

**UM IMENSO CAMPO MÓRBIDO:
CONTROVÉRSIAS MÉDICO-CIENTÍFICAS NO CONTEXTO DA
EPIDEMIA DE *CÓLERA-MORBUS* EM MEADOS DO SÉCULO XIX¹**

Luciana dos Santos²

Este trabalho se volta para as controvérsias médico-científicas que se seguiram ao evento da epidemia de *cólera-morbus* que atingiu o Brasil no ano de 1855 e que giraram em torno da definição da sua natureza, dos seus princípios etiológicos e das medidas de profilaxia acionadas para a contenção da moléstia. Para tanto, focalizaremos a província de Pernambuco e o programa médico oficial voltado para a compreensão e ao combate da epidemia que, entre outras medidas, proporcionou a criação de instituições que passaram a formular programas médico-científicos e de intervenção no espaço público, caso da *Comissão de Salubridade Pública*, fundada na cidade de Recife em 1844.

Constituída inicialmente por um reduzido grupo de médicos, a *Comissão de Salubridade Pública* tinha como objetivo constituir um espaço de debate e consenso de cientistas, dedicando-se à elaboração de uma agenda de pesquisa científica adequada às particularidades da província, seguindo o modelo instituído pela *Academia Imperial de Medicina* (1829), localizada na capital do Império e que, por sua vez, se mostraria, ao longo do século XIX, como referência da institucionalização do ensino, pesquisa e prática médica no país (Schwarcz, 1993).

Ainda que se considere o pioneirismo e a originalidade das pesquisas realizadas nas instituições médico-científicas fundadas no período, o momento que focalizamos, no entanto, é 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,

¹ Este trabalho integra o Seminário Temático *Corpo, Saúde e Tecnociência* da IV Reunião de **Antropologia da Ciência e da Tecnologia** (24 a 26 de setembro de 2013), UNICAMP.

² Docente do Departamento de Sociologia/UFPE. Doutora em Antropologia Social FFLCH/USP.

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, teremos a constituição da *agência* que permitirá, 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.

Sublinhemos nesse ponto como, dada a especificidade do contexto que analisamos, recorreremos ao longo desse trabalho ao procedimento de abrir as caixas-pretas da medicina científica do século XIX (Bruno Latour, 1994) para revelar as histórias complexas que abrangeram as controvérsias, indagações, dúvidas e incertezas que cercaram o evento da *cólera-morbus*. O argumento do trabalho é que a moléstia, entendida enquanto um flagelo estrangeiro na Europa, ao chegar em terras tropicais, provocou a elaboração de diferentes percepções sobre seus agentes patogênicos. O que significa notar como, de modo original, a ciência dos trópicos procurou adaptar o conhecimento apreendido em faculdades europeias – nas quais grande parte dos médicos e cientistas brasileiros foram formados - às mazelas do clima e às particularidades das populações localizadas nas zonas quentes, conferindo à agência mórbida responsável pela *cólera-morbus* diferentes concepções.

Tal exercício apresenta-se como uma oportunidade de seguir os meandros de uma ciência e uma sociedade em devir, considerando que estamos diante de cientistas que trabalham para a definição nosológica da doença, bem como, encarregando-se da elaboração e gestão de programas que ultrapassam o campo médico-científico, passam a inferir sobre os ares, o clima, a topografia, os corpos e o espíritos dos indivíduos. O fio condutor que nos guia, desse modo, são os debates, as controvérsias e as polêmicas que envolveram o evento da epidemia de *cólera-morbus* e que nos permite acompanhar a produção de uma ciência moderna.

UM MAL ESTRANGEIRO

Mesmo antes de chegar ao Brasil em 1855, a *cólera-morbus* suscitou 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”³ -, 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, pouco a pouco, 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 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 na época.

Desde o momento em que o primeiro ciclo epidêmico da moléstia aparece na Europa até a ocasião em que chega em terras brasileiras, a *cólera-morbus* provoca uma mudança significativa no pensamento médico-científico da época, considerando 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

³ 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, entre eles, as designações “mal dos Ganges” e “mal asiático”.

