização interna, quanto em relação ao número de profissionais habilitados a exercer a profissão (Ferreira, 2004; Ferreira, Maio & Azevedo, 1997; Kury, 1994). Nesse sentido, são representativos os estudos que se debruçaram sobre os conhecimentos tradicionais de cura e que são amplamente

observados e divulgados na literatura sobre os períodos colonial e imperial enquanto práticas exercidas por pessoas não diplomadas, mas que se mantinham como preferência no gosto da população em geral (Miranda, 2004; Pimenta, 2003; Sampaio, 1995).

Veremos desse modo, como, progressivamente, as medidas oficiais em torno da regulação da profissão passam a excluir os saberes tradicionais de cura do campo oficial da medicina, ainda que aqueles se mostrassem preferenciais nas escolhas da população em geral, ocupando um vazio impossível de ser preenchido pelo exercício médico-acadêmico. Nesse ponto, destaco como a medicina científica começa a criar mecanismos para desqualificar o conhecimento tradicional, eclipsando, sob a acusação de charlatanismo, uma multiplicidade de práticas, como veremos com mais detalhe no quarto e quinto capítulos dessa tese.

De fato, durante o período que se inicia nas primeiras décadas do século XIX e se estende até o final do Império, a organização da prática médica oficial se mostrou bastante incipiente, dada a escassez de recursos e o baixo nível de organização das instituições de ensino e, mesmo pela insuficiência de um contingente significativo de médicos formados, capaz de atender uma população tão grande – realidade que pouco se transformara desde o período colonial. Mesmo do ponto de vista da credibilidade de que dispunha a profissão, os chamados médicos diplomados frequentemente deparavam-se com o descrédito e o pouco reconhecimento por parte da população que, em sua maioria, recorria às terapias tradicionais.

Trataremos de forma mais atenta dos múltiplos atores que exerciam atividades diversas no campo da medicina na segunda parte desse trabalho. Entretanto, vale destacar aqui que a configuração de uma rede médica oficial no país, no momento que abordamos, aponta menos para o entusiasmo amplamente divulgado na Corte do Império do que para um cenário em que o exercício médico-acadêmico esteve sempre aquém da preferência da população em geral. Neste ponto, podemos ver a configuração de um panorama que se define pela existência de uma diversidade de atores que baseavam suas práticas em saberes tradicionais, essencialmente de negros e índios.

Em Pernambuco, o movimento em direção à construção de um enunciado científico e racional no campo médico – e que marcaria o processo de oficialização da atividade na província - pode ser acompanhado com a criação no ano de 1841 da *Sociedade de Medicina de Pernambuco*³⁷. De acordo com seu estatuto original, a fundação desta instituição respondia à necessidade de promover “o progresso da Medicina, e de todos os ramos das Ciências Médicas”, e, ainda, “dar a Classe Médica a posição que lhe é assinada pela nobreza de sua profissão”³⁸.

Em torno da *Sociedade de Medicina* se organizaria um grupo composto por três “doutores em medicina, versados no estudo da higiene pública e da medicina legal” e dois “farmacêuticos experimentados em análise química e práticas toxicológicas” (Rocha, 1962) que, influenciados pelo entusiasmo que envolveu a fundação da *Academia Imperial de Medicina* do Rio de Janeiro em 1832, reuniam-se com o propósito de “estudar, aplicar e desenvolver temas científicos de interesses comuns no campo médico” (idem: 166).

Em um outro nível, os esforços direcionados para a concretização do projeto de fundação de um centro voltado para estudos médicos e divulgação científica em Pernambuco se justificavam pela necessidade do governo provincial em criar instituições de saúde que permitissem lidar com as doenças endêmicas e epidêmicas que se mostravam como um entrave ao desenvolvimento econômico local³⁹. Assim, adicionalmente à tarefa de propor e estudar tratados nosológicos, a *Sociedade de Medicina* surgia com o fito de coadjuvar a administração pública nos assuntos relacionados à saúde, conforme seu primeiro presidente, Dr. Maciel Monteiro, declarou ser seu escopo.

Nesse sentido, colocava-se como objetivo fundamental a atuação sobre a esfera de gestão pública que, por sua vez, era entendida como “o complexo de regras sanitárias conhecidas debaixo da denominação Código de Polícia Médica, em cujo

³⁷ Lei Provincial nº 43 de 15 de maio de 1841.

³⁸ *Annaes da Medicina Pernambucana 1842-44*: 18.

³⁹ Podemos avaliar o alcance dos comprometimentos econômicos e sociais que os surtos epidêmicos provocaram na província de Pernambuco em meados do século XIX, acompanhando a frequência com que estes foram registrados: de 1849 a 1855 foram contabilizadas dez epidemias: uma de varíola, uma de malária, três de febre amarela, duas de disenteria, duas de sarampo e uma de coqueluche. De 1856 a 1860 outras oito: a epidemia de *cólera-morbus* de 1855, outra de varíola, duas de febre amarela, uma de sarampo, uma de coqueluche, uma de difteria e uma de escarlatina (Rocha, 1962).

aperfeiçoamento trabalharão os Sábios e os Governos de todos os Países”⁴⁰. Tratava-se, assim, de fundar uma “Constituição Médica”, como novamente indica seu regulamento, capaz de conhecer e classificar as “moléstias reinantes”, suas etiologias e seus processos terapêuticos, intervindo em conjunto com o poder público na elaboração e implementação de políticas de saúde para a província⁴¹.

Não é demasiado frisar como a relação entre o desenvolvimento da ciência e o caráter oficial das instituições se mostra decisiva para o entendimento do contexto que abordamos nesse trabalho. A intersecção entre a ciência e a política na conformação de um projeto médico que se inaugura com a criação da *Sociedade de Medicina de Pernambuco* permitirá, desse modo, a instituição de outras agências oficiais destinadas a tratar os assuntos relativos à gestão pública da saúde.

Gostaríamos de destacar nesse ponto, como o processo por meio do qual se realiza o estreitamento das relações entre a esfera científica e a política propiciará o surgimento de outras agências médicas, caso do *Conselho de Salubridade Pública* e a *Repartição da Vacina* – ambas criadas no ano de 1845 – que, por sua vez, atestariam o pioneirismo da província de Pernambuco no estabelecimento de instituições voltadas para a questão higiênica e sanitária – considerando a este respeito o fato de que a *Junta de Higiene Pública* seria fundada apenas em 1850 no Rio de Janeiro.

Notemos ainda a respeito do encontro de interesses médicos e políticos no plano da constituição científica na província de Pernambuco o fato de que, progressivamente, a *Sociedade de Medicina* seria compelida pela escassez de recursos disponíveis para a consolidação do seu programa a firmar acordos com o governo provincial. Assim, ainda que na ocasião de sua fundação esta instituição tenha mantido certa autonomia em relação à esfera da administração pública - considerando o fato de que sua estrutura seria conservada até o primeiro ano de seu estabelecimento apenas com recursos provenientes dos seus sócios - a partir de 1842, esta passa a receber financiamento público⁴². A iniciativa por parte da Assembleia Provincial em apoiar o desenvolvimento de um programa médico-científico na província representaria, dessa forma, segundo a comissão médica, um ato de “patriotismo” e

⁴⁰ *Annaes da Medicina Pernambucana 1842-1844*: 12.

⁴¹ *Idem*: 14.

⁴² “A Assembleia Legislativa da Província, pesando em sua sabedoria os grandes serviços, que a Sociedade de Medicina pode prestar ao país; por desses rasgos de patriotismo, e de interesse geral, que involuntariamente nos convence e arrebatou a aprovação, decretou espontaneamente um subsídio anual para a publicação de seus trabalhos, para prêmios e algumas outras despesas necessárias à conservação e prosperidade”. *Annaes da Medicina Pernambucana 1842-1844*: 06.

elevava os legisladores provinciais à categoria de “dignos protetores das ciências e das instituições filantrópicas”⁴³.

Considerando, por outro lado, o ponto de vista das suas conquistas, teremos a ampliação da influência das instituições médicas no período. Nesse sentido, a *Sociedade de Medicina de Pernambuco* estabeleceria, a exemplo de outras instituições, um canal próprio para a divulgação da sua produção científica. Sublinhemos a este respeito, a criação do primeiro periódico voltado para o debate que giraria em torno de questões médicas relativas às especificidades da província: os *Annaes da Medicina Pernambucana*. Para seu presidente, a importância dessa publicação residiria na possibilidade de estabelecer meios de comunicação e ampliação da discussão realizada no âmbito nacional. Adicionalmente, permitiria a propagação dos trabalhos produzidos na província:

Um jornal é um elemento de vida das associações científicas, é o canal por onde transmitem e propagam suas ideias, derramam a instrução pela massa da população, e ao mesmo tempo é o mais poderoso incentivo, o estímulo mais forte para despertar os ânimos, e ativar o trabalho; enquanto que é por ele que a Sociedade mostrará ao público que emprega todos os meios para promover os progressos da ciência, e de ser útil ao país e aos homens⁴⁴.

O projeto dessa publicação previa a divulgação periódica de trabalhos científicos produzidos tanto no âmbito local, quanto em outras províncias, alargando as fronteiras do debate médico produzido no país. No que tange mais especificamente aos estudos produzidos pela *Sociedade de Medicina*, os *Annaes da Medicina Pernambucana* destacariam prioritariamente a divulgação de pesquisas sobre as especificidades naturais da província e a definição nosológica local. A seção denominada “medições atmosféricas”, por exemplo, apresentava extensos mapas estatísticos referentes aos dados produzidos pelos doutores J. J. de M. Sarmiento e João Loudon, por meio dos quais se apresentavam as observações meteorológicas realizadas na cidade de Recife, precisando as variações de temperatura, pressão atmosférica, intensidade das chuvas, ventos e estado do céu⁴⁵, como vimos anteriormente. Já a seção denominada “moléstias reinantes” divulgava uma lista que

⁴³ *Annaes da Medicina Pernambucana 1842-1844*: 03.

⁴⁴ *Idem*: 43.

⁴⁵ Cf. “Mapa das Observações meteorológicas, feitas na Cidade de Recife, Bairro da Boa Vista, rua do Aterro, lado do sul, feitas pelo Dr. João Loudon”. *Annaes da Medicina Pernambucana 1842-44*.

relacionava as principais doenças observadas ao longo de um determinado período de tempo e em um espaço geográfico delimitado. Outros temas, no entanto, mostrar-se-iam bastante originais, como os estudos que procuraram sistematizar a variedade da flora local, visando a pesquisa de terapias baseadas na fitoterapia, entre outros.

Durante o curto período em que circulou⁴⁶, os *Annaes da Medicina Pernambucana* divulgaram pesquisas, ampliaram informações sobre a topografia e climatologia locais e incentivaram a realização de concursos científicos que versavam sobre temas prementes do debate médico da época.

O CONSELHO DE SALUBRIDADE PÚBLICA

O aprofundamento das relações entre a elite médica e o Estado levaria o Governo Provincial a criar no ano de 1844⁴⁷ o *Conselho de Salubridade Pública*. Seguindo diretrizes semelhantes daquelas que orientaram o estabelecimento da *Sociedade de Medicina de Pernambuco*, esta instituição seria fundada com o objetivo principal de responder aos desafios colocados pelo progresso alcançado pela província. Notadamente, a disseminação de ideias baseadas na higiene – tomada enquanto teoria predominante do pensamento médico durante quase todo o século XIX – proporcionaria a propagação de programas de saneamento e remodelação urbana no país que repousavam no tema comum da civilização e do projeto de construção da Nação. Veremos, nesse sentido, como o estabelecimento do *Conselho de Salubridade Pública* estaria particularmente vinculado a um programa orientado à realização de um projeto totalizante de medicina, empenhado em sanear, educar e civilizar a população.

De fato, o Governo Provincial esteve diretamente comprometido com a gestão desse projeto, que se dedicaria a partir do momento da sua criação ao gerenciamento das questões de saúde. Nesse sentido, no ano de 1840, o então presidente da província, Francisco do Rego Barros comentaria, antecipando o desejo em constituir uma agência pública voltada para o campo médico-sanitário:

⁴⁶ Os *Annaes da Medicina Pernambucana* começaram a circular em outubro de 1842, quando um primeiro volume foi lançado. No ano seguinte, outros quatro números seriam publicados (II, III, IV e V). Sua publicação seria interrompida, no entanto, em fevereiro de 1844, quando seria divulgado o VI e último volume do periódico.

⁴⁷ Cf. lei Provincial n.º 143 de 21 de maio de 1845.

Passando agora a tratar da Saúde Pública, cuja importância não vos é desconhecida, de novo vos peço, Senhores, que adoteis este ano as medidas, que lembrei no meu anterior relatório, e me parecem mais urgentes, como sejam a criação de um Conselho de Salubridade Pública (...)⁴⁸

No entanto, ainda que sua criação tenha sido avalizada pelo presidente da província, a fundação do *Conselho de Salubridade* foi recebida com “certa frieza e muita desconfiança” por parte da classe médica que considerava que o estabelecimento de tal instituição obedecia a uma “finalidade eficiente e prática” (Freitas, 1979)⁴⁹ e, desse modo, contrária à concepção de um programa científico de configurações autônomas que teria orientado tanto a fundação da *AIM* quanto à criação da *Sociedade de Medicina de Pernambuco*. A desconfiança inicial, no entanto, seria convertida, de maneira progressiva, em uma alternativa positiva por parte da classe médica, que passou a visualizar na aliança com o Estado uma oportunidade para a efetivação da pesquisa científica na província, particularmente no que dizia respeito ao acesso a verbas públicas⁵⁰.

Adicionalmente, vislumbrava-se a partir dessa aliança que se firmava entre ciência e política, a ampliação e consolidação do projeto sanitário e higiênico que se gestava no âmbito dos programas médicos. No entanto, ainda que o *Conselho de Salubridade* alcançasse uma posição de proeminência no cenário da saúde pública na

⁴⁸ “Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial de Pernambuco pelo presidente da província, Francisco do Rego Barros. Sessão Ordinária do dia 1º de março de 1840”. *Diário de Pernambuco*, 04 de março de 1840.

⁴⁹ As críticas que se seguiram à fundação do *Conselho de Salubridade Pública* foram rebatidas por Joaquim Aquino da Fonseca – primeiro presidente nomeado para a direção desta instituição - que comparava tal desinteresse à falta de apoio dispensado ao primeiro projeto para a concepção da *Sociedade de Medicina de Pernambuco*. Para o médico, a questão subjacente às críticas que recebeu se fundamentava na falta generalizada de interesse pelas instituições científicas: “Não deveis ignorar que a criação do Conselho de Salubridade foi recebida com algum desagrado, não ignorais que poucos acreditam na utilidade dessa instituição salutar; por que de ordinário, em um país onde a civilização não tem chegado a um elevado grau, olha-se com pouca ou nenhuma atenção para as instituições científicas. Sabeis que a Sociedade de Medicina, instituição tão útil quanto necessária, criada a custo e que teve de lutar contra inúmeras dificuldades, foi sempre encarada como instituição de nenhuma importância; e que mesmo sem as dissensões que infelizmente germinaram entre seus membros, dissensões que para o futuro bem mais avaliadas, não poderia deixar de cair pela falta de novidade, que é o móvel mais poderoso de nossas cousas, e até muitas vezes das nossas opiniões (...)”. *Coleção dos Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província de Pernambuco 1845-1851*: 21.

⁵⁰ O estreitamento das relações entre membros da elite médica e a política pode ser notado também nas iniciativas que visaram o ingresso de profissionais da área científica na vida política. Essa estratégia representaria, segundo os membros desta elite, uma oportunidade para a classe apresentar e defender suas ideias, bem como pleitear a aprovação de leis e financiamentos para projetos na área. O próprio Joaquim Aquino da Fonseca, a exemplo desse tipo de iniciativa, ocuparia um assento na Assembleia Provincial (Rocha, 1962).

província, desenvolvendo importantes projetos e pesquisas sobre a constituição médica dos trópicos, ele fracassaria na execução da maioria dos seus projetos concretos, essencialmente daqueles que visavam mudanças mais profundas na paisagem urbana, fundamentalmente, pela escassez de recursos e pela ausência de um efetivo apoio político.

Para se ter uma ideia da extensão do programa e dos desafios reservados ao *Conselho de Salubridade* no momento do seu estabelecimento, basta percorrer os artigos que compunham seu texto fundador e que definiam suas atribuições:

art. 5º Ao Conselho de Salubridade incube inspecionar, vigiar, e prover sobre todos os assuntos, que se referirem à Higiene Pública e à polícia médica; e mui determinadamente lhe compete:

1º. propagar a vacina, e zelar a pureza, e eficácia do pus; 2º. visitar as prisões e casas de socorros públicos, e examinar-lhes frequentemente o estado e o regime; 3º. inspecionar os estabelecimentos industriais, fábricas e oficinas em relação à saúde pública; 4º. examinar a planta e mais circunstâncias da cidade, vilas e povoações, suas praças, mercados, feiras, aquedutos, matadouros, esterquilínios, e mais lugares de cuja infecção pode resultar prejuízo à saúde pública; 5º) vigiar sobre os cemitérios, catacumbas e outros quaisquer lugares de inumação; 6º. curar dos meios de prevenir as epidemias endêmicas, e contagiosas e, verificada a aparição de tais flagelos, acordar no tratamento que a experiência haja recomendado como mais adequado e eficaz; 7º. reprimir os efeitos do charlatanismo, ou seja no que toca à prática da Medicina, ou no que respeita à venda de drogas, ou quaisquer preparações farmacêuticas; 8º. examinar a sanidade dos alimentos destinados ao consumo público, e prevenir a falsificação das bebidas; 9º. visitar as boticas, analisar os remédios suspeitos, e assim também vigiar sobre a matéria dos vasos empregados⁵¹.

O primeiro presidente a assumir a direção do *Conselho de Salubridade* foi Joaquim Aquino da Fonseca, médico formado pela Faculdade de Medicina de Paris e ex-integrante dos quadros da *Sociedade Médica de Pernambuco*. Aquino da Fonseca permaneceria à frente da direção desta instituição durante um período de mais de dez anos (1845-1856). Sua demissão ocasionaria também o fim das atividades do *Conselho de Salubridade* que seria, logo em seguida, substituído pela *Comissão de Higiene Pública*.

⁵¹ *Coleção dos trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública 1845-1851*: 12.

Do ponto de vista da sua organização interna, o *Conselho de Salubridade Pública* realizaria uma divisão bastante precisa de papéis entre os membros que o compunham. O objetivo da atribuição de cargos bem definidos entre seus sócios, de acordo com a opinião de seus fundadores, era constituir diferentes frentes de trabalho com a finalidade de tornar a prática médica mais abrangente e especializada. Essa distribuição de tarefas permitiria, ainda, que a realização de cada projeto se convertesse em uma prática sistemática e rotineira e obedecesse a um método científico preciso e rigoroso⁵².

No que diz respeito aos seus objetivos mais gerais, como observaria o próprio Aquino da Fonseca em seu discurso proferido por ocasião da inauguração do *Conselho de Salubridade*, o princípio em que repousava o projeto da instituição era conceber um programa científico que se revelasse de “importância em qualquer país civilizado”, considerando que o maior desafio do grupo era “cuidar do melhoramento sanitário, e resolver questões de higiene e medicina legal de alto interesse para a sociedade” (*apud*. Rocha, 1962).

De forma geral, o destaque alcançado pelo *Conselho de Salubridade Pública* – que se baseou essencialmente no programa de adequação das práticas médicas à visão higiênica e civilizadora própria de meados do século XIX - seria atribuído à presença de Aquino da Fonseca em sua presidência. Como aponta a historiografia médica (Andrade, 1982; Rocha, 1955), Aquino da Fonseca se revela um personagem central no processo de constituição da medicina científica em Pernambuco, considerando as grandes questões com as quais lidou durante o período em que esteve no comando do *Conselho de Salubridade*. Figura considerada polêmica pela historiografia médica, tornou-se famoso pela “virulência” no uso da linguagem e na defesa de suas propostas e ideias para a saúde pública. Durante o período em que esteve na presidência do *Conselho de Salubridade Pública*, deram-se as duas maiores epidemias que atingiriam a província no século XIX - a de febre amarela (1849) e a de *cólera-morbus* (1855). Nesse ponto, a historiografia destaca o fato da sua atuação no combate à epidemia de febre amarela de 1849 ter lhe rendido uma condecoração, concedida pelo imperador D. Pedro II, que elevava o médico à condição de *Cavaleiro da Ordem de Cristo* pelos “serviços prestados durante a epidemia de febre amarela”⁵³. Adicionalmente,

⁵² Idem: 15.

⁵³ Conforme Decreto Imperial de 02 de dezembro de 1850.

este médico produziu uma quantidade significativa de artigos e estudos⁵⁴ que se voltaram essencialmente para as moléstias e problemas médico-sanitários locais.

A importância de Aquino da Fonseca sobre o pensamento médico da época, como podemos acompanhar a partir dos relatos disponíveis, pode ser medida também pelas inúmeras polêmicas e controvérsias com as quais se envolveu e que são atestadas nos inúmeros artigos e charges⁵⁵ publicados em jornais da época. Adepto das teorias médicas e científicas europeias, marcadamente a higiene, com a qual teve contato na época em que cursava a *Faculdade de Medicina de Paris*, foi responsável pela elaboração dos principais programas de limpeza e remodelação da cidade. Como veremos, Aquino da Fonseca se encarregou de produzir e gerir normas e regras que passaram a reger uma série de serviços públicos na cidade de Recife, entre os quais é possível citar o *Serviço de Verificação de Óbitos* e a *Repartição da Vacina*.

A *Repartição da Vacina*, fundada no ano de 1845, como uma seção do *Conselho de Salubridade Pública*, criaria um programa pioneiro de imunização antivariólica na província, visando a ampliação do escopo da vacina para os sertões da província. A este respeito, podemos observar o comentário de Henry Koster (1942) que manifestaria sua admiração ao constatar a “vulgarização da vacina” em Pernambuco. De fato, o viajante notaria a surpreendente disseminação da prática de inoculação, observando os esforços de um médico-cirurgião na cidade de Igarassu e nos trabalhos executados por vigários da ilha de Itamaracá⁵⁶.

O programa de vacinação elaborado por Aquino da Fonseca para a província agregaria, desse modo, a modernidade dos programas profiláticos aos novos métodos e protocolos científicos que passavam a ser adotados naquele momento. Todo o processo envolvido na tarefa de vacinação seria, assim, organizado por meio de um regulamento específico, criado pelo médico com a finalidade de estabelecer regras

⁵⁴ Ver *Estudos sobre a febre amarela* (1871); *Tratamento do cólera-morbus* (1862); *Bases para um plano de edificação da cidade* (1855); *Medidas preventivas para a cólera-morbus na província de Pernambuco* (1855); *Vacina, ou variola vacinal* (1848); *Memória acerca das diferentes espécies de lepra, com algumas reflexões críticas fundadas na observação* (1847) e *Memória acerca das inhumações, sepulturas e enterros* (1845).

⁵⁵ Ver anexo.

⁵⁶ A este respeito observaria Henry Koster: “Grande zelo foi demonstrado pelo governo do Brasil para a introdução da vacina no país. Fundou-se uma casa no Recife, com um médico e dois cirurgiões, para vacinar, sem qualquer despesa, todas as pessoas que o desejassem. A inoculação é expressamente limitada à vacina” (*op. Cit.*: 363).

mais precisas que definiriam as instruções para a realização da inoculação tanto na cidade de Recife quanto nos sertões da província⁵⁷.

Embora lamentasse a dificuldade em manter ativo o processo envolvido na atividade de vacinação⁵⁸, no primeiro aniversário da fundação da repartição, o médico responsável pelo *Conselho de Salubridade* se orgulhava dos resultados obtidos com seu programa. Desse modo, relata que, em um período de um ano, 1111 indivíduos teriam recebido uma dose da vacina, enquanto outros 195 teriam sido submetidos à etapa seguinte do processo e outros 31 a uma terceira. Além disso, Aquino da Fonseca comemoraria a expansão do benefício da vacinação para a população dos sertões por meio dos *Conselhos Vacinadores* criados por ele. De posse do regulamento e das instruções instituídas pelo médico, os vacinadores se encarregavam, desse modo, da tarefa de distribuir a vacina “duas vezes por semana, em dois pontos dos mais povoados dos seus municípios” os quais “lhe serão marcados pelas Câmaras Municipais”⁵⁹.

As expedições encarregadas pela expansão da vacina antivariólica para os sertões eram responsáveis ainda, de acordo com as instruções correspondentes à sua aplicação, pela confecção de mapas estatísticos que deveriam ser enviados periodicamente ao *Conselho de Salubridade*. Adicionalmente, outras atividades importantes eram acrescentadas, visando a constituição de um sistema integrado e amplo de dados sobre as particularidades médicas da província como, por exemplo,

⁵⁷ *Regulamento da Repartição da Vacina do Município de Recife*, 22 de agosto de 1845. Por meio deste regulamento ficava estabelecido, entre outras normas, os dias e os horários em que as vacinações seriam realizadas e os requisitos para se constituir um *Delegado Vacinador*. Mais tarde, no ano de 1848, Aquino da Fonseca solicitara ao governo provincial a promulgação de uma lei visando a regulamentação da vacinação (Lei nº 233 de 09 de setembro de 1848), destacando a necessidade de agregar ao escopo da lei um ato adicional que restringisse a tarefa de vacinar a pessoas com treinamento adequado, evitando assim que a vacina fosse “propagada por ignorantes”. Os vacinadores deveriam, então, ter “conhecimento da vacina e algumas noções de anatomia das regiões”, devendo seu conhecimento ser avaliado pelo *Conselho de Salubridade Pública* (*apud*. Rocha, 1962: 345).

⁵⁸ No caso da vacina contra a varíola a que se refere Aquino da Fonseca, as dificuldades enfrentadas pela repartição responsável pela administração das doses profiláticas se concentravam na tarefa de fazer com que os indivíduos que recebessem a primeira inoculação do pus vacínico retornassem para a coleta de novas porções de vacina. Este procedimento permitia a preparação de outras doses da vacina, conforme as orientações descritas por Edward Jenner, criador do primeiro método de imunização no final do século XVIII. A vacina jennériana consistia basicamente na aplicação da vacina animal (*cow-pox*) em um certo número de indivíduos, assim, os próximos vacinados receberiam o *pus vacínico* do braço daqueles que haviam passado pelo processo 8 ou 9 dias antes. Este procedimento de imunização conhecido pelo termo *braço a braço*, no entanto, levaria, mais tarde, a uma série de contravérsias, já que se acreditava que a este método poderia estar associado à transmissão de outras doenças e, mais particularmente, explicaria o adoecimento pela sífilis. Para conhecer melhor os princípios que orientavam a fabricação da vacina contra a varíola no século XIX, ver Chalhoub (1996), mais precisamente, o terceiro capítulo: *As técnicas de imunização contra a varíola*.

⁵⁹ *Coleção dos trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública 1845-1851*: 142.

informar sobre focos de infecção, notificar a existência de pântanos e lugares insalubres e esclarecer a população sobre a existência de doenças endêmicas e epidêmicas (Rocha, 1962: 347).

Vale a pena destacar ainda o aspecto pragmático que assumiu os programas elaborados por Aquino da Fonseca. Nesse ponto, veremos como seus projetos obedeceriam invariavelmente a uma finalidade de intervenção ampla no espaço público. Ao percorrer o programa de atuação do *Conselho de Salubridade* podemos observar, desse modo, como este se prolongava por uma infinidade de tarefas que incluíam a responsabilidade de “inspecionar, vigiar e de prover a província sobre todos os assuntos que se referissem à higiene pública e à polícia sanitária”, além de uma diversidade de obrigações, entre as quais estavam: visitar com certa assiduidade as prisões e casas de socorro público, inspecionar os estabelecimentos comerciais, regulamentar o assentamento dos cemitérios, catacumbas e outros quaisquer lugares de exumações, proceder a medidas de desinfecção das residências, além de cuidar dos meios de prevenção das epidemias e endemias (*apud*. Freitas, 1979: 20).

Como veremos mais adiante, um dos programas que mais teve destaque nas propostas elaboradas por Aquino da Fonseca versaria sobre o controle da venda e produção de medicamentos. Este controle se realizaria basicamente por meio da atividade de supervisão da prática dos boticários, que passou a receber atenção especial por parte do *Conselho de Salubridade* no momento em que a epidemia de *cólera-morbus* chega à província, com o fito de controlar a disseminação de “fórmulas salvadoras” contra a peste.

Adicionalmente ao estabelecimento de regras para a produção e comercialização de substâncias terapêuticas estaria articulada a instituição de métodos baseados em estudos estatísticos voltados à comprovação da eficiência de medicamentos que se realizaria, por sua vez, através de experimentos de natureza química e física. A produção de remédios se mostraria, assim, ao lado das medidas que visavam a profissionalização e regulamentação das atividades médicas na província, como ponto nevrálgico do combate ao charlatanismo como veremos, com mais atenção, na segunda parte desse trabalho.

Do ponto de vista das teses médicas apoiadas por Aquino da Fonseca, veremos como estas estabeleciam uma relação intrínseca entre a influência do clima tropical e os processos de adoecimento. Segundo ele, o clima quente e úmido que caracterizava a cidade de Recife produziria uma combinação nociva à saúde humana, bem como

propiciava o aparecimento de diversas moléstias. A impressão sobre as constituições atmosféricas, formulada pelo médico, repousava em ideias bastante difundidas nas teorias médicas europeias produzidas sobre o clima tropical. De forma geral, essas teorias estabeleciam que a conjunção do calor intenso com a excessiva umidade que caracterizaria essas regiões se convertia na principal explicação para o desenvolvimento das febres que afetavam o país, caso das infecções palustres consideradas endêmicas nas regiões tropicais. Para Aquino da Fonseca, a nocividade presente nas características ambientais da cidade aliava-se de maneira perversa ao estilo de vida nos trópicos, criando um ambiente que o médico considerava “detestável”, destacando o fato de como o clima, ao mesmo tempo quente e úmido, lhe “agravava o problema da faringe” (Rocha, 1962).

De fato, durante o período em que esteve na presidência do *Conselho de Salubridade Pública*, a ênfase no discurso oficial foi dada à articulação que se estabelecia entre as condições de salubridade e as características topográficas e ambientais da cidade de Recife, revelando a importância que a influência do paradigma da *climatologia médica* exerceria sobre a ciência praticada na época. Nesse aspecto, veremos como a relevância dessas teorias seria sentida no conjunto de práticas adotadas pela medicina acadêmica no período, refletindo na definição das etiologias e nas medidas higiênicas e terapêuticas.

Acompanhando a trajetória final do *Conselho de Salubridade Pública*, veremos como no ano de 1856 as orientações lançadas no momento da sua fundação, dez anos antes, mostravam-se muito distantes da sua concretização. O corpo de funcionários não era suficiente para gerir e atender a todas as atribuições a ele conferidas. Adicionalmente, as disputas internas teriam levado à demissão de Aquino da Fonseca do cargo de presidente.

No mais, a percepção geral era de que a cidade havia crescido em uma proporção gigantesca e a remodelação do espaço público, ponto forte da proposta de Aquino da Fonseca, não teria atingido seus propósitos. A influência deletéria das “variações atmosféricas” persistia e a elas foram atribuídas as condições que teriam favorecido a chegada da epidemia de *cólera-morbus* à província. Quanto às “causas de insalubridade”, fortemente combatidas pelo presidente do *Conselho de Salubridade*, dado à “incivilidade dos povos”, ao longo do tempo, pareciam “permanentes e irremovíveis”. Assim, ao final do ano de 1856, a *Comissão de*

Salubridade Pública seria desativada para, logo em seguida, ser substituída pela *Comissão de Higiene Pública*⁶⁰ que passa a ser dirigida pelo Dr. Cosme de Sá Pereira.

No próximo capítulo, apresentarei as principais teses que orientaram a reflexão e a prática médica a respeito da natureza das moléstias e seus princípios etiológicos. Para tanto, seguiremos a ciência do século XIX em sua construção, observando suas indefinições, concorrências e controvérsias.

⁶⁰ Conforme Lei Provincial nº 316 de 11 de agosto de 1856. Mais tarde, em 1872, a *Comissão de Higiene Pública* seria substituída, por sua vez, pela *Inspetoria de Higiene Pública*, sendo esta dirigida até o ano de 1886 pelo médico Pedro de Ataíde Lobo Moscoso.

CAPÍTULO 2:

UM IMENSO CAMPO MÓRBIDO

Como vimos no capítulo anterior, a superação dos conceitos, métodos e práticas de origem portuguesa que caracterizaram o programa médico no país nos primeiros séculos da colonização, estendendo sua influência até o início do século XIX, progressivamente, daria lugar a uma medicina científica e moderna, apoiada em instrumentos precisos e métodos racionais. Observamos, também, como essa nova constituição se coadunava com uma política de Estado, expandindo sua hegemonia e oficialidade ao conduzir instituições voltadas para a gestão de assuntos relativos à saúde pública na província.

A mudança almejada pela constituição médica residiria particularmente em ações planejadas e dirigidas a partir de estudos precisos e detalhados e na definição de parâmetros rígidos para o método científico. Esse modelo com contornos exatos e organizados que definiria o conhecimento produzido nas academias de medicina, no entanto, trazia em sua lógica algumas contradições. A primeira delas se processava nos limites do conhecimento médico frente ao maior desafio que enfrentaria durante o período: a intensificação dos ciclos epidêmicos. As incertezas médicas nesse campo podiam, então, ser definidas pela afirmação: “não conhecemos do que o mundo é feito”. Essa constatação supunha identificar variados princípios etiológicos para as doenças epidêmicas que se comportavam de forma errática, obedecendo sua *espontaneidade mórbida*.

A segunda contradição que esse projeto médico apresentou esteve articulada à própria definição do que seria o programa de combate às epidemias. Ao traçar um plano de dimensões desmesuradas contra um inimigo invisível, essencialmente influenciada pelo paradigma higiênico e a necessidade de expansão das práticas de limpeza e saneamento, a constituição médica se debateria com as dificuldades e obstáculos que se apresentaram para a efetivação de suas propostas e projetos.

Como apontamos anteriormente, apresentaremos nesse capítulo as principais teorias que orientaram as reflexões e práticas médicas, seguindo, basicamente, as formulações e teses construídas sobre a definição da natureza e dos princípios de

comunicação da *cólera-morbus*. Antes disso, no entanto, descreveremos o momento exato em que o flagelo aporta em terras brasileiras.

A *CÓLERA-MORBUS* CHEGA AO BRASIL

Tendo desenvolvido o *cólera-morbus* em quase toda a Europa, o Conselho não tem cessado de empregar os meios, que crê capazes de, senão evitar, ao menos embaraçar a invasão, pondo toda a atividade em que não comuniquem com a terra as tripulações dos navios procedentes de portos infectados, e não entrem para a alfândega mercadorias, sem que a bordo dos navios se pratiquem fumigações desinfetadas por meio do cloro; e não tem cessado de recomendar ao Provedor da Saúde do Porto toda vigilância a este respeito (...)⁶¹

Como mostra o texto em epígrafe, o *Conselho de Salubridade Pública* advertia o governo ainda no ano de 1849 – seis anos antes da efetiva manifestação da doença na província - para uma provável disseminação da *cólera-morbus* pelo continente americano e, mais precisamente, considerava a possibilidade do flagelo atingir a província através do porto da cidade do Recife. O alerta avaliava o fato da cidade centralizar em seu porto uma parte significativa do comércio marítimo praticado pelo país, recebendo inúmeros estrangeiros que aportavam às terras brasileiras⁶².

As questões que envolviam essa ameaça se articulavam, então, com a necessidade de promover um programa preventivo que se daria em dois sentidos. No primeiro, considerava o controle dos portos, como acabamos de ver. Ponderava-se, nesse sentido, o fato que estes configuravam um importante acesso aos imigrantes de toda parte do mundo, que poderiam trazer consigo “moléstias contagiosas”. Assim, era preciso, de acordo com a opinião do *Conselho de Salubridade Pública*, identificar os doentes, providenciar estabelecimentos reservados à quarentena dos que inspirasse suspeita de contaminação pela moléstia e realizar a desinfecção dos navios e de todo

⁶¹ *Coleção dos tratados do Conselho de Salubridade Pública 1845-1851*: 111.

⁶² A este respeito vemos como no período em tela o porto de Recife ocupava uma posição estratégica ao se efetivar como um ponto de interligação entre as províncias do Norte e servir de meio de escoamento da maior parte da produção agrícola produzida na região. Era também o segundo maior do Império em termos de volume de importação e exportação, conforme indica dados do ano de 1859: Rio de Janeiro: 256.863; Recife: 89.155 e Salvador: 51.856 (valores indicados em milhares de francos). Cf. Relatório apresentado à Assembleia Geral Legislativa pelo ministro dos Negócios da Marinha, Francisco Xavier Barros Barreto em 1860 (*apud*. Arrais, 2004).

tipo de material com os quais as tripulações tiveram contato como, por exemplo, alimentos, roupas e objetos⁶³.

No segundo sentido, as preocupações da instituição médica visavam a necessidade de sanar os problemas de insalubridade no espaço da capital, de forma a evitar – caso a epidemia de fato chegasse à província - a disseminação rápida da doença, que certamente encontraria condições propícias para sua instalação. Entre as medidas preventivas propostas, o *Conselho de Salubridade Pública* indicava ações voltadas à limpeza e ordenação do espaço urbano, o aterro dos pântanos, preconizava a educação do povo, o combate aos vícios e aos maus hábitos, a repressão à mendicância e à prostituição, entre outras medidas.

O fato é que a *cólera-morbus*, confirmando os temores da *Comissão de Salubridade Pública*, chegaria ao país no ano de 1855. A partir dos relatórios médicos e oficiais produzidos na época é possível acompanhar os primeiros registros da doença no Brasil que datam de maio deste ano, quando, o navio *Defensor*, recém chegado da cidade portuguesa do Porto, depois de deixar uma região que se via devastada pela *cólera-morbus*, desembarcaria na cidade de Belém⁶⁴.

Assim, ainda que as ameaças de disseminação da *cólera-morbus* se constituíssem em uma preocupação antiga das instituições de salubridade e higiene das diversas províncias do Império, a *Comissão de Higiene Pública* do Grão-Pará ignoraria os primeiros sinais que indicavam a chegada da doença ao país. De fato, esta comissão relacionaria a morte de 43 tripulantes do navio *Defensor* com uma intoxicação por sal de cobre que, segundo as autoridades sanitárias, teria sido ocasionada pela falta de limpeza adequada da caldeira confeccionada com esse material onde os alimentos dos marinheiros eram preparados⁶⁵. Desse modo, como indicam os relatos sobre o episódio, este diagnóstico inicial teria levado a comissão médica a liberar o desembarque dos passageiros (Beltrão, 2004).

Uma semana após a chegada do navio português, no entanto, o diagnóstico inicial da *Comissão de Higiene* se revelaria equivocado e os primeiros doentes de *cólera-morbus* apareceriam entre os membros do corpo do Exército, conforme atestava o cirurgião do Corpo Militar, Américo Marques de Santa Rosa, ao examinar

⁶³ *Coleção dos tratados do Conselho de Salubridade Pública 1845-1851*: 93.

⁶⁴ Para uma descrição detalhada da epidemia de *cólera-morbus* na província do Grão-Pará, ver Beltrão 2002, 2004 e 2004a.

⁶⁵ José Pereira do Rego (1873: 84). *Memória histórica das epidemias da febre amarela e cólera-morbus*.

dois soldados que, segundo o médico, apresentavam sintomas da moléstia: “aspecto cadavérico, olhos encovados, pele azulada, pulso fraco e uma fraqueza que não os permitia se manterem em pé” (*apud*. Beltrão, 2004).

Depois de vinte dias após a confirmação dos primeiros casos, o número de pacientes subiria rapidamente para cinquenta e dois, dentre os quais já se registravam vinte e dois óbitos. De acordo com os relatos da época, a propagação da doença teria sido tão rápida que, em 30 de junho de 1855, mais da metade da população de Belém teria sido afetada pelo mal. Em seguida, novos casos passaram a ser identificados fora dos limites da capital, bem como em outras províncias do Império.

Ao deixar a província do Grão-Pará, desse modo, a *cólera-morbus* em passo acelerado se dirigiria ao Maranhão, para em seguida atingir Salvador - que registraria os primeiros casos em 21 de julho de 1855. Da capital baiana, percorreria o sul, centro e nordeste dessa mesma província. No final de 1855, a epidemia já tinha tomado a quase totalidade da região nordeste, ocasionando um grande número de vítimas fatais em Sergipe, Alagoas, Paraíba e Rio Grande do Norte. Já no início de 1856, seriam identificados os primeiros casos na capital do Império, onde, em abril desse mesmo ano, os serviços médicos-sanitários registrariam aproximadamente 4.843 mortes causadas pela epidemia.

Se nos atentarmos para as estatísticas concernentes à manifestação da moléstia nas províncias do norte e nordeste do país⁶⁶, no período de maio de 1855 a julho de 1856, veremos como nessas regiões a *cólera-morbus* provocou um alto índice de mortalidade, chegando perto dos 130 mil óbitos se contabilizados os casos registrados nas diversas províncias. No período total em que vigorou a epidemia, que vai de 1855 a 1862, estima-se que, em todo o país, esse número chegou a ultrapassar a soma de 200 mil vítimas.

Na província de Pernambuco, os primeiros registros da doença foram identificados na vila de Taracatú em novembro de 1855, chegando a Garanhuns, Ingazeira, Flores, Vila-Bela e Baixa-Verde ainda em dezembro desse mesmo ano; para logo após atingir, em janeiro de 1856, a cidade de Vitória de Santo Antão. De lá, a peste se propagaria para Jaboatão e Recife. Segundo os registros históricos, cidades como Nazaré e Vitória de Santo Antão ficaram praticamente desertas, não só por

⁶⁶ De acordo com os dados estatísticos da época, dentre as províncias do nordeste que foram mais afetadas pela *cólera-morbus*, as que registraram maior número de mortes foram Pernambuco com 37.586 casos fatais, Bahia 36.000 e Paraíba com um total de 30.000 vítimas.

causa do grande número de mortes registrado, mas pelo volume de pessoas que abandonaram a cidade com medo da contaminação (Aragão, 1983).

De acordo com a descrição do Dr. Cosme de Sá Pereira a doença avançava como um “exército implacável”, considerando que em seu trajeto a *cólera-morbus* caminhava de um lugar para outro com uma rapidez impressionante e, desse modo, “dado o lugar em que hoje se via, podia-se logo marcar aquele que atacava no dia seguinte”⁶⁷. Por outro lado, o doutor designado pelo governo para compor a comissão médica que visou atender as vítimas da epidemia nos sertões, Thomaz Antunes de Abreu, relatava a irregularidade com que a epidemia atingia as diferentes vilas e freguesias:

A marcha da epidemia foi tão irregular e caprichosa, quanto foi em muitos países: é por isso que tendo-se apresentado o mal na vila de Taracatú em o mês de novembro, desapareceu em janeiro para reaparecer no mês de junho no Riacho do Navio, pertencente ao mesmo termo, em um lugar foi muito benigno, e circunscreveu-se a um pequeno número de pessoas: não aconteceu porém assim na vila da Ingazeira, na freguesia de Flores, na Vila-Bela e na Baixa-Verde, onde a peste com furor atacou (...) ⁶⁸

A constatação que apontava para certa desigualdade nos registros dos casos fatais, que atingia de modo diferenciado cada localidade, dizia respeito, na opinião da comissão médica, à configuração de um trajeto irregular que descrevia o comportamento imprevisível da *cólera-morbus* nas diferentes vilas e freguesias por onde passava. Acreditava-se, desse modo, que a desproporcionalidade entre os diferentes dados coletados se justificava por um conjunto amplo de fatores, que mudavam de região para região, como a qualidade do ar e dos solos, o padrão alimentar e os costumes do povo. Desse modo, o médico ponderava:

A epidemia foi intensíssima nestes termos [Flores, Ingazeira] e, apoiada pela natureza do solo, e circunstâncias climatéricas, assim como pela extraordinária miséria da maior parte de seus habitantes, e frenético charlatanismo, a par de recursos bem dirigidos, e de método de serviço sanitário, cujas faltas infelizmente foram observadas por muito tempo, ceifou desapiedosamente 9000 vidas.

(...) os resultados da epidemia na comarca de Flores não foram tão horríveis como em outras desta, e de outras províncias, quer se deva

⁶⁷ Relatório do estado sanitário da província de Pernambuco no ano de 1855.

⁶⁸ Relatório apresentado pelo médico Dr. Thomaz Antunes de Abreu, médico em comissão do governo, ao presidente da província de Pernambuco, 12 de dezembro de 1856.

a amenidade local, as influências climatéricas, e à natureza do solo, quer à simplicidade dos alimentos, dos costumes, etc.⁶⁹.

Atentemos nesse ponto para as formulações realizadas para explicar o modo de comunicação da *cólera-morbus*. Por um lado, concebia-se, como vimos da declaração emitida pela *Comissão de Salubridade Pública*, a importância do caráter “estrangeiro” da moléstia, que considerava o perigo dos portos como fonte de importação da doença. De outro, ponderava-se sobre as condições de insalubridade, tanto do espaço urbano, quanto do clima e solo dos sertões da província que, segundo a comissão médica, constituir-se-iam como fatores que facilitavam a propagação da moléstia.

Nos meandros do estabelecimento de uma definição dos meios através dos quais se daria a comunicação da *cólera-morbus*, observaremos como serão estabelecidas duas concepções distintas que oporiam as noções de *infecção* e *contágio*, constituindo um campo de debates e disputas no âmbito acadêmico e oficial. Adicionalmente, acompanharemos como a formulação dessas concepções reverberaram em duas propostas diferentes para a contenção do mal. Antes disso, no entanto, passemos a descrever as principais teorias médicas que nos ajudam a entender a formulação dos conceitos e concepções médicas sobre as epidemias no período.

DO QUE O MUNDO É FEITO?

Não é possível entender os princípios e as concepções médicas produzidas no período que estamos abordando sem nos remetermos às teorias e concepções anteriormente formuladas e que trazem importantes articulações com o pensamento médico do século XIX. Desse modo, gostaria de destacar aqui as principais teses que fundamentaram as reflexões médicas que se debruçaram sobre o estabelecimento de uma definição para a natureza das moléstias epidêmicas.

No século XIX, o pensamento médico e o saber por eles produzido são resultado de um movimento de aproximação e distanciamento em relação a teorias e concepções que remontam à Antiguidade. Entre elas estaria a *teoria humoral* ou do

⁶⁹ Idem: 15.

humorismo cuja influência sobre a definição de etiologias e terapêuticas prevaleceria mais ou menos intacta nas formulações médicas produzidas no período que compreende os séculos XVI e XVIII. De modo geral, a teoria humoral assentava-se em uma concepção dinâmica das doenças e concebia que os processos de adoecimento resultariam da quebra do equilíbrio ou harmonia existente entre os quatro humores ou líquidos orgânicos que, de acordo com esse sistema de conhecimento, compunham o corpo: o sangue, a fleuma, a bÍlis amarela e a bÍlis negra (Canguilhem, 1978).

Os princípios que definem as concepções de saúde e doença previstas pela teoria humoralista, dessa forma, fundamentar-se-iam na suposição de que o equilíbrio ou desequilíbrio desses quatro elementos seria responsável pelos estados de saúde e de doença. Porém, seus pressupostos não se limitariam à descrição dos estados físicos envolvidos nos processos de adoecimento. Notadamente, esse postulado também seria mobilizado para qualificar alguns estados psicológicos do indivíduo como, por exemplo, nos casos em que se observa o uso dos adjetivos fleumático, bilioso, colérico e sanguíneo, que portam acepções que descrevem estados de espírito ou mesmo se relacionariam com características de personalidade e disposições do humor⁷⁰.

A concepção que se estabelece a partir da suposição da existência de um equilíbrio entre os humores estaria associada ainda à influência de fatores internos e externos aos quais estariam submetidos os fenômenos de saúde e doença. Do lado dos fatores internos estaria, então, aqueles que corresponderiam a elementos da

⁷⁰ Neste ponto, podemos observar a articulação que essa teoria fundamentada no equilíbrio entre os quatro humores apresenta com a origem do termo *cólera-morbus*. Na sua acepção mais geral, a palavra *cólera* tem sua origem do latim *cholera* que, por sua vez, é derivada do grego *kholéra*, que significa bÍlis. Na língua portuguesa, a palavra assumiria o sentido que remete a um impulso violento – relacionado a sentimentos como ira, raiva, fúria, furor, zanga. A designação *cólera* como referência a uma doença, no entanto, aparece na Antiguidade, particularmente nos escritos de Hipócrates para descrever o estado mórbido caracterizado por diarreia intensa, vômitos e desidratação. A diferença que se estabeleceu historicamente entre os significados mais gerais da palavra - ou seja, aqueles relacionados à acepção que define a bÍlis ou à ideia de um impulso violento – daquele utilizado para designar a doença propriamente dita, foi o emprego do qualificativo latino *morbus*, dando origem ao termo *cólera-morbus*, frequentemente utilizado no masculino (Santos Filho, 1977). Outras associações ainda em relação aos sentidos que assumem esse vocábulo podem ser encontradas na articulação que se verifica entre o elemento *bÍlis* e a palavra *cólera*. Podemos identificar, nesse sentido, na Grécia Antiga, o emprego do termo para designar certos distúrbios gastrointestinais que estariam relacionados a disfunções nos processos de produção daquela substância. Não coincidentemente, a teoria humoralista de tradição hipocrática definiria a bÍlis como um dos quatro humores que compõem o corpo humano e que, por sua vez, mostrava-se como condição essencial para a manutenção do equilíbrio necessário à preservação da saúde dos indivíduos.

própria constituição do homem, ou em outras palavras, entendia-se que esse princípio integrava a sua *essência* ou *temperamento*, como vimos. Por outro lado, os fatores externos estariam associados a um conjunto amplo de elementos que incluíam o ar, o clima, a água, a alimentação e até mesmo a conjunção astrológica.

Seguindo essa formulação, observaremos como a partir da teoria humoral seria engendrado um conceito que se tornaria chave para a compreensão dos processos de adoecimento no século XIX: a noção de *miasma*. Durante a Idade Média veremos, nesse sentido, como este conceito apresentaria associações diretas não apenas com as definições dos estados mórbidos, mas estaria estritamente ligado à ideia de *contágio*, sendo estes termos considerados quase como sinônimos na linguagem médica da época. Definido como elemento patológico, o miasma seria responsável pela corrupção do meio, podendo ser detectado nas condições do entorno, fundamentalmente do ar ou da água, ocasionando uma influência negativa e direta sobre os humores que compõem o corpo (Czeresnia, 1997).

A partir do século XVI, no entanto, essa noção de contágio será revista à luz dos eventos epidêmicos, quando Girolano Fracastoro (1478-1553) publica no ano de 1546 a obra *Contagion*. Na definição deste autor, o conceito de contágio estava assentado na ideia de um tipo de corrupção causada por partículas imperceptíveis que se manifestavam de forma igual nos portadores e receptores, originando-se tanto do corpo do próprio indivíduo, quanto no mundo externo – essencialmente no ar, na água, no pântano. Fracastoro definiria também o mecanismo por meio do qual se daria a comunicação dessas partículas. Desse modo, esclarecia que a comunicação poderia se realizar tanto por meio do contato direto entre indivíduos, quanto indiretamente, mediado por objetos. Podendo ainda ocorrer a distância, sem que qualquer mediação de objeto fosse mobilizada. Essa concepção, no entanto, mostraria continuidades importantes com a teoria humoralista ao remeter a origem do contágio tanto às corrupções e putrefações, quanto a outros fenômenos como terremotos e conjunções astrológicas específicas (idem: 80).

Em outra direção, posteriormente à formulação proposta por Fracastoro, podemos identificar outra importante explicação para os eventos epidêmicos e que, como veremos, mostrar-se-ia bastante difundida nas concepções médicas produzidas no século XIX. Os pressupostos elaborados pelo médico inglês Thomas Sydenham (1624-1689) estabeleceriam, nessa direção, um modelo de compreensão das epidemias depositando menor ênfase nas ambiguidades que a dinâmica entre o corpo

e o meio supunha. Essa formulação definiria, então, que as epidemias surgiam em decorrência de alterações que se processavam nas características do ar e que, por sua vez, levavam ao adoecimento. O conceito de *constituição epidêmica* remetia, assim, a uma ocorrência singular, dependente das condições do meio para sua manifestação (ibidem: 82).

Notemos, nesse ponto, como a partir dessa concepção as epidemias passam a ser concebidas enquanto uma totalidade, o que respaldava, por sua vez, a formulação dos amplos programas de saneamento que foram concebidos a partir da ideia de que a manifestação epidêmica seria resultante de uma apreensão essencialmente coletiva da doença (Foucault, 1979). A este respeito, vemos como para Sydenham, os registros epidêmicos comportariam uma série de desdobramentos e ampliações que se realizariam em uma série de acontecimentos, formando uma rede extensa e complexa (Czeresnia, 1997: 83).

Comparando as teorias do *contágio* (Fracastoro) e da *constituição epidêmica* (Sydenham) veremos como a diferença principal entre elas não reside na oposição entre “miasma” e “contágio”, já que para ambas as epidemias seriam originadas tanto de estímulos provenientes do mundo externo, quanto do contato com outros indivíduos. Dessa forma, a diferença que se estabelece entre os dois pressupostos estaria no fato de que a concepção de *miasma* enfatizaria a necessidade de precisar a *causa*, ou seja, o princípio ou estímulo que produz a doença no corpo. Do outro, o conceito de *contágio* enfatizaria a *predisposição* ao adoecimento e que pode ser identificada tanto no corpo, quanto no mundo externo (idem: 84).

Como veremos a seguir, esta distinção que acabamos de apontar será essencial para a compreensão do debate que se instaura no interior da constituição médica sobre as formas de comunicação da *cólera-morbus*, bem como nos permite seguir as controvérsias em torno das quais vão girar as disputas entre *contagionistas* e *não contagionistas* (infeccionistas).

Finalmente, de todas essas discussões o que resta? A cólera é ou não infecciosa? Não sabemos! (Faria, 1856: 50)

O campo de controvérsias que se organiza à medida que a ameaça da *cólera-morbus* vai se tornando presente, pode ser caracterizado a partir de dois pontos principais em torno dos quais orbitaram as disputas médicas. O primeiro diz respeito ao princípio de *comunicação da doença* que, por sua vez, apresentava duas teses concorrentes para explicar os mecanismos por meio dos quais se dariam os processos de adoecimentos: de um lado, a tese que considerava o *contágio*; de outro, aquela que indicava a *infecção*. Em relação ao segundo ponto em torno do qual se definiriam as disputas médicas, este pode ser depreendido do primeiro e diz respeito às medidas profiláticas que deveriam ser acionadas para a prevenção e tratamento da *cólera-morbus*.

Tratemos, primeiramente, da definição dos mecanismos de comunicação da *cólera-morbus*.

No *Dicionário de medicina popular* (1851) o significado atribuído ao verbete *contágio* refere-se ao mecanismo de comunicação de agentes patogênicos que se apresenta quando “(...) a propriedade que tem certas moléstias de se comunicar de um a outro indivíduo pelo contato, ou por intermédio do ar” (Chernoviz, *op. Cit.*: 676-77). A doença denominada por esses termos seria, assim, considerada “contagiosa” ou “importada”.

A concepção de infecção, por sua vez, de acordo com o mesmo dicionário, diria respeito a uma forma de comunicação de agentes etiológicos que se daria por meio de uma “ação exercida na economia por miasmas morbíficos”, resultando dessa forma em:

toda moléstia que não se transmite senão mediante a intervenção de agentes, ou primeiro, tornados estranhos ao organismo, donde, aliás, sairão, e depois sofrerão alterações químicas; ou segundo, originados de outros focos completamente estranhos ao organismo humano (idem: 227).

Essa distinção fundamental no pensamento médico do século XIX estabeleceria duas formas diferentes de compreender as epidemias e reverbera sobre uma multiplicidade de elementos que poderiam, em princípio, portar os agentes etiológicos da *cólera-morbus*: em ambos os casos esses agentes, ainda que imprecisos, poderiam ser identificados tanto nas coisas, quanto nos indivíduos. Desse modo, como vimos anteriormente ao percorrer as teses que definiriam sobre o modo de comunicação das doenças, a diferença fundamental entre essas duas formas de entender as etiologias das moléstias epidêmicas resultaria essencialmente de um lado, na identificação de uma *causa* como no caso da infecção e, de outro, na predisposição ao adoecimento, tanto do corpo, quanto do ambiente, caso do contágio.

Do ponto de vista das controvérsias entre contagionistas e não contagionistas essa distinção se revela, no entanto, no modo como cada uma dessas vertentes vai operacionalizar medidas de contenção contra o avanço da *cólera-morbus*. Assim, como vimos no início deste capítulo, os contagionistas, ou seja, os adeptos da teoria do contágio, vão identificar no controle dos portos – essencialmente a circulação dos indivíduos – a forma mais apropriada de conter o avanço do mal. Já os não contagionistas, ou seja, os seguidores da vertente da infecção, movem suas atenções para um amplo campo mórbido que abarcam desde a constituição atmosférica aos costumes e hábitos da população.

Notemos dessa forma, como no primeiro caso, ou seja, no que diz respeito ao contágio, as medidas preventivas vão se restringir a medidas de isolamento: os cordões sanitários, as quarentenas e os sanatórios, ou seja, providências generalizáveis para todos os tipos de doenças. Enquanto que no segundo contexto, ao considerar a singularidade da doença, as medidas que passam a ser acionadas obedecem à busca por particularidades: da constituição atmosférica, dos hábitos alimentares, dos costumes e das raças. Ainda que vago, o conceito de miasma⁷¹ que perpassa essa

⁷¹ A ideia de infecção ou miasma como causa direta das epidemias de *cólera-morbus* se mantém como uma explicação bastante difundida nas teses médicas ao longo do século XIX. Acompanhando a difusão dessa tese nos meios médicos brasileiros, vemos como já em 1833, a *Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro* emitira um parecer sobre as causas da comunicação do *cólera-morbus*, no qual apontava a teoria dos miasmas como uma das principais origens da moléstia. A predominância dessa formulação pode ainda ser acompanhada nos trabalhos acadêmicos produzidos no âmbito da *Academia Imperial de Medicina*, entre os quais é possível citar: *Dos pântanos considerados como causa das moléstias* (Capanema, 1870), *Das emanações palustres* (Fonseca, 1876) e *Das causas das moléstias* (Mattos, 1878).

formulação é articulado às especificidades locais que devem ser estudadas a partir de critérios precisos e exatos do método científico.

PRINCÍPIOS ETIOLÓGICOS

Se acompanhamos as considerações elaboradas por Joaquim Aquino da Fonseca sobre o meio natural e sua relação com as condições de salubridade, veremos como as assertivas do médico indicavam mudanças significativas na qualidade do clima e do ar respirado na cidade de Recife que, progressivamente, via-se alterado pelos inúmeros “focos pestilenciais” que passavam a fazer parte da sua paisagem. Essa formulação, por sua vez, vinha se contrapor tanto aos relatos dos viajantes que aportavam em terras brasileiras no início do século XIX, quanto ao consenso geral daqueles que observavam a cidade e exaltavam sua exuberância natural, conformada na sua constituição tropical e benignidade para a saúde.

Nesse aspecto, há de se considerar as mudanças operadas no pensamento médico que se realizam a partir da introdução dos métodos e práticas de mensuração das condições climáticas que detalhamos no capítulo anterior. Vê-se, nesse sentido, como as inúmeras medições e análises realizadas pela *Sociedade de Medicina de Pernambuco* passam a indicar que a qualidade do clima da cidade apresentava altos níveis de insalubridade e, podia mesmo, ser classificado como insuportável. A este respeito, o Dr. João Laudon – um dos responsáveis pela produção desses índices – lançava a hipótese de que o alto grau de insalubridade da cidade poderia ser explicado pelas próprias características da constituição atmosférica local, essencialmente, nos elevados índices de calor e umidade. Adicionalmente, o médico advertia para os problemas que as recentes mudanças na paisagem urbana da cidade teriam ocasionado, como o aumento acelerado da população, que se amontoava em habitações pequenas e mal ventiladas e agravavam a qualidade do ar respirado, bem como, o acúmulo desenfreado do lixo nas ruas e áreas pantanosas da cidade que, por sua vez, aumentavam a produção de gases deletérios e aceleravam os processos de contaminação do ar atmosférico.

A mudança processada na percepção das qualidades do clima e da paisagem de Recife resultava em outra importante tese. Aquino da Fonseca demonstrava a este respeito, como as mudanças apreendidas da observação das condições atmosféricas da

cidade podiam facilmente ser correlacionadas com o surgimento de muitos males que acometiam a população, bem como evidenciaria a existência de relações estreitas com a extensão dos surtos epidêmicos. Nesse sentido, haveria pontos de intersecção que conectavam a presença de condições atmosféricas adversas - relacionadas particularmente a elevados índices de temperatura e a umidade - com a proliferação de casos de contaminação por uma determinada moléstia.

A observação do médico seguia em direção a certo consenso que vinha se conformando entre os cientistas, por meio do qual se estabelecia o pressuposto de que os índices de umidade e calor apresentados no Brasil demonstravam uma gravidade superior àqueles existentes na Europa. Nesse contexto, a quantificação exata desses fatores e a comparação entre as diferenças existentes entre os índices atmosféricos presentes no Brasil de um lado, e na Europa, por outro, serviam como argumento para explicar as condições particulares de insalubridade atribuídas ao país e, por consequência, esclarecer a razão pela qual as epidemias alcançavam grandes proporções ao chegarem ao país.

O método de trabalho adotado por Aquino da Fonseca partia, assim, do uso da estatística, que permitia traduzir em números a qualidade das condições naturais da cidade e que, por sua vez, poderiam ser comparadas com as observações dos casos clínicos, compondo evidências sobre a definição da natureza de determinada moléstia. Na intersecção desses dados, seria definido o que a medicina do século XIX denominaria por “moléstias reinantes”. Por fim, formular-se-ia a *Constituição Médica* local, ou seja, um conhecimento que reunia o conjunto de moléstias, desenvolvidas em determinadas condições ambientais e que, adicionalmente, mostrariam reincidências em uma região ou localidade específica ao longo do tempo. Assim, tal esforço, permitiria aferir as considerações gerais que relacionavam dados quantitativos sobre as propriedades atmosféricas e a observação de certas doenças:

Com esta quantidade de chuva, e achando-se a cidade rodeada por todos os lados de água, não admira que o hidrômetro marque quase constantemente a máxima umidade que frequentemente chega a cem graus, de sorte que temos aqui quase sempre umidade extrema para a temperatura reinante. Duvido que haja terra mais úmida do que Pernambuco, o que não pode deixar de ter influência tanto sobre a saúde dos habitantes, como sobre a força da vegetação⁷².

