

Ana Carolina Rezende Fonseca

“O flagelo que nos ameaça”: o cólera na província mineira, epidemia e mobilização social (1855-56).

Belo Horizonte
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da
Universidade Federal de Minas Gerais

2014

Ana Carolina Rezende Fonseca

“O flagelo que nos ameaça”: o cólera na província mineira, epidemia e mobilização social (1855-56).

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação História da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em História

Linha de Pesquisa: Ciência e Cultura na História

Orientador: Anny Jackeline Torres Silveira

Belo Horizonte
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da
Universidade Federal de Minas Gerais

2014

112.1 Fonseca, Ana Carolina Rezende
F767f “O flagelo que nos ameaça” [manuscrito]: o cólera na
2014 província mineira, epidemia e mobilização social (1855-56). /
Ana Carolina Rezende Fonseca. - 2014.
133 f. : il.
Orientadora: Anny Jackeline Torres Silveira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

1. História – Teses. 2. Ciência – História – Teses. 3. Epidemia - Teses. 4. Cólera - Teses. 5. Minas Gerais – História - Teses. I. Silveira, Anny Jackeline Torres. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



FOLHA DE APROVAÇÃO

Dissertação defendida pela aluna **Ana Carolina Rezende Fonseca**, intitulada **“O flagelo que nos ameaça”: o cólera na província mineira, epidemia e mobilização social (1855-56)**”, no dia 28 de outubro de 2014 e **aprovada**, pela banca examinadora constituída pelos professores:

Profa. Dra. Anny Jackeline Torres da Silveira - Orientadora
Universidade Federal de Minas Gerais

Profa. Dra. Dilene Raimundo Nascimento
Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz

Profa. Dra. Rita de Cássia Marques
Universidade Federal de Minas Gerais

Para meus pais, Eduardo e Ana Maria,
e para meus avós;
Ivair, Celina e Carmem (sempre presente)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram direta e indiretamente para a realização deste trabalho;

À Anny Jackeline Torres Silveira por todos esses anos de orientação, por ter me apresentado esse campo de pesquisa e ter possibilitado que este projeto fosse pensado e executado, pelas leituras criteriosas, paciência com minhas dificuldades e ajuda para vencê-las e por ouvir minhas angústias.

Aos membros do Scientia, em especial as professoras Betânia, Rita e Carol, pela troca de experiências e indicações de caminhos que poderiam ser percorridos. Aos colegas do grupo; Eliza, Aleana, Virgínia, Deyse, Gabriel Ávila, Paloma, Valéria, Fran, Rúbia, Ana Caroline, Nathália e Isabela pelo trabalho em conjunto. A Eliza, companhia de pesquisa no APM e de viagens para congressos, pelo ombro amigo, pelas conversas animadas e por ter alegrado muitos dias difíceis, com seu alto astral, alegria e bom humor e a Nathália pela indicação dos mapas utilizados nesse trabalho.

Aos funcionários e amigos do Arquivo Público Mineiro – APM, que acompanharam este projeto desde o levantamento das fontes primárias, pela ajuda na localização e dicas sobre os documentos. Em especial a Elma, Denis, Marcinha e Flávio - pela recepção alegre e bem humorada, pelos cafés, por ouvir os percalços da pesquisa e pela disposição em buscar soluções.

Aos professores do curso de Conservação e Restauração de bens culturais móveis da Escola de Belas Artes - UFMG, pela concessão da bolsa de mestrado que custeou parte significativa da pesquisa, financiada pela CAPES através do programa REUNI. E a FAPEMIG e CNPq pela concessão das bolsas de iniciação científica e apoio técnico, que sem dúvida foram fundamentais no desenvolvimento deste trabalho, que é fruto dos projetos financiados por esses programas.

Aos colegas da graduação que mesmo seguindo caminhos diferentes estiveram presentes ao longo dessa caminhada: Luisa, Felipe, Fabrícia, Wesley e Denise – pela ajuda e incentivo para montar o projeto dessa pesquisa.

A minha grande família – avós, tios, tias, primos, primas e irmão – que ao seu modo me incentivaram ao longo dessa caminhada. Obrigada pelos abraços, orações, sorrisos e incentivos, vocês não sabem o quanto eles significaram, principalmente quando tudo parecia pesado demais. Agradeço ao meu primo Samuel e ao meu irmão Eduardo, pelas perguntas e questionamentos que transformaram alguns domingos de descanso, em domingos de debate sobre “o que é que eu tanto estudava”, que fez com que eu pensasse minha pesquisa e minha profissão sob outro olhar.

Aos meus pais, Eduardo e Ana Maria que me apoiaram desde a escolha pela graduação em História, que dividiram comigo angústias, que me ensinaram a sonhar e sonharam – mesmo quando o sonho parecia estranho e longe de alcançar – pela paciência, por me ouvir e sempre estarem ao meu lado me ajudando e incentivando a descobrir e a trilhar meu próprio caminho. Aos meus avós e padrinhos, Ivair e Celina que de um modo muito especial, também me incentivaram, que são exemplos de força, trabalho, carinho e ternura. E a minha avó Carmem – que apesar de ter partido antes que esse texto fosse terminado, me ensinou como através de um olhar, um gesto e do

silêncio podemos enxergar e aprender a simplicidade, a humildade e principalmente a coragem necessárias para seguir em frente nessa vida, agradeço pelo privilégio de ter tido a senhora como avó e madrinha. Dedico a vocês esse trabalho.

Ao Guilherme pelo companheirismo, carinho e paciência ao longo dessa jornada.

RESUMO

Os estudos sobre a história da saúde e das doenças têm procurado refletir sobre as dimensões que abarcam as enfermidades, não se restringindo aos seus aspectos médicos-científicos, abrangendo um amplo leque de questões ao considerar que as interpretações acerca das moléstias - e os impactos provocados por elas - são socialmente construídas, perpassando elementos culturais, políticos e econômicos. Este trabalho enfoca a mobilização promovida em função da primeira epidemia de cólera ocorrida em Minas Gerais (1855-1856), buscando apreender a experiência vivenciada na província, por meio do posicionamento de médicos e autoridades administrativas, da análise das teorias que versavam sobre a origem e natureza do cólera e das medidas propostas que visavam o enfrentamento dessa doença.

Palavras-chave: Epidemia, Cólera, Minas Gerais.

ABSTRACT

Studies on the history of health and diseases have been seeking to think over several dimensions of the diseases. They are not limited to medical and scientific aspects, but also cover a wide range of issues, considering that the interpretations of the diseases – and the impacts caused by them – were a social construction involving cultural, political and economic factors. This work focuses on the first epidemic outbreak of cholera occurred in Minas Gerais in the nineteenth-century (1855-1856). It attempts to understand the lived experience during that outbreak through the analysis of medical and administrative authorities' statements, theories that explained the origin and nature of cholera as well as the proposals and actions aiming to confront the disease.

Key-words: Epidemic, cholera, Minas Gerais

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Cidades mineiras que mantinham relações comerciais com outras províncias	51
FIGURA 2 - Detalhe da linha de correio entre Niterói/RJ e Ouro Preto/MG passando por Juiz de Fora.	57
QUADRO 1 - Despesas com medidas sanitárias.....	69
QUADRO 2 - Despesas com compra de medicamentos e mobília para enfermarias, lazaretos e hospitais provisórios	71
QUADRO 3 - Doações	73
FIGURA 3 - Detalhe das povoações que registraram casos suspeitos e confirmados de cólera.....	91
FIGURA 4 - Detalhe dos trajetos percorridos por Fernando O. Alzamora e Thomaz Baptista Pinto de Almeida.	103
QUADRO 4 - Médicos por povoações atendidas por comissão sanitária.....	129

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1: O CÓLERA COMO OBJETO DE ESTUDO	18
1.1.: A “visita importuna do monstro-indiano”: representações sobre o cólera no século XIX	18
1.2: A historiografia da saúde e das doenças e as epidemias de cólera.	23
1.3: As experiências epidêmicas e as explicações sobre as enfermidades pestilenciais	32
CAPÍTULO 2: A AMEAÇA DO CÓLERA: TEORIAS EXPLICATIVAS E MOBILIZAÇÃO DE MEDIDAS HIGIÊNICAS E SANITÁRIAS	40
2.1.: O cólera explicado através das crenças religiosas, místicas e teorias médicas no século XIX	40
2.2: Enfrentando a ameaça: mobilização de ações contra a moléstia	47
2.3: Enfrentando a ameaça: medidas higiênicas e sanitárias	64
2.4: Os sintomas e os tratamentos propostos para o cólera.....	75
CAPÍTULO 3: ENFRENTANDO O CÓLERA EM MINAS GERAIS	80
3.1: O cólera na província.....	80
3.2: O enfrentamento da moléstia: a atuação dos médicos na província mineira	92
3.3: O enfrentamento da moléstia: a atuação de sacerdotes e autoridades administrativas	108
3.4: Prestação de contas e elaboração da experiência vivida.....	112
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
FONTES	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
APÊNDICE A	129

INTRODUÇÃO

“Assim como qualquer outra doença, ela [o cólera] não tem significado em si mesma: é somente um microorganismo. Ela adquire significado a partir do contexto humano, da forma como infiltra na vida das pessoas, [e] das reações que provoca”.

(David Arnold)

Em 2011, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS, 58 países reportaram casos de cólera, somando 589.854 registros, dos quais 7.816 de óbitos¹. Entre os países que tiveram casos registrados, o Haiti, que chegou a contabilizar 340.331 pessoas doentes, foi o que mais registrou óbitos – 2.868 naquele ano (WHO, 03/08/2012, p. 291). O surto haitiano teve início em outubro de 2010 logo após a ocorrência de um terremoto que matou cerca de 250 mil pessoas e devastou a infraestrutura urbana do país (ESTADO DE MINAS, 30/09/2012, p. 21).

A OMS destacou que a destruição de grande parte da estrutura sanitária e a consequente dificuldade de acesso à água potável foram um dos principais empecilhos no combate e controle da doença. As ameaças climáticas continuaram representando um importante papel no curso da epidemia, pois o país sofreu com novos desastres ambientais, como a passagem do furacão Sandy que, em novembro de 2012, destruiu cerca de sessenta Centros de Tratamento de Cólera impedindo mais uma vez o acesso da população aos serviços básicos de saúde (MSN, 09/11/2012). Em reportagem especial da edição de 30 de setembro de 2012, o jornal *Estado de Minas* ressaltava as precárias condições de vida da população, como as dificuldades de acesso à moradia, à água potável, ao tratamento e à informação sobre a doença (ESTADO DE MINAS, 30/09/2012, p. 21). No ano seguinte, a moléstia continuou grassando no país, com grande violência, pois o número de casos e óbitos praticamente dobrou, alcançando, em outubro de 2012, 604.634 casos de infecção, sendo 7.436 óbitos pela enfermidade desde

¹ No mesmo relatório, o Brasil consta entre os países que reportaram casos de cólera, tendo registrado um caso que, segundo dados do Ministério da Saúde brasileiro, ocorreu em São Paulo. Assim como no relatório da OMS, os dados mais recentes, disponíveis para consulta sobre o cólera no Brasil são de 2011 – quando da escrita do presente texto, em meados de 2013. (WHO, 3 AUGUST 2012, p. 291); BRASIL, Ministério da Saúde. Distribuição do Número de Casos Confirmados de Cólera e Óbitos por Estado, Região e Brasil 1991- 2011. <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm=1545>. Acesso em 12/08/2013.

o início do surto (BARZILAY, 2013).

O cólera é uma doença provocada pela bactéria *Vibrio cholerae* que se manifesta através de uma forte infecção intestinal, na maioria das vezes acompanhada por vômitos e diarreia intensos provocando fortes dores e desidratação aguda e levando ao óbito grande parte das pessoas acometidas² em um curto espaço de tempo. No caso da epidemia no Haiti, a média de tempo observada entre a manifestação dos primeiros sintomas e o falecimento do paciente foi de doze horas. Pesquisas que vêm sendo desenvolvidas no campo da microbiologia desde a segunda metade do século XX têm apontado que existem mais de 200 sorogrupos³ dessa bactéria. Porém, somente as variedades O1 e O139 causam a doença em sua forma epidêmica. Ela pode ser encontrada em águas costeiras, de estuários e rios, desenvolvendo-se melhor em águas salgadas, apesar de ser capaz de sobreviver, também, em ambientes com pouca salinidade e grande quantidade de nutrientes orgânicos. Observações recentes têm demonstrado que o vibrião é capaz de associar-se a organismos que habitam o meio aquático, como crustáceos e zooplâncton (HARRIS, 2012, p. 2466, 2470; HAMLIN, 2009, p. 271).

A contaminação pela *Vibrio cholerae* ocorre por meio da ingestão de água e alimentos contaminados, como, por exemplo, o caranguejo – possível hospedeiro do vibrião – que, quando ingerido sem o preparo adequado, pode transmitir a doença ao homem. O alto índice de contaminação por cólera está diretamente relacionado à sua forma de transmissão, que ocorre através da água contaminada (HAMLIN, 2009, p. 275). O diagnóstico da doença é feito com base nos sintomas apresentados e pela análise laboratorial das fezes dos pacientes (DINIZ, 1997, p. 60). Já o tratamento para essa enfermidade é baseado na reidratação oral ou venosa do paciente, através da reposição de água e sais minerais perdidos devido aos vômitos e diarreia. A mortalidade por cólera pode ser reduzida para menos 0,2%, somente com administração da hidratação de forma adequada. A reidratação pode ser associada ao uso de antibióticos – na maior parte dos casos o vibrião é suscetível – que diminuem consideravelmente o tempo de resposta do organismo humano ao tratamento, cessando os vômitos e a diarreia. Entretanto, sua aplicação tem sido objeto de controvérsia, pois, em alguns

² As taxas de óbitos em pacientes sem tratamento e atacados por uma cepa severa do vibrião pode exceder 70% da população acometida. (HARRIS, 2012, p. 2469; SILVEIRA, 2010, p. 215).

³ Segundo Hamiln, biotipo, sorogrupo e sorotipo são termos que surgiram no século XX para distinguir variedades vibrião do cólera: os biotipos clássicos e Eltor, distinguem-se pelo seu comportamento quando observados em laboratório (HAMLIN, 2009, p. 301).

locais, a ingestão de antibióticos em larga escala estimulou o desenvolvimento de novas cepas da bactéria resistentes a eles (HARRIS, 2012, p. 2471). Segundo Hamlin (2009, p. 291), atualmente sua utilização é feita em pequena escala, e ele é empregado apenas em contextos específicos. O uso de vacinas⁴ também é alvo debates, pois seu custo de produção é alto e seus benefícios são de curto prazo. No caso do Haiti, as vacinas têm sido aplicadas com o objetivo conter a epidemia, impedindo que mais pessoas fiquem doentes (MSN, 09/11/2012; HARRIS, 2012, p. 2472).

Os dados apresentados reúnem informações acerca do cólera referentes aos séculos XX e XXI. Porém, a história da moléstia remonta ao XIX, quando os primeiros surtos da enfermidade foram registrados em países ocidentais. Os primeiros estudos, que apontaram o provável causador da doença, foram divulgados em 1854, pelo italiano Filippo Pacini, ao divulgar observações sobre análises feitas com amostras provenientes do intestino de vítimas da doença, sugerindo a existência de um organismo causador da moléstia. Porém, seu trabalho não teve grande circulação, permanecendo desconhecido pela maior parte dos médicos e cientistas. Entre os anos de 1883 e 1884, Robert Koch, através de autópsias realizadas em vítimas da doença, isolou o patógeno causador da enfermidade: um bacilo em forma de vírgula, então chamado de *Vibrio cholerae*, sendo reconhecido pela comunidade científica como o responsável pela descoberta do vibrião (HARRIS, 2012, p. 2466; SILVEIRA, 2010, p. 217; DOBSON, 2008, p. 45, 52).

Os surtos de cólera marcaram o século XIX devido à sua violência e repentina aparição durante as primeiras décadas deste século no continente europeu. O alto número de pessoas acometidas e a morte em decorrência da desidratação aguda contribuíram para a construção de uma imagem em torno dessa enfermidade, que foi relatada pela primeira vez na Ásia, nas proximidades do delta do rio Ganges, no território indiano, sendo sua ocorrência endêmica nessa região. Em razão de tal associação, a doença foi chamada de *cólera asiático* (WITTER, 2007, p. 36; SILVEIRA, 2010, p. 216-217; DOBSON, 2008, p. 44-45; HAMLIN, 2009, p. 39-40; ALEXANDRE, 2010, p. 33). Já a denominação *cólera morbus*, segundo Ariosvaldo Diniz (1997, p. 58-59) está relacionada ao significado em grego e latim das duas

⁴Desde o século XIX, vários tipos de vacinas tem sido desenvolvidas com o objetivo de prevenir, e até mesmo erradicar, o cólera. Ilana Lowy apresenta uma análise das controvérsias que cercam a tentativa de desenvolvimento da vacina contra o cólera pelo zoologista Waldemar Haffkine nas últimas décadas do século XIX e início do XX. LOWY, Ilana. From Guinea Pigs to Man: The development of Haffkine's Anticholera Vaccine, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 47:3, July, 1992 p 270 – 309.

palavras que compõe seu nome “peste do cólera”.

Os surtos de cólera foram identificados e divididos pelos estudiosos das epidemias em ondas pandêmicas, marcando seu período de ocorrência e os países afetados. Para o século XIX, foi convencionada a ocorrência de cinco ondas, que atingiram de forma gradativa e expansiva todos os continentes⁵. Em 1855, durante a terceira pandemia da moléstia, o Brasil registrou o primeiro surto epidêmico da doença. Segundo as fontes bibliográficas, ele manifestou-se primeiramente na província do Pará, entrando no país por meio de seus portos. Jane Beltrão (1999, p. 41 - 46, 50) apontou que os primeiros casos ocorreram entre os passageiros da galera *Deffensor* – oriunda de um porto português atacado pela epidemia – durante a travessia do oceano Atlântico. Apesar das precauções tomadas pelas autoridades portuárias e após grande controvérsia sobre a natureza da doença que os acometia, o desembarque dos passageiros foi autorizado. A enfermidade difundiu-se por grande parte do território imperial, passando pela Bahia e chegando ao Rio de Janeiro, a capital do Império.

Desde a ocorrência das primeiras epidemias de cólera, os surtos tem sido objeto de atenção e produção de textos com a finalidade de registrar sua passagem por uma região. A partir das quatro últimas décadas do século XX, o cólera – e inúmeras outras moléstias epidêmicas – tornou-se objeto de estudo da história. A historiografia dedicada ao estudo das doenças aponta a ocorrência de enfermidades como um dos componentes da existência humana, que não se restringe unicamente às questões biológicas, mas abrange, também, as interpretações construídas sobre as doenças pelas sociedades. Essa percepção permite diferentes análises, entendidas segundo o contexto histórico, sobre a doença e o que é estar doente. Entre as várias temáticas abordadas nesse campo de estudos, estão as doenças epidêmicas que, devido a seus impactos políticos, culturais, econômicos e sociais, são eventos significativos, com interferência direta no cotidiano das populações atingidas. Cláudio Bertolli Filho (2003, p. 15) afirma que “as doenças, os tratamentos médicos e as epidemias anunciam maneiras de se estudar o passado, buscando o entendimento do Homem, da sociedade e de seus mecanismos de sobrevivência”.

O interesse por esse campo de estudos surgiu devido minha participação como

⁵ A primeira onda da pandemia ocorreu entre os anos de 1817- 1824, a segunda entre 1829 - 1837, que atingiu a Europa pela primeira vez, a terceira 1840- 1860 na qual a doença foi registrada no continente americano, a quarta entre os anos de 1863-1867 e a quinta 1881 – 1896. (EVANS, 1999; DOBSON, 2008, p. 44; WITTER, 2007, p. 39-41).

bolsista de iniciação científica no projeto *História da Saúde em Minas Gerais – Século XIX* financiado pelo CNPq e FAPEMIG coordenado pelas professoras Anny Jackeline Torres Silveira e Rita de Cássia Marques. A participação nesse projeto proporcionou o contato com o campo de estudos da história da saúde e das doenças e, também, com as fontes primárias. Lendo a documentação sobre a saúde pública em Minas Gerais – que embasa grande parte da pesquisa desenvolvida nesse momento – o que mais chamou a atenção foi a mobilização em torno da ameaça da chegada do cólera ao território mineiro. Diante de uma quantidade considerável de correspondências, ofícios e relatórios produzidos por médicos e autoridades administrativas, passei a questionar quais eram os motivos para que tal mobilização tivesse ocorrido, como ela se deu e suas consequências.

Neste trabalho, buscamos analisar as reações suscitadas na sociedade mineira pela ameaça e manifestação da epidemia de cólera entre os anos de 1855 e 1856. Destacaremos as ações indicadas e promovidas por médicos e autoridades administrativas em diálogo com os saberes e discursos da medicina acadêmica. Nesse sentido, tomamos o estudo do desenrolar da epidemia de cólera em Minas como uma das formas possíveis de se compreender alguns aspectos da organização da sociedade mineira, em especial aqueles referentes às concepções em torno da assistência a saúde pública.

As fontes que embasam este trabalho são constituídas por documentos manuscritos e impressos – cartas, ofícios, circulares, leis, relatórios, exposições e jornais – produzidas por autoridades administrativas, médicos e demais pessoas. Um dos conjuntos documentais a serem trabalhados são os relatórios anuais produzidos pelo Ministério do Império e apresentados à Assembleia Geral Legislativa, pois eles descrevem as principais atividades e acontecimentos ocorridos em todo o território imperial. Muitos desses relatórios eram acompanhados por anexos dos assuntos que precisavam ser tratados com maior detalhamento. Trabalharemos os relatórios e anexos dos anos entre 1854 e 1857, por concentrarem informações acerca da epidemia estudada. Os anexos referentes à saúde pública foram redigidos pelo presidente da Junta Central de Higiene, doutor Francisco de Paula Cândido, e versam sobre as “Considerações Sanitárias Relativas aos Portos do Império”, “História sucinta do cólera morbus no Império em 1855-56” e “Discussão das providências sanitárias que convém adotar-se”.

Já os relatórios redigidos pela presidência da província mineira, que foram apresentados à Assembleia Legislativa Provincial de Minas Gerais, descrevem as condições gerais da província. Destacamos a sessão “Saúde Pública”, onde podemos acompanhar um panorama das condições sanitárias, ocorrências de enfermidades endêmicas e epidêmicas, das condições dos hospitais e casas de caridade na província e a descoberta e manutenção de nascentes de águas minerais. Entre os assuntos abordados, os relatos sobre a epidemia de cólera de 1855-56 concentram os dados principais acerca da moléstia. Esta documentação encontra-se digitalizada e disponível para consultas no site do The Center for Research Libraries (CRL).

A documentação administrativa provincial é outro conjunto documental que constitui nossas fontes. Ela é composta por ofícios, circulares, relatórios e folhetos que versam sobre a mobilização e atuação das autoridades e dos médicos frente à epidemia na província mineira. Eles estão reunidos no fundo Seção Provincial (SP) sob guarda do Arquivo Público Mineiro (APM). Os ofícios e circulares apresentam uma comunicação constante entre o governo provincial, de um lado, e as câmaras municipais e os delegados de polícia, de outro. Os folhetos, por sua vez, foram textos redigidos por médicos em Minas Gerais, a pedido das câmaras municipais e tinham por objetivo apresentar informações sobre o cólera, como os principais sintomas, tratamentos e formas de prevenir a doença. Os jornais mineiros também constituem um conjunto documental significativo, que reúne informações sobre o curso da moléstia no país, por meio deles podemos acompanhar a divulgação da atuação das autoridades, dos conselhos médicos frente à epidemia e relatos da marcha da moléstia em outras regiões.

Os guias de medicina popular e manuais de medicina, publicados durante o século XIX, e direcionados ao público em geral que versam sobre a prática médica e os saberes em torno das moléstias e da terapêutica utilizada, também embasam nosso estudo, como o *Dicionário de medicina popular e ciências acessórias para uso das famílias* e o *Formulário e guia médico* ambos publicados por Pedro Luiz Napoleão Chernovitz⁶.

O presente trabalho foi estruturado em três capítulos. O primeiro trata das representações construídas sobre o cólera no século XIX, que constituem uma atmosfera de medo que havia em torno da doença e das especificidades que o diferenciaram de

⁶ Os dois exemplares foram digitalizados e encontram-se disponíveis na base de dados on-line Brasileira, organizada e mantida pela Universidade de São Paulo, disponível no site: www.brasiliana.usp.br/dicionario/edicao.

outras moléstias. Também são apresentados os estudos que se inserem no campo teórico e metodológico da historiografia da saúde e das doenças, destacando alguns trabalhos que tomaram por objeto de análise as epidemias de cólera, assim como a produção historiográfica acerca dos surtos da doença no Brasil, durante os oitocentos. E, por fim, analisamos os elementos mobilizados em diversos episódios epidêmicos, para justificar e compreender o surgimento das epidemias.

Já o segundo capítulo, trata das teorias que buscavam compreender o surgimento das epidemias, propondo explicações para sua origem e natureza, que embasam as teorias propostas para explicar o cólera durante o século XIX. Além disso, aborda a organização de respostas à ameaça epidêmica, tendo em consideração a sintomática que permitia a sua identificação e a terapêutica proposta naquele contexto.

Por fim, no terceiro capítulo, abordamos a chegada do cólera em Minas Gerais – que na maior parte do território ficou no âmbito da expectativa, pois poucas cidades foram atingidas pelo flagelo. Aqui, analisamos as formas como a população mineira lidou com a moléstia, destacando a atuação de alguns médicos e autoridades no desenrolar do surto e a posterior contabilização, por parte do governo provincial, das despesas realizadas em função da epidemia.

CAPÍTULO 1: O CÓLERA COMO OBJETO DE ESTUDO

1.1.: A “visita importuna do monstro-indiano”: representações sobre o cólera no século XIX

Em meados de abril de 1856, o médico, residente em Minas Gerais, Fernando Olivier Alzamora descreveu a moléstia que consiste na temática central deste trabalho como “o mais notável e não menos horrível, o flagelo epidêmico, que com o nome de cólera morbus vai decaindo a espécie humana, [...] no século em que vivemos” destacando que “os anais de ambos os hemisférios não conservam memória de tão mortífera e medonha doença”⁷. As impressões acerca da enfermidade registradas por Fernando O. Alzamora nos permitem examinar como a doença foi representada durante o século XIX, a partir do momento que se tornou uma ameaça pandêmica (SP 600, Documento 198-201, APM, 1856).

A descrição acima aponta as impressões suscitadas pelas moléstias epidêmicas – repulsão, castigo, medo. Segundo o historiador Jean Delumeau (2011, p. 161-63, 168-69), a forma de descrever as enfermidades que se manifestam por meio de surtos pode ser explicada por meio da representação mental construída sobre elas. O autor citou o exemplo da peste negra durante a Idade Média, que foi descrita de várias formas, estando entre elas a de “uma nuvem devoradora [...] semeando a morte à sua passagem”⁸. Ele destacou, ainda, que os relatos que descreviam as epidemias, muitas vezes, constituíam “um museu do horrível” que reunia os sofrimentos dos indivíduos atacados pela enfermidade – descrições dos sintomas e tratamentos impostos aos doentes com riqueza de detalhes – com os “espetáculos alucinantes nas ruas” – pessoas que caíam fulminadas pela moléstia, abandono de moribundos e cadáveres – criando uma atmosfera de realidade insustentável, que se converte em um “trauma psíquico”.

O término de um episódio epidêmico expõe o trauma gerado por ele, contribuindo na estruturação das interpretações construídas acerca das epidemias. E a

⁷ Os estudos historiográficos que tratam sobre as epidemias apontam que o cólera, sob um viés quantitativo não foi a doença que fez mais vítimas ao longo do século XIX – podemos citar a malária e a tuberculose como doenças mais letais - porém as especificidades da doença, as representações construídas acerca da mesma e os surtos recorrentes durante aquela centúria, acarretaram na identificação do cólera como “a epidemia clássica do século XIX” (EVANS, 1999, p. 151-52; ROSENBERG, 1987, p. 1-9).

⁸ Segundo o autor uma característica dessa representação mental é o pânico coletivo quando da manifestação de alguma epidemia. Os surtos de peste negra na Europa entre os séculos XIV e XVIII foram mais recorrentes, porém durante o mesmo período também foram registrados surtos de tifo, varíola, gripe pulmonar, disenteria e a partir de 1831 de cólera (DELUMEAU, 2011, p.154).

ameaça de desenvolvimento de um novo surto – seja em uma localidade não atingida anteriormente, mas que conta com relatos da experiência ou em uma onde a moléstia já grassou – aciona essa memória. Podemos observar essa apropriação de experiências anteriores por meio do ofício redigido pelo subdelegado de polícia da província de Minas Gerais, Francisco Felizardo Ribeiro:

As tristes notícias da marcha ascendente da terrível peste que tem grassado na Corte e província do Rio de Janeiro, as dolorosas recordações dos horríveis estragos que causou nas desventurosas províncias do Pará e Bahia, tem enchido de terror os habitantes deste distrito, terror bem fundado (SP 574, Documento 101-02, APM, 1855).

O terror que, segundo o subdelegado, estaria afligindo os habitantes⁹ de Congonhas do Sabará – distrito do município mineiro de Sabará – foi gerado pelas informações sobre os danos provocados pela doença em outras regiões. Essa percepção esteve presente de forma recorrente nos discursos das pessoas que abordaram a ameaça trazida pela moléstia, como no exemplo seguinte, que a relacionava com a visita de um “hóspede de terrível catadura”, que transportava as “aterradoras notícias” dos “grandes estragos causados pela epidemia, que tantas vidas tem ceifado e continua a ceifar [em] diferentes províncias do Império” (SP 574, Documentos 116-17, 98, APM, 1855).

Os estragos provocados pelos surtos de cólera referidos na citação anterior se tornaram conhecidos pela população por meio das notícias que circulavam entre autoridades provinciais e, principalmente, pelos jornais. É o que podemos observar no ofício remetido ao presidente da província mineira, enviado por Antônio Coelho de Sá e Albuquerque, presidente de Alagoas, em que ele, pesaroso, informava os “grandes estragos” feitos pelo cólera na região, que teria sido “extensa e inteiramente flagelada”. Este ofício afirma, ainda, que somente em Maceió, após a recrudescência da epidemia, contava-se uma “mortalidade diária de 12 a 19 pessoas”. Outro documento pelo qual se pode observar como as notícias do cólera circulavam é o comunicado feito pelo presidente de Sergipe, João Dabney d'Avellar Brotero, relatando o retorno da epidemia à província - em 1857 - que há “dois anos foi tão cruelmente devastada” (SP 600, Documento 94-95, APM, 1856; SP 657, Documento 509-10, APM, 1857).

No periódico mineiro *O Bom Senso*, também localizamos publicações que

⁹ Com base na documentação oficial que constitui a principal fonte deste estudo, infelizmente, não foi possível obter as impressões desses habitantes acerca da ameaça epidêmica. Portanto, é preciso considerar o relato do subdelegado através de alguns filtros, levando em consideração seu posicionamento político ao ocupar um cargo da administração local e também suas impressões pessoais sobre a doença.

retratavam o caráter maléfico do cólera e a desestruturação que o mesmo provocava nas relações cotidianas. No editorial de 27 de setembro de 1855, a doença foi descrita como o “mal que tem o poder de desnaturar o homem, que traz de ordinário muitas vezes o abandono do amigo pelo amigo, do irmão pelo irmão, do pai pelo filho e o que é mais... dos filhos pelos próprios pais” (O Bom Senso, 27/09/1855, Nº 349, p. 2-3).

Não foram somente os relatos oriundos de outras províncias durante o surto de 1855 que ajudaram na construção da imagem da doença pelos habitantes de Minas Gerais. Para a maior parte da população mineira, os comunicados que descreviam a moléstia apresentavam mais um aspecto assustador relacionado ao medo do desconhecido, já que o cólera atingiu o Brasil somente a partir 1855 – mesmo ano em que as primeiras missivas foram redigidas em Minas. O fato do primeiro surto da moléstia ter ocorrido no Império brasileiro em meados do século não impediu que notícias sobre a mesma circulassem por periódicos desde a década de 1830. Isso contribuiu para a elaboração de uma identidade para doença, que informaria a mobilização e os posicionamentos observados 25 anos depois em Minas Gerais – objetos de estudo do presente trabalho.