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 pandêmicos⁴ que se caracterizaram pela impressionante rapidez com que se propagava. 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 processo, que resultava na modificação radical dos aspectos corporais, conferia aos pacientes uma aparência esquelética, os olhos afundados, a cor da pele azulada⁵.

Há de se notar a este respeito, as repercussões que a *cólera-morbus* provocava 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. O perigo estrangeiro, no entanto, progressivamente, convertia-se em um mal real, essencialmente, pelo cenário existente nas principais cidades brasileiras onde os baixos índices de salubridade e higiene, a topografia e o “regime das populações” proporcionariam condições ideais para a disseminação de epidemias das quais, até meados do século XIX, acreditava-se o país estar livre.

⁴ 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*.

⁵ Daí a origem do termo *la peur bleu*, em francês, para nomear a doença.

A CIDADE SALUBRE

Confirmando os relatos dos viajantes e naturalistas que aportaram à cidade de Recife nas primeiras décadas do século XIX sobre a predisposição da topografia da cidade em prover condições ideais de salubridade à população, o então vice-presidente da *Comissão de Salubridade Pública*, no ano de 1844, 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 José Eustáquio Gomes, era mesmo surpreendente verificar como em um “clima ao mesmo tempo quente e úmido não se tenha desenvolvido alguns desses flagelos devastadores que tem ceifado milhares de vidas em diversas regiões do velho mundo”⁶. 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.

Nesse contexto, embora existisse a percepção de que a cidade de Recife apresentasse certa suscetibilidade em relação à *cólera-morbus* ou outras doenças estrangeiras, 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*.

O fato é que nas primeiras décadas do século XIX, a visão sobre a cidade revelava a existência de condições naturais consideradas favoráveis à manutenção do equilíbrio atmosférico, o que representava, nas palavras de José Eustáquio Gomes, um presente da “dádiosa Natureza”. Adicionalmente, no entanto, o médico ressaltava o perigo que o adensamento populacional e crescimento desordenado do espaço urbano representavam e, que, ao longo do tempo, poderiam 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

⁶ “Discurso proferido durante sessão especial em comemoração ao primeiro aniversário da Sociedade de Medicina de Pernambuco”. *Annaes da Medicina Pernambucana 1842-1844*: 62.

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, nas edificações mal ventiladas e pouco iluminadas, no esgoto e em todo tipo de matéria orgânica em estado de putrefação, uma fonte de perigo.

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 perspectiva⁷. De fato, quando comparamos os relatos de viajantes e cronistas produzidos nas 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, primeiro presidente a dirigir a *Comissão de Salubridade Pública* da província de Pernambuco, corroborava a tese que atribuía à ação do homem a corrupção das condições de salubridade do espaço urbano.

A compreensão da cidade passava então pela influência que a higiene, enquanto disciplina totalizante, teve sobre o pensamento médico do século XIX e que pode ser sentida, por exemplo, no uso do termo “salubridade” para expressar a existência das condições favoráveis à manutenção da saúde. 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. Adicionalmente, notaremos como a dupla de conceitos salubridade/insalubridade será o ponto de convergência das práticas de 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

⁷ 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.

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).

Desse modo, os problemas da cidade não se limitavam às características 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. Considerava-se, nesse sentido, o fato da cidade sofrer 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. A cidade, nesse sentido, passou, a partir de meados do século XIX, a ser objeto de um programa intensivo que procurou remodelar o plano urbano e conduzir um programa destinado à adequação da população ao modelo de cidade próspera e civilizada.

DO QUE O MUNDO É FEITO?

A presença da ameaça de disseminação da *cólera-morbus* pelo continente americano, a exemplo do que ocorrera na Europa, levaria o presidente da província de Pernambuco, ainda no ano de 1850, a propor um programa profilático específico para a contenção da moléstia. Tal programa, conduzido pela *Comissão de Salubridade Pública*, articulava desse modo, uma estratégia de combate ao mal que se efetivaria basicamente em dois sentidos. No primeiro, considerava a importância do controle dos portos, fundamentando tal argumento na origem estrangeira da moléstia que poderia ser importada dos países europeus atingidos pela peste. Ponderava-se, nesse sentido, o fato de que os portos 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 daqueles que inspirassem suspeita de contaminação pela moléstia e realizar a desinfecção dos navios e de todo

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

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 nesse sentido, 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 do governo provincial e da *Comissão de Salubridade Pública*, chegaria ao país no ano de 1855, 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 Belém⁸. Da província do Grão-Pará, o flagelo se moveria com uma rapidez impressionante, tomando em poucos meses todas as províncias do norte e nordeste para, então, logo em seguida, alcançar a capital do Império.