⁷² “Seis meses de observações meteorológicas em Pernambuco”. *Annaes da Medicina Pernambucana* 1842-1844.

Diante da epidemia de febre amarela de 1849, Aquino da Fonseca ao inquirir sobre as causas do mal cita as “coincidências” entre o surgimento da moléstia e as combinações meteorológicas – essencialmente, o médico cita o calor e a umidade atmosférica excessivos. Adicionalmente, apontava para as condições topográficas da cidade – que aliava a presença de áreas alagadiças e pântanos ao descaso com a matéria em decomposição e o acúmulo de lixo que, facilmente, podiam ser identificados nesses lugares. Assim, embora o médico, ponderasse sobre a possibilidade de ser verdadeira a tese que considerava a comunicação da doença pela importação, a crença nos fatores locais se revelava como a explicação mais aceitável, segundo ele, para justificar a intensificação de epidemias como a da *cólera-morbus*:

Até hoje não foi resolvida a questão: navios têm chegado dos portos da Grão-Bretanha, sem que nenhuma vez suas entradas tenham sido comunicadas ao Conselho pelo Provedor de Saúde, e as mencionadas vindas a bordo desses navios, tem sido recebidas na Alfândega, sem que ela possa asseverar que não eram precedentes de ponto infectado, porque nenhum aviso lhe tem sido dado pelo Inspetor; e tudo isso o põe na impossibilidade de vedar que a cólera se declare nessa Província, onde sem dúvida não deixará de fazer grandes estragos, se por desgraça tão terrível flagelo vier a desenvolver-se, em consequência da falta de observância das regras de higiene; concorrendo para isto já os poucos meios, de que pode dispor a Província, e já os maus hábitos dos seus habitantes, encontrando-se em muitos pontos da cidade, até mesmo nos lugares mais frequentados, focos de emanações pútridas, que muito desconceituarão a Província aos olhos dos estrangeiros, que nela vivem ou por ela viajam⁷³.

Porém, no momento em que os portos passam a ser concebidos como um dos pontos mais vulneráveis para a entrada da *cólera-morbus*, o presidente da província, Francisco do Rego Barros, pouco a pouco, convencia-se da predominância dos mecanismos de importação da moléstia, descartando as considerações propostas por Aquino da Fonseca que procuravam associar as condições de insalubridade da cidade aos princípios por meio dos quais se realizaria a comunicação do flagelo. Para o presidente da província, desse modo, a tese que versava sobre o contágio ou importação do mal se mostrava como a mais aceitável:

⁷³ *Coleção dos Trabalhos do Conselho de Salubridade Pública 1845-1851*: 37.

Que qualquer uma das epidemias, quer a da febre amarela, quer a da cólera-morbo, foi importada de países onde grassaram semelhantes flagelos, não podendo prevalecer, perante a rigorosa apreciação dos fatos, os argumentos aduzidos em contrário deste asserto; porquanto, concedendo mesmo que no país houvessem elementos suficientes ao seu desenvolvimento, à vista do péssimo estado geral da nossa higiene pública e das condições climatéricas idênticas a de outros países em que reinam eles, é certo que nunca apareceram, em qualquer ponto sem que se desse o excitador externo, ou antes sem que chegassem ao nosso porto navios vindos de outros infectados. Explicar o fato de sua explosão nos primeiros pontos invadidos por uma iminência epidêmica, ou por mera coincidência, como querem os defensores da doutrina contrária, é buscar o vago e desconhecido com preterição daquilo que está presente, e é facilmente explicável pelos conhecimentos da ciência.⁷⁴

De fato, a conciliação entre as teses de contágio e infecção que as considerações de Aquino da Fonseca processava, ajudava a explicar como doenças como a *cólera-morbus*, por exemplo, teriam passado de regiões tão distantes como a Índia ao continente Europeu e, em seguida, atingido as Américas e o Brasil. Entretanto, ainda que tenha se dedicado às atividades de prevenção dos mecanismos por meio dos quais se acreditava realizar a importação da doença, essencialmente, com a adoção de protocolos de controle sobre os navios que aportavam ao porto de Recife, Aquino da Fonseca jamais se convencera plenamente da exclusividade das teses contagionistas.

Nesse sentido, as concepções formuladas pelo médico repousariam na ideia de que a moléstia, em um primeiro momento, teria sido introduzida no país por meio da circulação e contato das pessoas com os lugares ou pessoas contaminadas. A partir desse momento, no entanto, ao encontrar um ambiente favorável, ou condições propícias para seu desenvolvimento, o flagelo ganharia força e se espalharia em uma determinada região ou localidade, conformando-se, por assim dizer, em um mal endêmico.

Notemos a este respeito, que a ambiguidade presente na explicação formulada por Aquino da Fonseca expressaria a incerteza sobre as verdadeiras causas da *cólera-morbus*, que se disseminava entre o meio acadêmico da época. Desse modo, podemos entrever como a divisão estabelecida entre contagionistas e não contagionistas não representava uma diferença tão rígida como o discurso médico apresentava. O próprio

⁷⁴ Relatórios do Presidente da província de Pernambuco, Francisco Rego Barros, à Assembleia Legislativa (1837-1844).

título “contagionista convicto” que muitos autores utilizaram para definir esse ou aquele ator é expressivo nesse sentido. Em verdade, a natureza e a forma de transmissão da *cólera-morbus* eram objeto de constantes controvérsias que não se restringiam aos limites das instituições de medicina de Pernambuco, mas prevaleciam também entre os membros da AIM.

Desse modo, vale atentar para o fato de que as posições radicais sublinhadas entre contagionistas e não contagionistas fazem pouco sentido quando observamos os estudos médicos produzidos sobre a *cólera-morbus* nesse período. Para se ter uma ideia de como o debate sobre os princípios de comunicação da moléstia mobilizou as disputas médicas em meados do século XIX, basta percorrer as teses apresentadas à *Acadêmica Imperial de Medicina* no período. Tomemos nesse sentido, o levantamento realizado por Jane Felipe Beltrão (2004) que percorreu cerca de 20 teses produzidas no intervalo que vai de 1838 a 1872, todas defendidas no âmbito da AIM e que tiveram como tema a *cólera-morbus*. Segundo a autora, *grosso modo*, essas teses tinham como objetivo principal definir a natureza da comunicação da moléstia, o que se colocava a partir da formulação da questão chave: “Seria a cólera contagiosa?”⁷⁵. Como indica a autora, embora a maioria dos estudos analisados por ela tomasse partido por uma ou outra teoria, a resposta final dada à pergunta era invariavelmente: “não sabemos!”

Como, então, podemos entender essa indefinição no pensamento médico? A este respeito, Joseph François Xavier Sigaud (2009 [1844]) considerava que epidemias como a de *cólera-morbus*, por exemplo, seriam resultado da migração do mal de um continente a outro, ou seja, considerava que, em relação às causas do mal, a *cólera-morbus* se enquadrava na categoria de moléstia importada que passaria do doente ao indivíduo são, essencialmente através do contato imediato. No entanto, essa afirmação se mostrava repleta de ambiguidades.

Adicionalmente, ainda que definisse a *cólera-morbus* como um mal importado, o médico francês ponderava que as condições climáticas e topográficas poderiam ser mais ou menos favoráveis ao desenvolvimento das moléstias epidêmicas, o que de certa forma reforçava a influência das constituições naturais e do “regime das populações” sobre os processos de adoecimento. Essa nova percepção sobre a doença, desse modo, repousava na concepção de que os princípios etiológicos

⁷⁵ Nesse sentido, alguns títulos se mostram bastante sugestivos como, por exemplo, a tese intitulada *Da cólera-morbus, sua sede, natureza e tratamento. Será contagiosa?* (Albuquerque, 1856).

de uma determinado mal ou evento epidêmico deveriam ser estudados obedecendo a uma determinada jurisdição territorial e suas características tanto ambientais, quanto sociais. Nesse sentido, refletiria:

Cabe a medicina, dentre outras atribuições, o exame das causas que geram as epidemias, bem como os meios de destruí-las. No estudo das epidemias, as condições de sua produção devem ser o ponto mais importante. As epidemias podem ser mais importantes e, nesse caso, cabe estudar-lhe a naturalidade, para que se possa impedir a propagação do mal e evitar seus terríveis estragos. Mas também podem ter sua origem em causas locais, cabendo à ciência determinar as topografias médicas de algumas localidades mais suspeitas. O viciamento do ar seria aqui a primeira razão de tais fenômenos (idem: 237).

As considerações formuladas por François Sigaud a respeito dos mecanismos de comunicação da *cólera-morbus* ajudavam a compatibilizar duas visões que, aparentemente, nas controvérsias médicas do século XIX, pareciam ser absolutamente excludentes: o contágio e a infecção. Atento para as mesmas questões apresentadas por este médico, Aquino da Fonseca indicava como a doença, na sua origem, seria de natureza infecciosa, como as febres dos charcos, por exemplo, ou as febres perniciosas ou mesmo a febre amarela. Ao deixar seu lugar de origem - a Índia e, mais precisamente as margens do rio Ganges - no entanto, ela passaria a ser transportada com as caravanas de viajantes e, a partir disso, alcançaria todos os continentes a partir da circulação marítima.

(...) conservando todos os seus caracteres, sem receber influência nem do frio nem do calor nem da sequeidão nem da umidade, junto ao polo e sob o equador, evidentemente apresenta tudo que constitui uma moléstia contagiosa, e recusar-lhe isto porque o ar transporta seu princípio contagiosa à distância ainda mal limitada e provavelmente bastante pequena, é negar o fato no que ele tem de mais característico, o contágio no que ele oferece de mais perigoso⁷⁶.

Essa explicação era, por fim, exemplificada por duas situações distintas. A primeira relatava casos empíricos que comprovavam o contágio de pessoa para pessoa e que eram percebidos pelo autor como resultados de contaminações que se dariam

⁷⁶ *Annaes da Medicina Pernambucana 1842-1845*: 135.

tanto por meio do contato direto, quanto pelo contato indireto - mediante roupas ou objetos pessoais dos doentes, por exemplo. Nesse sentido, uma pessoa que tivesse sido exposta a uma atmosfera infectada pela *cólera-morbus*, em aglomerações, na rua ou em qualquer outro lugar público fechado, poderia disseminar a doença.

O segundo exemplo relatava como a contaminação pela doença poderia se realizar mediante as correntes de ar. Assim, o princípio de comunicação da *cólera-morbus* se caracterizaria essencialmente por sua *imprevisibilidade* ou por sua *espontaneidade mórbida*. Ora apareceria aqui, ora ali; em alguns momentos acometia populações inteiras, em outros, restringia-se a uma rua ou um conjunto de casas. Tal imprevisibilidade, nesse sentido, justificava-se pelas correntes de ar infectadas, que seguiam sem uma direção definida, podendo atingir imensos contingentes humanos ou desviar-se de importantes centros urbanos, de acordo com o seu curso.

Aquino da Fonseca procurava respaldo para suas formulações, nesse sentido, no nosso clima tropical e, mais especificamente, nas características topográficas da cidade de Recife que, rodeada de todos os lados por uma imensidão de água, mostrava-se ainda mais suscetível ao aparecimento dos miasmas. Além disso, notava ele, uma vez a doença instalada, o processo de fermentação das matérias emitidas pelos doentes se realizava rapidamente, contaminando o ar com uma diversidade de miasmas contagiosos o que, por sua vez, manteria vivo o processo de comunicação da moléstia.

Vê-se, dessa forma, como as considerações sobre os modos de comunicação das doenças epidêmicas formuladas por Aquino da Fonseca, vão ajuda-lo a definir um conjunto de protocolos higiênicos que deveria ser adotado em terras tropicais. Embora médicos, como Aquino da Fonseca, mantivessem certa fidelidade a sua formação europeia, amparando sempre seus argumentos em publicações estrangeiras, veremos como serão adicionados ao seu receituário higiênico⁷⁷ cuidados condizentes com o nosso clima, ou seja, ajustados à constituição tropical e que se revelavam, por

⁷⁷ Em *Notas sobre o tratamento da cólera-morbus* (1862), Joaquim de Aquino da Fonseca relaciona uma lista de medidas profiláticas e de cuidado com o doente que recomendavam, de forma geral, cautela frente às variações atmosféricas, que incluíam o agasalhamento adequado no momento de dormir, restrições dietéticas, entre elas, evitar comidas demasiadamente salgadas e restrições em relação às bebidas alcoólicas, bem como destinava ênfase especial à rotina de higiene corporal. Nesse sentido, era indicado que o indivíduo tomasse ao menos um banho por dia e realizasse a troca constante das roupas. Estendida aos escravos, essa recomendação falava da necessidade destes se banharem em águas limpas e exigia que seus proprietários regulassem a circulação dos mesmos, proibindo-os de frequentar lugares muito movimentados e de dormir amontoados em espaços excessivamente úmidos ou sem uma circulação de ar adequada.

exemplo, nas instruções sobre o tipo de vestimenta ideal e nas recomendações dos banhos diários, o que remete, por exemplo, às adaptações ao vestuário propostas por Gilberto Freyre, que segundo este autor, deveria ser adequado ao nosso clima tropical.

Ao aderir à teoria do contágio, no entanto, Aquino da Fonseca seria acusado de renunciar às medidas profiláticas e de controle das moléstias importadas, o que na prática o responsabilizava pela disseminação da *cólera-morbus* na província. Em sua defesa, exporia sua falta de receio em se colocar em contato direto com os doentes, o que para ele evidenciaria a falta de comprovação científica da tese do contágio:

mais uma vez tenho dado provas de que não tenho receio de que o mal se me transmita. Para aproximar-me de coléricos nunca me foi preciso empregar desinfetantes... não lavo as mãos com água de Labarraque, e até por vezes deixo de fazê-lo com água comum⁷⁸.

No entanto, com a chegada da *cólera-morbus* ao país, outras teses vão ser acionadas para explicar os mecanismos de comunicação do mal, vejamos como isso se processa nas considerações de Cosme de Sá Pereira.

UMA CARTOGRAFIA

Antes da chegada da epidemia de *cólera-morbus* à província, Cosme de Sá Pereira, frente ao debate que se delineava sobre as formas de comunicação da moléstia, considerava-se “não contagionista”. No entanto, notaremos, progressivamente, certa mudança nas teses formuladas pelo médico que se processaria a partir do momento em que ele se depara com a chegada da epidemia à província em 1855. Nessa ocasião, Cosme de Sá formularia métodos de estudos sobre os mecanismos de comunicação da doença, acompanhando, *in loco*, os casos clínicos que conseguia compilar, sobretudo nos sertões, onde segundo ele era possível acompanhar as redes traçadas pelo mal que se transmitia, de acordo com sua tese, essencialmente, de indivíduo para indivíduo:

Até então a opinião reinante aqui entre os médicos era anti-contagionista; eu pertencia a ela: depois de tais fatos e de outros muitos, me fiz contagionista convicto, por - fatos que se passaram,

⁷⁸ *Diário de Pernambuco*, 28 de março de 1856.

não na Rússia, não na Índia, não na China, mas sim no interior desta Província, sobretudo na capital – Pernambuco⁷⁹.

Este estudo integrava um vasto programa de pesquisa, voltado exclusivamente para o controle da epidemia de *cólera-morbus* e que Cosme de Sá produziu a pedido do presidente da província, em um momento posterior à dissolução do *Conselho de Salubridade Pública* e a demissão de Aquino da Fonseca de sua presidência. Seu projeto de investigação⁸⁰ partia do princípio de que a comunicação da *cólera-morbus* se realizava por meio de uma entidade mórbida específica e dotada de características ímpares. Para ele, a doença portaria um ciclo de vida bem definido: nascia, crescia e morria, deixando, por vezes, suas “sementes para reaparecer quando se oferecessem as condições favoráveis ao seu desenvolvimento”⁸¹. Por outro lado, de forma complementar, sua tese definiria que a moléstia se mostrava também como uma doença exótica que, nascida na Índia, teria sido transportada para toda a Europa e os países americanos por meio do mecanismo de *importação*.

Notemos nesse ponto, como a elaboração do seu programa obedecia a um método de trabalho bastante claro e definido. Desse modo, veremos como durante a fase mais crítica da epidemia, Cosme de Sá acompanhou a rede traçada pelo mal, seguindo sua marcha, que segundo ele, tinha um rumo certo. Nesse sentido, o médico, por meio de dados que recolhia tanto em Pernambuco, como em outras províncias, acompanhou o trajeto da epidemia, desde o momento de sua chegada ao território brasileiro até sua eclosão na capital da província, Recife. Assim, de acordo com Cosme de Sá, a partir de um caso clínico determinado, era possível detectar conexões precisas que indicavam a origem e o percurso que a moléstia traçaria:

Reparando-se ainda em todos esses pontos invadidos pelo cólera fora das capitais, vê-se que são eles pequenos povoados, separados uns dos outros por grande número de léguas, onde os habitantes, como que constituem uma só família, do qual nenhum indivíduo sai ou entra, adoece ou morre sem que todos tenham pleno conhecimento do fato, circunstância esta que facilita muito verificar

⁷⁹ *Reminiscência do cholera em Pernambuco nos anos de 1855 a 1856 pelo Dr. Cosme de Sá Pereira* (1885: 74).

⁸⁰ O plano para o combate da *cólera-morbus* elaborado por Cosme de Sá Pereira foi publicado no ano de 1856 nos *Trabalhos do Conselho de Salubridade Pública*. No entanto, anos mais tarde, em 1882, esse plano foi revisto, ampliado e publicado sob a forma de um livro pelo autor, resultando em um trabalho mais detalhado sobre a natureza, etiologia e maneira de combater a enfermidade.

⁸¹ *Reminiscência do cholera em Pernambuco nos anos de 1855 a 1856 pelo Dr. Cosme de Sá Pereira* (1885: 15).

neles, não só os indivíduos doentes como a procedência dos afetados, suas consequências, o dia do acontecimento mórbido, o dia do falecimento, que tudo foi observado com o maior cuidado possível⁸².

Observando as redes que conectavam os casos registrados da moléstia, Cosme de Sá concluía que o mal era suscetível de ser transportado e se mostrava capaz de se reproduzir em lugares tão distantes uns dos outros e entre um grande número de pessoas. A este respeito, formulou a tese de que a *cólera-morbus* se mostrava mais *germinante* que *infectante*, ou seja, infectante no sentido de se comportar como um elemento que, uma vez introduzido no organismo, corrompia os humores, porém não se reproduzia. Diferentemente do que ocorreria com um elemento germinante que, quando introduzido no organismo, corrompendo ou não os seus humores, produziria novas combinações que resultavam, por sua vez, em matérias com a mesma propriedade. Cosme de Sá distinguiria, dessa maneira, as doenças que resultavam do ambiente ou dos miasmas daquelas de natureza contagiosa. As primeiras, segundo ele, eram sazonais, considerando que se manifestavam e se repetiam de acordo com as diferentes estações do ano. As doenças contagiosas, por sua vez, atingiam o indivíduo uma única vez, matando-o ou o tornando imune.

Ao estabelecer o caráter contagioso da *cólera-morbus*, Cosme de Sá se colocava ainda outras questões em relação aos meios de comunicação da moléstia: como definir o veículo que serviria para a comunicação do morbo, seria o ar, a água ou qualquer objeto que esteve em contato com o doente? Para o médico, mesmo contrariando a crença geral de que o ar era o principal meio de transmissão da moléstia, seu estudo lhe permitia elaborar outras hipóteses. Ele notara, nesse sentido, que no seu trajeto, a *cólera-morbus* poupava algumas localidades, aparecendo em áreas muito distantes daquelas inicialmente afetadas. A cartografia definida pelo flagelo, nesse sentido, desacreditava o médico sobre a validade da tese que definia a comunicação da doença por meio do ar:

Se fosse o ar o transmissor do cólera, deveria este seguir a marcha dos ventos, mas a observação mostra que muitas vezes ele marcha inversamente; é isto mesmo que se observou nesta província, porquanto o cólera, em vez de seguir da capital para o centro, para onde correm diariamente os ventos marítimos, veio, ao contrário, do

⁸² Idem: 19.

centro para a capital, apenas banhado pelos ventos terrestres, que só aparecem raras à noite⁸³.

Consequentemente, se não era possível atribuir ao ar a responsabilidade pela disseminação da *cólera-morbus*, os miasmas na condição de gases venenosos que se depositavam no ambiente também deveriam ser excluídos dessa suspeita. Para Cosme de Sá, o ar funcionaria mais como elemento dissipador do que transmissor da doença. Assim, ao ar só se poderia atribuir a reponsabilidade por espalhar os eflúvios coléricos, em caso contrário, ele se comportaria como elemento dissipador e, até mesmo, atenuante do poder de disseminação do flagelo.

Uma condição, no entanto, deveria ser levada em conta nessa configuração de coisas. O efeito dissipador do ar se mostrava relevante apenas quando observado em grandes extensões, em lugares abertos que permitissem a realização do movimento livre dos ventos. O ambiente do quarto de um doente de *cólera-morbus*, desse modo, conteria, por princípio, um ar viciado e, por isso, impregnado de emanções gasosas que se constituíam de inúmeras partículas suspensas que poderiam comunicar a doença, oferecendo condições contrárias àquelas verificadas em lugares amplos. Já nos sertões, veremos como seriam observadas características radicalmente opostas. A falta de barreiras para a circulação dos ventos justificaria, desse modo, a ideia de que no interior da província o clima se mostraria mais salubre, bem como mais favorável para o tratamento de diversas moléstias.

Capacidade análoga a dos ventos, ou seja, de propensão a espalhar e dissipar os efeitos perigosos dos agentes etiológicos, desempenharia a água corrente, essencialmente, aquela dos rios. Nesse sentido, a água não poderia carregar os miasmas coléricos, uma vez que, similarmente ao que ocorre com o ar, as partículas e gases em movimento, permitiam reduzir drasticamente os efeitos desses miasmas. Os rios, nesse sentido, não eram considerados veículos transmissores, ao contrário, as águas estagnadas representariam uma fonte de perigo de contaminação, ponderando que a circulação e diluição de partículas e gases nessas condições eram praticamente inexistentes.

Mas, se o ar ou água – considerando o pressuposto básico de estarem sempre em movimento – não seriam elementos capazes de carregar os miasmas da *cólera-morbus*, como esta moléstia seria transmitida? De acordo com a hipótese aventada por

⁸³ Ibidem: 24.

Cosme de Sá, o meio de comunicação mais provável para o mal seria o “homem ou sua bagagem”, ou seja, o indivíduo doente ou tudo aquilo que tivera contato com ele. A *cólera-morbus* seria assim, de acordo com o médico, transmitida pelo homem em dois estados fundamentais: de fermentação (incubação) e de conservação (potência latente). O flagelo agiria, então, como uma semente que germinaria no momento em que encontrasse um terreno propício. E sendo o homem o verdadeiro transmissor do mal, a disseminação da moléstia dependeria do intercâmbio entre humanos, fato que, por sua vez, justificaria a lentidão com que a epidemia levou para se transportar, por exemplo, da província da Bahia para a cidade de Recife, ou seja, cerca de sete meses:

Esta lentidão em transportar-se o cólera de um povoado a outro, por ventura explicada será, por comunicações aéreas? É impossível para quem conhece a rapidez da marcha do vento; pelas águas dos rios? ainda muito menos, porque estas caminham sempre para um só ponto (o oceano); mas tendo ele aparecido sempre em pessoas procedentes de lugares infectados, e seguido sucessivamente seu lento andar, é com máxima certeza que a elas deve ser imputada toda a transmissibilidade; finalmente, atribuir a disseminação da cólera ao ar que se não respira, ou a água que não se bebeu, ou a uma gênese espontânea, ou a influências locais, por lugares tão diferentes, uns secos, outros pantanosos, alguns baixos, outros elevadíssimos, outros ainda limpos de todas as impurezas, ou acumulados de imundícies (grandes capitais, altos sertões) etc., é uma crença de que inteligência alguma desprevenida poderá jamais capacitar-se, em face de tantos fatos em contrário, que demonstram ser o homem e sua bagagem os únicos importadores e transmissores universais do cólera⁸⁴.

Cosme de Sá, ao considerar a transmissão da *cólera-morbus* a partir do homem ou sua bagagem, revela o esforço de uma prática científica que se realizaria, de acordo com a avaliação do médico, a partir de técnicas de investigação bastante apuradas. Para formulá-la, Cosme de Sá empreendera um estudo intensivo, investigando as redes estabelecidas pela doença, acompanhando o registro de doentes e refazendo o caminho da moléstia a partir dos casos detectados. Assim, o médico cumpriria o desafio de esquadrihar os sertões, lugar que considerava propício para a realização desse tipo de tarefa. Seu método descritivo seria alimentado pelos registros de médicos, missionários, padres, juizes, delegados que formavam um sistema de informação sobre a epidemia nos lugares mais distantes da capital da província.

⁸⁴ Ibidem: 21.

Seu programa conformaria, ainda, outras hipóteses sobre a natureza da *cólera-morbus*. Nesse sentido, seus pressupostos revelavam os mecanismos por meio dos quais se daria a evolução do mal no corpo do indivíduo. Assim, Cosme de Sá formulou a proposição de que a doença se manifestava no corpo do indivíduo após um período que variava de 6 a 8 dias, em se tratando da transmissão de homem a homem. No caso da transmissão via sua bagagem, ou seja, por meio de elementos contaminados, o tempo para sua manifestação não poderia ser previsto, considerando as inúmeras situações possíveis que poderiam ser entrevistas. A este respeito, o médico destaca como, quando, por exemplo, verifica-se a instalação da *cólera-morbus* em lugares fechados como baús, gavetas ou catacumbas, sua manifestação dependeria de um movimento capaz de acionar seu surgimento:

(...) o colérico assemelhava-se ao fósforo em ignição, porque abrasa ou infecciona aqueles que o tocarem, e aquele que não quiser ser queimado, ou infeccionado deve deles se afugentar, ou evitar o seu contato; o cólera latente, isto é, oculto na bagagem do homem, assemelha-se ao fósforo que se conserva em caixa à espera de um pequeno contato, de um atrito ou fricção para desenvolver seu incêndio, ou sua força infeccionante⁸⁵.

À metáfora do fósforo a qual recorre Cosme de Sá reforçaria, nesse sentido, o princípio do contágio. Ao estabelecer os mecanismos que definiam essa teoria, o médico se utiliza de uma analogia bastante ilustrativa que se estabelece entre os processos de comunicação da *cólera-morbus* e o comportamento químico do elemento fósforo. Após definir que a doença não tinha um agente causador único, considerando que a mesma poderia ser comunicada tanto pelo homem, como por sua bagagem – o que implicava em identificar inúmeros meios de transmissão para o flagelo –, o médico definirá como o *contato* se mostra essencial no processo de disseminação da moléstia. Assim, o toque se mostraria o dispositivo-chave que acionaria tanto o incêndio – suposto no comportamento do elemento fósforo – como o contágio ou a morte – caso da *cólera-morbus*. Nesse sentido, prossegue Cosme de Sá: “A que distância deste fósforo maldito o homem julga-se livre de seu calor infeccionante?” Em sua resposta, o médico ponderava: dependeria da intensidade do foco patogênico ao qual o indivíduo estaria exposto.

⁸⁵ Ibidem: 34.

Os debates em torno do estabelecimento de um princípio que explicasse os mecanismos da comunicação da *cólera-morbus* oscilaram entre as teses de contágio e infecção. Entretanto, veremos como o programa médico-científico no período conformará medidas de prevenção ao flagelo tendo como ponto de partida a concepção de infecção. Neste ponto, sublinhemos como a concepção de miasma, ainda que não permitisse equacionar a incógnita que girou em torno da definição de uma causa definida para as epidemias, mostrava-se como um parâmetro para a fixação de um programa sanitário. Esse programa, por sua vez, teria um alcance tão grande quanto o campo mórbido desenhado pela doença, seguindo por uma rede extensa: a constituição atmosférica, a topografia, os hábitos alimentares, os costumes e as raças.

Disso resultaria a consolidação de um programa médico-sanitário que teria dimensões gigantescas – ainda que pouco efetivas – possibilitando aos cientistas do século XIX seguir o fio de Ariadne da epidemia, ligando elementos aparentemente díspares: o navio que chegara recentemente da Europa às prostitutas das áreas centrais da cidade; o sistema de canalização de água ao padrão de moradia das cidades; as práticas charlatãs de cura aos hábitos dietéticos da população dos sertões, e assim por diante.

No próximo capítulo, veremos como o programa médico-sanitário elaborado para a província de Pernambuco no momento de surgimento da *cólera-morbus* será conduzido a partir de formulações e considerações que focalizaram, *grosso modo*, dois contextos distintos: as condições de insalubridade do espaço urbano e a amenidade do clima dos sertões.

CAPÍTULO 3:

DA CORRUPÇÃO DA CIDADE À AMENIDADE DOS SERTÕES

Nos capítulos anteriores acompanhamos como na segunda metade do século XIX a medicina se organizaria de forma oficial na província de Pernambuco, coadunada a um projeto político de Estado que visaria o estabelecimento de programas de pesquisa voltados para a constituição de uma *Geografia Médica*, compreendendo estudos que observavam as implicações de certas doenças em determinados limites geográficos. Embora se conformasse ao conjunto de conhecimentos científicos consolidados a partir da higiene, o grupo de médicos que se instalam em Recife buscou constituir um projeto inovador de medicina adaptado à realidade local e às especificidades da condição tropical do país.

Agora, passaremos a descrever como esse projeto, influenciado pela emergência das epidemias, permitiria aprofundar as relações entre cientistas e Governo, direcionando os esforços do programa médico para a produção de projetos pragmáticos que se voltariam sobre o espaço urbano da cidade e se estenderiam para as fronteiras da civilização - os sertões da província.

A especificidade desse projeto civilizador estava em reunir em um mesmo programa a ciência, o progresso, a modernidade e a educação, com o fito de desvencilhar o país de uma imagem associada ao atraso que representou o passado colonial. Esse projeto consistia basicamente na tarefa de remodelar o espaço urbano e prover a adoção de novos hábitos que passariam a reger o comportamento e as regras de convívio social.

A percepção de uma cidade insalubre, nesse sentido, articularia um plano de remodelação do espaço urbano de Recife. Entre outras questões, mostravam-se como pontos nevrálgicos da gestão pública, drenar as regiões alagadiças, realizar operações contínuas de limpeza das ruas, monitorar os pobres e as prostitutas, entre outras tarefas que tinham por objetivo transpor os obstáculos ao progresso tanto econômico, quanto moral da população, considerando a tese bastante difundida no período de que sanear é também civilizar.

O projeto civilizador respondia também ao ideal de crescimento econômico que a província almejava, vislumbrado no incremento dos meios de comunicação, nas estradas e vias férreas que passam a fazer a ligação necessária entre a capital e o

interior da província. Bem como poderia ser entrevisto no incentivo à imigração estrangeira, que se convertia tanto em meio de modernizar a agricultura, que ressentia de métodos mais racionais para seu desenvolvimento, quanto promover a sedentarização e integração da população de mestiços à sociedade nacional por meio do trabalho.

Neste ponto, sublinhemos a importância que a concepção de “degeneração” da raça teve no debate que considerou os processos de miscigenação envolvidos na civilização dos povos do nordeste do Brasil e reflete uma imagem muito difundida sobre o caráter do caboclo – categoria genérica utilizada para definir a diversidade racial das populações dos sertões da província. Considerava-se que a mistura processada resultava em “destroços da raça”, assim, o caboclo encerraria a imagem da indolência e inconstância que dificultavam sua adaptação na rotina que envolvia o trabalho agrícola, enquanto o “negro liberto”, que ocupava os espaços urbanos e seus arrabaldes, era considerado adepto a uma vida desregrada, repleta de vícios, como a bebida e a vadiagem.

MEDICINA DOS TRÓPICOS

Não é por ignorância, é, pelo contrário, pelo excesso de conhecimento, que os higienistas acumulam opiniões. Nenhuma delas é verdadeiramente certa, eles o admitem, mas nenhuma pode verdadeiramente ser abandonada (Latour, 2001: 38).

A cartografia da cidade de Recife, composta por seus rios e mares, formando ilhas e pontos alagadiços, além das características extremamente diversas da topografia, inspirava os médicos do século XIX em suas formulações sobre os pressupostos de sua *Geografia Médica*. A este respeito, a classe médica considerava como a cidade, em sua diversidade geográfica, favorecia as condições de salubridade fundamentais à manutenção da saúde da população. Em seu estudo denominado *Topographia da cidade do Recife* (1842), o Dr. Joaquim Jeronymo Serpa, descreveria assim as especificidades da geografia da cidade:

A cidade do Recife de Pernambuco é dividida em três Bairros, que são o do Recife, de Santo Antonio, denominado Cidade Maurícia no tempo dos Holandeses, e o da Boa-Vista. Santo Antonio é uma ilha, que comunica com o continente, por meio de três pontes, que vem a ser – a da Boa-Vista, cujo bairro fica ao Poente, a ponte do Recife, e a que se comunica com a Povoação dos Afogados; esta ponte fica em distância de meia légua do Sul do Bairro de Santo Antonio (...)

Os três Bairros, que formão a Cidade do Recife, são repartidos pelo Rio dos Cedros, ou Capiberibe, e as suas Povoações, que ficam localizadas em planície quase arenosa. O Bairro do Recife, que fica mais a Leste, comunica com a cidade de Olinda por meio de um istmo de comprimento de uma légua de terra areenta, banhada a Leste pelo Oceano, e ao Poente pelo Rio Capiberibe, o qual tem seu curso interrompido, por causa do varadouro, ou paredão, que fizeram contiguo a Cidade, a fim de represar a água do Rio Capiberibe.

Acresce a este lago o pântano da Santa, que fica ao Norte da Cidade de Olinda em distância de meia légua: apesar destes pântanos, e a sua posição vizinha ao Equador, a sombra de frondosos bosques próximos desta Cidade, as brisas constantes da parte do mar, a posição alcantilada desta Cidade, pois que a maior parte dos edificios estão colocados sobre as Colinas argilosas e de pedra calcária, a frescura das manhãs precedida do suave vento, que brandamente sopra da parte do poente, com os arvoredos, que matizão esta Cidade, fazem esta habitação linda e saudável (...)⁸⁶

Confirmando essa predisposição da topografia da cidade em prover condições ideais de salubridade à população, o então vice-presidente da *Sociedade de Medicina de Pernambuco*, no ano de 1842, admirava-se com o fato da província estar a salvo da avalanche de epidemias que acometia outros países, e mesmo algumas regiões do país naquele período. Para o Dr. José Eustáquio Gomes, era mesmo surpreendente verificar como em um “clima ao mesmo tempo quente e úmido não se tenha desenvolvido algum desses flagelos devastadores que tem ceifado milhares de vidas em diversas regiões do velho mundo”⁸⁷. A constatação dessa configuração benéfica, residiria, na opinião do médico, na diversidade natural que a cidade apresentava – a existência de rios, mar e abundância de ventos - que, de forma equilibrada, permitia a boa circulação dos ares e das águas, representando uma condição indispensável à manutenção das condições de salubridade:

⁸⁶ *Annaes da Medicina Pernambucana 1842-1844*: 75-76.

⁸⁷ “Discurso proferido durante sessão especial em comemoração ao primeiro aniversário da Sociedade de Medicina de Pernambuco”. *Annaes da Medicina Pernambucana 1842-1844*: 62.

(...) não se pode atribuir à natureza do clima; por quanto, se consideramos a localidade desta Cidade do Recife, conhecemos que não pode ser mais feliz, nem dotada de condições mais favoráveis à salubridade. Edificada em vasta planície, desabafada de montanhas, que embarcem o giro dos ventos, ou fação reverberarem os ardentes raios de sol, cortadas por dois rios caudais, que nutrem perene verdura, banhada pelo mar, do lado do Norte, Leste e Sul; esta cidade não receia o ardor intenso do sol dos trópicos, de que é corretivo viração constante, que do mar a bafeja, reinando nessa latitude os ventos dos quadrantes⁸⁸.

Nesse contexto, embora existisse a percepção de que a cidade de Recife apresentasse certa suscetibilidade em relação à *cólera-morbus*, de modo oposto, havia teses que consideravam que as características e configurações naturais que o país oferecia representavam em si uma proteção contra a entrada da epidemia. Dessa forma, acreditava-se que, não só a província de Pernambuco, mas o Brasil estaria livre dos principais males que afligiam a Europa, entre eles a peste e a *cólera-morbus*. Na opinião de Aquino da Fonseca, tal concepção justificava, por exemplo, o fato das autoridades sanitárias do Grão-Pará terem liberado o navio *Defensor*, ainda que, no momento em que este aporta em terras brasileiras, tenha sido verificado um saldo de 43 mortes e relatos que indicavam uma possível disseminação do mal entre a tripulação, como vimos anteriormente. Deste modo, refletia o presidente do *Conselho de Salubridade Pública*:

Não sendo conhecido no Brasil o *cólera-morbus*, e estando alguns persuadidos que este Império sempre seria por ele respeitado, em seu aparecimento no Pará houve quem duvidasse de que era a afecção, que lavava aquelas províncias, e tantas vidas tem tirado as da Bahia e Rio de Janeiro, e ainda hoje há quem insista em crer que assim é; mas esta insistência parece inexplicável à vista dos sintomas observados e descritos, de sua marcha e propagação. Ao princípio creram ali que o mal não era senão o que havia sido observado em anos anteriores, embora tão intensamente, e essa era a opinião de pessoas que conheciam a província, e de homens profissionais; mas logo depois a ilusão, e começaram a atribuir o seu desenvolvimento a uma barca portuguesa denominada *Defensor* que, tendo perdido sua viagem do Porto à Belém 43 indivíduos, fora admitida sem quarentena, pretendendo alguns que esses indivíduos haviam sucumbido, não em consequência de intoxicação de cobre

⁸⁸ *Annaes da Medicina Pernambucana, 1842-1844*: 61.

procedente de caldeiras de metal, em que era preparada a comida de bordo, e sim ao cólera (...) ⁸⁹

O fato é que nas primeiras décadas do século XIX, a visão sobre a cidade revelava a existência de condições naturais consideradas favoráveis para a manutenção do equilíbrio atmosférico, o que representava, nas palavras de José Eustáquio Gomes, em um presente da “dadivosa Natureza”. Adicionalmente, no entanto, o médico ressaltava o perigo que o adensamento populacional e crescimento desordenado do espaço urbano representava e, que, ao longo do tempo, poderia gerar agentes perturbadores desse idealizado equilíbrio atmosférico do qual a cidade orgulhava-se em possuir. Segundo ele, a “ação contínua do homem sobre a natureza” – expressão que remetia no raciocínio do médico a um impulso humano de dominação do território – poderia agravar os fatores que levariam, necessariamente, à quebra da harmonia sobre a qual repousariam as condições de salubridade desejadas. A cidade, assim, parecia se transformar aos olhos do médico que passavam a enxergar nos pântanos, nos amontoados de lixos, no esgoto e em todo tipo de matéria orgânica em estado de putrefação uma fonte de perigo:

Ali permanece nas amenas imediações de Olinda, ao Noroeste, um pântano, verdadeiro foco de miasmas, viveiro de plantas e aves aquáticas, e de insetos, que nele se geram, crescem, vivem, morrem, e apodrecem: este pântano é feitura do homem! E suas águas corrosivas são diariamente, e com abundância, consumidas nos nossos usos domésticos! Olhai para as ruas desta cidade: no verão cheias de pó sutil incômodo, e sufocante; no inverno encharcadas de lama, e de águas lodosas, que por falta de conveniente esgoto só desaparecem lentamente, e por evaporação, depois de haver infeccionado a atmosfera. Reparai para os quintais da maior parte das casas, e aí deparais com iguais depósitos de lama exalando insuportável fétido, alimentando vermes, e importunos insetos, que nos atormentam de dia, perturbam o sono de noite com impertinente zumbido, e irritam a pele com dolorosa ferroada. Lançai finalmente as vistas pelas margens dos rios, e pelas praias: asquerosos objetos se vos atulharão: imundícies, lixo, despejos de casas, animais mortos e em putrefação, e até (horroriza-me dizer) cadáveres insepultos! Tudo atesta nossa indolência e apática indiferença para com os mais preciosos bens – existência e saúde ⁹⁰.

⁸⁹ Relatório do presidente da Comissão de Salubridade Pública, Joaquim Aquino da Fonseca, ao presidente da província de Pernambuco, Conselheiro José Bento da Cunha Figueiredo, 10 de janeiro de 1856.

⁹⁰ Idem.

Notemos nesse ponto, como as observações do médico indicam um movimento de mudança que incide sobre o modo como o clima e as características da cidade passam a ser qualificadas em meados do século XIX. Com efeito, se até as primeiras décadas deste século, a cidade demonstrava possuir um equilíbrio favorável à saúde, em meados deste mesmo século, no entanto, processa-se uma inversão nessa perspectiva⁹¹. De fato, quando comparamos os relatos de viajantes e cronistas produzidos das primeiras décadas com as narrativas de naturalistas e médicos que descrevem as características da cidade no momento em que as grandes epidemias surgem na província de Pernambuco, veremos que a positividade da exuberância natural atribuída aos trópicos seria progressivamente substituída por uma visão não tão otimista. A este respeito veremos como Aquino da Fonseca corroborava a tese que atribuía à ação do homem a corrupção das condições de salubridade do espaço urbano:

Todos se queixão que as afecções de certa ordem se tem tornado mais frequentes e mais graves depois de algum tempo, que certas moléstias, desconhecidas outr'ora, ou mui pouco conhecidas, se tenham propagado com espantoso desenvolvimento; mas ninguém lança a vistas aquilo que parece ser a causa do mal, ou ao menos influi muito sobre o seu desenvolvimento. Em quanto a população da Cidade era pequena, e que o espaço que oferecia não era acanhado, como hoje já está pelo aumento das casas edificadas; em quanto as imundícies não se acumulavão em alguns lugares, a saúde pública era melhor; mas hoje, que o crescimento da população tem feito com que as casas se multipliquem em um espaço mui limitado pelos braços dos rios, embaraçando a circulação do ar; que algumas praias se achão acumuladas de toda sorte de imundícies, e que alguns lugares mal aterrados ainda, se cobrem nas grandes mares d'água que se desecção com o calor do sol, deixando morrer peixes e insetos que nelas existem, e exalando miasmas que não podem ser salutíferos, é impossível que tantas coisas reunidas, não venhão determinar que males que outr'ora não erão conhecidos, porque outr'ora estas coisas não existião, ou existindo em um ponto mui diminuto⁹².

Em outra direção, veremos ainda como, ao lado dessa percepção que considerava a degradação das condições da cidade em virtude, essencialmente, da

⁹¹ A este respeito Lorelai Kury (1994) mostra como o pensamento médico de meados do século XIX foi perpassado por noções contraditórias de natureza, opondo, em alguns casos, a exuberância do clima tropical a uma influência que se mostrava negativa sobre a saúde.

⁹² *Coleção dos Trabalhos de Salubridade Pública 1845-1851*: 39.

ação do homem sobre a natureza, surge a ideia de que nos sertões, ao contrário, o clima, a vegetação e a topografia próprias destas regiões preservaria as propriedades benéficas e essenciais para a manutenção da saúde. Nesse sentido, notava Aquino da Fonseca, como o clima do sertão pernambucano mostrava-se mais salubre em relação ao da cidade, rodeado pela mata exuberante e intocada, onde se poderia encontrar “solos ubérrimos e clima ameno”. Essas localidades representariam, desse modo, um refúgio de influência favorável para o tratamento de diversas doenças, entre elas, como observaria em um dos seus estudos, a tísica pulmonar que, segundo ele, seria agravada pelo elevado grau de envenenamento do ar atmosférico presente na capital da província⁹³:

(...) custava-nos a crer ao que se dizia de maravilhoso acerca do clima do nosso sertão, sobretudo do de certos pontos; mas, desesperados pelas perdas que continuamente sofriamos, conviemos que alguns doentes tentassem esse último recurso, e isto somente para podermos demonstrar com fatos a eficácia desse clima, que algumas pessoas respeitáveis nos apresentavam como poderosíssimo para a cura da tísica, e de outras afecções. Quase todos os doentes que partirão, achavam-se em bem mau estado, e tendo esgotado todo quanto a Medicina aconselha, alguns pareciam ter mui poucos dias de existência por causa da intensidade dos sintomas, e pelos estragos, que a afecção já tinha determinado, não só nos pulmões, como em toda a economia; mas tivemos o prazer de haver-nos enganado, e a felicidade de convencer-nos de que com efeito o clima do sertão, sobretudo de Pesqueira, Caruaru, e mesmo Brejo, é admirável e poderosíssimo contra a tísica pulmonar; e que convém seja tentado este meio desde os primeiros sintomas de sofrimento dos pulmões, porque então a sua ação será mais eficaz, e a cura virá a ser mais durável⁹⁴.

Essa percepção que revela a dicotomia que se estabelece entre o clima da cidade – corrompido pelo homem – e as condições naturais ainda intocadas dos sertões, pode ainda ser entrevista no relato produzido pelo missionário capuchinho frei Caetano de Messina, no qual exalta a constituição natural dos sertões. Com efeito, no momento em que se realiza a inauguração da estação de trem de Escada, que teria lugar no mesmo dia em que o Império comemorava o aniversário de d. Pedro II, em 02 de dezembro de 1860, frei Caetano admirava-se com o esplendor que representava

⁹³ Ver José Aquino da Fonseca (1849). *Algumas palavras acerca da influência benéfica do clima do sertão de Pernambuco sobre a tísica pulmonar e da causa mais provável dessa afecção na capital da mesma província*.

⁹⁴ Idem: 10.

aquela estação de trem, assentada no espaço onde um dia havia se estabelecido o Aldeamento para índios de mesmo nome, localizado a 200 km da capital⁹⁵ e que representava, aos olhos do missionário, um emblema da modernidade e da civilização que chegava aos sertões da província.

Nessa ocasião, o missionário italiano, na companhia do presidente da província, juízes de direito, párocos, entre outras autoridades locais, observa em suas descrições as características do solo e da constituição natural daqueles lugares que, segundo ele, mostrava-se “frutífero” e detentor de um “clima agradável”, “rodeado por uma vegetação exuberante” e perfeitamente “adaptado às condições de cultivo de produtos agrícolas”. De acordo com o missionário ainda, essas qualidades naturais combinadas à “vontade dos povos” conduziriam inevitavelmente ao sucesso econômico tão almejado pela província⁹⁶.

Sublinhemos a propósito dessa mudança operada no pensamento médico, a influência que a introdução de métodos e instrumentos na pesquisa científica exerceu sobre a construção de uma percepção negativa sobre a cidade. Como vimos no primeiro capítulo, a aquisição de instrumentos destinados à quantificação e qualificação das condições atmosféricas da cidade, aliada à conformação de um método científico que procurou entender as especificidades tanto naturais quanto sociais dos trópicos, constituir-se-iam um projeto científico amplo que incidiria essencialmente em um programa sanitário. Esse programa médico-sanitário, por sua vez, reformulado no contexto da epidemia de *cólera-morbus*, resultaria na elaboração da tese que considerava que a maior parte das moléstias que afetavam o país tinha origem na “natureza dos lugares” e no “regime das populações” – referência direta à composição natural e racial do país, como vimos, ao acompanhar as teorias que passaram a explicar as formas de comunicação das doenças.

No jargão médico de meados do século XIX, o termo utilizado para expressar as condições favoráveis à manutenção da saúde era “salubridade”. Com efeito, o conceito de *salubridade* e seu oposto, a expressão *insalubridade*, revelaram-se centrais para a reflexão sobre questões prementes que moveram o pensamento e a prática médica no período. De fato, adicionalmente, notaremos como a dupla de conceitos salubridade/insalubridade será o ponto de convergência das práticas de

⁹⁵ Para uma descrição detalhada do aldeamento de Escada e os processos que levaram a sua desativação, ver a dissertação de mestrado de Edson Hely Silva (1995).

⁹⁶ AE-10, fls. 107-109. Carta de frei Caetano de Messina ao Comissário Geral dos Missionários Capuchinhos no Rio de Janeiro, 10 de dezembro de 1860.

saneamento desenvolvidas no período, conformando os indicadores por meio dos quais seria possível mensurar os potenciais perigos à saúde.

O modelo inspirado na biologia, ao qual remete essa concepção, será aquele baseado no sistema sanguíneo e repousaria, por sua vez, no princípio fundamental da circulação ou movimento de elementos naturais: a água, o ar e luz solar. Com efeito, esse princípio definiria como essencial o “imperativo do movimento do ar, da água e dos elementos”, a partir do suposto de que “o contrário de insalubre é o movimento” (Corbin, 1986: 108).

Na cidade de Recife, no momento em que vemos a emergência da medicina acadêmica, a crença que depositava uma grande importância no movimento dos elementos naturais para a preservação da saúde da população convergia para a formulação das teses que consideravam a relevância da relação existente entre a cartografia da cidade e suas condições de salubridade. Notava-se, nesse sentido, como a abundância de águas - boa parte delas estagnadas, conformando extensas regiões pantanosas -, as altas temperaturas e o elevado nível de umidade convergiam para o agravamento do grau de insalubridade da cidade.

No que se refere ao primeiro elemento, o ar atmosférico, o pensamento médico da época irá considerá-lo como dado fundamental para a preservação da saúde do homem. Seus benefícios não se limitavam às ações profiláticas que, orientadas pelo paradigma da infecção, concentrar-se-iam, essencialmente, em ações diretas sobre as configurações da cidade. Nessa mesma direção, veremos também, como essa concepção ambientalista das doenças estenderia sua influência às práticas terapêuticas, ao propor como condição essencial para a conservação das qualidades de salubridade, a tarefa de fazer com que elementos como a água e o ar circulassem livremente, sobretudo, nos quartos ou ambientes em que se mantinham os doentes.

Veremos, nesse sentido, como o protocolo higiênico passaria a recomendar o cuidado com a ventilação das casas, que deveriam ter o ar sempre renovado, evitando com esse recurso o acúmulo de gases corrompidos. Desse modo, todas as barreiras à sua livre circulação deveriam ser eliminadas, evitando qualquer tipo de obstáculo que pudesse impedir seu movimento. A partir dessa tese fundamental, mesmo os acidentes naturais como morros e matas deveriam ser submetidos a essa regra.

O suposto dessa prerrogativa repousava na existência de uma correlação direta entre a pureza do ar respirado e os níveis de saúde da população. Essa hipótese partia, por sua vez, de uma constatação essencialmente experimental. As observações

formuladas por Aquino da Fonseca a partir das medições atmosféricas que, como vimos, mostraram-se como parte essencial do trabalho científico da época, evidenciavam a existência dessa relação. Notava o médico, nesse sentido, como as condições atmosféricas observadas na cidade de Recife oscilavam constantemente, tanto em função das estações do ano – destacando-se a este respeito o peso dos períodos mais chuvosos na constituição desses indicadores – como em relação às condições locais de cada parte da cidade. Em consequência dessa conformação climática, podia-se perceber como as áreas em que se registrava uma maior pureza do ar – levando-se em conta as medições de temperatura, pluviométricas, do vento e umidade do ar essencialmente -, o número de doenças tendia a ser menor. Em outras regiões da cidade, no entanto, sobretudo naquelas onde não existiriam as condições ideais de circulação do ar, o índice de adoecimento, bem como o de mortandade, sofreriam um expressivo aumento, uma vez que se constatava que nesses lugares a “população se achava exposta à ação de agentes debilitantes”.

A influência notada sobre a qualidade do ar, por sua vez, poderia ser tanto natural quanto social. De acordo com as teses apresentadas pelo *Conselho de Salubridade Pública*, o meio social se convertia em um agente deletério das condições atmosféricas, no momento, por exemplo, em que se verificavam aglomerações de pessoas. A fim de evitar que tal corrupção se efetivasse, as teorias médicas ressaltavam a importância de coibir o estabelecimento de moradias com um número grande de indivíduos, já que a reunião de muitas pessoas em espaços reduzidos levaria, necessariamente, à criação de obstáculos para a livre circulação de ar. Adicionalmente, advertiam os médicos, o processo biológico de excreção de homens e animais – incluindo nesse rol os produtos da respiração, o suor e os excrementos - resultaria na produção de gases perniciosos que, inevitavelmente, invadiriam os pequenos ambientes, contaminando o ar respirado⁹⁷. Destacava-se, nesse sentido, a formulação de uma concepção que acentua a importância do indivíduo como máquina capaz de, primeiramente, reter os agentes etiológicos e, em um segundo momento, promover a propagação de doenças.

No entanto, a tese que terá mais repercussão no meio acadêmico, mostrando-se decisiva para a elaboração de muitas teorias que versaram sobre os princípios etiológicos de muitas doenças – e particularmente em relação à *cólera-morbus* – seria

⁹⁷ Para uma interessante análise dos conceitos de desodorização e percepção olfativa no pensamento médico e higiênico do século XIX, ver Corbin (2008).

aquela que considerava o conceito de *miasma* – orientado pelo paradigma da infecção - ao qual estaria submetido os processos que levariam ao surgimento tanto das doenças consideradas genuinamente nacionais – as chamadas febres palustres, por exemplo – como as epidemias estrangeiras que, como vimos, teriam em terras tropicais uma manifestação particularmente singular. Retomando o conceito de *miasma*, que tratamos no capítulo anterior, sublinhemos como as teorias médicas entendiam esse conceito como relativo a “(...) todas as emanções nocivas, que corrompem o ar, e atacam o corpo humano” (Chernoviz, 1890).

Com efeito, veremos como esse conceito – ainda que impreciso - será mobilizado para compor as explicações sobre o processo de comunicação e a etiologia de muitas moléstias. A relação que o conceito de *miasma* estabelecia com as condições de insalubridade se revelava, essencialmente, na corrupção do ar, o que prejudicaria diretamente na sua qualidade e, conseqüentemente, afetaria o equilíbrio fundamental de cada indivíduo, convertendo-se, conforme os termos da época, em “veneno” para o organismo:

Ainda que não se tenha chegado ao conhecimento dos princípios deletérios dos miasmas, e apenas se suponha que é a emanção de um princípio orgânico, que resulta da fermentação pútrida das águas encharcadas, se eleva com os gases e vapores esses veículos na dilatação ou condensação que experimentão pelas variações diurnas do calor atmosférico, o que determina os danos que encontram os indivíduos, que habitão na vizinhança dos charcos; todavia ninguém pode duvidar da influência que a emanção dos miasmas exerce sobre a saúde da população: porque seus males são evidentes; e apesar de serem geralmente sabidos estes princípios de Higiene, é triste ver que medidas sanitárias não sejam tomadas entre nós, para que as imundícies desapareçam de alguns lugares desta Cidade, e cessem de existir charcos infectos, que deixam de emanar de si miasmas, que não podem ser favoráveis à salubridade pública⁹⁸.

A infecção miasmática, nesse sentido, era resultado direto das condições naturais na sua intersecção com a ação do homem. No caso do ar, mais precisamente, quando se via adulterado ou corrompido por gases ou vapores pútridos, produto de matéria em decomposição de lixo acumulado nas áreas alagadiças, por exemplo, ou mesmo quando era afetado pelos produtos da respiração humana, via-se contaminado pelo surgimento dos miasmas. Isso se mostrava fundamental na formulação das teses

⁹⁸ *Coleção dos trabalhos de Salubridade Pública 1845-1851*: 40.

que passaram a prover explicações para os eventos epidêmicos. Com efeito, a disposição do indivíduo em ser afetado por uma moléstia como a *cólera-morbus*, por exemplo, estava diretamente correlacionado, de acordo com a mentalidade médica da época, com a qualidade do ar que este respirava:

Por mais sadios que sejam os alimentos, quando mesmo sem proporção com as necessidades da digestão, se o ar não é puro, o homem definha e sucumbe; porquanto esse ar penetra a cada instante nos pulmões, exercendo entre eles uma ação benéfica ou perniciosa, segundo as suas condições de pureza ou insalubridade: ele é o princípio da vida, ou um veneno; mas não basta que o homem esteja cercado por uma atmosfera pura; é preciso que a quantidade de ar seja suficiente para a boa hematose, e se renove constantemente; porque, se isso não sucede, essa mesma atmosfera, que era pura, deixa de sê-lo. Assim, pois, convém que as habitações sejam situadas em lugares salubres, ventiladas convenientemente e expostas à ação dos raios do sol⁹⁹.

Entretanto, as preocupações dos médicos do século XIX em relação aos miasmas não se limitariam a constatação do seu poder deletério. A particularidade desse agente residia na incapacidade da ciência da época em identificar sua presença e aferir com precisão seu poder de contaminação. Tal configuração de coisas revelaria a incerteza que conformaria as condições de existência do “campo mórbido” que tratamos anteriormente. Nesse sentido, embora o consenso em torno de sua existência fosse inquestionável, a definição da sua natureza e a mensuração de seu poder contaminante se mostravam vagos e refratários à luz das técnicas científicas que procuravam precisar sua natureza:

(...) submetendo-os à investigação de nossos sentidos, só o olfato nos pode advertir da sua presença: não nos é dado tocá-los, nem vê-los. A química mais engenhosa perde-se na sutileza das doses e combinações miasmáticas; de ordinário, nada descobre no ar insalubre ou mortífero que deles seja infectado, e quando consegue reconhecer nela uma proporção insólita, ou a presença accidental de algum princípio gasoso, não nos revela senão uma diminutíssima parte do problema (Chernoviz, 1890)

O segundo fator considerado essencial para a manutenção das condições de salubridade era a água. A preocupação com esse elemento por parte dos cientistas do

⁹⁹ José Aquino da Fonseca (1855:86). *Bases para um plano de edificação da cidade*.

século XIX incidia, por sua vez, em duas frentes. A primeira dizia respeito a própria constituição topográfica da cidade que, como assinalamos anteriormente, é caracterizada pela presença de uma vasta área banhada por dois rios e o mar. Tal abundância de água, no entanto, conformaria ambiguidades entre os benefícios e prejuízos que essa realidade comportava. Assim, por um lado, essa conformação geográfica reforçaria a crença na natureza idealizada e exuberante, por meio da qual se considerava a proximidade do mar como fator importante para amenizar o poder deletério do clima dos trópicos sobre a saúde. As correntes de ar, nesse sentido, que sopravam do extenso litoral, refrescava o clima excessivamente quente. Assim como os banhos em água corrente que proporcionavam uma forma efetiva para os indivíduos “desafiarem o copioso suor”. A respeito dos protocolos higiênicos que se relacionariam com essa concepção, o médico Dr. Manoel Pereira Teixeira compilou uma série de recomendações que incidiam sobre o cuidado com o corpo e que, segundo o médico, poderiam servir como um meio efetivo para a prevenção do indivíduo contra a *cólera-morbus*. Essas recomendações reforçavam essencialmente a importância dos banhos de rio ou de mar, *grosso modo*, aconselhava-se que os banhos deveriam se realizar na “água corrente, fluida e transparente”, potencializando seus efeitos benéficos e favoráveis para o estabelecimento de condições indispensáveis para a saúde.

Por outro lado, os cientistas advertiam sobre os perigos que residiriam nas águas estagnadas, repousando esse suposto, mais uma vez, na tese da circulação dos elementos. Nesse sentido, a água disponível deveria ser sempre corrente e pura. Essa condição essencial era reforçada com o fito de atentar para o perigo que a água estagnada representava para a proliferação dos miasmas. Entre as preocupações mais prementes dos médicos estavam as áreas alagadiças que deveriam, obrigatoriamente, ser submetidas a um sistema de drenagem eficiente. Além disso, verificava-se como o acúmulo de lixo e matéria orgânica transformava as áreas que se viam tomadas pelas águas em imensos produtores de gases tóxicos. O imperativo de drenagem dessas localidades obedecia ao princípio que enfatiza o conceito de limpeza do qual nos fala Alan Cobin (2008) e que consiste, por sua vez, na tarefa de canalizar e expulsar todo tipo de imundície, lixo ou matéria orgânica das áreas alagadas. Nesse sentido, a atividade de “secar uma cidade através da drenagem significa desativar a estagnação pútrida (...) garantir, através da técnica, a regulação que a natureza sozinha não poderia operar nesses locais de amontoamento artificial” (idem: 137).

Por fim, consideramos o terceiro elemento que comporia o tripé da salubridade: a luz solar. Na concepção médica da época, sua ausência ou raridade resultaria a debilitação do organismo. Nas habitações, por exemplo, considerava-se indispensável a associação benéfica que se estabelecia entre o ar atmosférico e a luz solar.

O plano de remodelação da cidade de Recife determinaria, como veremos mais adiante, os parâmetros que deveriam seguir cada uma das edificações localizadas na área urbana central, regulando, *grosso modo*, sobre seu tamanho e estrutura, de forma a permitir a perfeita circulação dos elementos naturais do qual falamos a pouco no interior das residências. No mesmo sentido, veremos como o desenho das vias públicas passa a ser objeto de um rigoroso plano de obras que criariam as condições ideais de distribuição da água e circulação do ar.

Contudo, os problemas da cidade não se limitavam às condições naturais do espaço urbano. Sob o prisma da higiene, Recife passou a ser pensada enquanto uma totalidade que conjugava aspectos naturais e humanos, resultando, por sua vez, em uma conformação singular e nada equilibrada. A cidade sofria com o atraso dos povos que se aglomeravam nas regiões centrais, disseminando sujeira e imundícies por todo o espaço público e degradando o nível de salubridade das habitações. O crescimento da cidade, desse modo, revelava uma faceta nefasta do processo de desenvolvimento econômico que experimentava a província naquele momento, já que a concentração de toda a sorte de indivíduo nas áreas centrais da cidade contribuía decisivamente para a elevação do grau de envenenamento das condições atmosféricas nessas regiões. Adicionalmente, confirma-se a tese que identificava nas aglomerações do centro da capital um foco poderoso de comunicação de doenças:

(...) deve-se procurar por todos os meios possíveis melhorar o estado higiênico das localidades de conformidade com as condições locais dominantes, fazer disseminar as pessoas aglomeradas, e evitar a comunicação com os lugares infectados, desde que se conheça que ela atua com força ao agregar a aglomeração dos homens, máxime dos que vivem em más condições higiênicas (...)¹⁰⁰

Nesse suposto repousaria a configuração dos grandes inimigos das políticas de higiene: os pobres, os mendigos e toda a sorte de desocupado que habitava as áreas

¹⁰⁰ *Annaes da Medicina Pernambucana 1842-1844* : 23.

centrais da cidade. Segundo a elite médica, estes grupos não possuíam a “boa vontade” necessária para a efetivação das medidas sanitárias que a cidade necessitava. A existência desses grupos revelavam a velha batalha travada entre Riqueza e Saúde¹⁰¹ com a qual se debatia os higienistas do século XIX. Como bem assinala o Dr. Aquino da Fonseca no discurso que proferiu no momento de sua posse ao cargo de diretor da *Comissão de Salubridade Pública* em 11 de agosto de 1845:

Há ruas nesta capital sobretudo no bairro do Recife, exclusivamente estreitas, úmidas, mal arejadas, guarnecidas de edifícios velhos e ignóbeis, em que habitam muitas famílias, que ali acham a deterioração da sua saúde, visível nos traços de suas fisionomias, e até a deterioração de seu moral, pois as imundícies que cercam o corpo contaminam também a alma¹⁰².