A edição de 5 de outubro de 1837 do *O Universal*, impresso em Ouro Preto, reproduziu o relato publicado pelo *Jornal do Commercio* (Rio de Janeiro) dos desajustes causados pela enfermidade na cidade de Palermo (Itália), onde “mais de cem desgraçados atacados do cólera jaziam moribundos nas ruas [...] sem asilo e privados de todo o auxílio [...] falecem em poucas horas, e raros são os que tem durado mais de uns dias”. O mesmo periódico também divulgou notas sobre a passagem do surto pelo continente americano¹⁰, destacando a cidade de Nova York onde “os estragos do cólera morbus” se manifestavam com “grande veemência” sucumbindo à doença “por dia, mais de cem pessoas”. E também em algumas cidades do México, em especial Vera Cruz, onde a “quarta parte dos habitantes foram vítimas do cólera” totalizando “20 mil pessoas” no país (O Universal, 05/10/1837, Nº 111, p. 4; 31/10/1832 Nº 821, p.3; 20/01/1834, Nº 98, p. 3).

As informações divulgadas pelos periódicos continham, além dos relatos que alimentavam a “imagem aterradora do flagelo”, publicações que tratavam sobre as características da enfermidade, discutindo sua contagiosidade ou não, expondo

¹⁰ Atingido pela primeira vez durante a segunda onda pandêmica de cólera, que também afetou países da Europa, Ásia, Oceania, norte da África e América – passando pelos países do norte até as Guianas, entre os anos de 1826 a 1837 (EVANS, 1999, p. 151; WITTER, 2007, p. 36-7).

conselhos higiênicos para prevenir e debatendo as melhores terapêuticas para a doença. Em outubro de 1832, a sessão “Correspondência – Saúde Pública” do *O Constitucional Mineiro*, publicado em São João del Rei, reproduzia a missiva enviada por Luiz Vicente da Fonseca, que contava com o seguinte preâmbulo “Recolhe o obséquio de inserir no seu interessante Periódico estas poucas reflexões sobre aquela enfermidade, que de certo visitará o nosso solo, o cólera morbus”. O autor do parecer cita o posicionamento de alguns médicos em relação à doença, expondo, também, suas próprias conclusões a respeito, especialmente no que se refere à terapêutica a ser utilizada e ao seu posicionamento a favor da não contagiosidade¹¹ da enfermidade, citando exemplos de surtos que se desenvolveram na Ásia e Europa. Ao final, Luiz V. da Fonseca expõe que seu objetivo com a publicação de suas ideias sobre a moléstia, seria suscitar um debate, desafiando “mais hábeis penas”, já que “não é fora dos limites da possibilidade, que o cólera morbus nos visite”. (*O Constitucional Mineiro*, 07/12/1832 N° 24, p. 2-3).

Outro periódico, também publicado na mesma cidade, o *Astro de Minas Gerais*, veiculou notícias oriundas de Paris, onde um representante do Império, em contato com o “Encarregado dos Negócios do México”, obteve informações sobre a doença naquele país, que foram remetidas a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ)¹², sendo destacado o uso proveitoso da planta “Amapola Silvestre” no tratamento de coléricos. A sociedade médica também foi citada em outras publicações, como no n° 24 do *Jornal da Sociedade Promotora da Instrução Pública no Ouro Preto*, que reproduziu um parecer redigido pela SMRJ¹³ que tratava “dos meios que se deve empregar, a fim de impedir a

¹¹ Em relação às teorias sobre o caráter contagioso ou não do cólera o autor, ao expressar sua opinião, expôs o caráter dúbio que caracterizava as mesmas durante as primeiras décadas e até meados do século XIX, ao afirmar que “quanto ao contágio ou não contágio do cólera morbus, são tantas as sentenças quanto as cabeças”. Destacando ainda que a proibição, por parte dos contagionistas, de que o enfermo fosse tratado por parentes e amigos os caracterizava como “criminosos de lesa humanidade” (*O Constitucional Mineiro*, 07/12/1832, N° 24, p. 2-3). Os debates acerca das teorias sobre a origem e caráter do cólera, assim como os impactos causados por elas serão discutidos, à luz da historiografia, de forma mais aprofundada no capítulo 2.

¹² A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro foi criada em 1829 e obteve a instalação e aprovação de seus estatutos em 1830 por decreto de 15 de janeiro. O principal objetivo da Sociedade era “melhorar o exercício da medicina e esclarecer as questões numerosas que respeitam à salubridade das grandes cidades e do interior das províncias do Império”, sem assumir as funções do ensino, que permaneceriam a cargo das Academias médico-cirúrgicas. Atuando para o “progresso dos diferentes ramos da arte de curar”, redigindo pareceres sobre a higiene e saúde pública – principalmente epidemias, sobre a propagação da vacina e exame de remédios novos e secretos. Sua composição se daria por médicos, que deveriam assumir a obrigação de compartilhar com seus colegas seus conhecimentos práticos e literários (BRASIL. *Coleção de Leis do Império do Brasil – 1830*. Decreto de 15 de Janeiro de 1830. Vol. 1 pt II, p. 2- 10. <http://www2.camara.leg.br>. Acesso em 25/09/2014).

¹³ Os pareceres que tratavam da origem da moléstia, seus sintomas e da terapêutica indicada serão abordados de forma mais detalhada no segundo capítulo.

introdução ou continuação do cólera morbus no Império”, baseados em medidas higiênicas coletivas e individuais, com orientações sobre como prevenir ou “remediar os efeitos desta terrível enfermidade” (Astro de Minas Gerais, 12/04/1834, Nº 909, p. 2; Jornal da Sociedade Promotora da Instrução Pública, 08/11/1832, Nº 24, p. 73-75).

A publicação do parecer da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, durante a década de 1830, indica que também entre médicos e autoridades o cólera se tornou objeto de atenção e preocupação, devido ao potencial de devastação da enfermidade demonstrado durante os surtos ocorridos na Europa, nos países orientais e na América do Norte. Estudando a epidemia de 1855, Tânia Pimenta (2003, p. 196-8) salientou que “os sintomas e o grau de mortalidade inspiravam tanto medo que os médicos estavam atentos às discussões travadas sobre a doença havia mais de duas décadas”, sendo as notícias sobre a epidemia de cólera presença constante desde 1830, no *Semanário da Saúde Pública* – periódico que divulgava as atividades da SMRJ, e difundia o conhecimento médico traduzindo e publicando capítulos de livros, artigos e notícias de periódicos estrangeiros¹⁴.

As estatísticas de mortalidade das doenças epidêmicas, que no caso do cólera vitimava cerca de 50% das pessoas que adoeciam, reforçavam o medo inspirado por elas (EVANS, 1999, p. 154; WITTER, 2007, p. 30-1). Outro fator que conta com grande peso na constituição desse temor são os sintomas característicos da enfermidade que, no caso da doença estudada neste trabalho, inspiravam repugnância devido à fisionomia que o doente apresentava, como salientou o historiador Roy Porter (2004, p.31) ao afirmar que essa moléstia “tornou conhecido um modo pavoroso de morrer”, pois após os vômitos e a diarreia – que indicavam o adoecimento;

sobrevinham câibras desesperadoras, com um desejo insaciável de água, acompanhados por uma etapa de definhamento. Desidratado e quase morto, o paciente exibia uma fisionomia clássica do cólera: lábios franzidos e azulados e o rosto encovado e murcho.

As transformações provocadas no corpo dos doentes pelos sintomas¹⁵ conferiam à doença um caráter desumanizador, devido o aspecto degradante dos mesmos, que levavam o enfermo ao óbito em poucos dias ou até mesmo horas. A violência do

¹⁴ Sobre os periódicos médicos que circularam na primeira metade do século XIX ver: FERREIRA, Luiz Otávio. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-43). Hist. cienc. saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, out. 1999. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 25/06/2012.

¹⁵ Uma análise mais detida acerca dos sintomas característicos da moléstia será abordada no segundo capítulo.

fenômeno, muitas vezes, convertia o enfermo em um “morto vivo” (SONTAG 2007, p. 93-5; EVANS, 1999, p. 153-4; BELTRÃO, 1999, p. 8-9).

A característica da morte por cólera, que em contextos epidêmicos chegava sem ser esperada e em momento caótico de desestruturação do cotidiano, muitas vezes, impedia o preparo e realização dos rituais funerários comuns a um grupo social. Esse impedimento feria as concepções vigentes sobre o “bem morrer”, sendo “para os vivos [...] uma tragédia, o abandono dos ritos apaziguadores que em tempo normal acompanham a partida desse mundo”. Durante o século XIX a ideia de uma “boa morte” estava associada ao falecimento em casa, entre os familiares e amigos. Situação que era subvertida pela enfermidade, quando muitos morriam em suas próprias casas – muitas vezes abandonados – ou em enfermarias provisórias distantes do convívio e do cuidado familiar. Os ritos que envolviam o cuidado com o cadáver – inseridos nas tradições fúnebres – também foram afetados, uma vez que os corpos de coléricos passaram a simbolizar o risco da morte iminente – através do doente que foi visto como um agente pestilencial – tornando-os “presenças indesejáveis, de que era preciso se livrar o mais rápido possível”¹⁶ (DELUMEAU, 2009, p. 174-181; DINIZ, 1997, p. 279-80; SILVEIRA, 2007, p. 56-7; SILVEIRA, MARQUES, 2013, p. 425).

A fisionomia distorcida do doente e a subversão dos costumes fúnebres impactavam sobre as sensibilidades coletivas que, por sua vez, atuavam de forma determinante na elaboração de respostas sociais às epidemias. A mobilização em torno do cólera¹⁷ esteve diretamente ligada à influência desses elementos, em especial do seu caráter aterrador – fatores também presentes nas experiências com outras doenças, como a gripe espanhola – que as diferencia das reações observadas, pela historiografia da saúde e das doenças, para outras moléstias, como a tuberculose e a varíola – presentes de forma mais constante, porém diluídas ao longo de todo o século XIX (SLACK, 1999, p.5-6; WITTER, 2007, p. 30-2; SILVEIRA, p. 2007).

1.2: A historiografia da saúde e das doenças e as epidemias de cólera.

A historiografia da saúde e das doenças aponta a ocorrência de enfermidades

¹⁶ Outra alteração que foi influenciada pelo momento epidêmico – que será abordada de forma mais detalhada no segundo capítulo – está relacionada aos sepultamentos em templos religiosos, que passaram a ser preteridos em favor das inumações em cemitérios localizados fora das povoações.

¹⁷ Os diversos aspectos que caracterizaram a mobilização em Minas Gerais serão abordados nos capítulos seguintes.

como um dos componentes da existência humana, afirmando que as mesmas são fatos inerentes à vida (ROSEN, 2006, p.33). Contudo, como tem demonstrado a literatura, a doença não é “percebida unicamente como entidade biológica ou física, mas como um amálgama que envolve tanto sua natureza biológica como os sentidos que lhe são atribuídos pelas sociedades” (SILVEIRA, NASCIMENTO, 2004, p.14). Tal percepção permite diferentes interpretações sobre o que é a doença e o que é estar doente que podem ser definidas através do contexto histórico no qual estão inseridas.

Esse campo de trabalho historiográfico consolidou-se após a segunda metade do século XX, no âmbito da abertura a novos objetos e temáticas. Nos anos 1960, Asa Briggs e Louis Chevalier foram uns dos primeiros historiadores a se dedicarem a estudar as epidemias sob a perspectiva da história social, mostrando como as sociedades lidaram, reagiram e interpretaram os breves, mas intensos episódios epidêmicos. A partir dessa nova abordagem, as epidemias “passaram a ser estudadas como ferramenta de análise social”¹⁸ (SLACK, 1999, p. 1; BELTRÃO, 1999, p. 21-22). Desde então, os trabalhos inseridos nesse campo têm abordado as epidemias, associando uma perspectiva biológica a uma visão social da enfermidade (DINIZ, 1997, p. 11). Na primeira perspectiva, a doença é abordada a partir de aspectos que a individualizam, observando o agente patológico, o meio que proporciona o seu desenvolvimento e a vulnerabilidade dos grupos expostos a ela¹⁹. Já a segunda abordagem privilegia a análise das reações e interpretações da sociedade frente às epidemias, propondo a existência de respostas recorrentes dadas por diferentes atores, em regiões distintas, frente a diversas moléstias epidêmicas²⁰.

A historiografia dedicada à análise das epidemias é vasta, contemplando diferentes moléstias, em diferentes períodos e lugares do mundo sob diversas abordagens. A seguir, apresentaremos alguns trabalhos dedicados à análise do cólera enquanto uma experiência epidêmica.

O estudo realizado por Charles Rosenberg, em *The Cholera Years* (1987), analisa as representações sobre o cólera construídas pela sociedade americana, por meio de uma pesquisa que aborda três surtos da moléstia – ocorridos em 1832, 1849 e 1866 –

¹⁸Sobre a expansão do campo historiográfico da saúde e das doenças, ver BELTRÃO, 1999; SILVEIRA, NASCIMENTO, 2004, p.13-30.

¹⁹ Os estudos desenvolvidos por Alfred Crosby são exemplos dessa abordagem biológica das epidemias (SILVEIRA, 2007, p. 49).

²⁰Os textos Paul Slack, Charles Rosenberg e Richard Evans estão ancorados na abordagem social das epidemias (SILVEIRA, NASCIMENTO, 2004, p. 25-26).

que tiveram como cenário a cidade de Nova York. Seu trabalho foi baseado na análise de jornais, cartas, periódicos e publicações médicas, com o enfoque direcionado para as teorias relativas à origem da doença, organização da profissão médica, responsabilidade de autoridades administrativas sobre a saúde pública e o papel da religiosidade na explicação das epidemias. Durante o surto de 1832, o forte caráter religioso da sociedade nova-iorquina se destaca devido à atribuição do surgimento da epidemia à punição divina. Em contraste, durante o surto de 1866, sobressaíram questões relacionadas à saúde pública – insalubridade, limpeza das ruas, cortiços – em detrimento da primeira perspectiva de caráter religioso. Rosenberg destaca que, ao estudar os surtos de cólera, é possível iluminar as transformações econômicas, sociais, políticas e culturais pelas quais a sociedade americana passou ao longo de 30 anos.

As contribuições do autor não se limitam ao estudo sobre os surtos de cólera nos Estados Unidos. Seu trabalho sobre a história da moléstia extrapola as análises sobre a doença, permitindo pensar sobre os efeitos e impactos das epidemias de forma geral e sobre as sociedades nas quais elas se manifestam. Buscando viabilizar o entendimento das epidemias como objeto histórico, ele propõe a utilização de três categorias explicativas – configuração, contaminação e predisposição. O autor alerta para os riscos e problemas de se generalizar a análise ao se utilizar de tais categorias, mas ressalta que, por outro lado, elas são ferramentas analíticas úteis, que podem ser combinadas de formas distintas. O termo contaminação, por exemplo, foi majoritariamente empregado com o sentido de transmissão de material mórbido de uma pessoa para outra. Porém, em outros contextos, ele poderia ser utilizado e compreendido também como elemento de desordem. Já configuração poderia se referir à ideia de alteração do meio ambiente, devido à existência de substâncias em decomposição e putrefação – os miasmas. O terceiro termo a integrar as categorias explicativas das epidemias é a predisposição, que responde à necessidade de compreensão acerca da imunidade de alguns indivíduos que, mesmo estando em contato direto com a moléstia epidêmica, não adoeceram (ROSENBERG, 1995, p. 295-299).

O historiador destacou que as três categorias têm sido utilizadas de acordo com os diferentes contextos e as particularidades de cada doença, sendo que as mesmas não são excludentes, podendo ser mobilizadas como ferramentas explicativas complementares ou antagônicas. Alguns exemplos dessa utilização podem ser encontrados nas explicações sobre as epidemias de peste bubônica e tifo, que agruparam

as três categorias, ou os discursos sobre a febre amarela e cólera, que se opuseram a elas, criando correntes explicativas contrastantes sobre as origens dessas moléstias. É preciso ressaltar que tais categorias são caminhos possíveis – e não obrigatórios – para se pensar os surtos e, também, que discursos interpretativos acerca das doenças continuam sendo criados. Além disso, a cada novo episódio epidêmico ou surgimento de novas doenças, a necessidade de elaborar explicações se reforça (ROSENBERG, 1995, p. 293-304).

Em *Death in Hamburg*, Richard Evans (1990) analisa a epidemia de cólera ocorrida em 1892 em Hamburgo. Para compreender os efeitos e o contexto do surto, o autor ressalta que podem ser identificados três níveis verticalizados de análise em sua obra; no primeiro – mais geral – o ponto central é a cidade, caracterizada por grande atividade mercantil, sendo a sua elite composta por comerciantes da classe média. Nesse momento o autor esboça a história sociopolítica da cidade no século XIX, através dos conflitos de classe e das relações entre Estado e sociedade. Segundo Evans, as características da cidade permitem explicar o comportamento da elite, priorizando as relações comerciais em detrimento da infraestrutura urbana, que passava por profundas transformações em função da expansão do proletariado, da comunidade imigrante e, também, da miséria da população citadina. Em 1892, o cólera visitou outros pontos da Europa, mas em nenhuma delas foi tão devastador como em Hamburgo, que apresentou altos índices de vítimas e mortos. A elite médica e administrativa retardou ao máximo o reconhecimento da presença da moléstia na cidade, procurando preservar as relações comerciais que seriam prejudicadas com a confirmação da presença da doença.

No segundo nível, o autor relaciona o desenvolvimento urbano rápido e seus efeitos sobre as condições de vida da população, a manifestação de doenças e como eles foram percebidos por diferentes setores sociais, tendo em consideração os surtos de cólera que ocorreram entre os anos de 1830 a 1910, observando os efeitos da manifestação da moléstia naquela sociedade ao longo de sessenta anos. Já no terceiro nível do estudo proposto, a epidemia de 1892 é minuciosamente narrada pelo autor, embasada pelas análises realizadas nos níveis anteriores. Para analisar as ações da elite mercantil, política e médica da cidade, Evans lançou mão de mapas, estatísticas, registros de hospedarias, bilhetes de trem e gráficos traçando os padrões demográficos da cidade, condições das habitações e de vida. Sua análise, por meio da narrativa da epidemia extrapolou os acontecimentos de 1892, buscando compreender as condições

políticas, sociais e urbanas da cidade. O autor ressalta que o contexto epidêmico refletiu no jogo de poder político entre a elite de Hamburgo (EVANS, 1990, p. viii-ix).

O estudo presente na obra *Epidemics and ideas* (SLACK, 1999, p. 1-20) pretende revisitar a produção historiográfica da saúde e das doenças, após os trabalhos inaugurais de Asa Briggs e Louis Chevalier. Paul Slack aponta, na introdução da coletânea, que o número de trabalhos sobre o tema teve um grande crescimento, ampliando seus objetos e fontes. Uma das questões que foram destacadas nos estudos relacionados aos eventos epidêmicos é a existência de uma “dramaturgia epidêmica” e a relação desses momentos com os movimentos políticos e as construções simbólicas em torno dos mesmos (SLACK, 1999; ROSENBERG, 1995; EVANS, 1990).

Segundo Rosenberg, a dramaturgia epidêmica é um conjunto de repostas comuns da sociedade que vivencia o surto epidêmico, uma vez que tal evento clama por explicações. A dramaturgia é pautada pelas experiências comuns que se desenrolam durante a manifestação de um surto, como a morte, que assume um caráter instantâneo e inevitável. É a doença que se apresenta de forma inesperada, constituindo a epidemia como um episódio com início e fim bem demarcados, que assume grande visibilidade, sendo essa vivência um sofrimento coletivo, que une em torno da enfermidade todos os afetados por ela. Essas experiências são representadas através das repostas dadas pela sociedade acometida e que podem ser divididas em quatro atos: 1º ato: a demora no reconhecimento da epidemia e aceitação de sua manifestação, sendo tal atitude justificada pelas ameaças a interesses diversos, principalmente os comerciais, por parte das autoridades médicas, políticas e administrativas; 2º ato: a elaboração de explicações, principalmente para as causas que promoveram o surgimento e a instalação da moléstia; 3º ato: a organização de ações coletivas para fazer frente à enfermidade e, por fim, 4º ato: marcado pelo abrandamento da doença e pelo olhar retrospectivo da sociedade, buscando extrair lições sobre o ocorrido (ROSENBERG, 1995; SILVEIRA, 2007).

Outro trabalho dedicado à história do cólera é de autoria de Christopher Hamlin e integra a série “Biografias de Doenças”²¹ escrita por historiadores e médicos especialistas nos temas tratados. Hamlin, em um primeiro momento, aborda o cólera circunscrito a seu lugar de origem, a Índia, e o processo de criação de uma identidade para a doença, iniciado a partir da sua expansão para o ocidente nas ondas pandêmicas

²¹A série também conta com os volumes: Diabetes, Obesidade, Asma, Histeria, Talassemia (doença genética que afeta a hemoglobina) e Síndrome de Down. O título da série de demais citações em na língua inglesa foram traduzidos livremente pela autora.

do século XIX. O autor estende sua análise aos surtos de cólera entre refugiados no século XXI, passando pelos surtos de 1990 ocorridos na América Latina, ressaltando novas visões da microbiologia sobre a moléstia. Hamlin também trata das mudanças de atitudes sociais, culturais e de concepções médicas em torno da doença. Ele não se restringe à análise da “história natural de um micróbio ou de sua patologia”, incluindo “hospitais, desinfetantes, filtros de água, guardas de fronteira, supositórios, placas de cultura, tratados e sermões” (HAMLIN, 2009, p. 15), não se limitando às conquistas médicas do ocidente ou a um país circunscrito.

A historiografia brasileira também se dedicou a estudar as manifestações do cólera nas diversas regiões do Império. A chegada da doença na província da Bahia foi estudada por Onildo David (1993) em *O inimigo invisível: a epidemia de cólera na Bahia em 1855-56* no qual analisa a forma como o Estado, os médicos e a sociedade lidaram com manifestação da moléstia. O autor destaca a desorganização provocada pela epidemia e suas consequências, como alterações nas relações sociais e no comportamento da população. Segundo Onildo, o surto teve início em Salvador, alastrando-se por toda a província, provocando a fuga da população residente nas povoações do interior em direção à capital baiana e, também, a fuga dos poucos médicos existentes nessas regiões, o que agravou ainda mais o impacto do surto em Salvador. Tal comportamento dos médicos, somado ao elevado número de mortos, contribuiu para a descrença da população em relação à eficiência das medidas preventivas propaladas, assim como da terapêutica proposta pelos médicos e as autoridades públicas. A população, descrente da medicina acadêmica, buscou resposta para o seu sofrimento na religiosidade, atribuindo a poderes divinos a fonte de cura da epidemia. O autor também destaca os problemas com o abastecimento de alimentos na cidade e a consequente escassez e alta dos preços. Porém, o ponto de maior impacto da epidemia foi em relação às vítimas da moléstia e o medo da contaminação dos cadáveres. Inúmeros relatos foram coletados descrevendo o abandono de corpos nas portas de igrejas, dos cemitérios e até mesmo nas ruas. Contrariamente à reação observada em 1836, na revolta da “cemiterada”²², a população de Salvador não se opôs

²² A revolta da cemiterada ocorreu em 1836, em Salvador e foi motivada pela proibição, por lei, da realização de sepultamentos dentro dos templos católicos, estabelecendo que os mesmos deviam ocorrer em cemitério construído fora dos limites da cidade, chamado Campo Santo. Além de incidir sobre práticas e ritos funerários, a lei interferia na atuação das irmandades, transferindo a uma companhia o monopólio sobre os sepultamentos por cerca de 30 anos. Durante a revolta o recém-inaugurado cemitério foi destruído pela população. Somente em 1855 a proibição foi reeditada por ocasião da epidemia de

a proibição de sepultamentos no interior das igrejas, sendo os mesmos realizados em cemitérios. O elevado número de mortos, além das dificuldades no decorrer da epidemia, impactou também nos anos seguintes ao surto, provocando escassez de mão de obra escrava antes empregada em engenhos e fábricas, que foi a parcela da população onde se concentrou o maior número de vítimas.

A visita do cólera ao Recife foi objeto do estudo de Ariosvaldo Diniz (1997) em sua tese, na qual foram trabalhadas as relações entre a doença e o imaginário social. Essa relação é entendida a partir de duas dimensões: a epistemológica, através das características discursivas e valores presentes nas teorias em torno da propagação do cólera, e a cultural, por meio das representações sobre o corpo biológico e social. O autor realiza sua análise a partir das concepções que a sociedade pernambucana construiu sobre a doença em meados do século XIX, embasado por cartas, relatórios, ofícios do governo e publicações em jornais feitas por autoridades políticas, médicos e redatores. Também foram utilizadas como fontes as publicações feitas pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro e de Pernambuco, além de memórias e crônicas referentes à epidemia que atingiu o Recife em 1856. No decorrer do trabalho, são analisadas as tensões entre a medicina acadêmica e as artes de curar populares, representadas por conflitos entre a terapêutica propalada pela medicina alopática, a homeopática e os terapeutas populares.

Ariosvaldo Diniz ressalta que o objetivo do trabalho foi “indicar como uma conjuntura de crise epidêmica se caracterizou por um jogo de forças em que noções concorrentes de saúde e práticas terapêuticas disputaram legitimidade social e reconhecimento hegemônico”. Buscando compreender as causas de tais tensões, a pesquisa não se limitou ao episódio epidêmico, ela buscou reconstruir o contexto no qual as representações sobre o cólera foram criadas pela sociedade recifense, analisando as condições da cidade que informaram o saber médico acadêmico sobre o meio urbano e os sentidos atribuídos ao cólera. Embasado pela documentação levantada, o autor ressalta que o conhecimento produzido pelos médicos no Recife estava em diálogo com aquele que circulava pela Europa.

Ele também observou a influência da medicina francesa sobre as concepções dos acadêmicos brasileiros, em especial do Recife propondo que as dificuldades impostas

cólera, e o cemitério passou a ser amplamente utilizado (DAVID, 1993, p. 137; ALEXANDRE, 2010, p. 34). Os debates suscitados no século XIX, acerca da utilização de templos religiosos como locais de sepultamentos serão retomados no segundo capítulo.

pelo cólera contribuíram para transformar as concepções em torno das epidemias e a produção do saber acadêmico acerca da estrutura urbana da cidade. Outros saberes também foram colocados em prática no decorrer da epidemia, como no caso do escravo Pai Manoel que, devido à aceitação popular, foi autorizado a curar no Hospital Militar durante o surto. Tal episódio, segundo o autor é revelador da tensão social e crise promovida pela epidemia, que viabiliza um processo de medicalização e normatização da sociedade, principalmente da pobreza, vista como fonte de perigos morais e sociais.

Rosilene Faria (2007) também pesquisou o cólera no Recife relacionando a epidemia de 1856 e o cotidiano da cidade, analisando as estratégias utilizadas por médicos, autoridades, religiosos e habitantes. Em *O Khamsin do deserto – Cólera e cotidiano no Recife (1856)*, a autora observa que a manifestação da epidemia fortaleceu o discurso higienista vigente em meados do oitocentos, procurando organizar o espaço urbano e modificar costumes em busca do ideal de civilidade.

A passagem do cólera pelo Pará foi trabalhada por Jane Felipe Beltrão (1999) em sua pesquisa de doutoramento, que abordou a repercussão social das epidemias de cólera que atacaram a região. A autora partiu de uma epidemia que atingiu o Pará no ano de 1991 e buscou, nas representações construídas em torno dessa experiência pela população local, as memórias que remetiam a outra epidemia ocorrida na mesma região no ano de 1855. O objetivo de seu trabalho é compreender as relações entre organização social, administrativa, saúde pública e as disputas políticas e acadêmicas, no contexto da epidemia de 1855, partindo da mesma como ferramenta de análise social. A província do Grão-Pará, segundo os registros historiográficos, foi a primeira a ser atingida pelo cólera em 1855, sendo a porta de entrada da moléstia no Brasil. Beltrão salienta o contexto político no qual a epidemia se insere tendo como fontes jornais, correspondências produzidas por médicos, autoridades administrativas e relatórios da Presidência da Província. Ao resgatar as falas dos grupos hegemônicos, pretende construir inferências acerca da experiência vivida pelas principais vítimas da epidemia de 1855: a população pobre e que, na maioria dos casos, era escrava.

Dando continuidade à sua marcha através do Império, o cólera visitou a província sergipana entre os anos de 1855 e 1856. Amâncio dos Santos Neto (2001), em sua dissertação, aborda esse surto, buscando compreender como a epidemia teria impulsionado um processo de medicalização naquela província, observando os significados socioeconômicos, políticos e mentais a ela atribuídos. O autor observa que

a reformulação de posturas e mudanças nos ritos fúnebres são representativas do processo de medicalização da sociedade.

A visita do cólera ao Rio de Janeiro foi estudada por Tânia Salgado Pimenta (2003), que contextualizou a manifestação de epidemias a partir de meados do oitocentos com o início do processo de institucionalização da medicina sobre outras práticas de cura. Em sua tese *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828 a 1855)*, a autora analisa o início do processo de institucionalização da medicina que, segundo ela, foi marcado pelos esforços de organização dos médicos em torno da Academia Imperial de Medicina, da Faculdade de Medicina e da criação de periódicos especializados. A atuação dos médicos no Hospital da Santa Casa de Misericórdia também fez parte de sua análise do processo de legitimação do monopólio sobre as atividades terapêuticas, sendo os surtos de febre amarela (1850) e de cólera (1855-56) especialmente representativos das dificuldades, obstáculos e da visibilidade política proporcionada pela manifestação das epidemias.

A epidemia de cólera ao sul do Império foi o objeto de estudo de Nikelen Witter (2007) que analisou e comparou as reações da sociedade porto-alegrense por ocasião da manifestação dos surtos de 1855 e 1867, buscando compreender como as doenças – epidêmicas e endêmicas – eram vivenciadas e articuladas pela população através dos curadores e suas práticas de cura em meados do século XIX. A autora parte da premissa de que a vivência da crise epidêmica revela como a sociedade se organiza cotidianamente. Para analisar essa organização, ela trabalha a documentação produzida sobre a epidemia pela administração imperial – principalmente pela Comissão de Higiene Pública e a comissão provincial de saúde pública. Para compreender o contexto da sociedade na qual a moléstia se manifestou, suas fontes são jornais e processos crimes.

Nikelen Witter baseou sua análise nas respostas dadas por sofredores – doentes e pessoas ligadas a eles – governantes e curadores²³ à epidemia e, de uma forma mais ampla, aos problemas já enfrentados na província, especialmente na cidade de Porto Alegre, como a existência de doenças endêmicas do trato digestivo e dificuldades de acesso à água potável. Segundo a autora, as tentativas de responder tais questões contribuíram para a organização de uma política de saúde pública a partir da década de

²³ Segundo Paul Slack sofredores, governantes e curadores são categorias que reúnem os sujeitos essenciais para a compreensão das repostas e reações elaboradas por uma sociedade, em uma conjuntura epidêmica. (SLACK, 1999, p. 1-20; WITTER, 2007, p. 29 -31).

1850, período marcado pela ocorrência de surtos de febre amarela e cólera por todo o Império, que contribuíram de forma decisiva para a organização dessa política.

O cólera no Ceará, em especial a região do Crato, foi estudado por Juciello Alexandre (2010) por meio das representações da moléstia construídas nos textos publicados em jornais, em especial o semanário local *O Araripe*, usado como fonte para acessar discursos políticos, religiosos, científicos e populares. Os surtos estudados ocorreram em 1862 e 1864, mas o jornal veiculou informações sobre saúde e o cólera desde 1855. Tal acompanhamento pode ser explicado pelo medo provocado pela imprevisibilidade da doença. Segundo o autor, as opiniões emitidas no jornal permitem – por meio dos embates políticos, da religiosidade, das controvérsias em torno do posicionamento científico dos médicos e das tensões entre a medicina acadêmica e os terapeutas populares evidenciados em suas páginas – acompanhar as concepções sobre o cólera e os efeitos causados pela moléstia. O Ceará também foi objeto de estudo de Dhenis Maciel (2011) ao analisar o surto de 1862 na vila de Maranguape, cujo objetivo foi compreender a epidemia e seus significados, buscando resgatar o que era a cidade, as teorias médicas e as repostas dadas pela religião à epidemia.