Nesse contexto, veremos como diante da impossibilidade de se determinar a natureza do flagelo, será definido um campo de controvérsias que se organiza à medida que a ameaça da *cólera-morbus* vai se tornando cada vez mais presente no país, tomando como foco dois pontos principais em torno dos quais orbitaram as disputas médicas. O primeiro desses pontos dizia 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 pela peste: 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 e às terapêuticas que deveriam ser acionadas para a prevenção e tratamento da *cólera-morbus*.

⁸ Para uma descrição detalhada da epidemia de *cólera-morbus* na província do Grão-Pará, ver Beltrão (2004).

Atentemos nesse ponto para a forma como são formuladas as teses sobre o modo de comunicação da *cólera-morbus*. Por um lado, concebia-se a importância do caráter “estrangeiro” da moléstia, que considerava o perigo dos portos como fonte de importação da doença. De outro, ponderava-se sobre a importância das condições locais e a influência que as características naturais e sociais do país teriam sobre a conformação da moléstia nos trópicos. A este respeito, destacavam-se, como vimos anteriormente, as péssimas condições de salubridade que podiam ser identificadas sobretudo no espaço urbano e que remetiam, segundo a comissão médica oficial, a fatores que tenderiam a facilitar 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 repercutiram em duas propostas diferentes para a contenção do mal.

De acordo com o conhecimento médico da época, teremos, desse modo, a ideia de *contágio* remetendo ao mecanismo de comunicação de agentes patogênicos que se apresentam quando “(...) a propriedade que tem certas moléstias de se comunicar de um a outro indivíduo pelo contato, ou por intermédio do ar” (Chernoviz, 1851: 676-77). A doença entendida nesses termos seria, assim, considerada “contagiosa” ou “importada”. Já a concepção de *infecção*, por sua vez, 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 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, desse modo, 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, 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 que, por sua vez, era identificada tanto do corpo, quanto do ambiente, caso do *contágio*.

As controvérsias entre contagionistas e não contagionistas que derivam dessa distinção entre *infecção* e *contágio* se revelariam de forma mais acirrada, no entanto, no modo como cada uma dessas vertentes vai operacionalizar medidas de contenção contra o avanço da *cólera-morbus*. 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 abarca desde a constituição atmosférica e topográfica da cidade 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 à formas de isolamento do doente: os cordões sanitários, as quarentenas e os sanatórios, ou seja, providências generalizáveis para todos os tipos de doenças conhecidas na época e que poderiam atingir indistintamente todos os indivíduos por meio do contato direto ou indireto. 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, da conformação dos corpos, das índoles individuais e das raças. Ainda que vago, o conceito de *miasma* implícito nessa formulação é associado às especificidades locais que, acreditavam os cientistas da época, deveriam ser estudadas a partir de critérios racionais, precisos e exatos próprios do método científico. Sublinhemos neste ponto como, nesse momento, a concepção de um método científico racional era apoiado nos avanços que disciplinas como a Estatística, a Química e a Física conferiam às práticas médicas e que eram acionados, por sua vez, como forma de provocar um afastamento das teorias vitalistas que se mostravam demasiadamente “hipotéticas” e, por isso, ultrapassadas.

Se acompanhamos as considerações sobre o meio natural e sua relação com as condições de salubridade elaboradas por Joaquim Aquino da Fonseca - presidente do