Nesse contexto, a medicina e a ciência, na sua intersecção com outros atores que compunham a administração provincial, contariam com a *polícia médica*, como forma de alcançar suas ambições de controle hegemônico do espaço urbano. No momento da eclosão da epidemia de *cólera-morbus*, por exemplo, esta instituição seria encarregada de amplos poderes para inspecionar as habitações, identificando os “focos pestilenciais” e realizando práticas de limpeza e desinfecção dos espaços públicos e privados. Esse procedimento consistia primeiramente na busca por tudo que era considerado lixo ou entulho que, prontamente, eram retirados do domicílio para em seguida, serem incinerados. Seguindo os protocolos de limpeza e desinfecção, procedia-se a fumigação com ácido sulforoso de todos os cômodos da casa, reservando especial atenção para os espaços que poderiam ter sido ocupados por indivíduos doentes. Por fim, todos os ambientes eram lavados com cloreto de cal dissolvido em água.

¹⁰¹ Essa expressão é derivada dos pressupostos teórico-metodológicos da linha de estudos que se convencionou chamar *Medicina Social* e que se inicia com os trabalhos produzidos por Michel Foucault (1979).

¹⁰² Relatório do Presidente da Província de Pernambuco (1857: 22).

O projeto sanitário elaborado pela *Comissão de Salubridade Pública* contaria com o apoio das primeiras expedições de estrangeiros que aportaram na província a partir da primeira metade do século XIX para a realização de seu programa de uma ciência totalizante que aliaria definitivamente os estudos científicos aos objetivos práticos que o governo enfatizava. De fato, os primeiros imigrantes que chegaram à província como profissionais contratados pelo Governo Provincial foram responsáveis pelo incremento da vida na cidade que passou a contar com comerciantes, engenheiros e arquitetos entre outros profissionais liberais que se estabeleceriam em Recife a partir de 1830.

Com efeito, no governo de Francisco do Rego Barros, o Barão da Boa Vista¹⁰³, veremos a adoção de uma perspectiva baseada em concepções de progresso e civilização que motivaram a elaboração de um plano de intervenção sobre o espaço urbano, concebendo um modelo inédito de organização da cidade que se expressaria, essencialmente, na necessidade de edificar prédios públicos destinados a diversos fins (teatros, bibliotecas, hospitais, por exemplo), remodelar o conjunto arquitetônico, aterrar os pântanos, estabelecer cemitérios públicos, canalizar água potável e construir linhas férreas.

O pressuposto compartilhado por governos, médicos e cientistas era de que o combate às causas de insalubridade trariam amplos benefícios para o projeto de construção da nação e civilização dos povos, ao incidir diretamente tanto sobre a paisagem urbana quanto sobre os hábitos e costumes da população. Nesse sentido, refletia o então presidente da *Comissão de Salubridade Pública*:

Diversos têm sido os trabalhos apresentados a V. Exa. e à Câmara Municipal do Recife, e é provável que de sua adoção se conseguirão bons resultados, por quanto não é possível que, se desaparecerem essas causas de insalubridade indicadas, não melhore o estado sanitário desta cidade; pelo menos ganhará a civilização, pois que cessarão alguns velhos hábitos, que revelão a ignorância dos nossos maiores e denuncião o atraso em que se acha a população¹⁰⁴.

¹⁰³ Francisco do Rego Barros permaneceu à frente do governo da província de Pernambuco de 1837 a 1844, portanto, sete anos, sendo a administração mais longa de um governador pernambucano durante o Império.

¹⁰⁴ Relatório apresentado ao presidente da província sobre o estado sanitário da província de Pernambuco durante o ano de 1854.

De fato, caberia à ciência encabeçar o processo que levaria a tão desejada civilização da província. O princípio básico era incutir na população de mestiços e caboclos, que se amontoavam na cidade e causavam tumultos nos sertões, noções de higiene – estas, por sua vez, não se limitariam ao âmbito das práticas essencialmente médicas – pelo menos como conhecemos hoje – mas se estenderiam a todas as esferas da vida social.

Nas cidades, a primeira influência dessa visão, pautada pela noção de salubridade, pode ser acompanhada nos programas que visaram a definição de parâmetros para a edificação do que se considerava ser uma “habitação higiênica”¹⁰⁵. De acordo com o pensamento médico, por meio desses parâmetros seria possível definir entre outras coisas o lugar mais apropriado para a edificação, os tipos de materiais usados na sua construção e os meios de prover uma iluminação e ventilação adequadas. No plano urbanístico, estabelecia-se um modelo de circulação a partir de mecanismos que permitiriam delimitar a largura ideal das ruas, a arquitetura dos prédios – distinguindo os projetos residenciais dos comerciais -, a distância entre as edificações, entre outros.

Sublinha-se aqui a importância atribuída ao princípio de circulação dos elementos – água, ar e luz - que tratamos anteriormente nos projetos de remodelação da cidade. A altura de uma edificação, por exemplo, deveria ser pensada de forma a respeitar o traçado linear das ruas, evitando, dessa maneira, a obstrução das correntes de ar e permitindo a entrada de luz solar a todos os espaços internos. Julgava-se, nesse sentido, o perigo que se instalava nas construções térreas, já que o contato direto com o solo estimulava o aumento dos índices de umidade, ao mesmo tempo que dificultava a entrada de luz e ar. Adicionalmente, as regras que passaram a regular a construção de novos edifícios indicavam como os pavimentos mais baixos se mostravam mais acessíveis à ação deletéria do ar corrompido, ao permitirem que os miasmas penetrassem com mais facilidade ao interior das habitações. Por meio desses pressupostos estabelecia-se que o ideal de habitação salubre era o primeiro andar, considerando que:

(...) a altura de um primeiro andar é o quanto basta para pôr ao abrigo o homem destes efeitos; porque o ar carregado de miasmas,

¹⁰⁵ Para uma visão mais ampla sobre as mudanças processadas no estilo das edificações e, mais precisamente, sobre o modelo de habitação popular da cidade de Recife ao longo do século XIX e primeiras décadas do XX, ver Lira (1996).

em geral, não pode chegar a uma tal altura, e quando chegue já é rarefeito, purificado em parte, e não se toma por isso tão nocivo (Freyre, 1951: 562).

Para Aquino da Fonseca, o modelo ideal de habitação salubre deveria contemplar ainda pátios ou espaços internos livres destinados à circulação dos elementos. Tal recurso proporcionaria, segundo o médico, uma perfeita distribuição de luz solar e dos ventos que, por sua vez, poderiam ser facilmente canalizados para todos os cômodos da habitação e, mais particularmente aos aposentos. Vale notar a esse respeito, que o modelo de construção, no qual se inspirava o médico, mostrava-se um tanto distante do padrão das habitações e edifícios existentes nas áreas centrais da cidade naquela época:

(...) se mui poucas as casas que poderão ter esses pátios, em consequência de sua pouca largura, reformando-se o sistema de edificação conseguir-se-á que se estabeleçam entre duas ou mais casas pátios comuns, servindo como modelo para as grandes casas o Palácio da Presidência e esses claustros de alguns conventos¹⁰⁶.

Veremos ainda, preocupações que se aplicavam aos entornos das edificações e seus quintais, aos quais seriam dirigidas recomendações especiais. Esses espaços, nesse sentido, deveriam ser submetidos ao mesmo rigor aplicado aos espaços internos, visando, essencialmente, a promoção da limpeza regular que evitaria o acúmulo do lixo. Adicionalmente, deveria evitar-se o contato com qualquer tipo de animal, sejam os domésticos, como cães e gatos, como aqueles destinados ao abate para consumo doméstico, caso dos porcos e galinhas.

As consequências que a extensão do projeto de higiene promoveu sobre a conceitualização da habitação tradicional própria da cidade de Recife, podem ser detectadas na descrição de José Lira (1996) que nos revela como o projeto sanitário e civilizador de meados do século XIX converteu os populares mocambos¹⁰⁷ característicos da paisagem urbana de Recife em uma das principais causas da insalubridade da cidade. Nos termos médicos da época, o termo mocambo adquiria a acepção que remetia a uma habitação miserável, caracterizada pela falta de limpeza e ventilação, além de um nível de umidade excessivo. Além disso, representava o tipo

¹⁰⁶ José Aquino da Fonseca (1855: 46). *Bases para um plano de edificação da cidade*.

¹⁰⁷ Sobre o modelo de habitação popular característico da cidade de Recife e, mais particularmente, sobre os mocambos, ver os trabalhos clássicos de Gilberto Freyre (1937, 1936).

de morada própria de toda espécie de miserável, como prostitutas, mendigos, ladrões, vagabundos, associação esta, que levaria, por sua vez, à aproximação da designação mocambo com o termo cortiço.

Retomando a participação dos estrangeiros no plano de remodelação da cidade, veremos como o trabalho desenvolvido pelo engenheiro francês Louis Lérger Vauthier foi fundamental para o desenvolvimento do modelo urbanístico que uniria os métodos de engenharia à prática da medicina higiênica. O engenheiro Vauthier chegou a Recife no ano de 1840 para integrar a *Repartição de Obras Públicas*, permanecendo na província durante seis anos. Nesse período idealizou o *Plano Geral de Melhoramentos da cidade de Recife*, que incluía entre outros projetos, o realinhamento das ruas, a reforma do porto, a abertura de estradas e linhas férreas (Freyre, 1940).

O plano urbanístico elaborado por Vauthier contemplou ainda a elaboração do primeiro projeto de distribuição de água encanada para a cidade de Recife, que se realizaria com a criação da *Companhia Capiberibe*¹⁰⁸. A este respeito, em relatório produzido em 1842, o engenheiro francês demonstrava preocupações que consideravam centrais para a elevação do nível de salubridade da cidade, entre elas a qualidade da água utilizada nas casas e o destino dos dejetos humanos e do lixo produzido que, frequentemente, resultavam em imensos depósitos que podiam ser vistos tanto nas regiões centrais como nos bairros mais afastados da cidade.

As mudanças na cartografia da cidade – ou pelo menos as propostas de mudanças, já que muitas delas não passaram de projetos que nunca chegaram a se efetivar - incidiriam em outras frentes. O impulso de mudança acionado pela *Comissão de Salubridade Pública* aspirava, ainda, a ampliação do seu domínio de atuação sobre o espaço público a partir da vigilância das áreas consideradas críticas para os níveis de salubridade. O casamento entre a engenharia moderna francesa e o projeto que visava a adoção de uma cartilha higiênica adaptada aos trópicos

¹⁰⁸ Há de se considerar ainda sobre esse tema a importância que os rios Capiberibe e Beberibe representavam para a economia da cidade. Nesse sentido, Evaldo Cabral de Mello (1978) destaca como no Recife de meados do século XIX todo o transporte de pessoas, mercadorias, alimentos, água potável entre outros gêneros era realizado por meio destes rios – basicamente através de canoas. Além disso, os rios conformariam como um meio privilegiado através do qual se dava a comunicação tanto entre a capital e localidades próximas, como a cidade de Olinda, por exemplo, quanto com os engenhos localizados nos arrabaldes da cidade. Neste ponto, destacava-se o uso estratégico da navegação fluvial para o transporte de mercadorias dos engenhos ao porto da capital.

processaria, nesse sentido, a remoção de estabelecimentos considerados perigosos das áreas centrais, revelando os novos padrões de civilização que a cidade abraçara. Este princípio repousava no suposto de que todo estabelecimento que representasse riscos – essencialmente os cemitérios, matadouros e lazaretos - deveria ser removido para fora dos limites da cidade, afastando, dessa maneira, as ameaças inerentes a estes estabelecimentos.

Considerava-se a esse respeito, o perigo que esse tipo de estabelecimento oferecia para a alteração das condições de salubridade da cidade. Assim, Aquino da Fonseca, expressaria o horror que o matadouro público e os cemitérios abarrotados das igrejas produziam sobre ele. Para o médico, lugares como cemitérios e matadouros se configuravam como verdadeiros celeiros de miasmas deletérios, resultado dos processos de putrefação de matéria orgânica¹⁰⁹.

Esse horror aos miasmas guiaria, desse modo, os projetos elaborados por Aquino da Fonseca para a cidade. Entre estes, destaca-se a transferência do *Matadouro dos Coelhos* para a área do Cabanga, na margem oposta do rio. Adicionalmente, o desafio do médico era criar um modelo de edificação para o matadouro que fosse compatível com os princípios de higiene que preconizava. Considerava-se, assim, os imperativos essenciais de pavimentar, drenar e ventilar. Seu projeto visava, então, a construção de mecanismos de isolamento dos líquidos produzidos na atividade de abate, protegendo o solo do acúmulo de água e material orgânico. O recurso proposto pelo médico visava basicamente a instalação de “lajes unidas por meio de cimento hidráulico” (Rocha, 1855), considerando-se a necessidade de produzir um declive que facilitasse o escoamento do sangue e da água resultante dos processos de lavagem e limpeza do local. Estas águas, por sua vez, deveriam contar com um sistema de canalização adequado que as levariam em direção ao rio, onde a água corrente se encarregaria de dispersá-las. Adicionalmente, esse projeto determinava um desenho novo para os currais e regras precisas que definiam a maneira adequada de realizar o abate dos animais.

Entretanto, veremos como a iniciativa por parte de Aquino da Fonseca em remover do centro urbano os estabelecimentos considerados perigosos não se limitaria ao deslocamento do matadouro público. A mesma concepção que supunha que a

¹⁰⁹ A este respeito, o clássico trabalho de João José Reis (1991) mostra como o processo civilizatório do século XIX promoveu o deslocamento de cemitérios, entre outros estabelecimentos considerados perigosos, para os arrabaldes da cidade.

produção de miasmas se realizava a partir do acúmulo de matéria orgânica em decomposição, orientaria a elaboração de um plano para a construção de cemitérios. O ponto de discussão sobre esse tema repousava nas práticas envolvidas nos rituais mortuários que, a cargo da religião, faziam dos enterros “verdadeiros espetáculos públicos e das igrejas depósitos abarrotados de ossos”. Práticas estas que o médico considerava incompatíveis com os novos padrões de civilização que a medicina higiênica propunha naquela época. Para o médico, era necessária a elaboração de um rigoroso plano que visaria a regulação e o controle sobre todas as etapas do ritual mortuário¹¹⁰.

Apoiado pelo presidente da província, o Barão da Boa Vista, Aquino da Fonseca seria responsável por rever os padrões tradicionais de enterramentos, em 1841¹¹¹. Veremos nesse sentido, a constituição de uma equipe de trabalho, composta por um grupo de engenheiros e médicos, que seria encarregada para tratar do assunto. Nessa equipe, estariam os médicos Eustáquio Gomes Moraes Sarmento e Aquino Fonseca e o engenheiro Louis Vauthier. O objetivo do grupo era basicamente prover um modelo de cemitério público para a cidade que fosse condizente com as novas regras de salubridade e civilidade.

A comissão ao avaliar as condições apresentadas para a realização do projeto, indicaria, desse modo, em relatório remetido ao presidente da província, os critérios a serem seguidos para a construção do primeiro cemitério público da cidade. Estes critérios estabeleciam, entre outras normas, as condições do local no qual seria edificado o estabelecimento mortuário, devendo ser este “arejado, alto e seco, remoto e solitário, muito distante dos três bairros da cidade”. Além disso, Aquino da Fonseca enfatizava, da sua parte, uma série de medidas que deveriam reger a criação dos mesmos¹¹² e que visava basicamente abolir o costume de realizar os enterros no

¹¹⁰ Joaquim Aquino da Fonseca (1845). *Memória acerca das inhumações, sepulturas e enterros*.

¹¹¹ Embora a lei que determinou a remodelação do sistema de enterramentos tenha sido publicada no ano de 1841, o projeto proposto por Aquino da Fonseca permaneceria paralisado até 1850, quando seria novamente retomado. Essa demora na concretização da lei se justificou pelas inúmeras reações que suscitou, tanto por parte da igreja como do lado da população que chegou a depositar cadáveres em frente à residência do presidente do *Conselho de Salubridade Pública* como forma de protestar contra a determinação da justiça.

¹¹² A Lei que determinava a construção de cemitérios públicos estabelecia, entre outras normativas médico-legais, que: “1º. Que nenhuma inumação possa ter lugar sem uma autorização do Sub-Delegado do Distrito ou de outra qualquer Autoridade Policial que melhor convier ao público; 2º. Que essa autorização não possa ser dada, sem que a morte tenha sido verificada por um Facultativo, sob comando da Autoridade Policial; 3º. Que esse facultativo possa de preferência ser o assistente; 4º. Que em caso de dúvida, suspeita ou denúncia, seja o cadáver examinado pelo médico do Município e Secretário do Conselho Geral de Salubridade Pública, à exigência da autoridade policial, os quais

interior e áreas contíguas das igrejas. Ponderava o médico a esse respeito, como este costume católico mostrava-se pouco civilizado, já que pela falta de espaço, as igrejas viviam abarrotadas de ossos, além disso, encerrava a superstição e atraso que ainda imperavam na sociedade de sua época.

Ainda a este respeito, com o objetivo de prover regras que incidissem sobre os rituais mortuários, Aquino da Fonseca elaborou uma série de medidas que passaram a regular o *Serviço de verificação de óbitos*. Entre outras coisas, esse serviço propunha a obrigatoriedade da emissão de parecer médico, atestando as causas da morte. Adicionalmente, a proposta incidiria sobre outros aspectos como, por exemplo, o transporte do morto e os cuidados higiênicos envolvidos na manipulação dos cadáveres, bem como definiria um modelo de caixão que, segundo essa proposta, seria compatível com a nova visão higiênica dos enterramentos. Tais cuidados se relacionavam, basicamente, com a necessidade de proteger tanto o meio quanto os envolvidos nesse processo, contra os líquidos e odores que desprendiam do morto¹¹³. Assim, devia-se evitar o contato dos vivos com os locais destinados à exumação dos cadáveres e sepulturas, já que esses locais seriam impregnados de matéria orgânica que, por sua vez, poderia influenciar na comunicação de doenças.

Considerando que os agentes patogênicos responsáveis pela comunicação das moléstias epidêmicas poderiam ser identificados por toda parte, o procedimento de desinfecção não se restringia apenas às habitações. O plano da *Comissão de Salubridade Pública*, nesse sentido, estendia-se para toda a cidade que tinha suas ruas, praças, mercados, matadouros, cemitérios, cais, fossos, esquadrinhados e submetidos aos rituais de purificação propostos pela constituição médica. Todo lixo era incinerado, toda água estagnada deveria ser imediatamente canalizada e todo mendigo ou prostituta seria removido das áreas centrais da cidade. Como esclarece Bernard-

devem fazer e assinar um relatório, apresentando cópia ao presidente do Conselho para tomar conhecimento e arquivar; 5º. Que nenhuma inumação se faça senão 24 horas depois da morte verificada pelo Facultativo, nem também depois de 36 horas; podendo, todavia o agente policial encurtar ou prorrogar esses prazos se julgar conveniente, atendendo as razões dadas pelo facultativo a cerca do estado de corrupção do cadáver; 6º. Que, enquanto a morte não tiver sido verificada e a inumação autorizada, ninguém possa mudar o corpo de um lugar para o outro, nem amortalhá-lo, nem cobrir-lhe o rosto; 7º. Que todo aquele que tiver de requerer autorização deva munir-se de: uma petição, de um certificado do Facultativo, de um mandato de inumação, impressos e vendidos pela Câmara Municipal; 8º. Que as pessoas extremamente pobres possam obter esses papéis grátis, se apresentarem uma certidão do pároco, em que venha provada a sua penúria; 9º. Que as inumações dos mendigos sejam feitas à custa da Municipalidade e por intermédio do Procurador e 10º. Que as confrarias e ordens religiosas sejam sujeitas ao mesmo regulamento.

¹¹³ Conforme Lei Provincial n.º 91 que dispõe sobre a construção dos cemitérios públicos na província: “Manda proceder imediatamente à edificação de um Cemitério Público, e dando outras disposições a cerca do mesmo Cemitério”.

Pierre Lécuyer (1986), o médico do século XIX seguia um protocolo de cuidados que deveria ser rigidamente observado. Tal protocolo partia da lógica que considerava que os cuidados higiênicos deveriam seguir uma ordem dada que partia dos elementos mais gerais para os mais particulares: *circunfusa* (meteorologia, hidrologia, geologia, climas e habitações), *ingesta* (alimentos e bebidas), *excreta* (excreções e banho) *applicata* (vestimentas e cosméticos), *percepta* (costumes, sexualidade, higiene pessoal) e *gesta* (movimentos habituais, atividades profissionais). As medidas de purificação estendiam-se, dessa maneira, a humanos e não humanos indistintamente.

O rigor do processo de desinfecção ou purificação justificava-se, desse modo, pela percepção da extensão que os agentes etiológicos poderiam atingir – seu *campo mórbido*. Vê-se, então, como as medidas profiláticas colocadas em prática extrapolavam os limites dos espaços e se estendia ao plano dos corpos propriamente ditos. Nesse sentido, atribuía-se aos fluidos do corpo do doente - fezes, vômitos, suores – um poder contaminante poderoso. Entendia-se dessa maneira que, uma vez disseminados no ar, estes fluidos e partículas poderiam contaminar lugares propensos a engendram a moléstia como as águas estagnadas, por exemplo, bem como impregnar as áreas fechadas, onde a umidade e a má circulação do ar propiciariam as condições ideais para a comunicação da moléstia.

A extensão dos agentes mórbidos seria, dessa maneira, proporcional à imensa lista das medidas preventivas que a *Comissão de Salubridade Pública* propunha. Esta comportava rigorosos rituais higiênicos que deveriam ser seguidos: recomendava-se um cuidado especial com o corpo, enfatizando os banhos frequentes, além de uma lista extensa de conselhos com o fito de regular os hábitos e os costumes da população.

O princípio básico que permeava essas recomendações era evitar todo tipo de perigo a que o indivíduo pudesse estar exposto. Nesse sentido, era indicado que a população se recolhesse cedo, evitando-se os riscos das variações atmosféricas, bem como as aglomerações dos ambientes públicos. Em relação aos costumes dietéticos, sugeria-se uma dieta frugal, privando os indivíduos dos excessos relacionados à bebida e à alimentação, já que, supunha-se “que as pessoas que se entregam sem precaução ao excesso das comidas, e as que se embriagam, estariam muito sujeitas ao ataque do mal”¹¹⁴.

¹¹⁴ José Aquino da Fonseca (1855). *Medidas preventivas para a cólera-morbus na província de Pernambuco*.

O mesmo rigor preconizado aos cuidados corporais podia ser identificado nas recomendações que os médicos destinavam à preservação do humor ou da alma individual, ou seja, aos estados psicológicos dos indivíduos. Nesse sentido, eram censurados comportamentos que evidenciavam sentimentos como o medo, a timidez e o abuso dos prazeres. Atribuía-se a esses cuidados o poder de afastar fatores responsáveis pela comunicação de muitas moléstias que tenderiam a se manifestar nos humores mais propícios. O princípio que permeia essa tese mostrava, como vimos anteriormente, como o medo estaria associado a uma maior vulnerabilidade em adquirir a *cólera-morbus*. Os médicos qualificariam ainda como esse processo estaria afinado a um estado essencial de fraqueza moral que alguns indivíduos estariam mais sujeitos¹¹⁵.

SOLOS FÉRTEIS E AR SALUBRE

As dificuldades encontradas pelo programa médico-científico em sanear o espaço público e educar a população nas cidades convertiam-se, nos sertões, na tarefa de reunir, sedentarizar e educar povos em constante circulação. Os sertões ofereciam, no entanto, diferentemente das cidades, onde as péssimas condições de salubridade imperavam, ares mais saudáveis, clima ameno e solo fértil, uma oportunidade para civilizar uma população composta por índoles e origens tão diversas. Assim, se nas cidades o ideal de civilização se concentrava na tarefa de superar o atraso herdado do passado colonial, orientada pela imperativo de remodelar o espaço público e educar a população, nos sertões o fito do projeto civilizador, que se desenha em meados do século XIX, residia em introduzir formas mais organizadas de trabalho livre, a partir da adoção de técnicas agrícolas avançadas e gente morigerada que se ocupasse do trabalho diário com a terra.

A este respeito, havia ainda a preocupação do governo em aumentar a produtividade agrícola e incentivar a inserção da produção de açúcar no mercado internacional. Nesse ponto, sublinhemos as iniciativas que visaram o deslocamento das populações indígenas dos antigos aldeamentos para estruturas menores e dispersas, ampliando os espaços destinados às lavouras de açúcar. A partir dessas

¹¹⁵ Para uma descrição mais detalhada sobre as teses médicas que se debruçaram sobre influência do medo no princípio de comunicação da *cólera-morbus*, ver Diniz (1997).

políticas de remanejamento, as populações indígenas seriam realocadas nas colônias militares, ou transferidas para os chamados lotes familiares¹¹⁶ ou, ainda, seriam incorporadas às vilas que começavam a surgir com o apoio dos missionários que iam edificando suas paróquias, seguindo o progresso que a ampliação da linha férrea e o incremento das “melhorias materiais” proporcionavam.

Nesse ponto, quando analisamos a realidade dos sertões veremos como a organização social se mostra bastante distinta das configurações urbanas. A primeira dessas diferenças diz respeito ao tema que na literatura produzida sobre as populações indígenas do nordeste ficou conhecido como o “desaparecimento do índio”. Entendia-se que os sucessivos empreendimentos civilizatórios levados a cabo pelo Estado Nacional – sobretudo por meio do trabalho missionário voltado para a catequese das populações indígenas e a instituição das colônias militares - teriam processado um elevado grau de miscigenação, o que resultaria em uma população constituída basicamente por caboclos que, por sua vez, eram percebidos como “misturados à massa da população”. O *apagamento da memória indígena* é assim entrevisto, nos censos e estatísticas produzidos pela missão católica e pelo Estado que registravam que o índio não era mais índio, ou assim não podia mais ser considerado, como fica expresso no argumento do presidente da província ao justificar a desativação do aldeamento de Escada, localizado a dez léguas da cidade de Recife, na margem oriental do rio Ipojuca, no ano de 1868:

O aldeamento de Escada foi extinto porque os poucos índios que ali habitavam acham-se já confundidos com a massa da população, e por isso determinei que se desse a cada um daqueles que quisessem estabelecer-se nas terras do Riacho do Mato, que o Governo Imperial concedeu para serem distribuídas pelos mesmos índios, um lote de 22.500 braças quadradas (...) (*apud.* Moreira Neto 2002: 215).

Por outro lado, associada à questão da *mistura oficial* e do *apagamento da memória indígena*, estaria vinculada a questão da terra. Ao definir que a população de índios estava plenamente absorvida à sociedade nacional, paralelamente, o Governo Provincial decretou uma série de leis e regulamentos que incidiram diretamente sobre a normatização dos antigos aldeamentos que se viram, progressivamente, sendo

¹¹⁶ Sobre os sistemas de *lotes familiares e reuniões* enquanto políticas que visaram o deslocamento das populações indígenas dos antigos aldeamentos e sua posterior sedentarização em espaços delimitados e reduzidos, ver Arruti (1999).

desativados ao longo do século XIX sob o pretexto de que a população existente nessas instituições não passariam de “destroços da raça indígena” (Carneiro da Cunha, 1992)¹¹⁷. Mas não sem controvérsias.

A este respeito, notemos que tanto as autoridades ligadas a *Diretoria dos Índios* quanto os missionários capuchinhos tiveram que lidar com questões ligadas aos resultados dessa política. Ressaltamos desse modo, a existência de grupos heterogêneos formados não apenas por caboclos – como consideraria *grosso modo* os relatórios oficiais e os relatos dos missionários – mas que reuniam grupos de índios que persistiam, circulando entre as recém-criadas vilas, que passaram a ocupar o espaço dos antigos aldeamentos. De fato, as várias missões de pacificação desenvolvidas pelos capuchinhos demonstram a este respeito, como os ataques de índios selvagens que, frequentemente, saqueavam as plantações e provocavam conflitos e mortes, nunca teriam cessado por completo. Como expressaria o delegado da freguesia de Águas Belas que relatava em carta dirigida ao presidente da província em 1842, como os índios

(...) tapuias selvagens e bárbaros que vem praticando constantes roubos, assassinios e distúrbios, conseguindo armas de fogo velhas e com o ferro das mesmas tem preparado suas setas, estando em situação hostil (...) ¹¹⁸

O processo que engendrou o apagamento da memória indígena pode, assim, ser acompanhado no discurso oficial que, repetidamente, insistiu na necessidade de desativar os aldeamentos para índios existentes na província. Em seu relatório de 1856, o presidente da província, José Bento da Cunha Figueiredo, justifica os sucessivos decretos que determinaram a extinção dos aldeamentos, entendendo que de tal providência resultaria a definição de um melhor destino para índios na província. Nas palavras do presidente:

¹¹⁷ O processo que visou a extinção dos aldeamentos para índios na província de Pernambuco pode ser acompanhado desde o ano de 1757, quando o então ministro Marquês de Pombal promulgou um diretório que regulava sobre as atividades de catequese dos índios no país. Entre outras medidas, este diretório estabeleceria, com base no princípio da liberdade dos índios, que os aldeamentos seriam elevados à condição de vilas, o que supunha, por sua vez, a “mistura” entre índios e não-índios nos antigos espaços dos aldeamentos. No século XIX, esse processo será intensificado, a partir de decretos e leis que incidirão sobre a terra indígena, levando progressivamente a total extinção desse tipo de instituição nas províncias do norte (Carneiro da Cunha, 1992).

¹¹⁸ APEJE – RTP, fl. 229. Carta do delegado da freguesia de Águas Belas, João Biser d’Albuquerque, ao presidente da província de Pernambuco, 30 de agosto de 1842.

(...) dar uma boa direção aos índios para tornarem-se úteis a si e à província é de absoluta necessidade, até que o aumento da população e o progresso da nação, o faça desaparecer o aldeamento, confundindo-os com os demais habitantes e acabando com a separação em que vivem até certo ponto¹¹⁹.

O desafio do governo da província residiria, então, em criar um modelo de assimilação para a população mestiça e cabocla que, sempre em movimento, mostrava-se como um obstáculo para a manutenção da ordem pública¹²⁰. Além disso, vislumbrava-se nesse excedente uma possibilidade para o desenvolvimento da mão-de-obra que a província precisava. A terra era farta e boa, carecia, no entanto, de braços para cultivá-la. Vê-se, desse modo, como o fim dos aldeamentos indígenas esteve articulado à ideia fartamente difundida no discurso oficial de que as populações dos sertões era constituída essencialmente por caboclos ou mestiços:

Além do expendido já não há nesta missão índios genuínos, porque esta raça tem-se de tal modo cruzado com outras, que quase todos os índios existentes são mestiços e por conseguinte a sua dispersão será conveniente que a sua concentração, porque no último caso não abandonarão a madraçaria, em que vivem, e nem perderão os seus maus hábitos que se irão transmitindo de geração em geração¹²¹.

A ideia de converter os índios em trabalhadores foi, desse modo, progressivamente sendo incorporada ao discurso oficial, como indica o Diretor Geral dos Índios da província, que não descartava a possibilidade de aproveitar os habitantes da aldeia de *Escada*, que seria desativada em 1861, nas terras da *Colônia Militar de Pimenteiras* onde, segundo seu diretor haveria terras suficientes para a colonização. Adicionalmente, o diretor dos índios ponderava sobre o fato de que “as nossas aldeias de índios estão povoadas de proletários”, condição que garantiria, segundo ele, a substituição do trabalho escravo pelo trabalho livre. Desse modo, recomendava ao governo que “não deixasse de insistir em aproveitar também os destroços da raça indígena”¹²² no desenvolvimento da agricultura.

¹¹⁹ Relatório do presidente da província de Pernambuco, 1856.

¹²⁰ A este respeito, podemos identificar sucessivas missões pacificadoras que foram empreendidas no interior da província pelos missionários capuchinhos italianos na segunda metade do século XIX (Santos, 2006).

¹²¹ Ofício do diretor parcial da aldeia de Panema, Lourenço Bezerra de Albuquerque Maranhão, dirigido ao presidente da província, Domingos de Souza Leão, 10 de agosto de 1864.

¹²² Ofício do Diretor Geral dos Índios ao Presidente da Província. *Diário de Pernambuco*, 08 de janeiro de 1861 (*apud*. Silva, 1995).

Sublinhemos nesse ponto a importância que os processos que visaram a entrada de imigrantes na província, a partir da década de 30, teve nos programas de povoamento do sertão. Nesse sentido, não por acaso, o momento em que se realizou a entrada de ingleses, franceses e italianos em Pernambuco, coincide com as primeiras iniciativas que visaram a substituição da mão-de-obra escrava pelo trabalho livre na província.

Em verdade, a introdução do trabalho livre na província possui algumas particularidades que se articulam essencialmente com a necessidade – formulada bastante precocemente na província – de substituir o contingente de escravos por colonos estrangeiros. O tema é bastante amplo para ser tratado nesse trabalho, entretanto, gostaria de destacar em relação a este ponto, algumas propostas que consideraram a introdução de colonos estrangeiros como a solução mais adequada para modernizar os meios de produção agrícola, bem como civilizar as fronteiras do Império.

Notemos, desse modo, como ainda que a questão provocasse resistência por parte dos proprietários de engenhos, alguns pontos de ruptura, no entanto, podem ser notados. No governo de Francisco do Rego Barros, por exemplo, o incentivo às obras públicas realizadas na capital representou uma possibilidade para a inserção de mão-de-obra assalariada. De fato, a própria contratação do engenheiro francês Louis Vauthier provoca mudanças nesse sentido. Quando Vauthier chega ao Brasil em 1840, para assumir a *Repartição de Obras Públicas* a convite do Barão da Boa Vista, uma série de medidas foram tomadas com o fito de incentivar o sistema de mão-de-obra livre¹²³.

Entretanto, veremos como essa iniciativa de promover a expansão do trabalho livre na província, quando transportada para a realidade dos sertões, incorreria em outros pontos. Assim, para o governo provincial, a importância dos imigrantes não se limitaria à oportunidade de criar um efetivo de mão-de-obra qualificada¹²⁴, da qual a

¹²³ Essa iniciativa, porém, sofreu alguns obstáculos. Antes da chegada ao Brasil do engenheiro Louis Vauthier a oferta de mão-de-obra para a execução das obras públicas advinha do arrendamento do trabalho escravo que se realizava por meio de empreendimentos tradicionais. Consequentemente, a iniciativa, que partiria do engenheiro francês, causaria o descontentamento dos proprietários de escravos que, nesse contexto, se sentiram prejudicados por perderem uma importante fonte de renda.

¹²⁴ Nesse sentido, a partir da década de 1850, o problema da imigração começa a ser alvo de uma preocupação mais atenta do Governo Imperial. Como esclarece Evaldo Cabral de Mello (1994), no período compreendido entre os anos de 1850 e 1889, o Governo Imperial atuaria de forma decisiva no incentivo da migração europeia o que, por sua vez, não se restringiria ao pagamento de passagens e alojamento, mais previa o custeio tanto do deslocamento desses imigrantes quanto do financiamento

província em franca expansão se mostrava carente naquele momento, mas significou a ocasião propícia para a criação de formas de incluir, a partir do incentivo ao desenvolvimento agrícola, a massa de caboclos e mestiços que, originados dos antigos aldeamentos indígenas, poderiam ser mais facilmente assimilados à população civilizada. As propostas que visavam o incremento da imigração nas províncias do norte, no entanto, sofreriam com a falta de uma distribuição equitativa das levas de imigrantes que chegavam ao país¹²⁵. Considerava-se a este respeito a importância que o papel do “clima do norte” desempenhou ao motivar a preferência dos imigrantes europeus pelas províncias do sul em detrimento das do norte. Todavia, como explica Evaldo Mello, os desequilíbrios no padrão migratório entre o sul e o norte passariam menos pela consideração do clima que pela deliberada desigualdade de incentivos políticos e financeiros disponibilizados pelo Império¹²⁶.

Vê-se desse modo como, diante do pouco resultado apresentado pelas iniciativas de incremento da mão-de-obra livre – essencialmente aquelas baseadas na imigração - o governo empenharia outros esforços no sentido de compensar o atraso no qual as populações dos sertões estavam imersas. Era preciso operar no interior da província o mesmo processo modernizante que se via processar na cidade. A civilização do sertão visaria, nesse sentido, favorecer o desenvolvimento das vilas, ampliar os meios de comunicação e transporte existentes, sedentarizar as populações e prover a educação dos caboclos para inseri-los no trabalho.

das condições para seu estabelecimento enquanto assalariados em empresas agrícolas e em obras executadas pela administração pública ou, ainda, como colonos em núcleos criados pelo Estado.

¹²⁵ Evaldo Cabral de Mello (1984) comenta a esse respeito como a imigração europeia para o Brasil aconteceu de modo bastante irregular, considerando que os fluxos de imigração estrangeira dirigiram-se com mais intensidade para as províncias do sul, o que, por sua vez, teria ocasionado desigualdades significativas nos processos de desenvolvimento da agricultura e indústria entre as duas regiões.

¹²⁶ A este respeito, vemos como, ainda os incentivos do governo imperial não tenham sido suficientes para incrementar a vinda de imigrantes estrangeiros para o norte do país, outras iniciativas por parte do governo local seriam acionadas, ainda que sem sucesso, com o fito de promover a entrada de colonos estrangeiros na província. Assim, em 1857 seria criada a *Associação de Colonização de Pernambuco, Paraíba e Alagoas* que visava a “importação de imigrantes morigerados, agricultores e industriais, que espontaneamente ou contratados”, essencialmente, de colonos originados do norte de Portugal que deveriam ser destinados para os serviços nas áreas açucareiras. A iniciativa, no entanto, se mostraria pouco efetiva, já que a maioria dos colonos que chegaram à província se concentrariam nas cidades, aplicando-se em atividades ligadas ao comércio ou, quando se dedicaram a agricultura, fizeram-na sítios localizados próximos à capital (Arrais, 2004). Outro exemplo de incentivo do Governo Provincial à imigração pode ser localizado no ano de 1852, por ocasião da promulgação da *Lei Ferroviária* que, entre outras disposições, proibiria a utilização da mão-de-obra escrava na construção e operação das ferrovias. Este dispositivo legal visaria um estímulo à contratação e à formação de uma classe de trabalhadores técnicos e de engenheiros que foram destinados para a construção da ferrovia Recife-São Francisco que cruzaria os sertões da província (Mello, 1984).

Neste ponto, veremos como o programa missionário capuchinho acompanharia a trajetória do progresso na direção do interior, seguindo o prolongamento da estrada de ferro e a vulgarização da vacina antivariólica, para ampliar seus empreendimentos. Destacam-se, a este respeito, os projetos que visaram a criação de instituições voltadas para a educação de meninos e meninas de “diferentes raças e condições”, caso - como veremos com mais atenção no sexto capítulo dessa tese – do *Colégio do Bom Conselho*, construído no ano de 1856 para receber as vítimas da *cólera-morbus* e que concentraria seus trabalhos na tarefa de educar meninas com o fito de formar “autênticas mães de família”; bem como, da *Colônia Orfanológica Isabel* que se dedicaria a formar trabalhadores preparados tanto para a lida com a terra, quanto para o desempenho de artes e ofícios diversos.

Vale reter nesse momento, no entanto, como a participação dos missionários italianos capuchinhos foi decisiva tanto para prover um sistema de educação voltado para o trabalho nos sertões da província, quanto para estabelecer mecanismos de sedentarização dos caboclos – ainda que pouco efetivas diante da intensa mobilidade das populações nativas.

Entretanto, antes de tratarmos do empreendimento missionário capuchinho para os sertões da província, voltaremos às controvérsias da ciência. Assim, no próximo capítulo veremos como aos embates internos à disciplina e às incertezas que constituíam o campo agenciado pela *cólera-morbus* se sobrepuseram outras disputas, conformadas a partir da interação da medicina oficial e outros atores.

PARTE II:

Os interstícios da medicina oficial

CAPÍTULO 4:

TERAPIAS, HOMEOPATAS E CHARLATÃES

Nos capítulos anteriores abrimos as caixas-pretas da medicina acadêmica para acompanhar as controvérsias envolvidas na definição da natureza da epidemia de *cólera-morbus* que acometera a província de Pernambuco em meados do século XIX. O desafio da ciência em construção que observamos era lidar com o total desconhecimento em relação aos princípios etiológicos, o ator envolvido na comunicação do mal que se mostrava errático - estava no ar, nos pântanos, nos gases que se originavam dos processos de putrefação, corrompendo os sentidos e invadindo os corpos dos indivíduos.

Diante da seara de incertezas que definimos como um *extenso campo mórbido*, verificamos, no entanto, como os esforços movidos por Joaquim Aquino da Fonseca e, posteriormente, as teorizações elaboradas por Cosme de Sá Pereira, traçaram alguns caminhos em torno da definição da natureza e dos agentes mórbidos envolvidos no surgimento do flagelo – desenrolando o fio de Ariadne do evento da epidemia.

Joaquim de Aquino, nesse sentido, acionaria um conjunto, ainda que extenso, preciso, de não humanos para explicar a comunicação da doença. Ainda que suas formulações e experimentos não permitissem *fazer-ver* o verdadeiro ator responsável pela moléstia, os agentes mobilizados pelo presidente da *Comissão de Salubridade Pública* para contar a história da epidemia, podiam ser identificados por toda parte: nos pântanos, na matéria em decomposição, nos ares e nas habitações populares. Cosme de Sá Pereira, por sua vez, recorreria ao recurso da rastreabilidade para seguir seu agente invisível, que caminhava indistintamente, bem como definiria seus princípios de contaminação por meio da metáfora do fósforo - a comunicação da moléstia, segundo ele, se processaria de homem a homem ou de sua bagagem a outro homem.

Assim, ainda que permanecesse a incógnita que girou em torno da definição do elemento patogênico responsável pela manifestação da doença, em meio às controvérsias e indefinições que cercavam a epidemia de *cólera-morbus*, ambos os médicos definiriam um status ontológico para seu ator invisível para com ele construir narrativas.

Nessa parte do trabalho, acompanho o processo de delimitação da atividade da medicina científica em sua relação com outros atores e diferentes saberes e práticas de cura, focalizando os embates entre médicos diplomados e os ditos charlatães. Nesse sentido, é necessário indagar: como são definidas as acusações e o que define as práticas do chamado *charlatanismo*?

Para responder a esta questão, o fio condutor que orienta a análise será as controvérsias sobre as práticas terapêuticas mobilizadas para os tratamentos da *cólera-morbus*, bem como as teses e os princípios que fundamentaram as acusações de charlatanismo. Em meio a contenta que se instaurou no meio acadêmico e científico para identificar a natureza e os meios de comunicação da moléstia, acompanharemos o agenciamento de uma multiplicidade de atores, remédios, terapias que foram mobilizados para responder a algumas questões: Que tipo de terapia é mais eficaz? Quem tem o direito de prover terapias para o mal? Quem está autorizado a administrar e controlar os hospitais destinados ao tratamento dos doentes?

DO IMENSO CAMPO MÓRBIDO À PROLIFERAÇÃO DE TERAPIAS

A ausência de uma definição para as formas de propagação da *cólera-morbus* refletiu nas controvérsias envolvidas na escolha da terapia mais adequada para debelar o mal. A confirmação da chegada do flagelo ao país, nesse sentido, fez com que fosse testado um grande número de fórmulas e remédios no seu tratamento. Notemos a este respeito, o fato de que ao observarmos o campo da medicina oficial, nos deparamos com um extenso protocolo terapêutico ao qual era submetido o doente acometido pela doença.

De modo geral, a elaboração de um protocolo terapêutico que, para o caso da *cólera-morbus*, incluiu uma ampla relação de remédios, levava em consideração a necessidade de acompanhar cada fase do desenvolvimento da doença no indivíduo. Assim, à medida que surgiam os sinais característicos que indicavam a presença da moléstia, um tipo de remédio era prescrito para aplacar cada um de seus sintomas. Assim, na falta de terapias mais específicas, administravam-se fórmulas mais gerais, dependendo do sintoma que se queria combater, conforme definiria Cosme de Sá Pereira:

A ciência não descobriu ainda um remédio específico para o tratamento do cólera, e por isso o médico é obrigado a limitar-se ao tratamento sintomático, isto é, a combater e a moderar as perturbações funcionais que forem aparecendo¹²⁷.

No momento em que a epidemia de *cólera-morbus* chega ao Brasil, as primeiras terapêuticas administradas aos doentes eram compostas por remédios que, em sua maioria, faziam parte do rol da chamada “matéria tradicional”, ou seja, partiam de um conjunto terapêutico que contemplava substâncias e técnicas de eficácia reconhecida e que serviam para o tratamento de um amplo número de doenças descritas na época. Estas incluíam técnicas e terapias de cura bastante populares entre os clínicos, como as sangrias, os purgatórios, os sudoríficos e os eméticos – as chamadas terapias *anti-flogísticas*¹²⁸. No entanto, a ausência de um conhecimento definitivo sobre a natureza das perturbações orgânicas decorrentes da *cólera-morbus* no corpo do doente, em um momento em que nem mesmo os exames anatomopatológicos permitiam identificar os órgãos afetados pela moléstia, fazia com que a eficácia dessas terapias fosse praticamente inexistente, como admitiam alguns médicos:

Apesar de todos os esforços feitos pelos facultativos de todos os tempos para acharem um meio, que sem falta cure o cólera-morbus, até hoje ninguém pode achá-lo e com efeito tem-se observado que na cura desse morbo, os caleficientes nem sempre aquecem, os refrigerantes não refrescam, os cordiais não corroboram, os antiespasmódicos não acalmam, os estímulos não excitam, os contra-estímulos não abatem (Aducci, 1855: 07).

Entretanto, algumas teorizações foram elaboradas a respeito dos princípios por meio dos quais seria possível realizar o diagnóstico da doença e, conseqüentemente, aperfeiçoar uma terapêutica adequada. Em *Tratamento do cholera-morbus* (s/d), Aquino da Fonseca definiu, desse modo, a sequência de sintomas que confirmavam a

¹²⁷ *Reminiscência do cólera em Pernambuco nos anos de 1855 a 1856 pelo Dr. Cosme de Sá Pereira* (1885: 74).

¹²⁸ As doutrinas *anti-flogísticas* das quais são originados tratamentos como as sangrias, os sudoríficos e os eméticos, foram elaboradas por François-Joseph-Victor Broussais (1772-1838). A popularidade que esses métodos alcançaram em países tropicais como o Brasil se justificava pela crença de que os tratamentos anti-flogísticos se adequavam melhor a países cujos níveis de temperatura se mostram sempre elevados, considerando a tese de que a circulação sanguínea em indivíduos nascidos em clima tropical estaria mais suscetível a processos que ocasionavam a estagnação do sangue o que, por sua vez, estaria relacionado com o surgimento de algumas moléstias. Nesse sentido, considerava-se que o tratamento anti-flogístico era o que mais apresentava resultados positivos, considerando sua capacidade em debelar a *flogose*, ou seja, o estado de inflamação dos órgãos ou tecidos (Santos Filho, 1977).

presença da moléstia. A ideia era compor um protocolo médico de procedimentos que auxiliasse na sua rápida identificação, aumentando, dessa forma, as chances de cura do paciente. Este protocolo partiria da observação dos sintomas iniciais que, com frequência, poderiam se confundir com sinais comuns a outras doenças. Segundo essa tese, evidências clínicas como uma indigestão, por exemplo, poderiam ajudar a prevenir o desenvolvimento de quadros sintomáticos mais comprometedores como indisposição, vômitos biliosos ou mesmo a diarreia intensa.

Ainda que possam ser identificados sintomas iniciais difusos durante a manifestação da doença, Aquino da Fonseca distinguiu, no entanto, quatro fases que, *grosso modo*, descrevem a evolução da moléstia. A primeira dessas fases era descrita a partir do aparecimento de uma diarreia, que se manifestava como um “aviso” que alerta sobre a presença da infecção. Em seguida, a diarreia inicial vinha acompanhada por uma palidez do indivíduo, além de cólicas, vômitos, soluços, desfalecimento e câimbras. Na terceiro estado, o paciente apresentava uma diarreia mais intensa, suor frio, dedos dos pés e das mãos enrugados, olhos e bochechas encovados, ventre retraído, câimbras atrozes, vômitos e soluços constantes e perda de força - o que o impedia de se manter em pé -, voz sumida e rouca, mudança de cor para um azul que tendia para o roxo. Nesse ponto, Aquino notava como, embora os sintomas fossem mais degradantes, piorando de forma substantiva a condição física do indivíduo, considerava-se que o doente ainda mantinha sua visão nítida e a razão e consciência intactas. Já a quarta e última fase era definida por um período em que poderia haver uma reação do organismo, quando os sintomas descritos nas fases anteriores tenderiam a desaparecer¹²⁹.

A descrição exata da evolução da doença permitia a Aquino da Fonseca criar um protocolo terapêutico, obedecendo, para cada fase da *cólera-morbus*, a fixação de um procedimento clínico específico e uma prescrição precisa. Acompanhamos, então, dessa forma, como Aquino da Fonseca, procura criar um conjunto de procedimentos visando essencialmente a definição de uma terapêutica particular – ainda que ampla - para o tratamento da doença, ou seja, uma prática de cura generalizável para todos os casos de *cólera-morbus*. De acordo com as prescrições definidas pela médico, para os sintomas iniciais, administrar-se-iam chá de hortelã, elixir paregórico e álcool canforado. Em seguida, não deveriam faltar ao doente a *poção anti-vomítica do*

¹²⁹ Joaquim Aquino da Fonseca. *Tratamento do cholera-morbus* (s/d: 07-12).

Linimento Húngaro e as fricções com álcool canforado. Continuando a evolução do mal, recomendava-se a ingestão da *poção anti-colérica dos índios* e uma fórmula composta essencialmente por bicarbonato de sódio. Para enfim, na quarta e última fase da doença, aconselhar a ingestão das *poções energéticas*, as quais se sobrepunham à administração de alguns remédios indicados para as fases anteriores, se necessário. Simultaneamente a essa sequência de fórmulas e poções seria, ainda, recomendado um protocolo dietético e higiênico que indicava, entre outras coisas, a ingestão de comidas leves, os banhos frequentes, ora o aquecimento, ora o resfriamento do corpo do paciente, a evitação dos trabalhos físicos e mentais, entre outros cuidados¹³⁰.

Ainda a respeito das terapias empregadas no combate à moléstia, alguns tratamentos se destacavam por serem destinados a categorias específicas de doentes, obedecendo a uma classificação que remetia à existência de certa vulnerabilidade, seja relacionada à raça, condição social ou faixa etária do paciente. O álcool canforado, por exemplo, era especialmente indicado para os pobres - por essa razão receberia a denominação “elixir dos pobres”. Aos negros, administrava-se, preferencialmente, ao longo de todo tratamento, o bicarbonato de sódio. Para as crianças, recomendava-se a essência de hortelã, diluída em acetato de amônio; aos velhos a escolha da prescrição ideal levava em consideração os poderes energéticos ou estimulantes do remédio escolhido, por isso, a ingestão de substâncias como o vinho e o clorofórmio se mostrava sempre como a terapia mais indicada¹³¹.

Havia, ainda, uma importante advertência sobre a administração desse protocolo terapêutico. Ainda que se pudesse definir um conjunto de procedimentos universais para o tratamento de cada etapa da evolução da moléstia, os médicos alertavam para a necessidade de que cada recomendação terapêutica deveria ser acompanhada dos conselhos de um profissional, considerando que só ele estaria autorizado a prescrever esse conjunto de tratamentos e medicamentos. A este respeito, vemos como Cosme de Sá Pereira ressalta a importância do doente ser assistido por um médico:

(...) existem ainda inúmeros remédios, e inúmeros tratamentos para o cólera, alguns dos quais só os médicos poderão emprega-los, e assim mesmo desconfiamos dos bons resultados com que são apregoados, mas aconselho aos meus clientes e amigos, que na falta

¹³⁰ Idem: 09-12.

¹³¹ Ibidem: 13.

de médicos só ponham em prática os remédios que ficam indicados, e pelo modo descrito, isto é, com muita moderação, sem encharcar-se o doente em muitos remédios, e só os mudando para outros quando os primeiros não tiverem dado resultado¹³².

Sublinhemos nesse ponto como os procedimentos acionados para o diagnóstico da *cólera-morbus*, bem como para a elaboração de uma prescrição terapêutica precisa, tinham por objetivo a concepção de normas e protocolos universais para a prática médica. Nesse sentido, verificaremos como os registros das observações clínicas são processados para a elaboração de inventários de diagnósticos com a descrição de etiologias específicas e as correspondentes terapêuticas aplicadas. Vê-se, ainda, como a adoção desse tipo de convenção que passa a ser aplicada à prática médica, representaria, nesse momento, uma oportunidade para a criação dos primeiros protocolos de testes para as terapias disponíveis, de forma a adequá-las às particularidades que a manifestação da moléstia assumia. Estes testes, de natureza essencialmente estatística, baseavam-se nos relatórios das observações clínicas, com fito de acompanhar o desenvolvimento da moléstia e avaliar o grau de eficácia da terapêutica escolhida no seu tratamento.

Cada médico, nesse sentido, ficava encarregado de seguir a progressão dos estados mórbidos, tendo o cuidado de anotar todos os dados que considerava importantes, descrevendo cada etapa da evolução da moléstia em um registro específico. No caso particular da *cólera-morbus*, os procedimentos médicos deveriam ser minuciosamente relatados no *Boletim Colérico*. Tratava-se de um formulário instituído pela *Comissão de Salubridade Pública* e de preenchimento obrigatório pelos médicos durante os atendimentos de casos comprovados da doença. O *Boletim Colérico* incluía informações referentes aos dados do paciente (nome, idade, profissão, naturalidade e residência), o relato dos sintomas e a prescrição terapêutica e higiênica adotada. Por fim, atendendo à importante necessidade estatística que relacionaria o procedimento adotado à eficácia do tratamento, a conclusão do atendimento: *feliz* ou *fatal*¹³³.

Acompanhamos, desse modo, como a definição de métodos precisos e generalizáveis para o tratamento de cada manifestação mórbida particular assentava-

¹³² *Reminiscência do cólera em Pernambuco nos anos de 1855 a 1856 pelo Dr. Cosme de Sá Pereira*. (1885: 75). A lista de remédios indicados por Cosme de Sá incluía: flores de macélia, folhas ou cascas de laranja ou limão, erva cidreira, erva doce, canela, folhas de olhos de arãzeiro, folhas ou entrecasco de angico, entrecasco de coco verde, suco de bananeira, entre outras substâncias (*op. Cit.*: 77).

¹³³ Em anexo, apresento um exemplo desse tipo de formulário.

se, essencialmente, na necessidade de fundar, naquele momento, um programa médico-científico orientado, basicamente, por princípios gerais que conduziriam à produção de terapias homogêneas e universais, ou seja, que poderiam ser administradas a um número maior de doentes acometidos por uma doença em particular, como esclarece Flavio Coelho Edler (2001):

De acordo com a retórica sensualista da medicina anatomoclínica, por meio da observação cuidadosa de um caso, o médico poderia compará-lo aos casos da mesma natureza. Raciocinando sobre muitos casos semelhantes, os clínicos poderiam tirar conclusões genéricas sobre doenças e terapêuticas. Partindo da estreita observação dos efeitos de um tratamento em um paciente com sintomas particulares, vivendo em um determinado meio ambiente climático e telúrico, com hábitos e constituição física singulares, os médicos poderiam derivar prescrições terapêuticas válidas em condições similares. Se tais preceitos poderiam ou não ser transportados para outras condições, era algo a ser averiguado (*op. Cit.*: 931).

Notemos, então, como, ainda que parte das terapias utilizadas contra a *cólera-morbus* se baseassem em conhecimentos e tratamentos de reconhecida validade, as práticas terapêuticas necessariamente deveriam ser submetidas a um longo processo de reelaboração que considerava, sobretudo, a universalidade da sua aplicação. Adicionalmente, as experiências clínicas e os testes que envolviam a verificação da eficiência das terapias – sejam elas importadas ou baseadas no conhecimento popular ou indígena - visavam adaptar as prescrições às particularidades tanto locais quanto para atender cada moléstia em sua singularidade.

Aquino da Fonseca, nesse sentido, tornar-se-ia incansável na tarefa de pesquisar e divulgar novas descobertas científicas sobre a *cólera-morbus* - bem como sobre outras moléstias - essencialmente, entre artigos científicos produzidos na França que, como vimos anteriormente, na década de 30, sofrera um grande surto da moléstia. No entanto, cada artigo traduzido era acompanhado por anotações, ressalvas e recomendações específicas que procuravam, à medida do possível, indicar as limitações e possibilidades de adaptação dos tratamentos disponíveis à particularidade que cada manifestação mórbida em particular assumia nos trópicos. Estas limitações, como vimos, referiam-se essencialmente à influência conferida ao clima tropical nos processos de adoecimento. No que diz respeito às terapias adotadas no tratamento da

cólera-morbus, as adequações realizadas nos procedimentos importados incidiam, particularmente, sobre as prescrições dietéticas e higiênicas - banhos frios, vestimenta apropriada, alimentação frugal, etc.

Assim, ainda que a tradução e publicação nos jornais locais de artigos sobre o a epidemia de *cólera-morbus* se tornassem uma prática bastante difundida, a divulgação das pesquisas científicas produzidas no estrangeiro se realizava por meio de adaptações, ressalvas, comentários que visavam ajustar seu conteúdo às particularidades e especificidades que a epidemia assumia nos trópicos. Adicionalmente, a produção científica originada dos estudos clínicos e terapêuticos servia à elaboração dos *manuals de medicina* que, por sua vez, representariam uma importante fonte de informação aos leigos, bem como atenderia à necessidade de pacientes que não tinham acesso direto aos serviços médicos oficiais, como veremos a seguir.

UM MANUAL POR LAR

A indefinição sobre a terapêutica mais adequada para a *cólera-morbus* não foi, sem dúvida, o maior problema enfrentado pela medicina oficial durante a epidemia. Embora os estudos que se debruçaram sobre os remédios e terapias, pouco a pouco, tenham se tornando um trabalho de pesquisa sistemático durante o período, como veremos em mais detalhes adiante, a propagação do flagelo pelos quatro cantos da província evidenciava a patente falta de médicos, insumos e recursos que impediam atender um território e uma população tão vasta.

Adicionalmente, a falta de médicos fazia com que as *artes de cura* ou *práticas tradicionais de cura* assumissem uma visibilidade maior. Esse aumento de visibilidade, no entanto, não pode ser relacionado exclusivamente ao aumento do número de seus praticantes que, com a epidemia, teria se multiplicado - considerando, que desde o período colonial curandeiros, benzedores e mezinheiros sempre estiveram disseminados pelo país. Assim, a presença extensiva desses atores pode ser explicada pela configuração de uma situação emergencial que se desenha a partir do surgimento da epidemia de *cólera-morbus*, bem como pela ausência de uma definição terapêutica eficiente por parte da medicina acadêmica.

No entanto, é necessário atentar para a pluralidade e heterogenia dessas práticas de cura que, nem sempre, representam uma oposição radical em relação à medicina acadêmica, como querem alguns autores (Farias, 2007; Diniz, 1997). No meio do caminho entre as práticas que se alinhavam à margem da oficialidade médica e aquelas reconhecidas oficialmente, é possível identificar uma multiplicidade de formas de exercício da cura, ou seja, graduações entre o que é permitido e o que não é permitido – poderíamos mesmo falar em *medicinas*, como muito bem expressou Gabriela dos Reis Sampaio (2001), para qualificar a diversidade de práticas ou artes de cura existentes nos períodos colonial e imperial - e que nos leva a reconhecer que as fronteiras nem sempre são nítidas.

No século XIX, os próprios *manuals de medicina popular*¹³⁴, bastante difundidos, principalmente durante a primeira metade desse século, foram alvo de críticas, sendo considerados, em alguns casos, um conhecimento proveniente de uma medicina ingênua, fundamentada em teorias metafísicas ou, ainda, eram vistos como uma reunião de credices populares (Guimarães, 2005). Nesse sentido, ainda que muitos deles tenham sido escritos por médicos formados nas academias de medicina e representassem o conhecimento de uma elite letrada, esse gênero literário da produção médica nem sempre receberia avaliações favoráveis no meio acadêmico.

O exemplo mais evidente desse tipo de publicação foi o *Dicionário de medicina popular: em que se descrevem, em linguagem acomodada à inteligência das pessoas estranhas a arte de curar* (1842), escrito pelo médico polonês, radicado no Brasil, Pedro Luiz Napoleão Chernoviz (1812-1881). A popularidade que esse manual alcançou no país - mesmo se consideramos as condições mais acessíveis de publicação e divulgação atuais - foi tão expressiva que levou Afrânio Peixoto a afirmar que “haveria mais Chernoviz no Brasil do que Bíblia”. Vê-se assim, como a exemplo do sucesso do *Dicionário de medicina popular*, muitos outros manuais seriam publicados no país durante o século XIX, muitos deles escritos por integrantes da *Academia Imperial de Medicina*, caso do próprio Dr. Chernoviz e do médico Jean-Baptiste Alban Imbert, que integraram os quadros desta instituição.

Segundo seus próprios autores, os manuais de medicina conformavam um gênero literário próprio, caracterizado por sua função específica de educar e informar

¹³⁴ Para uma melhor compreensão do alcance e do conteúdo dos manuais médicos na primeira metade do século XIX, ver Guimarães (2005).

a população sobre as doenças mais comuns, orientando ainda sobre como proceder em casos de urgência. Os manuais teriam, essencialmente, a finalidade de instruir o homem do campo, donos de escravos, mães de família e vigários sobre como lidar com as mazelas cotidianas. O subtítulo do já citado e mais popular desses manuais, o *Dicionário popular* escrito por Chernoviz, é bastante elucidativo do papel reservado a esse gênero, que poderia ser resumido na tarefa de aproximar a linguagem médica acadêmica do público em geral.