Os trabalhos apresentados privilegiaram abordagens sobre as epidemias de cólera no século XIX, sob os mais diversos aspectos, contribuindo para a composição de um panorama diversificado. Observamos que os recortes geográficos se concentram nas províncias do norte e nordeste do Império, sendo que apenas um trabalho foi dedicado a uma província do sul do Brasil e outro ao Rio de Janeiro. O presente estudo vislumbra apresentar a província mineira no cenário da marcha do cólera pelo território imperial, pois acreditamos que a diversidade de regiões analisadas presta uma contribuição positiva, pois possibilita a construção de “uma imagem do que foi a saúde no país” em momentos específicos e diversificados (SILVEIRA, FIGUEIREDO, 2011, p. 3).

1.3: As experiências epidêmicas e as explicações sobre as enfermidades pestilenciais

A vivência de uma experiência epidêmica por uma determinada sociedade é marcada pela elaboração de explicações para o surgimento e instauração da moléstia em seu meio, como forma de compreender e reagir ante a ameaça, caracterizada pelo medo

e ansiedade infligidos pela doença. Como vimos no tópico anterior, as sociedades têm mobilizado diferentes elementos para responder as ameaças epidêmicas, elencando respostas que mobilizavam explicações religiosas, místicas e racionais. Segundo Rosenberg (1995, p.295), em um primeiro momento, as explicações elaboradas acerca das epidemias tendiam para uma visão holística pela qual a enfermidade era vista como uma consequência de uma confluência de circunstâncias. Caracterizada por uma alteração do que era considerado como normal na relação entre comportamento humano e a constituição do ambiente – que explorava o arranjo climático, o meio ambiente e a vida em sociedade. Essa mobilização de diversos elementos explicativos para um evento epidêmico foi denominada pelo autor como configuração²⁴ (ROSENBERG, 1995, p. 294; SLACK, 1999, p.4).

Entre os elementos que configuram o cotidiano e a vida em sociedade, as epidemias foram interpretadas sob um viés religioso que, segundo a interação do homem com o divino, apresentava a peste como uma forma de punição e martírio em resposta aos pecados cometidos por uma comunidade. Sendo os membros dessa comunidade responsáveis e merecedores da punição coletiva, tornava-se necessário aceitá-la e buscar coletivamente meios para aplacar a ira divina, através do reconhecimento das condutas indevidas e da busca por reparação das mesmas, por meio de penitências e súplicas²⁵ (ROSENBERG, 1995, p.282; SLACK, 1999, p. 4, DELUMEAU, 2011, p. 201-220).

A busca por uma reparação dos erros daquela comunidade que provocara a ira divina, muitas vezes, foi realizada sob a forma de preces e penitências coletivas, sendo as procissões uma das maneiras de se organizar e promover uma súplica que chegasse a Deus. Delumeau (2011, p. 215-217) ao citar as procissões promovidas pela Igreja por ocasião dos surtos de peste negra em diversas cidades europeias – entre os séculos XVI e XVIII – afirmou que as mesmas eram um “remédio para toda a sociedade”, por congregar todos os habitantes, de autoridades a simples cidadãos, que “confessa[vam]

²⁴Configuração é uma das categorias explicativas propostas por Rosenberg para o estudo das epidemias que foram apresentadas na seção anterior.

²⁵A explicação para o surgimento dos surtos epidêmicos como punição divina permanece fortemente presente no pensamento embasado na cultura judaico-cristã, porém Jean Delumeau(2011, p. 211) ressaltou que tal interpretação não é exclusiva dessa cultura. Pois tal associação remonta à Antiguidade, em relatos como os de Ovídio(42 a.c – 18 d.c) que associaram a ocorrência de epidemias em função da ira dos deuses provocada pelo comportamento da população (DINIZ, 1997,p. 38-39; SLACK, 1999, p. 4). Já Jean-Charles Sournia e Jacques Ruffie (1986, p. 216-217) apontaram que tal explicação também pode ser observada em textos da Mesopotâmia, que relacionaram a manifestação de uma doença à vontade de deuses ou gênios, sendo necessário apaziguá-los e buscar uma reconciliação.

suas faltas e implora[vam] perdão”. O autor ainda destaca que elas poderiam ocorrer em qualquer momento da experiência: antes, como forma de afastar a ameaça da instalação da doença, durante a epidemia, buscando-se abrandá-la ou depois do flagelo, como agradecimento pelo fim do surto.

Além do pensamento religioso, outros elementos ajudaram na elaboração de respostas que explicassem o surgimento das epidemias, como aspectos místicos, que relacionavam alterações no cosmos com a proximidade de desastres como pestes, guerras e fomes. Estes, por sua vez, seriam anunciados ou provocados pela passagem de cometas e a ocorrência de eclipses solares e lunares (DELUMEAU, 2011, p. 11-119; PELLING, 1993, p. 312; HANNAWAY, 1993, p. 296). A ocorrência de surtos de peste negra, em vários momentos, foi explicada pela presença desses acontecimentos. Segundo Delumeau (2011, p. 202-204), médicos franceses e prussianos, nos séculos XIV e XVIII, atribuíram ao surgimento da peste a corrupção do ar provocada pela passagem de cometas e ocorrências de eclipses. O autor cita ainda um frade carmelita que, em 1348, atribuiu a observação de um cometa no céu de Paris como um presságio da epidemia que se alastrou não só pela cidade, mas também por todo território francês.

A interação entre homem, saúde e ambiente como base de diferenciação dos estados patológicos remonta a Antiguidade²⁶ e está relacionada a um esforço para entender as doenças por meio de explicações naturais – tais como o clima e características fisiológicas e biológicas – (HANNAWAY, 1993, p. 292-293; PORTER, 2004, p. 40-50, PELLING, 1993, p. 317). O final do século XVI marcou uma mudança na elaboração de explicações sobre o surgimento das epidemias, que passavam a dar maior ênfase para elementos ambientais, comportamentais e ocupacionais de uma população sem, contudo, serem desconsiderados aspectos metafísicos. Segundo Rosenberg (1995, p. 283, 295-296), no contexto da ameaça epidêmica, a atribuição de um entendimento racional ao evento trouxe a possibilidade de um certo controle, minimizando a sensação de vulnerabilidade de uma população. Nessa mobilização de

²⁶Segundo Caroline Hannaway (1993, p. 292-293) e Jean Abreu (2011, p.131) essa interação pode ser observada no pensamento científico grego e na medicina que floresceu a partir do século V a.c., sendo corroborada pelos escritos atribuídos a Hipócrates, que fundaram a percepção do ambiente influenciando nas condições de saúde e doença dos homens. A relação entre o corpo humano e o ambiente, no pensamento hipocrático, foi embasada pela teoria dos humores, pela qual os quatro temperamentos constituintes do organismo humano estariam relacionados a quatro elementos da natureza. Sendo o sangue relacionado ao ar, a bílis negra a terra, a fleuma à água e a bílis amarela ao fogo, estando a saúde condicionada pelo equilíbrio entre esses elementos e a ocorrência de doenças epidêmicas ligadas as emanções insalubres do ar (KURY, 1990, p. 72-73).

elementos explicativos, podemos identificar a categoria da contaminação que, como apontou o autor, muitas vezes foi reduzida a ideia de contágio inter-humano – por meio do qual a transmissão acontecia através do contato entre uma pessoa sã e o doente e ou através do contato com os objetos usados pelo mesmo. Porém, Rosenberg ressaltou que essa categoria poderia abranger a percepção de uma desordem geral, em que um evento ou agente poderia subverter o quadro estável de manutenção da saúde.

Neste mesmo período, Fracastoro²⁷ envolvido no esforço de explicar as causas para as manifestações das enfermidades, propôs que o contágio ocorria através de uma “corrupção que se dava por partículas imperceptíveis, se manifestando com as mesmas características tanto nos portadores quanto nos receptores” (CZERESNIA, 1997, p. 80). Tais partículas seriam capazes de difundir-se pelo ar e, também, penetrar em superfícies porosas, podendo originar-se tanto no corpo humano quanto no ambiente – “ar, água, pântanos e outras fontes” (Winlow *apud* CZERESNIA, 1997, p. 80, 1997). A doença era, então, “disseminada por meio de “sementes” espalhadas por contato humano” (PORTER, 2001, p. 102; SOURNIA, RUFFIE, 1986, p. 219, CHALHOUB, 1996, p. 168). O também médico Theodoro Langgaard²⁸ (1873, p. 520) definiu como base das doenças contagiosas um veneno animal que se desenvolve no corpo doente, provocando a mesma moléstia em outro organismo. O termo contágio teve o mesmo significado atribuído por Chernoviz²⁹ (1890, vol. 1, p. 676) em seu dicionário médico, destacando-se a origem material da doença contagiosa, sua gênese externa ao corpo humano e capacidade de comunicação para outros indivíduos.

Margaret Pelling (1993, p. 313-14) destacou que as analogias foram ferramentas recorrentes na explicação das doenças contagiosas, como as frutas podres onde uma

²⁷Girolamo Fracastoro (1478-1553) foi um médico italiano que propôs que as enfermidades se desenvolviam através das “sementes de doença”. Ele procurou identificar um princípio, que permitisse apontar a causa para a origem da moléstia. (PELLING, 1993, p. 310, 319; PORTER, 2001, p.102, DINIZ, 1997, p. 47).

²⁸ O médico Theodoro Langgaard (1813-1883) nasceu na Dinamarca, tendo estudado medicina na Alemanha e em Copenhague. Estabeleceu-se no Brasil (permanecendo a maior parte de sua vida em São Paulo e posteriormente no Rio de Janeiro) na década de quarenta dos oitocentos. Suas obras de maior disseminação foram o *Dicionário de medicina doméstica e popular*, editado por duas vezes e o *Formulário médico* que contou com três edições (GUIMARÃES, 2005, p. 4).

²⁹ Pedro Luiz Napoleão Chernoviz (1812-1881) nasceu na Polônia, transferiu-se para a França em 1831 e já no início de 1840 chegou ao Rio de Janeiro. Suas obras que alcançaram grande difusão no Brasil foram *Formulário ou guia médico* (1841) e *Dicionário de medicina popular* (1842) tendo recebido várias reedições. Seu trabalho destacou-se de outros manuais de medicina por dedicar-se tanto a um público com um conhecimento específico – boticários e farmacêuticos – quanto para o público leigo, destinando aos locais onde o acesso a médicos era restrito. Apesar dessa distinção, sugerida pelo próprio autor – essas obras foram objeto de consulta de práticos, médicos, farmacêuticos e boticários. (FIGUEIREDO, 2005; GUIMARAES, 2005, p. 66).

parte estragada é capaz de irradiar-se por todo o fruto atingindo também outros frutos próximos ou os odores oriundos de pântanos, cavernas e minas que seriam capazes de disseminar doenças. A ideia de que um veneno específico seria capaz de reproduzir-se no ambiente e espalhar-se entre os indivíduos de uma comunidade foi, segundo Sidney Chalhoub, muitas vezes, relacionada às doenças contagiosas, como a varíola que era identificada como uma moléstia “iminentemente contagiosa” (CHALHOUB, 1996, p. 168-169).

Como temos observado, a noção de que o ar corrompido poderia provocar ou disseminar moléstias perpassou várias das explicações elaboradas acerca da manifestação de doenças epidêmicas. A teoria dos miasmas foi baseada na relação entre ambiente e doença, sendo os elementos deletérios presentes no ar – exalações de pântanos, pessoas doentes, águas estagnadas, dejetos deixados ao ar livre, etc. – a causa da corrupção e contaminação da atmosfera³⁰ (HANNAWAY, 1993, p. 295). Delumeau (2011, p. 203), ainda apontando as explicações levantadas em torno da peste, indica que uma das interpretações atribuídas ao seu surgimento estava ligada às “exalações malignas emanadas dos cadáveres não enterrados, de depósitos de lixo, até das profundezas do solo”. Langgaard (1873, p. 520) destacou que essas emanações promoviam uma alteração viciosa da atmosfera, acometendo ao mesmo tempo grande número de indivíduos em uma região.

A teoria da constituição epidêmica proposta por Thomas Sydenham³¹, no século XVII, atentou para o corpo humano e o ambiente no qual o mesmo estava inserido, propondo que as epidemias seriam provocadas por alterações na composição do ar – miasmas e eflúvios oriundos do subsolo, predispondo os indivíduos à enfermidade. O desenvolvimento de um surto ocorreria em função da constituição atmosférica de um determinado período em que os sintomas e características das doenças estariam diretamente relacionados a uma constituição particular de um determinado local. Tais

³⁰ Como foi exposto no tópico anterior Rosenberg (1995, p. 293-304) destacou que um mesmo elemento explicativo pode, e muitas vezes foi utilizado por diferentes modelos explicativos, através do seu reagrupamento. No caso acima o ar e sua corrupção aparecem como explicações tanto para correntes místicas, onde o ar sofre influências dos astros tornando-se nocivo, quanto para as naturais onde os próprios elementos do ambiente o corrompem e o tornam responsável por causar doenças.

³¹ Caroline Hannaway (1993, p. 296-97) aponta que os estudos do médico inglês Thomas Sydenham (1624-1689) sobre as causas das doenças foram influenciados pelas ideias hipocráticas, principalmente por aquelas relacionados a observação do corpo doente e dos fatores ambientais circundantes - como condições do tempo, clima e estações do ano – que determinariam a incidência de doenças. Flávio Edler (2011, p. 36) e Ariosvaldo Diniz (1997, 50-1) afirmam ainda que Sydenham, em um sentido distinto do atribuído por Hipócrates – que sugeriu que a constituição seria específica de cada local - baseava-se na ideia de um caráter episódico e circunstancial em relação à constituição epidêmica.

conclusões foram elaboradas por Sydenham a partir da observação dos doentes, buscando estabelecer uma ligação entre doenças e remédios específicos. Essas observações influenciaram vários médicos do período, estimulando registros e relatos de casos, em busca da singularidade de cada moléstia³². (CZERESNIA, 1997, p. 82-83; HANNAWAY, 1993, p. 296-297, DINIZ, 1997, p. 49; EDLER, 2011, p. 36; PORTER, 2001, p. 168, 169).

A explicação para a eclosão de surtos baseada na ideia de que a constituição epidêmica atmosférica determinaria o surgimento de doenças em uma comunidade, contribuiu para reforçar alguns questionamentos em relação às causas das epidemias. Entre elas estava o porquê, no desenrolar de um surto, de algumas pessoas permanecerem saudáveis enquanto outras sucumbiam em grande número, uma vez que – aparentemente – todas estavam expostas a um mesmo conjunto de condições. Alguns estudiosos respondem a esse questionamento lançando mão da categoria de predisposição, que propõe a especificidade de cada indivíduo relacionada a mecanismos fisiológicos, comportamentais e de condições de vida, que se apresentam em formas e proporções aleatórias (ROSENBERG, 1995, p. 295-296, 282-283; SOURNIA, RUFFIE, 1984, p. 55-56).

Ainda considerando a relação doença e ambiente, no século XVIII, Caroline Hannaway (1993, p. 300-02) observa um acentuado crescimento do interesse relativo à medicina dos lugares, que foi denominada no período como topografia médica. Ela se caracterizava pela minuciosa descrição de uma região específica – frequentemente uma cidade – com riqueza de detalhes dos elementos circundantes e do ambiente – características geográficas, animais, clima, plantas, fontes de abastecimento de água, hábitos e características da população – que poderia determinar a saúde ou doença de uma comunidade³³. A autora destacou os registros topográficos produzidos sobre a

³² As ideias e a metodologia proposta por Sydenham foram aplicadas por vários médicos, através de estudos que privilegiavam a observação do tempo e das enfermidades, contribuindo para o entendimento e organização sistemática de um padrão para as doenças – analisando aspectos como o território, clima e incidência de moléstias. Apesar do empenho de vários médicos, Caroline Hannaway destacou que essas pesquisas não promoveram mudanças profundas nas formas de se explicar as causas das doenças, devido a dificuldades no levantamento, compilação e centralização dos dados – como a disponibilidade de instrumentos de precisão, até aquele momento, pouco confiáveis e a falta de um padrão no relato das enfermidades. Para mais informações sobre os estudos desenvolvidos nesse contexto, ver: Roy Porter(2001, p. 169-171) e Caroline Hannaway(1993, p. 296-99).

³³ Como já destacamos a medicina do período clássico também buscava informações sobre a saúde ou o adoecimento dos indivíduos na sua relação com o ambiente. Porém, é possível observar que a proposta da topografia médica, buscava uma sistematização ao considerar análises mais amplas, reunindo uma gama maior de elementos, como os citados acima (HANNAWAY, 1993, p. 303-02).

França que visavam, através do exemplo regional, compreender a doença, sua distribuição e prevalência, privilegiando as doenças epidêmicas em um cenário nacional. Seguindo o mesmo processo metodológico, os trabalhos produzidos na Alemanha, no mesmo período, diferenciaram-se por propor um estudo e compilação de dados de diversos países simultaneamente, aproximando-se ao máximo de uma escala mundial – buscando entender a doença e o ambiente em uma escala global, além das fronteiras nacionais – tendo sido denominado por geografia médica.

Como indicou Hannaway (1993, p. 302), estudos de geografia e topografia médica continuaram sendo desenvolvidos durante o século XIX. Podemos observar que essa metodologia influenciou, também, as práticas médicas no Brasil. Em 1830, ao proferir o discurso inauguração da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ) o doutor José Jobim destacou a importância de se

conhecer minuciosamente [...] todas as condições físicas apreciáveis da atmosfera e do solo, a umidade, a temperatura e eletricidade, as estações, a natureza do terreno, as suas produções, e de outra, o número de indivíduos que nascem, os que morrem, de que moléstias e com que relação entre os sexos, as idades, os temperamentos, os ofícios e, assim obter a solução de varias questões relativas as epidemias ou endemias que existem ou podem existir no nosso País. (JOBIM apud KURY, 1990, p. 127)

Tal conhecimento seria produzido com base nas topografias médicas que deveriam ser organizadas a partir de cada província, tendo como exemplo os trabalhos produzidos na França. Porém, tal empreendimento não se concretizou pelas mãos da SMRJ, permanecendo como um projeto.

Compartilhando do posicionamento da Sociedade de Medicina em relação à necessidade de se conhecer melhor o quadro nosológico do Brasil, a compilação e análise de dados médicos-geográficos do território foi desenvolvida pelo médico francês radicado no Brasil, José Francisco Xavier Sigaud, sendo publicada no ano de 1844 em Paris, sob o título *Du climat et des Maladies du Brésil – ou statistique médicale de cet empire*³⁴. Na introdução do trabalho, o autor expõe que seu objetivo foi “completar a estatística médica do Brasil, delineando ao mesmo tempo sua climatologia, esboçando a geografia médica do país, descrevendo as doenças que constituem a patologia intertropical” (SIGAUD, 2009, p. 32-33). Luiz Ferreira (2009, p. 17-26) apontou o importante papel desempenhado pelo doutor Sigaud na difusão das ideias higienistas no

³⁴ A obra foi traduzida e publicada no Brasil em 2009 sob o título: SIGAUD, José F. Xavier, *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste império*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

Brasil, na primeira metade do século XIX, através da organização e publicação de periódicos médicos.

Neste capítulo, abordamos as representações construídas sobre o cólera no século XIX. Tais representações informam uma atmosfera de medo que havia em torno da doença e estavam embasadas por experiências e interpretações anteriores, vivenciadas quando da manifestação de outras enfermidades pestilenciais. Foram apontadas, aqui, as especificidades que diferenciaram o cólera de outras moléstias. Apresentamos os estudos que se inserem no campo teórico e metodológico da historiografia que analisa as epidemias sob o viés da história da saúde e das doenças, destacando alguns trabalhos que tomaram por objeto de análise as epidemias de cólera, assim como a produção historiográfica acerca dos surtos da doença no Brasil, durante os oitocentos. E, por fim, analisamos os elementos mobilizados em diversos episódios epidêmicos, para justificar e compreender o surgimento das epidemias, que embasarão as teorias propostas para explicar o cólera durante o século XIX – que serão abordadas no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 2: A AMEAÇA DO CÓLERA: TEORIAS EXPLICATIVAS E MOBILIZAÇÃO DE MEDIDAS HIGIÊNICAS E SANITÁRIAS

No capítulo anterior, vimos que as representações construídas sobre o cólera no século XIX informavam a atmosfera de medo em torno da doença. Analisamos, também, as teorias voltadas para compreender o surgimento das epidemias, sobretudo aquelas que serviram de base para as teorias voltadas para explicar o cólera durante o século XIX. Estas últimas serão examinadas neste capítulo, por meio dos pareceres redigidos por médicos e autoridades em Minas Gerais. Da mesma maneira, trataremos das formas utilizadas pelas sociedades para organizarem respostas à ameaça epidêmica do cólera, tendo em consideração a sintomática que permitia a sua identificação e a terapêutica proposta naquele contexto.

2.1.: O cólera explicado através das crenças religiosas, místicas e teorias médicas no século XIX

Conforme destacou o historiador Roy Porter (2004, p. 15), “as epidemias surgiram com a sociedade, e a doença foi e continuará a ser um produto social, tanto quanto a medicina que luta contra ela.” De acordo com o exposto no capítulo anterior, diante da vivência constante com as ameaças epidêmicas, a sociedade buscou elaborar formas para explicar e entender seu surgimento. As teorias interpretativas das origens das doenças continuaram no século XIX – assim como observamos para os períodos anteriores – a serem ancoradas nas proposições em torno dos estímulos provenientes do mundo externo e do contato com outros homens, versando, principalmente, acerca das formas de contágio e das condições atmosféricas e ambientais – os miasmas (CZERESNIA, 1997, p. 84; HANNAWAY, 1993, p. 295; PELLING, 1993, DINIZ, 1997, p. 51-54).

Entretanto, a historiografia tem demonstrado que, entre os séculos XVIII e XIX, é possível observarmos mudanças relacionadas a uma ampliação dos fatores considerados capazes de influenciar na manifestação das doenças, sendo os elementos sociais – condições de vida, de trabalho e alimentação – relacionados às condições ambientais e de saúde (ROSENBERG, 1995, p. 282-84). Foi nesse contexto que o cólera apresentou-se como uma ameaça à população mundial nas três primeiras décadas dos oitocentos. Durante o desenrolar dos primeiros surtos, podemos observar como as

populações atingidas, por meio de grupos representativos – médicos, autoridades administrativas e leigos – buscaram explicar essa enfermidade mobilizando vários elementos constituintes do cotidiano como a religiosidade e a interação da comunidade e seu modo de vida com o ambiente que a cercava.

Assim como observamos para as explicações sobre as epidemias de peste negra – e também em relação a várias outras doenças – um dos aspectos elencados na compreensão da irrupção do cólera foi a religiosidade, que explicava a chegada da moléstia como uma resposta divina ao pecado humano. Rosenberg (1987, p. 25, 40-1), ao estudar o surto de cólera de 1832 em Nova York, demonstrou que a enfermidade foi entendida como uma punição inevitável, dirigida às pessoas que infringiam as leis de Deus, dando ênfase a um discurso moralizante da sociedade. Sob esse viés, a resposta à epidemia foi pontuada pela organização de preces e jejuns coletivos, que levavam os fiéis a lotarem as igrejas, esperançosos que, dessa forma, Deus temperasse seu julgamento.

Reação semelhante foi apontada por Ariosvaldo Diniz (1997, p. 246), em estudo sobre o surto da mesma moléstia, que assolou a cidade de Recife em 1856. Segundo o autor, no decorrer da quadra epidêmica, autoridades eclesiásticas organizaram a abertura das igrejas e exposições diárias de imagens dos santos protetores da cidade para que os fiéis fizessem suas súplicas. Promoveram, ainda, sermões onde se convocava o arrependimento dos pecados, culminando com uma “grande procissão que percorreu sete templos da cidade, acompanhada por mais de 4 mil pessoas”. Os jornais da cidade publicavam em profusão orações que rogavam o alívio da justiça divina em reconhecimento dos erros cometidos. Em sua análise sobre tais práticas, Diniz (1997, p. 246-52) a inscreveu entre as diferentes formas de atuar sobre um evento que fugia ao domínio do homem. Na província do Grão-Pará, também durante o surto de cólera de 1855-1856, foi observada uma grande mobilização religiosa, traduzida em ato que teve por objetivo “aplar a ira divina que voltava-se contra os coléricos”(BELTRÃO, 1999, p. 228-235, 240).

Essa percepção de “doença como punição” também pode ser observada em Minas Gerais, por ocasião da já mencionada epidemia da década de 1850. Junto a ela, também é possível divisar todo um grupo de práticas que variavam entre espiar os “pecados” e conquistar o perdão divino. Um pequeno povoado da província tornou-se palco de uma concorrida procissão que tinha por objetivo “aplar a ira de Deus, e

aliviar a nação da epidemia reinante” conduzindo “em religiosa procissão a imagem do Senhor do Bom Jesus de Matozinhos, muito venerada nesta freguesia” (SP 574, Documento 257, 1855, APM).

A promoção da citada procissão segue na mesma linha de orientação que os conselhos divulgados pelo então Bispo da diocese de Mariana, em carta publicada na edição nº 351 do jornal *O Bom Senso*, solicitando que a população acompanhasse as orações públicas – missas e procissões – exortando a mesma a mudar sua conduta frente aos seus excessos. Pois “pecados são[sic] tão prejudiciais à saúde da alma e do corpo, [sendo] que eles mesmos provocam a peste, e apressam a morte” (*O Bom Senso*, 4/10/1855, Nº 351, p. 2-3). No trecho acima, os prejuízos trazidos pelos pecados foram citados como uma justificativa para a ocorrência da epidemia. Na mesma missiva, foram citadas três penitências – jejuns, esmolas e orações – que “movem o coração de Deus Nosso Senhor. A intercessão à Santíssima Virgem Nossa Senhora, pela sua Conceição Imaculada, a de São Sebastião e São Roque são outros poderosos meios”. As preces dirigidas aos intercessores figuravam como mais uma forma de se abrandar a ira divina. Segundo Delumeau (2011, p. 218-219), os santos mais evocados por ocasião das epidemias foram São Sebastião e São Roque.

A organização de missas, procissões e o incentivo ao culto aos santos observados em momentos de ameaça epidêmica indicam um vínculo da sociedade que interpreta o surto com uma concepção religiosa. Segundo Cecília Figueiredo (1998, p. 98-108), práticas devocionais como procissões e o culto aos santos são traços que nos permitem compreender a vivência religiosa de uma comunidade. Essa vivência “constituiu um veículo fundamental de ricas manifestações plásticas e estéticas que sintetizavam a visão de mundo dominante e hegemônica”. O processo de formação e organização política de Minas Gerais ocorreu no período colonial e contou com a religião como um elemento aglutinador da população mineira. A autora destaca que, naquele momento, a Igreja desempenhava o papel de organizadora da vida social – através realização de registros de nascimentos, óbitos, batismos, casamentos – apresentando essa região uma característica peculiar ao estruturar-se, no século XVIII, em torno de irmandades e associações leigas³⁵.

³⁵ Sobre a organização das irmandades e associações leigas os trabalhos de SCARANO, Julita. *Devoção e escravidão: irmandade de Nossa Senhora do Rosário dos pretos no Distrito Diamantino no século XVIII*. São Paulo: Conselho Estadual de Cultura, 1975. e BOSCHI, Caio Cesar. *Os leigos e poder: irmandades e política colonizadora em Minas Gerais*. São Paulo: Editora Ática, 1986 tratam da formação e organização

Além das interpretações marcadas por um viés religioso, durante o século XIX, as análises ancoradas na interação entre homem e ambiente predominaram em meio às hipóteses levantadas sobre os fatores que levavam ao surgimento e desenvolvimento do cólera em uma região. O historiador Christopher Hamlin (2009, p.153) elencou os principais questionamentos sobre a moléstia elaborados por médicos que buscaram respondê-los interrogando sobre a origem e natureza da doença: se ela estava dentro do corpo – desordem fisiológica – ou se era externa a ele – entidade patológica; quais foram as circunstâncias que envolveram o surgimento da pandemia; as justificativas para que se manifestasse em certas regiões e em outras não; qual a justificativa para que, uma vez grassando em uma localidade, muitas pessoas adoecessem e outras não; e quais seriam os padrões de manifestação dos surtos relacionados com as regiões afetadas.

O autor apontou que em ambas as correntes teóricas predominantes no período – miasmas e contágio – a enfermidade era entendida como algo externo ao corpo humano e que entrava em contato com o mesmo (HAMLIN, 2009, p. 153). Apesar do consenso acerca da origem externa da moléstia, podemos observar uma indefinição³⁶ em torno de qual seria o elemento desencadeador da mesma, tendo sido identificado por alguns médicos como agente mórbido ou veneno do cólera. Em um estudo sobre essa enfermidade, o médico inglês Jonh Snow³⁷ corroborou a ideia da existência de um agente externo, contudo sem defini-lo, afirmando que “[...] somos levados a concluir que o agente mórbido causador do cólera deve ser introduzido no canal alimentar”. Porém, descartando algumas possibilidades “É lógico que eu não atribuo o cólera, seja

do território mineiro no período colonial, destacando o papel e a função das irmandades e associações leigas, que além de atuar na organização das questões religiosas – construção de templos e pagamento de cômmodos aos sacerdotes – assumia também encargos assistenciais relacionados à vida cotidiana, onde a população poderia buscar apoio mútuo.

³⁶ Várias hipóteses foram levantadas ao longo do século XIX, com o objetivo de esclarecer as causas do cólera. Nas últimas décadas daquela centúria – como apontado na introdução – o bacilo *Vibrio cholerae* foi isolado e reconhecido pela comunidade científica como o agente causador da moléstia.

³⁷ O médico inglês John Snow (1813-1858) foi reconhecido em vida por seus trabalhos sobre o uso do éter e clorofórmio como analgésicos em procedimentos cirúrgicos. Porém, é lembrando atualmente por estudiosos pela forma minuciosa com que acompanhou os surtos de cólera de 1831-32, 1848-9 e 1854-55 ocorridos na Inglaterra, sendo esses estudos considerados inaugurais para a epidemiologia. Em 1848 publicou, pela primeira vez, o opúsculo *O modo de transmissão do cólera*, comprovando algumas hipóteses levantadas nesse trabalho no decorrer do surto de 1854-55. Em 1855 publicou uma versão ampliada de sua obra anterior, sob o título *A maneira de Transmissão do Cólera*, propondo a existência de uma relação direta entre água contaminada e a propagação da doença. A moléstia, representada por um veneno específico, entrava no organismo humano por meio do sistema digestivo estabelecendo assim a relação entre água contaminada e o adoecimento. Partindo da relação entre a água contaminada e o veneno do cólera, ressaltou as condições urbanas precárias e o processo de surgimento e disseminação de doenças. Entretanto, esses trabalhos, à época de sua divulgação, tiveram pouco reconhecimento e uma circulação modesta (RICHARDSON, 1999).

aos insetos, seja à sujeira visível [...]” (SNOW, 1999, p. 82, 159). Outra interpretação, que segue a mesma hipótese, foi elaborada por médicos pernambucanos, em 1856, que identificavam que os “perigos do contágio e da morte flutuariam no ar, transmitindo-se pelo transporte das partículas deletérias suspensas na atmosfera” (DINIZ, 1997, p. 164, 352). Já o médico doutor Francisco de Paula Alvarenga, residente em Minas Gerais, afirmou estar “persuadido de que ela [cólera] resida em certas alterações atmosféricas, das águas e dos alimentos” (SP 574, Documento 237-240, 1855, APM).

Segundo Hamlin (2009, p. 154), os adeptos da teoria dos miasmas, identificaram as condições atmosféricas locais, como fatores determinantes para que o cólera se alastrasse por vários países. As características de cada estação do ano, somadas às chuvas abundantes ou secas rigorosas, também contribuiriam no desenvolvimento de doenças epidêmicas, sendo o ar corrompido o principal responsável pela moléstia atingir várias pessoas de uma só vez (WITTER, 2007, p. 48). Essa ideia também pode ser observada na exposição feita pelo médico mineiro Francisco de Paula Alvarenga, que afirmou ser “sabido que uma atmosfera impregnada de miasmas, ou alterada na proporção de seus princípios constituintes é não só insuficiente para satisfazer as necessidades da respiração; mas ainda torna-se uma poderosa causa de epidemias” (SP 574, Documento 237-40, 1855, APM).