Conselho de Salubridade Pública de Pernambuco no momento em que a epidemia de *cólera-morbus* atinge a província -, 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 compor sua paisagem. Como vimos anteriormente, essa formulação provocou mudanças significativas na forma de conceber a cidade, contrapondo-se aos relatos dos viajantes do início do século XIX que 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 e na prática médica que se realizam a partir da introdução dos métodos e práticas de mensuração das condições climáticas que, a partir de medições e análises precisas baseadas essencialmente na Estatística, passam a indicar uma mudança significativa na percepção da qualidade do clima da cidade que conteria altos níveis de insalubridade e, podia mesmo, ser classificado como insuportável. A este respeito, o médico João Laudon – membro do *Conselho de Salubridade Pública* e 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 podiam ser identificados na paisagem urbana, entre os quais, destacava o aumento acelerado da população que se amontoava em habitações pequenas e mal ventiladas, agravando a qualidade do ar respirado, bem como, o acúmulo desenfreado do lixo nas ruas e áreas pantanosas 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 a partir do modelo estatístico, permitia, desse modo, traduzir em números a qualidade das condições naturais da cidade 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” ou *Constituição Médica* local, ou seja, um conhecimento que reunia o conjunto de moléstias, desenvolvidas em determinadas condições ambientais e entre povos ou raças específicos e que, adicionalmente, mostrariam reincidências em uma região ou localidade específica ao longo do tempo.

No entanto, a confirmação da entrada da epidemia de *cólera-morbus* através do porto da cidade de Belém reacenderia as controvérsias entre contagionistas e não contagionistas e os portos voltariam a ser concebidos como um dos pontos mais vulneráveis para a entrada dos flagelos estrangeiros. A este respeito, 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 atribuir às condições de insalubridade da cidade a efetivação da disseminação 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.

Nesse contexto, no entanto, veremos como a conciliação entre as teses de contágio e infecção ajudou a explicar como a *cólera-morbus* - entendida enquanto um mal estrangeiro - teria passado de regiões tão distantes como a Índia ao continente Europeu e, em seguida, atingido as Américas e o Brasil. Entretanto, a constatação de que a aplicação de medidas de prevenção que visavam essencialmente os mecanismos de importação da doença com a adoção de protocolos de controle sobre os navios que aportavam ao porto de Recife, pouco efeito produziam sobre o desenvolvimento da moléstia na província, o que levaria Aquino da Fonseca a jamais se convencer 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 ponto, 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”, de acordo com o médico.

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 título “contagionista convicto” que muitos médicos utilizaram para definir sua posição no debate que se travava no âmbito das academias e instituições médicas 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 própria *Academia Imperial de Medicina*.

Nesse ponto, 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, cerca de 20 teses produzidas no intervalo que vai de 1838 a 1872 e que tiveram como tema a *cólera-morbus*. *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-morbus* contagiosa?”. Embora a maioria desses estudos 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]), médico francês que se estabeleceu no Rio de Janeiro nas primeiras décadas do século XIX, tornando-se um dos fundadores da *Academia Imperial de Medicina*, defendia a tese de que epidemias como a de *cólera-morbus* 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 sã, 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 de uma determinado mal ou evento epidêmico deveriam ser estudados obedecendo a uma determinada jurisdição territorial e suas características tanto ambientais, quanto sociais.

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 ilustrava sua tese, indicando 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, 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.

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 resultado de contaminações que se dariam 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 nas particularidades do 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 corpos doentes se realizava rapidamente, contaminando o ar com uma diversidade de miasmas contagiosos o que, conseqüentemente, manteria vivo o processo de comunicação da moléstia.

No entanto, para os cientistas e médicos de meados do século XIX, a tarefa de determinar com exatidão o imenso campo mórbido que o flagelo da *cólera-morbus* desenhava, demandava o esforço de seguir os rastros da epidemia. Nesse sentido, Cosme de Sá Pereira, médico e membro do *Conselho de Salubridade Pública*, 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. Seu plano de investigação⁹ partia do pressuposto 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”¹⁰. 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*.

Desse modo, observando as redes que conectavam os casos registrados da moléstia, Cosme de Sá Pereira 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, corrompendo ou não os humores do corpo, produziria novas combinações que resultavam em matérias com a mesma propriedade. Cosme de Sá Pereira 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, no entanto, atingiam o indivíduo uma única vez, matando-o ou tornando-o imune.

Consequentemente, se não era possível atribuir ao ar a responsabilidade pela disseminação da *cólera-morbus*, os miasmas - enquanto gases venenosos que se depositavam no ambiente - também deveriam ser excluídos dessa suspeita. Para Cosme de Sá Pereira, o ar funcionaria, desse modo, mais como elemento dissipador do que

⁹ 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.