Seguindo a linha educacional e informativa do *Dicionário de medicina popular* (1842) escrito por Chernoviz, outras importantes obras foram publicadas ainda no século XIX, como o *Formulário e guia médico* (1841) deste mesmo autor; *Medicina curativa* (1825), de Louis Le Roy; *Guia médico das mães de família* (1873) e *O manual do fazendeiro* (1839) ambos escritos pelo médico e membro da AIM, Jean-Baptiste Alban Imbert; *O médico e o cirurgião da roça* (1866) e *Primeiros socorros* (1866), de Louis François Bonjean, entre outros.

Por ocasião da epidemia de *cólera-morbus*, podemos identificar a publicação de algumas obras específicas que, de forma geral, esclareciam sobre a natureza da moléstia e orientavam sobre medidas preventivas e terapêuticas. A publicação de *Tratamento homeopático preservativo e curativo do cólera-morbus instrução ao povo, a quem pode servir de guia na falta de médico*, escrito pelos doutores Chargé e Jahr em 1854, e traduzido pelo dr. Lobo Moscozo, em 1856, ilustra nesse sentido o alcance que esse gênero literário teve entre a população à época da epidemia. Orientada pelos princípios da teoria homeopática, a obra escrita por Chargé e Jahr indicava como a primeira e principal medida preventiva contra a doença, que toda residência mantivesse sempre ao alcance o *espírito de cânfora de Hahnemann*, fórmula fundamental da terapêutica homeopática que, segundo os autores, era capaz de debelar a doença já nas suas primeiras manifestações.

Já em *Método para preservar-se do cólera-morbus, aplicado aos costumes dos habitantes da Bahia, seguido de um meio fácil e popular, para curar esta doença* (1855), escrito pelo médico italiano radicado na Bahia, Dr. Pio Aducci, traria, segundo o autor, importantes acréscimos no combate à *cólera-morbus*. A obra orientava, desse modo, sobre a forma mais adequada de combater a doença, ou seja, o modo que este médico considerava ser o mais compreensível e fácil para a maioria da população. A este respeito, indicava adaptações importantes às terapêuticas existentes, visando uma melhor adequação tanto das medidas preventivas quanto

curativas aos costumes locais, essencialmente, no que diz respeito aos procedimentos de preservação das condições de salubridade, os hábitos higiênicos e dietéticos, considerando, essencialmente, a particularidade do meio e da índole dos habitantes da Bahia.

A proliferação e a popularidade que alcançaram os manuais de medicina nos centros urbanos do país durante o século XIX, responderiam, desse modo, à ausência generalizada de profissionais no país de que falamos anteriormente. Por outro lado, como fonte de informação e divulgação do conhecimento médico, os manuais representariam um braço da medicina oficial, configurando-se como principal instrumento de divulgação da cultura acadêmica, tendo como objetivo primordial informar sobre procedimentos e terapêuticas próprias do conhecimento “douto”, capaz de orientar leigos em situações de emergência, em que o atendimento médico efetivamente se mostrava fora de alcance (Edler, 2006; Guimarães, 2005).

Adicionalmente, os manuais tiveram importante papel ao apoiar e orientar o exercício de profissionais leigos como boticários, sangradores, vigários, além de outros tipos de curadores que não pertenciam ao corpo médico diplomado, mas que, seja pela curiosidade ou aptidão para o exercício da medicina, mostravam-se úteis na ausência do atendimento de um profissional qualificado.

Em Recife, como em outras partes do país, ainda que seja considerado o fato de que apenas as pessoas letradas tinham acesso a esse tipo de publicação, o que evidentemente representava uma minoria do total da população no período Imperial, estas publicações alcançaram uma popularidade impressionante. Considerando, dessa forma, essa limitação, em cada casa de família, era possível encontrar um exemplar, que se mantinha sempre ao alcance das mãos, em uma situação de emergência ou como forma de atender às vicissitudes cotidianas. Sobretudo nas cidades, esse tipo de obra poderia ser encontrado não apenas nas raríssimas “lojas de livros” existentes, bem como estavam disponíveis nas vendas, padarias e casas de miudezas, a preços dos mais variados (Rocha, 1962).

Em certa medida, podemos afirmar que, do ponto de vista da medicina oficial, os *manuals* sanariam dois problemas: a ausência de um número suficiente de médicos para o atendimento do conjunto da população e o perigo que o vazio deixado pela insuficiência de profissionais representava ao abrir espaço para as práticas dos autodidatas ou dos chamados charlatães. Em certa medida, estas publicações difundiam o conhecimento científico, instruindo da forma mais correta os curiosos, os

boticários, os padres, os fazendeiros e as mães de famílias que, frequentemente, eram obrigados a lidar tanto com as eventualidades das mazelas do cotidiano, quanto com os casos de adoecimento mais graves.

Ainda que desfrutassem de certo prestígio entre a população letrada, sobretudo aquela pertencente à aristocracia urbana e rural, como já afirmamos, os manuais médicos nunca deixaram de ocupar uma linha tênue entre a medicina popular e a medicina oficial. Não por acaso, Gilberto Freyre 2006 [1933], ao comentar algumas recomendações do manual de Chernoviz, apontaria para a existência nesses manuais de uma *hybris*, resultado entre os conhecimentos científico e popular. Nesse sentido, constataria o autor, que a leitura dos manuais de medicina no século XIX comprovariam que “médicos e curandeiros nunca estiveram muito distanciados uns dos outros” (*op. Cit.*: 232).

A ênfase em uma medicina popular na forma de um manual que orientasse as mães de família na ausência de um médico ou, ainda, servisse de guia para os senhores sobre a melhor forma de lidar com as doenças mais comuns entre seus escravos, garantindo, conseqüentemente, sua produtividade, encontra também uma interessante ressonância nas publicações de *medicina sertaneja* ou *medicina prática*¹³⁵, como denomina alguns autores. Muitas delas apresentadas sob a forma do gênero da poesia de cordel - gênero que tem seu advento no início do século XX - como nos mostra de forma muito interessante Messias Basques (2011).

Na leitura de exemplares desse gênero literário, observamos como o estilo particular da orientação médica, característica dos manuais populares do século XIX, repercute na forma com que se realiza a apresentação e descrição dos conselhos e mezinhas – destacando-se a forma como colocam lado a lado fórmulas medicinais baseadas na fitoterapia, essencialmente de origem indígena, e as simpatias e ritos mágicos – e que nunca deixaram de estar vinculados ao conhecimento e à cultura do povo sertanejo.

Adicionalmente, as ressonâncias das práticas médicas que são elaboradas no século XIX surgem nos textos que revisitam os casos de perseguição dos curandeiros pela *polícia médica* que, estabelecendo sua atuação em torno da acusação de charlatanismo ou prática ilegal da medicina, passam a criar, com mais intensidade, a partir do início do século XX, mecanismos para reprimir práticas de cura de origens e

¹³⁵ Para um exemplo desse tipo de publicação, ver Campos (1967).

vertentes muito heterogêneas.

Se constatamos, como sugere Gilberto Freyre, que as medicinas popular e científica estiveram desde sempre em uma linha de intersecção, como podemos então definir os critérios que orientaram a definição dos limites entre a medicina acadêmica e outras práticas de cura? Como entender os mecanismos envolvidos na construção da acusação de charlatanismo?

CHARLATANISMO

Em *Le médecin et le charlatan* (2004) Isabelle Stengers narra o que considera ter sido a cena inaugural da medicina moderna. O “magnetismo animal” de Franz Anton Mesmer (1734-1815), candidato a fundar uma medicina científica, seria enfim testado por duas comissões médicas.

A narrativa reporta-se, mais precisamente, ao episódio ocorrido em Paris no ano de 1784. Nessa ocasião, duas comissões médicas foram nomeadas para colocar à prova as práticas e os fundamentos da terapia desenvolvida pelo médico vienense Franz Anton Mesmer. A questão se colocava da seguinte forma: de acordo com a formulação de Mesmer, o bastão em torno do qual seus doentes eram expostos concentrava um fluido magnético capaz de curar. O fato é que para os padrões da medicina da época a referência *per si* a um fluido desconhecido, ao qual os seres vivos eram sensíveis, não o desqualificava *a priori*. Ainda que invisível, considerava-se como prova da sua existência a observação dos seus efeitos curativos – baseando-se para isso no mesmo princípio utilizado para validar, por exemplo, a presença da atração newtoniana, que teve como prova da sua validade, exatamente seus efeitos. Assim, a partir dessa consideração fundamental, o bastão de Mesmer seria reconhecido como um dispositivo ao mesmo tempo terapêutico e demonstrativo. Consequentemente, como observa Stengers, “seu poder curativo constituía ao mesmo tempo a demonstração da existência do fluido e a explicação para seus efeitos” (*op. Cit.*: 131).

A comissão, no entanto, mostrar-se-ia insatisfeita com os resultados da avaliação realizada e decidiu elaborar um método que pudesse se mostrar mais consistente. Com esse objetivo, o mesmo grupo de médicos que aferiu a validade do

experimento de Mesmer decide por designar um profissional versado sobre a arte da magnetização para submeter dois voluntários ao método desenvolvido por Mesmer. O primeiro desses indivíduos deveria atender à exigência que estabelecia se tratar de “indivíduo capaz”. Satisfeito esse primeiro requisito, o primeiro voluntário seria submetido ao experimento sem ter nenhum tipo de conhecimento prévio sobre seu funcionamento. O segundo desses experimentos, por sua vez, designava um sujeito que seria sujeitado ao mesmo procedimento de magnetização, porém, neste caso, durante o processo teria seus olhos vendados. Adicionalmente ao teste cego, o responsável pela condução da experiência procederia à magnetização de uma parte precisa do corpo do voluntário, entretanto, fazendo-o crer que a parte do corpo escolhida fosse outra completamente diferente.

A partir das duas experiências, a comissão concluiria que “o fluido sem a imaginação era incapaz de curar; bem como, a imaginação sem o fluido poderia produzir os mesmos efeitos esperados com a sua presença” (idem: 132). Consequentemente, a substância envolvida na cura, sem que seus efeitos pudessem demonstrar sua existência, fazia com que ela *per si* não tivesse qualquer vantagem sobre quaisquer outras. Assim, diante do novo teste, a conclusão das duas comissões era uma só: “a cura não prova nada!” (ibidem: 133).

Na segunda metade do século XIX, o saber, métodos e terapias baseadas no que hoje conhecemos por *medicina alopata*¹³⁶ ou *medicina científica*, fundamentavam os princípios da constituição médica oficial. Esta, por sua vez, conformaria, como vimos anteriormente, três princípios básicos que validava esse conhecimento e lhe conferia autoridade: a existência de um corpo de profissionais diplomados; a pesquisa baseada em procedimentos científicos, ou seja, fundamentada nos métodos das principais disciplinas científicas da época – mais precisamente, a Química, a Física, as Ciências Naturais e a Estatística - e terapias que conformassem uma eficácia clinicamente observada e aplicação universal.

Uma vez estabelecidos os critérios e fundamentos que permitiriam a medicina afirmar *isto é científico*, a delimitação de um programa médico pragmático se tornaria

¹³⁶ O termo *alopatia* ou *medicina alopata* foi cunhado pelo idealizador do método homeopático Samuel Hahnemann para designar terapêuticas baseadas no “princípio dos contrários” (*Contraria contrariis curantur*) em contraste ao princípio terapêutico fundamentado na “lei dos semelhantes” (*Similia similibus curantur*) que caracteriza a terapêutica homeopática. Ainda que a designação *alopatia* nos seja, nos dias atuais, bastante familiar para nomear a medicina científica, o termo já era corrente no século XIX, normalmente associado a um vocabulário próprio da homeopatia.

o principal objetivo do empreendimento que focalizamos, o que incluía, ainda, a definição das fronteiras desse programa em relação a outras práticas. Esse programa se conformaria, essencialmente, por meio de procedimentos que visavam a *estabilização* das suas práticas que, como vimos, incidiu diretamente sobre os procedimentos voltados para o estabelecimento de terapias mais eficazes no tratamento da *cólera-morbus*. Lembremos, nesse sentido, a adoção por parte da comissão médica do *Boletim Colérico* que funcionava como um instrumento por meio do qual era possível testar tanto a eficácia dos métodos e procedimentos médicos, quanto a eficiência dos remédios e seus princípios ativos.

Não por acaso, as primeiras medidas adotadas pelo *Conselho de Salubridade Pública*, visando o controle de procedimentos e terapias na área médica - e que foram acionadas na formulação da acusação de charlatanismo, como veremos mais adiante - incidiram sobre a atividade dos boticários e farmacêuticos. Desse modo, entre as determinações presentes no *Regimento do Conselho de Salubridade Pública*, estaria a tarefa de “reprimir os efeitos do charlatanismo” o que, em termos práticos, significava entre outras coisas restringir a pessoas autorizadas “a prática da Medicina, ou no que respeita a venda de drogas, ou quaisquer preparações farmacêuticas”¹³⁷.

A este respeito, o caso do boticário José Rocha Paranhos, que teve seu estabelecimento fechado pela *Comissão de Salubridade Pública*, é bastante ilustrativo. A acusação, que levaria ao fechamento do seu estabelecimento, esclarecia que o farmacêutico não possuía “nem diploma nem carta de Pharmacia” e utilizava “seu talento para substituição e falsificação de substâncias medicamentosas”¹³⁸. Adicionalmente, pesava contra o acusado, o fato de driblar as posturas e normas, além de persuadir as autoridades policiais, contando com o apoio destas para continuar a desenvolver suas atividades:

Por vezes multado, mas sempre opondo-se à punição por meio de questões judiciais, sua botica tem sido senão uma oficina dessas substituições, e falsificações; entretanto sempre há encontrado, e continua a encontrar protetores (...)

José da Rocha Paranhos não tem diploma, nem carta de Pharmacia; protegido outr’ora por agentes da Câmara Municipal, soube ir iludindo as Posturas (...) Afeito a falsificações e substituições,

¹³⁷ Conforme artigo 7º do “Regimento do Conselho de Salubridade Pública”. *Coleção dos trabalhos de Salubridade Pública 1845-1851*.

¹³⁸ *Coleção dos trabalhos de Salubridade Pública 1845-1851: 16-18*.

tornou-se um homem perigoso, e sua botica, mesmo administrada por um farmacêutico legalmente habilitado, não oferecerá garantia, porque lhe há de impor ao administrador de seu estabelecimento que, se não quiser ser despedido, não deixará de fazer o que lhe for ordenado (...)¹³⁹

Este tipo de acusação, que se mostra recorrente nos registros oficiais, refere-se invariavelmente, ao fato de alguns boticários, entre eles José Rocha Paranhos, conseguir, “encontrar protetores” para continuar a realizar “suas falsificações” ou, ainda, sempre ser “protegido por agentes da Câmara Municipal”. Tais denúncias revelam, assim, uma condição muito sintomática das relações que subjazem a estrutura repressiva do empreendimento médico oficial do qual o *Conselho de Salubridade* e a *polícia médica* eram partes integrantes. Assim, ainda que existissem leis precisas que determinassem a prisão dos boticários e o fechamento das farmácias que infringissem as regras que regulamentavam o funcionamento deste tipo de estabelecimento¹⁴⁰, na prática, isso raramente acontecia. A este respeito vemos como, a existência de leis e mecanismos de perseguição não nos ajudam a entender os acordos, ajustes e negociações que, intrinsicamente, constituem os relatos destes casos. No discurso oficial, no entanto, o caso do boticário se converte na medida exata para a detecção das práticas de charlatanismo que predominavam entre os estabelecimentos farmacêuticos da cidade:

Como os boticários, procedem os charlatães: uma denúncia baseada em provas contra um, que sem título fornecia medicamentos, não teve melhor sorte, do que a que dera contra Paranhos; entretanto não há quem não reconheça os males, que procedem desses especuladores da credulidade pública, que se inculcam como homens milagrosos, quando em algumas ocasiões não são senão assassinos, tanto mais perigosos quanto, captando a confiança, aplicam substâncias que, se por vezes fazem cessar os sofrimentos, dadas por hábeis mãos, também determinam a morte administradas por ignorantes¹⁴¹.

¹³⁹ Idem.

¹⁴⁰ A partir da proclamação da Independência, a tarefa de fiscalização das farmácias foi atribuída às Câmaras Municipais, até o momento em que, com o fim da *Fiscatura*, esta atividade passa a ser desempenhada por inspetores constituídos pelos Governos Provinciais, que se encarregam do trabalho de fiscalização dos estabelecimentos que, por sua vez, incluíam procedimentos que visavam a aferição dos pesos e medidas, a avaliação da qualidade das drogas comercializadas, a verificação do asseio do lugar e o controle dos preços das mercadorias. Este modelo de fiscalização dirigida pelos inspetores provinciais perduraria, no entanto, até 1850, quando é instituída a obrigatoriedade do *Diploma de Farmácia*, cuja emissão do registro passa a ser de responsabilidade das Câmaras Municipais (Edler, 2006).

¹⁴¹ *Coleção dos trabalhos de Salubridade Pública 1845-1851*: 19.

Acompanhando o modo por meio do qual são formuladas as acusações contra as práticas não oficiais de cura, no contexto que focalizamos, vemos que esse tipo de denúncia passa a ser explicitado nos primeiros trabalhos acadêmicos que procuraram definir o conceito de charlatanismo. Na obra *Uma palavra sobre charlatanismo e charlatães* (1837), o médico Jean-Baptiste Alban Imbert, membro da AIM, realiza a associação que se tornará corriqueira no discurso médico oficial produzido no período e que descreve a figura do charlatão associada à imagem do indivíduo que, dotado de artifícios especiais, envolve e engana os incautos com a intenção de obter algum lucro.

De acordo com a tese formulada por Imbert, o sucesso do charlatão estaria assentado em uma disposição humana particular e que se manifesta, essencialmente, em situações eventuais e extremas, como a do adoecimento, por exemplo. Nesse sentido, o indivíduo acometido por uma moléstia grave conformaria uma “disposição natural” em “acreditar sem exame e sem reflexão, em tudo quanto lhe promete, fácil ou maravilhosamente, saúde ou prazer” (*op. Cit.*: 04).

A capacidade de curar dos charlatães, de modo correlato à disposição do paciente em acreditar na cura milagrosa, residiria também em uma “capacidade natural”, mas que seria conferida ao indivíduo, no caso do charlatão, no momento do seu nascimento. A cura, nesse sentido, se realizaria por meio de um “valor e ação” desconhecidos pelo praticante. Vê-se, assim, como não seria dada ao charlatão, a possibilidade de conhecer os verdadeiros princípios que fundamentam sua arte e que, por sua vez, se conformariam, segundo o médico, como um “simples cálculo de uma indústria especulativa”. Os charlatães envolvidos, desse modo, por uma “forte convicção”, converteriam “essa capacidade natural de curar com que nasceram” nos “maiores e mais positivos conhecimentos medicinais” (*idem*: 16).

Por fim, concluiria o médico, os mecanismos das práticas de cura denominadas charlatãs tirariam seu prestígio e autoridade a partir da mesma habilidade em enganar com que nasceram, mobilizando para tal fim diversos artifícios “ora enfeitando-se com o barrete da ciência, ora cobrindo-se com a máscara da religião, da virtude, da sabedoria, do gênio ou da magia” (*ibidem* :02).

Conforme descreve Tobie Nathan (2004), desde os primórdios da medicina, o charlatão é aquele que divulga e exagera nos relatos produzidos sobre suas curas. Na história da medicina, a figura do charlatão teria, assim, se tornado central, exibindo e

divulgando ao público uma imagem articulada às práticas de influência e seu *efeito parasita*. Nesse caso, a medicina não deixaria de reconhecer a efetividade do poder de cura do charlatão, mas esse poder seria associado a algo negativo, ao poder de cura pelas *más razões* ou *efeito placebo* que se utiliza da particularidade do corpo em acreditar em uma *ficção*.

A esse respeito, Isabelle Stengers (2002) destaca como os mecanismos envolvidos nas denúncias de charlatanismo processadas pela medicina oficial, sempre estiveram associados a relações que se estabelecem a partir de um vínculo entre a *ciência* e o *público enganado*. Em “nome da ciência”, a medicina científica fundamentada no modelo experimental, passa a compartilhar com o público a responsabilidade por se curar pelas *más razões*. Nesse contexto, “o argumento ‘em nome da ciência’ se encontra por toda a parte, mas não para de mudar de sentido” (idem: 35).

As controvérsias que facilmente podemos identificar na história da medicina, sobretudo, quando observamos suas relações com outros atores, nesse sentido, giravam em torno da definição primordial de direitos e deveres que, por sua vez, estariam inscritas, necessariamente, no processo de legitimação do exercício da atividade. Para a autora, essa constatação não seria propriamente uma novidade, considerando que essas questões sempre estiveram ligadas à prática da medicina e podem ser identificadas muito antes do aparecimento da constituição moderna. A mudança na forma de qualificar os charlatões, no entanto, dar-se-ia somente com o advento da ciência moderna, quando será possível notar como a disputa entre o “poder” dos médicos diplomados e o “poder” dos ditos charlatões se reveste de dimensões singulares (ibidem: 33).

Em jogo, não estaria apenas a importância das inovações técnicas, ainda que elas tenham desempenhado um papel fundamental como elemento modificador do conflito entre médicos e charlatões, mas o que resultou na particularidade que assume o conflito entre práticas oficiais e não oficiais de cura é a consolidação de mecanismos que possibilitaram aos médicos diplomados qualificar melhor a maneira sobre a qual o poder do charlatão repousa, já que, desse processo, resultaria a elaboração de procedimentos mais elaborados, capazes de desqualificar de modo muito mais assertivo esse poder.

A medicina científica surge, nesse sentido, quando os médicos “descobrem” que nem todas as formas de cura são equivalentes, como podemos acompanhar, no

início dessa seção, a partir do caso exemplar dos experimentos que desqualificaram o a terapia baseada no magnetismo de Franz Mesmer. O mecanismo em que tal descoberta repousa, nesse sentido, revelaria que nem o *restabelecimento do doente*, nem mesmo os *elementos mobilizados* nesse processo, servem como prova da efetividade do poder de cura. A partir dessa configuração que se estabelece de modo singular com o nascimento da medicina científica moderna, o charlatão passa a ser aquele que considera o *efeito* - o restabelecimento da saúde - como *prova* do seu poder de curar, ou seja, aquele que “cura pelas más razões” (ibidem: 34).

Neste ponto, recorro à orientação metodológica proposta por Bruno Latour (2011) e citada anteriormente, que considera a importância de seguir os passos das acusações, para apresentar, em seguida, os mecanismos por meios dos quais são definidas as denúncias de charlatanismo no contexto das discussões a respeito das terapias destinadas ao combate da epidemia de *cólera-morbus*, tomando, como exemplo, os embates travados entre a medicina acadêmica e as orientações da homeopatia. Para tanto, acompanharei o enunciado e a prática de dois atores ao redor dos quais orbitaram as disputas sobre o estabelecimento de terapias contra a *cólera-morbus*: o médico Joaquim Aquino da Fonseca, então diretor da *Comissão de Salubridade Pública*, e o homeopata Sabino Olegário Ludgero Pinho.

Dada a posição central que a homeopatia assume no campo das controvérsias médicas que se desenvolveram em torno das terapêuticas acionadas contra a *cólera-morbus*, julgo necessário fazer uma pequena digressão sobre as principais bases que sustentam a doutrina homeopática. Assim, antes de descrevermos os embates travados entre a medicina acadêmica e a homeopatia, apresento um sucinto quadro teórico, por meio do qual espero esclarecer o leitor sobre alguns aspectos da doutrina homeopática, bem como, o diálogo estabelecido entre esta e os principais conceitos e métodos da medicina acadêmica vigente no período que focalizamos.

De acordo com Regina Rebollo (2008), as bases da homeopatia começaram a ser definidas no ano de 1790, pelo médico e químico alemão Samuel Christian Friedrich Hahnemann (1755-1843)¹⁴², resultando em uma teoria médica sistemática e acabada somente em 1818, quando o autor publicaria a obra que se tornaria referência da doutrina homeopática: *Organon da arte de curar da medicina racional* (1818).

Durante as duas décadas em que trabalhou na formulação da sua teoria, Hahnemann se dedicaria, prioritariamente, à reunião de estudos médicos e informações da Ciência Natural, bem como à realização de experiências químicas, farmacêuticas e clínicas que serviriam como matéria para a fundamentação científica do seu sistema de compreensão dos processos de adoecimento. O projeto científico de Samuel Hahnemann, como ele próprio definiu, destinava-se à criação de um sistema médico e terapêutico que se mostrasse inteiramente fundado na “verdade experimental” (Rebollo, 2008).

A fundamentação experimental seria considerada por ele como um avanço em relação aos saberes estabelecidos, que naquele momento trazia vínculos estreitos com a tradição médica hipocrática e que, segundo Hahnemann, mostrar-se-iam “excessivamente hipotéticos”. O novo método teria então como base os estudos desenvolvidos por Francis Bacon (1561-1626), Thomas Sydenham (1624-1689) e Albrecht von Haller (1708-1777) e conjugava dois elementos fundamentais: a *observação e a experiência*, a partir dos quais era possível extrair a verdade dos fenômenos observáveis e generalizá-la a partir de mecanismos de indução científica (idem).

O modelo desenhado por Thomas Sydenham no qual a teoria homeopática se inspira, estava fundamentado nos preceitos da doutrina humoral que tratamos no segundo capítulo dessa tese, reforçando a existência de uma natureza auto-reguladora que regeria de maneira teleológica a economia interna dos fenômenos (ibidem: 30). As causas teleológicas, nesse contexto, gerariam fenômenos dinâmicos e, dessa

¹⁴² Formado em medicina em Erlangen, em 1779, Samuel Christian Friedrich Hahnemann foi professor na Universidade de Leipzig entre os anos de 1812 a 1821. Sua proposta para um novo método terapêutico, segundo relatos de seus biógrafos, teria surgido em decorrência de sua insatisfação com o programa médico da sua época. Nesse aspecto, sua crítica se dirigia prioritariamente ao que considerava ser um uso descontrolado dos métodos terapêuticos existentes, o que incorria, segundo ele, na prescrição indiscriminada de “substâncias nocivas” ao organismo humano (Rebollo, 2008).

forma, a doença não seria mais concebida como uma ausência de ordem, mas enquanto um processo de reorganização do estado fisiológico. É, portanto, no modelo praticado pelas Ciências Naturais de sua época – que teria, por sua vez, como principais representantes, os trabalhos na área da fisiologia de Haller e Bichat e na química farmacológica de Cullen e Lavoisier - que Hahnemann encontraria uma forma de conjugar os conhecimentos que acumulou ao longo de duas décadas em uma única doutrina (ibidem: 37).

A este respeito há de se notar como o experimentalismo foi o ponto central da estratégia de legitimação e aproximação da teoria homeopata com a medicina acadêmica de sua época. No entanto, toda a base experimental da homeopatia – francamente influenciada pelas teorias da Física e da Química em voga – mostrar-se-ia, de acordo com seus críticos, enfraquecida pela ideia que concebia a existência de uma força superior e “divina” que, por sua vez, conferiria um caráter metafísico à doutrina homeopática.

A este respeito, tomemos como exemplo o conceito de miasma que, como vimos anteriormente, estava presente em muitas das teorizações médicas sobre as causas das doenças. Para a maior parte dos médicos, o conceito de miasma dizia respeito a um *agente material*, geralmente originado de processos de putrefação e fermentação de matéria orgânica. Disso resultaria, por exemplo, a importância conferida à disciplina de anatomoclínica patológica a partir do início do século XIX, considerando que por meio dos métodos formulados por essa disciplina, seria possível identificar vestígios da doença, basicamente, através do exame de lesões em órgãos e tecidos do corpo. Esse recurso permitia, desse modo, rastrear e localizar a doença, bem como definir sua causa.

Ao contrário desse modelo que considerava a existência de um *agente material*, por meio do qual era possível definir a etiologia das doenças, a homeopatia concebida nos termos de Hahnemann irá propor um modelo em que o conceito de miasma assume o significado de um *agente imaterial*, posto que está associado a outra concepção que se mostra essencial na teoria homeopática: o de *força vital* – do qual equilíbrio dependeria a conservação da saúde – e que seria em si uma *dinâmica imaterial*¹⁴³. Nesse sentido, esclarece Madel Luz (1988):

¹⁴³ Notemos como é a partir desse ponto que começam a ser construídas as críticas dirigidas ao caráter metafísico da teoria homeopática. Como esclarece Rebollo (2008) não é possível identificar na teoria elaborada por Hahnemann uma explicação que esclareça a relação entre corpo e princípio vital,

O miasma não é nem ambiente fermentador, nem agente originado por esse ambiente, mas uma forma *imaterial infectante* (e não *infeccionante*). Em face à interpretação filosófica clássica, a natureza do miasma homeopático é “espiritual” (*op. Cit.*: 125. Grifos do original).

No Brasil, a homeopatia foi introduzida, ainda nos anos quarenta do século XIX, pelo médico francês, radicado no Brasil, Benoît-Jules Mure (1809-1858), difundindo-se rapidamente por todas as províncias do Império. Notadamente, no auge das duas grandes epidemias que grassaram o país durante o século XIX - a febre amarela e a *cólera-morbus* – notaremos a existência de uma intensa campanha de divulgação do método homeopático. Esta campanha, sobretudo nos seus primeiros momentos, enfatizava uma posição que se contraporia ao que os médicos homeopatas consideravam ser os dois principais limites da medicina oficial: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde - essencialmente determinada pela falta de clínicos e hospitais - e a ineficácia das terapias alopatas.

Mais especificamente em relação ao método terapêutico, a ênfase da campanha homeopática tomava como crítica primordial o fato da medicina acadêmica prover suas intervenções curativas a partir de mecanismos que se mostravam “agressivos ao organismo”, em uma referência direta aos métodos *anti-flogísticos* – entre os quais incluíam as sangrias, os purgantes, os sudoríficos e os eméticos, conforme descrevemos anteriormente. Adicionalmente, os adeptos da homeopatia condenavam as intervenções que visavam o isolamento dos doentes – essencialmente nos casos em que se verificava a potencialidade de contágio - que não prescindiam, como também descrevemos anteriormente, dos cordões sanitários, das internações e das quarentenas. Contrariamente, a intervenção sugerida pelos homeopatas oferecia uma terapêutica que se fundamentaria, essencialmente, em uma intervenção “suave e indolor” e, desse modo, idealizada como oposta àquela proposta pela medicina alopata.

Outro ponto importante e que podemos destacar ainda a esse respeito e que se converteria em uma das principais defesas do método, remete ao que a literatura

considerando que esta relação só poderia ser esclarecida pelo “Criador”. A este respeito, definiria Hahnemann: “não sabemos o que ocorre na economia do homem saudável, com menos razão podemos ver o que sucede quando a vida está alterada (...) o que a força vital faz em suas pretendidas crises e o modo como as realiza, são mistérios para nós” (*apud*. Rebollo, 2008: 70).

denomina como “uma visão globalizante e individualizada do doente” (Rebollo, 2008; Sampaio, 2001). Essa concepção, seria resultado direto do princípio da “observação pura” proposto por Hahnemann e que consistia em tomar como procedimento clínico fundamental o relato do doente e seus familiares para o diagnóstico das doenças. Este método de natureza essencialmente experimental, converter-se-ia, desse modo, no principal instrumento da clínica e da prática médica proposta pela homeopatia, como esclarece Rebollo (2008):

A homeopatia de Hahnemann resulta ao mesmo tempo de um movimento de negação (da tradição médico-acadêmica) e de um compromisso com a ciência experimental da época. Para tornar sua doutrina aceitável, Hahnemann utiliza toda a retórica experimentalista da época. Ele parte de um conjunto de observações experimentais para estabelecer tanto a eficácia dos medicamentos quanto o comportamento da força vital nos estados de saúde, doença e recuperação. A própria elaboração da lei do semelhante parte de observações experimentais. Contudo, a particularidade de Hahnemann repousa no fato de que, na maior parte dos casos, ele está “interpretando” os dados observacionais fazendo uso de hipóteses altamente metafísicas (*op. Cit.*: 163).

Considerando as particularidades do método homeopático, tal como acabamos de descrever aqui, vê-se como essa concepção de prática e terapêutica médica, estabelecer-se-ia na contramão dos *procedimentos de estabilização* envolvidos na medicina científica e acadêmica. Assim, ainda que requeresse para si o posto de doutrina racional e científica, ao convocar as principais disciplinas acadêmicas da época a favor do seu método experimental, a homeopatia se movimentaria a partir de um caminho inverso àquele que se mostrava – pelo menos do ponto de vista do discurso - definidor da medicina oficial, ou seja, contrariando os processos de purificação e estabilização previstos pela racionalidade das ciências.

Finalizada essa breve digressão que visou familiarizar o leitor com as principais teses que sustentam a doutrina homeopática, passo a acompanhar as questões, as dinâmicas e os atores que moveram as disputas e controvérsias que colocariam frente a frente dois modelos de medicina acadêmica e oficial: a alopatia e a homeopatia.

Nos interstícios da medicina oficial, a terapêutica homeopática surgiria na província de Pernambuco apresentando-se como uma “alternativa à ortodoxia da terapia alopática” – menção que faria referência direta às práticas terapêuticas propostas pela *Comissão de Salubridade Pública*. Assim, no ano de 1848, nas páginas do *Jornal do Comércio*, o Dr. Sabino Ludgero Pinho anunciava o estabelecimento do seu consultório médico na cidade do Recife, revelando, “a quem pudesse interessar”, sua missão em divulgar a homeopatia:

O Dr. Sabino Olegário Ludgero Pinho recebendo sobre os seus ombros a grande missão de propagar a homeopatia nesta Província e nas que ficam ao norte, avisa a todos a quem esta nova doutrina médica interessar, que se acha, por ora, hospedado no Recife, Hotel Franciscano, onde poderá ser procurado todos os dias desde às 9 horas do dia até às 2 da tarde (*apud*. Rocha, 1962: 279).

Sabino Ludgero Pinho (1820-1869) nasceu na província de Sergipe e se formou em Música pela *Faculdade da Bahia* em 1845. Entretanto, uma “grave enfermidade” mudaria os rumos de sua trajetória. Segundo o relato do próprio Sabino Pinho (Rocha, 1962), após ser desenganado pela medicina alopata, submeteu-se à terapia homeopática, obtendo a cura para sua enfermidade. Assim, motivado pelo “milagre da cura”¹⁴⁴ operado pelas preparações centesimais criadas por Hahnemann, decidiu, então, largar a carreira de músico e se mudar para a cidade do Rio de Janeiro onde se tornaria médico pela *Academia Imperial de Medicina*. Médico formado, seguiu em uma ampla campanha para divulgar os princípios da terapia homeopática pelas províncias do Norte do país para, posteriormente, estabelecer-se na província de Pernambuco no ano de 1848 (Santos Filho, 1991).

A exemplo da trajetória de Sabino Pinho, podemos localizar outros seguidores da homeopatia que se estabeleceriam na cidade de Recife motivados pelo que consideravam ser um papel “missionário” do médico. Mais do que um ofício profissional, os homeopatas do século XIX acreditavam que o exercício de sua

¹⁴⁴ O relato que descreve a cura pela homeopatia como evento motivador da adesão à campanha de divulgação do método de Hahnemann não é exclusivo da biografia de Sabino Olegário Pinho. O próprio Benoît-Jules Mûre narra como sua conversão à doutrina homeopática se deu após ser curado de uma grave enfermidade através das formulações de Hahnemann. A partir desse momento, Mûre passaria, então, a considerar o exercício da prática da medicina homeopática como uma “missão divina” a ele atribuída (Luz, 1996: 68).

profissão supunha a responsabilidade pela divulgação e propagação da disciplina pelo mundo. Nesse sentido, a prática da medicina deveria conjugar a clínica médica com a tarefa de propagar o método terapêutico de Hahnemann.

Sabino Olegário Pinho, nesse sentido, tornar-se-ia o responsável pela publicação do primeiro jornal de propaganda da terapia homeopática impresso nas províncias do norte. *O médico do povo em Pernambuco* começou a circular na cidade de Recife em 02 de outubro de 1850 e contava com a contribuição de outros dois médicos: Alexandre José de Melo Moraes e o cirurgião João Vicente Martins. Adicionalmente, Sabino Pinho foi responsável pela concepção e publicação de diversos livros que tinham como objetivo declarado ampliar o alcance da teoria homeopática, entre os quais podemos citar: *Propaganda homeopática em Pernambuco* (1851), *A homeopatia e o cólera* (1856), *Tratamento homeopático preservativo e curativo da cólera-morbus* (1862) e *Tesouro homeopático ou vademecum do homeopata* (1887).

No momento em que a *cólera-morbus* chega ao Brasil, Sabino Pinho propõe um tratamento que considerou ser o mais adequado para debelar a moléstia, a partir da publicação da obra *A homeopatia e o cólera. Único tratamento preservativo e curativo da cólera-morbus* (1855). Um anúncio publicado no *Diário de Pernambuco*, com o fito de divulgar o lançamento do livro, esclareceria seus objetivos:

A homeopatia e a Cólera. Único tratamento preservativo e curativo da cólera-morbus. Pelo Dr. Sabino Olegário Ludgero Pinho. Acaba de sair à luz este excelente opúsculo, que muito deve contribuir para a salvação do povo no tratamento da epidemia que se receia. Vende-se por 1\$. É distribuído grátis aos Srs. Assinantes do “Thesouro Homeopático ou Vademecum do Homeopata” e a todos os senhores vigários que acreditam na homeopatia. Consultório Homeopático de Pernambuco. Mundo Novo, 6 (*apud.* Rocha, 1962: 279).

O fato é que a campanha em torno da divulgação da doutrina de Hahnemann alcançou outros adeptos e outros consultórios homeopáticos foram instalados em Recife após o estabelecimento de Sabino Pinho na capital pernambucana, o que demonstraria, segundo os próprios homeopatas, a popularidade que a terapia alcançava entre a população. Podemos acompanhar, nesse sentido, a multiplicação dos anúncios publicados no *Diário de Pernambuco* da época, onde se divulgava os serviços da homeopatia:

Consultório Homeopático. Rua das Cruzes, 28. Gratuito para os pobres. O Dr. Casanova dá consultas e faz visitas a qualquer hora do dia. No mesmo consultório vende-se: “O Tratamento Homeopático, preservativo e curativo da cólera-morbus”, acomodado a inteligência do povo, cada folheto custa \$300. Carteiras de 12 medicamentos para a cólera a 8 e 12\$.

“Consultório dos Pobres”. Rua Nova, 50. O Dr. Lobo Moscoso dá consultas homeopáticas todos os dias aos pobres, desde às 9 horas da manhã até ao meio dia, em casos extraordinários a qualquer hora do dia ou da noite.

Consultório Central Homeopático (gratuito para os pobres). Rua Santo Antonio, 6. Consultas todos os dias, desde às 8 da manhã, até as 2 da tarde. Visita aos enfermos em seus domicílios, das 2 horas da tarde em diante; mas em casos repentinos e de moléstias agudas e graves, as visitas serão feitas em qualquer hora. As moléstias nervosas merecem tratamento especial segundo meios hoje aconselhados pelos práticos modernos. Estes meios existem no Consultório Central (*apud*. Rocha, 1962: 284-85).

Como podemos acompanhar nos anúncios que divulgavam a homeopatia na cidade de Recife, a caridade mostrava-se como importante elemento da campanha que visou a expansão da doutrina pelo país. Notemos a este respeito, como estes avisos traziam invariavelmente indicações sobre a gratuidade dos serviços aos pobres, ao destacar expressões como “gratuito para os pobres” ou “consultório dos pobres”. De fato, veremos como esse recurso desempenhou um papel bem definido no processo que visou conquistar segmentos menos favorecidos da população – como, por exemplo, aqueles formados por negros e mestiços - que se viam desassistidos pelos serviços médicos oficiais. Adicionalmente, a ênfase na benevolência¹⁴⁵ que incidia sobre as atividades desempenhadas pelos seguidores da homeopatia reforçava a imagem de uma doutrina que se afirmava enquanto desempenho de uma “missão divina” e que teria sido atribuída aos seus seguidores no momento em que estes foram alcançados pela graça da cura.

Esse aspecto da doutrina homeopática que se apoia em uma proposta que conjugava o estabelecimento de mecanismos de aproximação com os pobres – essencialmente pela gratuidade dos serviços - à terapêuticas mais “inofensivas”,

¹⁴⁵ Vale notar a este respeito que a concepção de assistência a necessitados enquanto uma preocupação do Estado começa a surgir somente no final do século XIX. Nesse momento, ou seja, na primeira metade deste século, o que se considera é o conceito de caridade de inspiração cristã e que é exercida em favor de desvalidos como no caso órfãos, enjeitados, vítimas de pestes ou refugiados de condições extremas, como a seca, por exemplo.

resultaria na principal estratégia de defesa dos métodos e práticas de cura desta doutrina. Em primeiro lugar, veremos, nesse sentido, como a prática de caridade se conformaria no discurso dos seguidores da homeopatia em uma forma de neutralizar as acusações de que a disciplina – considerada enquanto prática de charlatanismo – visaria exclusivamente o lucro. Assim, se o charlatão se definia pelo uso de recursos que visavam essencialmente tirar proveito da credulidade do povo, com o fito de prover alguma vantagem material, a pergunta que se colocava era: como enquadrar nesse registro uma atividade médica que combinava a prática clínica com certa disposição à filantropia?

Em segundo lugar, como forma de obter simultaneamente tanto o prestígio entre a população quanto o reconhecimento da legitimidade de suas práticas, a doutrina homeopática recorreria a argumentos que se relacionavam com o caráter inofensivo das suas terapias. A este respeito veremos como essa doutrina mobilizará a todo momento a ideia de que suas terapias de cura se mostrariam “menos agressivas”, particularmente, quando confrontadas às práticas anti-flogísticas – que eram de forma recorrente associadas no discurso homeopático às terapias alopatas de cura – e a procedimentos de confinamento e isolamento dos doentes enquanto recurso profilático – o que envolvia basicamente as internações e as quarentenas.

Sublinhemos ainda a este respeito como os procedimentos que propunham o isolamento dos doentes, visando essencialmente o controle das epidemias, mostrar-se-iam como uma fonte frequente de temores no imaginário da população, considerando os relatos que se produziam sobre o cotidiano nos hospitais e lazaretos existentes na época. Desse modo, cabe lembrar ainda, que no contexto da epidemia de *cólera-morbus*, a instituição de uma *polícia sanitária* permitiu estabelecer internações compulsórias diante de qualquer suspeita de manifestação da doença (Freitas, 1979, Rocha, 1962). Muitos desses estabelecimentos, entre eles, o *Lazareto da Ilha do Nogueira* e o *Hospital dos Coléricos*, este último localizado na rua da Aurora, bairro da Boa Vista de Recife, traziam vinculados a si, a imagética da decadência e da morte, sendo considerados à época verdadeiros “depósitos de doentes”, onde o indivíduo seria, obrigatoriamente, “trancafiado”, obedecendo ao sistema repressivo que se estabelece no período (Freitas, 1943).

Jan Bixento já partiu; Ah meu Deus Consolação
 Para todo o velhacão e para a mãe que o pariu!
 Meu Jan Bixento és tão capaz, como Homela, como Gil Braz
 Ouve Benigno tal confissão: Adeus meu Bobo! Meu charlatão!
 Jan Bixento já partiu; Que cruel separação para todo coração
 Que a homeopatia seguiu.
 És tão larápio, tão gerigote, que merecias um bom chicote!¹⁴⁶

A proliferação dos jornais e revistas como meios privilegiados de divulgação de trabalhos científicos possibilitou o surgimento de publicações bastante diversas. A maioria delas servia ao debate das ideias e teorias científicas, permitindo a circulação de informações; outras, no entanto, prestavam-se à tarefa de desmoralizar as terapias rivais. Seguindo a linha de revistas que exploraram a sátira como forma de expressar a superioridade da medicina alopata estaria o periódico *Jan Bixento*. Este jornal circularia na cidade de Recife por um curto espaço de tempo (1850-51) e se autodenominava um “periódico analítico, joco-sério contra o charlatanismo medical”. O tema do charlatanismo que motivava sua divulgação ficaria expresso na quadra que abria todos os seus números: “Sabendo o fraco do povo, o ganhador charlatão, procura o maravilhoso, recorre à Religião...” (*apud.* Rocha, 1962: 283).

O fato é que as contendas entre alopatas e homeopatas, que se processaram no contexto da epidemia de *cólera-morbus*, moveram debates acalorados¹⁴⁷. Embora a maioria das questões levantadas fosse alheia a grande parte da população, no meio intelectual e, sobretudo, no espaço dos jornais, o posicionamento a favor de uma ou outra prática terapêutica, provocava discussões intensas¹⁴⁸.

¹⁴⁶ *Revista Jan Bixento*, 1851 (*apud.* Rocha, 1962: 282).

¹⁴⁷ Os embates e controvérsias entre alopatas e homeopatas não foram exclusivos, nem mesmo restritos ao contexto pernambucano. Como explica Flávio Coelho Edler (2006), durante a década de 1840, as polêmicas entre homeopatas e representantes dos saberes médicos e terapêuticos acadêmicos, preencheram as páginas dos periódicos da Corte do Rio de Janeiro. Segundo o autor, a doutrina de Hahnemann também era tema de diversos periódicos dirigidos por membros da *Academia Imperial de Medicina* como, por exemplo, o jornal *Anti-charlatão* que associava o exercício da homeopatia a práticas de cura charlatãs.

¹⁴⁸ As opiniões sobre quais seriam as terapêuticas mais eficazes se dividiram, alcançando um espaço cada vez maior na imprensa e no debate intelectual da época. Um exemplo é o depoimento do padre Miguel do Sacramento Lopes da Gama, o Padre Carapuceiro, como ficou conhecido por suas críticas ácidas aos costumes da época. Este reforçou a polêmica em torno das terapêuticas, ao se declarar curado pela alopatia: “Eu e toda minha numerosa família fomos curados, Deus louvado, com os remédios do tempo do Rei Velho, com a prosaica alopatia. Quem quiser que recorra à poética e romântica homeopatia” (*apud.* Rocha, 1962: 236).

Nos relatos dos embates e na descrição dos debates que se processaram em torno da questão entre homeopatas e alopatas a figura de Sabino Pinho se mostrou central. Assim, ainda que outros médicos assumissem certa simpatia pela homeopatia – considerando que as divisões entre um grupo e outro nunca foram rígidas como nos parecem - era sobre Sabino Pinho que a maior parte das críticas recaía. Dessa forma, pelo menos no que tange aos limites da imprensa médica de Recife, a questão envolvendo a homeopatia pareceu orbitar quase que exclusivamente sobre sua imagem que, personificaria a missão quase evangelizadora de divulgar a homeopatia, daí, surgiria a alcunha com a qual alguns adversários passaram a chamá-lo, em uma explícita referência à doutrina homeopática, o “Homem ou Pata”.

Fora do espaço da sátira, no entanto, o debate médico mobilizaria outros elementos para a desqualificação da homeopatia. Apesar dos argumentos se moverem em torno da legitimidade ou não da prática, a multiplicidade de acusações dirigidas aos homeopatas demonstra que as denúncias formuladas contra os membros dessa doutrina não se resumiam a questões ligadas à validade dos métodos e terapias acionados pela medicina de Hahnemann. “Em nome da ciência” muitos argumentos permitiriam associar a homeopatia às práticas de cura charlatãs. Vejamos como isso ocorre no debate que se estabelece entre a *Comissão de Higiene Pública* e o Dr. Sabino Pinho.

A primeira das acusações dirigidas ao médico homeopata apresentava questionamentos sobre sua formação médica. Mais precisamente, colocava dúvidas sobre sua trajetória acadêmica, como mostra texto publicado no *Diário de Pernambuco* assinado pelo “Inimigo dos Impostores”:

Pergunta-se ao Dr. Sabino Olegário Ludgero Pinho, em que academia ou escola estudou S.S. A homeopatia como é sabido que as academias brasileiras não tem ensinado dita arte; e nem tão pouco consta que S.S. tenha estado em país estrangeiro onde por ventura a tenha aprendido. À vista da resposta se dirá a S.S. o resto, que por ora fica no tinteiro do Inimigo dos Impostores...

Diante das dúvidas que se apresentavam sobre a formação acadêmica do médico e, conseqüentemente, sobre a legitimidade de suas práticas de cura, a primeira decisão do *Conselho de Salubridade Pública* foi declarar ilegítima a atividade

desempenhada por Sabino Pinho para, em seguida, apresentar uma representação às autoridades policiais, solicitando a prisão do médico:

O Conselho Geral de Salubridade Pública tendo de observar o disposto do parágrafo 7º. do artigo 5º. da Lei Provincial nº 143, que lhe impõe a obrigação de reprimir os efeitos do charlatanismo, ou seja, no que toca a prática médica ou no que respeita à venda de drogas ou outras quaisquer preparações farmacêuticas, não pode deixar de representar a V. Excia. contra o tratamento homeopático que o Dr. Sabino Olegário Ludgero Pinho propicia a empregar nesta Província; porque, nas mais poderosas autoridades, em fatos escritos que ninguém até hoje tem ousado a contestar, crê que esse tratamento, que especuladores apregoam contra a verdade como bom, não é mais do que um meio que alguns médicos, arrenegando dos princípios professados nas escolas em que estudaram, se têm servido para especular e adquirir fortuna, que de outro modo não conseguiriam, iludindo, assim, a boa fé do povo, que quase sempre se deixa levar por tudo quanto lhe parece maravilhoso, mesmo quando aquilo, que se lhe faz crer, choca o bom senso (...)

(...) E deverá o Conselho, tendo apoio nas leis, ficar impassível? O Conselho não quer que a Ciência tenha privilégios; essas não são suas ideias, mas deseja que o charlatanismo não se cubra com as vestes da Ciência: ele não quer que a Caridade tenha limites, mas deseja que, sob a aparência desta virtude não se esconda o sórdido interesse, nem que com palavras falazes, nem comparações sacrílegas, e nem troco de boa fé, se venda, a peso de ouro, aquilo que de nada serve (...)

(...) A vista do que tenho a honra de ponderar a V. Excia., é o Conselho de opinião de que o tratamento homeopático seja proibido por ser um meio de especulação nociva e porque é considerado por todos os homens ilustres e profundos de todas as nações como um verdadeiro charlatanismo (...) (*apud.* Rocha, 1962: 280-282).

Observa-se que a acusação dirigida a Sabino Pinho se baseava no fato de que a prática da homeopatia não possuía validade oficial - ainda que Sabino Pinho apresentasse provas de ter passado por uma escola de medicina autorizada pelo governo - considerando o fato de que o ensino da doutrina formulada por Hahnemann não constava do currículo de nenhuma escola de medicina existente no país. Frente à solicitação de prisão apresentada pela instituição, no entanto, o chefe de polícia se negaria a aceitar os termos da representação em questão, fundamentando sua decisão no fato de que a existência de um diploma emitido por uma instituição de ensino reconhecidamente legítima, seria suficiente para determinar a conformidade legal do

exercício da medicina pelo médico homeopata. Desse modo, o chefe de polícia responderia à solicitação do *Conselho de Salubridade* da seguinte forma:

Penso que sendo a homeopatia um sistema adotado em medicina, assim como são outros muito bem conhecidos, uma vez que seja exercido por professores de saúde, por pessoas habilitadas na forma da lei, nenhuma proibição se lhes pode fazer, e por isso não os julgo no caso de charlatães (...)¹⁴⁹

Em outra direção, a acusação de charlatanismo considerava a repercussão negativa que a doutrina homeopática promovera em outros países. Nesse sentido, o argumento da constituição médica oficial repousava na constatação de que a doutrina, importada da Europa, contava no seu continente de origem com uma péssima reputação, sendo associada ao “exercício de especuladores”. Transportada para o Brasil, traria consigo as marcas do charlatanismo, daqueles que, oportunistamente, tinham por objetivo lucrar com a fragilidade do povo:

A doutrina é reputada na Europa como um meio de lucrar com a credulidade do povo, do mesmo modo que todos aqueles que se tem servido os especuladores, e é reconhecido com o tipo de charlatanismo, pois que se baseia sobre princípios que, postos que falsos e absurdos, iludem, agradando a imaginação; mas depois de algum tempo, os aventureiros, desanimados na Europa, voltaram as vistas para os países nascentes, e um estrangeiro batido ali pela má fortuna, e não podendo ganhar o pão, atravessou o oceano e foi levar a capital deste Império os escândalos da Europa; e não satisfeito com tudo isto, tem mandado, como por afronta ao Governo, e escárnio a nossa bela pátria, emissários a algumas províncias onde, zombando da lei, tem produzido os escritos produzidos na Corte, e seus escândalos¹⁵⁰.

Diante dessa diversidade de argumentos lançados contra a homeopatia, vale perguntar: o que estaria em jogo em meio às contentas instauradas entre alopatas e homeopatas que, invariavelmente, recorriam ao argumento da legalidade do exercício da profissão?

Se, considerarmos a variedade das acusações elaboradas, veremos que as disputas entre os dois grupos convergem para dois pontos principais. Primeiro em

¹⁴⁹ *Diário de Pernambuco*, 16 de fevereiro de 1856.

¹⁵⁰ “Representação de Aquino Fonseca ao presidente da província, 28 de junho de 1848”. *Coleção dos Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública*.

direção aos mecanismos por meio dos quais se procura obter maior controle da hegemonia pelo exercício da atividade médica e que, por sua vez, qualificava as práticas de cura como legítimas ou ilegítimas. A este respeito, a questão que se apresentava era: a quem deve ser destinada a exclusividade do direito de curar?

Em relação ao segundo ponto, estaria em jogo a consolidação de um modelo terapêutico específico. Nesse aspecto, o problema se converteria em definir a legitimidade dessa ou daquela terapia; no caso da alopatia, o estabelecimento de tratamentos generalizáveis para atender a moléstias específicas; e terapias individualizadas, respeitando a subjetividade do paciente, caso da homeopatia.

Tratemos, primeiramente do primeiro aspecto mencionado.

A HOMEOPATIA GANHA ESPAÇO

No ano de 1856, no auge da epidemia de *cólera-morbus*, a convite do Governo Provincial, Sabino Pinho teria a oportunidade de demonstrar a eficácia das terapias homeopáticas no *Grande Hospital de Caridade do Recife*. Nessa ocasião, o médico testaria as três principais substâncias aconselhadas pela doutrina homeopática para o tratamento do flagelo: o *Veratrum álbum*, o *Cumprum metallicum* e o *Arsenicum album*, entre outras poucas fórmulas resultantes das diluições infinitesimais que compunham os remédios da farmácia hahnemanniana.

Em verdade, o convite do presidente da província, José Bento da Cunha, resultava de uma velha promessa – que jamais viria a ser concretizada – que o conselheiro fizera ao Dr. Sabino de Pinho, de construir na cidade de Recife um hospital inteiramente dedicado ao tratamento homeopático¹⁵¹. O convite representava também o agradecimento do presidente da província aos trabalhos executados pelos homeopatas na cidade de Vitória de Santo Antão, uma das mais atingidas pela epidemia de *cólera-morbus*. Experiência positiva para os homeopatas, ainda que desastrosa, como veremos mais adiante.

¹⁵¹A leitura da correspondência trocada entre Sabino Pinho e o conselheiro José Bento da Cunha sugere que o projeto de construção de um hospital dedicado ao tratamento homeopático na cidade de Recife se mostrou, por um longo período, como uma possibilidade bastante factível, porém o projeto nunca viria a se efetivar, convertendo-se em motivo de mágoa por parte de Sabino Pinho que, de forma reiterada, reclamaria a não efetivação da promessa feita pelo conselheiro. Cf. Sabino Olegário Pinho (1859). *Apontamentos para a história da homeopatia*.

O fato, no entanto, é que o convite se converteria em desconforto entre ambas as partes. No intuito de conciliar os trabalhos do médico homeopata com a já estabelecida autoridade do *Conselho de Salubridade Pública*, o conselheiro José Bento Cunha determinaria que os trabalhos do grupo de médicos comandados pelo Dr. Sabino Pinho – ainda que este não estivesse ciente dessa condição - seriam supervisionados por aquela comissão médica que, por sua vez, acompanharia de perto a administração dos remédios homeopáticos no tratamento dos doentes da *cólera-morbus*.

Entretanto, no momento em que toma ciência da condição imposta pelo *Conselho de Salubridade Pública*, que na ocasião administrava o *Grande Hospital de Caridade*, Sabino Pinho decidiria por sua saída imediata do hospital, interrompendo a experiência que testaria sua terapia. A respeito do ocorrido, Aquino da Fonseca comentaria como a proposta de “testar os resultados da terapia homeopata”, sob os olhares de membros da comissão médica oficial, teria sido recebida com destempero por parte do Dr. Sabino, o que fez com que este deixasse o hospital e descontinuasse de forma abrupta os tratamentos iniciados. Segundo Aquino da Fonseca, “o doutor Homeopata insultou grosseiramente o Conselho e sobretudo ao seu Presidente (...) abuso que continuou, senão permitido pela polícia, ao menos tolerado por ela.”¹⁵² Já a resposta de Sabino Pinho, à “armadilha montada pelos alopatas”, viria da seguinte forma:

Que provas públicas queria mais para confirmarem a eficácia dos agentes infinitamente pequenos? Queria sem dúvida que se abrisse um hospital para nele ser empregada a homeopatia debaixo da inspeção e direção da Comissão de Higiene, ou da de seu presidente interino? Meu caro senhor, ninguém cai mais nessa esparrela (...) Os médicos homeopatas nem precisam do concurso dos alopatas em seus hospitais, e nem estão dispostos a colocarem-se debaixo da tutela e vigilância desses senhores¹⁵³.

¹⁵² “Representação de Aquino Fonseca ao presidente da província a respeito da homeopatia, 28 de julho de 1848”. *Coleção dos trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província de Pernambuco (1845-1851)*.

¹⁵³ Em outra passagem, Sabino Pinho realizaria um paralelo entre sua experiência no *Hospital de Caridade* e o caso do Pai Manoel que narra a história do escravo que, com a autorização do presidente da província, seria enviado ao *Hospital da Marinha*, como veremos com mais detalhes no próximo capítulo, para testar seus medicamentos: “Pai Manoel foi um preto velho, africano, escravo, que o governo empregou alguns dias no hospital da marinha, para ensinar medicina aos médicos alopatas, visto que estes andavam as apalpadelas e no maior desapontamento sem atinarem com remédio algum que eficazmente pudesse combater o cólera-morbus! Não foi o único mestre que tiveram esses senhores: pois que no Pará também houve um caboclo, cujas lições, recebidas com estrepitosos aplausos, foram pelos gratos discípulos levadas até os confins do mundo! Menos feliz com os

Ainda sobre a tentativa frustrada de Sabino Pinho em disponibilizar os tratamentos homeopáticos a um “grande público”, o Dr. Cosme de Sá Pereira afirmaria que “por mais essa vez a homeopatia perdera uma ocasião oportuna para mostrar publicamente a sua vantagem ao antigo sistema”¹⁵⁴. O fato é que Sabino Pinho jamais aceitaria o convite para submeter seus tratamentos à avaliação da *Comissão de Salubridade Pública*, conforme ele mesmo declararia, considerando que não reconhecia a autoridade e competência da comissão médica para julgar seus métodos e terapias.

Notemos como o evento da *cólera-morbus* demonstraria que, embora possamos observar a construção da imagem do *Conselho de Salubridade Pública* como instituição oficial e hegemônica, os impasses criados pela epidemia demonstrariam que essa instituição não tinha o apoio incondicional das autoridades como poderíamos imaginar. Nesse sentido, o governo, muitas vezes, motivado por interesses variados, adotou posições ambíguas, destacando o papel de terapias que conquistaram o prestígio da população, mas que nem sempre coincidiam com o programa proposto pelas comissões médicas oficiais.

A este respeito, podemos acompanhar como o evento da epidemia de *cólera-morbus*, ao engendrar o fracasso das terapias oficiais em debelar o avanço da moléstia, permitiria a Sabino Pinho e outros médicos homeopatas alcançar certo prestígio entre a população, essencialmente, entre as classes menos favorecidas que, como vimos, foram o alvo preferencial da sua campanha.

Desse modo, observamos outro episódio especialmente interessante para acompanhar os conflitos entre alopatas e homeopatas e que remete ao segundo ponto em torno do qual girou as acusações de charlatanismo que anunciamos anteriormente – as controvérsias estabelecidas entre diferentes propostas terapêuticas.

Veremos, nesse sentido, os relatos que narram as configurações da epidemia em Vitória de Santo Antão, considerada a cidade da província mais castigada pela peste. De acordo com os registros oficiais, a *cólera-morbus* provocou, no espaço de um mês, em torno de 120 mortes diárias nesta cidade. A violência da epidemia, nesse

discípulos do que o seu colega do Pará, o pobre Pai Manoel viu-se depois em papos de aranha pagando com alguns dias de prisão o arrojado intento de querer com as suas tisanas suplantando os créditos do suco de limão!” Cf. Sabino Olegário Pinho (1859: 48). *Apontamentos para a história da homeopatia*.

¹⁵⁴ *Reminiscência do cholera em Pernambuco nos anos de 1855 a 1856 pelo Dr. Cosme de Sá Pereira* (1885).

sentido, teria produzido um clima de terror na região, levando a população a recusar a tarefa de enterrar seus mortos, abandonando-os nas ruas (Andrade, 1986).

Diante da situação considerada de extrema gravidade, a *Comissão de Salubridade Pública* teria proposto um plano que consistia em esvaziar e incendiar a cidade, evitando, dessa maneira, a propagação da doença para as cidades vizinhas. O argumento acionado pela comissão médica remetia ao fato de que a importância alcançada pelo flagelo em Vitória de Santo Antão teria origem nas péssimas condições de salubridade ali existentes – áreas alagadiças por todos os lados onde se podia notar o acúmulo do lixo, habitações deploráveis, hábitos inveterados. Adicionalmente, argumentava-se que tais condições de insalubridade teriam sido reforçadas pela negligência da população que, no momento de crise, recorreu aos serviços médicos prestados pelos homeopatas e suas terapias, potencializado com isso os estragos promovidos pela peste (Aragão, 1983).