No que diz respeito ao desenvolvimento da enfermidade em âmbito local, sendo certas localidades atingidas e outras não, os adeptos da teoria miasmática encontraram nas particularidades do ambiente de cada região e nas alterações de sua atmosfera e solo, a causa da transmissão do veneno da enfermidade para a população (HAMLIN, 2009, p. 154). A proximidade de pântanos e a sujeira de ruas e casas foram identificadas como os elementos responsáveis pela corrupção do ambiente, sendo a “emanação de um princípio orgânico, resultante da fermentação pútrida das águas encharcadas, que se elevava com os gases e vapores” a causa dos “danos as pessoas que habitavam a vizinhança dos charcos” (DINIZ, 1997, p. 156-157, 235). Segundo o historiador Ariosvaldo Diniz, essa também foi umas das explicações apresentadas por parte significativa dos médicos de Recife, que tendiam em apoiar suas convicções profissionais nas causas das doenças epidêmicas em função dos miasmas. Em Minas Gerais, o médico Bento Alves Goudim também compartilhava dessa concepção afirmando que o excesso de “lama e águas estagnadas nas ruas das povoações, falta de asseio nos encanamentos públicos, nos esgotos de particular serventia, nos pátios das

casas, e acumulação de porcos nas ruas, são outros tantos focos poderosíssimos para o desenvolvimento da epidemia” (SP 574, Documento 468, 1855, APM).

Já os adeptos da teoria contagionista, apontaram que a moléstia movimentava-se acompanhando o deslocamento dos indivíduos enfermos (HAMLIN, 2009, p. 154). Essa percepção de que a doença poderia se comunicar de “um a outro indivíduo pelo contato ou por intermédio do ar”, segundo Jane Beltrão (1999, p. 66), também constou entre as hipóteses elencadas por médicos brasileiros, no contexto da epidemia de cólera no Grão-Pará. Da mesma forma, os doutores Francisco de Paula Teixeira Lagoa e Anastácio Sinfrônio de Abreu, residentes em Minas Gerais, apresentaram a hipótese de que a “transmissão da moléstia [ocorria] por meio de objetos provenientes do foco epidêmico [...] [sendo] imensas as vezes, em que tem o homem servido de veículo ao cólera” (SP 600, Documento 187-192, 1856, APM).

As explicações levantadas acerca do adoecimento de muitas pessoas de uma mesma comunidade, enquanto um número menor, mesmo em contato constante com os doentes, não desenvolvia a moléstia foi interpretada pela corrente teórica miasmática com base na predisposição de cada indivíduo à doença, levando em consideração que toda a população estava exposta à mesma constituição atmosférica. Assim como para a primeira corrente, os adeptos do contágio centraram sua justificativa no grau de exposição de cada pessoa à moléstia, podendo a mesma não ter sido exposta suficientemente. As condições ambientais exerceriam grande influência sobre tal exposição, podendo ser potencialmente mais perigosa ou não (HAMLIN, 2009, p. 154; EDLER, 2011, p. 44-5). Os médicos Francisco de Paula T. Lagoa e Anastácio S. de Abreu atribuíram a predisposição como fator crucial para o desenvolvimento do cólera afirmando que seria necessária “certa predisposição na atmosfera e nos indivíduos, para que um país aclime a moléstia” identificando nas “impurezas do ar” a capacidade de saturar-se de “miasmas coléricos, logo que seu germen ali apareça” expondo os “indivíduos sob a influência de uma atmosfera viciada e privada dos benefícios da higiene” a adquirir “a funesta predisposição a contrair a epidemia” (SP 600, Documento 187 a 192, 1856, APM).

O historiador Charles Rosenberg (1995, p.283-4) apontou que, no século XIX, a predisposição às doenças foi relacionada ao comportamento individual, tendo destacado o alcoolismo, a gula, a promiscuidade e a falta de higiene pessoal como fatores facilitadores para o desenvolvimento da enfermidade. Em carta enviada à presidência da

província mineira, Anastácio S. Abreu, indicou que as condições de vida e trabalho da população do arraial de Congonhas contribuiriam para “ser ali o primeiro ponto, talvez, em que apareça a epidemia” devido “a natureza do trabalho a que se aplica a maior parte dos seus habitantes, o gênero de vida que aqui se entregam, e aglomeração dos mesmos em pequenos casebres mal arejados e asseados, os predispõe a contrair a terrível peste” (SP 600, Documento 55, 1856, APM).

Outro questionamento do período em relação ao cólera encontrava-se em torno da possibilidade da existência de um padrão para a manifestação do surto e em qual localidade o mesmo poderia desenvolver-se. A explicação miasmática era baseada na ideia de que mudanças no ambiente influenciavam no grau de predisposição de uma comunidade, determinando o desenvolvimento ou não da moléstia (HAMLIN, 2009, p. 155). A localização e topografias privilegiadas aliadas às boas condições de higiene da cidade de Diamantina seriam, segundo o doutor Lucindo Pereira dos Passos, responsáveis por impedir que o cólera se desenvolvesse na cidade (SP 574, Documento 356, 1855, APM). Em parecer da comissão de higiene da cidade Recife, os médicos afirmaram que, além da combinação de mudanças no ambiente, era necessário que o ar estivesse “carregado de partículas empesteadas pelos corpos doentes”, ou seja, os enfermos seriam capazes de viciar o ar e expor as pessoas sãs à moléstia, mesmo após a remoção dos doentes (DINIZ, 1997, p. 165). Os contagionistas também buscaram responder a tal questionamento recorrendo à ideia da suscetibilidade de uma população (HAMLIN, 2009, p. 155).

A maior parte dos pareceres apresentados pelos médicos, em especial os redigidos na província mineira, não apresentam um claro posicionamento acerca da origem³⁸ do cólera, como foi frisado pelo doutor Francisco de Paula Alvarenga, que justificou não discutir a causa “da moléstia, pois sua etiologia deixa muito a desejar” (SP 574, Documento 237-240, 1855, APM). Já os médicos Francisco de Paula Teixeira Lagoa e Anastácio Sinfrônio de Abreu frisaram a dificuldade em se estabelecer “a natureza do miasma; sempre envolvido no mistério, tem escapado a todas as invenções; e é somente

³⁸ Como apontamos anteriormente, Thomas Sydenham foi um dos representantes do movimento que buscou atribuir causas específicas a doenças específicas. Porém, tal empreendimento não chegou a concluir seu intento, portanto, sendo comum, no período estudado, a dificuldade na identificação, distinção e atribuição de causas específicas a várias moléstias (HANNAWAY, 1993, p. 298-300). Segundo Margaret Pelling (1993, 315-316), a atribuição de causas específicas, como a identificação de um agente etiológico como causador da enfermidade é um reflexo do movimento microbiológico, iniciado nas últimas décadas do século XIX, sendo Robert Koch um de seus representantes (CAPONI, 2002; CZERESNIA, 1997).

por uma indução que se há chegado a conceder a uma matéria organizada, dissolvida e suspensa no ar, os focos dos miasmas, sem que nela fosse ainda reconhecida a ação deletéria” (SP 600, Documento 187-192, 1856, APM).

Entretanto, podemos observar que os posicionamentos – em diálogo com as teorias predominantes no do período – tendiam a identificar as explicações em torno das características da atmosfera e seus miasmas como os possíveis fatores geradores da moléstia epidêmica (HANNAWAY,1993, p. 295, 304; PELLING, 1993, p. 322-323). Escrevendo do município de Sabará, o doutor Anastácio Sinfronio de Abreu declarou não acreditar em epidemia “quando a atmosfera não a favorece”. O mesmo médico ainda afastou a hipótese, aventada por outros colegas, do cólera ser uma moléstia contagiosa: “por mim não acredito em tal contágio se não em raríssimos casos, e para que isso aconteça, necessárias são certas circunstâncias”, que favoreceriam o “desenvolvimento do miasma que a produz, circunstâncias estas que podem ser removidas” obtendo como consequência “que um grande mal seja abafado na sua origem” (SP 660, Documento 56-7, 1856, APM).

No campo teórico, como demonstrado acima, essas proposições não apresentavam uma nítida diferenciação ou oposição arraigada. Porém, a historiografia tem apontado que, nesse período, certa tensão residia entre elas, quando utilizadas como base para a organização de medidas que visavam lidar com os surtos em curso e evitar que os mesmos se repetissem no futuro, uma vez que cada conduta indicada implicava em reflexos no cotidiano das populações – o que poderemos observar a seguir (PELLING, 1993, p. 322; HANNAWAY,1993; EVANS, 1992, p. 150-151; WITTER, 2007, p. 48).

2.2: Enfrentando a ameaça: mobilização de ações contra a moléstia

Na seção anterior, abordamos as explicações elaboradas em resposta a uma ameaça epidêmica, em especial as que foram relacionadas ao cólera. Como foi apontado por Charles Rosenberg (1995, p. 285-287), um dos desdobramentos das respostas elaboradas pelas sociedades foi a proposição de ações com o objetivo de impedir ou interditar a epidemia. É nesse momento que medidas diversas são colocadas em prática pois, segundo o autor, é em função do senso de crise – característico do surto – que elas são implantadas.

Os surtos de cólera ocorridos no século XIX foram acompanhados por um profundo senso de crise³⁹, que contribuiu para a compreensão da forma como os mesmos foram tratados. A historiografia que trata da moléstia no Brasil apontou que sua marcha foi acompanhada por médicos e autoridades administrativas, tendo-se dado especial atenção aos portos, identificados como o principal meio de entrada da doença no país. Assim, as primeiras medidas indicadas contra a manifestação da enfermidade estavam relacionadas às localidades portuárias. Em 1855, o ministro do império Luiz Pedreira do Couto Ferraz, destacou que, com o objetivo de “tomar todas as precauções que a ciência e a experiência aconselham, para prevenir tão grande calamidade” era indicada “aplicação razoável e prudente do meio das quarentenas e observações sobre os navios, passageiros e cargas procedentes de portos suspeitos [...] e por outra parte o emprego de medidas higiênicas em terra” aos “presidentes de províncias marítimas” (BRASIL, Ministério do Império, 1855, p. 6-7).

A atenção dispensada às províncias marítimas estava relacionada à identificação do cólera como uma moléstia nova no território imperial. Jane Beltrão (1999, p. 50-51), citando o caso da galera *Deffensor*, apontou que a inspeção dos navios e passageiros que fora indicada pelo ministro do Império foi realizada na província do Grão-Pará. A embarcação foi objeto de uma visita sanitária feita pelo secretário da Provedoria de Saúde do Porto que, em função do alto número de óbitos registrados durante a viagem – totalizando 36 de 322 pessoas embarcadas – declarou o impedimento da mesma, impossibilitando, assim, que se comunicasse com terra pelo desembarque dos que estavam a bordo e também de sua carga. O impedimento à embarcação foi dissolvido pelo então Provedor de Saúde do Porto, que se baseando nas informações prestadas pelo cirurgião embarcado, concluiu que a moléstia de que padeceram os passageiros não se caracterizava por uma enfermidade de caráter epidêmico⁴⁰.

A atenção e precaução com os portos e cidades litorâneas, observadas nas indicações do ministro do Império e também nas ações das autoridades do Grão Pará, se estenderam para as províncias localizadas no interior do país, tão logo os primeiros casos de cólera foram registrados. É o que nos revela o relatório do ministro Luiz P. C.

³⁹ As características do senso de crise que caracterizou a forma com que os surtos de cólera foram tratados foram abordadas no primeiro capítulo.

⁴⁰ Segundo Jane Beltrão (1999), as avaliações feitas pelos membros da provedoria de Saúde do Porto e as ações delas resultantes foram objeto de longas discussões nos jornais da província do Grão Pará, estendendo-se até após o término da epidemia, cujo início foi atribuído a existência de coléricos a bordo da embarcação mencionada.

Ferraz, de 1856, no qual descrevia os esforços encetados pelas autoridades do Império para barrar a entrada da enfermidade, constatando, porém, a baixa efetividade dos mesmos;

Ao passo que o governo assim socorria as províncias em que reinava a epidemia, esforçava-se por prevenir sua invasão nessa Corte e nas outras Províncias. [...] Expediu-lhes instruções recomendando o emprego de todas as medidas preventivas aconselhadas pela ciência; e fez tomar nesta Corte as cautelas que pareciam necessárias. A despeito de seus maiores esforços, não pode desgraçadamente evitar o resultado que temia (BRASIL, Ministério do Império, 1856, p. 78).

O reconhecimento de que o cólera “reinava em alguns pontos do Império” e a identificação dos primeiros casos nas províncias litorâneas fizeram com que as localidades limítrofes com essas regiões fossem priorizadas, na tentativa de se impedir que a doença se alastrasse. No tópico anterior, examinamos os pareceres referentes à província mineira – levantados na documentação que embasa este trabalho, onde se julgou que a mesma estaria ameaçada pelo flagelo em função das relações mantidas com as províncias afetadas. Tal julgamento pode ser observado em alguns relatórios e ofícios, como o que foi redigido pela comissão de higiene do município de Grão Mogol, que destacou sua proximidade com a província da Bahia, “nossa limítrofe a norte”, e também a grande extensão do território sob ameaça, pois a invasão da moléstia poderia ocorrer “por diferentes pontos em uma linha tão extensa desde o Rio de São Francisco até o Mucuri, a leste” (SP 533, APM, 1855; SP 574, Documento 89-90, APM, 1855).

Os vereadores da câmara daquela municipalidade também compartilhavam tal receio e destacavam as “aterradoras notícias” sobre os “estragos que o cólera asiático” havia feito na província da Bahia e “receando sobre maneira a aparição” da mesma no município, em função das constantes e contínuas “relações comerciais, que esta vila tem com a de Santa Isabel do Mocoge e com o arraial do Catão, lugares estes que provavelmente não poderão escapar a invasão de um tão terrível inimigo” (SP 574, Documento 88, APM, 1855). As relações entre as povoações mineiras limítrofes com províncias afetadas pela moléstia, em especial as mais próximas a do Rio de Janeiro, também chamaram a atenção das autoridades camarárias de Campanha, que se diziam receosas de que a epidemia se alastrasse, atingindo o seu município, devido às intensas e estreitas relações mantidas com a Corte (SP 574, Documento 47, APM, 1855).

Essa proximidade com a Corte foi também objeto de apreensão em outras localidades, como revelam documentos referentes à freguesia de São José do Paraíba

(no município de Leopoldina) e a cidade Santo Antônio do Paraibuna⁴¹ (SP 574, Documentos 116 -117, 48-49, APM, 1855). O delegado da vila de Desemboque, por sua vez, também expressou seu receio devido à proximidade daquela povoação com a província de São Paulo, região de onde “se faz toda a importação do sal, e outros gêneros, que neste termo e nos circunvizinhos se consomem” (SP 574, Documento 335, APM, 1855).

De acordo com as fontes levantadas, as povoações mais próximas às províncias vizinhas atacadas e que mantinham relações comerciais com as mesmas estariam sob uma ameaça maior da moléstia – essa proximidade geográfica pode ser observada na FIG. 1, na qual as cidades mencionadas estão indicadas por setas. Essa relação entre doenças epidêmicas e as trocas comerciais foi explorada pelo historiador Richard Evans (1992, p. 160-61) ao afirmar que a origem e a propagação da maior parte dos surtos de cólera, estariam relacionadas ao volume e intensidade do comércio em âmbito internacional ou local e também às revoltas políticas e militares. Nesse sentido, a navegação a vapor, que reduzia de forma considerável o tempo de viagem, foi apontada como um fator que potencializou a disseminação da moléstia em meados do século XIX. No contexto brasileiro, também podemos identificar as transações econômicas como o meio principal de propagação da enfermidade, como apontou o ministro do Império, que destacou a “rapidez da navegação à vapor” como fator explicativo para a chegada da doença ao Brasil em 1855 (BRASIL, Ministério do Império, 1855, p. 6).

Em Minas Gerais, as regiões de fronteira foram objeto de atenção do governo provincial, não só pela associação da propagação do cólera ao comércio, como também devido à distância que essas povoações se encontravam da capital administrativa – sediada em Ouro Preto – e as conseqüentes dificuldades de comunicação com as mesmas. Tais fatores motivaram a solicitação feita pelo presidente da província Francisco Diogo Pereira de Vasconcelos, requisitando o auxílio das províncias do Rio de Janeiro e São Paulo para que empregassem nas localidades limítrofes com a província de Minas “as medidas que em tal caso entender necessárias [...] no socorro dos indivíduos da classe indigente que ali fossem atacados” até que a assistência, enviada pelas autoridades mineiras chegasse às mesmas (SP 533, Documentos 49.2 e 52.3, APM, 1855).

⁴¹ Segundo Waldemar Barbosa (1995, p. 177-178), a vila de Santo Antônio do Paraibuna foi elevada a categoria de cidade em setembro de 1856 recebendo a denominação de Paraibuna tendo, posteriormente, em dezembro de 1865 passando a ser designada por Juiz de Fora.

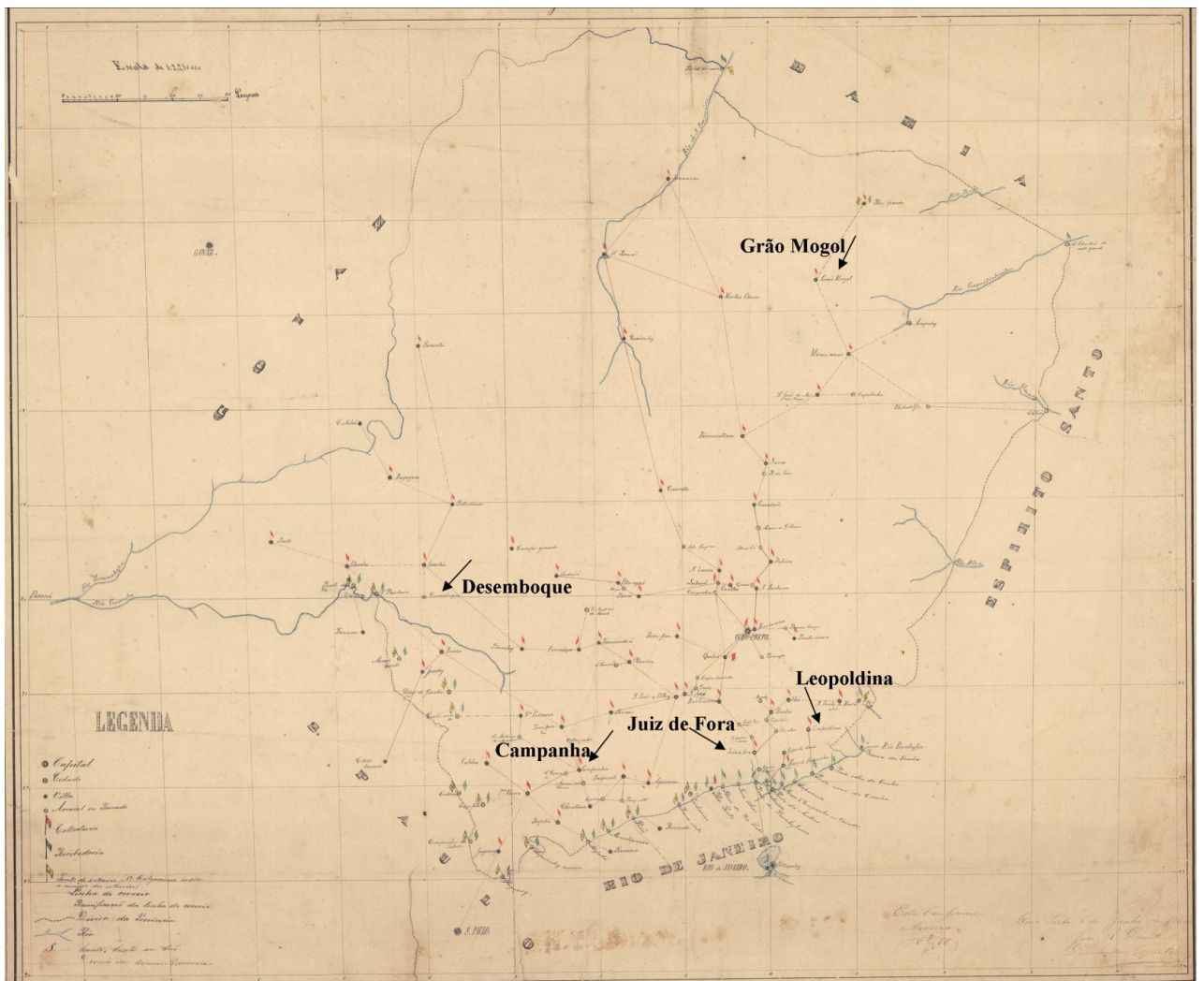


FIGURA 1 - Cidades mineiras que mantinham relações comerciais com outras províncias. In: Mapa das coletorias, recebedorias e seus extravios, linhas de correios e suas ramificações da Província de Minas Gerais.

Fonte: OP - 013(02), APM, 1866.

Diante da ameaça e do receio de que a epidemia atingisse o território mineiro e, atendendo as orientações do Ministério do Império, as autoridades de Minas Gerais mobilizaram-se para prevenir a enfermidade e também combatê-la, caso não pudesse ser evitada. Podemos observar que o governo provincial exerceu um papel importante na ordenação, articulação e gerenciamento dessas ações, como a organização de comissões sanitárias, orientação para a execução de medidas higiênicas, a aprovação de obras públicas – associadas ao saneamento e higiene, e a disponibilização de verbas para o socorro das pessoas desvalidas. Segundo Rosenberg (1995, 285-286), tal atitude pode ser compreendida como um ritual coletivo – composto por formas de agir variadas, decretadas simultaneamente por diferentes atores – que reúne elementos cognitivos e emocionais, contribuindo no enfrentamento da crise epidêmica. Richard Evans (1992, p. 163) também ressaltou que, por ocasião dos surtos de cólera, as medidas acionadas

constituíam mecanismos tradicionais de ação – como instalação de quarentenas, cordões sanitários, isolamentos e desinfecções – utilizados também em outras experiências epidêmicas, como as de peste negra, febre amarela⁴² e tifo (BELTRÃO, 1999, p. 69).

As primeiras orientações dirigidas à população mineira – especialmente vereadores, delegados, aos chefes de polícia, médicos, farmacêuticos, negociantes, fazendeiros, etc – referentes ao risco eminente de que a epidemia de cólera se manifestasse na província, podem ser acompanhadas por meio do periódico *O Bom Senso*, editado em Ouro Preto. Por meio dos números publicados, a partir de setembro de 1855, foi possível acompanhar algumas das ações do governo provincial através da seção “Parte Oficial”, dedicada à divulgação do expediente da presidência da província. Além dos atos promovidos pela administração provincial, divulgados nessa seção, as notícias acerca da moléstia também ocuparam o editorial do jornal.

É o que podemos observar na edição nº 347, cujo editorial noticiava as recomendações divulgadas pela presidência da província – que foram ratificadas pelo editorial, ao afirmar ser dever do periódico “dizer igualmente que o governo desta província não se descuida um momento de estudar os meios de conjurar a tempestade ou reagir a ela quando sobre nós tiver desabrochado”, destacando que “cumpre-nos aguardá-lo resignados e ao mesmo tempo previdentes”. Esse mesmo posicionamento foi observado em várias povoações mineiras, tendo médicos e autoridades elencado meios de “prevenir a invasão da epidemia reinante na Corte, e a ocorrer de socorros caso de que ela infelizmente apareça” (*O Bom Senso*, 20/09/1855, Nº 347, p. 1-2; SP 574, Documentos 193, 160, APM, 1855).

A organização de comissões sanitárias municipais fez parte do esforço provincial contra a epidemia. A nomeação de membros para as compô-las frequentemente partiu do governo provincial, como relatou o presidente da província Francisco Diogo Pereira de Vasconcelos, em 20 de outubro de 1855, ao então ministro e secretário do Império, informando que, como o cólera havia invadido a província “pelo lado do Rio Preto, passei a nomear nesta data comissões sanitárias nos municípios” para

⁴² O primeiro surto de febre amarela (1849-50), ocorrido no Rio de Janeiro, atingiu cerca de “um terço dos 266 mil habitantes” da cidade, tendo sido registrados oficialmente 4.160 óbitos – cifra questionada por relatos contemporâneos que indicavam o número de mortos entre 10 e 15 mil pessoas. Assim como ocorreu com o cólera essa moléstia teve um impacto considerável no cotidiano da sociedade brasileira, o que contribuiu para a criação e instalação da Junta de Higiene Pública, posteriormente denominada Junta Central de Higiene Pública (CHALHOUB, 1996, p. 60-2; PIMENTA, 2004). A criação e as atribuições que cabiam a Junta serão apresentadas no terceiro capítulo.

que não faltasse aos mesmos “os recursos necessários em tais emergências”. (SP 533, Documentos 49.1, 51.2, 53.1, 58.1, APM, 1855).

Segundo as orientações prestadas pela presidência da província, as comissões deveriam assistir a população quando da manifestação da moléstia epidêmica, distribuindo “o serviço que as circunstâncias exigirem” estando as respectivas câmaras autorizadas a prestarem “quaisquer socorros pecuniários de que necessitem e os que a indigência se devem em tais emergências”. O governo provincial contava, ainda, com o “zelo e espírito de caridade” dos médicos, no “exercício de sua nobre profissão, assegure a humanidade os benefícios que espera dos auxílios da [sua] arte animando sobre tudo e impelindo coragem nos indivíduos que forem assaltados pelo flagelo” (SP 533, Documentos 46.3, 58.2, 67.3, 74.1, 89.2 APM, 1855).

A formação dos grupos de pessoas encarregadas dos “socorros” durante a epidemia foi baseada nas informações prestadas pelas próprias câmaras municipais ou seus respectivos delegados, acerca dos médicos e boticários residentes em cada municipalidade. O governo provincial solicitou, por meio dos ofícios circulares dos dias 17 e 27 de setembro de 1855, dados sobre a existência de tais profissionais em cada localidade. Em alguns casos, quando se constatava a inexistência destes, ocorria a nomeação de uma comissão interina composta por médicos que residiam em povoações próximas até que as respectivas informações fossem prestadas. Foi o que aconteceu em Mar de Espanha, onde foram nomeados os médicos Domiciano Matheus Monteiro de Castro e José Joaquim Monteiro, também responsáveis pelos municípios de Leopoldina e Santo Antônio do Paraibuna (SP 533, Documento 46.1, APM, 1855). Ou, ainda, quando ocorreu a autorização para que a própria câmara nomeasse uma “comissão sanitária [com os] médicos que aí houver, [e] na falta desses [uma comissão composta por] práticos”. Essas orientações foram também encaminhadas aos vereadores de Minas Novas, São Romão, Rio Pardo, Montes Claros, Januária, Grão Mogol, Curvelo, Paracatu, Patrocínio, Uberaba, Desemboque, Prata, Araxá e Itajubá (SP 533, Documentos 54.1, 57.1, 77.4, APM, 1855).

Ao ser informado sobre a inexistência de médicos na municipalidade, o governo provincial solicitava que um médico residente em povoação próxima assistisse a mesma, acumulando, assim, a sua assistência em mais de uma localidade, como ocorreu nos casos de Araxá, Aiuruoca, Cristina, Tamanduá, Caeté, Dores, Muriaé, Grão Mogol, Desemboque e Jaguarí (SP 533, Documentos 46.1, 64.4, 84.1, 90.1, 98.1, 99.2, APM,

1855; SP 574, Documento 423, 160, 384, 475, 183, 188, 230, APM, 1855). Em diferentes localidades – incluindo as acima mencionadas – também foram providenciadas comissões compostas por pessoas que se destacavam na povoação, seja exercendo alguma atividade relacionada à saúde – cirurgiões, boticários e farmacêuticos – ou ocupando uma posição de liderança nas comunidades – como vereadores, delegados e subdelegados de polícia, juízes de paz, fiscais, negociantes e padres. Exemplo disso pode ser observado no pedido feito pelo subdelegado de polícia de Congonhas do Sabará que solicitava a nomeação de uma comissão para a povoação que o aconselhasse e ajudasse dividindo o trabalho, terminando por indicar alguns nomes entre os quais constavam os de um vigário, de um farmacêutico e de quatro negociantes. (SP 574 Documentos 101, 47, 449, 451, 475, APM, 1855; SP 533, Documentos 64.4, 89.2, 51.2, APM, 1855; SP 600, Documentos 03, 212, APM, 1856; SP 657, Documento 231, APM, 1857).

Na correspondência trocada entre o governo provincial, câmaras municipais e os delegados de polícia com o objetivo de criar as comissões sanitárias, podemos observar certa preferência para que médicos fossem encarregados da organização local da assistência aos indivíduos que fossem atingidos pelo cólera. Tal sugestão pode ser observada na insistência para que cada municipalidade pudesse contar com o auxílio de pelo menos um médico, mesmo que esse residisse a algumas léguas da povoação e estivesse comprometido no socorro de várias localidades. Esse posicionamento pode ser explicado como um reflexo do início do processo de institucionalização da medicina acadêmica⁴³ no Brasil que, segundo Tânia Pimenta (2003, p. 14, 16), perpassou o século XIX – tendo se concretizado somente em meados da centúria seguinte. Através dele, buscou-se garantir um lugar de fala dos médicos, legitimado na assistência à saúde, em detrimento de outros grupos que também se dedicavam às atividades de cura tais como curandeiros, parteiras, benzedeiros, etc.

Segundo Waldemar Barbosa (1979, p. 570-72), Minas Gerais contava com 58 municípios no ano de 1858. Confrontando a correspondência entre a presidência da província e as câmaras, foi possível identificar a criação de comissões sanitárias em 46 localidades, o que indicaria que cerca de 80% dos municípios mineiros contariam com

⁴³ Tânia Pimenta (2003, p. 26) definiu medicina acadêmica como uma “arte liberal e científica”, diferenciando-se de outros terapeutas no quadro de saberes e práticas sobre a doença e cura. No capítulo seguinte, retomaremos a discussão acerca da profissionalização e da institucionalização da medicina acadêmica, analisada à luz da atuação dos médicos durante o surto em Minas.

os serviços das comissões que foram organizadas de forma pulverizada e gradativa, tendo se concentrado nos meses de outubro e novembro de 1855. Uma atitude semelhante foi descrita por Juciêdo Alexandre (2010, p. 52-3) para o Ceará, onde o governo provincial criou comissões sanitárias na maior parte dos termos da província, sendo as mesmas compostas por autoridades locais e pessoas ilustres das povoações, que, segundo o autor, poderiam ainda “contratar médicos que por lá habitassem”.

A organização das comissões também estava relacionada a outras medidas que buscavam responder à ameaça epidêmica. Além das nomeações desses grupos de médicos, que só entrariam em ação efetivamente quando ocorressem casos de cólera, o governo provincial também orientou as câmaras para que adotassem ações para “evitar-se nesta província por todos os meios a invasão da epidemia atualmente reinante em alguns pontos do Império” (O Bom Senso, 24/09/1855, N° 348, p. 1).

As medidas indicadas pelo governo baseavam-se em orientações divulgadas pela Junta Central de Higiene do Rio de Janeiro e por médicos e cirurgiões residentes em Minas Gerais. Os conselhos da Junta, que tratavam sobre os “os preceitos gerais de higiene e de terapêutica”, foram coligidos por ordem do governo provincial e remetidos para as câmaras municipais e delegados da província mineira, que deveriam distribuí-los pelo município, difundindo, assim, as informações acerca da epidemia. Os mesmos conselhos foram também publicados pelo *Jornal do Commercio* na corte e republicados pelo *O Bom Senso* na edição n° 348 (SP 533, Documento 56.1, APM, 1855; O Bom Senso, 24/09/1855, N° 348, p. 3-5). O periódico mineiro publicou, no decorrer da ameaça epidêmica, informes sobre a marcha da moléstia pelo território mineiro e, também, as indicações coligidas pelos médicos integrantes das comissões sanitárias mineiras, especialmente os apontamentos das comissões e dos médicos de Ouro Preto, Queluz, Baependi e Pomba (O Bom Senso, 24/09/1855, N° 348, 13/09/1855, N° 345, 01/10/1855, N° 350, 22/11/1855, N° 364, 26/11/1855, N° 365, 29/11/1855, N° 366).