¹⁰ *Reminiscência do cholera em Pernambuco nos anos de 1855 a 1856 pelo Dr. Cosme de Sá Pereira* (1885: 15).

transmissor da doença. Assim, ao ar só se poderia atribuir a reponsabilidade por espalhar os eflúvios coléricos, 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 cometido pela *cólera-morbus*, desse modo, conteria, por princípio, um ar viciado e, por isso, impregnado de emanações gasosas que se constituíam de inúmeras partículas suspensas que poderiam comunicar a doença, oferecendo condições contrárias àquelas verificadas em lugares amplos. Nos sertões, no entanto, o médico observaria como era possível descrever condições 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.

Em seu plano de investigação, Cosme de Sá Pereira, consideraria ainda que a transmissão da *cólera-morbus* se daria, essencialmente, a partir do homem ou sua bagagem, revelando 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, ele 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 o espaço dos sertões, lugar que considerava propício para a realização desse tipo de tarefa. Seu método descritivo seria alimentado pelos registros de médicos, missionários, padres, juízes, delegados que formavam um sistema de informação sobre a epidemia nos lugares mais distantes da capital da província.

Os esforços da comissão médica que integrou a *Comissão de Salubridade Pública* que observamos, no entanto, não chegariam a fechar o campo das controvérsias que se constituiu em torno da epidemia de *cólera-morbus* de 1855. De fato, podemos notar como os diagnósticos proferidos pela ciência médica, diante do avanço da epidemia, poderiam ser resumidos em uma única informação: “não sabemos do que o mundo é feito”, afirmação que se traduzia nas palavras de Cosme de Sá Pereira, 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”. Essa ideia implicava em reconhecer diferentes elementos etiológicos para justificar o aparecimento da moléstia nos trópicos 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.

À GUIA DE CONCLUSÃO

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 preferencial o conceito 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-a por uma rede extensa: a constituição atmosférica, a topografia, os hábitos alimentares, os costumes, os vícios e as raças.

No entanto, a consolidação desse programa médico-sanitário com dimensões gigantescas – ainda que pouco efetivas – possibilitaria 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, e assim por diante.

A construção da imagem idealizada de uma *cidade salubre* permitiu, desse modo, a definição de 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 - 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, remodelação urbanística e mudanças de hábitos - correspondeu à amplitude do *campo mórbido* desenhado pela *cólera-morbus*.

REFERÊNCIAS

BELTRÃO, JANE FELIPE

2004 *Cólera: o flagelo da Belém do Grão-Pará*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi/UFPA.

BOURDELAIS, PATRICE & RAULOT, JEAN-YVES.

1987 *Une peur bleue. Histoire du choléra em France 1832-1854*. Paris: Payot.

CARRARA, SERGIO

1996 *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

CHERNOVIZ, PEDRO NAPOLEÃO

1851 *Dicionário de medicina popular. Vols. I, II e III*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Eduardo & Henrique Laemmert Editores.

CORBIN, ALAN

2008 *Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social XVIII^e-XIX^e siècles*. 3ª ed. Paris: Editions Flammarion.

FREYRE, GILBERTO

2006 [1933] *Casa grande & Senzala*. 48ª edição. São Paulo: Global.

2003 [1936] *Sobrados e mocambos*. São Paulo: Global.

KURY, LORELAI

1994 “Entre nature et civilisation les médecins brésiliens et l'identité nationale (1830-

LÉCUYER, BERNARD-PIERRE

1986 “L'hygiène en France avant Pasteur 1750-1850”. *In*: Salomon-Bayet, Claire (org.) *Pasteur et la révolution pastoriennne*. Paris: Payot.

LATOUR, BRUNO

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.

SANTOS, LUCIANA DOS

2013 *Controvérsias em torno das práticas e terapias de cura: a epidemia de cólera-morbus em Pernambuco (1855)*. Tese de Doutorado, FFLCH/USP.

SCHWARCZ, LILIA MORITZ

1993 *O espetáculo das raças. Cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: Companhia das Letras.

SIGAUD, JOSEPH FRANÇOIS XAVIER

2009 [1844] *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste Império*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

STENGERS, ISABELLE

2002 *A invenção das ciências modernas*. São Paulo: Editora 34.