Com efeito, como podemos acompanhar nos relatos históricos, a cidade de Vitória de Santo Antão foi a primeira fora dos limites da capital a disponibilizar à população os serviços da homeopatia. A campanha homeopática desfrutaria, assim, de grande prestígio entre os povos daquela região¹⁵⁵, constatação que se tornaria motivo de orgulho para Sabino Pinho. De fato, foi em Vitória de Santo Antão que muitos dos médicos homeopatas pertencentes aos quadros da capital se instalariam, conforme podemos constatar em um anúncio local publicado em 1856:

“Consultório Homeopático da Comarca de Vitória de Santo Antão”. No Engenho Matagibe (Grátis aos Pobres). Manuel de Siqueira Cavalcante, professor homeopata, continua a dar consultas todos os dias (...)¹⁵⁶

Notemos nesse ponto como a iniciativa de instalar consultórios destinados ao tratamento homeopático em Vitória de Santo Antão se realizaria com o apoio do

¹⁵⁵ Embora seja difícil avaliar o sucesso da homeopatia no tratamento da *cólera-morbus* nas diferentes províncias do país onde essa terapêutica foi adotada, a literatura ressalta a expressiva popularidade que a doutrina de Hahnemann alcançou entre as populações mais pobres, sobretudo, entre negros. A este respeito, Beltrão (2004) narra a ampla aceitação da homeopatia no combate à epidemia no Grão-Pará, principalmente, entre “as gentes pobres”. Já Sampaio (2001) enfatiza como, entre a população negra da Corte do Império a mesma terapêutica teve forte aceitação. Em relação à eficácia no tratamento, no Grão Pará as informações disponíveis e que parecem ser únicas na literatura, remetem a dados estatísticos que comprovariam a superioridade da homeopatia frente aos tratamentos propostos pela medicina oficial. De acordo com Arthur Vianna (1975 [1906]) dos 2.239 doentes submetidos ao tratamento homeopático, apenas 170 teriam sucumbido à doença. Do lado das terapias oficiais, no entanto, os números se mostraram bem menos favoráveis a essa terapia e indicam que dos 4.027 pacientes tratados 2.239, teriam falecido.

¹⁵⁶ *Diário de Pernambuco*, 1856 (apud Rocha, 1962).

conselheiro José Bento da Cunha, bem como, das autoridades locais. De acordo com Sabino Pinho tal “manifestação de confiança na terapia homeopática” era resultado da “recusa da população dessa cidade em receber os tratamentos propostos pelos médicos alopatas”¹⁵⁷.

O fato é que a notícia de que os serviços médicos oferecidos em Vitória de Santo Antão passariam ao controle da homeopatia, levou o diretor da *Comissão de Salubridade Pública* a repensar seu plano inicial de esvaziar a cidade. Assim, em lugar de isolar a região, decidiu-se por enviar um grupo de médicos para avaliar os danos causados pela epidemia. No entanto, ao chegar à cidade, a comissão médica seria alvo da hostilidade da população, que revoltada, teria tentado apedrejar o grupo de médicos (Aragão, 1983). Os motivos que fundamentaram tal resistência por parte da população, pouco evidentes na documentação analisada, tiveram duas versões distintas.

A primeira dessas versões, narrada pelos homeopatas, afirmava que a reação da população se originava nos boatos que circulavam na cidade de que os médicos enviados pela *Comissão de Salubridade Pública* tinham como objetivo “ridicularizar e destruir os remédios homeopáticos que fossem encontrados nas casas dos doentes”¹⁵⁸. Assim, diante do temor em ver os recursos homeopáticos contra a *cólera-morbus* destruídos, a população reagiu, opondo-se radicalmente à presença da comissão médica.

Já a versão contada por Aquino da Fonseca atribuiria ao incidente o sucesso homeopata em angariar o apoio das autoridades locais que, iludidas com as falsas promessas destes médicos - que amplificaram os sucessos das suas terapias por todas as províncias por onde passavam - teriam convencido a população sobre os benefícios da prática homeopática no tratamento da *cólera-morbus*:

Tendo chegado de Alagoas notícias de que as doses homeopáticas estavam fazendo milagres contra o *cólera-morbus*, especuladores cuidaram de aproveitarem-se da quadra, e munidos de carteiras, espalharam-se pela província. Em Santo Antão o delegado capitaneando os homeopatas, seguro de si, fez crer a população de que não havia melhor remédio contra a epidemia do que os glóbulos, e tal foi a habilidade que os especuladores empregaram que conseguiram seduzi-la rejeitando ela, por sugestões suas, aos socorros médicos que lhe eram ministrados por pessoas

¹⁵⁷ Sabino Olegário Pinho (1859: 09). *Apontamentos para a história da homeopatia*.

¹⁵⁸ Idem.

componentes. Os facultativos que à cidade de Vitória foram por ordem de V. Excia. (presidente da província) sofreram insultos, viram-se apedrejados, e tiveram de retirar-se.¹⁵⁹

Em resposta às considerações e acusações do presidente do *Conselho de Salubridade Pública*, Sabino Pinho, por sua vez, colocaria em dúvida os métodos utilizados pela constituição médica oficial, afirmando que as tentativas iniciais colocadas em prática pelos alopatas na cidade de Vitória de Santo Antão teriam fracassado, causando mais prejuízo que sucessos:

O ilustre escapulário julgando-se suficiente para vencer o inimigo e competente único pelos seus títulos para dar o plano de batalha, pôs mãos à obra: acostou toda a artilharia alopática, fez as mais certas pontarias, deu voz de fogo... mas errou o alvo... e em lugar de destruir a doença, destruiu os doentes... e no dia seguinte era tal a mortandade que o povo horrorizado maldizia a hora em que a caridade do governo lhe havia mandado tal socorro, e desfazia-se em imprecações contra o general e suas armas! Aconteceu que este, julgando-se gravemente ferido no combate, abandonasse o campo de batalha no fim de um ou dois dias, e voltasse para a capital, deixando a mais completa anarquia como troféu de suas glórias! Isto posto, a serenidade e confiança, que antes existiam, desapareceram para darem lugar o mais funesto terror. A epidemia tomando grandes dimensões, e sendo numerosa a mortandade, ninguém queria se prestar ao enterro dos mortos, sendo necessária muita energia e dedicação do delegado de polícia o muito digno Sr. Coronel Tiburtino Pinho de Almeida para conseguir esse fim, sem embargo do que muitos cadáveres ficaram insepultos por espaço de dois ou mais dias no interior das casas abandonadas, nas margens das estradas e dos rios¹⁶⁰.

Alguns aspectos devem ser destacados a respeito da suposta popularidade que o tratamento homeopático teria alcançado em Vitória de Santo Antão. O primeiro deles diz respeito a um tema já tratado aqui e se refere a gratuidade dos serviços. A este respeito, vemos como, mesmo quando se considera o valor cobrado das consultas, esse se mostraria inferior ao custo dos tratamentos propostos pela medicina acadêmica. O segundo aspecto, diz respeito ao caráter menos agressivo ou mesmo “inofensivo” dos tratamentos homeopáticos. Essa prerrogativa, por sua vez, sustentava-se na orientação geral da filosofia de Hahnemann, como expressa o texto do livro *Noticias elementares da homeopatia ou manual do fazendeiro, do capitão de*

¹⁵⁹ *Diário de Pernambuco*, 29 de fevereiro de 1856.

¹⁶⁰ Idem.

navio, e do pai de família, contendo a ação dos vinte e quatro principais medicamentos homeopáticos (1846), que estabelece não apenas a “suavidade” do tratamento, bem como ressalta a “inocência” de seus agentes que, mesmo quando mal utilizados, não provocariam efeitos perversos no paciente:

A simplicidade dos seus princípios e a inocência dos seus agentes, tornão a sua aplicação tão fácil quão agradável, e por uma disposição maravilhosa da providência, ela é cem vezes mais ativa para o bem do que para o mal; de maneira que o prático sem experiência, ainda que escolha mal o medicamento, pode quanto muito fazer uma aplicação inútil, mas quase nunca perigosa para o doente (idem: 06).

Notemos, desse modo, como o argumento principal tecido pelo Dr. Sabino Pinho em defesa de seu método se concentrava no plano das terapias. Com efeito, as acusações que os homeopatas passaram a dirigir aos tratamentos alopatas, enfatizavam, invariavelmente, o fato de que o uso de eméticos e purgantes no combate à epidemia teria se mostrado como uma escolha repleta de enganos por parte da comissão médica oficial: “a alopatia no lugar de destruir a doença, destruiu os doentes”¹⁶¹. No entanto, vemos que o uso das terapias anti-flogísticas há muito teria deixado de ser um consenso para a grande parte dos médicos que integravam a oficialidade, já que nesse momento, começava-se a esboçar uma concepção que associava esse tipo de terapia com as práticas terapêuticas do período colonial e que, pouco a pouco, vinham sendo superadas a partir da introdução de novos métodos de pesquisa de medicamentos, sendo inclusive evitadas no tratamento da *cólera-morbus*. Entretanto, a imagem da medicina alopata permanecia vinculada tanto às terapias antiflogísticas quanto às medidas de isolamento, como as quarentenas e internações compulsórias.

Com efeito, a incerteza sobre a eficácia de terapias como os purgatórios e sangrias¹⁶² permanecia até mesmo entre os membros da *Comissão de Salubridade Pública* que expressavam certa cautela em relação ao uso disseminado dos

¹⁶¹ *Diário de Pernambuco*, 16 de fevereiro de 1856.

¹⁶² As incertezas que acometiam o meio médico demonstraria também que as divisões no interior da medicina não seriam tão rígidas quanto o discurso oficial nos fazia crer. De fato, em meio às controvérsias entre alopatas e homeopatas, podemos identificar profissionais que se auto intitulavam “ecletticos”. Muitos deles incorporariam às suas práticas procedimentos e terapias da homeopatia, entre os quais podemos citar o próprio Cosme de Sá Pereira que assume a direção do *Conselho de Higiene Pública* em 1856 (Freitas, 1979; Rocha, 1962).

antiflogísticos. Nessa direção, encontramos a declaração do Dr. José Joaquim Moraes de Sarmiento que, em certa medida, relativiza a eficácia do uso de purgantes e vomitórios. Assim, embora reconhecesse sua validade, ponderava sobre a forma com que essas terapias eram utilizadas e, mais precisamente, por quem eram administradas.¹⁶³:

(...) os purgantes e vomitórios podem ser, e são efetivamente de grande vantagem em certas circunstâncias; mas como o seu emprego demanda muita prudência e combinações, que não estão ao alcance de todos, receamos aconselhar o uso de tais medicamentos (...) haja vista o que se vai dando na cidade de Vitória, onde o tártaro emético dado por charlatães tem feito vítimas inúmeras¹⁶⁴.

Outro ponto apresentado em defesa do método homeopático, diz respeito ao modo por meio do qual as terapias eram dimensionadas. Para estes, a escolha tanto das substâncias quanto das doses dos remédios aplicados deveriam obedecer, necessariamente, ao quadro sintomático individual, diferentemente do que estipulava a medicina acadêmica que, como podemos acompanhar, buscava nas generalizações terapêuticas, uma forma de universalizar prescrições em função de patologias específicas. A este respeito, argumentariam os médicos homeopatas que, ainda que se considerasse a amplitude que doenças epidêmicas como o *cólera-morbus* alcançava, a homeopatia continuava a fundamentar sua prática no princípio de que cada doente apresentava sintomas diferenciados da moléstia o que exigiria, por sua vez, o emprego de tratamentos individualizados e, por isso, mais adequados e eficientes.

Por seu lado, a medicina oficial considerava que a homeopatia, ao se distanciar dos métodos estatísticos que se mostravam como definidores da racionalidade científica do seu tempo e se aproximar de uma abordagem essencialmente individual – considerando as subjetividades do corpo doente - inevitavelmente, revestia-se de uma concepção “especulativa” de medicina, que se baseada essencialmente em “crenças” e “superstições”. Ou seja, assumia uma posição oposta àquela da oficialidade médica que, já na segunda metade do século XIX,

¹⁶³ A declaração em questão, no entanto, seria comentada por Sabino Pinho como forma de confirmar sua tese que considerava a ineficácia dos antiflogísticos: “Vedes? Os purgantes e vomitórios mataram muita gente! É um médico alopata quem vos fala!” Sabino Olegário Pinho (1859: 43). *Apontamentos para a história da homeopatia*.

¹⁶⁴ Sabino Olegário Pinho (1859: 13). *Apontamentos para a história da homeopatia*.

esboçava sua predestinação às estabilizações e purificações que seriam operadas, mais tarde, nos laboratórios da farmácia moderna.

Para finalizar esse capítulo, gostaria de propor um quadro comparativo por meio do qual possamos compreender a especificidade das modalidades médicas aqui descritas – a homeopatia e a alopatia. Aqui, o recurso comparativo nos ajuda a compreender o funcionamento das lógicas internas de cada uma dessas vertentes em função da definição da natureza doença e da correspondente proposta terapêutica. Ressalto, entretanto, que menos que representar uma realidade estanque, o quadro abaixo traz características idealizadas por cada uma das vertentes médicas apresentadas.

<u>Alopatia</u>	<u>Homeopatia</u>
Generalidade da doença	Singularidade do doente
Princípio dos contrários	Semelhante cura semelhante
Organismo material	Organismo imaterial
Testes de medicamentos devem ser restritos aos doentes e animais	Testes de medicamentos podem ser aplicados a homens sãos
Universalidade do medicamento que obedece apenas à manifestação patológica	Dosagem de medicamento adaptada à singularidade reativa do doente
Doses quimicamente concentradas	Medicamentos submetidos a processos de diluição e potencialização

No próximo capítulo, veremos como no esforço em criar um modelo terapêutico apoiado na pesquisa clínica e nos métodos estatísticos, a medicina acadêmica se debruçará sobre os conhecimentos tradicionais para prover princípios de protocolos de testes de medicamentos mais rígidos e consistentes. São os indícios de uma ciência médica que, no futuro, especializar-se-ia na tarefa de *isolar*, *separar*, *estabilizar* e *purificar* substâncias quimicamente ativas, capazes de eliminar toda subjetividade presente nas suas terapêuticas.

CAPÍTULO 5:

OUTROS SABERES: CURANDEIROS ÍNDIOS E NEGROS

EM TORNO DO CONHECIMENTO TRADICIONAL

Tema caro à Antropologia, o conhecimento do *Outro* é objeto de pesquisas que procuraram nomear e qualificar sua natureza (Carneiro da Cunha, 2011, 2009; Lévi-Strauss, 1989). No centro das discussões, estaria em jogo a tarefa de superar a divisão historicamente estabelecida entre o conhecimento tradicional e o conhecimento científico, ou, nos termos propostos por Bruno Latour (1994), eliminar as assimetrias provocada pela *Segunda Grande Divisão* da Constituição Moderna¹⁶⁵, ou seja, a separação entre *Nós* e os *Outros*.

Como explica Latour (idem), no momento em que os modernos estabelecem um modelo de natureza universal, a partir das *estabilizações* alcançadas pela Ciência, passa-se a considerar que os *Outros* ou os *pré-modernos*, ao processarem um conhecimento da natureza, estariam limitados à produção de uma representação simbólica da mesma, essencialmente, por não alcançarem a capacidade de originar um conhecimento objetivo ou científico do mundo.

Como destaca Manuela Carneiro da Cunha (2009), o conhecimento tradicional ao ser tratado em contraste com a Ciência – considerada em sua *estabilidade* - sempre foi pensado em termos de ausência, oposição ou resistência. Evitar essa separação parece, então, o grande desafio que se apresenta para o pesquisador. Assim, no sentido de superar as dicotomias que subjazem o tema, Carneiro da Cunha (idem) elege, então, a expressão “ciência tradicional” para referir-se a formas de conhecimento que se mantém fora dos domínios da ciência, livrando o pesquisador do imbróglio que representa a oposição. Entretanto, alerta-nos a autora, a adoção dessa alternativa não eliminaria a predominância que perpassa a caracterização da ciência ocidental:

¹⁶⁵ De acordo com Bruno Latour (1994), o *Moderno* ou *Constituição Moderna* teria sua origem em duas grandes divisões. A *Primeira Grande Divisão* (interior) – remete àquela que se estabelece entre os domínios da natureza e cultura – enquanto a *Segunda Grande Divisão* (exterior) – estaria assentada na separação entre “Nós” e “Eles”.

Não há dúvida que o conhecimento científico é hegemônico. Essa hegemonia manifesta-se até na linguagem comum em que o termo “ciência” não é acompanhado por algum tipo de marcador. Assim, quando falamos de “ciência”, “ciência” *tout court*, estamos nos referindo à “ciência ocidental”; enquanto que, para se falar de “ciência tradicional”, torna-se necessário a adição do adjetivo” (ibidem: 303)¹⁶⁶.

A este respeito parece interessante retomar a clássica distinção estabelecida por Lévi-Strauss em o *Pensamento Selvagem* (1989) entre as concepções de *pensamento científico* e *pensamento selvagem*. Para este autor, a tese que considera que as populações indígenas seriam inaptas para o conhecimento científico deixa implícita a ideia de que seu conhecimento estaria relacionado com as necessidades mais imediatas, ou seja, como forma de atender às carências fisiológicas mais básicas. No entanto, destaca o autor, essa suposta falta de aptidão para o conhecimento sistemático contrasta com um amplo e organizado conhecimento sobre as plantas e os animais e que nada tem a ver com as questões do estômago.

A distinção feita por Lévi-Strauss (*op. Cit.*) versa sobre dois tipos fundamentais de disposições universais do pensamento humano: o *pensamento selvagem* e o *pensamento científico*. Note-se, no entanto, que o pensamento selvagem, de acordo com a proposta do autor, não se coloca em uma relação de oposição ao pensamento científico, considerando que ambas formas de pensamento estão assentadas em uma capacidade cognitiva que é partilhada com todos os seres humanos. A diferença, nesse sentido, explica Lévi-Strauss, residiria no nível da realidade ao qual cada um se aplica: o nível das *propriedades sensíveis* - caso do pensamento selvagem - e o nível das *propriedades abstratas* - caso do pensamento científico.

Se a comparação com a Ciência se tornou fundamental nos estudos antropológicos para a definição do conhecimento do *Outro*, quando nos voltamos para o campo dos estudos sobre as práticas tradicionais de cura nos deparamos com questões similares. A primeira dificuldade, nesse sentido, é como nomear saberes relacionados com práticas e terapêuticas curativas não acadêmicas. Nesse caso,

¹⁶⁶ A este respeito se faz necessário destacar como Manuela Carneiro da Cunha (2011, 2009) enfatiza o uso do termo “conhecimentos tradicionais”, sempre no plural, diferentemente da Ciência que remete a um saber essencialmente único e universal.

muitos são os adjetivos utilizados para distingui-las da medicina praticadas por nós, ocidentais: práticas de cura tradicionais, artes de cura, terapias alternativas, medicina rústica, medicina sertaneja, medicinas paralelas, entre outras denominações.

O segundo problema que se apresenta ao pesquisador é como lidar com os efeitos que o recurso comparativo produz sobre a relação que se estabelece entre a medicina acadêmica e os conhecimentos tradicionais e que, por sua vez, podem ser percebidos no uso de conceitos que, novamente, remetem a ideias de ausência, falta ou resistência e que, comumente, estão presentes em trabalhos que procuraram explicar a permanência de práticas terapêuticas não oficiais em um mundo dominado pela hegemonia da medicina acadêmica.

Nesse sentido, a questão que se coloca é: como tratar simetricamente as práticas e terapias de cura exercidas por curandeiros negros, indígenas e leigos no momento em que se realiza as primeiras tentativas de oficialização da medicina em meados século XIX?

De antemão, assumo a posição de que a permanência da classe de curandeiros e mezinheiros ou de outras práticas de cura não oficiais diante do surgimento da medicina científica não pode ser definido por meio de mecanismos que remetem a sobrevivências ou resistências. Entendo, nesse sentido, que a existência de práticas tradicionais de cura, mesmo com a emergência da medicina científica, representa a continuidade dos vínculos historicamente estabelecidos entre a população e esses sujeitos e que, até os dias atuais, permanecem válidos.

Como vimos no capítulo 2, o processo que deslocou a diversidade de práticas de cura, essencialmente originadas de negros e índios - para o campo da não oficialidade, inicia-se com o fim da *Fisicatura-mor* – órgão oficial responsável pela fiscalização do exercício da medicina durante o período colonial – e a fundação das instituições médicas e científicas, entre elas a *Academia Imperial de Medicina*, da qual tratamos anteriormente. No entanto, mesmo com o estabelecimento de um aparato institucional, a repressão a ofícios como o de sangrador, curandeiro e parteira – atividades que foram alvo das primeiras regulações oficiais - nunca foi suficiente para coibir essas práticas. Há de se considerar nesse aspecto tanto a falta generalizada de médicos, quanto o baixo custo financeiro e a facilidade de acesso que estas práticas representavam para a população em geral (Pimenta, 2004).

Mesmo nos dias de hoje, uma simples visita ao Mercado de São José, tradicional centro popular de compras, localizado no centro da cidade de Recife,

comprova esse argumento. A venda das chamadas garrafadas – preparações terapêuticas à base de plantas – e ervas medicinais de diversos tipos estão disponíveis por toda a parte. E mesmo no domínio dos sertões, não há residência que não reserve um espaço nas suas pequenas hortas ou jardins para o cultivo de ervas como a hortelã, a erva cidreira, o poejo ou mesmo a *novalgina*.

Assim, considerando as relações que se estabelecem entre os níveis oficiais e não oficiais da medicina do século XIX, o que nos interessa é descrever as particularidades do conhecimento tradicional, observando as controvérsias que se instauram nos meandros da constituição da ciência que observamos. Nesse aspecto, sugiro que o conflito e as controvérsias que se estabelecem nesse momento não tiram de cena a importância do conhecimento indígena e negro para a conformação da medicina enquanto disciplina científica – ainda que a todo momento a ciência processará mecanismos de invisibilidade dessas práticas - mas instauram uma dinâmica nova que se estabelece na intersecção entre domínios de conhecimento, a partir de distanciamentos e aproximações, ainda que, ambos preservem as características que as singularizam.

A este respeito, chamo a atenção para o modo como a ciência refletiu sobre o conhecimento tradicional. Nesse sentido, observaremos como o saber produzido pelas populações indígenas sobre a fauna e a flora é submetido aos protocolos de *estabilização e purificação* que começam a ser elaborados pela medicina acadêmica de meados do século XIX. A este respeito, acompanharemos como o esforço da ciência em coletar, armazenar, descrever e classificar espécimes da flora comumente utilizados pela populações tradicionais e de reconhecido valor terapêutico se revelaram como mecanismos de apagamento de histórias complexas que, por sua vez, aprofundariam as assimetrias existentes entre essas duas formas de conhecimento.

O CONHECIMENTO FITOTERÁPICO INDÍGENA SOB O OLHAR DA CIÊNCIA

Desde o período colonial, o europeu procurou inventariar e proceder a estudos minuciosos sobre o poder terapêutico de uma diversidade de plantas cuja descoberta seria atribuída às populações indígenas brasileiras. De fato, o médico holandês Willie Piso (1611-1678) e o naturalista alemão George Marcgrave (1610-1644) que chegaram a Recife no ano de 1637 para acompanhar o príncipe Maurício de Nassau,

já observavam com interesse entre as populações nativas a existência de uma “terapêutica natural”, “à base de plantas”, ainda que lamentassem, por outro lado, a falta da refinação científica que caracterizaria os recursos e métodos que envolviam esse conhecimento:

Os índios prescindem de laboratórios, ademais, sempre têm à mão sucos verdes e frescos de ervas. Enfeitam os remédios compostos de vários ingredientes, preferem os mais simples, em qualquer caso de cura, visto que por estes medicamentos os corpos não ficam tão irritados (*apud*. Souto Maior, 1986).

Como outros naturalistas estrangeiros que aportaram às terras brasileiras nos primeiros anos da colonização, Piso esteve interessado em investigar as condições de adaptação do europeu ao clima tropical, focalizando, essencialmente, o conjunto de moléstias que mais afetavam o estrangeiro nos trópicos, bem como o uso que os nativos faziam da diversidade da fauna e flora para lidar com essas doenças. Para realizar tal tarefa, Piso empreendeu um importante inventário das plantas indígenas que, ainda no século XVII, foram coletadas, processadas, classificadas e transportadas para a Europa (*idem*).

Anos depois, muitas delas poderiam ser vistas nos principais manuais da farmacopeia do seu país. Entre os espécimes catalogados por Piso, estaria o jaborandi, comumente utilizado pelas populações indígenas como analgésico e que teria despertado a curiosidade do médico. Adicionalmente, a exemplo dos nativos, como o próprio autor destacaria em suas anotações, passou a usar e recomendar o tabaco, largamente empregado nas terapias indígenas e, especialmente, reconhecido por seu poder no combate às verminoses (Santos Filho, 1977).

Ainda a respeito do intercâmbio entre o conhecimento metropolitano e o saber tradicional, Gilberto Freyre (1956) destaca como certa primazia alcançada pela província de Pernambuco no campo médico seria devedora das trocas estabelecidas entre os médicos portugueses que aqui se instalaram e as populações indígenas. A referência a qual remete o autor seria o livro *Notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina no Brasil* (1694) – que reuniu as obras produzidas pelos médicos portugueses Simão Pinheiro Morão, João Ferreira da Rosa e Miguel Dias Pimenta.

Ao tratar da obra de João Ferreira da Rosa, o *Tratado Único da Constituição Pestilencial de Pernambuco* (1694), em que este autor descreve a primeira epidemia de febre amarela conhecida no Brasil, Gilberto Freyre (1956) destaca como o contato do médico com a diversidade da flora e fauna brasileiras foi fundamental para a formulação das terapêuticas descritas no seu estudo. A este respeito, explica Freyre como, embora Rosa já fizesse uso de plantas medicinais em suas práticas curativas no Reino de Portugal, foi no Brasil que este médico tomou contato com a diversidade de plantas nativas que, por sua vez, já eram amplamente conhecidas e utilizadas pelas populações indígenas. No trabalho em questão, o médico português descreveu centenas de espécimes, a partir de um intenso intercâmbio com o conhecimento fitoterápico indígena, elaborando uma terapêutica, considerada eclética, que fazia uso dos recursos naturais das florestas brasileiras, do conhecimento tradicional nativo e da sua formação europeia.

Considerando a relação existente entre o observador estrangeiro e o uso que os indígenas faziam das plantas nos primeiros séculos da colonização, observamos como os manuais de medicina também estiveram repletos de referências ao conhecimento fitoterápico produzido pelos povos nativos. No *Dicionário de Medicina Popular e Doméstica* (1846), por exemplo, Theodoro Langaard (1813-1883) recorre à experiência e tradição das populações indígenas no manejo das plantas medicinais para validar o uso de diversos espécimes coletados e estudados por ele, caso da salsa parrilha, sobre a qual observaria o “uso antiquíssimo entre os índios do Brasil”, sendo muito eficaz no tratamento das “afecções da pele e dos rins”. E, embora ressalte, como seus pares, que não existiria uma comprovação científica da validade terapêutica desta planta, considerando que “alguns médicos a julgam inerte”, acaba por concluir em favor da tradição, ao destacar como “seu uso que remonta a mais de dois séculos” revelaria um “histórico e experiência de bons resultados”, manifestando, desse modo, “bastante garantia a seu favor” (Langaard, 1872: 449)

Na segunda metade do século XIX, entretanto, a curiosidade sobre a diversidade natural do país e a necessidade de encontrar meios de adaptar o europeu às particularidades tropicais se converteria, pouco a pouco, em um programa de estudo mais sistemático e programático sobre a fauna, flora e diversidade racial do Brasil. Nesse contexto, trabalhos de naturalistas como Spix e von Martius, A. von Humboldt, entre outros se consolidariam como referências importantes para os

primeiros estudos realizados pela medicina acadêmica, notadamente, aqueles que procuravam empreender as bases que conformariam nossa *Constituição Médica* – ou, como vimos anteriormente, “as possíveis relações de causa e efeito entre determinadas características do meio natural e social e a manifestação coletiva de uma determinada doença” e uma *Geografia Médica* - ou seja, “as implicações entre as diferentes doenças observadas em uma determinada área geográfica” (Ferreira, 2009).

Nesse contexto, os trabalhos produzidos por esses naturalistas se mostrariam, em um primeiro momento, fundamentais para a elaboração dos estudos pioneiros realizados na área médica, considerando que a dificuldade de coletar e sistematizar dados sobre a flora, fauna, clima e diversidade racial em um território tão vasto como o do Brasil impossibilitava qualquer avanço nos projetos de uma topografia médica, ainda que se considerasse que o método utilizado pelos naturalistas não fosse compatível com as pretensões do programa científico que se construía na época¹⁶⁷.

Com efeito, apesar das restrições ao modelo de pesquisa dos naturalistas, a contribuição e influência exercida pelos trabalhos realizados por estes e viajantes estrangeiros – mais especificamente aqueles que reuniram grande quantidade de informações sobre nossa diversidade tropical – foram fundamentais para a elaboração de muitos trabalhos na área médica. É o caso do primeiro estudo de fôlego para a constituição de uma *Geografia Médica* no país. Em *Do clima e das doenças do Brasil* (2009 [1844]), que já apresentamos anteriormente, François Sigaud, diante da impossibilidade de percorrer as diferentes regiões do Brasil, recorre às descrições de uma infinidade de informantes, não só dos naturalistas estrangeiros, mas leigos e missionários, para compor seus estudos. A este respeito, veremos como os registros meteorológicos que compõem a primeira parte do livro, denominada *Climatologia*, demonstram como o intercâmbio de informações que se estabeleceu entre naturalistas e viajantes e a classe científica foi fundamental para a constituição dos primeiros estudos produzidos no âmbito da medicina acadêmica no Brasil. Dados referentes às características climáticas, coletados em províncias como Santa Catarina e Minas Gerais, utilizados por Sigaud, por exemplo, seriam provenientes de registros

¹⁶⁷ A este respeito Isabelle Stengers (2002) realiza uma importante distinção entre a experiência dos naturalistas e o programa das ciências modernas. A diferença fundamental para a autora estaria no fato de que os instrumentos utilizados pelo cientista de campo ou naturalista não podem ser tomados enquanto dispositivos experimentais com os quais seria possível purificar um fenômeno, fazendo-o, desse modo, testemunhar a favor de sua questão. Assim, os recursos técnicos utilizados pelos naturalistas permitiriam, no máximo, reunir indícios que dirigem o pesquisador na direção de uma situação concreta.

efetuados pelo príncipe Maximilien Neuwied e o barão de W. L. Eschwège que, já nas primeiras décadas do século XIX, dedicavam-se a desvendar as especificidades da constituição tropical do país¹⁶⁸.

Na mesma direção, as informações sobre a população, as diferentes raças, bem como as doenças associadas a cada uma delas, reunidas no capítulo *Estatística Médica*, partiriam de estudos de viajantes e naturalistas como de Saint-Hilaire e von Martius, entre outros pesquisadores, que compartilharam uma intensa correspondência com membros da *Academia Imperial de Medicina*, entre os quais estaria o próprio François Sigaud. Vê-se, desse modo, como dados coletados por diferentes indivíduos, em condições diversas e em várias províncias do Império, seriam utilizados por Sigaud na composição do primeiro quadro nosológico do país, bem como serviriam para alimentar e mover debates, sendo matéria de discussão, análise e produção de artigos no âmbito das principais e pioneiras instituições médicas.

Entretanto, ainda que a contribuição dos viajantes e naturalistas tenha sido fundamental no desenvolvimento dos primeiros estudos na área médica, é possível apontar críticas em relação ao trabalho por estes produzido, sobretudo, em relação à precisão e à frequência com que essas informações chegavam às mãos dos cientistas. A ciência médica em formação consideraria, nesse sentido, que ainda que a atividade desempenhada por viajantes e naturalistas fosse, na sua maior parte, realizada de forma sistemática e meticulosa, em acordo com os princípios da Ciência Natural então vigentes, o conhecimento por eles produzido se mostrava excessivamente impressionista e holístico, sobretudo, quando se tratava da observação dos costumes das populações indígenas, como indicam os comentários de François Sigaud:

A maior dificuldade deste trabalho vem da pesquisa de materiais (...) conta-se inicialmente com uma colheita ampla de dados, mas é preciso passar por relatos exagerados ou enfáticos (...) percorrer quadros poéticos e perseverar ao longo das indefectíveis narrativas dos perigos cotidianos para se chegar ao enunciado de um pequeno número de fatos relativos ao clima e às doenças do país (...) É uma decepção! (2009 [1844]: 32).

¹⁶⁸ Marta Amoroso (2009) relata como a Fazenda Mandioca localizada na Serra da Estrela, província do Rio de Janeiro, de propriedade do cônsul da Rússia no Brasil, G. I. Langsdorff, já nas primeiras décadas do século XIX, mostrou-se como lugar privilegiado de encontro de cientistas e técnicos, troca de consensos e ponto de partida para muitas pesquisas e expedições científicas.

Veremos, então, como a partir da segunda metade do século XIX, o programa científico que visou realizar uma *Geografia Médica*, baseando-se em um modelo estatístico de estudos que agrupava as características de cada localidade, associando-as às particularidades das raças e de costumes tão diversos quanto aqueles com os quais se deparavam os cientistas, encontraria dificuldades em se realizar.

Com efeito, este programa científico passaria, progressivamente, a requerer informações mais precisas e sistematizadas, condizentes com o programa médico então em voga, cuja validade estava atrelada à exatidão que lhes conferia a introdução dos métodos estatísticos. As atividades de coleta de informações sobre as configurações climáticas, geológicas e zoológicas de cada região do país, nesse sentido, conformar-se-iam a um programa científico com pretensões universais, por meio do qual fosse possível estabelecer estudos comparativos que reuniram a diversidade do ecúmeno.

Pesava, nesse sentido, a constatação de que a vastidão do território brasileiro e sua variedade natural exigiam um investimento em recursos materiais e humanos maior e mais direcionado do que aquele disponibilizado pelos naturalistas e viajantes. As questões que se colocavam nesse momento se relacionavam com as formas de controle das atividades de coleta e observação que eram realizadas por pessoas com formação muito distintas¹⁶⁹. Adicionalmente, haveria o problema que se articulava com a forma de como se processava a tradução da diversidade natural e dos hábitos das populações consideradas exóticas para a linguagem científica.

É nesse momento então que surgem as primeiras tentativas de organizar expedições com pessoal, recursos e materiais exclusivamente nacionais. A primeira expedição científica organizada pelo Império (1859-1851), nesse sentido, seria composta apenas por pesquisadores brasileiros, entre eles alguns intelectuais que compunham os quadros do *Museu Imperial* (atual *Museu Nacional* do Rio de Janeiro), além de membros, em sua maioria, do *Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*

¹⁶⁹ As reflexões produzidas sobre a validade dos dados e informações coletadas por viajantes a respeito das condições naturais dos países tropicais foram pensadas de maneiras muito distintas ao longo do século XIX. De fato, nas primeiras décadas deste século, acreditava-se que a credibilidade dos dados só poderia ser conferida à observação direta, realizada por profissionais pertencentes aos quadros das academias europeias. A partir de 1864, no entanto, com a criação dos *Archives de Médecine Navale*, seria constituído um modelo alternativo para a produção do conhecimento sobre os trópicos, capaz de estimular e controlar uma rede internacional de pesquisas sobre patologia e nosologia. Assim, a partir da sua criação, os compêndios, teses e tratados de geografia médica passaram a ser alimentados por uma vasta informação nele registrada (Edler, 2001: 937-38).

(IHGB), como o poeta Gonçalves Dias – encarregado das pesquisas etnográficas –, o botânico Francisco Freire Alemão, o engenheiro Guilherme Capanema e o ornitólogo Manuel Ferreira Lagos. O empreendimento tinha objetivos grandiosos: explorar províncias do norte do país até então muito pouco conhecidas dos estudiosos brasileiros (a campanha permaneceria restrita à província do Ceará) com o propósito de reunir coleções científicas dos “três reinos da natureza” e de “tudo que se possa servir de prova do estado de civilização, indústria, usos e costumes dos nossos indígenas” (Braga, 1962; *apud*. Kury, 2012: 20).

Para o grupo de intelectuais responsáveis pela organização da *Comissão Científica do Império*, como seria nomeada a primeira expedição genuinamente nacional, o momento representaria uma oportunidade para suplantiar os trabalhos produzidos, desde os primeiros anos da colonização, pelos naturalistas estrangeiros que aqui aportaram e que se mostraram, até meados do século XIX, como a principal fonte para os estudos científicos e médicos realizados no país. O argumento que justificava a realização de uma expedição exclusivamente formada por pesquisadores brasileiros responderia à ideia de que os trabalhos produzidos pelas comissões de naturalistas estrangeiros nem sempre supriam as necessidades da nascente ciência que se desenvolvia nos recém criados institutos científicos entre eles o IHGB¹⁷⁰.

Organizada e financiada pelo IHGB, a *Comissão Científica* receberia, ainda, o apoio do próprio Imperador D. Pedro II que se empenharia pessoalmente na tarefa de reunir os recursos necessários para a realização da expedição, essencialmente, provendo os instrumentos científicos que auxiliariam nas atividades dos pesquisadores. Para a realização do trabalho de campo, a *Comissão Científica* contaria com os mais avançados instrumentos e equipamentos técnicos e científicos disponíveis na época, que teriam sido encomendados e trazidos da Europa especialmente para a ocasião, como microscópio, termômetro, barômetro, vidraria de laboratório e, até mesmo, uma câmera fotográfica (Kury, 2012: 23).

¹⁷⁰ A acusação de que os trabalhos realizados por naturalistas difundiriam erros sistemáticos foi um dos argumentos mobilizados pelos cientistas do IHGB para justificar a realização da *Comissão Científica do Império*. A este respeito é possível citar a crítica formulada por Manuel Ferreira Lagos, secretário do IHGB e zoólogo do *Museu Nacional*, em que acusava o naturalista Francis de Castela, que naquele momento encontrava-se no país a serviço da França, de se comportar de forma leviana ao divulgar uma série de informações equivocadas sobre o país em suas narrativas de viagem (Kury, 2012: 20).

Embora a expedição tenha sido considerada um fracasso – recebera a alcunha de *Comissão das Borboletas*, em referência aos poucos resultados obtidos¹⁷¹ - ao fim do empreendimento, a equipe de pesquisadores voltou do campo trazendo uma importante coleção zoológica, botânica e geológica, além de exemplares de artesanato cearense, objetos e artefatos indígenas, desenhos e aquarelas sobre a fauna, flora e costumes dos sertanejos. Mais tarde, a reunião desses objetos e materiais viria agregar peças expressivas à coleção do *Museu Imperial*. Muitos objetos e materiais coletados durante a expedição serviriam também para compor o espaço reservado ao Brasil na *Exposição Internacional de Londres*, realizada em 1862 (idem: 38).

Notemos nesse ponto, como a importância da *Comissão Científica* reverberaria nos projetos da medicina acadêmica do século XIX. Conforme observamos, o empreendimento científico que visava a elaboração de uma *Geografia Médica* para a província, continuamente alentado pelos membros da *Sociedade Médica de Pernambuco* e da *Comissão de Salubridade Pública*, ultrapassaria os limites do campo médico propriamente dito, para promover a compreensão da fauna, da flora, da constituição natural, bem como desenvolver estudos sobre as populações locais, visando particularmente a investigação de terapias e medicamentos tradicionais que, com os recursos, instrumentos e métodos adequados, poderiam compor a *Matéria Médica*. Adicionalmente, acreditava-se que tal iniciativa teria sua utilidade e benefícios estendidos a toda a população.

Como vimos anteriormente, um dos pilares das pesquisas realizadas no âmbito das instituições médico-científicas repousaria justamente na consolidação de estudos sobre as condições climáticas e topográficas tanto da capital quanto dos sertões da província. Vê-se, dessa forma, como de modo programático, pouco a pouco, a instituição médica consolidaria seus próprios métodos de coleta de informações e dados, alargando o escopo das suas atividades a partir de um projeto ampliado, que se estenderia das condições urbanas para o resto da província – mais especificamente os lugares mais distantes da capital Recife, onde o florescimento das pequenas vilas se mostrava consistente. Ainda que os médicos e cientistas da *Sociedade Médica de*

¹⁷¹ A percepção do malogro da expedição da *Comissão Científica* se refere ao fato de que, embora tenha originado um vasto material, entre espécies da flora e fauna, artefatos indígenas, entre outros, os cientistas da expedição não teriam alcançado a produção de trabalhos científicos analíticos mais amplos e consistentes. Ainda que se considere como atenuantes os problemas enfrentados por eles, como o naufrágio do barco *Palpite*, que teria ocasionado a perda e destruição das anotações de geologia e astronomia produzidas durante a expedição e a morte em 1863 de Manuel Freire Alemão, impedindo a publicação de seus trabalhos. De forma geral, as atividades da expedição foram consideradas inúteis e dispendiosas (Kury, 2012; Braga, 1962).

Pernambuco demonstrassem pouca familiaridade com a realidade e as populações dos sertões da província - considerando o fato de que o empreendimento científico que tratamos nos primeiros capítulos desse trabalho se concentraria prioritariamente no espaço urbano, com poucas iniciativas fora dele - a constituição de uma rede de informantes traria a possibilidade de compreender a diversidade natural, social e racial da província em sua integridade, pretensão esta que nunca deixou de ser incluída nos planos desse grupo de médicos.

Infelizmente dispomos de poucos dados para a reconstituição da atividade de coleta de dados e informações sobre os sertões, considerando que, nesse período, as comissões médicas encarregadas de percorrer o interior da província dispunham de um número limitado de profissionais, com exceção de poucos médicos que se dedicaram à realização de um trabalho volante. Entretanto, alguns indícios nos permitem reconstituir uma rede de informantes que ampliava o olhar da ciência para lugares mais remotos.

O primeiro ponto de apoio dessa rede foi o estabelecimento de cargos públicos especializados que se voltariam para o tratamento de questões prementes relativas à saúde pública, os chamados *Conselheiros*. Tratava-se de indivíduos sem formação médica que foram designados pela *Comissão de Salubridade Pública* para assumirem postos de distribuição da vacina antivariólica em determinados pontos da província. O cargo de *Conselheiro* seria instituído por ocasião da publicação de uma legislação específica¹⁷² que regularia os trabalhos relativos à administração da vacina antivariólica nos sertões. As responsabilidades atribuídas a esse cargo, *grosso modo*, consistiam em garantir a distribuição e aplicação do *pus vacínico* para as populações distribuídas em localidades mais distantes da capital, obedecendo ao método e procedimento de produção de novas doses de vacina, conforme vimos no primeiro capítulo.

Adicionalmente, os *Conselheiros* eram encarregados do treinamento de pessoas de “reconhecida habilidade” que, após o aprendizado da “matéria médica”, eram alçadas ao cargo de *Delegado Vacinador*. Este, por sua vez, era responsável não apenas pela administração das vacinas, bem como se encarregava da produção de estatísticas referentes ao número de pessoas inoculadas, da notificação às autoridades

¹⁷² Cf. Lei Provincial nº 233 de 09 de setembro de 1848.

competentes sobre qualquer ocorrência de doença endêmica e epidêmica ou outro tipo de informação relevante sobre o estado sanitário da província (Rocha, 1962).

Por fim, notemos como as estatísticas médicas produzidas nesse período também seriam alimentadas por uma rede de informantes composta por vigários, missionários católicos e leigos pertencentes às confrarias religiosas. O trabalho dos vigários e missionários, por exemplo, mostrar-se-ia bastante útil para a realização dos primeiros censos populacionais da província. A este respeito, observamos como com a instituição da *Lei do Censo*¹⁷³ em 1851, a contribuição dos vigários e dos missionários capuchinhos foi essencial para a constituição de uma estatística de nascimentos e óbitos no país que, por sua vez, possibilitaria às instituições médicas estabelecerem algumas referências sobre as características da distribuição da população, faixa etária e composição racial do conjunto da província.

Com efeito, o corpo religioso foi de grande utilidade para o avanço das pesquisas baseadas nos métodos estatísticos. Vê-se, nesse sentido, como a ciência contaria, ainda, com outros suportes para coleta de dados e informações, tomando a este fim o trabalho desempenhado por empreendimentos instituídos pela igreja no período. Assim, a exemplo dos esforços empreendidos pelos vigários na implementação da *Lei do Censo*, a constituição médica disporia da colaboração dos missionários capuchinhos para ampliarem suas pesquisas na área da estatística e climatologia.

Em relação às contribuições na área da pesquisa climatológica, como veremos com mais detalhes no próximo capítulo, no ano de 1874, ano da fundação da *Colônia Orfanológica Isabel*, instituição criada e administrada pelos missionários capuchinhos, seria estabelecido o primeiro observatório meteorológico fora do espaço urbano da capital, distante mais de 150 quilômetros da cidade de Recife. Embora o estabelecimento não contasse com todos os equipamentos necessários para a medição dos principais elementos definidores da matéria climática, o sistema implantado pelos frades dispunha do termômetro e do barômetro, com os quais era possível registrar as variações de temperatura e umidade nos sertões.

¹⁷³ Os decretos relativos ao *Censo Geral do Império* e ao *Registro Civil de Nascimento e Óbitos* (1851), ou *Lei do Censo* como ficaram conhecidos esses dois decretos, tinham por finalidade instituir o registro civil em todas as províncias do Império. O procedimento para a efetivação desses dois projetos partia da implantação de um sistema de formulários que era enviado a cada paróquia, encarregando os vigários do registro dos dados relativos a todos os nascimentos e óbitos ocorridos em sua jurisdição. Sobre o tema ver Oliveira (2005) e Monteiro (1981).

Esses registros que permitiam aferir as variações climatéricas ao longo das estações do ano eram completados ainda por observações detalhadas sobre o regime das chuvas, o comportamento das correntes de vento e impressões sobre a qualidade do ar. Todo o trabalho relativo a observações, descrição e produção de dados ficava a cargo de um funcionário leigo da colônia que, mensalmente, remetia os relatórios produzidos à *Comissão de Salubridade Pública*.

Em outra direção, veremos como os estudos médicos se debruçariam em outro importante tema para a consolidação de um conhecimento racional e científico, dedicando-se a pesquisas sobre as terapias e medicamentos utilizados na província. Neste ponto, como vimos no capítulo anterior, cabia às câmaras municipais a responsabilidade por regulamentar a atividade farmacêutica e fiscalizar os estabelecimentos responsáveis pela venda de drogas. A este respeito, a criação de regras voltadas para a regulação da produção e comercialização de medicamentos institucionalizaria, entre outras coisas, meios de coibir a distribuição de substâncias e preparações consideradas “perigosas à saúde pública”.

Neste ponto, caberia, desse modo, às instituições médicas criar protocolos voltados à análise química e física de substâncias que se destinariam, particularmente, às preparações farmacêuticas cujas fórmulas se apresentavam como “misteriosas” por aqueles que as prescreviam. Esses medicamentos poderiam ser vistos, com frequência, disputando os espaços dos jornais e outros meios de comunicação na tentativa de atrair a clientela, basicamente pela promessa de prover a cura para uma diversidade de males (Pimenta, 2004).

A este respeito, o caso do purgativo *Le Roy* foi exemplar em matéria de polêmica. O anúncio que divulgava a venda do produto enumerava uma lista com cerca de 15 indicações terapêuticas para, logo concluir que a fórmula serviria para o combate de “todos os tipos de doenças”. O fato porém é que a fórmula misteriosa do médico francês Louis Le Roy se tornaria bastante popular na cidade de Recife, passando a ser comercializada em boa parte das boticas.

A fama alcançada pelo medicamento, no entanto, chamaria a atenção da *Sociedade de Medicina de Pernambuco*, que requereu uma amostra da fórmula para que fosse submetida a uma série de análises químicas, com o fito de averiguar os efeitos produzidos com o seu uso. Ao fim da enquête realizada em 1842, a constituição médica decidiria por proibir a comercialização do produto, baseando-se

no argumento de que as substâncias contidas na sua preparação se mostravam portadoras de uma “ação funesta”, além disso, considerava-se que a vulgarização do medicamento representava um perigo à saúde da população:

(...) é notório o abuso que deles (os purgatórios) faz na província, aplicando-os a todas as moléstias, em todos os graus, não obstante quaisquer contra-indicações constitucionais ou mórbidas; causando assim ora inflamações rapidamente mortais, ora alterações orgânicas nas vísceras abdominais (...) ¹⁷⁴

Em verdade, como confirmaria o parecer emitido pela *Sociedade de Medicina de Pernambuco*, as razões que levariam à proibição da comercialização do purgativo *Le Roy* se relacionavam com um temor generalizado entre a elite médica de que esse tipo de fórmula, geralmente vendida a preços bastante módicos, tivesse seu uso disseminado entre a população, sem que se pudesse controlar os efeitos de prescrições mal administradas. A este respeito, a *Sociedade de Medicina* definiria alguns dispositivos com o fito de inibir a comercialização de medicamentos dessa natureza como, por exemplo, a exigência de uma “receita de facultativo”. Em resposta às determinações da comissão médica, no entanto, alguns artifícios seriam mobilizados por leigos e farmacêuticos para driblar a rigidez dos regulamentos impostos às suas práticas, como o registro das fórmulas, por meio do qual o responsável por cada droga poderia indicar que sua composição se utilizava apenas de substâncias reconhecidamente inofensivas. Adicionalmente, veremos como a divulgação de prescrições medicamentosas salvadoras será intensificada por meio dos anúncios dos jornais, que enfatizavam a eficácia do produto para o tratamento de uma diversidade de males ¹⁷⁵.

Ainda a respeito das enquetes que visariam a realização de testes para a averiguação da composição e dos efeitos das drogas comercializadas na província, veremos como essa prática se converteria em pesquisas sistemáticas sobre as plantas medicinais mais difundidas entre a população. A esse propósito, já no início das atividades da *Sociedade Médica de Pernambuco* em 1842, veremos o esforço desse grupo de médicos em definir protocolos de pesquisa de substâncias, particularmente

¹⁷⁴ *Annaes da Medicina Pernambucana (1842-1844)*: 82.

¹⁷⁵ A este respeito Leduar de Assis Rocha (1962) faz um interessante levantamento das diversas fórmulas que apareceram na imprensa recifense ao longo do século XIX, mostrando a variedade de origens e tradições às quais estas estariam associadas.

voltados para a análise de espécimes da flora e suas propriedades terapêuticas. Vê-se nesse sentido como procurou-se criar um inventário de plantas nativas, reunindo tanto espécies desconhecidas, quanto plantas sobre as quais haveria registros que indicassem a existência de um saber prévio sobre elas ou, ainda, daquelas que se destacavam por serem reconhecidamente eficazes para o tratamento de determinadas doenças entre a população.

Essas pesquisas tinham por objetivo a produção de estudos mais aprofundados que se baseassem nas novas disciplinas do conhecimento científico e que vinham agregar autoridade à atividade de pesquisa médica, como a Química, a Física e as Ciências Naturais e que deveria inserir, de forma sistemática, o conhecimento da diversidade de drogas utilizadas na província, incluindo nesse rol, plantas ou substâncias já conhecidas das populações indígenas ou sertanejas. Tais procedimentos tornariam, assim, imperativa a realização de estudos que se debruçassem sobre tão reconhecidamente saber acumulado, ainda que de maneira pouco adequada para os padrões da ciência da época, pelas populações tradicionais. A este respeito, comentaria Joaquim Aquino da Fonseca na abertura dos trabalhos da *Sociedade Médica de Pernambuco* em 1842:

A Patologia e a Terapêutica das moléstias deste país, destas regiões jaziam em profunda obscuridade, e não receberão ainda o impulso de que hão mister: e nesta Província, como em qualquer outra parte do mundo, possuindo os habitantes os três reinos da natureza, para aí colherem e extraírem os alimentos e os remédios, ainda não existe um tratado científico, regular e sistemático das substâncias indígenas, em que as virtudes medicinais destas tenham sido descritas metódica e classificadamente, porque também que se dedicasse seriamente a tão interessante quão deleitável estudo. E por outro lado haverá mister do laborioso Naturalista, do hábil Farmacopola com a reveladora Química para este breve e primordial conhecimento já sabido dos camponeses, a quem esses sábios forão tão necessários para a descoberta dos seus remédios, quanto o forão para a de seus alimentos simples e frugais?¹⁷⁶

Com o objetivo de ampliar esse ramo das pesquisas médicas, a *Sociedade Medicina de Pernambuco* institucionalizaria, então, os chamados *Concursos Científicos* – prática já bastante empregada pela *Academia Imperial de Medicina*. Essas competições científicas consistiam em lançar um desafio de interesse médico ao

¹⁷⁶ *Annaes da Medicina Pernambucana* (1842: 02).

qual deveria corresponder a produção de uma pesquisa, capaz de oferecer uma resposta à questão lançada. Entre os trabalhos apresentados à comissão organizadora do concurso, aquele que se mostrasse mais original seria premiado com a publicação do trabalho em um periódico de comprovado valor acadêmico e uma quantia em dinheiro, além dos louvores e reconhecimentos da sociedade médica e científica¹⁷⁷.

Os concursos realizados no intervalo que compreende os anos de 1842 e 1846, período de vigência da *Sociedade Médica de Pernambuco*, versariam sobre temas variados entre os quais podemos citar as condições de salubridade da província e a especificidade de certas moléstias tropicais. Em 1845, por exemplo, diante do problema da hidromielia - doença associada ao surgimento de quadros de anemia profunda e que se mostrava mais frequente entre populações pobres e de escravos, dando origem a altos índices de óbito -, procurou-se investigar as propriedades da gameleira brava (*Ficus vermifuga*).

De acordo com seus pesquisadores, a investigação produzida sobre as propriedades terapêuticas dessa planta responderia, desse modo, à busca por alternativas aos tratamentos então existentes, cujo sucesso, caso houvesse, representaria um avanço nos métodos de tratamento utilizados comumente para a doença que, fundamentada em uma matéria médica europeia, restringia-se a uma terapia baseada em “preparações férreas” e na aplicação de “eméticos” que, por sua vez, produzia efeitos indesejáveis, com alto índices de óbito.

Os cientistas, entretanto, observando os costumes de índios e negros, notariam como essas populações utilizavam preparações à base de folhas de gameleira no tratamento da hidromielia, sem que nenhum efeito desagradável pudesse ser notado. Tal constatação tornava, desse modo, imprescindível a realização de uma pesquisa sistemática que comprovasse sua eficácia científica. Considerava-se, nesse sentido, a possibilidade de que da aplicação de métodos precisos e adequados a essa matéria pudesse render o desenvolvimento de um tratamento alternativo ao existente, o que, por sua vez, mostrar-se-ia como um serviço de grande utilidade pública, sobretudo, para os proprietários de escravos. A este respeito, o relatório da *Sociedade Médica*

¹⁷⁷ A prática dos *Concursos Científicos* não representava propriamente uma novidade, nem mesmo se mostrava como uma iniciativa isolada, considerando que, antes mesmo do estabelecimento da *Sociedade Médica de Pernambuco*, podiam ser vistos entre as principais instituições médicas da Corte do Rio de Janeiro, como a *Academia Imperial de Medicina* e o *IHGB*. Adicionalmente, tinham um caráter integrador da comunidade científica ao estender a possibilidade de apresentação de propostas a todos os que se interessassem pelo tema, não importando sua filiação institucional.

indicaria a importância que a comprovação dessa evidência científica representava para os donos de escravos:

O Sr. Teixeira, observador digno a nossa consideração, declarou-nos que por vezes presenciara curas da hidromielia devida à gameleira sem a presença de evacuações alvinas. Ora, no meu parecer a importância do conhecimento exato dos efeitos da gameleira deriva, cientificamente falando, desta circunstância.

A relevância dessa questão influenciaria, desse modo, a definição do tema do concurso científico proposto para o ano de 1845, quando foi sugerido aos competidores “fazer a análise química do suco da gameleira, e mostrar quais os princípios ativos, e os terapêuticos contidos nessa substância”. O texto que anunciava a abertura do concurso trazia, nesse sentido, o seguinte desafio: “*Determinar por uma série de observações exatas a ação e modo d’operar desse medicamento sobre os hidromênicos; as diversas preparações, que dele se podem fazer, e o melhor meio de administrar*”¹⁷⁸.

Ainda em 1845, um novo concurso seria proposto a partir do tema da fitoterapia, ampliando, no entanto, o alcance do escopo da pesquisa anterior¹⁷⁹. Nesse sentido, o desafio lançado era “*Fazer a maior coleção possível das plantas e remédios indígenas, que tem sido ou podem ser aplicados às enfermidades já do homem, já dos animais. Determinar, por experiências terapêuticas, quais os efeitos desses remédios indígenas e quais os remédios exóticos que podem substituir com vantagem*”¹⁸⁰.

Paralelamente aos concursos, a *Sociedade de Medicina de Pernambuco* desenvolveria ainda pesquisas individuais levadas a cabo por seus próprios membros com o fito de colocar à prova a eficácia de outros espécimes vegetais¹⁸¹. Adicionalmente, executaria um programa de estudos mais amplo que visaria a

¹⁷⁸ *Annaes da Medicina Pernambucana* (1844).

¹⁷⁹ Entretanto, esse concurso não chegaria a se realizar já que no final de 1845 a *Sociedade de Medicina de Pernambuco* seria desativada.

¹⁸⁰ O modelo de pesquisa que procurou revelar as propriedades de plantas comumente utilizadas pelas populações indígenas não era exclusivo da constituição médica de Pernambuco. Desde as primeiras seções da AIM em 1833, podemos verificar debates e publicações produzidas em torno do tema. Nesse sentido, no ano de 1836, seria lançado no âmbito da AIM um concurso que premiaria as melhores descrições de substâncias tradicionalmente utilizadas pelas populações indígenas (Kury, 1994).

¹⁸¹ Destacaram-se, nesse sentido, pesquisas que procuraram avaliar as qualidades alimentares de certas espécimes da fauna e da flora, bem como o estudo desenvolvido por Aquino da Fonseca sobre o suco de limão que alcançara prestígio no tratamento da *cólera-morbus*, ao revelar sua eficácia clínica nos tratamentos de doentes acometidos pela peste.

elaboração de um catálogo com as principais plantas nativas da província. A elaboração desse inventário seria executado pelo Dr. Magvinier, que realizou o tratamento, identificação, catalogação e descrição de um número expressivo de espécies da flora característica da província¹⁸². Vê-se, nesse sentido, como muitas das pesquisas conduzidas por este médico seriam apresentadas em forma de artigos publicados nos *Annaes da Medicina Pernambucana*, assim como em outros periódicos voltados para o público médico e acadêmico.

OS JARDINS BOTÂNICOS DE RECIFE E OLINDA

O programa médico que visou instituir procedimentos de *purificação e estabilização* das substâncias envolvidas na produção de medicamentos seria acompanhado por uma projeto programático de apropriação racional e produtiva da natureza com contornos bem definidos. A agenda dos trabalhos desenvolvidos pela *Sociedade Médica de Pernambuco* manifestaria, desse modo, o interesse em conformar um programa de exploração prática da flora nativa para a agricultura. Nesse sentido, veremos como muitas espécies vegetais reconhecidas seja pelas suas propriedades terapêuticas, seja pela potencialidade agrícola, seriam submetidas às pesquisas desenvolvidas no âmbito dos Jardins Botânicos que foram fundados nas cidades de Recife e Olinda na primeiras décadas do século XIX.

A este respeito, Marta Amoroso (2009) observou a importância dos jardins botânicos para a produção de pesquisas científicas no período joanino, ao analisar o complexo envolvido na Fazenda Mandioca. A propriedade do cônsul da Rússia no Brasil, G. I. Langsdorff, localizada na Serra da Estrela, na província do Rio de Janeiro, conformava um conceito de jardim botânico que ultrapassava a ideia de um espaço de reprodução artificial de espécies da fauna e da flora dentro do espaço

¹⁸² As investigações científicas obedeciam aos critérios definidos pelas Ciências Naturais que, naquele momento, deixavam de ser uma ciência acessória, para se tornar uma disciplina obrigatória no *currículum* de algumas das principais profissões da época, como a de médicos e engenheiros, por exemplo. Os critérios de pesquisa, por sua vez, obedeceriam a um rígido escrutínio de atividades que compunham as instruções de viagem. Sob a forma de um pequeno manual que fornecia aos viajantes e pesquisadores todo o instrumental teórico e prático necessário à realização das viagens e expedições científicas, as instruções continham descrições detalhadas dos locais a serem percorridos; da forma de recolher, preparar, apresentar, conservar e transportar os produtos naturais; orientações sobre o caráter das observações científicas, geográficas, etnográficas e sociais; da melhor forma para a elaboração das anotações e diários; recomendações sobre como executar desenhos e ilustrações técnicas, entre outros.

urbano, para configurar num lugar privilegiado do debate científico e aperfeiçoamento de técnicas e práticas que orientariam as expedições de naturalistas, favorecendo a troca de informações e consensos entre especialistas.

O projeto do Jardim Botânico de Recife, fundado no ano de 1841, traria, desse modo, a missão de desenvolver pesquisas sobre a fauna e flora, direcionando seus estudos, no entanto, para a tarefa de *purificar* e *estabilizar* substâncias. De fato, o projeto concebia a proposta de estudar plantas que, no âmbito do saber tradicional, eram reconhecidas seja pelo seu caráter terapêutico ou pela sua utilidade para a alimentação, provendo um tipo de conhecimento que fosse condizente com os procedimentos e regras científicas da época. É o que observa Filippe Mena Callado da Fonseca em artigo publicado nos *Annaes da Medicina de Pernambuco*, em 1840, no qual avalia a importância desse tipo de estabelecimento para a cidade e o desenvolvimento da ciência.

Em *À cerca do Jardim Botânico* (1840), Filippe Mena Callado da Fonseca traz uma concepção bastante ampliada do modelo de projeto desse tipo de instituição que, segundo ele, deveria “atender não só a ilustração botânica (...) como também aos trabalhos materiais e científicos de aclimatar, e apropriar de todos os produtos naturais e exóticos, úteis, ou agradáveis, a melhorar os nossos próprios produtos, descortinar os arcanos da nossa Flora, cujos presentes de incalculável riqueza, ignorantes calcamos a cada passo”¹⁸³.

Essa concepção repousava na ideia de que a miséria que se mostrava enraizada entre os povos sertanejos poderia ser sanada com projetos que estimulassem o cultivo da agricultura, essencialmente, por meio do aprimoramento técnico dos processos de plantio, tornando-os, desse modo, mais produtivos. Vê-se, desse modo, como ao alargar os objetivos incluídos no projeto do jardim botânico de Recife, este autor defenderia o papel de desenvolver a “Agricultura e Horticultura” por meio de “pesquisas de aclimação de espécies e desenvolvimento de sistemas de cultivo de vegetais úteis para a alimentação”, que poderiam ser adquiridas a partir dos “princípios de melhoramentos pela técnica do enxerto”. Por fim, concluiria como tal iniciativa ajudaria a “suprir a falta que sofremos de frutos variados” (idem)¹⁸⁴.