Entre as ações elencadas, que poderiam ser acionadas, constavam as quarentenas, que consistiam em sequestrar os doentes e seus pertences do convívio social para que se observasse a existência da doença ou não no indivíduo, impedindo, assim, que ela fosse transmitida a pessoas saudáveis. O médico Napoleão Chernoviz a definiu como “a demora mais ou menos prolongada em um lugar isolado, chamado lazareto, em que se recolhem as pessoas afetadas de moléstias consideradas como contagiosas, ou que chegam de país onde reinam essas moléstias” (CHERNOVIZ, 1890,

vol. 2, p. 827). Segundo os historiadores Dina Czeresnia (1997, p. 77) e Paul Slack (1999, p. 15), as quarentenas foram implantadas de forma sistemática durante surtos de peste negra no período medieval.

Em Minas Gerais, os vereadores da câmara de Santo Antônio do Paraibuna solicitaram que fossem decretadas quarentenas para os comboios de escravos “à venda, que se dirigem por quaisquer das estradas de comunicação desta província com a Corte”. Segundo os mesmos, tal ação se justificaria pelo fato de que o cólera afetava principalmente os escravos e, “tendo eles baixado de preço na Corte, a cobiça que em tudo especula, os procura ali comprar para vende-los nessa província”. Alertando que se o tráfico “não for impedido [...] por meio das providências adequadas, todas as medidas preventivas serão inúteis, pois nessas vítimas infelizes da mais ávida especulação será o germen do mal que se propagará” (SP 574, Documento 48-9, APM, 1855).

A identificação de que escravos constituiriam um grupo potencialmente mais vulnerável à moléstia estava relacionada às precárias condições de vida as quais estavam submetidos – e que seriam objeto de indicações profiláticas, como veremos adiante – e ao trânsito comercial dos mesmos, que contribuiria de forma significativa para que a moléstia se alastrasse pela província. Essa interpretação foi apontada pela historiografia como uma das características dos eventos epidêmicos, qual seja, a identificação de culpados pela ocorrência e disseminação dos surtos. Jean Delumeau (2011, p. 204) destacou que esses indivíduos, normalmente, estavam mal integrados à comunidade na qual vivem e cita, como exemplos, os estrangeiros e viajantes, que foram apontados como os primeiros potenciais culpados (BELTRÃO, 2002; EVANS, 1990; ROSENBERG, 1995).

Outra medida encetada em função da ameaça epidêmica foi a organização de cordões sanitários, que se assemelham às quarentenas. Com o objetivo isolar uma área, muitas vezes foram instalados no entorno de cidades, estradas e fronteiras de países, visando, assim, que a moléstia não adentrasse no território que se pretendia proteger, regulando o trânsito de pessoas e mercadorias (EVANS, 1990, 231-54, 270-2; CHALHOUB, 1996, p. 64,168-169; BELTRÃO, 1999, p. 68). Partilhando desse posicionamento, o doutor João da Cruz Santos sugeriu ao governo provincial que instalasse um cordão sanitário nas circunvizinhanças de Santo Antônio do Paraibuna, para que pudessem ser desinfetadas “as malas do correio, como todos os fardos conduzidos pelos tropeiros, os passageiros e suas bagagens vindas dos pontos

infectados” (O Bom Senso, 1/10/1855, Nº 350, p. 1-2).

Os reiterados pedidos associados à cidade de Paraibuna, possivelmente, estariam relacionados à proximidade e seu posicionamento estratégico em relação à província do Rio de Janeiro, como podemos observar na FIG. 2. As duas províncias estavam ligadas por uma linha de correio, que partia de Niterói chegando a Ouro Preto, sendo Paraibuna a primeira cidade em território mineiro, o que justificaria a instalação do cordão sanitário solicitado (OP – 013 (02), APM, 1866).

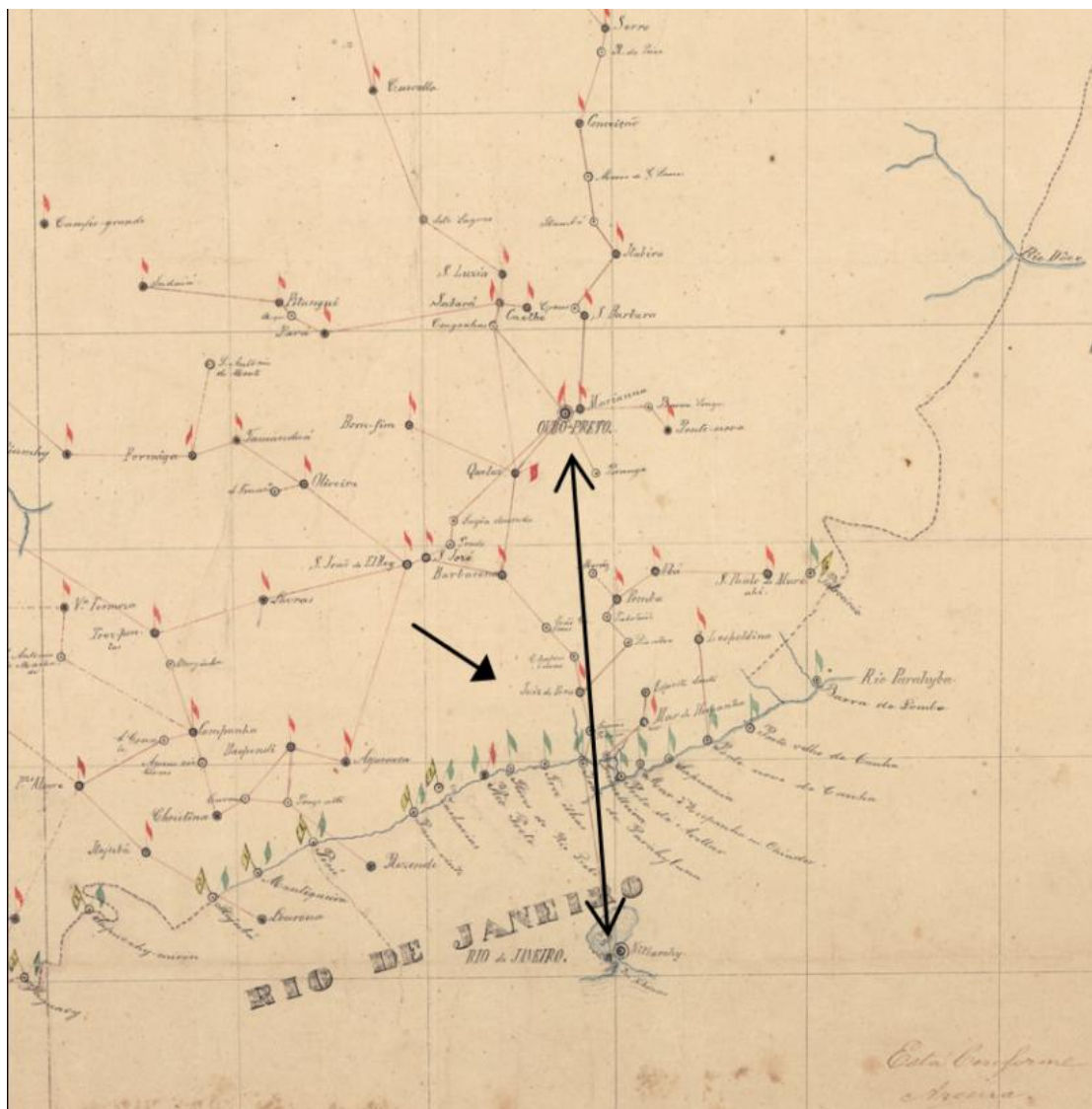


FIGURA 2 - Detalhe da linha de correio entre Niterói/RJ e Ouro Preto/MG passando por Juiz de Fora. In: Mapa das coletorias, recebedorias e seus extravios, linhas de correios e suas ramificações da Província de Minas Gerais.

Fonte: OP - 013(02), APM, 1866.

Em resposta à solicitação oriunda de Santo Antônio do Paraibuna, Francisco Diogo Pereira de Vasconcelos, presidente da província informou que julgava ser

ineficaz e inexecutável a instalação da quarentena para os comboios mencionados (SP 533, Documento 43.2, APM, 1855). Provavelmente, este mesmo posicionamento foi adotado com relação ao cordão sanitário⁴⁴. Dificuldades relacionadas à instalação de quarentenas também foram relatadas por Nikelen Witter ao citar a tentativa de imposição do isolamento aos passageiros do vapor *Imperatriz* – oriundo do Rio de Janeiro, que contava com um passageiro colérico a bordo – e do porto da Barra do Rio Grande, impedindo, assim, sua comunicação com o restante da cidade. A autora ressaltou que tais tentativas falharam e os passageiros acabaram se dispersando pela província (WITTER, 2007, p. 78-79).

Através dos exemplos de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul, podemos observar que as quarentenas e cordões sanitários foram organizados com o objetivo de se preservar a população da ameaça epidêmica. Porém, sua execução acarretava uma série de problemas que afetavam diretamente o cotidiano da população e criavam empecilhos ao trânsito de mercadorias e pessoas. Entre as dificuldades geradas, podemos destacar alterações econômicas, principalmente no fluxo comercial devido ao isolamento de navios oriundos de áreas atacadas pela moléstia. Isso muitas vezes causava a perda da carga, além da desestruturação de mercados em função da dificuldade de acesso a povoação e criava dificuldades no abastecimento de alimentos e demais bens (EVANS, 1990, 231-54, 270-2; CHALHOUB, 1996, p. 64,168-169; BELTRÃO, 1999, p. 68; PIMENTA, 2003, p. 199; DINIZ, 1997, p. 166; DELUMEAU, 2011, p. 170, 174).

A instalação de um cordão sanitário também foi solicitada em Campanha, pelo delegado de polícia Domingos Ferreira Lopes, devido aos boatos de que o cólera grassava na região. Buscando preservar a povoação postou “o destacamento policial estacionado nesta cidade em um ponto tal, que acautelasse as estradas que da Corte, e de lugares infectados de semelhante flagelo, tem comunicação para este Termo”. Orientou, ainda, ao comandante do destacamento para que consentisse na passagem apenas de pessoas e cargas que fossem previamente desinfetadas – procedimento que deveria ser aplicado em “roupas, os fardos, caixas, cangalhas, e mais arreios” (SP 600, Documentos 138, 139, APM, 1856).

⁴⁴ O posicionamento do governo provincial em relação ao pedido de quarentena para os comboios de escravos foi ratificado pelo editorial de *O Bom Senso* de 18 de outubro de 1855, que afirmava estar ciente da queda nos preços, devido ao elevado número de óbitos da população escrava no Rio de Janeiro e o consequente aumento da “importação” dos mesmos para Minas Gerais, mas reiterava a “inexequibilidade” e “ineficácia” da medida proposta (*O Bom Senso*, 18/10/1855, Nº 355, p. 1-2).

A instalação do cordão sanitário nos arredores de Campanha foi objeto de atenção do governo provincial, que solicitou um parecer acerca da medida instituída aos médicos Francisco de Paula Pereira Lagoa e Anastácio Sinfrônio de Abreu. Os doutores reconheceram a possível proteção que o isolamento da cidade poderia proporcionar. Entretanto, argumentaram que os prejuízos de tal atitude seriam maiores, destacando que ao “terror infundido pela moléstia junta-se o do isolamento; porque sacrificam-se aos indivíduos afetados, [e] os que não estão”. Observaram ser essa “uma medida ofensiva aos interesses públicos e particulares” porque suspenderiam as transações, diminuiriam a liberdade e o Governo conspiraria com a epidemia “para levar ao cúmulo os sofrimentos”. Além dos fatores de desorganização social mencionados, os médicos estenderam suas críticas à desinfecção de pessoas e de objetos, ressaltando que a eficácia da mesma não estava demonstrada e colocando em dúvida se pessoas e objetos seriam capazes de concentrar miasmas, como se acreditava em relação ao “porão de um navio” que reunia “grande quantidade de ar saturado muitas vezes de miasmas” capazes de “contaminar aos que o abordam, formar núcleos do terrível mal e por fim conflagrar uma atmosfera miasmática”(SP 600, Documento 187-192, APM, 1856).

Ainda discorrendo sobre a eficácia das desinfecções que “não tem correspondido a toda a confiança que nela se há depositado”, os doutores Francisco P. P. Lagoa e Anastácio S. de Abreu citaram exemplos de diferentes países que lançaram mão de tais meios indicando que

os inúmeros sacrifícios feitos pelas nações do Mediterrâneo, tão severos em suas quarentenas, tão rigorosos em seus lazaretos, não foram coroados com o sucesso que esperavam; assim como na Rússia e a Prússia não puderam encontrar a isenção do flagelo nos seus tríplexes cordões sanitários, tão vexatórios como dispendiosos [...] (SP 600, Documento 187-192, APM, 1856).

Apesar dos pontos desfavoráveis, indicados pelos médicos, os mesmos afirmaram que não seria possível apontar uma conduta definitiva em relação às desinfecções, sendo que, nesse caso, “a prudência [as] tem aconselhado razoavelmente sempre que foi exequível, sem grande detrimento das relações dos países”, reafirmando ainda não ser possível “assegurar sua eficácia, nem garantir seu bom êxito” em relação as substâncias desinfetantes indicadas pelo delegado Domingos Ferreira Lopes (SP 600, Documento 187-92, 1856, APM).

O posicionamento do delegado de Campanha pode ser considerado como um

exemplo de como a ameaça epidêmica foi confrontada em Minas Gerais. Isso porque a indicação e a aplicação conjunta de quarentenas, isolamentos, desinfecções e fumigações são recorrentes na documentação que trata das formas com as quais as autoridades mineiras lidaram com essa e outras epidemias durante o século XIX, fosse com o intuito de impedir que elas se instalassem ou na tentativa de se contornar os efeitos de epidemias já em curso.

Em meados do século XIX, a eficácia na implantação de quarentenas e cordões sanitários foi questionada, como observamos acima, pelos médicos mineiros, uma vez que, em muitas localidades, elas se mostravam improficuas, após a instalação das doenças que visavam impedir e também em função dos impactos provocados pelas alterações no cotidiano da população. Richard Evans (1999, p. 163-164) citou como reflexo dessas ações os distúrbios ocorridos no leste da Prússia, em 1831, após um aumento considerável no preço de itens alimentícios e o isolamento da cidade, devido à implantação de um cordão sanitário militar. Em função desses problemas, alguns países Europeus – como França e Inglaterra, por volta da década de 40 do século XIX – passaram a indicar cada vez menos a instalação de quarentenas e cordões sanitários ou ordenavam o relaxamento dos mesmos. Dando prioridade a medidas higiênicas e de salubridade, objetivando promover alterações pontuais no cotidiano das pessoas, indicando uma mudança nos hábitos apenas para os grupos considerados como potencialmente prejudiciais (HAMLIN, 2009; EVANS, 1999; BELTRÃO, 1999, p. 34-35, 132; DINIZ, 1997, p. 442-443).

Um traço em comum que podemos observar em relação às quarentenas e aos cordões sanitários é o isolamento – seja de uma população dentro de uma cidade ou individual, em que as pessoas são recolhidas em lazaretos. Os lazaretos tiveram uma dupla função, isolar pessoas “suspeitas” de portarem a moléstia que se visava impedir e, também, tratar aquelas que caíssem doentes, evitando, assim, seu contato com pessoas saudáveis. A construção de edifícios afastados dos centros das povoações destinados a esse fim pode ser observada desde a Idade Média, para o recolhimento de leprosos, dos atingidos pela peste negra e demais epidemias que grassassem entre a população (PORTER, 2004). Chernoviz (1890, vol. 2, p. 287) destacou seu uso no século XIX, durante as epidemias de cólera e febre amarela, estando destinado ao isolamento de passageiros e marinheiros oriundos de portos atacados por essas moléstias. O afastamento dos doentes do convívio em sociedade gerava a discriminação dos mesmos

e daqueles que se dedicavam ao seu cuidado, que podiam ser vistos como disseminadores da doença, contribuindo na composição de uma atmosfera do medo da morte iminente (SOURNIA, RUFFIE, 1984, p. 228; SILVEIRA, 2007, p. 164-5).

Em um contexto de crise epidêmica, a organização de espaços destinados ao acolhimento dos doentes era comum, podendo ser observada também em Belém do Pará, por ocasião do surto de cólera de 1855, onde os coléricos foram recebidos na Santa Casa e em enfermarias provisórias, organizadas por todo o território paraense (BELTRÃO, 1999, p. 189-192). As autoridades mineiras também indicaram a organização de “enfermarias” provisórias, que em alguns momentos foram denominadas pelas fontes por hospital ou lazareto, visando atender os possíveis doentes da moléstia epidêmica e isolá-los do restante da população, evitando a propagação da enfermidade.

As enfermarias provisórias – arrançadas quando da ameaça epidêmica e desfeitas com o término da epidemia – foram instaladas em casas emprestadas por pessoas abastadas da região, como na freguesia do Carmo, pertencente à vila Cristina, onde foi organizado um “hospital com todas as comodidades para receber os doentes pobres que enfermarem, para qual prestou a Sra. D. Anna Umbelina sua excelente e espaçosa morada, bem airada e em localidade alta”. A mesma conduta pode ser observada na freguesia de São José do Paraíba (Leopoldina) onde Miguel Eugênio Monteiro de Barros cedeu uma casa e, também, em Diamantina onde foram cedidas duas casas para serem utilizadas como hospitais provisórios (SP 600, Documento 118-119, APM, 1856; SP 574, Documento 116-117, APM, 1855).

Já em outras povoações, foram alugados casas e edifícios às expensas das câmaras, como indicaram os vereadores Modesto Antônio Mayer e Joaquim Roberto Ducart, de Pouso Alegre, onde um edifício, à “pequena distância desta Cidade” e que oferecia todas as proporções necessárias seria alugado pela câmara para “servirem de hospitais ou ambulâncias onde os indigentes sejam recolhidos para serem tratados pela caridade pública e sequestrados do seio da população sã” (SP 574, Documento 65-66, APM, 1855).

Houve também lugares onde a câmara cedeu a “casa de suas sessões [para] uma enfermaria” servindo de “asilo a indigência, mobiliando a mesma a sua custa” (SP 600, Documento 02, APM, 1856). As instalações das Santas Casas também foram mobilizadas para a criação de enfermarias específicas para os coléricos, como nos informam a solicitação feita pelos vereadores da câmara de Campanha e pelo médico

Francisco Cordeiro dos Campos Valladares, integrante da comissão sanitária de Pitangui (SP 574, Documento 46, APM, 1855; SP 600, Documento 131-132, APM, 1856).

Anteriormente, observamos recomendações para a aplicação de desinfecções como um complemento à implantação de cordões sanitários, porém, elas também foram indicadas separadamente, que segundo Chernoviz consistia na

operação por meio da qual se destroem as qualidades nocivas que o ar, as paredes de um quarto, a roupa ou qualquer objeto, adquirem pela impregnação da substancias mui tênues, de natureza múltipla, ordinariamente designadas pelos nomes de miasmas, de emanações, de eflúvios, etc (CHERNOVIZ, 1890, vol. 1, p. 826-827).

Foram apontadas pelo médico as seguintes substâncias desinfetantes: “o cloro, os cloruretos de sal, de soda e de potássio, tem [...] a propriedade de decompor os miasmas pútridos, e neutralizar lhes os efeitos” (CHERNOVIZ, 1890, vol. 1, p. 827).

Ariosvaldo Diniz (1997, p. 429-433) apontou que as desinfecções de casas e da cidade do Recife foi objeto de grande atenção e reiteradas indicações pela Comissão de Higiene da província. Porém, tal medida também implicou em desconfortos para os recifenses que tiveram objetos considerados estragados ou impróprios para o uso queimados e suas habitações fumegadas com substâncias ácidas, procedimento que levava por volta de dois dias para ser finalizado, o que foi visto pela população como uma invasão. Segundo Jane Beltrão (1999, p.115-116), na província do Grão-Pará os mesmos desconfortos e descontentamentos puderam ser observados, em função do surto de cólera de 1855.

Em Minas Gerais, também podemos observar recomendações, por parte do governo provincial para que a desinfecção fosse empregada em todos “os gêneros que de hora em diante [...] vierem da Corte” impedindo a entrada de tropas oriundas do Rio de Janeiro na povoação “sem o prévio emprego desta medida” e para “as malas do correio direto” oriundas da mesma localidade, devendo as mesmas ser desinfetadas “em lugar distante das povoações” (O Bom Senso, 24/09/1855, Nº 348, p. 1).

Por meio da correspondência trocada entre o presidente da província Francisco Diogo Pereira de Vasconcelos e o administrador dos correios de Ouro Preto, podemos acompanhar os preparativos para a execução da medida indicada. Esta teria início no dia 19 de setembro de 1855, se estendendo “enquanto durarem os receios da invasão da

epidemia reinante em alguns pontos do Império”, devendo o procedimento ser feito como indicado “fora desta capital, na chácara do Saramenha pertencente ao cidadão Pedro João da Silva” (SP 533, Documento 35.4, APM, 1855). Os vereadores da câmara de São João del Rei também providenciaram a execução de medida semelhante, designando “um lugar meia légua distante da povoação para serem ali desinfetados todas as cargas e volumes, vindos da Corte” (SP 574, Documento 76-78, APM, 1855).

As orientações acerca das desinfecções não ficaram restritas às cargas e pessoas em trânsito pela província. O procedimento também foi recomendado em Baependi, sendo os “proprietários e fazendeiros [orientados] a queimarem nas frentes de suas casas e fazendas substâncias desinfetantes, como alcatrão, folhas de oliveira, e pitangueiras, de limeiras, e outras ervas aromáticas” (SP 574, Documento 194-195, APM, 1855). Já na capital provincial, foram expedidas ordens ao almoxarife Agostinho Antônio Pereira de Pádua para que providenciasse “uma quantidade suficiente de alcatrão, afim de ser queimado nos respectivos quartéis e hospital”. Também foi ordenado ao chefe de polícia da província, ao comandante do quartel e ao provedor da Santa Casa que promovessem a queima do alcatrão “em diversos pontos desta capital enquanto durarem os receios da invasão da epidemia atualmente reinante em alguns pontos do Império” (SP 533, Documentos 35.1 e 35.2, APM, 1855). Por outro lado, em outras localidades, as autoridades locais encontravam dificuldades em adotar as condutas indicadas, como podemos observar por meio do ofício do doutor Simão da Cunha Pereira, residente no Serro, que solicitava “a remessa de agentes desinfetantes que aqui faltam completamente, [como] o chloro, o ácido chlorydrico e o chlorureto de cálcio, que em grande quantidade são consumidos” (SP 574, Documento 258, APM, 1855).

A ideia de que a alteração provocada pelos vapores provenientes da queima de substâncias purificadoras fosse capaz de neutralizar os elementos nocivos presentes na atmosfera estava diretamente ligada à teoria miasmática em voga no período, como apontamos anteriormente. As ideias sobre a transmissão da doença que informava as noções das autoridades mineiras quanto à natureza e às formas de fazer frente à moléstia também podem ser observadas em outras províncias como na de Pernambuco onde, segundo Ariosvaldo Diniz (1997, p. 253) foram recomendadas “fogueiras aromáticas” que deveriam ser feitas em grandes quantidades e de forma dispersa pela cidade, tendo muitas delas sido preparadas pelos habitantes diante de suas moradias.

2.3: Enfrentando a ameaça: medidas higiênicas e sanitárias

As melhorias sanitárias também entravam no rol das práticas contra as epidemias, visando melhorar as condições ambientais de espaços considerados nocivos, que seriam capazes de influenciar de forma negativa na convivência pública. Os hábitos e costumes da população considerados prejudiciais à saúde e a salubridade foram objeto de ações como o estabelecimento de diretrizes para a higiene pessoal, orientações para uma alimentação saudável, vetos aos excessos alcoólicos e sexuais. Os locais que eram considerados como focos de exalações miasmáticas também foram considerados objetos de intervenções como a remoção de matadouros e cemitérios dos centros das povoações, a promoção do escoamento de águas paradas e a “purificação” de pântanos e lagoas (HAMLIN, 2009, p. 140; BELTRÃO, 1999, p. 68).

Em Minas Gerais, no contexto da ameaça epidêmica do cólera, podemos observar que, entre os meios aconselhados pelos médicos Francisco de Paula Pereira Lagoa e Anastácio Sinfrônio de Abreu, constavam aqueles que tinham por objetivo “arredar do seio da população todos os hábitos nocivos à saúde”. Através da extinção de todos os “focos de miasmas”, do emprego de “todos os esforços para obter o arejo e asseio de todas as coisas”, e a satisfação das “exigências e os cuidados do corpo, usar de alimentos sãos e praticar em fim, a temperança” (SP 600, Documento 187-92, APM, 1856).

No mesmo diapasão das indicações citadas acima, cuidados cotidianos que visavam promover o asseio e a salubridade pública foram direcionados para a conservação e a limpeza, sendo os moradores convocados a “terem suas testadas⁴⁵ limpas”, proibindo a “criação de porcos e outros animais imundos”. Segundo o doutor Francisco Alvarenga, da vila do Pomba, “os chiqueiros, e mesmo os galinheiros contendo grande número de galinhas, podem considerar-se outros tantos focos de infecção e devem por isso ser proibidos dentro da vila; onde a criação de porcos soltos pode ser [excessivamente] perniciosa”(SP 574, Documentos 89-90, 237-240, APM, 1855; O Bom Senso, 13/09/55, nº 345, p. 2). A proibição indicada acima apontou os animais como produtores de potenciais focos miasmáticos. Exemplo interessante dessa associação animal-miasmas foi observado por Jucieldo Alexandre (2010, p. 139) na

⁴⁵Segundo o *Dicionário da Língua Brasileira* o termo “testada” foi utilizado para referir-se a um espaço de estrada ou rua que ficava em frente a uma casa ou qualquer outro tipo de habitação (PINTO, 1832).

região do Crato (Ceará). Ali, no início de 1862, ocorreu uma “matança generalizada de porcos”, descrita no periódico *O Araripe*, que relatou ainda as tentativas de salvar os animais por parte de alguns proprietários, que optavam pela fuga ou por tentar escondê-los⁴⁶.

Ainda atendendo para as indicações relacionadas à limpeza das povoações, o governo provincial mineiro, por meio de dois ofícios circulares expedidos em 17 de setembro e 20 de outubro, orientou as autoridades municipais para que promovessem a caiação de edifícios e casas, como podemos observar em Baependi, Minas Novas, Vila de São Manoel do Pomba, São João del Rei e Caldas, através das indicações de vereadores e médicos acerca do cumprimento ação requisitada, devendo as moradias serem cobertas por cal interna e externamente. O Barão de Aiuruoca informou ainda ter providenciado “400 alqueires⁴⁷ de cal para ser distribuída pela pobreza do município” enquanto em Ouro Preto, segundo os vereadores Manoel Ribas e João Affonso, se promoveu a caiação do interior da cadeia. (SP 574, Documentos 130, 451, 194-195, 449-450, 214-220, 237-240, 76-78, 151, APM, 1855).

Os cuidados indicados também abrangiam aspectos relacionados à higiene pessoal, recomendando-se banhos periódicos. Segundo o doutor Francisco Alvarenga, deveria a periodicidade dos mesmos ficar a cargo do indivíduo, que usaria “dos banhos necessários a limpeza do corpo, na temperatura de seu costume, não o fazendo logo depois da comida, não se demorando muito neles, nem se expondo imediatamente a ação do frio”. Sobre a vestimenta, indicava-se a troca e lavagem das roupas de uso diário “não se consentindo roupas sujas amontoadas”. O uso de vestimentas e calçados adequados à estação do ano, evitando-se a exposição à umidade também constavam entre os apontamentos (O Bom Senso, 01/10/55, nº 350, Ouro Preto, p.2; SP 574, Documentos 89-90, 237-240, APM, 1855). Nikelen Witter (2007, p. 120-21) destacou que os banhos diários – para fins higiênicos – provavelmente não constavam como um hábito cotidiano dos rio-grandenses e também não eram associados à noção de limpeza e higiene. A associação entre limpeza do corpo e o hábito dos banhos, foi segundo a autora, uma ideia construída ao longo dos séculos XIX e XX. As indicações

⁴⁶ O extermínio de animais também foi relatado por Jean Delumeau (2011, p. 175), por ocasião de surtos de peste negra na Europa. As matanças foram justificadas como formas de impedir a marcha da moléstia, tendo sido os principais alvos porcos, cães, gatos e pombos. O autor apontou ainda que em Londres no ano de 1665, 40 mil cães e um número cinco vezes maior de gatos foram abatidos.

⁴⁷ Segundo o *Dicionário da Língua Brasileira* o termo alqueire designava uma medida para “grãos e outros gêneros secos” (PINTO, 1832).

direcionadas a população mineira também parecem caminhar no mesmo sentido, uma vez que aparecem arrolados entres as iniciativas que o próprio indivíduo deveria tomar para preservar-se da ameaça do cólera.

Orientações acerca da alimentação também foram publicitadas, sendo indicada a realização de inspeções nos locais onde o comércio de alimentos e bebidas fosse realizado e os itens que fossem considerados impróprios para o consumo deveriam ser inutilizados. Aos excessos alimentares, foi atribuída uma das causas predisponentes para o desenvolvimento da enfermidade, ressaltando-se que “convém ao povo toda a temperança na comida e bebida, devendo contar a comida de elementos sãos, frugais proibindo-se os gêneros corrompidos no mercado e o excesso de bebidas espirituosas” (SP 574, Documentos 88-89, 214-220 APM, 1855). A conduta moderada foi destacada pelo médico João da Cruz Santos como um meio importante de preservação do aparelho digestivo e nervoso, considerados os sistemas do organismo humano os mais atacados pelo cólera. (O Bom Senso, 01/10/55, nº 350, p. 2; 24/09/55, nº 348; 20/09/55, nº 347, p. 1; SP 574, Documentos 194-195, 449-450, 237-240, APM, 1855).

Nos apontamentos que versavam sobre a higiene e hábitos cotidianos, alguns destacavam o tratamento recebido pelos escravos que, naquele momento, foram identificados como um dos grupos mais vulneráveis à epidemia de cólera, devido às suas condições de vida: alimentação escassa, carga de trabalho excessiva e alojamentos precários que contribuía para o depauperamento físico, e a conseqüente predisposição ao adoecimento. As orientações oriundas do governo provincial também indicavam a necessidade de que os fazendeiros “aplicassem aos escravos o tratamento que a ciência tem indicado como mais eficaz para evitar o sobredito contágio” (SP 533, Documento 43.2, APM, 1855). O editorial publicado pelo *O Bom Senso*⁴⁸ no dia 18 de outubro de 1855, sob o título “O cólera, a classe indigente e a escravatura”, discorreu sobre a conveniência das melhorias referentes ao tratamento dispensando aos escravos uma vez que os mesmos constituía uma espécie de “propriedade a ser conservada”. Conforme afirma o texto deste editorial, se eles recebessem investimentos como vestuário, alimentação e alojamentos adequados seriam mais produtivos e viveriam por mais tempo, sublinhando que, com o fim do tráfico de escravos, tais “vantagens” seriam

⁴⁸ Posteriormente ainda dando destaque ao tratamento dispensado a escravatura e o cólera, o periódico na edição de 26 de novembro de 1855 reproduziu do Jornal do Comércio apontamentos redigidos pelo Dr. Lazzarini em Vassouras/RJ, que tratava em especial das ações que deveriam ser dirigidas aos escravos para prevenir e tratar a moléstia (O Bom Senso, 26/11/1855, Nº 365, Ouro Preto, p. 4).

ainda maiores. O artigo buscava convencer os proprietários acerca dos benefícios advindos daquele novo tratamento, destacando que seriam a melhor forma de se evitar a invasão do cólera e de abrandar seus efeitos na província e, também, nos negócios privados (O Bom Senso, 18/10/1855, Nº 355, p. 1-2). Orientações muito semelhantes relativas aos escravos também foram descritas por Jucieldo Alexandre (2010, p. 217-218) e Ariosvaldo Diniz (1997, p. 330-36) para as regiões do Crato no Ceará, e Recife em Pernambuco destacando os argumentos acerca dos interesses econômicos e comerciais dos senhores em preservar os cativos do cólera.