¹⁸³ Filippe Mena Callado da Fonseca (1840: 136-40). “À cerca do Jardim Botânico”. *Annaes da Medicina Pernambucana* (1842-44).

¹⁸⁴ A tese defendida pelo botânico – evidentemente que respeitando as devidas diferenças de forma a evitarmos anacronismos – anteciparia alguns princípios que guiaram o desenvolvimento genético na agricultura atual de homogeneização de cultivares – variedades de espécies com rendimento agrícola

As justificativas em torno da formulação do projeto da instituição remetiam à possibilidade de introduzir no campo técnicas agrícolas aprimoradas que, uma vez revertidas para o cultivo de alimentos, pouco a pouco, resultaria no aumento da capacidade de produção dos nossos empreendimentos agrícolas: “preciosos frutos o Brasil poderá ofertar, empregados os meios, por isso que a maior parte dos frutos indígenas são naturalmente excelentes”, além de auxiliar na “preservação das nossas matas e espécies” (ibidem)¹⁸⁵.

Entretanto, ainda que a valorização dos produtos indígenas pareça ser destacada nessa passagem, veremos como essas iniciativas se mostraram derrotadas diante de projetos que estimularam as plantações extensivas, visando, essencialmente, a aclimação de espécimes próprias da dieta do europeu. Há de se considerar ainda a este respeito o fato de que a maior parte dos cientistas e médicos ponderava que a dieta do índio se mostrava essencialmente “frugal e simples” e, desse modo, desfavorável à manutenção das condições de saúde, resultando na “principal causa das suas doenças, em razão não só da abundância, mas ainda da qualidade dos alimentos” como afirmaria François Sigaud (2009 [1844]: 110).

Em relação ao *Jardim Botânico de Olinda* (1811), veremos como este estabelecimento em 1850, tinha à sua frente o médico e botânico Joaquim Jeronimo Serpa que pertencia aos quadros da *Sociedade de Medicina de Pernambuco*. Nesse espaço, o médico ministrava aulas, além de realizar estudos sistematizados sobre a flora nativa, que seriam reunidos no *Compêndio de Botânica, para uso dos alunos que querem se dedicar ao estudo desta ciência* (1836).

O botânico escocês George Gardner (1812-1849) que visitou o Recife entre 1838 e 1839, conhecera o *Jardim Botânico de Olinda* na companhia do médico e notaria como a instituição, apesar da “falta de cuidado nas suas instalações”, empenhava-se em conservar entre suas espécimes plantas medicinais importantes para a economia da província. Entre os espécimes de uso medicinal que pudera observar na ocasião da sua visita, Gardner notava, por exemplo, como a presença da *ipêcacunha*

superior - que nasce com a chamada *Revolução Verde* envolvida no processo de industrialização da agricultura.

¹⁸⁵ Sobre a importância dos cultivares como elemento de troca e constituição de uma rede de relações entre as populações tradicionais, ver Carneiro da Cunha (2011). Nesse artigo, a autora descreve as relações em torno do cultivo da mandioca, atividade que responderia ao apreço das populações tradicionais em incentivar as coleções, retirando prestígio e orgulho da variedade de espécies que cultivam, mostrando-se, nesse sentido, como “produtoras e produtos das relações sociais”.

“cuja raiz constitui artigo de exportação de Pernambuco, e espécimes vivos delas obtidos estão agora em pleno viço nas estufas do Jardim Botânico de Glasgow” (Gardner, 1975: 52).

Sublinhemos nesse ponto, como a preocupação com o desenvolvimento de técnicas aprimoradas para a agricultura, estava assentada na crença de que tanto o desenvolvimento moral da população quanto a edificação do projeto de Nação dependeria do bom aproveitamento das terras cultiváveis do país. Nesse sentido, como observa Maria Margaret Lopes (2012), era comum às *instruções* de qualquer expedição científica realizada na segunda metade do século XIX, a atenção reservada a estudos que procurassem relacionar a compreensão da fauna e flora com o desenvolvimento agrícola:

O incremento da agricultura por meio do levantamento das condições climáticas e dos solos, do uso de adubos e fertilizantes, da topografia dos terrenos, de pragas de insetos, da potencialidade da vegetação e da disponibilidade de água subterrânea (*op. Cit*: 58).

Vê-se, desse modo, como a partir das primeiras décadas do século XIX, a ciência dirigirá seus esforços de pesquisa para a consolidação de técnicas voltadas ao desenvolvimento e incremento da produção agrícola, com o fito de proporcionar condições mais favoráveis para a expansão das plantações extensivas dedicadas a poucos espécimes. Adicionalmente, buscava-se uma forma efetiva de atrair e fixar o colono europeu nas terras consideradas de “solo ubérrimo e clima ameno” das quais dispunha o país. A este respeito, destaca-se como os procedimentos adotados pela ciência nesse momento, ao contrário do que ocorrera no período colonial, aspirariam um distanciamento progressivo dos saberes nativos, alargando as distâncias entre um e outro conhecimento.

CONHECIMENTO INDÍGENA, CONHECIMENTO MESTIÇO

Como vimos, as poucas considerações que a medicina acadêmica vai produzir sobre o saber indígena – essencialmente sobre o conhecimento fitoterápico desses povos – processar-se-iam na direção de estabelecer diferenças e marcar fronteiras entre um e outro domínio. Os processos de *purificação* e *estabilização* operados pela

ciência promoveriam, dessa forma, afastamentos em relação às práticas médicas exercidas no período colonial em que a medicina de origem ibérica – considerada, já nas primeiras décadas do século XIX, ultrapassada e anacrônica diante dos avanços alcançados pela ciência no período – se articulava ao conhecimento nativo, essencialmente, por meio dos esforços empreendidos por naturalistas e missionários católicos que, em seus trabalhos de pesquisa sobre novos espécimes ou em meio ao trabalho de catequese entre as populações indígenas, procuravam adaptar o conhecimento europeu às condições locais¹⁸⁶.

Em meados do século XIX, entretanto, as teorias raciais mobilizariam o pensamento médico que passa a considerar as consequências da miscigenação e as teses de determinismo racial para explicar tanto as etiologias quanto prover um modelo classificatório dos estados mórbidos, essencialmente, em função da observação da diversidade dos grupos humanos. Adicionalmente, o conjunto de doutrinas raciais que começa a ser formulado a partir desse momento, serviria para a elite médica brasileira redimensionar o lugar do índio e dos saberes tradicionais no desenvolvimento da civilização¹⁸⁷.

Notemos a este respeito, como a medicina científica de meados do século XIX toma a questão da miscigenação não só para prover inventários e classificações de patologias em função da diversidade racial, mas também para definir a natureza do conhecimento e das práticas de cura de negros, índios e cablocos. Para a elite médica, as origens dos saberes tradicionais estavam essencialmente atreladas à concepção de degeneração da raça indígena, tal como definida pelas teorias de inspiração monogenista então correntes, incorporando argumentos aventados sobre o Brasil por alguns viajantes que nos visitaram nesse período, entre eles, Louis Agassiz (1807-1873) e Arthur Gobinau (1816-1882) e que remetem à inviabilidade do país enquanto uma nação mestiça¹⁸⁸. Desse ponto de vista, acreditava-se que a miscigenação, ao

¹⁸⁶ Neste ponto Paula Montero (1985) mostra como ao mesmo tempo que o trabalho de catequese missionário – essencialmente o jesuíta - exerceria uma influência desagregadora sobre a cultura indígena, permitiria também a preservação e difusão do saber mágico e fitoterápico nativo, ao processar formas de adaptação do europeu às condições tropicais.

¹⁸⁷ Como explica Schwarcz (1993) o termo raça surge na literatura no início do século XIX, a partir dos escritos de Georges Cuvier, que introduziria a concepção que descreve a existência de heranças físicas permanentes entre os diferentes grupos humanos. Ao contrapor-se à visão iluminista de uma humanidade unitária, o discurso racial passa a refletir, desse modo, no debate sobre a cidadania, considerando que a emergência desses modelos colocaria maior ênfase nas determinações do grupo biológico, em detrimento do arbítrio individual.

¹⁸⁸ A tarefa que consiste em definir o verdadeiro lugar e a importância do conhecimento indígena sobre as plantas será várias vezes retomada ao longo do século XX, curiosamente ligada aos primeiros

processar a mistura entre “espécies” de origens diferentes, levaria senão à esterilidade biológica, certamente cultural, tornando inexequível qualquer empenho de civilização entre nós, considerando a este respeito que a composição étnica e racial da mistura marcaria a definição de um “modelo da falta e do atraso” (Schwarcz, 1993: 36).

A este respeito, vemos como em *Natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros* (1979 [1844]) von Martius apresenta um estudo sobre os saberes tradicionais, ocupando-se da tarefa de desvendar a natureza tanto das doenças mais comuns entre os índios quanto do conhecimento e práticas curativas, ou, “arte médica” dessas populações, como o autor definiria. O trabalho em questão percorre as diferentes províncias do Império e cita distintas etnias, demonstrando as possíveis relações entre traços característicos dessas populações, tanto biológicos quanto culturais, e o padrão característico de adoecimento. Adicionalmente, procura desvendar a natureza e o modo de operar do conhecimento tradicional, particularmente, em relação ao tratamento reservado por essas populações ao saber fitoterápico que é, invariavelmente, contraposto às práticas xamãs de cura.

Desse modo, von Martius define os mecanismos por meios dos quais operaria o saber indígena, que segundo ele se realizaria, essencialmente, pelo estabelecimento de uma “relação de analogia”, ou seja, por meio da definição de pontos de similaridades que se constroem entre características sensíveis aos sentidos humanos como, por exemplo, características morfológicas da planta - cor, forma, textura, cheiro - e particularidades da manifestação da doença ou sintomas ou, ainda, relacionando as qualidades sensíveis dos espécimes vegetais a características de partes do corpo, órgão ou substância orgânica afetados pela patologia. Assim observa o autor:

Influenciados por tais princípios (analogia e de semelhança), que mais se firmam nas intuições e ideias obscuras do que em conhecimentos precisos, o índio atribuía às plantas e algumas partes

estudos antropológicos produzidos no país e que revisitaram as teses raciais elaboradas nas faculdades de medicina no final do século XIX e início do XX sobre a questão da tradição indígena no manejo das plantas medicinais. A este respeito é interessante observar a monografia de conclusão de curso escrita por Edgard Roquette-Pinto em 1906, *Etnografia americana: o exercício da medicina entre os indígenas da América*. Nesse trabalho, em que o autor demonstra uma primeira aproximação com a antropologia, Roquette-Pinto se propõe a investigar os potenciais da medicina nas sociedades indígenas da América. Partindo da tese da primitividade das suas práticas, o autor constrói sua análise baseando-se na existência de diferentes estágios evolutivos nos quais as “funções médicas” tendem a se especializar até alcançar o “estágio atual”.

das mesmas, de cor vermelha, uma relação com o sangue; as de cor amarela, idêntica relação com a bÍlis e o fÍgado.

(...) Assim, emprega o rubro e esponjoso *Boletus sanguineus*, contra a hemoptise, a casca bruno-escura ou vermelha e adstringente de algumas ÁrvoreS, contra a erisipela, exantemas crÔnicos e tumores, a seiva amarela da planta CaaopÍÁ, e a madeira amarela da Butua contra doenÇas do fÍgado e da bÍlis; a raiz serpentiforme da Parreira-brava É considerada remÉdio eficaz contra a mordedura de cobras, assim como os tubÉrculos e o sumo da erva jararaca (...)” (von Martius, 1979 [1844]: 170)

Adicionalmente, a investigação proposta por von Martius estabelece algumas diferenciações importantes entre o conhecimento indÍgena e a medicina ocidental, trazendo para o texto o estranhamento do autor frente ÀS prÁticas xamanÍsticas e os rituais de cura dos Índios brasileiros. A este respeito, von Martius notaria como o ofÍcio de curar das populações nativas se mostraria - ainda que os indÍgenas fossem os “Únicos remanescentes de uma sabedoria natural” - como resultado de “tradições isoladas e confusas”, centralizadas na figura dos pajés – indivíduos que se distinguiriam do resto da tribo por possuírem um “espÍrito de observação, astúcia, laborosidade” (*op. Cit.*: 125), enfatizando o que o autor considera ser a fonte do poder dos mesmos em promover a cura:

O médico, chamado pajé na língua tupi, É sempre um indivíduo de ascendência, de influência na tribo, e as possui, talvez maiores do que, atualmente, costuma ter um professor, entre os médicos europeus. Não faz parte de corporação, nem de grêmio particular; não É doutor, nem mesmo mestre, não recebe, por diploma, o direito de curar; entretanto, assiste-lhe um grande e ilimitado poder (*idem*: 126).

Ainda a este respeito, o autor observa como os remédios utilizados pelos pajés seriam essencialmente resultado de “forças misteriosas para ele (o pajé) e para os doentes” dos quais este não teria “ideia clara e precisa; por isso, em todo caso clínico, sua conduta médica É vacilante, o prognóstico incerto e o êxito duvidoso”. Por fim, concluiria: “a medicina dos brasilÍncolas nos parece magia ou feitiçaria” (*ibidem*: 127). Neste ponto, o autor agrega mais um importante marcador de diferenças ao mostrar como, diferentemente do que ocorre na medicina europeia, os pajés recorrerem, frequentemente, a certos tipos de formalidades e recursos –

essencialmente de natureza performática - que estariam inextrincavelmente articulados ao ofício da cura indígena. Nesse sentido, observa o autor:

os índios recorrem a certas formalidades que exclusivamente visam à superstição do público ignorante e servem para auxiliar, pela persuasão subjetiva, a incerteza do remédio e a elevada confiança do paciente (ibidem: 126).

Em outra direção, Joseph François Sigaud (2009 [1844]) recorre às descrições realizadas por von Martius para refletir sobre as terapias utilizadas pelos indígenas, deslocando o foco, entretanto, para a existência de um conhecimento “natural” entre esses povos ainda que considerasse – assim como von Martius - que os indígenas fossem sempre uma “população decrescente”. Nesse sentido, recupera o trabalho dos missionários jesuítas, a partir do qual, segundo ele, foi possível “a descoberta de vários medicamentos vegetais (...) cujas virtudes se disseminaram nas cidades e insensivelmente ganharam lugar na Matéria Médica do país” (*op. Cit.*: 133-35).

Entretanto, destaca o autor, no momento em que os trabalhos de catequese dos inanciados cessam, verifica-se o retorno dessas populações indígenas ao estado deplorável em que se encontravam antes da intervenção dos missionários. Dessa forma, François Sigaud lamenta que os esforços dos jesuítas não tenham sido retomados, considerando, essencialmente, o fato do país, naquele momento, ressentir de braços para o desenvolvimento da agricultura:

Eu lamento, junto com muitos brasileiros, que os índios estejam hoje tão abandonados, sob o aspecto da cultura da alma e da inteligência. Os jesuítas haviam dominado uma e outra no interesse de sua soberania; eles mostraram a utilidade que se pode tirar dessas tribos, outrora florescentes; mas numa época em que faltam braços para a agricultura, porque não tentar novamente chamar as tribos indígenas à civilização? (idem: 117).

Adicionalmente, François Sigaud procura entender o processo que teria ocasionado a degradação do conhecimento indígena, remetendo sua análise basicamente aos processos de miscigenação operados no país. Neste ponto, o autor estabelece dois modelos opostos: “curandeiros indígenas” e “curandeiros exóticos”. O primeiro diz respeito a práticas que, em virtude do passado de catequização - no qual estes povos tiveram apoio dos missionários jesuítas - seria correto afirmar a existência

de algum tipo de contribuição do conhecimento nativo para a formação das bases da medicina tropical. Quanto ao segundo modelo, observaria o autor, os “curandeiros exóticos”, remete à existência de indivíduos cujas práticas de cura teriam sido resultado de processos de degradação daquele conhecimento dito natural, conformato a partir da intensa miscigenação racial que poderia ser amplamente observada na região nordeste do país:

A classe de curandeiros se divide em duas ordens distintas, os curandeiros indígenas e os curandeiros exóticos; esta classificação abrange todos os gêneros, espécies e variedades desta milícia guerreira contra a pobre humanidade. A ordem dos curandeiros indígenas pertencem todos aqueles que, conhecendo bem ou mal as plantas da região, empregam o regime e alguns vegetais para curar mordidas, feridas e outras enfermidades. Na segunda ordem, estão os amadores ou especuladores da patologia humana, verdadeiros empresários das doenças, que exploram os casos graves com lucro, tiram grandes contribuições da credulidade e se servem para tratar ou curar os doentes de fórmulas secretas e de métodos truncados pela ignorância, ou então de certas aplicações ousadas diante das quais a prudência da gente da arte de cura recua de pavor” (ibidem: 131).

A distinção realizada pelo autor passaria, então, por dois critérios: *a natureza do conhecimento* e *a distribuição geográfica*. No primeiro caso, concebia-se que os curandeiros exóticos corresponderiam à configuração de “terapias misturadas”, resultado de tradições diversas que incluíam o saber de índios, negros e o próprio conhecimento ocidental – essencialmente o do colonizador português. Essa concepção, de modo contrastivo, opor-se-ia a uma “terapêutica pura” e “natural”, ou seja, que não sofreu com os resultados dos processos de degeneração decorrentes do contato e da mistura racial:

Foi copiando certas fórmulas nos hospitais, amalgamando-as com compostos bizarros e se vangloriando de serem infalíveis que os curandeiros exóticos ganharam terreno na opinião pública e garantiram seu triunfo, em razão da credulidade geral (ibidem: 133-35).

No que diz respeito à distribuição espacial das populações – acionada também como um importante marcador de diferenças – de acordo com o autor, os curandeiros indígenas habitariam “sobretudo as montanhas ou sertões; aproximando-se mais do

estado de natureza” (ibidem: 133). Essa concepção é formulada em oposição aos curandeiros exóticos que habitariam essencialmente o domínio urbano, onde provavelmente entraram em contato com variadas técnicas terapêuticas, que lhe permitiram processar suas “misturas”, bem como onde tiveram a oportunidade para aplicar seu falso conhecimento. Assim, ao contrário dos curandeiros exóticos, as populações que habitavam os sertões ou as regiões de mata intocada trariam uma concepção senão positiva, melhor qualificada, considerando que não se constituíam enquanto resultado direto dos processos de miscigenação.

Do ponto de vista da definição de uma *Estatística Médica* – que considerou a distribuição espacial das populações e sua relação com as manifestações mórbidas –, veremos como a medicina se utilizou de um conceito de raça muito preciso para criar padrões classificatórios com o fito de estabelecer diferenças entre os diferentes grupos humanos e sua predisposição em adquirir certas moléstias. De fato, o procedimento utilizado pelos médicos do século XIX permitiu criar inventários, mapas, tabelas, classificações, considerando características sociais, morais, padrão alimentar entre outros que permitissem explicar as diferenças notadas entre os distintos grupos humanos.

Nesse sentido, é possível verificar como o pensamento médico identificaria certa afinidade entre algumas doenças comprovadamente importadas do continente europeu e as configurações sociais e raciais dos trópicos, o que significava dizer que algumas moléstias encontrariam condições propícias para sua propagação. A este respeito, von Martius observaria como a disseminação da sífilis entre os índios brasileiros teria se realizado de forma devastadora, semelhante a um “verme corrosivo”, justificando sua suposição pelo fato de que estas populações seriam naturalmente dada aos excessos o que, por sua vez, favorecia à manifestação da moléstia entre eles (ibidem: 163).

Voltemos ao campo das disputas.

Como vimos, o estabelecimento do programa médico-científico em torno da definição da natureza e das particularidades da *cólera-morbus* não eliminou as incertezas que acompanharam a formulação de propostas voltadas para o controle das epidemias na segunda metade do século XIX. A crise que se instalaria com o surgimento da *cólera-morbus*, nesse sentido, não só evidenciou a impotência médica diante do flagelo como reforçaria a importância que as práticas tradicionais de cura desempenhavam entre a população.

Sublinhemos, nesse sentido, como a configuração de uma situação de crise e incertezas nos permite vislumbrar as relações que se estabelecem entre o conhecimento acadêmico e as terapias tradicionais. A este respeito, observemos, o caso exemplar do Pai Manoel, escravo do engenho Guararapes que ganhou fama em Recife ao divulgar uma “fórmula milagrosa” contra a *cólera-morbus*.

O episódio, fartamente registrado na imprensa recifense da época, remete a outros eventos que narram a trajetória de diversos curandeiros que se notabilizaram no período imperial e primeiros anos da República, conquistando a preferência do público com suas fórmulas terapêuticas. Estes exemplos reportam-se ao modo como a população em geral preteriu as práticas de cura oficiais em favor dos saberes tradicionais e demonstram como, ao longo desse período, a medicina acadêmica estava longe de ser um consenso¹⁸⁹.

No auge da epidemia de *cólera-morbus*, Pai Manoel anunciou ter encontrado a fórmula do “remédio milagroso”, capaz de curar a moléstia e debelar a epidemia. A história de Pai Manoel, narrada por Otávio de Freitas, revela como “o matreiro pretinho fez contar a meio mundo que era possuidor de uma fórmula medicamentosa, um valioso e infalível específico contra a terrível doença”. A notícia que dava conta da existência do remédio percorreu a cidade e foi, então, divulgada no *Diário de Pernambuco* em 26 de fevereiro de 1856:

¹⁸⁹ A este respeito temos os exemplos do feiticeiro e negro liberto Juca Rosa que, no Rio de Janeiro de meados do século XIX, tratou de mulheres brancas e até mesmo de médicos, antes de ser acusado de charlatanismo e, posteriormente, ser preso (Sampaio, 2000) e o caso de Bento de Beberibe, negro e curandeiro que fez fama na cidade do Recife do início do século XX, curando com suas fórmulas medicinais “gente muito boa, fina, que usa camisas de sedas e paletós cuidados, vestidos de Paris e chapéus caríssimos. Deputados, autoridades, advogados, médicos, comerciantes.” (*apud.* Basques, 2011).

Junta-se a raiz da pimenta malagueta, folhas de lacre, pimenta da Costa, cebolas do reino, raiz de limão (faz uma garrafada com esses ingredientes) tintura e cõa tudo, mistura com uma tigela de mel de furo, água de dois cocos secos da Bahia e uma xícara de vinagre. Descobre e despe o doente, abre as janelas e portas, comer carne assada com pirão, aplica o remédio e toma banho frio (*apud.* Rocha, 1962).

Com efeito, a fórmula elaborada por Pai Manoel contra a *cólera-morbus* tomara o gosto do povo e, mais particularmente, da população negra e parda que pouca afinidade tinha com os protocolos terapêuticos da medicina acadêmica e, com frequência, recorria aos serviços de um curador, benzedor ou mezinheiro em busca de tratamento para seus males cotidianos. Diante do sucesso do afamado curandeiro, no entanto, que a cada dia conquistava mais adeptos para sua terapêutica, a *Comissão de Salubridade Pública*, solicitaria a imediata prisão do negro, sob a acusação de charlatanismo.

Os termos da acusação, *grosso modo*, relacionava o fato de que o curandeiro negro não possuía nem formação acadêmica, nem autorização para exercer qualquer prática de cura. Adicionalmente, afirmava que sua “fórmula milagrosa” não passava de uma “mistura inerte” de plantas, não podendo produzir nenhum efeito contra a peste.

A notícia da possível prisão do curandeiro, no entanto, provocaria uma ameaça de revolta da população que reivindicava a soltura do negro, para que ele pudesse exercer suas atividades. Em resposta a tal configuração de fatos e tendo em vista a ameaça de distúrbio popular, a exemplo do que ocorrera na província do Grão-Pará¹⁹⁰ meses antes, o Governo da província, com o consentimento da *Junta da Higiene* do Rio de Janeiro, autorizaria que o escravo ministrasse seu remédio no *Hospital da Marinha* a negros e prados:

(...) homens de espírito fraco, que no momento do perigo esperam a salvação de quantas patranhas, ousa propalar a ignorância ou a torpe cobiça, instalaram no público a crença de curas maravilhosas infalíveis, que operava um pobre escravo africano, mediante uma beberagem – composta de substâncias vegetais, pouco mais ou menos inertes; o pobre preto foi levado solenemente a hospitais, acompanhado de ordenanças, para obrar o milagre e convencer os incrédulos; a primeira autoridade da Província, entendeu que na

¹⁹⁰ Sobre as revoltas populares que tiveram lugar por ocasião da epidemia de *cólera-morbus* de 1855 na província do Grão-Pará, ver o trabalho de Jane Felipe Beltrão (2004).

exaltação da crença pública, na lúgubre quadra da privança, em que se achava a Cidade, não devia, por causa de um artigo do Regulamento da Junta da Higiene, arrostar o sentimento público e violentar a fé que aliás indevidamente inspirava o Preto Manuel: o preto teve licença de aplicar o seu curativo (...) (Rocha, 1962: 196).

Nesse contexto, a concessão dada ao Pai Manoel provocaria a reação imediata da *Comissão de Salubridade Pública* que considerou arbitrária a decisão do Governo e da *Junta da Higiene* em conceder o direito de curar ao negro dentro do espaço de um estabelecimento público. Adicionalmente, a *Comissão de Salubridade Pública* avaliaria que tal concessão representava uma ameaça à “dignidade da classe médica”. Diante do mal-estar que se instalava no meio médico, Aquino da Fonseca solicitou a pronta retirada de Pai Manoel do *Hospital da Marinha*. O impasse, no entanto, motivaria o pedido de demissão de Aquino da Fonseca do cargo de diretor e, adicionalmente, incorreria na dissolução da *Comissão de Salubridade Pública*:

No momento em que a luta tornou-se forte, em que todos gemiam, já por si, já por seus amigos, a Junta de Higiene deu tacitamente sua demissão (...) À primeira vista seria a Junta de Higiene criminosa por semelhante procedimento; porém para quem está ao fato do que se passou, em lugar de censurá-la, tece-lhe mil elogios, por saberem tão bem sustentar a dignidade da classe, e não quererem com a sua conservação oficial legalizar o nefando comércio que a custa da calamidade pública faziam certos indivíduos (...) Pai Manoel, uma sociedade em comandita, composta por amigos da Polícia, propalou pela cidade que havia um preto possuidor de um remédio maravilhoso o qual tomado a cura do cólera era certa, e que os médicos haviam se reunido aos boticários com o fim de acabar com a cor preta e parda (*apud*. Rocha, 1962: 197-198)

Notemos como, nesse contexto, havia a ideia bastante difundida entre a população de que a *cólera-morbus* seria resultante do envenenamento dos alimentos e da água, com o fito de eliminar as pessoas negras, caboclas e índias¹⁹¹. Em um plano mais imediato, essa percepção parece vir da constatação da forma diferenciada com que a epidemia teria atingido as diferentes raças e classes sociais, concentrando a maior parte dos casos fatais entre os pobres, caboclos, índios, escravos e negros

¹⁹¹ A este respeito, Sidney Chalhoub (1996), ao tratar da *Revolta da Vacina* (1904), recupera o que o autor denomina por uma “tradição de desconfiança” dos segmentos populares “em relação à vacina e às práticas da medicina oficial em geral”.

libertos. De fato, quando observamos as estatísticas da epidemia em Pernambuco¹⁹², como em outras províncias do Império, percebemos como a *cólera-morbus* causou muito mais mortes entre as populações negras e pardas¹⁹³, essencialmente, entre aquelas que habitavam as áreas mais pobres da cidade, como os mocambos que tomavam as áreas pantanosas de Recife, por exemplo, como observa Gilberto Freyre 2003 [1936]:

(...) foi particularmente desfavorável a devastação da população africana, ou de origem africana, das senzalas e mocambos, pelo “mal asiático”. Onde estava o poder da técnica europeia? De que valiam os instrumentos, as máquinas dos médicos de formação europeia, se tantos eram os negros e pardos que viviam morrendo de cólera? Apareceu então uma interpretação antes etnocêntrica que econômica do fato: os brancos estavam deixando que os médicos - quase todos brancos - matassem a gente de cor (idem: 242).

Assim, se por um lado, a elite médica acusava as classes populares de engendramento as condições de disseminação da epidemia, amparados em ideias de “desregramento moral” e “disposição biológica” – notadamente reforçando as condições de insalubridade do espaço doméstico e uma conduta moral inapropriada –, a percepção por parte dos negros e caboclos, por sua vez, era de que a epidemia tinha por finalidade dizimar a raça negra. As hipóteses, entretanto, multiplicar-se-iam em uma infinidade de explicações sobre as causas que levariam as populações negras, pardas e índias serem as mais atingidas pela peste. Seria aventado nesse contexto, por exemplo, que os brancos ricos queriam a substituição da mão-de-obra negra por trabalhadores brancos e livres (Freyre, 1937). Constatação esta que faz sentido no contexto em que o governo provincial adota medidas para o incremento da mão-de-obra livre na província, como vimos no terceiro capítulo desse trabalho.

Voltemos a questão do Pai Manoel.

¹⁹² Ver no anexo desse trabalho a estatística de vítimas da epidemia de *cólera-morbus* de 1856 na cidade de Recife.

¹⁹³ Sobre o tema, ver Beltrão (2004a). Nesse trabalho, ainda que a autora considere a imprecisão das estatísticas da época, um levantamento dos registros de mortos realizado no principal hospital da cidade, o Soledade, informa como do total de vítimas da epidemia de *cólera-morbus* de 1856, 81% era negra, cabocla ou índia.

O pedido de demissão de Joaquim Aquino da Fonseca e a dissolução da *Comissão de Salubridade Pública*, no entanto, não arrefeçaria os ânimos entre a constituição médica e a questão se tornaria política. Vê-se, desse modo, como as repercussões do caso atingiria os ânimos da *Academia Imperial de Medicina*, assim, em defesa de Aquino da Fonseca e da *Comissão de Salubridade Pública*, o Dr. Francisco de Paula Candido, membro da *AIM*, dirigiria ao Imperador D. Pedro II, uma carta onde reprovava a concessão que teria permitido que um escravo ocupasse um posto em um hospital administrado pela *Comissão de Salubridade Pública*. Para ele, tal medida representava uma ofensa à classe médica e científica do país. Em seu argumento, o médico apontava, ainda, como a decisão representava “um auxílio que a autoridade dava a um analfabeto e boçal africano” ao mesmo tempo que demonstrava um “grande desrespeito ao Regulamento da Junta de Higiene, e grande quebra da sua força moral” (*apud*. Rocha, 1962).

As concepções de “mistura” e “degeneração” da raça indígena estiveram bastante presentes no debate que considerou os processos de miscigenação envolvidos na civilização dos povos do nordeste do Brasil e reflete uma imagem muito difundida sobre o caráter do caboclo – categoria genérica utilizada para definir a diversidade racial das populações dos sertões da província. Considerava-se que a mistura processada resultava em “destroços da raça” e o caboclo encerraria a imagem da indolência e inconstância que dificultava sua adequação nos trabalhos agrícolas. A esta imagem era associada a figura do “negro liberto” que ocupava os espaços urbanos e seus arrabaldes, considerado adepto a uma vida desregrada, repleta de vícios, como a bebida e a vadiagem.

Os constantes embates estabelecidos entre a constituição médica e os curandeiros que habitavam o espaço da cidade, desse modo, provocou comparações que destacariam processos que, por sua vez, teriam originado terapias mestiças e que podíamos ver serem aplicadas no âmbito urbano pelas mãos dos charlatães. Na visão dos médicos, a “esperteza e astúcia” seriam características das populações caboclas e definiam o modo como operavam suas práticas de cura. Nesse sentido, a imagem que se constrói em torno do caboclo ou negro curandeiro seria aquela associada a indivíduos que teriam a habilidade natural de operar elementos diversos, valendo-se de mecanismos de persuasão e terapêuticas misturadas que lhes permitiam lucrar com

a credulidade da população menos informada e que, por sua vez, mostrava-se portadora de uma excessiva capacidade em se desviar dos valores da civilização e, desse modo, acreditar em irracionalidades, em aderir ao charlatanismo.

Como explica Isabelle Stengers (1995), a emergência da medicina científica se vale da conciliação de dois aspectos fundamentais na sua conformação. O primeiro desses aspectos refere-se à racionalidade científica, manifesta nos seus laboratórios, instrumentos e mapas estatísticos. Em segundo lugar, estaria a denúncia do charlatão, que utiliza os testemunhos de suas curas como prova do seu poder e em favor da amplificação da sua popularidade. A repercussão criada pela fama de “bom curador”, nesse sentido, confirmada pelas restrições impostas pelas autoridades públicas, pelas perseguições e imposições a seus atores, no entanto, produziria efeitos contrários àqueles esperados pela oficialidade médica já que atrairia cada vez mais adeptos das curas baseadas pelas *más razones*.

No próximo capítulo, deslocaremos o foco da constituição médica oficial e das controvérsias científicas para apresentar o programa missionário capuchinho no combate a *cólera-morbus* nos sertões da província.

PARTE III:

Missionários Capuchinhos
contra a peste em Pernambuco

CAPÍTULO 6

CIVILIZAÇÃO E TRABALHO

As narrativas produzidas sobre as *Santas Missões* dos capuchinhos italianos desenvolvidas ao longo do século XIX apresentam, de modo geral, descrições de pregações religiosas espetaculares e teatrais, imersas em uma atmosfera de misticismo, milagres e de efervescência por parte dos fiéis (Hoonart, 1992, 1979; Azzi, 1983, 1976)¹⁹⁴. Nesse contexto, a peste é explicada como resultado do desequilíbrio cósmico: o castigo divino que se manifesta como resposta aos pecados e a falta de fé. Como forma de reestabelecer o equilíbrio perdido, o penitente se submete a todo tipo de açoitamento físico, como vimos nos relatos que retratam as procissões de penitência que marcaram o cotidiano da peste.

Notemos a esse respeito, como a produção historiográfica sobre a epidemia de *cólera-morbus*, ao destacar o papel da religião e suas manifestações sobre o evento, enfatizou, de modo geral, a explicação religiosa do *castigo divino* ou *providencialismo divino* que, por sua vez, mostrou-se como *tropos* do discurso religioso no período (Farias, 2007; Diniz, 1997). Essas abordagens mostram como o enunciado e a prática da Igreja Católica, nesse sentido, conferiram uma visão totalizadora da doença ao integrar o agente sobrenatural ao agente social. Vê-se, desse modo, como o catolicismo, nos seus próprios termos, elaboraria uma resposta para o flagelo, manifestando-se a partir da realização de procissões, orações e penitências – recursos que teriam um efeito neutralizador sobre as causas da epidemia.

Destaco, no entanto, que diferentemente das abordagens produzidas sobre o evento da *cólera-morbus*, a inserção da religião nesse trabalho se faz no seu intercâmbio com a ciência. Disso resulta focar a articulação da reflexão e da prática científica com outros campos, sua teia de relações e seus pontos de intersecção. Inserir a missão católica nesse estudo representa, nesse sentido, colocar em segundo

¹⁹⁴ Neste ponto há de se destacar a marca continuísta que caracteriza a historiografia religiosa ao articular o modelo de pregação das *Santas Missões* no século XIX com suas origens medievais, reforçando uma imagem de missão que remete a uma vertente específica do catolicismo que se define por uma origem mística. Entretanto, vemos como o padrão de missão adotado pelos capuchinhos neste período se mostra bastante diferente, ao promover rupturas com suas raízes medievais. Essas descontinuidades podem ser identificadas, essencialmente, no diálogo que esses missionários estabelecem com a modernidade científica, a reflexão sobre a natureza e a adesão ao projeto civilizatório do Império.

plano a visão tradicional da religião que agenciou a eclosão da *cólera-morbus* em nome do providencialismo divino e que, por sua vez, caracterizou o trabalho de inúmeras ordens religiosas do catolicismo.

Evidentemente, que a religião produziu explicações que não escaparam e nem poderiam se furtar ao repertório católico acionado para explicar o momento de crise do qual é parte e que contempla orações, milagres, procissões e autoflagelação em praça pública, artes que os capuchinhos instalados na província de Pernambuco conheciam tão bem¹⁹⁵. Entretanto, o foco aqui se dirige a outro ponto. Trata-se antes, de destacar aspectos que me parecem específicos da prática missionária capuchinha durante a segunda metade do século XIX e que dizem respeito às atividades que se realizam em diálogo com a modernidade científica e o projeto de civilização do Império. Disso resulta deslocar o olhar dos aspectos rituais do catolicismo popular do qual se ocupou alguns estudos historiográficos produzidos sobre a epidemia para propor uma nova abordagem da atividade missionária.

Seguindo a sugestão de Bruno Latour (2004), gostaria de apresentar a religião a partir do mesmo princípio que guia seus estudos sobre a ciência, ou seja, mapeando as *condições de felicidade* dos regimes de enunciação e, nesse sentido, entendendo-os enquanto *produção de verdades*. Desse modo, da mesma forma como procedemos ao observar a ciência, essa orientação teórica nos permite acompanhar a prática missionária na complexidade das suas redes, que articulam diferentes planos por meio dos quais se realizam as suas missões: nos sertões, observando o trabalho cotidiano com os caboclos; no domínio mais geral da administração e organização da Ordem Menor dos Capuchinhos e na relação dos missionários com as instâncias religiosas superiores e o poder leigo do Estado.

Trata-se de mostrar, nesse sentido, como tanto no enunciado quanto na prática dos missionários capuchinhos, milagre e ciência não se mostraram como elementos dissociados, como universos estanques, mas andavam lado a lado,

¹⁹⁵ Em outro trabalho (Santos, 2006) examinei de forma mais atenta o programa de missionação dos capuchinhos em Pernambuco. No estudo em questão, tratei de algumas manifestações religiosas do catolicismo popular que podemos identificar nesse período – procissões, penitências, autoflagelação e milagres de cura – e que formularam explicações para a epidemia de *cólera-morbus* a partir da ideia de que a moléstia tinha origem no “castigo divino”. Sob esse aspecto, os capuchinhos reforçavam um programa religioso de “salvação da alma”, no qual o martírio e o sacrifício inscrito no corpo dos missionários remetem a uma concepção de pessoa cristã, própria do franciscanismo, que tem no sofrimento um instrumento de aproximação com Deus (Le Goff, 2005).

borrando as fronteiras entre o religioso e o secular. Dessa forma, nos resta indagar: como explicar essa conjunção tão improvável entre um catolicismo de vertente mística e uma prática voltada a uma ação no mundo?

Para entendermos a relação dos capuchinhos com a ciência que, a primeira vista, parece dotada de um caráter completamente distinto daquele que animava a atmosfera de misticismo preponderante das *Santas Missões*, é necessário que acompanhem como a experiência missionária no século XIX se conforma como um exercício de missão voltada para a realização no mundo e que toma para sua efetivação o programa de civilização do Império.

Neste ponto, veremos como as raízes do catolicismo praticado pelos capuchinhos italianos tem seu fundamento no *nominalismo franciscano*, apoiando sua atividade de pregação religiosa na realização das coisas práticas da vida cotidiana. É Gilberto Freyre (1959) que nos mostra como a ênfase na humildade franciscana se baseia em um movimento religioso medieval, inspirado em uma tradição herdada do cristianismo primitivo e caracterizado entre um estilo *sermo sublimis* ou elevado e um *sermo humilis*, baixo e vulgar. Desse modo, podemos compreender como o franciscanismo é comumente associado à imagem que o descreve como “inimigo do intelectualismo e mercantilismo” e “lírico na sua simplicidade”, ou, ainda, como “amigo das artes manuais e das pequenas indústrias”¹⁹⁶.

As *Santas Missões*, nesse contexto, assumem uma dimensão que extrapola o plano da prédica religiosa, para se realizarem na edificação de obras como igrejas, cemitérios, cruzeiros, bem como elementos que se articulam com a construção da civilização nas fronteiras do Império – açudes, aquedutos, colégios, estradas – e que, por sua vez, reforçam os vínculos entre os missionários e a população alcançada pela missão. Podemos, então, vislumbrar essa dupla competência conferida à missão capuchinha no registro oficial, no momento em que o presidente da província ressalta a importância do trabalho dos capuchinhos para a consolidação da civilização nos sertões:

¹⁹⁶ De certa forma, Gilberto Freyre 2003 [1936] expôs um contraponto importante entre os frades franciscanos – e as linhagens do franciscanismo, entre as quais estão os capuchinhos – e os jesuítas, enfatizando, em um caso, a humildade e vocação para as coisas práticas do cotidiano; e, no outro, a formação religiosa essencialmente erudita, em que as discussões de teologia, o ensino do latim, da gramática e da retórica integravam a rígida pedagogia inanciana.

São incontestáveis a influência benéfica e o impulso civilizador que de tais atos emanam especialmente para as populações do interior do país. Os Missionários Capuchinhos, como sabeis, não se limitam à prédica do Evangelho e à celebração do culto externo da religião católica. Aproveitando habilmente as boas disposições do povo, promovem com inexcedível dedicação aos melhoramentos materiais, além dos benefícios de ordem superior que realizam em todos os lugares onde exercitam suas sagradas funções¹⁹⁷.

Assim, observamos como a marca assistencialista da atividade capuchinha está por toda parte: no cuidado com os doentes, no amparo aos órfãos e, especialmente, nos mutirões que permitiam, por exemplo, a construção de seus empreendimentos civilizatórios, entre os quais, destaca-se uma sofisticada estrutura de aquedutos que permitiriam o fornecimento de água nos sertões da província. A arte de fazer jorrar água dos sertões, onde as condições naturais impunham longos períodos de estiagem, tornou-se, desse modo, emblema do trabalho dos missionários capuchinhos na província de Pernambuco.

Sublinhemos neste ponto, como a atividade missionária se orienta por dois importantes pilares que se originam na própria constituição da filosofia franciscana: a proximidade com as pessoas mais simples do povo e a atividade baseada em um pragmatismo experimental. Vê-se, desse modo, como no momento em que se conforma o franciscanismo, inaugura-se um modelo de vida religiosa conduzido por preceitos de pobreza e humildade, o que permite que os frades direcionem suas práticas para além dos espaços dos conventos e das igrejas, fundamentando a pregação religiosa no exercício do seu apostolado. A efetivação da atividade franciscana estaria apoiada, desse modo, essencialmente, na pregação, por onde difundiam ideias que remetiam à importância de estabelecer uma vida religiosa baseada na penitência, no exercício das virtudes e na devoção à Maria (Vauchez, 1995).

Na missão capuchinha do nordeste, o ideal franciscano de proximidade com o povo guiaria as atividades realizadas em mutirão e promoveria a construção dos “equipamentos civilizatórios” propriamente ditos, como as igrejas, os cemitérios, as escolas e as estradas, que se multiplicavam, atraindo as populações sertanejas e criando um espaço de sociabilidade em torno do empreendimento missionário. Disso, resultaria a expansão dos núcleos urbanos que passam a divulgar processos

¹⁹⁷ Relatório do presidente da província de Pernambuco, 01 de março de 1881 (: 49).

de mudança na paisagem dos sertões, por meio da imagética da *paróquia* – concebida como célula essencial da civilização – à qual ficaria submetida a população de caboclos recém convertida ao cristianismo.

O pragmatismo experimental dos franciscanos, que podemos entrever na atividade dos missionários capuchinhos, representaria aquilo que na definição de Gilberto Freyre (1959) se expressa em uma concepção de catolicismo de orientação científica, caracterizado pelo gosto dos frades pelos estudos experimentais da Natureza e sua predileção pela observação direta, o que caracterizaria, essencialmente, o trabalho de catequização das populações indígenas (idem: 58-60).

A concepção de uma atividade missionária fundamentalmente prática se originaria, então, do saber empírico dos frades que teriam um papel vital no desenvolvimento da ciência nos trópicos, sobretudo, ao propor estudos e sistematizações do conhecimento fitoterápico e das práticas de cura indígenas, as quais tiveram como principais e primeiros estudiosos frades de diversas ordens entre os quais se destacariam, ao longo da história colonial, franciscanos e jesuítas. Os missionários, desse modo, teriam contribuído ativamente para a consolidação de um tipo de conhecimento que Gilberto Freyre denomina *Tropicologia*, ou seja, um “conjunto de critérios e de técnicas, senão científicas, paracientíficas, de adaptação do homem europeu e do seu descendente, ao meio tropical (...)” (ibidem: 118).

A seguir, acompanharemos como nos sertões, os missionários capuchinhos, nas suas atividades de catequese, empregaram-se na construção de “equipamentos civilizatórios”, aplicaram vacinas, introduziram laboratórios de climatologia, distribuíram remédios, produziram mapas estatísticos e censos, dialogando com a modernidade de sua época e modificando a cartografia do interior da província.

MISSIONÁRIOS CONTRA A PESTE

A chegada da epidemia de *cólera-morbus* à província de Pernambuco, em novembro de 1855, provocaria o deslocamento dos missionários capuchinhos do *Hospício de Nossa Senhora da Penha*, localizado no bairro de São José, cidade de Recife, em direção ao interior da província. O grupo de frades que compunham a

Prefeitura das Missões Capuchinhas da província, em meados do século XIX, era formado por seis missionários: frei Caetano de Messina (prefeito), frei Plácido de Messina (vice-prefeito), frei Caetano da Gratiere, frei Sebastião de Meliá, frei Serafim de Catania e frei Egídio de Garezzo. A pedido do presidente da província, o grupo se revezaria pelas localidades mais invadidas pela peste, auxiliando as comissões médicas nos trabalhos de atendimento às vítimas da epidemia.

Frei Caetano de Messina partiria, desse modo, para Bom Jardim, Brejo da Madre de Deus e Cimbres, percorrendo lugares onde a “intensidade da *cólera-morbus* fazia suas vítimas” (Bourroul, 1879). Seguindo os caminhos traçados pelo flagelo, veremos como o missionário visitaria, ainda, as povoações de Buíque, Pesqueira, Garanhuns e Bom Conselho.

Ao mesmo tempo em que frei Caetano de Messina percorria as áreas centrais da província, frei Caetano da Gratiere se empregaria nas missões localizadas na região de Baixa Verde, atendendo os caboclos de Flores, Afogados e Ingazeira; frei Sebastião de Meliá se dirigiria aos limites da província, ao sul, socorrendo a população de Taracatú, entre outras pequenas vilas atingidas pela peste, enquanto, frei Plácido de Messina, juntamente com os frades Serafim de Catania e Egídio de Garezzo, percorrera as regiões próximas à capital – Igarassú, Pau d’Alho, Limoeiro, Vitória de Santo Antão, Tracunhaém, Bezerros, Gravatá, Escada, Ipojuca, entre outras freguesias onde seus trabalhos eram solicitados.

Em toda localidade que visitava, cada um dos missionários se encarregava da distribuição de remédios, dos cuidados com os doentes e do enterramento dos mortos. Adicionalmente, ajudavam a população a lidar com as contingências da seca e das adversidades daquelas regiões: edificavam açudes, proviam as vilas de sistemas de irrigação de água, ajudavam na construção de estradas, estimulavam o cultivo das roças, provendo as vilas e freguesias de “melhorias materiais” indispensáveis para o progresso e civilização dos povos.

Ao mesmo tempo que se encarregavam das tarefas que compunham o programa de pregação religiosa das *Santas Missões*, empregando-se na administração dos sacramentos, realizando missas, percorrendo o espaço entre as vilas em procissões – práticas às quais os capuchinhos recorriam como forma de amenizar o castigo divino contra as faltas e pecados, que se viam disseminados entre aquelas populações – o charlatanismo, a promiscuidade, a falta de fé, os vícios inveterados.

De volta a Recife, em 27 de fevereiro de 1856, frei Caetano de Messina contabilizaria os trabalhos realizados nos sertões. Como encarregado geral da prefeitura dos Missionários Capuchinhos em Pernambuco, informava tanto ao presidente da província quanto ao superior da Ordem Menor, por meio de um “relatório circunstanciado”, o número de mortos, as despesas gastas com a construção de igrejas, cemitérios e açudes, além de descrever o trabalho dos outros missionários, destacando cada tarefa realizada. Adicionalmente, contabilizava as missas e os sacramentos administrados, relatava a comoção do povo nas suas procissões, narrava as inúmeras conciliações efetivadas e descrevia a situação em que deixara as vilas.

Seu retorno ao *Hospício de Nossa Senhora da Penha* – lugar destinado ao descanso dos frades quando regressavam das suas missões volantes - marcaria também a chegada da *cólera-morbus* à capital da província, onde a epidemia, segundo o missionário, ainda causava “pouquíssimos estragos”, se comparados com a situação vivenciada pelos frades no interior da província:

Graças a Deus ainda estamos vivos! O nosso fr. Serafino tem passado ainda pior, ora melhor. Neste momento parece escapara da Morte, até hoje se conserva de cama.

Aqui o cólera em proporção ao grande povo, tem feito pouquíssimos estragos; o número de mortes diárias, não excedeu as 70 mortes, e hoje 109.

Numerosos tem sido, e ainda são os nossos trabalhos de Confessionário e de Púlpito; a nossa igreja sempre cheia, e onde parece vinte religiosos não seriam suficientes: com a ajuda de Deus até hoje servindo a todos, todos saem contentes com os três missionários deste Asilo¹⁹⁸.

Na capital, os missionários em número reduzido e acometidos pela peste, multiplicariam seus esforços atendendo a multidão que se aglomerava em torno da igreja, confessando, aplicando os sacramentos, assistindo os doentes e procedendo aos enterramentos das vítimas.

Mais tarde, no final do ano de 1856, veremos, novamente, frei Caetano de Messina percorrendo o espaço dos sertões, descrevendo os estragos promovidos pela peste. Retornaria, então, à região de Garanhuns, para fundar na vila de Papacaça um

¹⁹⁸ ACRJ – 3-II-28. De frei Caetano de Messina ao Comissário Geral da Ordem Menor no Rio de Janeiro, 27 de fevereiro de 1856.

colégio destinado aos filhos das vítimas da *cólera-morbus*, que passaria a abrigar, ainda no ano de 1856, “meninas sertanejas de todas as raças e condições”.

COLÉGIO DO BOM CONSELHO E COLÔNIA ORFANOLÓGICA IZABEL

As instituições de ensino representaram um velho sonho alentado pelos missionários capuchinhos que se instalaram na província de Pernambuco, conformando-se como um espaço de ensino que se dedicaria ao desenvolvimento do progresso e civilização das populações dos sertões. Estabelecidas em acordo com o padrão de escola para índios, conforme determinava o *Regulamento de Catequese e Civilização* (1845), as instituições fundadas pelos capuchinhos na província assumiam um caráter próprio, fundamentado em um modelo de civilização que se baseava na conversão, educação e assimilação branda da população indígena ao conjunto da sociedade nacional. Marta Amoroso (1998) descreveu o projeto capuchinho da escola para índios¹⁹⁹ durante o Segundo Reinado, de acordo com a autora:

Quando se implantou, a escola em área indígena buscou atender demandas muito claras. Sua existência era emblemática da política indigenista da época, erguida sobre os pilares da catequese e da civilização e pautada por um conjunto de princípios que giravam em torno da conversão, educação e assimilação branda da população indígena ao conjunto da sociedade nacional. A recomendação da “brandura” no trato com os índios empunhava a escola e a catequese contra a violência militar das bandeiras coloniais e outras violências presentes no cotidiano das frentes de colonização (*op. Cit.*: 53).

Vê-se, desse modo, como o projeto de escola vislumbrado pelos missionários capuchinhos esteve vinculado ao programa de civilização das populações indígenas. Nesse contexto, a presença do índio justificava a manutenção dos missionários nas áreas dos aldeamentos, garantindo o financiamento dos seus empreendimentos (Amoroso, 1998). No nordeste, a especificidade das escolas fundadas pelos capuchinhos responderia, também, à necessidade de sedentarizar e integrar à

¹⁹⁹ Há de se destacar neste ponto, a distinção elaborada por Marta Amoroso (1988b) entre “escola para índios” – designação que descreve o contexto da catequese capuchinha – e “escola indígena” – como projeto autônomo e relativamente recente das populações indígenas.

sociedade nacional a população mestiça, como descreve um historiador da Ordem Menor:

No Nordeste, os missionários capuchinhos desenvolveram outro estilo de instituição escolar para os índios, adaptado para a condição a “aculturada” da população indígena da região: o orfanato para crianças abandonadas, que também servia para a educação de crianças indígenas locais, ou trazidas de outras províncias. Os capuchinhos montaram dois colégios em Pernambuco no século passado: o Instituto Bom Conselho, em Papacaça, fundado por Frei Caetano de Messina em 1853, e o Instituto Colônia Santa Isabel, de 1873. Dava-se preferência aos órfãos do interior da província, mas havia cotas dedicadas aos meninos indígenas das etnias Guajajara, Xerente, Apinagé, Kaiapó entre outras (Da Nembro, *apud.* Amoroso, 1998).

Desse modo, o processo que visou a civilização dos povos do sertão, converter-se-ia no estabelecimento da escola para meninos e meninas de “diversas índoles e raças”. A primeira característica desse modelo diz respeito à necessidade de prover instituições para absorver órfãos, principalmente, crianças provenientes da epidemia de *cólera-morbus* – o que teria motivado a criação do *Colégio do Bom Conselho*, na vila de Papacaça -, para, em seguida, prover instituições destinadas à educação de meninos que seriam apresentados ao trabalho e à civilização a partir do aprendizado de vários ofícios.

Adicionalmente, haveria a possibilidade de mudar os costumes, incutindo nos meninos e meninas os valores da civilização cristã. O projeto de civilização que se efetivava com os estabelecimentos de ensino, nesse sentido, não se restringia à oportunidade de apagar a presença da índole mestiça nas crianças – que seriam privadas do convívio da família já nos primeiros anos de vida -, mas representava uma ocasião para transmitir aos pais e aos parentes mais próximos os valores da civilização e do cristianismo, no momento em que esses jovens retornassem à sociedade. Nesse sentido, afirmaria frei Caetano de Messina: “educando-se a menina, educa-se a mãe e toda uma nação”. Nesse aspecto, veremos como esse modelo seria edificado a partir dos valores do cristianismo que, por sua vez, processariam, progressivamente, uma mudança nos costumes:

A reforma dos costumes do povo, assim é claro que as primeiras e principais luzes que deve derramar, o primeiro e capital ensino que

deve proporcionar a suas afortunadas recolhidas há de ser o religioso que o temor de Deus é principal fundamento de toda a sabedoria. Por isso é que em todas as aulas consagra-se bastante tempo a ensinar-se o catecismo, e explicar as verdades religiosas e princípios da moralidade crista as órfãs que são capazes de maior compreensão que resulta a convicção o conhecimento e piedade com que assistem aos atos, e pratica as obras da religião (...)²⁰⁰

Sublinhemos neste ponto como a escola se converte em um empreendimento essencial de civilização dos povos dos sertões. Essas instituições assumiriam, desse modo, o lugar antes ocupado pelas antigas colônias militares – um modelo que previa o trabalho forçado - para dar lugar a estabelecimentos fundamentados na conversão pela “brandura”, conforme previa o *Regulamento de catequese e Civilização* (Amoroso, 1988). A criação de colégios pelos capuchinhos para caboclos visaria, desse modo, iniciar o indivíduo no trabalho, como ficaria registrado nos documentos da missão, seja por meio do aprendizado de ofícios como o de parteira e costureira, preparando moças para o casamento aos moldes cristãos, caso das meninas que frequentaram o *Colégio do Bom Conselho*; quanto por meio do aprendizado de uma profissão, que poderia se relacionar com a agricultura e/ou outras artes ou ofícios – pedreiros, sapateiros, alfaiates, marceneiros, ferreiros, padeiros, entre outros – a exemplo do modelo que predominou na *Colônia Orfanológica Izabel*.

O trabalho de educar as populações de origens tão diversas, no entanto, apresentaria-se-ia como uma tarefa árdua para os capuchinhos, considerando-se o fato de que os caboclos e índios que povoavam os sertões, dada a sua natural inconstância para se manterem firmes nos hábitos da civilização, necessitavam de uma contínua vigilância:

Não deve a ninguém causar surpresa a situação pouco agradável em que se acham aqueles que tem de lutar com cento e cinquenta índoles diferentes, grande parte proveniente de gente de maus instintos e que não pode transmitir a seus filhos ou agregados senão exemplos da pior espécie, e que com facilidade se estereotipam na fraca inteligência da infância; e sabendo-se que essas crenças desde os mais verdes anos nunca conheceram senão o rigor, os maus tratos, a pancada por qualquer descuido, e nunca a persuasão, os

²⁰⁰ PRONEB – Carta de frei Caetano de Messina ao Comissário Geral da Ordem Menor no Rio de Janeiro (s/d).

conselhos, os bons modos, com que se podia amenizar sua índole, quando ela fosse inata²⁰¹.

Desse modo, veremos como, ainda que a brandura se constituísse como ponto fundamental das relações entre missionários, professores e educandos, medidas punitivas – algumas delas de exclusão - seriam estabelecidas diante das dificuldades em lidar com os “recalcitrantes” e “indomáveis”, conforme definiria o regulamento da *Colônia Orfanológica Izabel*:

Quando fomos encarregados desta nobre e árdua missão, estávamos firmes em não empregar meios disciplinares rigorosos; e sim procurarmos, pelos mais brandos e persuasórios, obter as reformas que eram indispensáveis para a completa execução do Regulamento. Mas com profundo pesar o diremos: os nossos melhores esforços foram quase completamente frustrados, de sorte que nos vimos obrigados a por em execução, contra os recalcitrantes, as penas estabelecidas no Regulamento, depois de ter expulso os indomáveis²⁰².

Definido o perfil essencial dos empreendimentos educacionais dos capuchinhos, passamos a acompanhar a fundação do colégio de *Nossa Senhora do Bom Conselho*, localizado na vila de Papacaça – atualmente cidade de Bom Conselho - distante 380 quilômetros da cidade de Recife. Ainda que os trabalhos de construção do colégio tenham se iniciado em 1853, será no auge da epidemia de *cólera-morbus*, no ano de 1856, que o colégio terá suas obras finalizadas. De acordo com seu fundador, frei Caetano de Messina, o estabelecimento seria destinado a abrigar as vítimas da epidemia de *cólera-morbus*, essencialmente, “meninas sertanejas de todas as raças e condições”²⁰³.

Inicialmente, a administração do colégio ficaria a cargo de um capelão, enquanto cinco freiras se dividiam como professoras de primeiras letras. Além do grupo de seis religiosos que compunham o quadro de funcionários do colégio, dois outros empregados leigos seriam contratados, um deles para assumir o cargo de mestre de fábrica, sendo destinado ao ensino da sapataria e costura; e uma parteira,

²⁰¹ Relatório apresentado por frei Fidelis Maria de Fognano ao presidente da província de Pernambuco, 1886: 17.

²⁰² Relatório apresentado por frei Fidelis Maria de Fognano ao presidente da província de Pernambuco, 08 de fevereiro de 1887: 05.

²⁰³ AE-8, fls. 36-37. Carta de frei Caetano de Messina de Papacaça ao presidente da província de Pernambuco, 14 de janeiro de 1857.

que informaria sobre os ofícios de enfermeira às jovens meninas. Mais tarde, a responsabilidade pela administração do colégio seria transferida para um grupo de freiras vindas da Itália que se organizariam, posteriormente, sob a forma de uma irmandade denominada *Irmãs Franciscanas de Nossa Senhora de Bom Conselho* (Melo, 2003).

O modelo desse empreendimento educacional não se restringia, no entanto, a uma instituição de ensino das primeiras letras como o registro missionário à primeira vista faz parecer. Nas áreas adjacentes ao colégio, o missionário incorporaria um espaço para o estabelecimento de roças e a criação de gado, o que garantiria a auto-suficiência da instituição. Juntamente com o espaço destinado à construção do colégio, frei Caetano Messina adquiriu, por intermédio de doações de proprietários rurais da região de Garanhuns, uma ampla propriedade para o cultivo da agricultura, constituída, inicialmente, por duas fazendas. Esse espaço era destinado ao plantio de gêneros alimentícios e contava, ainda, com uma pequena criação de animais, formada por cerca de 30 vacas leiteiras.

Adicionalmente, o missionário edificou um açude que, por sua vez, interligar-se-ia com um sofisticado sistema de irrigação constituído por um aqueduto e chafarizes que provinham água tanto para os alunos e funcionários do colégio quanto para a população que, pouco a pouco, passou a ocupar as áreas contíguas ao empreendimento missionário e que, por sua vez, promoveria o desenvolvimento e progresso da povoação de Papacaça.

Assim, se o primeiro objetivo do missionário era permitir que o terreno, adquirido por intermédio de doações, servisse ao desenvolvimento da agricultura de subsistência, tornando a instituição autônoma em relação ao fornecimento dos gêneros alimentícios necessários para o sustento dos educandos, esse espaço foi, progressivamente, ampliado para agregar colonos e migrantes que passaram a integrar o conjunto do empreendimento. Desse modo, vejamos como um cronista da Ordem Menor descreve os trabalhos realizados em torno da efetivação do projeto missionário que se materializaria na edificação do *Colégio do Bom Conselho*:

(...) demonstrou a necessidade urgente de um educandário para aquele lugar próspero e com tão pouca instrução. Foi tão convincente sua palavra que vieram trabalhadores de 20 e 30 léguas oferecerem-se para o trabalho. Deixou pronto um prédio para comportar 400 meninas. Construiu 12 casas de aluguel, formando

assim 3 ruas; conseguiu duas fazendas com 30 vacas leiteiras, tudo isso para a futura manutenção do educandário (...)

(...) erigiu uma igreja de 150 palmos por 40. Deu-lhe como padroeira Nossa Senhora do Bom Conselho, também padroeira do educandário. Encanou água potável, levantou aquedutos e fez dois açudes. Em 36 horas fez um cemitério murado de pedras, com 200 palmos quadrados. Erigiu dentro do cemitério uma capela de 60 palmos por 30.

Colocou a pedra fundamental para uma nova e espaçosa matriz, colocou um chafariz perto da igreja para serventia do povo, canalizou água para o educandário (Vieira, 1952: 16-17).

Notemos neste ponto, como a escassez dos recursos que advinham do governo imperial - considerando que a falta de verbas para a manutenção dos empreendimentos missionários se tornaria uma preocupação constante dos relatórios dos missionários, que indicavam desde as escassas verbas para a realização dos seus empreendimentos até a falta de recursos para sua manutenção pessoal - era suprida pelas doações, bem como pelas iniciativas colocadas em práticas pelo “incansável” espírito de seu fundador, como destaca o presidente da província em 1857:

Felizmente a falta de recursos que sofre o colégio é de alguma maneira suprida pelo incansável zelo do missionário fr. Caetano de Messina, que tendo-se encarregado da direção da obra desde o seu começo, distribui por si mesmo o serviço logo pela madrugada, dirige e anima os trabalhadores, e dá exemplo do que pode sobre o povo a palavra de um homem dotado de tanta caridade e virtudes evangélicas.