Espaços como cemitérios e matadouros foram objetos de recomendações por parte daqueles responsáveis pela defesa e manutenção da saúde da população por constituírem, segundo a teoria miasmática, locais capazes de concentrar exalações nocivas à atmosfera. A prática então vigente de se realizar sepultamentos dentro dos templos religiosos⁴⁹ foi objeto de críticas apoiadas na concepção miasmática e em preceitos higiênicos vigentes no século XIX. Segundo os miasmataístas, os eflúvios originados da decomposição dos corpos seriam prejudiciais aos vivos, ao impregnar a atmosfera causando doenças (REIS, 1991, p. 247-92; RODRIGUES, FRANCO, 2011). A comissão de higiene de Grão Mogol⁵⁰ destacou os aspectos nocivos dos sepultamentos nas Igrejas, que realizados em “sepulturas rasas é sempre nocivo a salubridade e por si só capaz de produzir epidemias de todo o gênero” solicitando que alguma providência fosse tomada (SP 574, Documento 89-90, APM, 1855).

Compartilhando do posicionamento da comissão de Grão Mogol, os vereadores da câmara de Pouso Alegre indicaram como parte das medidas profiláticas a “construção de cemitérios extramuros distantes das povoações em todas as suas entradas e saídas de modo que se não aglomerem no centro delas os cadáveres, que demandam de pronto enterramento para evitar os miasmas da putrefação”. Solicitações semelhantes também foram realizadas pelos médicos da comissão sanitária de Queluz e pelo doutor João da Cruz Santos em Ouro Preto (SP 574, Documentos 65-66, 214-220, APM, 1855;

⁴⁹ Segundo Cláudia Rodrigues e Maria da Conceição Franco (2011), os templos foram utilizados em associação com os cemitérios, por serem locais sagrados para a comunidade cristã católica, que identificava o corpo morto como algo também sagrado, até meados do século XIX, o que justificaria essa utilização desses espaços. As autoras destacaram que o processo de dessacralização do corpo morto que gradativamente passa à condição de cadáver, foi informado em grande medida, pelas concepções da teoria miasmática, contribuindo para que os sepultamentos nos cemitérios extramuros passassem a ser prática comum.

⁵⁰ A comissão foi composta por Antônio Teixeira Coelho, João dos Santos Percizo, José Thomas de Vila Nova, Modesto Ferreira Carneiro, Gaudêncio de Araújo Sá e Luís Gomes da Silva Caldeira.

O Bom Senso, 13/09/1855, Nº 345, p. 2). As demandas para a criação de campos santos fora das cidades foram respondidas pelo presidente Francisco Diogo Pereira de Vasconcelos, em ofício do dia 22 de novembro de 1855, informando que a solicitação relativa ao “enterramento dos cadáveres fora dos templos será oportunamente tomado na devida consideração”. Possivelmente, pedidos como os de João da Cruz Santos permaneceram “em consideração” até 1888, quando foi inaugurado em Ouro Preto, capital da província, o primeiro cemitério público da cidade⁵¹ (SP 533, Documento 80.2, APM, 1855; SILVEIRA, MARQUES, 2013, p.435; DINIZ).

Assim como os cemitérios, os matadouros também foram considerados locais que favoreciam a insalubridade no seio das povoações. Em Ouro Preto, Grão Mogol e São João del Rei, médicos e vereadores recomendaram a remoção dos mesmos para locais fora da povoação com o objetivo de “vedar toda a reunião de imundícies, matérias fecais, animais mortos” comuns a esses locais. A escolha dos novos lugares nos quais esses estabelecimentos deveriam instalar-se levou em consideração a disponibilidade de água, que era considerada importante para garantir o “indispensável asseio” dos matadouros⁵² (SP 574, Documentos 76-78, 89-90, APM, 1855; O Bom Senso 01/10/1855, Nº 350, Ouro Preto).

Entre as indicações feitas pelas comissões sanitárias para melhorar as condições de salubridade, também figurou a execução de obras de infraestrutura, como a drenagem das águas servidas, construção de esgotos e chafarizes. Tais indicações basearam-se nas noções vigentes na época, acerca dos fatores que causariam as moléstias, como podemos observar pelo posicionamento dos vereadores de São João Del Rei, que expressavam suas preocupações com a salubridade da cidade e ressaltavam a necessidade urgente de “canalizar-se uma vala de mais de cem braços que existe no centro desta povoação, e dá esgoto as águas de hum dos chafarizes e onde desembocam [...] canos de despejo” constituindo “um extenso foco de exalações miasmáticas, que podem infectar toda a cidade”. Os vereadores afirmavam que a vala era um “charco de

⁵¹ Percepções semelhantes em relação a nocividade dos sepultamentos nas Igrejas foram apontadas em Recife, onde a partir de 1851 alguns sepultamentos passaram a ser realizados fora dos templos católicos, devido a inauguração do primeiro cemitério público da cidade, que contava com uma maior demanda por sepultamentos durante surtos epidêmicos (DINIZ, 1997, p. 150-1). E em Salvador onde em 1836 ocorreu uma tentativa de utilização do cemitério extramuros, mas que culminou na revolta da Cemiterada, sendo o cemitério utilizado de forma ampla, somente em 1855 devido ao surto de cólera que eclodiu na província baiana (REIS, 1991).

⁵² Na documentação consultada somente encontramos indicações da construção do matadouro em São João Del Rei, que segundo indicação dos vereadores representou uma despesa de 1:200\$000 réis, como podemos observar no Quadro 01 (SP 574, Documento 76-78, APM, 1855).

imundícies” que corrompia “o ar atmosférico” e provocava a “peste sobre os habitantes desta bela cidade” e que, por não possuir meios pecuniários, não era possível removê-la. Por fim, solicitavam auxílios pecuniários para a realização das obras, apresentando os valores que deveriam ser gastos com a realização das mesmas, como podemos observar no Quadro 1 (SP 574, Documento 76 a 78, APM, 1855).

QUADRO 1

Despesas com medidas sanitárias - desinfecções, limpeza, caiação, impressão de folhetos, encanamentos de água e esgoto, chafarizes, cemitério e matadouros.

Local	Itens	Valores
São João del Rei	Cargas e volumes vindos da corte - compra de utensílios e mais misteres.	118\$930 réis
	Arrendamento de casa para realizar as desinfecções	16\$000 réis (mensais)
	Reimpressão 320 exemplares dos conselhos da comissão de saúde pública do Rio de Janeiro e 320 exemplares do conselhos da Faculdade de Medicina da Cidade do Porto.	96\$000 réis
	Remoção do matadouro para fora da cidade	1:200\$000 réis
	Canalização de vala para esgotamento de águas servidas	1:000\$000 réis
Ouro Preto	Desinfecção das malas do correio da corte (entre 11/08 a 01/12/1855)	88\$760 réis
Jaguari	Encanamento de água potável (feito em pedra)	Entre 700\$000 a 800\$000 réis
Pouso Alegre	Canalização de água e construção de chafariz	1:236\$700 réis
Campanha	Construção do encanamento da cadeia, dos esgotos e desassoreamento do ribeirão de Santo Antônio que passa dentro da cidade.	250\$000 réis
	Despesas feitas com medidas sanitárias	761\$550 réis
Uberaba	Despesas feitas com medidas preventivas	183\$180 réis
	Despesas feitas com medidas preventivas	783\$180 réis

Fontes: SP 574, Documentos 76-78, APM, 1855; SP 533, Documentos 93.1, APM, 1855; SP 600, Documentos 164-165, 131-132, 316, APM, 1856; SP 657, Documentos 54, 449, 622, APM, 1857; SP 775, Documento 139, APM, 1858.

Entre as recomendações que listamos acima, muitas poderiam ser encontradas em posturas municipais que constituíam um mecanismo cotidiano de regulação por parte das câmaras municipais sobre os hábitos da população quanto à higiene das povoações (SILVEIRA, FIGUEIREDO, 2011, p. 4). No contexto da ameaça epidêmica, podemos observar médicos e autoridades administrativas solicitando que as mesmas fossem cumpridas, como em Patrocínio onde o delegado de polícia Quirino Ribas

informava ter tomado “as mais enérgicas providências para execução das posturas municipais”. Semelhante petição é encontrada nas recomendações da comissão de higiene de Grão Mogol, que ressaltava a necessidade de que a câmara municipal, em conjunto com as autoridades policiais, fizesse com que as ditas posturas fossem executadas, sobretudo no que dizia respeito a limpeza e salubridade da povoação (SP 574, Documentos 410, 89-90, 76-78, APM, 1855).

Os reiterados pedidos e indicações de cumprimento das posturas nos permite inferir sobre a não execução das mesmas, possivelmente devido à falta de interesse de uma parcela da população em alterar seus costumes e hábitos, das dificuldades fiscalização para que se garantisse o cumprimento das disposições e, também, de meios pecuniários que cobrissem os gastos que deveriam ser realizados por parte das câmaras. Tais dificuldades foram apontadas por Jane Beltrão (1999, p. 116) que julgou ser pouco provável que a população incorporasse novas atribuições e hábitos impostos, por meio da elaboração de artigos complementares às posturas vigentes, em função do desenvolvimento do surto de cólera no Grão-Pará. A autora destacou que o estabelecimento dessas atribuições aos moradores da capital da província tinha por objetivo regular os hábitos da população. Dessa forma, versavam sobre o asseio das casas e proibiam a manutenção de curtumes e chiqueiros nas proximidades da cidade, estando os moradores sujeitos a multas por descumprimento das posturas.

Nas correspondências a que tivemos acesso, as ações propostas por médicos, vereadores, juízes de paz, delegados, subdelegados, etc. foram, na maior parte das vezes, acompanhadas por pedidos de auxílio financeiro. A principal justificativa para tais pedidos era de que o município não poderia concorrer com as despesas geradas pela execução das medidas em torno da prevenção à epidemia de cólera, devido ao fato de sua receita estar comprometida por outras demandas municipais e que por isso “[...] seus cofres se acha[vam] exaustos” (SP 574, Documento 207, APM, 1855). Esses pedidos por parte das câmaras visavam autorização para o uso da quota de 2:000\$000 contos de réis, que havia sido consignada pelo governo Imperial, por intermédio da presidência da província, a fim de que fossem empregados no atendimento da população, em especial dos pobres, através do “fornecimento das dietas e medicamentos” a pessoas desvalidas (BRASIL, Ministério do Império, 1856, p. 78; SP 574, Documento 403, APM, 1855).

A compra de remédios, da mesma forma que a organização de enfermarias e lazaretos provisórios, foi indicada como um meio de preparar-se para a eventualidade da

invasão da moléstia na província mineira⁵³. Médicos e representantes de várias povoações solicitaram ao governo provincial a autorização para a compra de medicamentos “capazes de combater o mal em todos os seus graus, em socorro da pobreza”. No Quadro 2 podemos observar as despesas realizadas em algumas povoações com a compra de medicamentos e demais utensílios para enfermarias provisórias (SP 574, Documento 337, APM, 1855).

QUADRO 2

Despesas com compra de medicamentos e mobília para enfermarias, lazaretos e hospitais provisórios.

Local	Medicamentos/Mobília	Valores
Ouro Preto	Despesa com a compra de duas macas, colchões e lençóis.	59\$540 réis
	Despesa com a compra de medicamentos que foram remetidos para o distrito de Sapé, município de Ubá.	70\$920 réis
	Despesa com o carroto de um caixote vindo da corte, como o remédio denominado “salva-vidas”.	7\$000 réis
	Despesa com os medicamentos indicados pelo Dr. Carlos Thomaz de Magalhães Gomes, para serem distribuídos pela província.	87\$820 réis
Campanha	Despesa com a compra de remédios, ministrados aos presos pobres recolhidos à cadeia da cidade.	13\$960 réis
	Despesa com a compra de 20 camas com todos os seus pertences, para receber os pobres que fossem acometidos do cholera morbus.	422\$800 réis
	Despesa com a compra de remédios, roupas e mais para camas.	1:184\$350 réis
	Despesas com a condução dos medicamentos comprados no Rio de Janeiro.	500\$00 réis
Pouso Alegre	Despesa com a compra de medicamentos.	633\$900 réis
Alegre	Despesa com a organização de lazareto.	129\$400 réis
Baependi	Remédios vendidos ao boticário.	1:850\$034 réis
Sabará	Despesa com a compra de medicamentos, remetidos para o arraial de Congonhas.	389\$740 réis
	Despesa com a compra de medicamentos, remetidos para a câmara de Curvelo.	422\$100 réis

Fontes: SP 533, Documentos 103.2, 104.1, APM, 1855; SP 600, Documentos 24, 257, 35, 55, 221, 131-132, APM, 1856; SP 657, Documentos 54, 395, 449, APM, 1857; SP 738, Documentos 26.01, 32.03, 57.02, APM, 185-1861.

Os remédios encomendados foram arrolados em listas confeccionadas por médicos, como a organizada pelo doutor Joaquim Pedro de Mello, de Paracatu que

⁵³ No tópico seguinte, abordaremos os sintomas característicos do cólera e a terapêutica indicada para o seu tratamento.

ressaltava ter compilado os medicamentos que “em geral” deveriam “compor as ambulâncias, e que costumam ser empregados no tratamento do cholera” (SP 574, Documentos 339, 340-343, APM, 1855). O presidente da província, Francisco de Vasconcellos, em resposta às solicitações das câmaras de Oliveira e Lavras, informou que havia encarregado aos doutores Thomaz de Magalhães Gomes e Affonso Antônio de Portugal e Castro, de providenciar “um apontamento de todos os medicamentos aconselhados pelos facultativos mais conceituados e que em seu juízo pareçam mais eficazes contra a epidemia reinante em alguns pontos do império” para que o mesmo fosse impresso e divulgado pela província e também os medicamentos preparados “a fim de serem prontamente remetidos para qualquer ponto, onde consta haver falta destes socorros (SP 533, Documento 42.5, APM, 1855; O Bom Senso, 29/10/1855, Nº 358, p.1; 29/10/1855, Nº 358, p.1; SP 574, Documento 315, APM, 1855).

Juntamente com a concessão da quota de 2:000\$000 contos consignada, o governo provincial também orientava aos administradores locais que realizassem subscrições “afim de que as pessoas abastadas deste lugar [da povoação] contribuam para que se prestem socorros aos indigentes atacados da epidemia reinante” (SP 574, Documento 255, APM, 1855). A presidência da província convocou médicos e autoridades locais a buscar empregar todos “esforços afim de que se desenvolva o espírito de caridade, tão necessário nestas épocas calamitosas” (SP 574, Documento 405, APM, 1855). O mesmo posicionamento pode ser observado entre os administradores municipais de Araxá, Caldas, Mar de Espanha, Campanha, Piumhi e Santo Antônio do Paraibuna, tendo os últimos destacado que a quantia arrecadada por meio das subscrições deveria ser utilizada exclusivamente em despesas com “os indigentes quando acometidos do cólera, e que não servirá de modo algum para salários de comissões sanitárias, facultativos, nem aplicada a alheios fins dos de sua instituição”⁵⁴ (SP 574, Documentos 423, 194-5, 277-8, 311-2, 209, 229, 236, APM, 1855; SP 600, Documentos 112-3, 131-2, APM, 1856). Já em Diamantina, Pouso Alegre

⁵⁴ Segundo definição apresentada por Raphael Bluteau (1728, vol. 6, p. 556-8) pobre é aquele que não possui o necessário para a sua subsistência. Enquanto a categoria de desvalido, segundo Nikelen Witter (2007, p. 157) aplicava-se a alguém que não contava com outras pessoas que lhe garantissem proteção “monetária, familiar ou social”. Por meio da documentação levantada e também da literatura acerca das epidemias, podemos observar que os “pobres e desvalidos” foram mencionados de forma recorrente, sendo muitas vezes identificados como os mais vulneráveis a doença epidêmica— devido sua condição precária de vida, o que os tornavam potenciais propagadores da moléstia. Ariosvaldo Diniz (1997, p. 446-7) destacou que as medidas direcionadas ao tratamento da pobreza, como a disponibilização de medicamentos e dietas, tinham por objetivo evitar a mendicância e também a difusão da doença ao buscar disciplinar hábitos e costumes.

e a vila de São Manoel do Pomba os sacerdotes foram mobilizados, sendo encarregados de recolher esmolas e instigar a “caridade pública” durante as missas. No Quadro 3 podemos observar algumas dessas doações, recebidas em várias povoações mineiras (SP 574, Documentos 209, 229, 236, 65-66, APM, 1855).

QUADRO 3

Doações		
Local	Doadores	Item doado
Cristina - Freguesia de Carmo do Pouso Alto	José Antônio da Silva Pinto	1:000\$000 réis
Cristina	Subscrição realizada entre pessoas abastadas da vila	2:200\$000 réis
Leopoldina	Capitão Manuel José Monteiro de Castro	1:000\$000 réis
	Tenente Coronel Matheus Herculano Monteiro de Castro	1:000\$000 réis
Jacuí	Vicente Ferreira Carvalhaes	1:000\$000 réis
São João del Rei	Antônio Simões de Souza	400\$000 réis
Campanha	João Barbosa Rodrigues	100\$000 réis
		50 cavalos[?] de Baeta
Campanha – Freguesia de São Gonçalo	João Barbosa Rodrigues	11 pesos de algodão americano largo
		100\$000 réis
Diamantina	Subscrição realizada entre pessoas abastadas da cidade	50 cavalos[?] de Baeta
		11 pesos de algodão americano largo
		6.5860\$000 réis

Fontes: SP 574, Documento 126, 405, 430, 125, APM, 1855; SP 600, Documentos 131-132, 166-167, 134-135, 106, APM, 1856.

A arrecadação de verbas também ocorreu por iniciativa individual, pois podemos acompanhar em várias povoações a disponibilização por parte de alguns moradores de valores que deveriam ser empregados “em benefício da humanidade enferma e desvalida, se for Deus servido punirmos com esse mal” (SP 574, Documento 126, APM, 1855). Na freguesia de São José do Paraíba (Leopoldina), foi organizada uma associação de caridade que tinha por objetivo coordenar a assistência à população, caso a região fosse visitada por “hóspede de tão terrível catadura”. Segundo o fundador da associação, Miguel Eugenio Monteiro de Barros, a mesma seria composta por todas as

pessoas “que reunidas se prestem em socorrer a humanidade aflita durante a invasão da Cholera nesta Freguesia”, contando com contribuições mensais “de 2\$000 réis e com seus serviços prestados voluntariamente”. A associação contaria, ainda, com uma casa localizada no centro da povoação para o recolhimento e tratamento dos coléricos, sendo suas atividades previstas apenas durante o surto de cólera, cessando seu funcionamento quando o mesmo deixasse de se manifestar.

A iniciativa oriunda de São José do Paraíba foi bem recebida pela presidência da província, tendo o então presidente informado a Miguel Eugenio Monteiro de Barros que aprovava o estatuto, “louvando tão caridoso procedimento” e encaminhado o mesmo para a divulgação por meio da sua publicação no número 365 do *O Bom Senso* (SP 574, Documento 116 -17, APM 1855; SP 533, Documento 77.2, APM, 1855; *O Bom Senso*, 26/11/1855, N° 365, p.1).

Além das doações em dinheiro, itens para serem utilizados nas enfermarias também foram colocados à disposição das autoridades, assim como os serviços de escravos. Exemplo disso é o relato de João de Castro Bacellar, presidente da comissão encarregada de recolher as subscrições em Diamantina, que conta sobre o oferecimento, por parte do morador Wenceslau Monteiro Pires, de “200\$000 réis mensais durante o tempo que predomine a epidemia, oferece[ndo] mais todos os serviços de sua casa e notavelmente os de seus escravos”. A mesma atitude foi relatada em Vila Cristina, onde, segundo o presidente da câmara municipal, contavam com os préstimos do “cidadão Francisco” que disponibilizou os serviços de seus escravos, o uso de seus animais e colocando-se também a disposição para “buscar medicamentos” (SP 600, Documentos 106, 178, APM, 1856). Alguns habitantes ofereceram, ainda, os remédios que seriam usados no tratamento dos coléricos pobres, como o juiz de paz de Conceição, o Barão de Sabará e o médico de partido da câmara de vila Cristina, Fernando Oliveira e Alzamora (SP 574, Documento 466-467, APM, 1855; SP 600, Documentos 43, 86, 223, APM, 1856). A mobilização da caridade, também inserida nas ações contra a epidemia de cólera, nos permite inferir que a caridade e filantropia desempenhavam um papel importante na sociedade mineira em meados do século XIX⁵⁵.

Por meio das ações elencadas contra a epidemia de cólera, observamos que as mesmas estavam fortemente apoiadas na teoria miasmática que defendia que elementos

⁵⁵Segundo as historiadoras Anny Silveira e Betânia Figueiredo a caridade e a filantropia constituem um dos traços de um entendimento acerca da assistência a saúde característica do século XIX, marcada por certa desarticulação entre as instâncias administrativas (SILVEIRA, FIGUEIREDO, 2011, p. 13).

ambientais e comportamentos humanos – bem como a interação entre eles – exerceriam influência sobre a saúde. Vimos, também, que essas medidas apresentavam aspectos negativos como, por exemplo, o fato de sua execução, muitas vezes, demandar um grande suporte financeiro que, na maioria dos casos, não estava disponível. Além disso, tinham um longo prazo de execução – no caso das obras de remoção de cemitérios e matadouros e de saneamento – e interferiam nos hábitos da população, impondo, muitas vezes, uma ruptura com as tradições culturais de um grupo social⁵⁶ (HAMLIN, 2009, p. 140; BELTRÃO, 1999, p. 68).

2.4: Os sintomas e os tratamentos propostos para o cólera

Em meados do século XIX, o adoecimento de vários indivíduos ao mesmo tempo, apresentando características semelhantes, geravam rumores em torno da existência de uma doença no seio de uma povoação. A comprovação de tais rumores e o posterior reconhecimento da existência de uma epidemia passava, necessariamente, pela identificação de qual moléstia acometia o enfermo. Essa identificação era feita por meio da observação e da descrição detalhada dos sinais indicativos da doença (BELTRÃO, 1999, p. 63). Com o cólera não foi diferente, como podemos observar na explanação feita pelo médico Napoleão Chernoviz que o descreveu como uma “moléstia aguda, rápida em sua marcha, muito dolorosa e grave, cujos sintomas mais notáveis consistem em vômitos numerosos, evacuações alvinas abundantes, supressão das urinas, e câimbras nos membros [...] distingue-se em esporádico e epidêmico” (CHERNOVIZ, 1890, vol. 1, p.577-578).

A distinção apontada pelo médico foi amplamente enfatizada, uma vez que o cólera esporádico era identificado como uma doença endêmica em várias regiões onde,

⁵⁶Alguns estudiosos das epidemias, como Jane Beltrão (1999) relacionaram a indicação de medidas preventivas e combativas a uma filiação política. Assim, quarentenas e cordões sanitários estariam relacionados a um posicionamento conservador em função dessas medidas terem um caráter cerceador do trânsito de pessoas e mercadorias e exigirem o aparato do Estado e sua intervenção direta em sua implantação. As desinfecções e reformas sanitárias, por sua vez, estariam ligadas a um posicionamento liberal. Sandra Caponi salientou que as ações que circundam a saúde pública são permeadas de interesses políticos e econômicos, porém não é possível filiar de forma estrita as práticas a concepções políticas. A autora cita ainda os trabalhos de Peter Baldwin, que dialogam com o seu posicionamento, afirmando que nos diferentes modos de se explicar as doenças – e conseqüentemente em sua aplicação – existiram cruzamentos e posicionamentos intermediários que inviabilizaram o esquema anterior de oposição fundamental (CAPONI, 2002, p. 158-60).

apesar de manifestar os mesmos sintomas do cólera epidêmico, ela teria se manifestado de forma mais branda e benigna, apresentando uma evolução favorável que “depois de um decurso de algumas horas até quatro dias, mais ou menos, terminam pelo restabelecimento do doente” (LANGGAARD, 1873, p. 428).

Já o cólera epidêmico, morbus ou asiático distinguia-se pela violência⁵⁷ dos sintomas apresentados, a rapidez com que o enfermo chegava ao óbito e por fazer “seus estragos em populações inteiras” (CHERNOVIZ, 1890, vol. 1, p.578). Essa forma mais agressiva da doença foi chamada de asiática em função das ondas pandêmicas que varreram o mundo nas primeiras décadas do século XIX, cujo ponto de partida foi identificado nos países asiáticos, em especial na Índia⁵⁸ (CHERNOVIZ, 1890, vol. 1, p.578; LANGGAARD, 1873, p. 428-429).

A descrição minuciosa da forma como a doença ocorria também contribuía significativamente em seu diagnóstico. Os sintomas apresentados pelas pessoas acometidas pelo cólera foram descritos em fases que se distinguiam de acordo com a evolução e gravidade dos mesmos. Por ocasião da ameaça da moléstia à província mineira, e a pedido da câmara municipal de Queluz, os doutores José Francisco Netto, Francisco José Pereira Zebral, Joaquim Francisco Baeta Neves e José Tavares de Mello apresentaram as fases da moléstia de acordo com seus respectivos sintomas. Eles dividiram o curso da enfermidade em três períodos salientando que outros médicos o dividiam em dois ou em quatro, sendo o primeiro o da colerina⁵⁹ (SP 574, Documento 214-220, 1855, APM). Já o Dr. Francisco de Paula Alvarenga, escrevendo da Vila do

⁵⁷ A linha que diferencia o cólera esporádico do epidêmico é muito tênue, sua diferença reside no grau com que cada um dos sintomas são apresentados. Um bom exemplo de tal gradação são os vômitos e dejeções alvinas, comuns aos dois tipos de cólera, porém no primeiro tipo eles são frequentes, enquanto no segundo são contínuos. Para maiores informações sobre a distinção dos sintomas, consultar o estudo desenvolvido por Jane Beltrão, que ressalta cada um dos sintomas segundo sua intensidade em cada apresentação da moléstia (BELTRÃO, 1999, p. 82).

⁵⁸ Estudos acerca dos primeiros surtos epidêmicos do século XIX retomaram relatórios de médicos ingleses – que se encontravam no território indiano – que descreviam a moléstia desde o final do século XVIII. (HAMLIN, 2009, p. 168-170; SNOW, 1999, 69-70).

⁵⁹ A historiadora Tania Pimenta (2003, p. 194-195) levanta a hipótese da diferenciação entre colerina e cólera, no século XIX, ter razões políticas. Isso porque a apresentação do caráter moderado da primeira possibilitaria aos médicos e autoridades do período negar, em um primeiro momento, a existência da forma epidêmica da moléstia na Corte. Indicaria, assim, uma demonstração de controle sobre a enfermidade e de proteção à população, uma vez que nesse contexto o medo da doença era considerado um grande predisponente a moléstia e o seu reconhecimento uma derrota das indicações e posicionamentos daqueles que estavam a cargo da saúde da população. Concordamos com o posicionamento da autora, pois de acordo com a dramaturgia das epidemias, a atitude das autoridades cariocas são características do primeiro momento frente à moléstia, pois a negação do surto representa a possibilidade da existência de mais alguns momentos de manutenção da ordem e das atividades habituais no seio da sociedade atacada (SLACK, 1999; ROSENBERG, 1995, p. 278-92).

Pomba apresentou os sintomas em duas fases distintas – a primeira seria a colerina e a segunda, o álgido – acompanhadas do respectivo tratamento.

Francisco de Paula Alvarenga, médico na vila do Pomba, apontou que no período da colerina os sintomas são “náuseas com vômitos ou sem eles, dejectões alvinas, umas vezes vermelhas sanguinolentas, esverdinhadas quase sempre se mistura com mucosidades brancas, líquidas, semelhantes a caldo de arroz grosso, lançadas com esforço, assemelhando-se ao jato de uma seringa, boca pastosa; opressão precordial, insônia, abatimento físico e moral; urinas raras, espessas e vermelhas.” O médico destaca, ainda, que sendo esse o “primeiro período do cholera asiático, no qual pode ainda a moléstia ser impedida, em seus progressos se for convenientemente tratada”. Já o período álgido foi “caracterizado pelo resfriamento geral, câimbras, vômitos, e dejectões copiosas” (SP 574, Documento 237-240, 1855, APM). A proposição de uma classificação da doença em diferentes fases, conforme os sintomas apresentados pelos doentes, resultou em uma variação do número de estágios propostos para a doença, o que nos permite perceber as diferenças existentes dentro da classe médica e o quanto o saber em torno do cólera ainda não estava consolidado.

A descrição e a divulgação dos sintomas – a fim de que a população identificasse a doença – e do respectivo tratamento eram justificadas pelos médicos em função da escassez desses profissionais não só na província mineira como em todo o país⁶⁰, como expôs o médico da vila do Pomba, que julgava “indispensável expor ainda que sucintamente, os meios terapêuticos, de que pode o povo lançar mão, enquanto não recorre aos conselhos de um medico, à quem entregue a direção do tratamento” (SP 574, Documento 237-240, 1855, APM).

As indicações terapêuticas feitas pelos médicos residentes na província mineira estavam baseadas no uso de infusões, elixires, clisteres, emplastros, cataplasmas, fricções, aplicação de sanguessugas, escalda-pés e banhos terapêuticos, indicados de acordo com os sintomas e sua gravidade apresentados pelo doente. Recomendações acerca das acomodações e do cuidado com o doente também foram feitas, como localizar a cama em um espaço arejado e espaçoso, mantê-lo agasalhado e alimentado, devendo-se priorizar o consumo de caldos e sopas. Ariosvaldo Diniz (1997, p. 65) destacou que, no século XIX, não havia um medicamento ou mesmo uma terapêutica

⁶⁰ O número existente e a distribuição dos médicos na província mineira serão discutidos no capítulo 3.

pré-estabelecida para o cólera⁶¹, apontando o caráter imediatista das indicações, pautado na sintomática, que visava principalmente “parar as evacuações intestinais”. Pelo exposto, podemos observar que frequentemente foram reunidas – na terapêutica já instituída – indicações de tratamento que satisfaziam as demandas de quase todas as demais doenças (SP 600, Documento 56-57, 1856, APM; SP 574, Documento 237-40, 214-20, 1855, APM).

Em alguns casos, o uso de misturas previamente preparadas também foram indicados, como a prescrita pelos médicos de Queluz, conhecida como mistura “anticolérica de Strogonof, na dose de vinte gotas de meia em meia hora em água açucarada” (SP 574, Documento 214-220, 1855, APM). Escrevendo da Vila do Pomba, o médico Francisco de Paula Alvarenga aponta o uso de dois preparados, sendo um o “licor anticolérico” que, segundo ele, havia sido testado pela Junta Central de Higiene nos hospitais da Corte, e o outro, distribuído em diversas partes da cidade, conhecido como o “salva vidas” que era um “um líquido amarelo, ligeiramente aromático [...] que se diz, não só prevenir mas até curar o cholera morbus, aumentando-se lhe a dose”, (SP 574 Documento 237-240, 1855, APM). O medicamento denominado como “salva vidas” foi enviado à província mineira, como informou a carta remetida da corte por Ignácio José Malta, que afirmava enviar uma remessa de “mil vidros de um remédio que nesta Corte tem sido de muito proveito no tratamento da cholera morbus com a intenção de que sejam distribuídos com os pobres dos lugares dessa província em que por fatalidade apareça a epidemia”⁶²(SP 574, Documento 127, 1855, APM).

A historiadora Tânia Pimenta (2003) salientou que tais elixires e misturas previamente preparadas, como as que acabamos de mencionar, eram objeto de preocupação dos médicos acadêmicos e, por isso, esse tipo de remédio foi objeto de inspeção e aprovação por parte da fisicatura-mor e, a partir de 1850, da Junta de Higiene⁶³.

⁶¹Os tratamentos propostos foram baseados nos sistemas terapêuticos, em construção durante o século XIX, da alopatia e homeopatia. O primeiro baseava-se na identificação de sintomas previamente classificados, sendo os remédios aplicados de acordo com a moléstia identificada, partindo do princípio de oposição, onde as propriedades do medicamento deveriam se opor as da doença. Já a corrente homeopática, interpretava as moléstias sob o viés do indivíduo, aplicando uma medicação baseada na intensidade dos mesmos, sendo a substâncias com propriedades similares capazes de combater a moléstia (PIMENTA, 2003; DINIZ, 1997, p. 371-83).

⁶²Entre a documentação levantada não foi possível identificar a distribuição ou utilização do mesmo entre a população mineira, que nos permitissem aprofundar sobre o mesmo.

⁶³Os aspectos relacionados a criação e atuação da fisicatura-mor e da Junta de Higiene Central serão retomados no terceiro capítulo.

O uso de novas substâncias combinadas àquelas já utilizadas tradicionalmente também ocorreu. Esse é, por exemplo, o caso do emprego de sumo de limão, apontado como uma substância útil no tratamento dos coléricos, com os seus benefícios divulgados em várias províncias do Império – como a do Grão-Pará, Ceará e Minas Gerais (BELTRÃO, 1999; ALEXANDRE, 2010). A presidência da província mineira recebeu um ofício de novembro de 1855, oriundo do Pará, no qual divulgava o novo remédio apontando sua eficácia no tratamento de coléricos. Anexada ao ofício, foi encaminhada a edição nº 600 do jornal *Treze de Maio*, publicado no Pará, que comunicava a forma como o suco de limão fora usado e seus benefícios. Havia, no texto, a relação dos pacientes tratados e afirmava-se que a maioria tinha se restabelecido: de um total de trinta pessoas, apenas uma não teria se recuperado, indo a óbito (SP 574, Documento 374-375, 1855, APM). Jucieldo Alexandre (2010, p. 209-215) relata o recebimento pela província do Ceará de um ofício semelhante, que compartilhava os mesmo objetivos: divulgar o uso do sumo de limão no tratamento do cólera.

Nesse capítulo, observamos que, em 1855, não havia uma terapêutica consolidada para o tratamento do cólera, assim como suas causas também não estavam estabelecidas. O tratamento baseava-se nos sintomas característicos da doença e nas substâncias que apresentavam uma boa resposta em saná-los ou diminuir a sua intensidade, lançando mão de muitas indicações terapêuticas que eram usadas no tratamento de várias outras moléstias. As discussões apresentadas acerca das teorias sobre a natureza do cólera, as medidas que deveriam ser adotadas para enfrentá-lo e sua sintomática e terapêutica nos permitem inferir como a comunidade médica estava bastante dividida em relação às práticas que deveriam ser adotadas ou não diante da ameaça epidêmica. No capítulo seguinte, abordaremos a presença do cólera no território mineiro e as formas como médicos, autoridades e a população lidaram com o mesmo.

CAPÍTULO 3: ENFRENTANDO O CÓLERA EM MINAS GERAIS

Neste capítulo, veremos como a população mineira lidou com o cólera quando esta doença adentrou os limites da província, destacando a atuação de alguns médicos e autoridades no desenrolar do surto. Trataremos, também, da posterior contabilização, por parte do governo provincial das despesas realizadas em função da ameaça representada pela moléstia.

3.1: O cólera na província

As ações organizadas na província de Minas Gerais em função da ameaça representada pelo cólera, descritas no capítulo anterior, foram implantadas de forma gradativa pelo governo provincial. Observamos uma expansão dessas indicações quando das primeiras notificações de ocorrência de casos da doença no território mineiro. O jornal *O Bom Senso* noticiou que os primeiros casos da moléstia ocorreram na freguesia de São José do Rio Preto, pertencente ao município de Santo Antônio do Paraibuna, limítrofe à província do Rio de Janeiro. Após a divulgação das primeiras notícias acerca desses casos, observamos que o governo provincial passou a sistematizar as medidas previamente indicadas nas localidades próximas à freguesia atingida, como a organização de comissões sanitárias e a disponibilização da verba consignada pelo Ministro Império, que deveria ser empregada na alimentação e medicamentos destinados as pessoas pobres que viessem a ficar doentes (O Bom Senso, 22/10/1855, Nº 356, p.1-2).

As primeiras informações acerca da moléstia na freguesia do Rio Preto chegaram à presidência da província através da edição do dia 13 de outubro de 1855 do *Jornal do Commercio*, publicado no Rio de Janeiro, que noticiava a presença do cólera na região e a atuação de algumas autoridades locais frente ao surto. Entre eles, estava o caso do vigário que deixou de administrar os sacramentos aos coléricos moribundos e ainda impediu que os mesmos fossem “enterrados em sagrado”. Também havia o doutor João Baptista dos Santos, médico residente no Rio Preto que tratou dos doentes. Segundo o periódico carioca, os casos de cólera ocorreram em uma fazenda da freguesia e a moléstia teria acompanhado uma tropa oriunda de Iguassú, na província do Rio de Janeiro. Algumas horas após a chegada à propriedade, um dos tropeiros faleceu, sendo

ainda acometidos pela moléstia três escravos e a esposa do fazendeiro. Nos três dias subsequentes, sucumbiram dois dos escravos adoecidos e a esposa do proprietário das terras. A propagação das notícias acerca dos falecimentos das primeiras vítimas gerou a interpretação “de que o mal era contagioso”. Isso motivou as ações do vigário que se negou a ministrar os sacramentos cristãos aos doentes e impediu que os sepultamentos dos falecidos em decorrência do cólera fossem realizados no campo santo da freguesia. O mesmo posicionamento foi seguido por outros proprietários de terras que contavam com cemitérios em suas propriedades, sendo os cadáveres dos coléricos inumados no campo (O Bom Senso, 22/10/1855, Nº 356, p.1-2).

Além do médico João Baptista dos Santos, que segundo o periódico teria atendido alguns coléricos no Rio Preto, os vereadores de Santo Antônio do Paraibuna apresentaram o relato do doutor André Augusto Joanes que declarava ter atendido ao chamado de um fazendeiro, tratando entre 24 de outubro e 8 de novembro “nove coléricos e destes oito salvaram-se, morrendo uma escrava idosa que se declarou logo no principio do estágio álgido”, isto é, no estágio mais crítico da doença. Outros pontos do município de Santo Antônio do Paraibuna também foram atingidos, como o distrito de Santa Bárbara, onde o mesmo doutor André reportou ter o conhecimento da ocorrência de alguns casos de cólera em uma família, que resultaram no falecimento da esposa e de dois escravos de Joaquim Cesário da Silva Pinto (SP 574, Documento 470, APM, 1855). A ocorrência de “cinco casos de cólera morbus no curto espaço de três dias”, motivou os vereadores da câmara municipal a “ceder a casa de suas sessões, para nela se estabelecer uma enfermaria provisória” contratando os doutores João Nogueira Penido e Pedro Maria Halfeld para que se encarregassem dela e também da “população indigente” pela soma de 1:200\$000 réis mensais para ambos, além da compra dos utensílios e da contratação de pessoal para manter a enfermaria (SP 574, Documento 447, APM, 1855).

Apesar da mobilização promovida pelos vereadores de Santo Antônio do Paraibuna, a maior parte dos casos registrados ocorreu fora dos limites da vila, em fazendas e ranchos, como podemos observar por meio dos relatos dos doutores Antônio Joaquim de Miranda Nogueira da Gama e João Nogueira Penido, referentes ao período de 28 de dezembro e 19 de janeiro de 1856. Os doutores informaram ter atendido coléricos em dez fazendas e um rancho, totalizando cinquenta pessoas atingidas pelo cólera e dezessete pela colerina – sendo quinze escravos e um administrador. Além

destes, quinze pessoas sucumbiram à moléstia, estando entre elas oito escravos, tendo dois falecido em “poucas horas, que não deu tempo de ser visto por médico”. Na vila de Santo Antônio do Paraibuna, foram registrados mais três casos que foram tratados na enfermaria instalada na câmara municipal, sendo um dos doentes um tropeiro oriundo de Petrópolis (SP 574, Documentos 471, 472, APM, 1855). Em janeiro de 1856, o governo provincial foi informado que os casos de cólera dentro da vila de Santo Antônio do Paraibuna haviam cessado, existindo apenas alguns enfermos em duas fazendas do distrito de Simão Pereira. Em vista do fim do surto, os médicos contratados para atuar na enfermaria provisória foram dispensados (SP 600, Documento 70, APM, 1856).

Os casos de cólera reportados ao governo provincial não se limitaram aos ocorridos no município de Santo Antônio do Paraibuna. Informações prestadas pelos vereadores da câmara de Mar de Espanha apontaram a ocorrência de casos de cólera em um dos distritos do município, localizado a duas léguas de distância da vila, nos primeiros dias de novembro de 1855. Cerca de um mês depois, o delegado suplente, Manoel Carlos Pereira, informava ter aparecido “no distrito desta Vila a moléstia reinante e algumas vítimas já tem feito”. Manoel Carlos Pereira expressava ainda o receio de que a doença se alastrasse por todo o município e causasse “grandes estragos”, por contar o mesmo apenas com três médicos que não conseguiriam “acudir de pronto as pessoas que forem acometidas da moléstia” (SP 574, Documentos 402, 229 e 232, APM, 1855). Em função das notícias prestadas, o presidente da província, Francisco Diogo Pereira de Vasconcelos, formou uma comissão sanitária composta pelos médicos Francisco Boggiani, Romualdo Cezar de Miranda Ribeiro e Fernando Gomes Caldeira de Oliveira Fontoura Júnior, residentes no município, os encarregando do atendimento a “humanidade desvalida [...] inferindo coragem nos indivíduos que forem acometidos do flagelo” (SP 533, Documento 74.1, APM, 1855).

No município de Leopoldina, a existência de casos de cólera no distrito de São José do Paraíba, foi comunicada ao governo provincial no mesmo mês de novembro e os registros se alongaram até março de 1856, quando o delegado de polícia do termo informou o fim da epidemia no distrito. As primeiras informações prestadas pelo doutor Luis Sobral Pinto, presidente da comissão sanitária local, ao juiz de paz Manoel Ribeiro Alves em primeiro de novembro de 1855, indicavam a existência de “cinco casos com todos os sintomas do cólera morbus, os quais, apesar de um tratamento enérgico,

terminaram fatalmente em poucas horas”. Dois dias após a comunicação feita ao juiz de paz, mais um óbito somava-se ao número de vítimas da doença, que acometia “para mais de cinquenta pessoas” (SP 574, Documentos 158, 164, APM, 1855).

Segundo o doutor Eduardo Augusto de Miranda Monteiro de Barros, desde o dia 24 de outubro até o dia 5 de novembro foram registrados sete casos fatais da moléstia, sendo três mulheres e quatro homens com idades entre treze e quarenta anos. Não contava entre os doentes nenhum escravo. De acordo com o mesmo médico, muitas pessoas foram tratadas em suas próprias casas e algumas no lazareto organizado pelo cidadão Miguel Eugenio Monteiro de Barros⁶⁴. Ocorreu apenas um falecimento no local que foi explicado pelo médico Eduardo de Barros pela “grande repugnância nas pessoas indigentes de serem tratadas no lazareto como é geral em toda a parte; e não procuram recursos senão quando estão já mui adiantadas na enfermidade”. Entretanto, ele também afirmava que, “as que para ali tem ido no princípio [da moléstia] tem-se restabelecido” (SP 574, Documentos 185, APM, 1855).

Eduardo de Barros seguiu descrevendo as condições do distrito de São José do Paraíba apontando a existência de outras moléstias no seio da população, como o tifo, que havia atacado três pessoas fazendo uma vítima. A diarreia e a bronquite, que grassavam entre os habitantes, caracterizando o estado sanitário da localidade como “péssimo [pois] quase todos sofrem mais ou menos” das duas últimas enfermidades (SP 574, Documentos 185, APM, 1855). Segundo os doutores Eduardo de Barros e Luis Sobral Pinto, o avanço do cólera e das outras moléstias no distrito de São José poderiam ser justificadas pela falta da aplicação das medidas higiênicas indicadas pela comissão sanitária, que segundo os mesmos estariam a cargo do subdelegado do distrito. Até o dia 10 de novembro de 1855, o cólera havia feito 26 vítimas, o tifo seis e, além dessas, três pessoas haviam falecido por outras moléstias que não foram definidas no comunicado enviado ao governo provincial. Os doutores estavam “convencidos que esta cifra seria muito menor, se por ventura se tivessem tomado as medidas higiênicas que a ciência aconselha” (SP 574, Documentos 386-87, APM, 1855).

Entre os três últimos meses do ano 1855 até meados de 1856, o surto de cólera continuou a manifestar-se na província mineira, passando por algumas localidades e

⁶⁴A criação do lazareto mencionado foi apontada no capítulo anterior como parte das ações comuns aos eventos epidêmicos, por parte de uma sociedade. O acompanhamento das informações acerca da moléstia motivou a mobilização prévia de alguns moradores do distrito, o que nos permite inferir que as representações construídas acerca do cólera, naquele contexto, contribuíram para que a sociedade mineira se mobilizasse frente à ameaça representada pela doença.

levantando suspeitas de sua existência em outras. Na vila de Jaguari, o juiz municipal relatou, em 11 de dezembro, a existência de “uma epidemia que tem atacado a muitas pessoas, sendo ela, diarreia e vômitos de tal má mira que em pouco tempo deixa o doente em total abatimento, tendo já morrido três pessoas no espaço de 24 horas mais ou menos”. A doença fora identificada por práticos da povoação como colerina, em função dos sintomas apresentados pelos doentes. O juiz municipal apontava, ainda, que faltavam os recursos adequados para o socorro dos enfermos, uma vez que não existia na povoação médico residente ou boticas que pudessem prover os medicamentos necessários. Lembrou, também, que a cidade que poderia providenciar tais socorros era Pouso Alegre, mas, como esta cidade se encontrava a 12 léguas da vila, não poderiam contar com tal ajuda. Em resposta de 11 de janeiro de 1856, às demandas oriundas de Jaguari, o presidente da província, Francisco Diogo Pereira de Vasconcelos, informou ter encarregado ao doutor João Dias Ferraz da Luz, residente em Pouso Alegre de “prestar seus serviços médicos nesse município, caso venha a ser atacado da epidemia reinante”, e também de ter solicitado ao presidente de São Paulo para que socorresse “no que lhe fo[sse] possível a classe indigente nos lugares limítrofes” das duas províncias⁶⁵ (SP 574, Documentos 408, 100, APM, 1855; SP 533, Documento 105.2, APM, 1855).

Como em Jaguari, os habitantes de Sabará também se viram diante da suspeita de que o cólera se alastrava pelo distrito de Capela Nova do Betim. Em ofício dirigido ao delegado de polícia do termo de Sabará, em 18 de janeiro de 1856, João Francisco da Silva Martins, subdelegado suplente, comunicou que no distrito grassava há três meses uma moléstia que já havia atingido mais de 30 pessoas, fazendo quatro vítimas. Afirmou, ainda, que por falta das “habilitações precisas para analisar as qualidades que os sintomas, o caráter da mesma enfermidade e nem também atinar quais sejam as suas causas”, se limitaria a descrever os indícios da enfermidade apresentados pelos doentes (SP 600, Documento 75-76, APM, 1856).

Segundo o subdelegado, o desenvolvimento da doença se dava por alterações estomacais como náuseas, vômitos e dores na região, diarreia com matérias

⁶⁵ Segundo as informações a que tivemos acesso, após os ofícios que comunicavam as suspeitas de que a moléstia reinante em Jaguari fosse o cólera é possível inferirmos que elas não se confirmaram em função do arrefecimento da enfermidade. Nos comunicados da câmara de Jaguari de 26 de março e do doutor João Dias Ferraz da Luz, de 30 de março de 1856, que afirmava ter visitado a povoação no dia 22 do mesmo mês, não foram mencionadas a ocorrência de qualquer moléstia na povoação (SP 600, Documentos 164-165 e 168-169, APM, 1856).

“furfuraceas⁶⁶ e fétidas”, dores de cabeça, câibras, suores e pulso alterado. Três das quatro vítimas sucumbiram à doença em seis horas, enquanto a última padeceu por três dias, pois foi tratada como se sofresse de indigestão. As demais pessoas acometidas se restabeleciam em dois ou três dias, se estendendo o período de convalescença em até oito dias. João Francisco da Silva Martins destacou que, na povoação, não havia médicos e nem facultativos e que pela rapidez com que a moléstia atacou não foi possível nem mesmo recorrer a “curiosidade do digno vigário”, que prestava socorro às pessoas doentes, curando naquela região (SP 600, Documento 75-76, APM, 1856).

Em resposta ao comunicado do subdelegado, Maximiano Augusto Pinto, delegado em Sabará, reiterou que procurasse pelo vigário Manoel Roberto da Silva Dinis, “pessoa assas inteligente na matéria”, para que descrevesse a doença de forma mais detalhada e indicasse quais medicamentos necessários ao tratamento da moléstia para que os providenciassem junto à câmara municipal de Sabará⁶⁷ (SP 600, Documento 74, APM, 1856).

Os primeiros meses do ano de 1856 foram marcados pelo declínio dos casos de cólera em algumas povoações e o início do surto em outras. Nos últimos dias do mês de fevereiro, a comissão sanitária local de Vila Cristina – composta pelo padre Antônio Caetano Ribeiro, do fiscal Bernardo José de Souza e por Fernando Olivier e Alzamora “que possui conhecimentos médicos” – informou ao presidente da câmara municipal a ocorrência de dois casos fatais da “moléstia reinante”. O primeiro, que atingiu um escravo, foi identificado como “colerina bem confirmada” e o outro, que acometeu um tropeiro oriundo da província do Rio de Janeiro, foi diagnosticado como cólera morbus. Apesar de noticiar os casos ocorridos, os membros da comissão reiteraram que nutriam “fundadas esperanças que esta ceifadora epidemia não grassará neste belo e sadio município”. Entretanto, não deixariam de tomar “medidas para obstar o desenvolvimento de uma doença, que a comissão não crê contagiosa, porém que o pode vir a ser”⁶⁸ (SP 600, Documentos 03, 112-113, 115, APM, 1856).

A esperança manifestada pela comissão sanitária de que novos casos não

⁶⁶ Semelhante a farelos ou cheia deles (BLUTEAU, 1728, vol. 4, p. 238).

⁶⁷ Assim como o caso de Jaguari, não tivemos acesso a qualquer outra documentação que indicasse uma resposta do vigário as solicitações do subdelegado e delegado, ou mesmo a compra e envio dos medicamentos mencionados ao distrito de Betim.

⁶⁸ O posicionamento da comissão sanitária da vila Cristina que relacionou a salubridade da povoação com a “resistência” da mesma à invasão do cólera e a ambiguidade observada na opinião da comissão, em relação ao caráter contagioso ou não do cólera, dialoga com as interpretações acerca da doença no século XIX – em especial com a teoria dos miasmas – discutidas no segundo capítulo.

ocorresse não se confirmou, pois em 12 de março João Baptista Pinto, então presidente da câmara municipal, informava ao governo provincial o avanço da moléstia na freguesia do Carmo. Ele comunicava terem ocorrido cinco novos casos fatais, sendo que quatro deles eram escravas que serviam à dona Anna Umbelina de Noronha e que sucumbiram em poucas horas. A rapidez com que os casos se desenvolveram, segundo o presidente da câmara, provocou na população a “maior consternação, o desânimo aparecia em todas as famílias, [que] aprontavam-se para abandonarem a povoação”. Os ânimos dos habitantes da freguesia do Carmo foram acalmados com a chegada do “prático” Fernando O. Alzamora, oriundo da vila Cristina, e do estudante do 5º ano de medicina, Thomas Baptista Pinto de Almeida, que se encontrava em Baependi e se encarregou de atender alguns enfermos de colerina. Um hospital provisório “para receber os doentes pobres que enfermarem também foi organizado” em uma casa cedida por dona Anna Umbelina. Contava o hospital com um enfermeiro, um “cidadão que gratuitamente se ofereceu”, além da quantia de 200\$000 réis destinada aos gastos com a dieta dos enfermos (SP 600, Documento 118-119, APM, 1856).

Nos últimos dias do mês de março de 1856, o presidente da câmara da vila Cristina relatou ao presidente da província, Herculano Ferreira Pena,⁶⁹ a ocorrência de novos casos de cólera, que foram atendidos por Fernando O. Alzamora e Thomas de Almeida. Destes, sete doentes se recuperaram após o atendimento prestado e outros dois sucumbiram à moléstia: uma era escrava e, a outra, uma mulher livre que “ajudava na enfermaria”. Segundo João Baptista Pinto, o falecimento da ajudante provocou na população outra onda de “desânimo e medo”, que Fernando O. Alzamora procurou amenizar chegando ao “ponto de pessoalmente ajudar na condução dos cadáveres para serem sepultados”. Ao final de seu comunicado, João Baptista Pinto ressaltou os serviços prestados pelo farmacêutico José Antônio da Silveira Pinto – que havia oferecido todos os medicamentos necessários para o tratamento da pobreza – e, também, pelos cidadãos José da Silva G. e José Francisco de Oliveira (SP 600, Documentos 141, 166-67, 150, 118-19, 178, APM, 1856).

⁶⁹ Em 2 de fevereiro de 1856 Francisco Diogo Pereira de Vasconcelos transferiu o cargo de presidente da província para Herculano Ferreira Pena. Segundo Mirian Dolhnikoff (2005, p. 100-117) este cargo era preenchido por indicação do governo central sendo, na grande maioria das vezes, ocupado por um presidente de origem diferente da província a qual governaria. Sua permanência era com frequência, de curta duração – cerca de 7 meses a 1 ano – caracterizando um cargo de alta rotatividade. O presidente Herculano F. Pena é um exemplo dessa prática apontada por Mirian Dolhnikoff tendo, no momento de seu retorno à sua província natal – Minas Gerais, governado outras cinco regiões do Império (O Bom Senso, 31/01/1856, Nº 379, 04/02/1856, Nº 380).

Em meados de abril, o juiz municipal substituto José Felipe dos Santos e o delegado de polícia Antônio Carneiro Santiago informaram ao governo provincial que o surto de cólera na freguesia do Carmo havia cessado, tendo o juiz municipal encontrado “toda a população no seu estado normal e inteiramente extinto o mal que pesava sobre ela”. A mesma apreciação em relação às condições da população foi feita por Fernando O. Alzamora, após 20 dias sem registrar novos casos de cólera afirmou que “não vendo entre seus habitantes a influencia epidêmica, nem miséria e insalubridade, julgo esta freguesia desassombrada da epidemia e talvez, o sul da província dela isenta”. O facultativo apresentou, ainda, os números referentes à moléstia na freguesia, tendo contabilizado “dezessete casos do cólera sob diversos períodos, [dos quais] falecerão sete, e restabeleceram-se dez”. (SP 600, Documentos 220, 240, 236-237, APM, 1856).

O município da vila de Santa Maria de Baependi – situado a sete léguas de distância da freguesia do Carmo, em vila Cristina – também foi visitado. No dia 13 de março, o delegado de polícia José Ignácio de Carvalho comunicou ao governo provincial que, no distrito de Capivari distante nove léguas da vila de Baependi, foram registradas quinze vítimas “da epidemia reinante”. O delegado informou ter alertado aos subdelegados e aos membros das comissões sanitárias do município que executassem as medidas necessárias para prevenir o mal, cuidando ele mesmo de que os habitantes do município limpassem suas casas “interior e exteriormente, por ser isto um forte preservativo”. Disse, ainda, que no distrito de Capivari contava-se com uma casa “para servir de hospital”, estando responsável pelo mesmo o médico Balbino Candido da Cunha (SP 600, Documento 130, APM, 1856).

As notícias da chegada do cólera ao município fizeram com que o doutor Balbino Candido da Cunha, acompanhado pelo boticário Manuel Paulo de Mendonça, visitassem o distrito de Capivari, confirmando a existência da moléstia na região. O médico descreveu o estado dos doentes como “desagradável”, por terem sido socorridos “apenas pela caridade de dois ou três cidadãos ali residentes”, tanto em suas casas, como em “suas pobres choupanas” e também na enfermaria provisória ali organizada. Buscando contornar a situação, Balbino da Cunha, procurou auxílio junto à autoridade local, que prestaria as contas no momento oportuno. Assim, indicou os medicamentos necessários ao tratamento dos coléricos e, devido à falta de alguns remédios na povoação, ordenou que fossem comprados na freguesia de Pouso Alto. Apesar da situação precária, o médico julgava que os habitantes estavam “assustados sim, mas não

aterrados”, o que constituía para ele uma “grande vantagem” (SP 600, Documentos 134-135, APM, 1856).

Em vista da falta de médicos que atendessem os enfermos no Capivari, em meados do mês de março, as autoridades locais solicitaram que Thomaz Baptista Pinto de Almeida – estudante do 5º ano de medicina – retornasse da vila Cistina para Baependi, com o objetivo de auxiliar no tratamento dos doentes, uma vez que, na primeira localidade, os casos de cólera estavam diminuindo. Alguns dias após o comunicado feito pelo doutor Balbino da Cunha, o presidente da câmara de Baependi manifestou o receio de que a moléstia chegasse até a vila, devido ao registro de um caso de colerina na povoação que atingiu uma criança de quatro anos, que foi tratada com remédios homeopáticos e restabeleceu-se. Os temores apresentados por Joaquim de Carvalho não se confirmaram e, em 5 de abril, ele informou a presidência da província que não havia novas vítimas do cólera naquele município. Apenas alguns casos de colerina tinham sido registrados e foram resolvidos com o tratamento aplicado (SP 600, Documentos 151, 133, 193 APM, 1856).

Ao longo dos meses de março e abril de 1856, o cólera continuou a “visitar” povoações mineiras, como em Barbacena, onde a enfermidade fez duas vítimas. Os casos foram reportados ao governo provincial pelo presidente da comissão sanitária, doutor Camillo Maria Ferreira, que relatou o adoecimento de um casal de “raça africana”, que “vieram levados do mal desde o Vale do Paraíba”, falecendo o homem após 17 horas no período álgido da moléstia, enquanto a mulher sucumbiu após 15 dias. Segundo o médico, novos casos da doença não foram observados “nem nas pessoas da casa, nem em pessoa alguma desta cidade”, apesar das condições de vida precárias da família que tratou os enfermos, o que os tornavam “muito favoráveis a transmissão do mal”. Por fim, o doutor Camilo Ferreira registra que os coléricos receberam “todos os socorros da arte” e que foram empregados “todos os meios racionais de desinfecção” (SP 600, Documento 179, APM, 1856).

Outra localidade que também precisou lidar com a epidemia reinante foi a vila de São Januário do Ubá. O juiz de paz, José Luis da Rocha e o fiscal, Manoel Geminamo Ferreira, do distrito do Sapé, informaram a câmara municipal que a povoação estava sendo atacada por “algumas febres” por quase dois meses, encontrando-se por volta de vinte pessoas atacadas pelas mesmas. Porém, afirmavam que “apesar de seu estado rebelde sempre tem obedecido aos medicamentos

empregados”. Entretanto, no dia 4 de abril, uma pessoa adoeceu apresentando sintomas diferentes das febres descritas pelo juiz e pelo fiscal, que atribuíam os mesmos a uma “enfermidade [de] caráter estranho”. Tais sintomas eram “disenteria, inquietação, resfriamento das extremidades, seguindo depois câimbras, cólicas, disenteria sanguínea, resfriamento de todo o corpo, abatimento, pulso fraco e as vezes quase nenhum, urinas suspensas [...] manchas azuladas”, sendo que o enfermo sucumbiu em “36 horas: tendo a enfermidade desobedecido os medicamentos empregados”. Outros dois doentes – uma menina, na casa da primeira vítima, e um menino – também apresentaram os mesmos sinais, sucumbindo em “24 horas”. As autoridades locais demonstraram grande receio, devido ao registro de mais quatro casos suspeitos e, também, em função da falta de médicos, de remédios e das precárias condições de vida da população local (SP 600, Documento 262-63, APM, 1856).

As notícias acerca dos casos suspeitos de cólera, no distrito de Sapé, foram reiteradas pelas autoridades locais, como o juiz de paz Manoel Antônio de Oliveira, que aventava a possibilidade de que as febres que grassavam há algum tempo na região fossem o tifo, tendo já adoecido 24 pessoas. Neste número, contavam-se, ainda, nove indivíduos que apresentaram os “sinais premonitórios e característicos de tão mortífero e devastador mal [o cólera]”. Em vista da situação dos habitantes do Sapé, o juiz solicitava o envio de “medicamentos e facultativos ou médico, que com critério, e acerto possa prestar aos indigentes e enfermos os adequados e indispensáveis socorros”. Os boatos de que o cólera grassava em Sapé repercutiram na vila de Ubá. Diante disso, o cidadão Manoel Gonçalves da Silva Lopes buscou confirmá-los e, em seguida, informou ao vereador Francisco de Assis Athaide que o “tal boato é destituído de fundamento: é verdade, que ali grassaram uma febre com sintomas de tifo, porém nunca o Judeu errante” (SP 600, Documentos 183, 184, APM, 1856).

As autoridades do município de Ubá colocavam em dúvida a existência ou não do cólera na região. Já no mês de maio de 1855, algumas semanas após o comunicado de Manoel Lopes que informava a inexistência da moléstia no distrito de Sapé, outra correspondência apontava para o oposto, afirmando que a enfermidade grassava na localidade. Em comunicado ao governo provincial, o presidente interino da câmara, José Mariano Pinto Monteiro, esclareceu que “o mal [havia] recrudescido”, tendo citado o testemunho do juiz de paz da freguesia, que dizia ter visto várias pessoas de sua família adoecerem, perdendo para a moléstia duas netas, de 12 e 14 anos, que sucumbiram em

poucas horas. Em vista de tais ocorrências, o presidente José Monteiro frisou o pedido para que fossem enviados à povoação um médico e os medicamentos “para socorro das vítimas daquela terrível epidemia” (SP 600, Documento 261, APM, 1856). Em resposta às demandas oriundas de Ubá, o presidente da província Herculano Ferreira Pena ordenou, em 12 de maio de 1856, que fossem enviados à câmara da vila, os medicamentos necessários para tratar os doentes de “uma enfermidade que se [presumia] ser o cólera morbus”. Além de ter encaminhado os remédios, na semana seguinte, Herculano Pena encarregou o médico Carlos Thomas de Magalhães Gomes, cirurgião-mor do corpo policial de Ouro Preto, do tratamento dos doentes no distrito do Sapé (SP 533, Documentos 131.3, 136.1, APM, 1856).

Os rumores e as dúvidas acerca da existência do cólera no município de Ubá foram esclarecidos com a chegada do doutor Carlos Thomas de Magalhães Gomes ao distrito. Em 12 de junho, o médico informou ao governo provincial que, desde o início de sua permanência na povoação, convenceu-se de que “cólera morbus reina[va] epidemicamente” na região. Nos dez primeiros dias de sua estada em Sapé, havia registrado a existência de quinze coléricos, tendo a enfermidade vitimado três pessoas, que se encontravam atacadas pela moléstia e faleceram algumas horas após a sua chegada. Apesar da confirmação da existência do surto, o médico julgou que a doença estava se manifestando na maioria dos casos de forma “benigna, cedendo logo as mais simples prescrições”, apresentando-se “mui raras vezes fulminante”, atacando “mortalmente” somente as pessoas que “ao princípio o desprezam” (SP 600, Documento 296, APM, 1856).

Seguindo as orientações da presidência da província, o doutor Carlos Gomes se empenhou na organização de uma enfermaria provisória, que seria aberta em caso de necessidade. A evolução da epidemia nos 12 dias seguintes ao primeiro comunicado do médico levou o mesmo a julgar desnecessária a enfermaria. O número de enfermos havia diminuído, havendo apenas mais oito doentes em recuperação, indicando, segundo a avaliação do médico, a proximidade do fim do surto. Tal situação viabilizou seu retorno a Ouro Preto em 8 de julho, onde informou ao presidente Herculano Ferreira Pena que a epidemia em Sapé estava extinta (SP 600, Documentos 298, 303, APM, 1856).

Os relatos coligidos nesta seção apontaram a existência do cólera em oito pontos diferentes do território mineiro, totalizando 263 enfermos e, destes, 86 sucumbiram à

doença. As localidades que registraram casos da moléstia têm em comum a proximidade com as províncias do Rio de Janeiro e São Paulo - que como apontamos no capítulo anterior foram previamente identificados como zonas de perigo, em função da concentração dos casos de cólera registrados nessa região. Na FIG. 3 podemos observar essa convergência, que pode ser explicada pelas relações comerciais e pelo trânsito de pessoas, mais intensos do que em outras regiões da província. Os números apresentados nas correspondências são, muitas vezes, imprecisos, principalmente aqueles relativos às pessoas que adoeceram e que se recuperaram. Isso porque, embora haja referência a casos “menos graves”⁷⁰, estes não foram contabilizados.