No intento de beneficiar o colégio e toda a povoação, ele empreendeu um aqueduto para trazer água de uma distância de 1.000 braças, já mandou buscar chafarizes, acham-se em construção os canos de barro, e já conseguiu conduzir as águas em um rego até a povoação²⁰⁴.

Aqui, faz-se necessário retermos a importância que a agricultura assumiu nos empreendimentos missionários. Marta Amoroso (1988) observa, nesse sentido, como nos aldeamentos capuchinhos do século XIX, as principais atividades giravam em torno dos trabalhos de cultivo da terra, ao reunir condições necessárias para o estabelecimento de uma sociabilidade entre colonos e índios. De acordo com a autora, as plantações de roças visavam o estabelecimento de formas de atrair os índios e

²⁰⁴ Relatório do presidente da província de Pernambuco, Conselheiro Sergio Teixeira de Macedo, 1857.

acabar com a circularidade das populações contatadas, sedentarizando-as em pequenas propriedades cultiváveis. Além disso, no caso dos aldeamentos voltados para as populações indígenas, permitiam apresentar aos índios os sabores da civilização como o açúcar e o sal.

No nordeste, veremos como o modelo de educação previsto pelo empreendimento missionário era voltado, essencialmente, para o aprendizado de algum ofício, preparando meninas para se tornarem mães de família instruídas e trabalhadoras e os meninos para o trabalho agrícola. Adicionalmente, o projeto agregava o desafio de povoamento dos sertões e civilização dos povos. Este modelo, orientado pela “pedagogia capuchinha”, previa a introdução de colonos estrangeiros²⁰⁵ ou migrantes provenientes de várias partes da província, “gente morigerada” que, a partir do exemplo, proporcionaria a condução dos povos do sertão ao desejado progresso e civilização da província.

Vê-se, desse modo, como no *Colégio do Bom Conselho*, o missionário promoverá a constituição de roças nas áreas contíguas ao estabelecimento, que passariam a ser ocupadas por migrantes, atraídos pela grande quantidade de terras livres, caracterizadas por seus “solos ubérrimos e um clima ameno” e que, anteriormente, integravam os antigos espaços dos aldeamentos indígenas, como vimos no terceiro capítulo.

Adicionalmente, outras “melhorias materiais” se converteriam em meio eficaz de atração de colonos e incremento do sistema agrícola. Neste ponto, destacamos a importância da ampliação das estradas de ferro que, sob a condução de técnicos ingleses, recentemente chegados à província, ligariam a capital de Recife e seu porto às áreas de produção agrícola – facilitando o transporte do açúcar produzido nos engenhos - o que garantiria, por sua vez, o escoamento e o comércio dos gêneros agrícolas produzidos nas áreas mais afastadas da capital.

Nesse sentido, comentaria frei Plácido de Messina sobre o papel exemplar que desempenhavam vilas como Santo Antônio, Gravatá e outras freguesias que se mostravam como “povoações agradáveis pela agricultura, bem como o comércio aumentado (...)”. A construção de estradas e os trabalhos em torno da ampliação da

²⁰⁵ Entretanto, há de se considerar neste ponto, como destaca Marta Amoroso (2009), que o caráter oficial da mistura das raças processada pela missão capuchinha e amparada pelo Estado não tinha a pretensão de incentivar a miscigenação entre os colonos europeus e os nativos, mas se articulava com o objetivo de converter índios em trabalhadores cristãos. Nesse contexto, a mistura remetia, especificamente, à relação estabelecida entre índios e migrantes pobres.

linha férrea, na reflexão do missionário, constituíam-se em um meio eficaz de trazer os benefícios da civilização às populações sertanejas, desse modo, o frade destaca a importância da “fartura de estradas públicas, meio este certamente profícuo à civilização dos povos”²⁰⁶.

A exemplo do *Colégio do Bom Conselho*, anos mais tarde, em 1878, acompanharemos a fundação de uma nova instituição de ensino que surgiria pela mãos dos missionários capuchinhos, a *Colônia Orfanológica Isabel* ²⁰⁷. O estabelecimento, que ficaria a cargo do frei capuchinho Fidelis de Fognano, seria assentado no vale do Rio Fervedor, afluente do Rio Una, no município de Palmares, distante 158 km da capital Recife, ocupando o mesmo espaço antes destinado à *Colônia Militar de Pimenteiras*, desativada em 1861.

O estabelecimento era formado por um prédio principal que, por sua vez, estava composto por cinco aglomerados, perfazendo um total de 40 salas, um refeitório, uma biblioteca e uma capela. De acordo com o missionário, os propósitos do colégio priorizavam o acolhimento de órfãos e filhos de libertos, iniciando-os nas artes agrícolas e outros ofícios²⁰⁸. Nesse sentido, a função da colônia, nas palavras do missionário era:

Acolher órfãos desvalidos e os filhos libertos dos escravos para torná-los cidadãos pacíficos e moralizados úteis a si e à sua Pátria, amestrando-os nos mais proveitosos conhecimentos das artes e indústrias e principalmente nos melhoramentos das artes e lavoura, pelo estudo teórico e prático dos instrumentos e melhores processos do plantio, colheita e manufaturas dos produtos agrícolas e da fertilização do solo²⁰⁹.

No momento da fundação do empreendimento, frei Fidelis de Fognano ressaltava as qualidades do terreno onde seria assentada a colônia, destacando a

²⁰⁶ AIAHGP – 315/2. Ofício de frei Plácido de Messina ao presidente da província de Pernambuco, o Barão da Boa Vista, 26 de novembro de 1842.

²⁰⁷ Para uma descrição mais aprofundada da estrutura e do *currículum* escolar da *Colônia Orfanológica Isabel*, ver Arantes (2005).

²⁰⁸ Ainda que o missionário cite apenas órfãos e libertos ao descrever a composição social e racial dos educandos, é possível aventar a presença indígena em uma passagem em que ele cita as populações existentes nos terrenos da colônia no momento de sua fundação: “Por um recenseamento mandado fazer por V. Exa. o Presidente da Província Manoel do Nascimento Machado Portella (...) evidenciou-se a mil quatrocentos e cinquenta e cinco o número de indivíduos que nela habitavam formando umas duzentas e sessenta reuniões, não digo famílias, porque cerca de metade dessas reuniões não eram fundadas em legítimo matrimônio (...)”. *Relatório da Colônia Orfanológica Isabel*, 1891.

²⁰⁹ APEJE – IP, vol. 46, 1888.

fertilidade dos solos - propício ao desenvolvimento da agricultura - a abundância de água e a proximidade da estrada de ferro. Essas características seriam garantias, segundo ele, do sucesso do estabelecimento missionário:

(...) inaugurada neste mesmo lugar a nova colônia com a denominação de Colônia Orfanológica Agrícola e Industrial Izabel. Foram demarcados vários caminhos na dita colônia para serventia do mesmo colégio. Foi também demarcado um novo povoado com o mesmo nome de Izabel.

Os extintos colonos militares que ali restavam em número de 24, foram retirados daquela localidade; e lhe foram distribuídos a cada um lotes de terra com a superfície de 108.900 metros quadrados ou 22.500 braças quadradas, situados no lugar denominado Pau Brasil. Quanto à fertilidade do terreno é imenso por qualquer gênero de lavoura, principalmente a do café e cacau. Os terrenos são bastante montanhosos; e regados pelos rios Pirangi e Fervidor, possui também diversos riachos. Sendo cortado de um lado a outro lado pelo prolongamento da estrada de ferro de São Francisco²¹⁰.

A *Colônia Orfanológica Izabel*, a exemplo do que vimos ao descrevermos o *Colégio de Bom Conselho*, desenvolver-se-ia agregando terrenos vizinhos ao seu núcleo central. A concepção que subjaz essa proposta era proporcionar um modelo de instituição com o fito de promover um tipo de educação voltada para o trabalho e que permitisse suprir a demanda por colonos que cultivassem a terra. Para frei Fidelis de Fognano, a dificuldade do governo em incrementar a produção agrícola, a partir de medidas que visavam atrair o imigrante estrangeiro, poderia ser plenamente superada pela preparação de um contingente de trabalhadores formados em escolas como aquela que ele administrava. Nas palavras do missionário:

Permita-me V. Exa. observar-lhe que para esta província, talvez, será este um dos melhores meios de colonização. Várias experiências se tem tentado para introduzir colonos, mas até hoje pouco ou nenhum resultado em elas dado quer que seja porque o clima não é tão favorável ao estrangeiro laborioso, quer seja porque não querem eles sujeitarem-se ao único gênero de agricultura até hoje cultivado, a plantação da cana de açúcar: o fato é que mui pouco colonos existem nesta província, entretanto que a cada passo se encontram meninos que vivem na maior miséria e abandono, e por conseguinte na ociosidade, os quais, recolhidos em tempo a um

²¹⁰ APEJE – RTP, vol. 17, 1858-1878.

instituto desta natureza, poderiam vir a ser homens morigerados e trabalhadores, e deste modo ser aproveitados²¹¹.

A *Colônia Orfanológica Izabel*, nesse sentido, pouco a pouco, expandiria suas atividades, agregando outros elementos ao estabelecimento agrícola. Na intenção de incrementar os trabalhos e a produtividade dos colonos, frei Fidelis Maria de Fognano viajaria para Bordeaux, na França, onde adquiriu um sistema de moagem de cana e produção de açúcar:

(...) a necessidade de, por mim mesmo, reconhecer as maiores vantagens que me poderiam oferecer os mercados da Europa, como as fábricas que se achassem mais adiantadas na perfeição de aparelhos destinados à fabricação do açúcar, fizeram-me empreender uma viagem d'além mar²¹².

Para a edificação do engenho de açúcar, frei Fidelis Fognano contrataria dois engenheiros franceses que o acompanharia de Bordeaux até o interior da província, onde os equipamentos seriam implementados. Desse modo, em princípios de 1887, a colônia já contava com o “engenho modelo”, que seria alimentado pela produção agrícola da colônia, baseada essencialmente na plantação da cana-de-açúcar. De acordo com as estimativas do missionário, esse sistema poderia produzir, em um período de vinte e quatro horas de trabalho, cerca de cinco mil quilos de açúcar:

A fábrica tem 44,40m de comprimento, 10,70m de largura e 7m de altura, e é dividida em três compartimentos, sendo o primeiro do lado do poente ocupado pelas caldeiras, o segundo pelos aparelhos e o terceiro destinado para armazenagem do açúcar ou qualquer outro objeto; do lado do norte da fábrica, construiu-se uma meia água com largura de 6,5m comprimento 35,30m e altura de 5m para receber tanques, quer para o terceiro cozimento, quer para guardar mel.

A chaminé da fábrica mede 30m de altura sobre o nível do edifício, tendo seus alicerces 8m de largura e 4m de profundidade, assentando em rocha viva. Foi ela construída em conformidade com os preceitos d'arte nas proporções d'uma coluna de ordem toscana. Além d'esses edifícios, constitui-se um alpendre do lado poente, para abrigo da moenda e seus maquinismos, tendo a mesma largura

²¹¹ Relatório apresentado por frei Fidelis Maria de Fognano ao presidente da província de Pernambuco, 1886.

²¹² Relatório apresentado por frei Fidelis Maria de Fognano ao presidente da província de Pernambuco, 08 de fevereiro de 1887: 01.

do edifício principal e 5,50m de altura sobre pilares quadrados com 17,70m de comprimento, tendo os pilares 0,68m de lado.

(...) no dia 24 do corrente efetuou-se a inauguração do Engenho Modelo da Colônia Isabel (...) O aparelho da forma em que está atualmente e tendo o serviço boa direção pode produzir cinco mil quilos d'açúcar em 24 horas de trabalho consecutivo, empregando o bagaço como combustível (...) ²¹³

A estrutura da colônia ainda comportaria uma enfermaria e uma botica. A enfermaria localizava-se em uma construção separada do edifício principal e contava com um grande salão onde eram acomodados 30 leitos. Adicionalmente, outros quatro quartos formavam o conjunto do prédio, sendo destinados, exclusivamente, para o isolamento de doentes mais graves. Destacava o missionário a este respeito, como todo o conjunto foi projetado obedecendo os mais estritos “preceitos higiênicos”²¹⁴ - a disposição dos móveis, a limpeza diária das instalações, a realização de desinfecções periódicas, o isolamento dos doentes acometidos por doença contagiosas - todos os cuidados com as condições de salubridade do lugar eram rigidamente tomados, satisfazendo um rigoroso escrutínio de regras de higiene. Nesse espaço, um funcionário ficava encarregado do registro de todos os casos de adoecimentos, qualificando cada moléstia e produzindo mapas estatísticos sobre o estado de salubridade da colônia – número de adoecimentos, distribuídos por moléstia, falecimentos - que, anualmente, eram remetidos ao presidente da província e ao *Conselho de Salubridade Pública*.

Adicionalmente, essa instituição se orgulhava em abrigar o primeiro observatório meteorológico fora da capital Recife. A estrutura construída para tal finalidade pelo engenheiro Victor Fournié permitia a realização de medições diárias das condições climáticas dos sertões, fornecendo, desse modo, informações para a realização de estudos comparativos entre as condições atmosféricas observadas nos sertões e na cidade, indicando diferenças regionais e conformando uma *Geografia Médica* mais ampla.

O sistema implantado pelos frades dispunha do termômetro e do hidrômetro com os quais era possível registrar as variações de temperatura e da umidade nos

²¹³ Relatório apresentado por frei Fidelis Maria de Fognano ao presidente da província de Pernambuco, 08 de fevereiro de 1887: 02-03.

²¹⁴ Relatório apresentado por frei Fidelis Maria de Fognano ao presidente da província de Pernambuco, janeiro de 1891: 26-27.

sertões. Esses registros que permitiam aferir as variações climáticas ao longo das estações do ano, eram completados ainda por observações sobre o regime das chuvas, o comportamento das correntes de vento e impressões sobre a quantidade de ácido carbônico do ar. Todo o trabalho realizado ficava a cargo de um funcionário leigo da colônia que, mensalmente, remetia os relatórios produzidos ao *Conselho de Salubridade Pública*.

NAS BRENHAS DOS SERTÕES

Não obstante a crença generalizada no “desaparecimento do índio” - ou seja, o pressuposto de que as populações nativas estariam misturadas à massa da população, restando apenas “destroços da raça indígena” - o registro da viagem que frei Plácido de Messina realizou à povoação de Jacuípe contraria o padrão dessa escrita. Enviado a pedido do governo provincial em “missão pacificadora”, como ele mesmo descreve²¹⁵, o missionário capuchinho partiria no dia 18 de outubro de 1842 da cidade de Recife em direção à região de Riacho do Mato, Jacuípe e Panelas de Miranda, onde supostamente, se localizaria o esconderijo do líder dos cabanos Vicente Ferreira de Paula e seu bando²¹⁶.

A viagem de Plácido de Messina, desse modo, representaria o caminho de volta em direção ao *apagamento da memória indígena*, para revelar a presença do índio que o processo de miscigenação oficial teria eclipsado ao divulgar a emergência do caboclo, figura a que recorre o enunciado missionário e oficial para uniformizar a forma de nomear e caracterizar as diferentes etnias que compunham as populações do nordeste brasileiro (Porto Alegre, 1998, 1993).

A este respeito, o missionário constataria, em carta endereçada ao presidente da província²¹⁷, o abismo que separaria os caboclos dos sertões – aqueles que se

²¹⁵ AIAHGP – 315/2 Ofício de frei Plácido de Messina ao presidente da província de Pernambuco, o Barão da Boa Vista, 26 de novembro de 1842.

²¹⁶ A *Revolta dos Cabanos* foi iniciada no ano de 1832, conformando-se como um movimento conservador originalmente formado por grupos de proprietários de terras e engenhos que reivindicavam a destituição da Regência e a volta de d. Pedro I. Os desdobramentos dessa crise, no entanto, levaria a uma mudança radical na natureza da reivindicação e da composição social da sua liderança. A partir de 1835, nesse sentido, um grupo formado por negros, índios e caboclos teria se refugiado, na região de Jacuípe, entre as províncias de Pernambuco e Alagoas, passando a saquear as propriedades de seu entorno (Lindoso, 1983).

²¹⁷ AIAHGP – 315/2. Ofício de frei Plácido de Messina ao presidente da província de Pernambuco, Barão da Boa Vista, 26 de novembro de 1842.

mantinham nos limites da paróquia, sob a jurisdição de um sacerdote e inseridos nos costumes da civilização e dos valores cristãos - dos selvagens ou semi-selvagens – que, como bestas, habitavam as regiões de mata fechada, distantes de qualquer vestígio da civilização e excluídos dos serviços da religião. Vê-se, então, como à medida que o missionário se aproximava dos povoamentos de seu destino, ou seja, a região de Riacho do Mato, Jacuípe e Panelas de Miranda, ele destacava como aquelas “intermináveis matas”, diferentemente de certas regiões dos sertões onde “a civilização já florescera”, assemelhava-se mais a um “esconderijo de bestas”. A este respeito, o frade observaria como naqueles lugares, os “selvagens viviam como animais”:

(...) seguindo por caminhos terríveis e horrorosos pelas espessuras das intermináveis matas, onde os raios de sol não penetram, ainda ao ponto do meio dia, e pela aspereza das montanhas íngremes, profundas grutas, que a cada passo oferecem ao viajante horrendos precipícios (...)

De fato, podemos observar como as categorias “selva” e “mata fechada”, no enunciado missionário, assumiriam a acepção de um estágio de civilização já perdido no passado da colonização, quando os índios ainda viviam como “bestas entregues a toda sorte de abusos”²¹⁸. Para os capuchinhos, a realização do projeto de civilização que é operado pelos sucessivos empreendimentos missionários aos quais essas populações foram submetidas, teria deixado de fora esses grupos de selvagens, provocando contrastes imensos entre os caboclos – entendidos no discurso missionário como as populações que residiam prioritariamente os espaços alcançados pela missão e que se mantinham sob a jurisdição das paróquias - e aqueles que ainda povoavam as “matas fechadas”.

Seguindo pelos caminhos dos sertões em direção às matas fechadas, frei Plácido de Messina assinala como o distanciamento do espaço das vilas e freguesias implicava no afastamento da civilização, assim, à medida que a mata se adensava e as estradas deixavam de existir, o tipo humano encontrado passa a mimetizar a rusticidade do caminho na sua brutalidade. Nesse sentido, a exemplo da paisagem hostil, de difícil transposição, as populações que habitavam as matas fechadas

²¹⁸ Idem.

encarnavam o que havia de mais próximo ao estado de natureza e, por isso, da animalidade.

Sublinhemos neste ponto, como o registro do frade evidencia uma percepção essencialmente evolucionista das populações indígenas. O missionário, em um primeiro momento, parte de uma concepção que estabelece uma origem comum a todos os povos. Subjaz esse ponto de vista a ideia de que, na sua origem, a humanidade repousava na barbárie, cujo passado é compartilhado tanto por índios quanto pelos europeus. Em seguida, passa a identificar pontos de aproximação que permitiam estabelecer um elo entre os selvagens e os cristãos que, segundo ele, expressavam-se a partir das afinidades que os nativos estabeleciam com o cristianismo, cujas marcas se revelavam na disposição que manifestavam em receber os sacramentos – essencialmente o batismo que se mostrava como importante elemento da conversão cristã.

Notaria, ainda, como os indícios de um protocristianismo poderiam ser identificados no fato de que muitos desses semi-selvagens que ia encontrando pelo caminho portavam cruzes e recebiam com “júbilo” a pregação da palavra divina. Finalmente, a confirmação de que os selvagens ou semi-selvagens possuíam as condições necessárias para adquirirem os valores cristãos se manifestava na disposição que estes demonstravam para o trabalho:

Os povos que fui encontrando pelos caminhos, achei-os com as melhores disposições para receberem a necessária instrução, e assaz inclinado à Religião; e quanto mais incultos fui achando, tanto mais dispostos encontrei a receber, e seguir as sagradas doutrinas evangélicas, mais por falta, como fica dito, da civilização, sem a qual a cultura é mesquinha, e o comércio acanhado, vê-se um povo estranhamente miserável, quando, se houvesse indústria, a fertilidade das terras poderiam oferecer todas as comodidades da vida²¹⁹.

Entretanto, advertiria ele, a tarefa de instruir os povos deveria ser realizada prioritariamente a partir da religião, ao que era acrescentado “meios indispensáveis”, como o comércio, a indústria e os canais de comunicação e transporte. A narrativa de frei Plácido de Messina expressaria, desse modo, a tese bastante difundida na produção escrita dos frades capuchinhos que considerava a importância dos

²¹⁹ Idem.

“melhoramentos materiais”²²⁰ na condução da civilização da província, entendida no contexto de construção do projeto cristão missionário:

Os Padres Missionários estando sempre se movendo, tornam-se imortais, e preciosos nos seus trabalhos, especialmente agora que para tocar as Províncias deste Bispado, bastam horas por meio dos vapores para ir onde é necessário²²¹.

Nesse sentido, veremos como os missionários enfatizavam, repetitivamente, que os povos dos sertões careciam de estradas para se desenvolverem. Adicionalmente, destacavam como esse importante incremento facilitava a ligação entre a capital – espaço prioritário da civilização - e as regiões mais distantes, permitindo a circulação entre as diferentes vilas e freguesias que, pouco a pouco, iriam crescendo e se desenvolvendo, mudando a paisagem dos sertões com suas igrejas, cruzeiros, cemitérios e sistemas de irrigação de água potável e agricultura desenvolvida. Nesse sentido, observaria:

(...) agradáveis climas para agricultura, bem como o comércio aumentado, e civilização fosse com zelo disseminada, em brevíssimo tempo essas povoações se transformariam em boas vilas e cidades, para que muito concorreria a continuação até certos pontos do centro da fatura de estradas públicas, meio este certamente profícuo à civilização dos povos, que se não vivessem tão espalhados como estão, forneceriam outras pequenas povoações, e aumentariam as já existentes²²².

Ao chegar ao lugar denominado Jacuípe, no entanto, o discurso do missionário realiza uma aproximação entre as populações dos sertões, caboclos que percorriam incessantemente os espaços dos seus antigos aldeamentos; e aqueles que se embrenhavam na mata virgem, vivendo em uma “condição semi-selvática”. Para o missionário capuchinho, no entanto, para além da brutalidade que unia os dois tipos –

²²⁰ No contexto do Segundo Reinado a expressão “melhoramentos materiais” se refere a um conjunto de obras de infraestrutura que incluíam a construção de ferrovias e os portos, mas que poderia abarcar também a imigração estrangeira e os serviços urbanos. Como destaca Mello (1994), tais recursos foram alvo de disputas entre as províncias do Império que, se debateram em torno da distribuição de verbas do Governo Imperial.

²²¹ ACRJ – 3-II-6. Carta de frei Caetano de Messina ao Comissário Geral dos Capuchinhos frei Fabiano de Scandinavo, 23 de maio de 1849.

²²² AIAHGP – 315/2. Ofício de frei Plácido de Messina ao presidente da província de Pernambuco, o Barão da Boa Vista, 26 de novembro de 1842.

o *caboclo* e o *selvagem* - existia uma carência de instrução religiosa que os aproximava:

Estes povos, por isso mesmo que são carecidos de instrução, apresentam uma certa aptidão para executarem todo o gênero de abusos, vícios e crimes, e creio; que não errarei em avançar, que considero tais faltas ocasionadas além da ignorância por duas únicas causas: a primeira acha-se estabelecida sobre a privação quase absoluta do preciso conhecimento das doutrinas do cristianismo, por falta da qual vivem entregues as suas próprias paixões e a uma vida selvática²²³.

A constatação de uma realidade tão diversa nos sertões, permitiria, ainda, a frei Plácido de Messina estabelecer, a partir da comparação, diferenciações importantes entre a categoria caboclo – resultado dos processos de civilização e catequização – e os índios selvagens – que se mantinham nas selvas. Esta distinção era acionada como forma de explicar os constantes ataques de índios que, invariavelmente, eram descritos pelos missionários e pela diretoria dos índios²²⁴. Nesses relatos, considerava-se que a persistência dos episódios de vandalismo e selvageria justificava-se pela existência de algumas “hordas de selvagens” que insistiam em permanecer nas “áreas montanhosas e de matas fechadas”, afastadas da civilização. A este respeito, veremos como, as *Santas Missões* se converteram em um movimento de pacificação e civilização dos sertões e assumiram um papel disciplinador antes desempenhado pelos aldeamentos para índios.

²²³ Idem.

²²⁴ Para uma visão ampla dos movimentos de contestação e revolta popular que atingiram o Segundo Reinado ver Carvalho, 1988 e Monteiro, 1981.

(...) o homem que não conhece o amor ao trabalho é um parasita, é uma espécie de zangão, é uma verdadeira excrescência da sociedade²²⁵.

Como vimos na primeira parte desse trabalho, coube à ciência liderar o processo que levaria à desejada civilização da província. A elite médico-científica, nesse sentido, orientou um programa de pesquisa científica vigoroso e original que almejava o estabelecimento de estudos adaptados para nossa especificidade e realidade tropical. Nesse contexto, a Ciência se coadunou a uma política de Estado para a construção de uma nova cidade, planejada e estruturada para civilizar o povo e o espaço público; bem como, pretendeu estender seu projeto de civilização para os sertões, ao promover as chamadas “melhorias materiais” – expressas, essencialmente, nos trilhos do trem e na aplicação da vacina antivariólica e que, por sua vez, conduziriam os benefícios da civilização para além dos limites da capital.

O princípio básico que subjaz esse projeto era incutir na população que se amontoava na cidade os elementos básicos de civilização. Estes, por sua vez, não se limitariam ao âmbito das práticas essencialmente médicas - pelo menos como conhecemos hoje. Os princípios higiênicos então em voga, provocariam uma intervenção ampla no cotidiano da cidade, prolongando-se por todas as esferas da vida biológica e social. Tão imenso quanto o campo mórbido desenhado pela epidemia de *cólera-morbus*, mostrar-se-iam os caminhos do programa higiênico que deveria cobrir todos os aspetos da vida cotidiana e todas as classes sociais.

Nos sertões, no entanto, a tarefa de construir uma cidade higiênica, planejada e vislumbrada no modelo europeu de organização e adaptada às vicissitudes da nossa constituição tropical, converter-se-ia em outros desafios. Em verdade, o programa civilizatório, do qual se encarregaria a constituição médica do século XIX, seria pouco efetivo para as necessidades do conjunto da província que partilhava com a elite médica um ideal de civilização baseando-se em conceitos de progresso, educação

²²⁵ Colônia Izabel. Coleção de escritos publicados por ocasião do assentamento da primeira pedra daquela colônia agrícola e industrial da Província de Pernambuco.

e civilização e que não podia ser restrito aos limites urbanos, exigindo que se ampliassem investimentos para o interior da província.

A este respeito, como vimos no terceiro capítulo, o programa do governo da província que visou incentivar a vinda de imigrantes estrangeiros para ocuparem os espaços dos sertões de “clima ameno e solo ubérrimo” não implicou na consolidação de resultados efetivos e a tarefa de sedentarizar as populações de caboclos, que se mostravam avessos aos valores da civilização, ficaria a cargo dos missionários capuchinhos que deveriam trabalhar no sentido de incentivar o estabelecimento dos núcleos de povoamento e do cultivo da agricultura.

É o que ocorreria em 1878, quando seria fundada, pelo frade capuchinho frei Cassiano de Camacho, a *Colônia Socorro*. Este estabelecimento, nesse sentido, passaria a abrigar “retirantes foragidos da seca” que atingira os sertões da província em 1877, aproveitando-se para isso os “lotes desocupados” que antes eram habitados pelas populações indígenas do antigo aldeamento de Riacho do Mato.

Na ocasião da sua fundação, o frade descreve como mais de 600 pessoas, desabrigadas por ocasião da seca, na sua maioria faminta e doente, encaminharam-se para a capital e seus arrabaldes. Diante da invasão, no entanto, o governo provincial solicitaria a ajuda dos missionários da Penha que, prontamente, encaminharam o grupo de miseráveis para o lugar onde, um dia, teria funcionado a *Colônia Militar de Pimenteiras*. De acordo com o missionário:

O governo (...) queria arredar desta capital uma multidão de retirantes que invadirão-a com seus arrabaldes, infeccionando com diversas moléstias, que necessariamente desenvolvirão-se naquele povo faminto, e exposto a todas as inclemências do tempo²²⁶.

Chegando lá, os retirantes teriam sido empregados nos trabalhos agrícolas, elevaram uma igreja e providenciaram a construção de suas casas. Nesse caso, como em outros narrados pelos capuchinhos, o missionário aponta como ponto favorável para o desenvolvimento da civilização a “fertilidade destes terrenos que se presta a qualquer espécie de cultura”, além de poder contar com os benefícios que seriam obtidos pela estrada de ferro que ligaria Palmares a Leopoldina, que naquele momento estava em construção:

²²⁶ AE-21. Carta de frei Cassiano de Camacho ao Comissário Geral no Rio de Janeiro, fevereiro de 1878.

O terreno é bastante montanhoso, existe ainda uma parte coberta de matas virgens. Está situada à margem dos rios Jacuípe e Taquara, em frente à extinta colônia militar de Leopoldina, na província das Alagoas; e regadas por quantidade de riachos. Pela futura inauguração da estrada de ferro de Palmares à Leopoldina, torna este lugar de bastante merecimento²²⁷.

Vê-se, então, como se processam os mecanismos de sedentarização das populações de migrantes, fazendo surgir pelas mãos dos missionários um “lindo povoado”, no mesmo lugar onde estava assentada a povoação de Riacho do Mato. Na ocasião, o frade capuchinho narra seu empenho na construção da igreja, do cemitério, da escola e das casas que seriam destinadas à instalação das famílias de refugiados que somavam cerca de oito mil pessoas:

A população composta quase em sua totalidade de desvalidos, que imploravam n’esta capital e em muitas outras localidades a caridade pública, atingiu a cerca de oito mil almas.

A ação do governo não se limitou à prestação de alimentos, remédios e vestuários, pois que, além de tão valiosos auxílios, forneceu instrumentos para a cultura de cereais e legumes. E tal foi a direção dada a esse importante núcleo colonial, que os terrenos, outr’ora devolutos, onde ele está situado, apresentara, em pouco tempo um lindo povoado, com várias ruas, boas casas, igreja, cemitério, escolas de instrução primária para ambos os sexos, e uma feira abundantemente abastecida de víveres os mais indispensáveis aos colonos e as inúmeras pessoas que para ali concorriam²²⁸.

Dois anos mais tarde, em 1880, aproveitando-se dos benefícios da estrada de ferro que acabava de chegar até Palmares, a *Colônia de Socorro* seria transferida para Sertãozinho, passando a abrigar cerca de 3.000 colonos distribuídos em lotes familiares, contando ainda com uma escola para a educação dos meninos e uma botica com “remédios indispensáveis para as moléstias reinantes” que eram distribuídos para a população de colonos:

Esta Colônia que, como sabeis, foi criada em 3 de abril de 1878 na extinta colônia do Riacho do Mato e transferida em 16 do dito mês para o lugar denominado Sertãozinho, a fim de dar asilo às vítimas da seca, acha-se desde a sua instalação sob a hábil direção do

²²⁷ Idem.

²²⁸ Relatório da Presidência da Província de Pernambuco, 01 de março de 1881: 50.

Missionário Capuchinho Frei Cassiano de Camacho. Havia até janeiro último em seu serviço um ecônomo, um apontador, um encarregado da botica, um despenseiro, um professor, uma professora, e um criado (...)

Vivem na Colônia cerca de 3.000 pessoas dos sertões desta província e da Paraíba, Rio Grande do Norte e Ceará.

Foram distribuídos lotes de terra a 206 famílias, que as ocuparam com plantações de mandioca, milho, feijão, cana, fumo, etc.

(...) Existe também um colégio, construído a esforços do incansável diretor e mantido a sua custa, onde foram recolhidos e recebem educação diversas órfãs de retirantes²²⁹.

Notemos, neste ponto, como a formação da *Colônia Socorro* obedece a um processo bem definido que consistia em atrair migrantes para as terras devolutas antes ocupadas pelos aldeamentos indígenas, a exemplo do que ocorrera nos empreendimentos missionários que descrevemos anteriormente. Atraídos pela propaganda do Governo Provincial, que garantia a exclusividade do uso das terras de “solo ubérrimo e clima ameno e salubre”, esses migrantes passariam a contar com o progresso que chegaria por meio dos trilhos férreos e de outros meios de comunicação. Muitos deles, como os que se instalaram na *Colônia Socorro*, eram foragidos das secas e se originavam de outras províncias do nordeste. Mesmo a *Colônia Orfanológica Isabel*, que vimos anteriormente, receberia no período da seca, levas de migrantes que passaram a ocupar as terras em torno do núcleo central da instituição, onde seriam empregadas nos trabalhos agrícolas:

Em 28 de janeiro as famílias dos retirantes estabelecidas nessa Colônia eram 147, compostas de 781 pessoas. Muitas outras famílias procuraram se estabelecer; porém, como não quiseram se sujeitar à condição principal que lhes impunha, qual era a de plantar mandioca e outros legumes, cujas sementes se lhes forneciam, não foram aceitas senão poucas famílias, e portanto, hoje, as famílias existentes são 170, compostas de 1.089²³⁰.

²²⁹ Relatório da Presidência da Província de Pernambuco, 02 de fevereiro de 1880: 35-36.

²³⁰ Relatório apresentado por fr. Fidelis Maria de Fognano ao presidente da província de Pernambuco, 31 de outubro de 1878 (1879).

Ao falar sobre a presença da Ordem Franciscana no Brasil, Gilberto Freyre (1959) destaca a ambiguidade existente entre presença e visibilidade que marca a história da ordem no país. A este respeito, o autor lamenta a ausência de trabalhos que descrevam a amplitude das atividades desenvolvidas pelos frades no país que, segundo ele, contrasta com as inúmeras realizações de franciscanos e capuchinhos que podem ser identificadas, ainda, no período colonial.

Como observa o autor, a ausência de registros da história de frades de linhagem franciscana no Brasil pode ser evidenciada não apenas pela raridade dos trabalhos históricos dedicados à importância da Ordem no processo de colonização do país, bem como é sentida na raridade de documentos disponíveis para a realização dessa história. Adicionalmente, teriam contribuído para reforçar a impressão de ausência dos registros historiográficos, da qual nos fala Gilberto Freire, as péssimas condições dos arquivos existentes, capazes, segundo o próprio sociólogo pernambucano, de desanimar qualquer pesquisador.

No caso mais específico da missão capuchinha no Brasil, entretanto, o registro da presença da Ordem Menor no país combinaria dois movimentos contraditórios: o *apagamento da memória* e uma significativa e intensa produção escrita. De forma mais específica, poderíamos notar certa ambiguidade nos registros existentes sobre as missões dos capuchinhos no Brasil que se exprime entre a negação da escrita e a produção de uma extensa memória.

Trata-se, dessa forma, de compreender como se realiza a construção da autoimagem dos capuchinhos, assentada na valorização dos trabalhos práticos em detrimento das atividades intelectuais, ainda que o apreço pela escrita tenha sido um instrumento importante tanto para os missionários que estiveram nos aldeamentos para índios e empreendimentos nos sertões, quanto para os cronistas e historiadores da Ordem Menor que se utilizaram da correspondência missionária para compor uma diversidade de gêneros literários, como crônicas, memórias, etc.

Vê-se, ainda a este respeito, como a contradição que se realiza entre negação da escrita e a produção de uma vasta memória sobre a missão, traz relações com certo “mito” de origem que cerca a história da Ordem Menor no Brasil. De acordo com Regni (1988: 22-23), os manuscritos e documentos onde estariam registrados parte da história dos capuchinhos que chegaram ao país nos primeiros séculos da colonização,

por volta do ano de 1670, ao serem transportados para a Europa, teriam sido perdidos durante a viagem. Sem uma explicação mais detalhada das circunstâncias em que tal perda se deu, o relato de frei Pelino de Castrovalva remete ao episódio do “desaparecimento da documentação”, atribuindo a responsabilidade pelo ocorrido à ação de um missionário pertencente a “outra ordem religiosa” (idem) – possivelmente um jesuíta, considerando as acirradas disputas existentes entre as duas ordens religiosas durante o período. O episódio, segundo Marta Amoroso (2006), revelaria a existência de um “mito de origem” da missão capuchinha²³¹.

A suposta predestinação ao esquecimento e o apagamento da memória que parecem acompanhar a história dos missionários capuchinhos no Brasil, também podem ser acompanhados na trajetória individual de um de seus membros mais prestigiosos e cuja atuação teve grande destaque durante o Segundo Reinado. A biografia de frei Caetano de Messina, missionário que atuou nas missões de Pernambuco durante mais de 20 anos e, posteriormente assumiu o Comissariado da Ordem Menor no Rio de Janeiro, na segunda metade do século XIX, é, nesse sentido, marcada pela ausência de documentos que permitam a reconstituição integral de sua trajetória individual. De acordo com seus biógrafos, a impossibilidade em descrever os primeiros anos da vida do missionário, quando este ainda realizava seus estudos em sua cidade natal, Messina, na Itália, justifica-se pelo fato de que parte desses documentos teria sido destruída em um incêndio que eliminara todo o arquivo localizado nesta mesma cidade (Vieira 1952; Terrinca 1939).

Os relatos que reiteram a todo o momento o “desaparecimento” ou a “destruição” dos documentos e registros pertencentes à Ordem Menor, no entanto, contrastam com uma disposição essencial da atividade missionária: a produção escrita, expressa em um vigoroso trabalho memorialístico e, mais precisamente, na produção de cartas. No tocante à produção epistolar, observamos como o registro das atividades de um missionário capuchinho em campo se realiza, essencialmente, por meio de uma intensa e regular troca de correspondência que se daria em dois sentidos.

No primeiro sentido, a troca epistolar serviria para informar sobre as atividades do apostolado, a partir da produção de missivas e relatórios que, endereçados aos superiores localizados nas *Prefeituras Apostólicas* ou ao

²³¹ Há, no entanto, outras hipóteses para explicar o suposto desaparecimento da documentação em questão. Uma delas remete ao fato de que os arquivos em questão poderiam ter sido destruídos pela invasão napoleônica na Itália, em um momento em que a Ordem Menor tinha seus trabalhos subordinados a acordos firmados com a Propaganda Fide (Amoroso, 2006).

Comissariado Geral da Ordem, traziam dados sobre a missão nos sertões²³² – número de casamentos, batismos e missas realizadas, localização das igrejas construídas, informações sobre a vacina antivariólica, estatísticas de doenças, censos da população existente nas vilas, relatos sobre a ordem pública, entre outros.

Em segundo lugar, teremos a troca de missivas que se realiza entre os irmãos de ordem, como forma de reiterar os laços de solidariedade, considerando-se que a missão capuchinha se constitui como *corpo moral*, conceito expresso nas palavras de frei Antonino de Reschio que, ao se referir ao seu papel como missionário, afirmava que “(...) os Missionários Capuchinhos são um corpo moral, de que não pode dispor o Ministério (do Império), mas unicamente o Superior nomeado pela Santa Sé”²³³.

A produção epistolar, nesse sentido, destinava-se a registrar e divulgar os feitos da missão, mas, essencialmente, tinha a função de aproximar e incentivar os vínculos existentes entre os missionários. Assim, por meio da produção e circulação de informações sobre o trabalho realizado, seja na África ou no Brasil, a escrita permitia *aproximar e presentificar* cada missionário tanto de seu semelhante, quanto dos desafios que cada missão apresentava. A troca epistolar, nesse contexto, assumiria também a função de *exemplas* - ou seja, um modelo exemplar e edificante de conduta da pessoa moral (Certeau, 1982).

Sublinhemos neste ponto como o modelo de pregação dos missionários capuchinhos faz referência a um modo particular de enunciar a palavra Divina, próprio da tradição católica sobre a qual repousa a prática verbal – tanto oral, quanto escrita. Como nos mostra Paul Zumthor (1993), a ideia de *Verbo* é concebida em termos da “ideia real da palavra” e considera que todo discurso se manifesta através de uma “ação física e efetiva” (:74), revelando um movimento essencial da palavra, quando o “Verbo se expande no mundo, que por seu meio foi criado e ao qual dá vida” (:75) e por esse motivo está relacionado a um poder criador, da “palavra-força” e, por isso, se traduz em um movimento eficaz.

Em relação às memórias e crônicas, entre outros gêneros narrativos que compõem a produção escrita capuchinha, estas possuem essencialmente a função de registrar os acontecimentos e as realizações da missão, enfatizando a trajetória dos

²³² No caso específico das missões localizadas nos aldeamentos indígenas, os dados apresentados na forma de relatórios e cartas relatam a situação geral desse tipo de equipamento missionário, fornecendo dados como: estatísticas da população indígena aldeada, localização da sede da missão e das aldeias dos índios, indústria e agricultura, informação sobre a terra, entre outros.

²³³ Carta de Antonino de Reschio para o Comissário Geral da Ordem. São Luís do Maranhão, 07 de maio de 1887 (*apud*. Amoroso, 2005).

missionários e os sucessos das missões realizadas. Além disso, os frades mais ilustrados se encarregavam de produzir relatos que, aos moldes da *hagiografia* - gênero narrativo criado durante a Idade Média destinado a descrever a vida dos santos (Certeau, 1982) – destinavam-se a registrar os feitos dos frades, sublinhando as dificuldades encontradas e exaltando o caráter edificante de suas realizações e a grandiosidade das suas virtudes.

Acompanhando a trajetória dos capuchinhos no Brasil, veremos como no ano de 1840²³⁴ a missão assume um caráter de oficialidade, quando por meio do Aviso Imperial de 18 de janeiro, o Governo do Império solicita à Santa Sé o envio de missionários para o trabalho de catequese dos índios e das missões volantes dos sertões em diferentes províncias (Regni, 1988; Palazzolo, 1966; Da Nembro, 1957; Primério, 1940). A partir desse momento, inicia-se um processo que visou o estabelecimento de uma empresa missionária no país, cuja especificidade se expressaria no nível das relações dos missionários com o Estado. Amparados pelas prerrogativas dos acordos firmados com a Santa Sé e o Império, a presença dos capuchinhos esteve diretamente associada à consolidação de um programa civilizatório de contornos precisos que se definiria essencialmente após a publicação do *Regulamento de Catequese e Civilização* de 1845²³⁵.

O *Regulamento de Catequese e Civilização*, nesse sentido, previa essencialmente a criação de aldeamentos voltados para a incorporação das populações indígenas à sociedade nacional, encarregando a Ordem Menor dos Frades Capuchinhos pela administração dessas instituições – tarefa que era partilhada por diretores e funcionários leigos. Tal realidade fez com que a política indigenista, praticada da segunda metade do século XIX ao advento da República, estivesse estritamente ligada ao trabalho de catequese dos capuchinhos (Amoroso,

²³⁴ Os primeiros registros sobre a presença dos missionários da Ordem Menor dos Capuchinhos no Brasil datam do século XVI. No entanto, será no século XIX que, de forma progressiva, a missão capuchinha começa a se organizar de forma oficial, a partir de acordos selados entre a propaganda Fide e o Governo do Brasil, caso do decreto de 1843, de nº 285 que estabeleceria dispositivos para regulamentar a vinda de missionários para o país; já o decreto de 30 de julho de 1844, estabelecia, entre outras disposições, de que forma e em que termos se realizaria a distribuição dos missionários entre as províncias. Em 1845 é promulgado o *Regulamento de Catequese e Civilização*, de nº 426, que estabelece as diretrizes que regeriam o trabalho dos missionários nos aldeamentos criados para índios (Carneiro da Cunha, 1992).

²³⁵ Durante a missão oficial dos missionários capuchinhos esta foi alvo de diversos decretos que visaram a regulamentação de suas atividades no Brasil. O primeiro deles, de nº 285, de 21 de junho de 1843, estabeleceu novos dispositivos visando regulamentar a vinda dos missionários para o Brasil. No ano seguinte, o decreto de nº 373, de 30 de julho de 1844, entre outras disposições, determinou a distribuição dos missionários nas províncias, afastando-os do controle imediato da Santa Sé (Regni, 1988; Palazzolo, 1966; Da Nembro, 1957; Primério, 1940).

2005). A associação dos frades com o Governo Imperial se realizava, assim, por meio do direito do Padroado, através do qual o governo submetia os frades ao poder leigo, fazendo com que os missionários se tornassem funcionários do Estado: eles tinham suas passagens financiadas e recebiam diárias para sua manutenção em campo, devendo obrigações diretas ao governo.

Vê-se, desse modo, como os missionários capuchinhos ao chegarem ao país, passam a se organizar, administrativamente, de uma forma bastante específica. O centro das missões seria, desse modo, estabelecido no *Comissariado Geral dos Missionários Capuchinhos*, localizado no convento do Morro do Castelo, na cidade do Rio de Janeiro. Em um nível hierárquico inferior, apareceriam as *Prefeituras Apostólicas* que, segundo a terminologia capuchinha, configuravam-se como um núcleo criado pela *Propaganda Fide* com o objetivo de “melhor articular as atividades missionárias e governar os missionários agrupados nos hospícios” (Palazzolo, 1966: 25). Durante o Segundo Reinado se constituíram três *Prefeituras Apostólicas*²³⁶: a do Rio de Janeiro, que reunia as subprefeituras de São Paulo, Paraná e Minas Gerais; a de Pernambuco, que se estabeleceria no *Hospício de Nossa Senhora da Penha*, localizado na cidade de Recife e compreendia as subprefeituras de Alagoas, Paraíba, Ceará e Rio Grande do Norte e a da Bahia, com sede no *Hospício de Piedade*, em Salvador, à qual estava subordinada a subprefeitura de Sergipe.

Com efeito, a amplitude da organização administrativa da missão que acabamos de descrever estabeleceria um empreendimento de dimensões continentais. Como observa Marta Amoroso (2005) ao analisar a integridade do projeto missionário que se estabelece no Brasil nesse período, a missão capuchinha durante o Segundo Reinado assumiria contornos de um projeto imperial, ao englobar situações muito heterogêneas nas diversas regiões do país - e também fora dele - como da Guerra do Paraguai, os aldeamentos indígenas no Paraná, Minas Gerais e Rio de Janeiro, a escola para índios, além de outros núcleos de catequese no sertão do Brasil, como aqueles envolvidos nas *Santas Missões* do nordeste.

²³⁶ Outros termos, ainda, podiam ser identificados para designar os núcleos missionários existentes no país durante o período. A *provincia*, por exemplo, corresponderia à “maior divisão da Ordem”. No nível das relações mais imediatas – referente à comunidade franciscana propriamente dita ou das relações entre irmãos de ordem - o *convento* representaria “casa da fraternidade religiosa com maior estabilidade”. Já o termo *hospício*, por sua vez, corresponderia à palavra empregada para nomear as “pequenas residências” destinadas ao descanso dos religiosos, quando do retorno das suas atividades missionárias, caso das missões itinerantes e desobrigas (Pereira, 1988).

Observando a *Prefeitura Apostólica de Pernambuco*²³⁷, à qual nos volta nosso interesse, veremos que as missões desenvolvidas a partir dessa unidade administrativa apresentaram características bastante específicas em relação a outras existentes no mesmo período (Santos, 2006). A impossibilidade de implantar o padrão dos aldeamentos indígenas que serviram de suporte para a catequese e civilização das populações nativas²³⁸ em várias províncias do Império, conforme estabeleceria o *Regulamento de catequese e Civilização* (1845) – considerando o processo de franca decadência por qual passava a estrutura dos aldeamentos para índios na província, como vimos anteriormente – permitiria aos missionários fundar um modelo de missão mais flexível, que consistia em incursões pelos sertões destinadas aos *civilizados* ou *caboclos*²³⁹.

A opção pelas missões itinerantes, do ponto de vista tanto dos missionários quanto da *Diretoria dos Índios* da província, justificava-se a partir da tese, largamente difundida no século XIX sobre os índios do nordeste, que considerava que os programas de incentivo à miscigenação processados nessa região teriam resultado na assimilação total das populações indígenas à massa da população nacional. Esse longo processo que visou a mistura oficial, por sua vez, do qual resultaria a figura do *caboclo*, tornaria, desse modo, insustentável a permanência dos estabelecimentos destinados à catequese indígena (Dantas, Sampaio & Carvalho, 1992; Porto Alegre, 1998, 1993).

A este respeito, veremos como as missões itinerantes dos frades da Ordem Menor permitiriam estabelecer um modelo de catequese e civilização em outros

²³⁷ Com relação à presença dos capuchinhos italianos em Pernambuco, Miranda (2002) indica como as portarias de 02/07/1825 e os decretos de 28/08/26 e 06/06/1827 foram francamente favoráveis à presença desses missionários no país. Entretanto, mudanças na política de governo com relação aos trabalhos realizados por missionários estrangeiros no país, sobretudo após a abdicação de D. Pedro I e a política regalista e anti-papal adotada durante o governo do regente Feijó, resultou na proibição da Associação Religiosa dos Missionários Capuchinhos Italianos e na expulsão dos mesmos do Hospício de Nossa Senhora da Penha, que ficou pertencendo à Irmandade de São José da Agonia, conforme decreto de 11/05/1836. Essa realidade, no entanto, é revista em 1840, quando os capuchinhos tiveram suas atividades novamente regularizadas por meio da Lei Provincial de maio de 1840, sob nº 80, que determinava o retorno das atividades da Associação Religiosa dos Capuchinhos Italianos na província de Pernambuco, e a restituição do *Hospício de Nossa Senhora da Penha* que lhes foi confiscado anteriormente.

²³⁸ Para a compreensão do modelo dos aldeamentos indígenas fundados pelos capuchinhos italianos durante o Segundo Reinado, bem como entender as dimensões do programa missionário no período, ver os trabalhos de Marta Amoroso (2006, 2005, 1998a, 1998b). Para as missões desenvolvidas no sertão do nordeste, especialmente na Bahia, ver Cristina Pompa (2002).

²³⁹ Nesse período a única exceção ao padrão das missões volantes foi o aldeamento de Baixa Verde que reunia índios Kariri e foi administrado, ainda que por um curto período (1848-1850), pelo missionário capuchinho frei Caetano da Gratiere.

termos daqueles definidos nos aldeamentos indígenas. As *Santas Missões* – cuja denominação permanece até os dias de hoje entre os missionários capuchinhos de Pernambuco – expressariam um modelo de evangelização bastante peculiar, baseado em dois aspectos fundamentais: a ênfase nos sacramentos – casamentos, batismos e eucaristia, conformando-se no discurso missionário como marca da efetividade da conversão ao catolicismo – e os programas civilizatórios que incluíam a pacificação, a educação e a inclusão das populações sertanejas à sociedade nacional por meio do trabalho. Assim, podemos observar a marca da prática religiosa desenvolvida pelos capuchinhos durante o século XIX na tradição religiosa do nordeste e, mais especificamente, no catolicismo popular praticado pelas populações sertanejas até os dias atuais.

As *Santas Missões* trariam ainda outros aspectos importantes para a consolidação da atividade missionária. As práticas civilizatórias que se misturavam às atividades de pregação e evangelização permitiram à Ordem Menor realizar mudanças significativas na *cartografia dos sertões*. O momento se mostrava propício para a realização dessas transformações, considerando-se a intensidade com a qual se processou o deslocamento das populações indígenas que, por sua vez, eram decorrentes dos sucessivos decretos que estabeleceram a desativação dos aldeamentos criados para índios. Além disso, a desmontagem da estrutura dos antigos aldeamentos indígenas permitiria a entrada de colonos que eram convidados a ocupar as regiões de “solos ubérrimos e clima ameno” do interior da província.

De fato, vê-se como a articulação entre esses dois elementos – a farta disponibilidade de terras férteis e as políticas de incentivo tanto à migração interna, quanto à imigração estrangeira – ainda que a presença efetiva de estrangeiros tenha se mostrado bastante modesta em relação às pretensões do governo provincial em incentivar a imigração, como vimos anteriormente – permitiram aos missionários estabelecer um empreendimento de desenvolvimento da civilização que se tornaria modelo da ação missionária no nordeste.

Nesse contexto, as mudanças na cartografia dos sertões se realizariam a partir da *paróquia*, categoria missionária que se converteria no discurso capuchinho em uma unidade central do desenvolvimento da civilização, constituindo-se como elemento principal da pacificação dos sertões e sucesso do empreendimento missionário. O conceito de *paróquia* remete ao estabelecimento de uma pequena estrutura de suporte para um núcleo civilizatório composto, inicialmente, por uma igreja, um cruzeiro e

um cemitério. A partir dessa célula inicial, outros elementos eram agregados como, por exemplo, as estradas, o incremento dos meios de comunicação, a construção de aquedutos de irrigação de água e o estabelecimento de áreas destinadas à agricultura que atraíam migrantes de toda parte da província.

Por conta das relações estabelecidas com o Governo Imperial e considerando as especificidades do modelo de missionação baseado nas missões volantes, os capuchinhos proveram um sistema que permitiu regular a atividade de cada missionário em campo. Desse modo, observamos como o trabalho dos frades capuchinhos na província obedecia a normas e regulações específicas. A este respeito, temos o *Regulamento que se tem observado e se deve observar dos missionários deste Hospício de Nossa Senhora da Penha de Pernambuco, em o tempo das suas missões* (1864)²⁴⁰ que regeria as atividades dos capuchinhos nas *Santas Missões*, além de servir como um manual de conduta para o missionário em campo. Na prática, o *Regulamento* serviria também para proteger os missionários das inúmeras acusações de indisciplina e sublevação em relação às ordens do Império que indicam, por sua vez, que as relações entre o governo imperial e os frades da Ordem Menor nem sempre se mostraram coesas²⁴¹.

Seguindo os passos dos capuchinhos em missão, observamos que ao chegar a uma determinada localidade os trabalhos se iniciavam com a construção de equipamentos básicos, como a construção de uma igreja, um cruzeiro e um cemitério – equipamentos que, como sinalizamos, tornar-se-iam partes fundamentais da constituição do modelo da paróquia. Adicionalmente, outros elementos eram priorizados como a abertura de açudes e a canalização de água, a partir de um conhecimento tradicional adquirido na região de origem de alguns missionários, na Itália, onde os frades conviviam com a realidade dos longos períodos de estiagem.

A construção desses equipamentos tinha por princípio atrair a população, “morigerar os povos” que, segundo o relato missionário, participava ativamente

²⁴⁰ O *Regulamento que se tem observado e se deve observar dos missionários deste Hospício de Nossa Senhora da Penha de Pernambuco, em o tempo das suas missões* diz respeito a uma série de normas e regras destinadas a regular a atividade do missionário em campo. Composto por dezesseis itens, determinava, entre outras coisas, que o missionário não poderia missionar sem obediência explícita ao seu superior, orientava sobre a realização das missas e administração dos sacramentos, aconselhava sobre a conduta mais adequada, entre outras coisas.

²⁴¹ Nesse aspecto o caso de frei Caetano da Gratiere é exemplar. Destinado a missionar na vila de Baixa Verde, foi acusado pelas autoridades locais de incentivar a população a sublevar-se contra o Governo. O episódio rendeu sua retirada das missões e seu recolhimento ao *Hospício de Nossa Senhora da Penha*.

dessas atividades em sistema de “mutirão”. A partir disso, iniciava-se o trabalho de catequese propriamente dito, com a realização das missas, casamentos, batismos, confissões, além das procissões e rituais de penitência que tomavam grande parte da agenda do missionário e eram meticulosamente contabilizados e registrados em seus relatórios.

Adicionalmente, cabia aos capuchinhos em campo recolher estatísticas sobre o número de índios existentes nos aldeamentos e promover o censo populacional das freguesias. Os dados eram detalhadamente registrados em mapas que informavam a faixa etária, a raça, o número de casados e solteiros. Estes registros eram enviados sob a forma de relatórios ao *Comissário Geral da Ordem*, bem como ao presidente da província, servindo também como referência para a cobrança dos serviços prestados, já que a administração dos sacramentos se mostrava como uma fonte de renda segura para o missionário que convivia com as reduzidas verbas disponibilizadas pelo Governo.

O projeto missionário, nesse sentido, efetivar-se-ia nas atividades que visavam conciliar e pacificar os ânimos, no estabelecimento das vilas e na edificação das paróquias, bem como na construção dos equipamentos voltados para educação e civilização dos povos. No entanto, será por meio da escrita capuchinha que serão apresentados os mecanismos de efetivação das *condições de felicidade* do projeto missionário relativo à edificação do projeto de civilização cristã. Vê-se, desse modo, como por meio da escrita, a pacificação, o apagamento da memória indígena e a emergência do caboclo se materializam na relação de enunciação que o discurso missionário realiza, transformando o ouvinte.

Como define Bruno Latour (2004), o processo que define a enunciação religiosa envolve uma experiência transformadora, que não se restringe ao transporte simples de uma informação. A repetição da história dos milagres, dos feitos e ações grandiosas dos capuchinhos atualiza, desse modo, a mensagem a ser divulgada e materializa aos seus olhos de quem a ouve a civilização dos sertões.

Para os missionários, o programa civilizatório entre os caboclos corresponderia, desse modo, a uma efetiva ação no mundo, *condição de felicidade* do empreendimento capuchinho que visava a realização da civilização cristã. Essa característica definiria a natureza do enunciado religioso em seu poder de transformação do outro, como exemplifica Latour:

Quando a Virgem ouve a saudação do anjo Gabriel — assim narra a venerável história —, ela se transforma tão completamente, que engravida e passa a trazer dentro de si o Salvador, que por sua agência se faz novamente presente no mundo” (*op. Cit.*: 355).

E será a repetição dos feitos da missão, amplamente divulgados na escrita capuchinha, que permitirá produzir o *efeito de felicidade*, como a história venerável da Anunciação da qual nos fala Latour, repetidamente pronunciada para que seja sempre produzido um mesmo efeito no ouvinte. As cartas, as memórias entre outras narrativas produzidas pelos frades da Ordem Menor teriam, assim, o objetivo de reapresentar, de forma renovada, aquilo de que se fala.

DEVOÇÃO A VIRGEM MARIA

Tu és ó Suma Essência,
A mesma Eternidade,
A Fonte da Sciencia,
De Amor, Sabedoria, e de Bondade:
Tudo vês, sabes, podes; e altamente
Dentro em Ti mesmo tudo te é presente!

A devoção a Virgem Maria se tornaria a marca da pregação e da religiosidade das *Santas Missões* dos capuchinhos da província de Pernambuco. De fato, as procissões animadas pelos missionários da Ordem Menor traziam, sempre à sua frente e exatamente ao lado do estandarte que portava a imagem do Imperador, D. Pedro II, a representação de Nossa Senhora, que se multiplicava em diferentes designações e que, por sua vez, incluíam além da devoção a Virgem Maria, à exaltação de *Nossa Senhora do Carmo* – padroeira da cidade de Recife -, *Nossa Senhora da Penha* – em cuja homenagem os capuchinhos edificariam o templo da Ordem Menor localizado no bairro de São José, região central da capital da província -, *Nossa Senhora da Conceição*, entre outras representações que revelariam os fortes vínculos que a missão capuchinha manifestaria em relação a *Mãe de Jesus*.

A particularidade da devoção a Maria se mostraria de forma mais efetiva, no entanto, por meio de elementos que tornariam essa manifestação de fé particularmente especial. Como podemos acompanhar, tais elementos se

relacionam de forma particular ao agenciamento dos símbolos da modernidade de seu tempo, como demonstra a presença constante da imagem do Imperador que acompanha a procissão de imagens sagradas e na construção da basílica e do convento dedicado a *Nossa Senhora da Penha*.

Erguida no bairro de São José, a partir de um projeto concebido pelo missionário capuchinho frei Francesco de Vicenza, o conjunto arquitetônico de inspiração coríntia representou, segundo os críticos da época, o rompimento com o passado colonial e nossas ligações portuguesas que, infelizmente, permaneciam materializadas no casario colonial que ainda se mostrava preponderante na paisagem urbana. A este respeito, Ayres da Gama ressaltava como, ao se destacar no conjunto da arquitetura colonial de origem portuguesa, o novo templo dos missionários capuchinhos, considerando a modernidade das suas linhas e imponência do seu desenho arquitetônico, viria “tornar ainda mais saliente o nosso anterior atraso” (Ayres da Gama, *apud*. Arrais, 2004: 195):

Este edifício, empreendido pelos padres capuchinhos, virá a ser considerado na primeira ordem dos de seu gênero, pela magnificência de arquitetura e por suas grandes dimensões.

Visita-lo mesmo no estado em que se acha é sair-se surpreso de admiração.

Certamente pareceria incompreensível que pobres padres, tendo como único recurso a força de vontade, empreendessem a edificação de um templo suntuoso, que será incontestavelmente o primeiro do império.

Sob a direção do notável engenheiro arquiteto, e não menos respeitável ancião, Frei Francesco de Vicenza, vai essa obra monumental bem adiantada, e para ela invoco a vossa ilustrada atenção, no sentido de auxilia-la no que vos for possível²⁴².

A respeito das origens da devoção a Maria, de acordo com a narrativa missionária, a intensidade dos rituais celebrados a Mãe de Jesus, cuja presença caracterizaria as festas e as celebrações religiosas realizadas pelos capuchinhos na província de Pernambuco, teria surgido por interferência de frei Caetano de Messina. De acordo com o relato, por ocasião de um longo período de seca que atingira de forma trágica a província em 1841, causando fome e miséria, frei Caetano, a pedido do Bispo diocesano, organizaria uma “grandiosa missa”.

²⁴² Fala com que o Exmo. Sr. Comendador Henrique Pereira de Lucena abriu a sessão da Assembleia Legislativa Provincial de Pernambuco, 01 de março de 1874 (: 26).

Nessa ocasião, após a celebração religiosa, o missionário daria início a uma “imponente procissão de penitência”, que seria acompanhada por mais de “vinte mil pessoas” que, “dominadas pelo espírito de penitência, traziam consigo cruces pesadas, pedras enormes e cilícios horríveis, atravessando as ruas da cidade, gritando: Senhor Deus, Misericórdia!” Ao fim do cortejo, de acordo com a narrativa do missionário, a resposta divina se apresentaria aos fiéis presentes sob a forma de uma “copiosa chuva (que) caia a fecundar a terra” (Terrinca, 1939: 15-16).

Institucionalizava-se, assim, o *Mês de Maria* ou *Mariano*, como forma de agradecimento à graça alcançada: a chuva que interrompia um longo período de estiagem. O culto a Maria, nesse sentido, expressado em diferentes designações, encontraria lugar nos louvores dedicados a *Nossa Senhora da Penha*, que encerraria o ápice do fervor dos fiéis. Nos sertões, as manifestações em louvor a *Nossa Senhora do Bom Conselho*, incluíam uma agenda de festas, rituais e celebrações, capazes de reunir milhares de fiéis que percorriam longas distâncias ao longo de dias em procissões de penitência.

A institucionalização do mês de Maria se conformaria também ao movimento *ultramontano* ou de *romanização* da igreja católica no período – entendido como o fortalecimento dos vínculos com Roma e a Propaganda Fide à qual estavam ligados – este movimento se consolidaria como reação à situação subalterna em que se encontravam não apenas os missionários capuchinhos, mas todo o clero em relação ao poder temporal durante o Segundo Reinado e que ocasionaria disputas diversas entre o Governo Imperial e a associação desses missionários. As condições do *Padroado Régio* ao qual estavam subordinados representaria, nesse sentido, uma fonte de controvérsias e disputas que, mais tarde, culminaria com a prisão do bispo de Olinda e Recife, Dom Vital Maria, e a conhecida *Questão Religiosa*²⁴³ que marcaria, definitivamente, as tumultuadas relações entre o Estado e a Igreja na província de Pernambuco.

No entanto, é preciso atentar para as especificidades das configurações que se instalam durante o período. Ainda que estivessem vinculados aos acordos firmados entre a Santa Sé e o Governo Imperial, os capuchinhos desenvolveriam

²⁴³ Para além das questões envolvidas no movimento ultramontano, a *Questão Religiosa* mobilizou outras disputas envolvendo católicos, a maçonaria e o protestantismo. Para mais sobre o tema, ver o clássico estudo de David Gueiros Vieira (1980).

um programa bastante preciso de missão que, como vimos, procurou integrar uma visão mística – característica do movimento de romanização e das práticas de pregação que definiam as *Santas Missões* – e uma ação efetiva no mundo – que se relaciona com as *condições de felicidade* do projeto missionário.

De fato, para além das limitações impostas à autonomia dos missionários pelo *Regulamento de Catequese e Civilização* (1845) - que regeria o trabalho dos capuchinhos no Brasil - a missão desenvolvida pelos frades da Ordem Menor foi marcada pela mobilização de categorias importantes da modernidade do seu tempo. Ao comentar as relações dos capuchinhos com a ciência, Marta Amoroso (2009) mostra como a ligação dos religiosos envolvidos na missão do Brasil tomaram a ciência enquanto uma “espécie de reflexão auxiliar, que propiciava à religião cristã uma reorientação de suas práticas de construção de felicidade nos espaços de atuação dos capuchinhos na África e no continente sul-americano” (idem: 67).

Vê-se, nesse sentido, como a compreensão das epidemias, das doenças e do sofrimento do corpo apresentavam sentidos distintos no discurso missionário. Assim, ainda que a explicação que recorre ao providencialismo divino seja definidor do *ethos* capuchinho, muitas vezes, podemos localizar um programa bastante definido de combate à epidemia que dialoga com a medicina científica. Os capuchinhos enviados aos sertões para combater a *cólera-morbus*, para além dos trabalhos apostólicos, empenhar-se-iam cotidianamente na administração de medicamentos, na aplicação da vacina antivariólica e no programa de civilização dos povos.

Sérgio Buarque de Holanda (1994) considera como essa aparente contradição acompanhou também os missionários da Companhia de Jesus. Para ele, os jesuítas tinham um grande interesse no repertório das plantas indígenas, aplicando suas mezinhas no tratamento dos doentes individuais e no cuidado de feridas e mazelas cotidianas. Do vasto repertório de substâncias fitoterápicas aos quais tiveram acesso em suas peregrinações, escolhiam aquelas que lhes parecessem mais adequadas, porém, obedecendo aos critérios da ciência e da superstição do seu tempo. Quando se confrontavam com as epidemias e as pestes, no entanto, os inancianos tendiam a atribuir suas causas ao providencialismo, ou seja, à marca da punição de Deus e do “castigo divino”.

Um segundo tema que subjaz a reflexão e prática capuchinha diz respeito ao sacrifício como elemento constituinte e fundamental da tarefa de construção da missão de “Catequese e Civilização” do século XIX. Na escrita epistolar capuchinha, o tema do sofrimento físico individual aparece como *tropos* narrativo e representa o vínculo que o missionário em campo estabelece com o sofrimento de Cristo. Assim, repetidamente, veremos nas procissões, nos atos de penitência e no exercício da autoflagelação, frequentemente narrados pelos missionários, a questão do sacrifício que se mostra como definidor do *ethos* franciscano (Le Goff, 2005):

O nosso frei Serafino continua como crônico; talvez no forte calor surgirá uma mudança de ar (...) disse que queria e desejava nos ver; para repousar e dedicar-se (no asilo) a estudo e à saúde (...) Eu ainda vou mal com a minha mão, paciência²⁴⁴.

Eu também souro com o reumatismo nos braços e nas mãos; mas viva Deus!²⁴⁵

Por outro lado, na escrita desses missionários, o adoecimento do corpo aparece como parte indispensável da composição de uma carta ou epístola, surgindo como um recurso de linguagem que visa obter e firmar o vínculo dos missionários entre si:

Eu desejava ver suas cartas (dos missionários de outras províncias) para assim melhor sabermos, uns dos outros, o estado de nossa saúde²⁴⁶.

Em certa medida, a tópica do adoecimento e do sofrimento impingido ao corpo do missionário remete a um elo superior que corresponde àquele estabelecido entre o missionário e o divino, ou seja, permitindo uma aproximação com Deus. A dor e a agonia que acometem o missionário fazem parte de uma característica indissociável da pessoa cristã de um capuchinho. O sacrifício e o adoecimento são exaltados, então, em um lamento cotidiano, como encenação

²⁴⁴ ACRJ – 3-II-20. De frei Caetano de Messina ao Comissário Geral dos Capuchinhos frei Fabiano de Scandinavo, 23 de agosto de 1852.

²⁴⁵ ACRJ – 3-II-27. De frei Caetano de Messina ao Comissário Geral dos Capuchinhos frei Fabiano de Scandinavo, 15 de setembro de 1854.

²⁴⁶ ACRJ – 3-II-28. De frei Caetano de Messina ao Comissário Geral dos Capuchinhos Frei Fabiano de Scandinavo, 27 de fevereiro de 1856.

ritual, em comunhão com os padecimentos de Jesus Cristo e, mais particularmente, como resignação diante dos desígnios divinos e redenção dos próprios pecados. Essa aproximação com o divino diz respeito, no entanto, à concretização de desígnios de Deus que se realiza enquanto ação concreta e efetiva no mundo:

Com a graça de Deus temos mantido até hoje, ainda que com pouca saúde, os pesos deste asilo; a boa vontade reduz os trabalhos e multiplica os Missionários²⁴⁷.

De fato, o tema do *sacrifício* surge na narrativa missionária como elemento indissociável na labuta cotidiana e do trabalho diário de catequizar e civilizar os povos. Assim, ele pode ser identificado na descrição das doenças crônicas e nas dores generalizadas que nunca cessam de atormentar os seus corpos e que penitenciam o missionário diariamente. Desse modo, o missionário nos fala de um corpo sobrecarregado pelos trabalhos cotidianos e castigado pelos males recorrentes:

Disponha Rmo. Pe. à larga mão dessa Missão e a verá voar para responder às suas ordens, só me desagrada estar ameaçado do meu braço direito de uma fortíssima constipação que peguei o ano passado pregando aos civilizados de Olinda, Beberibe, Igarassú e Goiana mais rancorosos e atrasados que os caboclos de Goiás²⁴⁸.

Eu estou mui derrotado em a minha saúde, pois os trabalhos da Vila do Cabo, não se podiam vencer sem crismar de manhã, e a tarde, confessar, dispensar, pregar, etc.

A agravação dos meus sofrimentos, que já não achavam lenitivo algum em diversas combinações terapêuticas, nem na atmosfera desta altitude, reconhecida por todos como eficazmente benéfica a diversas moléstias²⁴⁹.

Complementarmente ao sacrifício, observamos ainda como a noção de corpo acionada no discurso missionário remete a um conceito que torna o cuidado

²⁴⁷ ACRJ – 3-II-5. De frei Caetano de Messina ao Comissário Geral dos Capuchinhos Frei Fabiano de Scandínavo, 26 de março de 1849.

²⁴⁸ ACRJ – 3-II-13. De frei Caetano de Messina ao Comissário Geral dos Capuchinhos Frei Fabiano de Scandínavo, 14 de julho de 1851.

²⁴⁹ AE-5. De frei Caetano de Messina ao presidente da província de Pernambuco, 02 de outubro de 1852.

com o mesmo um imperativo cotidiano, considerando sua função de instrumento de realização da vontade divina na terra. De fato, podemos observar como os capuchinhos instauraram uma rígida disciplina do corpo que inclui um protocolo de cuidados higiênicos e dietéticos que remetem à conservação não só do físico como da moral.

Neste ponto, notemos como algumas recomendações dos missionários, principalmente, no âmbito das instituições de ensino por eles fundadas, demonstram uma consonância particular com os preceitos da medicina da época – ao reproduzirem em seus empreendimentos o escrutínio de recomendações e protocolos higiênicos – porém, como podemos observar, os objetivos a serem atingidos estariam articulados, essencialmente, com práticas morais desejáveis.

A este respeito, veremos como na rotina dos internos seriam introduzidos preceitos importantes de higiene. Desse modo, a pedagogia dos missionários italianos contemplava uma série de recomendações e protocolos que incidiam tanto sobre o corpo dos alunos como sobre as instalações do colégio. Inseridas no cotidiano dos internos, estas regras eram incutidas nos indivíduos a partir de um rigoroso e longo aprendizado que versava, entre outras coisas, sobre noções de asseio pessoal, disciplina moral, regras dietéticas e cuidados com o meio.

As recomendações diariamente enfatizadas pelos missionários aos internos previam, nesse sentido, os banhos diários, o cuidado com a apresentação pessoal – especialmente a atenção com a vestimenta, o cabelo e unhas. Além disso, os educandos recebiam instrução sobre a melhor maneira de conservar o espaço em que viviam – havia regras que estabeleciam a disposição do mobiliário dos quartos, recomendações sobre a limpeza dos refeitórios, prescrição dietética – com um rígido controle sobre a alimentação que considerava a qualidade e quantidade do alimento ingerido diariamente, entre outras recomendações que versavam sobre a disciplina do corpo e a atenção com o meio, como pode ser observado em alguns dos artigos que compunham o regulamento que regia as atividades da *Colônia Isabel*, que descrevemos anteriormente:

Art. 73. Os colonos devem evitar o ter a roupa molhada, quando não estiverem em movimento de trabalho ou exercício. Depois do último serviço lavar os pés e mudarão a roupa, e antes de tomar o leito para dormir, lavarão a boca e esfregarão os dentes, repetindo esta limpeza de manhã e ao despertar.

Art. 74. Não dormirão com roupa com que andarem durante o dia.
Art. 75. É rigorosamente proibido andar nos próprios salões de trajes menores, bem como dormir descoberto.
Art. 76. A roupa do trabalho servirá exclusivamente para isso, devendo os colonos tomar outra para os demais exercícios.

A relação estabelecida entre os padrões definidos pelos missionários capuchinhos em seus empreendimentos e os preceitos médicos pode, ainda, ser observada na preocupação constante com o controle das doenças, tornando ideias relativas à propensão ao adoecimento e salubridade do meio temas recorrentes dos relatórios remetidos ao presidente da província. Assim, veremos tais preocupações nas repetidas solicitações de remédios e nos pedidos para que um médico fizesse parte do quadro de funcionários da colônia - o que é atendido a partir do ano de 1877, quando um profissional é designado para compor o quadro de funcionários deste estabelecimento. Adicionalmente, veremos como o cuidado com o estado sanitário da colônia será expresso nos relatórios anuais produzidos pelo missionário que registram as “moléstias reinantes” e o número de doentes, bem como refletirá no seu regulamento que definirá, por sua vez, os procedimentos a seguir no momento em que um educando é acometido por alguma moléstia:

Art. 77. Logo que o colono se sentir doente dará parte ao chefe, o qual por sua vez dará ciência ao diretor, e de ordem deste o recolherá à enfermaria.
Art. 78. O colono recluso por castigo mudará de roupa como qualquer outro, e será tratado quando enfermo.
Art. 79. O colono enfermo será obrigado a observar a dieta ordenada, e terá todas as regalias, que forem julgadas convenientes para o pronto restabelecimento²⁵⁰.

Como observei anteriormente, os colégios - juntamente com a paróquia - representaram um projeto que definiria o modelo capuchinho de produção da civilização cristã nos sertões do nordeste. Há de se considerar nesse sentido, que estes estabelecimentos reuniam todos os elementos exaltados no discurso missionário sobre a edificação de uma civilização essencialmente guiada por princípios cristãos e que remetia à consolidação do projeto missionário como ação no mundo – o trabalho, as melhorias materiais, a construção de uma moral cristã, a educação e os cuidados com o corpo.

²⁵⁰ APEJE: IP-46, 1888a: 10.

De fato, veremos que será a partir dos seus equipamentos civilizatórios que os missionários conseguiriam efetivar seu modelo de civilização: com o estabelecimento da paróquia – constituída por uma igreja, um cruzeiro e um cemitério - ampliariam o alcance dos seus empreendimentos a partir da escola, dos aquedutos e dos açudes, alçando os pequenos núcleos civilizatórios à condição de vilas, incrementando a produção agrícola e mudando definitivamente a paisagem dos sertões.

EPÍLOGO:

MÉDICOS, CHARLATÃES E MISSIONÁRIOS

A realização deste trabalho procurou conciliar duas tradições que na literatura frequentemente aparecem como opostas: a ciência e a religião. Seguindo a sugestão proposta por Bruno Latour (2004) de entender esses domínios enquanto diferentes *regimes de enunciação*, procurei mapear suas *condições de felicidade*. Trata-se, desse modo, de descrever tanto o programa científico quanto o missionário em sua positividade, nas relações que estabelecem nos diferentes planos de sua atuação.

Considerando esta questão do método, a construção do presente trabalho se realizou seguindo as relações que se estabelecem pelos domínios focalizados na pluralidade de suas agências: por um lado, o sistema médico no que se refere à produção de um conhecimento racional e científico e suas controvérsias - internas e externas à disciplina - por outro, o âmbito em que se realiza a intersecção da ciência com as práticas missionárias, focalizando o interior da província e a reflexão produzida sobre o espaço e os povos dos sertões.

Ainda que eu não considere a possibilidade de realizar aqui um exercício comparativo entre os dois programas que analisamos ao longo desse trabalho – o médico-científico e o missionário -, acredito que possamos, neste momento, traçar um paralelo entre esses dois tipos de práticas tendo como ponto de partida duas concepções que me parecem centrais para entender os seus respectivos programas. No primeiro caso, proponho focalizar a *cidade salubre*; no segundo, a *paróquia*, entendendo-os como projetos correlatos de civilização.

Como vimos, a construção da imagem idealizada de uma *cidade salubre* permitiu a conformação médico-científica definir um programa amplo de intervenção sobre espaço público, que não se restringiria ao plano urbano e arquitetônico da cidade, mas refletiu, também, sobre o clima, a topografia e os costumes e os hábitos da população. Nesse contexto, a cidade foi o cenário onde a medicina acadêmica pode se consolidar enquanto disciplina oficial, apoiada pelas instituições científicas que se criaram no período, bem como se articular com o Estado para propor seus programas médico-sanitários que visavam remodelar o espaço urbano.

Adicionalmente, a cidade ofereceu aos médicos do século XIX matéria para suas reflexões tanto sobre sua constituição natural – essencialmente o clima e as feições topográficas - quanto em relação à constituição social e racial da população. A lógica desse programa, desenhado com fito de construir a cidade salubre obedeceria, no entanto, à indefinição da *espontaneidade mórbida da epidemia*: a proliferação de medidas sanitárias - desinfecção, limpeza, remodelação urbanística e mudanças de hábitos - correspondeu à amplitude do *campo mórbido* desenhado pela *cólera-morbus*.

No que diz respeito a sua construção enquanto disciplina científica, vimos como o enunciado médico foi edificado a partir do conceito de racionalidade que, por sua vez, realizava-se a partir da adoção de métodos estatísticos e experimentais. Disso resultaria formas de *purificação* e *estabilização* que se lançavam em duas diferentes direções: primeiro em relação aos seus métodos e práticas e, em segundo lugar em relação a outros saberes e práticas de cura. Como demonstrei ao longo da primeira parte do trabalho, esse movimento em torno da elaboração de métodos racionais, operados pela disciplina, processaria um modelo científico de medicina capaz de produzir conhecimento objetivo sobre as doenças, aplicar medidas profiláticas e prover a cura, distanciando seus métodos e práticas da medicina exercida no período colonial, considerada ultrapassada diante dos avanços que disciplinas como a Estatística, a Química e a Física conferiam ao exercício médico característico daquele momento.

Em relação ao segundo caso – ou seja, a relação que a medicina estabelece com outros conhecimentos e práticas de cura - vimos como a ciência buscou empreender a separação definitiva entre a medicina acadêmica e as práticas de cura charlatãs, definidas pelo seu *efeito parasita* ou pelas *más razões*, que tanto os mecanismos envolvidos nas práticas de cura dos homeopatas quanto os conhecimentos tradicionais de índios e negros partilhavam. Neste ponto, veremos como a ciência do século XIX, que caminhava em direção à modernidade expressa nos métodos racionais, realizaria sucessivas tentativas de eliminar qualquer rastro de subjetividade que as relações entre terapias e pacientes pressupunham.

Neste ponto, ainda que possamos verificar a adoção de terapêuticas baseadas na “matéria tradicional” – como vimos nos inventários sobre as plantas indígenas realizados pela pesquisa médica, por exemplo –, veremos como os saberes tradicionais para serem incorporados pelo conhecimento científico, necessariamente,

deveriam ser submetidos a protocolos de testes e observação clínica dos seus resultados, como forma de eliminar todo o misticismo e a ignorância que os definiam, dissociando o uso de determinadas substâncias do seu contexto e distanciando as terapias das práticas que as originavam.

Desse modo, procuramos destacar os procedimentos de purificação e estabilização da ciência frente às terapias de cura tradicionais. Neste ponto, vemos como a ciência procura criar medidas quantitativas e padronizadas para lidar com conhecimentos que são, por princípio, refratários à homogeneização e universalização. Como explica Manuela Carneiro da Cunha (1999) “a universalidade do conhecimento científico não se aplica ao conhecimento tradicional”. O saber tradicional seria, assim, em sua essência plural:

As semelhanças genéricas [entre o conhecimento tradicional e o científico] não podem eclipsar as profundas diferenças quanto à definição e ao regime. Há pelo menos tantos regimes de conhecimento tradicional quanto existem povos. É só por comodidade abusiva, para melhor homogeneizá-lo, para melhor contrastá-lo ao conhecimento científico, que podemos usar no singular a expressão “conhecimento tradicional”. Pois enquanto existe por hipótese um regime único para o conhecimento científico, há uma legião de regimes de saberes tradicionais (*op. Cit.*: 302).

Considerando que os conhecimentos científico e tradicionais são comparáveis, já que ambos são formas de entender e agir sobre o mundo, ou como define Lévi-Strauss (1989), estão fundamentados em operações lógicas e respondem à mesma necessidade de saber, outras dimensões os fazem completamente diferentes – como atribuição de validade, forma de produção e circulação - bem como, subjazem lógicas diferentes: enquanto o conhecimento científico repousa no uso de conceitos, os conhecimentos tradicionais fundamentam-se na lógica das qualidades sensíveis.

Remetendo a configuração do século XIX a exemplos atuais sobre o modo como a ciência *tout court* trata a contribuição dos saberes tradicionais para o avanço do conhecimento científico, vemos que as controvérsias permanecem. Manuela Carneiro da Cunha (*op. Cit.*) nos mostra a este respeito como, nos dias de hoje, a suposta contribuição das populações tradicionais - sobretudo no campo da farmacologia onde essa questão se mostra mais evidente - é diminuída pela constatação de que o uso de substâncias naturais não se revela mais vantajoso em relação às preparações sintéticas, ainda mais quando se pondera sobre a possibilidade

de testar a atividade das inúmeras combinações possíveis de serem realizadas em um laboratório. Ou, ainda, quando a ciência considera que o conhecimento tradicional nem sempre coincide com o uso que determinada substância pode assumir, já que são vários os usos que podem ser associados a uma determinada planta a partir dos testes de laboratórios.

Similarmente às situações apresentadas pela autora, o uso do conhecimento indígena pela medicina do século XIX não foi reconhecido como um aporte significativo para o avanço da ciência da época. Como vimos anteriormente, ainda que possa ter havido algum tipo de intercâmbio entre a medicina acadêmica e os saberes tradicionais, os conhecimentos nativos são sempre vistos como algo menor e, necessariamente, tendem a ser descartados.

A forma como a ciência de meados do século XIX mobiliza o conhecimento indígena demonstra, desse modo, um movimento em torno da sua invisibilidade: enquanto conhecimento sobre a cura, as terapias tradicionais não tem valor senão como matéria para as estabilizações da ciência. Nesse sentido, os conhecimentos indígenas só podem ser aproveitados à medida em que são submetidos às regras científicas; sem isso ele não passa de um conhecimento menor, resultado da superstição e ignorância em que estariam envolvidas as populações tradicionais.

No caso das terapias de negros e caboclos, os procedimentos da medicina oficial se mostrariam ainda mais refratários. Nesse caso, a ênfase é dada ao modo como os processos de miscigenação racial processam práticas terapêuticas misturadas. A associação realizada entre a miscigenação racial – considerada na sua decadência e degeneração – reflete o modo como a medicina acadêmica vai qualificar as práticas terapêuticas misturadas. Nesse contexto, o repertório indígena sobre as plantas é valorizado, pois quando comparado com saberes e práticas derivados de mestiçagens terapêuticas ele sofre uma positivação, obedecendo a lógica de que a mistura é sempre a pior das escolhas.

Aos negros e caboclos foi conferida, ainda, certa suscetibilidade à contaminação pela *cólera-morbus* – bem como por outras moléstias contagiosas - na cidade, o negro escravo ou liberto foi frequentemente comparado a um vetor de doenças particularmente quando se observa os condicionantes externos impostos pela escravidão e pela pobreza em que viviam – má alimentação, condições degradantes de moradia e trabalho extenuante. Entretanto, veremos que a associação mais comum que se estabelece no discurso médico, é atribuir a predisposição em adquirir a doença

a certos vícios morais que seriam indissociáveis dos hábitos dessas populações como, por exemplo, o alcoolismo. Nesse sentido, corroborando esse tipo de visão sobre as populações negras e mestiças, o presidente da província, em seu relatório de 1857, afirmaria como os negros e os caboclos estariam mais sujeitos à *cólera-morbus* por causa do vício da bebida²⁵¹.

Voltando ao programa missionário capuchinho, vimos como a *paróquia* se configuraria em emblema da civilização nos sertões. Esse conceito surge no enunciado missionário para se referir a um modelo de civilização por meio do qual o programa missionário produz suas condições de felicidade. A primeira tarefa do missionário em *Santa Missão* é construir o espaço da sociabilidade cristã que se traduz na construção de igrejas, cruzeiros e cemitérios – elementos essenciais para a constituição da paróquia. A partir desse núcleo, o missionário expande seu projeto de civilização cristã: constrói açudes, colégios, promove a agricultura, expandindo os limites da civilização e modificando a cartografia dos sertões.

A este processo estaria vinculada uma inscrição missionária voltada para o *apagamento da memória indígena*, que enfatizava a categoria mestiça, expressa na figura do caboclo. A imagem do caboclo representaria, nesse contexto, o sucesso do empreendimento missionário na conformação da civilização cristã²⁵². O caboclo transformado em cristão era aquele que, uma vez convertido pelos sacramentos, permaneceria submetido à influência da paróquia. Como podemos acompanhar da fala do missionário frei Caetano de Messina:

nessa província não há índios, mas caboclos e os caboclos existentes nela estão civilizados, batizados ou sob a plena jurisdição do respectivo Pároco²⁵³.

²⁵¹ No final do século XIX, o argumento da degeneração da raça trazia a concepção de que algumas doenças como a sífilis, o alcoolismo e a loucura eram hereditárias e surgiriam como resultado de misturas de raças mal sucedidas.

²⁵² Neste ponto, há de se distinguir entre o uso que o conceito de caboclo assumiu no enunciado oficial durante o Segundo Reinado e a memória social dos índios do nordeste que, recentemente, tem sido retomada de forma autônoma pelos próprios índios – as chamadas emergências seriam um indício desse processo e o caminho reverso do processo de apagamento da presença dessas populações nessa região do país. Para mais sobre o tema, ver Arruti (2001, 1999, 1997).

²⁵³ PRONEB-VI-23 Carta de frei Caetano de Messina ao presidente da província de Pernambuco Manoel Vieira Torta, 14 de maio de 1849.

Similarmente, a inserção do índio no trabalho oferecia outro importante parâmetro para definir sua transformação instantânea em civilizado, desse modo, veremos como o índio fora do espaço dos aldeamentos, desempenhando qualquer atividade produtiva, ou inserido nas relações sociais que eram tecidas nos espaços dos empreendimentos capuchinhos, não seria mais considerado índio, mas cidadão. Nas palavras do missionário:

Entendo, que todo o Índio que sair para trabalhar fora d'Aldeia, considerar-se-á Cidadão, e não como Índio²⁵⁴.

No enunciado missionário sobre os povos dos sertões outras associações seriam sobrepostas a partir das imagens construídas sobre o selvagem e o caboclo. Ainda que ambos pudessem ser aproximados pela origem comum e pela possibilidade que partilhavam de alcançarem a civilização, a imagem construída dos índios selvagens pelos capuchinhos remetia a bestas e feras que povoavam as matas fechadas por onde os missionários circulavam em suas missões de pacificação. Já o conceito de caboclo diz respeito à diversidade de índoles, a destroços da raça e, essencialmente, a inconstância que caracterizava as populações misturadas. Nesse contexto, o conceito de caboclo que era invocado tanto pelos missionários como pelo discurso oficial, remete, essencialmente, à invisibilidade produzida sobre o índio no século XIX.

Ao longo da terceira parte desse trabalho, procurei mostrar o que parece ser uma visão original da missão católica e que se expressa na dupla competência que o empreendimento missionário assumiu na segunda metade do século XIX, ao conjugar em um mesmo programa a prédica religiosa a uma ação efetiva no mundo. O misticismo das procissões de penitência e os milagres que faziam jorrar água nos sertões da província, desse modo, contrastam com o “aqui e agora” da engenharia dos aquedutos e redes de canalização de água potável que abasteciam as vilas e faziam florescer a agricultura.

²⁵⁴ AE-5 fl. 101. Carta de frei Caetano de Messina ao presidente da província de Pernambuco, 25 de outubro de 1852.

Na construção do trabalho tentei, desse modo, tratar da especificidade dessas duas configurações – a cidade e o sertão – de forma a conectar as controvérsias em torno da mestiçagem terapêutica, condenada pela medicina acadêmica, ao caboclismo que, no discurso oficial e missionário, remete ao apagamento da memória indígena, sob a figura do caboclo. Com esse procedimento, busquei ao longo dessa tese destacar o evento nas suas controvérsias, evitando seu caráter espetacular ou simplesmente focalizando os eventos sociais que giraram em torno da epidemia, desviando assim de uma história de uma ciência reduzida (Stengers, 2002).

FONTES PRIMÁRIAS IMPRESSAS

ADUCCI, PIO

1855 *Método para preservar-se do cólera-morbus, aplicado aos costumes dos habitantes da Bahia, seguido de um meio fácil e popular, para curar esta doença.*

Diretoria Geral de Saúde Pública. *Os Serviços de Saúde Pública no Brasil de 1808 a 1907 Esboço histórico e legislação*; 2º vol. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.

FONSECA, JOAQUIM DE AQUINO

1862 *Notas sobre o tratamento do cólera-morbus.*

1855 *Bases para um plano de edificação da cidade.*

1855 *Medidas preventivas para a cólera-morbus na província de Pernambuco*

1848 *Vacina, ou varíola vacinal.*

1851 *Representação de Aquino Fonseca ao presidente da província a respeito da homeopatia*, 28 de julho de 1848. Recife: Tipografia S. Caminha.

1847 *Memória acerca das diferentes espécies de lepra, com algumas reflexões críticas fundadas na observação.* Arquivo Médico Brasileiro, tomo 3º.

1845 *Memória acerca das inhumações, sepulturas e enterros.*

FONSECA, FILIPPE MENA CALLADO DA

1840 [1977] “À cerca do Jardim Botânico”. In: *Annaes da Medicina Pernambucana (1842-1844)*. Recife: Governo de Pernambuco/Secretaria de Educação e Cultura.

PEREIRA, COSME DE SÁ

1857 *Relatório do estado sanitário da Província de Pernambuco no ano de 1856.*

Pernambuco: Tip. De M. F. de Farias.

1856 *Cholera-Morbus. Medidas preventivas. Reminiscência do cholera em Pernambuco nos annos de 1855-1856 pelo dr. Cosme de Sá Pereira.*

REGO, JOSÉ PEREIRA

1873 *Memória histórica das epidemias da febre amarela e cólera-morbus.*

Typographia Manoel Figueiroa de Faria & Filhos.

SERPA, JOAQUIM JERONIMO

1836 *Compêndio de Botânica, para uso dos alunos que querem se dedicar ao estudo desta ciência.*

Annaes da Medicina Pernambucana (1842-1844). Recife: Governo de Pernambuco/Secretaria de Educação e Cultura, 1840 [1977].

Coleção dos trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província de Pernambuco (1845-1851). Recife: Tipografia S. Caminha, 1851.

Colônia Izabel. Collecção de escriptos publicados por ocasião do assentamento da primeira pedra daquela colônia agrícola e industrial da Província de Pernambuco, s/d.

Ensaio Estatístico da Mortalidade do Recife desde o 1º de março de 1851 até o 1º de março de 1855. Extrahido dos livros do Cemitério Público. Tipografia de M. F. de Faria, 1855.

Noticias elementares da homeopatia ou manual do fazendeiro, do capitão de navio, e do pai de família, contendo a ação dos vinte e quatro principais medicamentos homeopathicos, s/d.

Regulamento que se tem observado e se deve observar dos missionários deste Hospício de Nossa Senhora da Penha de Pernambuco, em o tempo das suas missões, 1864.

Relatório do Inspetor de Saúde Pública, dr. Pedro de Attahyde Lobo Moscozo ao presidente da província de Pernambuco em 30 de janeiro de 1883. Typographia Manoel Figueiroa de Faria & Filhos.

Relatórios apresentados pelo Presidente da província de Pernambuco, Francisco Rego Barros, à Assembléia Legislativa, 1837-1844.

ARQUIVOS CONSULTADOS

APEJE - Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano

Arquivo da Sociedade de Medicina de Pernambuco – Memorial da Medicina

Biblioteca Pública Estadual de Recife

Fundação Joaquim Nabuco

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, LUIZ SÁVIO

1996 *Alagoas nos tempos do cólera*. São Paulo: Escrituras Editora.

AMOROSO, MARTA ROSA

2009 “Natureza e sociedade. Disputas em torno do cultivo da paisagem em Itambacuri”. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 24.

2006 “A primeira missa. Memória e Xamanismo na missão capuchinha de Bacabal”. In: Paula Montero (org.) *Deus na aldeia: missionários, índios e mediação cultural*. São Paulo: Editora Globo.

2005 “De quanto custa ganhar o céu nestes sertões ...”: *Antropologia da Missão Capuchinha no Brasil Imperial*. Relatório de Pesquisa.

1998a *Catequese e Evasão. Etnografia do Aldeamento Indígena de São Pedro de Alcântara, Paraná (1855-1895)*. Tese de Doutorado. São Paulo: FFLCH/USP.

1998b “Mudança de Hábito: Catequese e Educação para Índios nos Aldeamentos Capuchinhos (Século XIX)”. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais ANPOCS*, vol. 13, nº 37, junho.

ARANTES, ADLENE SILVA

2006 *O papel da Colônia Orfanológica Isabel na educação e na definição dos destinos de meninos negros, brancos e índios na província de Pernambuco (1874-1889)*. Dissertação de mestrado. Recife: UFPE.

ANDRADE, GILBERTO OSÓRIO DE

1986 *A cólera-morbo. Um momento crítico da história da medicina de Pernambuco*. Recife: Fundação Joaquim Nabuco/Editora Massangana.

1983 “Um modelo de história social: o de Gilberto Freyre”. In: *Anais do Seminário de Tropicologia: Trópico & Gilberto Freyre, 1980*. Recife: FUNDAJ/Massangana.

1952 *Ares e ventos do Recife*. Recife: Universidade do Recife.

ARAÚJO, RICARDO BENZAQUEN

1994 *Guerra e paz. Casa grande & senzala e a obra de Gilberto Freyre nos anos 30*. São Paulo: Editora 34.

ARRAIS, RAIMUNDO

2004 *O pântano e o riacho: a formação do espaço público no Recife do século XIX*. São Paulo: Humanitas.

ARRUTI, JOSÉ MAURÍCIO ANDION

2001 “Agenciamentos políticos da ‘mistura’: identificação étnica e segmentação negro-indígena entre os Pankararú e os Xocó”. In: *Estudos Afro-Asiáticos*, vol. 23, nº 2.

1999 “A árvore Pankararu: fluxos e metáforas da emergência étnica no sertão do São Francisco”. In: Oliveira, João Pacheco de. *A viagem de volta: etnicidade, política e reelaboração cultural no Nordeste indígena*. Rio de Janeiro: Contracapa.

1997 “A emergência dos ‘remanescentes’: notas para o diálogo entre indígenas e quilombolas”. In: *Mana* 3(2):7-38.

AZZI, RIOLANDO

1975 “Os capuchinhos e o movimento brasileiro de reforma católica no século XIX”. In: *Revista Eclesiástica Brasileira*, vol. 36, fasc. 141.

BASQUES, MESSIAS

2011 *As verdades da mentira: ensaio etnográfico com folhetos de cordel*. Dissertação de mestrado. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos.

BELTRÃO, JANE FELIPE

2004 *Cólera: o flagelo da Belém do Grão-Pará*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi/UFPA.

2004a “Cólera e gentes de cores ou o acesso aos socorros públicos no século XIX”. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 14, nº 02.

2002 “Autoridade médica e divulgação científica no Grão-Pará flagelado pelo cólera: século XIX”. In: *Horizontes Antropológicos*, vol. 08, nº 17.

BENCHIMOL, JAIME LARRY

2001 *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos/Editora Fiocruz.

1999 *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Editora da UFRJ.

BEOZZO, JOSÉ OSCAR

1992 *História geral da igreja na América Latina*. Tomo 2, vol. 2. Petrópolis: Vozes.

1983 *Leis e Regimentos das Missões: políticas indigenistas no Brasil*. São Paulo: Edições Loyola.

BONJEAN, LOUIS FRANÇOIS

1866 *O médico e o cirurgião da roça*. [s.e].

1866 *Primeiros socorros*. [s.e].

BOURDELAIS, PATRICE & RAULOT, JEAN-YVES.

1987 *Une peur bleue. Histoire du choléra em France 1832-1854*. Paris: Payot.

BOURROUL, ESTEVAM LEÃO

1879 *Frei Caetano de Messina. Estudo histórico-religioso*. São Paulo: Tipografia Jorge Seckler.

BUARQUE DE HOLANDA, SÉRGIO

1994 *Caminhos e fronteiras*. 3ª ed. São Paulo: Cia. das Letras.

CÂMARA CASCUDO, LUIZ

1951 *Meleagro*. São Paulo: Agir Editora.

CANGUILHEM, GEORGES

1978 *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitaria.

CAPANEMA, GUSTAVO XAVIER DA SILVA

1879 *Dos pântanos considerados como causa da moléstia*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

CARNEIRO DA CUNHA, MANUELA

2011 “Questões suscitadas pelo conhecimento tradicional”. In: Schwarcz, Lília Moritz et al. (org.). *O lugar da cultura e o papel da antropologia*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue.

1999 “Relações e dissensões entre saberes tradicionais e saber científico”. In: *Cultura com aspas e outros ensaios*. São Paulo: Cosac Naify.

1992 *Legislação indigenista no século XIX. Uma compilação*. São Paulo: EDUSP/Comissão Pró-Índio de São Paulo.

CARRARA, SERGIO

1996 *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

CHALHOUB, SIDNEY

1996 *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Cia. das Letras.

CHARGÉ & JAHR

1854 *Tratamento homeopático preservativo e curativo do cólera-morbus instrução ao povo, a quem pode servir de guia na falta de médico*. [s.e].

CHERNOVIZ, PEDRO NAPOLEÃO

1851 *Dicionário de medicina popular. Vols. I, II e III*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Eduardo & Henrique Laemmert Editores.

1841 *Formulário e guia médico*. [s.e].

CORBIN, ALAN

2008 *Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social XVIII^e-XIX^e siècles*. 3ª ed. Paris: Editions Flammarion.

COSTA, FRANCISCO AUGUSTO PEREIRA DA

1987 *Anais pernambucanos*. Recife: FUNDARPE.

COSTA, JURANDIR FREIRE

1980 *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal.

COUTO, DOMINGOS DE LORETO

1983 *Desagravos do Brasil e glórias de Pernambuco*. Recife: Fundação de Cultura Cidade do Recife. Edição Fac-similar.

CZERESNIA, DINA

1997 “Do contágio à transmissão: uma mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia”. In: *História, Ciências, Saúde de Manguinhos*, vol. IV(1): 75-94.

DA NEMBRO, METODIO

1957 “Le missioni cappuccine nel Brasile durante il primo Impero e la Reggenza (1822-1840)”, In: *Collectanea Franciscana* 27, 385-415.

DANTAS, BEATRIZ G., SAMPAIO, JOSÉ AUGUSTO L. & CARVALHO, MARIA ROSÁRIO G.

1992 “Os povos indígenas no nordeste brasileiro: um esboço histórico”. In: Cunha, Manuela Carneiro da. *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Cia. das Letras/FAPESP/SMC.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

1978 *Os serviços de saúde pública no Brasil (1808-1907)*. São Paulo: Departamento Nacional de Saúde Pública.

DINIZ, ARIOSVALDO DA SILVA

1997 *Cólera: representações de uma angústia coletiva: a doença e o imaginário social no século XIX no Brasil*. Tese de Doutorado. Campinas: UNICAMP.

EDLER, FLAVIO COELHO

2011 *A medicina no Brasil Imperial: clima, parasitas e patologia tropical*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

2006 *Boticas & Farmacias: uma história ilustrada da farmácia no Brasil*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra.

- 2003 “A medicina no Brasil Imperial: fundamentos da autoridade profissional e da legitimidade científica”. In: *Anuario de Estudios Americanos*, tomo LX, 1.
- 2002 “A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina Tropical no Brasil”. In: *História, Ciências, Saúde de Manguinhos*, vol. 9(2).
- 2001 “De olho no Brasil: a geografia médica e a viagem de Alphonse Rendu”. In: *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, vol. 8.

FARIAS, ROSILENE GOMES

2007 *O Khamsin do deserto: cólera e cotidiano no Recife*. Dissertação de Mestrado. Recife: UFPE.

FERREIRA, LUIZ OTÁVIO

- 2009 “Introdução: José Francisco Xavier Sigaud e a tradução local do higienismo”. In: Sigaud, Joseph Xavier. *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste Império*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- 2004 “Negócio, política, ciência e vice-versa: uma história institucional do jornalismo médico brasileiro entre 1827 e 1843”. In: *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, 11(1.)
- 1998 “José Francisco Xavier Sigaud: um personagem esquecido, uma obra reveladora”. In: *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, 5(1).
- 1996 *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX*. Tese de Doutorado. São Paulo: FFLCH/USP.

FERREIRA, LUIZ OTÁVIO; MAIO, MARCOS CHOR & AZEVEDO, NARA

1997 “A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro: a gênese de uma rede institucional alternativa”. In: *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, 4(3).

FONSECA, ADOLPHO ARTHUR RIBEIRO

1876 *Das emanações palustres*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

FOUCAULT, MICHEL

- 1980 *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forence Universitária.
- 1979 *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

FRANCO, ODAIR

1969 *A história da febre amarela no Brasil*. Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Endemias Rurais.

FREITAS, OCTÁVIO DE

1979 “Um século de medicina e higiene no nordeste” In: Freyre, Gilberto (org). *Livro do Nordeste*. Recife: Arquivo Público Estadual de Pernambuco.

1943 *Medicina e costumes do Recife Antigo*. Recife: Imprensa Oficial.

FREYRE, GILBERTO

2008 *Vida social no Brasil nos meados do século XIX*. São Paulo: Global. 4ª edição.

2006 [1933] *Casa grande & Senzala*. 48ª edição. São Paulo: Global.

2003 [1936] *Sobrados e mocambos*. São Paulo: Global.

1959 *A propósito de frades*. Salvador: Universidade da Bahia.

1956 “A propósito de Mourão, Rosa e Pimenta: sugestões em torno de uma possível hispanotropologia”. In: *Mourão, Rosa & Pimenta: Notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina do Brasil*. Recife: Arquivo Público Estadual.

1940 *Um engenheiro francês no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora José Olympio.

1937 *Mocambos do nordeste: algumas notas sobre o tipo de casa mais primitivo do Nordeste do Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura.

GARDNER, GEORGE

1975 *Viagens no Brasil. Principalmente nas províncias do norte e nos distritos de ouro e do diamante*. Belo Horizonte/São Paulo: Itatiaia/Edusp.

GIUMBELLI, EMERSON

1997 *O cuidado dos mortos: uma história da condenação e legitimação do espiritismo*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional.

GUIMARÃES, MARIA REGINA COTRIM

2005 “Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império”. In: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 12, nº 2, maio-ago.

HOONAERT, EDUARDO

1992 *História da igreja no Brasil, tomo II/1*. São Paulo: Paulínia; Petrópolis: Vozes.

1978 *Formação do catolicismo brasileiro*. Petrópolis: Vozes.

IMBERT, JEAN-BAPTISTE ALBAN

1873 *Guia médico das mães de família*. [s.e].

1839 *O manual do fazendeiro*. [s.e].

1837 *Uma palavra sobre charlatanismo e charlatães*. [s.e].

LE GOFF, JACQUES

2005 *São Francisco de Assis*. Rio de Janeiro: Editora Record.

LÉCUYER, BERNARD-PIERRE

1986 “L’hygiène en France avant Pasteur 1750-1850”. In: Salomon-Bayet, Claire (org.) *Pasteur et la révolution pastorienne*. Paris: Payot.

LÉVY, MICHEL

1844 *Traité d’hygiène publique et privée*. Paris: J.-B. Baillière.

KOSTER, HENRY

1942 *Viagens ao nordeste do Brasil*. Recife: Companhia Editora Nacional.

KURY, LORELAI

2012 “Explorar o Brasil: o Império, as Ciências e a Nação”. In: Kury, Lorelai. *Comissão Científica do Império (1859-1861)*. Rio de Janeiro: Andrea Jakobsson Estúdio Editorial.

1994 “Entre nature et civilisation les médecins brésiliens et l'identité nationale (1830-1850)”. In: *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, 12.

1991 *O império dos miasmas: a Academia Imperial de Medicina (1830-1850)*. Dissertação de mestrado. Niterói: Universidade Federal Fluminense.

LACERDA, ANTONIO CORREIA DE

1832 *Cholera-morbus. Em Opusculos de matéria médica*. Paris.

LANGAARD, THEODORO J. H.

1872 *Dicionário de Medicina Doméstica e Popular - Volumes I, II e III*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Laemmert & Cia.

LATOUR, BRUNO

2004 “Não congelarás a imagem”, ou : como não desentender o debate ciência-religião. In: *Mana*, 10(2).

2001 *Pasteur: guerre et paix des microbes*. 2a. ed. Paris: Éditions La Découverte.

2001b *A esperança de Pandora : ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru, SP: EDUSC.

2000 *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora da UNESP.

1994 *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro: Editora 34.

LE ROY, LOUIS

1825 *Medicina curativa*. [s.e].

LÉVI-STRAUSS, CLAUDE

1989 *O pensamento selvagem*. Campinas: Papirus.

LIRA, JOSÉ CORREIA TAVARES

1996 *Mocambo e cidade: regionalismo na arquitetura e ordenação do espaço habitado*. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo.

LOBATO FRANCISCO PROCÓPIO

1875 *Da topografia da cidade do Rio de Janeiro e sua influência sobre a salubridade pública*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

LOPES, MARIA MARGARET

2012 “A Comissão científica de exploração: uma expansão para dentro”. In: Kury, Lorelai. *Comissão Científica do Império (1859-1861)*. Rio de Janeiro: Andrea Jakobsson Estúdio Editorial.

MACHADO DE ASSIS, JOAQUIM MARIA

1994 [1892] “Crônicas - A semana” In: *Obra completa de Machado de Assis* vol. III. Rio de Janeiro: Nova Aguilar.

MACHADO, ROBERTO

1978 *Danação da norma*. Rio de Janeiro: Graal.

MAIA, CLARISSA NUNES

2001 *Policiados: controle e disciplina das classes populares na cidade do Recife, 1865-1915*. Tese de doutorado em História. Recife: UFPE.

MARRAS, STELIO

2004 *A propósito de águas virtuosas: formação e ocorrências de uma estação balneária no Brasil*. Belo Horizonte: Editora UFMG.

MARSON, ISABEL ANDRADE

1993 “O engenheiro Vauthier e a modernização de Pernambuco no século XIX: as contradições do progresso”. In: Bresciani, M. Stella (org). In: *Imagens da cidade: séculos XIX e XX*. São Paulo: ANPUH/Marco Zero/Fapesp.

MATTOS, THEODORO DA COSTA

1878. *Das causas das moléstias*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

MELO, IRMÃ LORETO

2003 *História, carisma, missão*. Recife: Congregação das Irmãs Franciscanas de Nossa Senhora do Bom Conselho.

MELLO, EVALDO CABRAL DE

1999 *O norte agrário e o Império (1871-1889)*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Topbooks.

1978 “Canoas do Recife: um estudo de microhistória urbana”. In: *Revista do Instituto Arqueológico, Histórico e Geográfico Pernambucano*, vol. L.

MELLO, JOSEMIR CAMILO DE

2000 *Modernização e mudança: o trem inglês nos canaviais do nordeste (1852-1902)*. Tese de doutorado. Recife: UFPE.

MENEZES, JOSÉ LUIZ (ORG.)

1988 *Atlas Histórico Cartográfico do Recife*. Recife: Fundação Joaquim Nabuco/Editora Massangana.

MENEZES, JAYME SÁ

1957 *Medicina indígena (na Bahia)*. Salvador: Livraria Progresso Editora.

MIRANDA, CARLOS ALBERTO CUNHA

2004 *A arte de curar nos tempos da Colônia: Limites e espaços da cura*. Recife: Fundação de Cultura da Cidade do Recife.

2002 “A ação missionária e pacificadora de frei Caetano de Messina”. In: Brandão, Sylvana. *História das religiões no Brasil*. Recife: Editora da UFPE.

MIRANDA, CARLOS ALBERTO CUNHA & FARIAS, ROSILENE GOMES

2007 “Cólera e homeopatia no Recife Imperial”. In: *Anais Eletrônicos do I Colóquio de História da Universidade Federal Rural de Pernambuco*.

MONTERO, PAULA

1985 *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro. Editora Graal.

MONTEIRO, HAMILTON DE MATTOS

1981 *Nordeste insurgente (1850-1890)*. São Paulo: Editora Brasiliense.

MORÃO, SIMÃO PINHEIRO; ROSA, JOÃO FERREIRA & PIMENTA, MIGUEL DIAS

1956 [1694] *Notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina no Brasil*. Recife: Arquivo Público Estadual.

NAVA, PEDRO

2003 *Capítulos da história da medicina no Brasil*. Cotia/Londrina/São Paulo: Ateliê Editorial/Eduel/Oficina do Livro Rubens Borba Moraes.

OLIVEIRA, MARIA LUIZA FERREIRA DE

2005 “O Ronco da Abelha: resistência popular e conflito na consolidação do Estado nacional, 1851-1852”. In: *Revista da USP*, maio.

PALAZZOLO, JACINTO DE

1966 *Crônica dos capuchinhos do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Vozes.

PEARD, JULYAN

1990 *The Tropicalist School of Medicine of Bahia, Brazil, 1869-1889*. Nova York: Columbia University Press.

PIGNARRE, PHILIPPE

1999 *O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade*. São Paulo: Editora 34.

PIMENTA, TÂNIA SALGADO

2003 *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828 a 1855)*. Tese de doutorado. Campinas: UNICAMP.

POMPA, CRISTINA

2002 *Missão no sertão. Catequese indígena e popular no sertão do Nordeste*. Relatório pesquisa de pós doutorado.

PORTO ALEGRE, MARIA SYLVIA

1988 “Rompendo o silêncio: por uma revisão do desaparecimento dos povos indígenas”. In: *Ethnos: Revista Brasileira de Etnohistória*, 2(2).

1993 “Aldeamentos indígenas e povoamento do Nordeste no final do século XVIII: aspectos demográficos da cultura de contato”. In: *Ciências Sociais Hoje*. São Paulo: ANPOCS.

PRIMERIO, FIDELIS M. O. M. F. C.

1940 *Capuchinhos em terra de Santa Cruz nos séculos XVII, XVIII e XIX: apontamentos históricos*.

REBOLLO, REGINA ANDRÉS

2008 *Ciência e metafísica na homeopatia de Samuel Hahnemann*. São Paulo: Associação Filosófica Scientiae Studia.

REGNI, PIETRO VITTORINO

1988 *Os capuchinhos na Bahia vol. 2. Os capuchinhos italianos (1705-1892)*. Salvador: Convento da Piedade.

REIS, JOÃO JOSÉ

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

ROCHA, LEDUAR DE ASSIS

1977 *Annaes da Medicina Pernambucana (1842-1844)*. Recife: Secretaria de Educação e Cultura/Governo de Pernambuco.

1962 *História da Medicina em Pernambuco (século XIX)*. Recife: Arquivo Público Estadual.

1955 *Notas sobre um higienista pernambucano do século XIX*. Recife: Arquivo Público Estadual.

ROQUETTE-PINTO, EDGARD

1906 *Ethonographia Americana: o exercício da medicina entre os indígenas da América*. Rio de Janeiro: E. Bevilacqua & Cia.

ROSEN, GEORGE

1979 *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

SAMPAIO, GABRIELA DOS REIS

2000 *A história do feiticeiro Juca Rosa : cultura e relações sociais no Rio de Janeiro imperial*. Tese de doutorado. Campinas: UNICAMP.

1995 *Nas trincheiras da cura*. Dissertação de Mestrado. Campinas: UNICAMP.

SANTOS FILHO, LYCURGO

1977 *História geral da medicina brasileira (1º vol.)*. São Paulo: Edusp/Hucitec.

SANTOS, LUCIANA DOS

2006 “*O Anjo do Império*”: as missões capuchinhas no Segundo Reinado no discurso de frei Caetano de Messina. Dissertação de Mestrado. PPGAS/USP.

SIGAUD, JOSEPH FRANÇOIS XAVIER

2009 [1844] *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste Império*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

SCHWARCZ, LILIA MORITZ

1993 *O espetáculo das raças. Cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: Companhia das Letras.

SOUTO MAIOR, MARIO

1986 *Remédios populares do nordeste*. Recife: Fundação Joaquim Nabuco.

STENGERS, ISABELLE

2002 *A invenção das ciências modernas*. São Paulo: Editora 34.

1995 “Le médecin et le charlatan”. In: Stengers, Isabelle & Chertok, Léon. *Médecins et sorciers*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond.

STENGERS, ISABELLE & NATHAN, TOBIE

1990 *O coração e a razão: a hipnose de Lavoisier a Lacan*. Rio de Janeiro: Editora Zahar.

TERRINCA, FREI BENTO DE O. M. C.

1939 *Um anjo do Brasil*. Recife: Tipografia Dom Vital/Convento da Penha.

VAUCHEZ, ANDRE

1995 *Espiritualidade na Idade Média Ocidental. Séculos VIII-XIII*. Lisboa: Estampa.

VELHO, OTÁVIO

2005 “Comentários sobre um texto de Bruno Latour”. In: *Mana* 11(1).

VIANNA, ARTHUR

1975 [1906] *O cólera-morbus. As epidemias no Pará*. Belém: Editora da UFPA.

VIEIRA, CÔNEGO SEBASTIÃO

1952 *O missionário gigante*. Pouso Alegre: Escola Profissional.

VIEIRA, DAVID GUEIROS

1980 *O protestantismo, a maçonaria e a questão religiosa no Brasil*. Brasília: Editora UnB.

VON MARTIUS, KARL FRIEDRICH PHILLIP

1979 [1844] *Natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros*. São Paulo: Editora Nacional.

1845 “Como escrever a história do Brasil”. In: *Revista do IHGB*, tomo 6. Rio de Janeiro.

WITTER, NIKELÉN ACOSTA

2007 *Males e epidemias: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: UFF.

ZUMTHOR, PAUL

2000 *Performance, recepção, leitura*. São Paulo: EDUSC.

1993 *A letra e a voz: a “literatura medieval”*. São Paulo: Cia. das Letras.

JORNAIS E REVISTAS

Diário de Pernambuco

America Illustrada

O Diabo a quatro

Anexo:
Imagens e Mapas

“Não tenha medo do cholera morbus...” Slogan profilático do anti-contagionista e homeopata Dr. Pedro de Athayde Lobo Moscoso. Fonte: O Patusco, n. 11, 28 de novembro de 1886.

A imagem é uma das mais antigas representações da cólera-mórbus. *Le miasme du choléra* (1867) mostra uma figura com fisionomia humana e tom de pele azul-esverdeado. A presença de asas seria uma referência ao modo de comunicação da moléstia mais aceito na época: o ar. Fonte: Burdelais & Dodin (1987).

“Ninguém pode negar que estamos no mez de maio! No mez mariano! Tudo é sino! Sino! E sino! Elles nos perseguem quando estamos acordado, dormindo, almoçando, jantando, ceitando, e... andando! Safa! Ah! Moscoso. Ah! Moscoso!” A legenda faz referência à campanha do dr. Lobo Moscoso contra o abuso do uso dos sinos, que segundo ele, fomentava apreensões e nervosismos. O medo era, segundo sua teoria, a principal causa predisponente da *cólera-morbus*. Fonte: *America Illustrada*, n. 11 de maio de 1873.

Dr. Joaquim de Aquino Fonseca. Fonte: Andrade, 1986

“Ah! Não leias: ela veio da França, traz o cholera...” Já no final do século, quando a tese da transmissão da *cólera-morbus* pelo contágio é estabelecida, a correspondência vinda da Europa passa a ser objeto de cautela. A charge ilustra a tentativa da esposa no sentido de dissuadir o marido a não abrir a carta. Fonte: América Illustrada, n.14, 25 de agosto de 1884.

O Conselheiro José Bento da Cunha e Figueiredo, presidente da província durante a epidemia de *cólera-morbus*. Fonte: O diabo a quatro, n. 83, 4 de fevereiro de 1877.

“- Chegaste? Contentamento! Como ansiava por ti! – A ingratição do Zé Bento é que me traz por aqui!” A referência a José Bento da Cunha e Figueiredo é feita pelo fato das epidemias de febre amarela e a *cólera-morbus* terem irrompido durante seu governo.

Fonte: O diabo a quatro, n. 42, 23 de abril 1876.

“A questão médica continua sustentada pelo Picoté, e sobre o mesmo terreno. E não por Mr. Cassagnac d’Aquino como se tinha anunciado.” Os drs. Augusto Carneiro Monteiro da Silva Santos e Joaquim de Aquino Fonseca. O último aparece na charge escrevendo com a língua, alusão à “proverbial virulência da linguagem” pela qual ficou conhecido. Fonte: America Illustrada, n. 30, 3 de agosto de 1879.

A imagem – *Les trois traitements* (1832) - traz a representação dos três tratamentos mais populares da França na primeira metade do século XIX e que foram bastante utilizados no Brasil na segunda metade do século no tratamento da cólera-morbus. O uso de sanguessugas e eméticos, movimentou o debate entre alopatas e homeopatas. Ao centro, Broussais e a aplicação de sanguessugas; à direita Magendie e a fórmula de um excitante – quatro litros de chá de tília, quatro limões, um litro de álcool e uma porção de açúcar - à esquerda o que se consideraria uma “terapêutica mista”, aliando sanguessugas e eméticos aos excitantes. Fonte: Burdelais & Dodin (1987).

As figuras acima mostram dois dos mais célebres eméticos e purgantes anunciados nos jornais de Recife em meados do século XIX: a primeira a imagem mostra a figura do médico criador Louis Le Roy criador do *vomitório-purgativo Le Roy* – que ao ser submetido a análise da *Comissão de Salubridade Pública* teria sua venda proibida – a segunda reproduz o anúncio que recomenda o *Unguento Holloway*. Ambos enfatizavam sua utilidade universal – destinado a curar todos os tipos de doença. Fonte: Jornal do Commercio.

Pernambuco.

Boletim Cholérico.

11 de Junho de 1856

Nome <i>Certanda Josefa do Espírito Santo</i>	Município <i>de Recife</i>
Idade <i>50 annos</i>	Freguezia <i>da Boa Vista</i>
Estado <i>solteira</i>	Rua <i>de Mendiga</i>
Profissão <i>Engomadação</i>	Casa n.º <i>16</i> andar n.º <i>1</i>
Naturalidade <i>natural da Costa d'Africa</i>	

VISITA	SOFFRIMENTO	OBSERVAÇÃO.				
1.ª	<p>Foi acommettida de dores no estomago, vomitos, dysarria biliosa, pulso irregular, extremidades frias e sede viva. Aparece o calor nas extremidades, o pulso se torna regular, diminuem as dores no estomago, cessando o dyarria e os vomitos. Corria pouco, e continuava a sede.</p> <p>Desapparecem os symptomas morbidos, depois da applicação de meios hygienicos e therapeuticos. Fica sem frangueira entra em convalescença.</p>					
	<p>Diagnoses <i>Cholera</i></p> <p>PRESCRIPÇÃO THERAPEUTICA E HYGIENICA.</p> <p><i>Infusão de camomilla, com algumas gotas de laudano, pediluvio, fricção com alcohol camphorado. Abafa-se bem a doente com bastes. Toma um copinho d'agua de risso, continue a friccionar as extremidades com alcohol camphorado. Entrou no uso da infusão de Albasca de camomilla, quando experimenta sede. Continua a estar bem abafada com bastes. Começa a tomar caldos simples de frangão.</i></p> <p><i>Dr. José Muniz Corrêa Gatahy</i> Medico do 1.º Districto da Boa Vista.</p>	<p>TERMINAÇÃO.</p> <table border="1"> <tr> <td>Feliz</td> <td>Fatal</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <i>11 de Junho de 1856</i> </td> </tr> </table>	Feliz	Fatal	<i>11 de Junho de 1856</i>	
Feliz	Fatal					
<i>11 de Junho de 1856</i>						

Exemplo de formulário utilizado pelos médicos para o registro de casos de *cólera morbus*. O *Boletim Cholérico* incluía informações como os dados do paciente (nome, idade, profissão, naturalidade e residência), o relato dos sintomas e a prescrição terapêutica e higiênica adotada. Por fim, atendendo a importante necessidade estatística que relacionaria o procedimento adotado à eficácia do tratamento, o médico indica a conclusão do atendimento: *feliz* ou *fatal*. Fonte: APEJE – SP, vol. 13.

Movimento da enfermaria durante o anno de 1877

Epoca	COLONOS ENTRADOS	COLONOS SAHIDOS	MOLESTIAS																		TOTAL	FICAM EXISTINDO
			Abcesso	Anemia	C. lica	Constipação	Erysipela	Empiema	Escorbuto	Feridas	Fluxão da face	Ophthalmia	Otalgia	Pericite	Phimoses	Rouquidão	Sarna	Unheiro	Tosse	Varielle		
Janeiro	10	5		1			2			5		3	1								14	
Fe. eiro	11	5								3		3									12	
Março	11	13			1	2				2		3					5	1			6	
Abril	11	7		1						5		3									4	
Maio	11	13								3		4									11	
Junho	7	7								3		2									8	
Julho	10	1	1			1		1	1	4		4					1				10	
Agosto	12	14								4		6									12	
Setembro	10	6		1						2		12								10	16	
Outubro	11	18								3		3								6	12	
Novembro	11	7			1	1			1	2											5	
Dezembro	18	2								4	1	1		12							18	
	102	12	3	3	3	4	4	2	3	40	1	31	4	44	1	1	7	2	1	16	133	5

Estatística dos retirantes que se acham estabelecidos com lavoura em terras da Colonia Isabel, até 31 de outubro de 1878

RETIRANTES										Total
NUMERO DAS FAMILIAS	Adultos		Meninos		Meninas		MENORES DE 6 ANOS			
	HOMENS	MULHERES	DE 6 A 10 ANOS	DE 10 A 15 ANOS	DE 6 A 10 ANOS	DE 10 A 15 ANOS				
Existentes em 1.º de dezembro de 1877. . .	55	65	71	10	12	35	7	92	282	
” em 15 de janeiro de 1878. . .	147	169	211	53	65	53	38	194	781	
” em 15 de julho de 1878. . .	191	263	375	108	120	89	61	277	1,291	
” em 15 de agosto de 1878. . .	177	235	333	84	102	78	50	250	1,132	
” em 15 de setembro de 1878. . .	178	230	326	80	99	77	48	246	1,106	
” em 15 de outubro de 1878. . .	170	227	323	80	98	75	45	241	1,089	

Mapas estatísticos da Colônia Orfanológica Izabel referentes ao registro das “moléstias reinantes” e de “retirantes” estabelecidos nas terras do empreendimento.

Fonte: Relatórios da Colônia Orfanológica Izabel por frei Fidelis Maria de Fognano, 1877-1878.

Meses	Condições				Cores			Sexo		Estados		
	Obituários	Livres	Escravos	Não declarado	Brancos	Pardos	Pretos	Homens	mulheres	solteiros	casados	Viúvos
Fevereiro	1014	673	341	71	137	286	526	508	506	769	129	96
Março	2085	1608	477	48	411	212	914	970	1115	1556	298	231
Abril	230	181	58	3	55	68	113	106	133	186	31	22
Total	3338	2462	876	122	603	1066	1647	1684	1754	2531	468	340

Estatística das vítimas de *cólera-morbus* do dia 29 de janeiro a 01 de maio de 1856.

Fonte: *Relatório da Comissão de Salubridade Pública*, 1856. Cf. Livro de registro de sepultamentos do cemitério público de Recife.