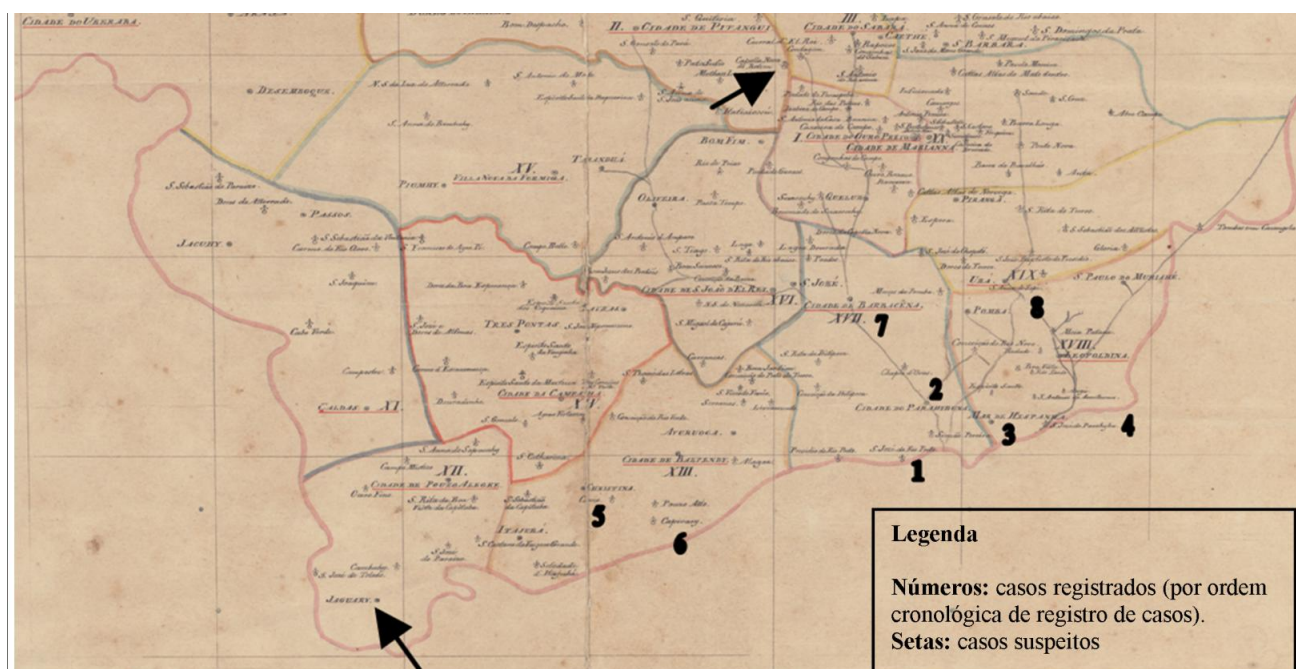


FIGURA 3 - Detalhe das povoações que registraram casos suspeitos e confirmados de cólera. In: “Mapa demonstrativo da divisão da Província de Minas Gerais, em 20 distritos eleitorais”.
Fonte: SG – 009, APM, 1856

Apesar da imprecisão relacionada aos dados da doença, as cifras registradas permitem considerar que, em termos demográficos, o surto teve um baixíssimo impacto em Minas Gerais: 0,1% da população foi vitimada pela doença, uma vez que, em 1855,

⁷⁰ No segundo capítulo, sugerimos que a colerina – forma de nomear o primeiro estágio do cólera, segundo os médicos mineiros e o manual de medicina escrito por Chernoviz (1890, vol. 1, p. 579), seria um meio utilizado pelas autoridades de suavizar o impacto do aparecimento da moléstia em uma povoação. A diferenciação observada nas fontes produzidas em Minas Gerais, entre colerina, empregada para identificar a manifestação benigna da doença, e cólera, usado na descrição da maioria dos casos que foram a óbito, pode ser entendida por meio da dramaturgia epidêmica, que apresenta tal comportamento como o primeiro ato desenvolvido pela sociedade atingida, caracterizado pela negação e protelação do reconhecimento da moléstia em seu meio (ROSENBERG, 1995; SLACK, 1999; SILVEIRA, 2007).

a província contava aproximadamente com 744.606 habitantes⁷¹ distribuídos em 58 municípios⁷². As províncias da Bahia (30.000), Pernambuco (18.000) e Alagoas (17.000), por sua vez, registraram os maiores números de vítimas durante o surto de 1855-56⁷³ (BRASIL, Relatório acerca da Saúde Pública, 1856).

Os impactos demográficos provocados pelo cólera em Porto Alegre, em 1855, segundo Nikelen Witter (2007, p. 25-6, 86), apresentaram um pequeno alcance – cerca de 10% da população, em torno de 1.400 pessoas – número muito expressivo se comparado a Minas Gerais. A autora relativiza esses dados ao compará-los com as cifras apontadas para os surtos ocorridos em outras regiões. Na França, por exemplo, foram contabilizados números que apontavam para cerca de 40% população vitimada pelo cólera em 1855, o que classificaria a experiência no sul do Brasil e em Minas Gerais como pouco relevante em termos numéricos. Porém Paul Slack (1999, p. 5-6) reiterou que as estatísticas demográficas – morbidade e mortalidade – de um surto epidêmico não podem ser utilizadas como o único parâmetro para se medir os efeitos das epidemias sobre uma sociedade. Além delas, devem ser levados em consideração aspectos como a incidência da doença sobre diferentes grupos sociais e principalmente, as respostas dadas à experiência.

3.2: O enfrentamento da moléstia: a atuação dos médicos na província mineira

Observamos nos ofícios e cartas que tratam do cólera em Minas, uma rápida mobilização acerca da moléstia por diferentes atores sociais – médicos, boticários, autoridades administrativas e a população – que se dava pela organização e execução de medidas higiênicas, assim como de recursos para o atendimento e assistência dos doentes. Os médicos residentes na província foram convidados a indicar os meios “mais eficazes para se preservar” da enfermidade e, também, a prestar seus serviços, tratando

⁷¹A estatística populacional baseia-se no levantamento realizado junto aos delegados e câmaras municipais da província nos anos de 1853 e 1854, que foi apresentado pelo presidente da província, Francisco Diogo Pereira de Vasconcelos, no relatório enviado a assembleia legislativa provincial em 1855 (MINAS GERAIS, Relatório apresentado pelo Presidente da Província, 1855).

⁷²Segundo Waldemar Barbosa (1979, vol. 3, p. 570) o número de municípios é referente ao ano de 1858, contando-se “268 paróquias e 454 distritos”.

⁷³Os dados acerca dos óbitos ocorridos por cólera nas demais províncias foram apresentados pelo doutor Francisco de Paula Cândido – então presidente da Junta Central de Higiene, no Rio de Janeiro. Neste relatório não foram encontrados dados referentes ao cólera em Minas Gerais.

das pessoas que fossem acometidas pela doença. No capítulo anterior, tratamos da organização de comissões sanitárias que, segundo as orientações do governo provincial, deveriam ser compostas preferencialmente por médicos. Tal posicionamento, como foi ressaltado anteriormente, pode ser entendido dentro do contexto de institucionalização da medicina acadêmica e da implantação do monopólio da atividade terapêutica que começou a se desenvolver no Brasil em meados do século XIX (PIMENTA, 2003, p. 9-109; FIGUEIREDO, 2002, p. 46).

As mudanças na legislação que visava regular as atividades relacionadas às práticas de cura foram um indicativo desse movimento, pois, gradativamente, passaram a valorizar os indivíduos que contavam com instrução oficial – médicos, cirurgiões e farmacêuticos – em detrimento daqueles que ancoravam suas práticas em conhecimentos advindos fora das escolas e academias e no saber popular. Tânia Pimenta (2003, p. 9-109, 176-178), Betânia Figueiredo (2002, p. 49-64) e Flávio Edler (2009) salientaram que este processo de valorização foi acompanhado pela deslegitimação do saber e atuação dos terapeutas populares por parte dos médicos, sendo o saber acadêmico usado como fator de reconhecimento e distinção. Podemos observar esse movimento por meio do tratamento marginal dado a estes indivíduos na documentação oficial referente à província mineira. Um desses exemplos foi o julgamento feito pelo doutor Carlos Thomaz de Magalhães Gomes, que atribuiu o falecimento de uma das vítimas do cólera em Ubá como sendo “resultado do desmazelo, ou ignorância dos que o trataram”, uma vez que a região não contava com um médico que residisse nas redondezas (SP 600, Documento 296, APM, 1856).

A lei promulgada em 1º de outubro de 1828⁷⁴ extinguiu os cargos de físico-mor⁷⁵ e cirurgião-mor, que centralizavam todas as decisões relativas à saúde desde 1808, quando foi extinto o Protomedicato⁷⁶. Essa alteração legislativa teria representado uma descentralização, pois as atribuições relativas aos cargos suprimidos foram

⁷⁴BRASIL. *Coleção de Leis do Império do Brasil – 1828*. Lei de 1º de Outubro de 1828. Vol. 1 pt. I, p.74. <http://www2.camara.leg.br>. Acesso em 28/08/2014.

⁷⁵A fisicatura-mor foi criada em 1808 logo após a instalação corte portuguesa no Rio de Janeiro, sendo a instância do governo destinada a fiscalização e legalização de ofícios relacionados às atividades terapêuticas, procurando estabelecer as áreas específicas de atuação, segundo as atividades dos praticantes – parteiras, sangradores, médicos, cirurgiões, dentistas, ocultistas, boticários. Foi extinta em 1828, ficando suas funções a cargo das câmaras municipais (PIMENTA, 2003, p. 10 – 53).

⁷⁶A Junta Real do Protomedicato foi criada em 1782, constituindo um órgão da administração régia na Colônia, que regulamentava o exercício de físicos, cirurgiões-barbeiros, barbeiros e parteiras. Atuava, também, na inspeção de boticas e hospitais e no controle dos preços de drogas e ações sanitárias (SILVEIRA; FIGUEIREDO, 2011, p. 4)

delegadas às câmaras municipais – que adotaram como instrumento de atuação na área as posturas municipais – não existindo um órgão específico na administração imperial que congregasse as demandas relativas à saúde (SILVEIRA, FIGUEIREDO, 2011, p. 4-5).

Entre os anos de 1850⁷⁷ e 1851⁷⁸, a relação entre governo e saúde passaria por novas modificações com a criação da Junta de Higiene Pública que, no ano seguinte, passou a ser denominada Junta Central de Higiene Pública. Segundo Tânia Pimenta (2003, p. 9-109), esse novo órgão representou um ponto de convergência, uma vez que passaram à sua jurisdição, as “determinações sobre saúde pública e exercício médico”, estando os médicos acadêmicos a cargo da direção da mesma. O regulamento estabelecia a criação de uma provedoria de saúde nas províncias, que estaria responsável pela coleta dos dados relativos à salubridade pública e, também, pela regulação do exercício profissional através da matrícula – antes a cargo das câmaras municipais – de médicos, cirurgiões, boticários, dentistas e parteiras mediante a apresentação dos respectivos diplomas reconhecidos pelas Escolas de Medicina do Brasil (SILVEIRA, MARQUES, 2013, p. 427-428).

O destaque conferido aos médicos acadêmicos na legislação e nas correspondências que tratavam da ameaça epidêmica foi acompanhado por constantes relatos da ausência dos mesmos em várias localidades. Inúmeras câmaras e delegados mineiros solicitaram à presidência da província que enviasse médicos, para a sua povoação, a fim de que as pessoas doentes, principalmente as desvalidas, fossem tratadas. Diante disto, o vereador da câmara de São Bento do Tamanduá, Joaquim Antônio, apontou que “a primeira e mais palpitante necessidade é a de dois médicos” (SP 574, documento 150, APM, 1855). Tal ausência não era característica do momento ou região, mas, como mostra a historiografia da saúde, um aspecto estrutural de todo o Império brasileiro (FIGUEIREDO, 2002; ALEXANDRE, 2011; BELTRÃO, 1999; PIMENTA, 2003; WITTER, 2007).

Na correspondência trocada entre as câmaras municipais e o governo provincial, entre os anos de 1855 e 1856 foi possível identificar 86 médicos⁷⁹ indicados pelas

⁷⁷BRASIL. *Coleção de Leis do Império do Brasil* – 1850. Decreto nº 598, de 14 de Setembro de 1850. Vol. 1 pt. I, p. 299. <http://www2.camara.leg.br>. Acesso em 28/08/2014.

⁷⁸BRASIL. *Coleção de Leis do Império do Brasil* – 1851. Decreto nº 828, de 29 de Setembro de 1851. Vol. 1 pt II, p. 259. <http://www2.camara.leg.br>. Acesso em 28/08/2014.

⁷⁹ Uma lista desses terapeutas e sua designação por povoação, para atendimento em comissão sanitária encontra-se no Quadro 4, APÊNDICE A.

autoridades locais para compor comissões sanitárias, sugerindo medidas preventivas e tratando dos coléricos em Minas⁸⁰. Como apontamos anteriormente, as indicações foram feitas com base nas informações prestadas pelas câmaras, acerca dos médicos residentes em seus municípios, pois Minas Gerais ainda não contava com uma Provedoria de Saúde Pública que, segundo Decreto nº 828, de 29 de Setembro de 1851 ficaria responsável pelo registro de matrículas de médicos, cirurgiões, boticários e parteiras⁸¹.

Os médicos convocados pelo governo provincial para as comissões sanitárias comprometiam-se a “prestar aos indivíduos, que hajam de sofrer da epidemia que reina em alguns pontos do Império, os serviços de minha Arte, que possam ser necessários [...] aceitando de bom grado o convite filantrópico e patriótico”. Por meio da atuação de alguns médicos, podemos acompanhar como se deu o enfrentamento à ameaça epidêmica em algumas localidades mineiras e o papel por eles desempenhado (SP 574, Documentos 186, APM, 1855).

O médico Carlos Thomaz de Magalhães Gomes atuou durante a ameaça epidêmica em comissão sanitária, prestando serviços médicos ao governo provincial. Suas atividades incluíram a organização de uma lista de medicamentos e a compra daqueles considerados mais eficazes no tratamento do cólera, a participação na comissão sanitária encarregada da freguesia do Pilar (Ouro Preto) e, também, o tratamento de alguns coléricos no município de Ubá, segundo designação do governo provincial – como apontamos no capítulo e tópico anteriores. Para o atendimento dos enfermos em Ubá, a presidência da província colocou à disposição de Carlos Gomes

⁸⁰A documentação que embasa esta pesquisa indica a existência de cerca de 90 médicos em Minas em meados da década de 50, mas quando confrontada com o relatório apresentado pelo Inspetor de Saúde Pública, doutor Domingos Eugenio Nogueira, do ano de 1869, aponta para uma contradição, pois no “Quadro dos médicos, cirurgiões e boticários, habilitados na forma do artigo 28 do Decreto nº 828 de 29 de setembro de 1851” foi indicada a existência de 46 médicos na província. A discrepância entre os dados apresentados, que sugere a diminuição do número de médicos residentes no território mineiro pode ser explicada pela aplicação das exigências relativas ao registro dos profissionais, constantes no Regulamento da Junta de Higiene, podendo a maioria dos terapeutas mobilizados por ocasião da ameaça do cólera, não terem cumprido as exigências para o competente registro. Os números reduzidos de médicos matriculados junto às Comissões e Provedorias de Saúde Pública parecem ter sido uma constante nos primeiros anos de existência desses órgãos administrativos, pois os dados apresentados por Jane Beltrão (1999, p. 117) sobre o Grão-Pará, referentes ao ano de 1855, indicaram a existência de apenas 23 médicos matriculados naquela província, que chegava a contabilizar 247.248 habitantes (MINAS GERAIS, Relatório do Inspetor de Saúde Pública, Dr. Domingos Eugenio Nogueira, Ouro Preto, 1870; SILVEIRA, FIGUEIREDO, 2011, p. 9-13; SILVEIRA, MARQUES, 2013, p. 427-428).

⁸¹A Provedoria da Saúde Pública foi instalada na província mineira apenas em 1858, já sob o nome de Inspetoria de Saúde Pública, devido uma mudança de denominação promovida em 1857, tendo ficado a sua frente o doutor Carlos Thomaz de Magalhães Gomes (SILVEIRA, FIGUEIREDO, 2011, p. 5; SP 775, Documentos 779, APM, 1858).

“um caixote com os medicamentos” e garantiu o pagamento de seus vencimentos como cirurgião do corpo policial, além de uma gratificação de “150\$000 por mês” por estar em “comissão do serviço público”, disponibilizando também “um cavalo para sua montada, uma besta de cargas e uma praça de cavalaria para o acompanhar”⁸² (SP 533, Documentos 51.2, 52.1, 52.2, 136.1, 134.2, APM, 1855-56; SP 574, Documentos 296, 303, APM, 1855).

A população do município de Baependi também contou com o atendimento de Thomaz Baptista Pinto de Almeida, aluno da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro⁸³, que ofereceu “os limitados serviços de [sua] profissão” às autoridades mineiras, destacando sua experiência nos hospitais da Marinha e São Francisco Assis, disponibilizando-se a prestar seu auxílio “em qualquer ponto da província, caso o flagelo do cólera morbus se manifeste”. Thomaz de Almeida prestou seus serviços na freguesia do Carmo (vila Cristina) e, posteriormente, no município vizinho de Baependi, no distrito de Capivari. Em vários relatórios apresentados ao governo provincial, a atuação do estudante foi elogiada e foram destacados seus “relevantes serviços, tratando a muitas pessoas atacadas de colerina”. O presidente da câmara da vila Cristina, João Baptista Pinto, concedeu ao estudante gratificação no valor de 400\$000 réis, e o presidente da província manifestou, também publicamente, seus agradecimentos a ele (SP 574, Documentos 453, APM, 1855; SP 600, Documentos 141, 150, 151, 265-266, APM, 1856; SP 533, Documento 127.1, APM, 1855-56).

A freguesia do Carmo também contou com os serviços de Fernando Olivier Alzamora, que havia se colocado à disposição do governo provincial. As correspondências trocadas entre as autoridades mineiras sugerem uma incerteza quanto

⁸²A designação de médicos em comissão pelo governo provincial para atender pessoas doentes também foi observada por Jucieldo Alexandre (2010, p. 52-3) em relação a província do Ceará, que em 1856 deslocou “o médico João Francisco Lima, um destacamento militar e ambulâncias com medicamentos” para as regiões de Acaracu e Sobral, após notificações de que pessoas afetadas pela moléstia haviam desembarcado na primeira povoação. O preparo de carroças equipadas com medicamentos que acompanhariam os médicos enviados as povoações atingidas pelo cólera também ocorreu na província do Rio Grande do Sul (WITER, 2007, p. 78). Essa prática também pode ser observada no enfretamento de outras doenças em Minas Gerais, como por exemplo, a varíola (SILVEIRA, 2011, p. 51). O que indica que as autoridades lançavam mão de práticas que compunham um arsenal de medidas, independente da doença em questão.

⁸³A pesquisadora Jane Beltrão (1999, p. 117) apontou que a mobilização de estudantes de medicina era comum durante epidemias, sendo uma tradição portuguesa a suspensão das aulas para que os acadêmicos se juntassem a seus professores no tratamento das pessoas acometidas por moléstia epidêmica. Segundo Anny Silveira (2007, p. 172) o mesmo ocorreu por ocasião da invasão do surto de gripe espanhola em Belo Horizonte (1918), onde foi instalado um hospital provisório na Faculdade de Medicina, que teve suas aulas suspensas enquanto durasse a epidemia, podendo professores, funcionários e alunos prestar atendimento a população, a exemplo do que foi feito na Faculdade de Medicina de São Paulo.

à formação de médico por ele declarada, tendo sido, em momentos distintos, denominado como cirurgião, prático e médico. A 23 de março de 1856, o delegado de polícia de vila Cristina, Antônio Carneiro Santiago, descreveu os socorros prestados aos coléricos informando terem sido: “[...] os enfermos tratados pelo cirurgião⁸⁴ Fernando O. Alzamora” e que aparecendo alguns outros casos, os mesmos “foram prontamente atendidos pelo dito cirurgião”. Em outras correspondências, o presidente da câmara de vila Cristina, João Baptista Pinto, referiu-se ao terapeuta como prático, da mesma forma que o presidente da província, ao informar o Ministro e Secretário do Estado dos negócios do Império, que os casos fatais de cólera haviam cessado, existindo ainda alguns de “colerina, que tem sido combatidos pelos práticos Fernando Oliver e Alzamora e Thomaz Baptista Pinto de Almeida” (SP 600 Documentos 150, 193, 265-266, 118, 136, 178, APM, 1856; SP 533, Documentos 127.1, 124.2, APM, 1855-56).

A correspondência encaminhada ao governo provincial pelo próprio Alzamora e as referências feitas pelas autoridades administrativas sugerem que o mesmo contava com algum grau de instrução formal na área médica. Em janeiro de 1856, os vereadores de Cristina o indicaram para compor a comissão sanitária nomeada pelo governo provincial, afirmando que “existe nesta vila o cidadão Fernando de Oliver Alzamora, outrora cidadão Espanhol e hoje brasileiro adotivo, que possui conhecimentos médicos [...] e a quem deveria ser incumbida a sorte dos habitantes deste município”. O pedido de inclusão na comissão foi justificado em função da distância de cerca de oito léguas, entre Cristina e Baependi, onde residiam os outros dois médicos nomeados – doutores Balbino Cândido Cunha e Manoel Joaquim Pereira de Magalhães –, tornando pouco profícuos “seus serviços em prol da humanidade e dos habitantes deste Município, uma vez que esta maldita [a epidemia de cólera] exige prontos socorros, e não admite delongas”.

Em duas oportunidades, distintas o governo provincial respondeu de forma favorável ao terapeuta, como podemos observar no ofício de 12 de fevereiro de 1856 que autorizava aos vereadores de Cristina, em “caso de necessidade e de urgência” solicitar os serviços do “cidadão Fernando Alzamora [...] a favor da classe indigente desse município, quando venha a ser assaltado do cólera morbus”. As mesmas instruções foram dirigidas ao terapeuta, acompanhadas por um agradecimento por “esta demonstração de sua filantropia”, em 5 de abril pelo presidente Herculano Ferreira Pena

⁸⁴ Grifos nossos.

(SP 600, Documento 01, APM, 1856; SP 533, Documentos 115.4, 123.1, APM, 1855-56).

Segundo Fernando Alzamora, seus “conhecimentos médicos” foram adquiridos entre 1830 e 1836, por meio do curso “completo d’Arte de Curar” pela Universidade de Valência, onde ele teria sido aprovado em medicina e cirurgia. Já no Brasil, teria atuado como “cirurgião de Banco do Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e Inspetor do Hospital do Colégio Pedro II” e, em Minas Gerais, assumido o posto de “Facultativo de Partido” da câmara da vila Cristina em fevereiro de 1855. No mesmo ofício dirigido ao governo provincial no qual oferecia seus serviços médicos, Alzamora afirmava ter “prática adquirida em dezesseis anos sucessivos de uma vasta clínica, curando gratuitamente a todos os indigentes que possam enfermar neste município”, ressaltando que estes mesmos serviços foram “prestados ao governo Espanhol por idênticos motivos”. Por fim, afirmava ser ele o único terapeuta no município que contava com uma formação acadêmica e que outras pessoas que exerciam a medicina na região o fariam “unicamente por mera curiosidade não tendo conhecimento algum acadêmico” (SP 600, Documento 86, APM, 1856).

Essa indecisão quanto ao efetivo título dado a Alzamora poderia estar relacionada à sua origem e formação na Espanha. A historiadora Tânia Pimenta (2003, p. 66) ressaltou que, no Brasil, em meados do século XIX existia certa relutância em relação ao reconhecimento de médicos titulados no estrangeiro, uma vez que sua origem “nem sempre transmitia seriedade e competência”. Tal estranhamento poderia estar relacionado às dificuldades em diferenciar os diplomas legais daqueles falsificados, impedindo, assim, a atuação de embusteiros⁸⁵. Além de Fernando O. Alzamora foi possível identificar na documentação mais oito médicos estrangeiros, sendo dois deles franceses, Carlos Cony de R. em Minas Novas e H. R. Trigant dês Genettes em Bagagem; dois ingleses, Thomas Walker em Congonhas do Sabará e Carlos Ashlei em Januária e outros quatro de nacionalidade não identificada, Domingos José da Cunha e Guilherme C. Lee em São João del Rei, Francisco Boggiani em Mar de Espanha e R. H.

⁸⁵ De acordo com a lei de Lei de 3 de Outubro de 1832, que reorganizou as Academias Médico-cirúrgicas das cidades do Rio de Janeiro e Bahia - criadas a partir dos cursos de cirurgia e anatomia dos hospitais militares de Salvador e Rio de Janeiro – que foram denominadas por “Escolas, ou Faculdades de Medicina”. Cabia a elas conceder os títulos de Doutor em Medicina, Farmacêutico e Parteira estando também a seu cargo verificar os mesmos títulos obtidos em escolas estrangeiras por meio de exames, garantido assim o exercício legal dessas atividades em todo o Império (BRASIL. *Coleção de Leis do Império do Brasil* – 1832. Vol. 1 pt. I, p. 87).

Guinning em Santa Bárbara (SP 574, Documentos 449, 111, 101-102, 50, 392, APM, 1855; SP 533, Documento 86.1, APM, 1855-56; SP 600, Documento 06, APM, 1856; SP 775, Documento 306-307, APM, 1858).

Por meio dos relatos dos médicos estrangeiros, podemos inferir algumas motivações para que os mesmos deixassem seus respectivos países de origem para se estabelecer em outros lugares. O francês H. R. Trigant dês Genettes, ao se oferecer para prestar os socorros de sua “arte aos infelizes que deles precisarem neste vasto sertão”, colocou à disposição das autoridades “uma das melhores casas de drogas que a província possui [que] com gosto empregarei para o tratamento dos pobres”. Esta oferta seria uma forma de retribuir a “generosa hospitalidade” que recebeu após, “por um erro na mocidade”, ter abandonado seu posto na marinha francesa como cirurgião da “Fragata Minerva”. O doutor Trigant dês Genettes apontou, ainda, que no Brasil obteve uma anistia – garantida pelos documentos emitidos pelas autoridades francesas – após ter sido declarado desertor pela França e também “uma família e hospitalidade”. Os medicamentos e serviços médicos oferecidos foram aceitos por Francisco Diogo Pereira de Vasconcelos, presidente da província, que agradeceu pelo “filantrópico oferecimento” que seria utilizado caso o município de Bagagem fosse atingido pelo cólera (SP 574, Documento 111, APM, 1855; SP 533, Documento 86.1, APM, 1855-56).

Além da busca por uma vida diferente, como descreveu o médico francês, outros profissionais residiam no país por motivo de trabalho, como o doutor Thomas Walker que ocupava o cargo de diretor e médico da “Companhia de Morro Velho”. Segundo Francisco Felizardo Ribeiro, subdelegado de polícia de Congonhas do Sabará, o doutor inglês possuía grande experiência no tratamento de coléricos, pois atuou “em diversos Estados da Europa [lutando] com o terrível mal que nos ameaça”. O doutor R. H. Guinning, por seu turno, ocupava o cargo de médico e diretor da Companhia Inglesa de Cocais⁸⁶, localizada no município de Santa Bárbara. O doutor Guinning aceitou compor a comissão sanitária local, indicada pelos vereadores da câmara de Santa Bárbara e nomeada pelo governo provincial, comprometendo-se a empregar gratuitamente “todos os esforços possíveis para [afastar] a epidemia e para curar os aflitos, especialmente os

⁸⁶ Ambas as Companhias exploravam a mineração de ouro na província, para mais informações ver os trabalhos de LIBBY, Douglas Cole. *O Trabalho escravo na mina de Morro Velho*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 1979, Dissertação de mestrado; SILVA, Fábio Carlos. *Barões do ouro e aventureiros britânicos no Brasil: A companhia inglesa de Macaúbas e Cocais. 1828-1912*. Tese de doutoramento. FFLCH/USP. São Paulo. 2004.

pobres”, utilizando os conhecimentos adquiridos por meio de um “emprego público por esta moléstia [o cólera], na capital de Escócia, [que] talvez [pudesse] ser útil” (SP 574, Documentos 101-102, 392, 235, APM, 1855; SP 533, Documento 67.3, APM, 1855-56).

Voltando a Alzamora, podemos acompanhar seu desempenho na freguesia do Carmo, na vila Cristina⁸⁷. Além de tratar os coléricos, conforme foi descrito anteriormente, atendeu gratuitamente os habitantes da povoação acometidos por outras doenças. Estes, segundo ele, somaram mais de “cento e dois enfermos de diversas moléstias e grande parte dela da influência epidêmica” e se constituíam em “diversos graus inapetência, enjoos, rugidos do ventre, vertigens, câimbras, constipação ou embaraço gástrico, diarreia”. O espanhol atribuiu à influência epidêmica o alto número de enfermos, quantidade realmente expressiva uma vez que, segundo estatísticas locais, a freguesia contava com “setecentos e seis habitantes”. Apenas uma pessoa faleceu, “um octogenário por nome Joaquim Fernandes da Silva afetado de crônica hipertrofia do coração⁸⁸” (SP 600, Documentos 236-37, 172-3, APM, 1856).

Como vimos, a atuação de Alzamora foi destacada pelo presidente da câmara de vila Cristina, José Baptista Pinto, que dizia ter o médico chegado ao “ponto de pessoalmente ajudar na condução dos cadáveres para serem sepultados, já que com a morte da preta enfermeira surgiram em muitos o desânimo e o medo”. Por meio dos relatórios apresentados pelo médico, podemos observar seu trabalho junto aos habitantes da freguesia do Carmo. Exemplo disso é o discurso dirigido à população e redigido a pedido do pároco Pe. Ignácio, no qual buscou orientar e informar os habitantes acerca dos acontecimentos relacionados ao cólera na região. No primeiro momento, Fernando Alzamora procurou convencer a comunidade acerca da necessidade de cumprimento dos conselhos que este divulgava, rememorando as ações articuladas com o objetivo de prevenir e combater a moléstia antes do seu aparecimento, discutidas no capítulo anterior. Em seguida, expunha os acontecimentos que se sucederam após a confirmação do primeiro caso de cólera na povoação e o tratamento prestado aos doentes, também descritos anteriormente (SP 600, Documentos 166-167, 198-201, APM, 1856).

Em seu discurso, é possível observar por parte de Fernando Alzamora a

⁸⁷ Não foram registrados casos de cólera nos municípios onde os outros médicos estrangeiros residiam.

⁸⁸ Doença que provoca o crescimento – aumento de peso e volume – de um órgão ou parte dele, no caso citado o coração (Chernoviz, 1890, vol. 2, p. 178).

construção de uma imagem de si e do estudante de medicina Thomaz de Almeida, como médicos destemidos que aceitaram uma “missão tão importante como arriscada; vós os vistes de pronto acudir não aos mais ricos, porém ao mais necessitado, e noite dia lutar braço a braço com a morte que lhes disputava o moribundo”. E que ao perder seu paciente, carregou “com suas próprias mãos o caixão mortuário”. Comprometiam-se, ainda, a “respeitar como uma religiosa obrigação, de voar em socorro de mais prontamente que nos tempos ordinários. De noite ou de dia, a grande ou pequena distância, estarão sempre prontos”. Tal prontidão foi ressaltada como um traço da “coragem própria de sua profissão; esta consiste em afrontar os perigos no meio das epidemias, do mesmo modo que a coragem dos mártires do cristianismo” (SP 600, Documento, 198-201, APM, 1856). O perfil traçado por Alzamora dialoga com o contexto de institucionalização da medicina acadêmica, no qual ocorre também a construção de uma imagem positiva do médico que, segundo Betânia Figueiredo (2002, p. 212-25; 2013, p. 411-12), foi marcada por uma identificação da profissão com “atividades nobres e sublimes” aproximando-se muitas vezes da ideia de um sacerdócio revestido por um caráter humanitário e de abnegação.

Além da construção de uma imagem do médico (e de si) como o “defensor” da “humanidade sofredora”, também podemos observar a legitimação do conhecimento médico acadêmico no relatório de Fernando Alzamora, por meio da sua afirmação sobre a assistência prestada em conjunto com o estudante de medicina, na qual “o moribundo [estava] entregue nas mãos da ciência”, associando esse saber médico a um ideal de cientificidade que vigorava no século XIX⁸⁹. A ciência médica do período referida pelo médico espanhol, segundo Flávio Edler (2011, p. 72-4), estava relacionada ao empirismo, que naquele contexto balizava a cientificidade ou não de uma prática⁹⁰. Essa concepção de ciência pode ser observada através do relatório de Alzamora que afirmava ter estudado por meio da observação “o nascimento e vida do cólera” na freguesia, baseando-se na “topografia médica e sua estatística”. Apesar de afirmar desconhecer as características específicas do cólera, algo comum em meados do século XIX como foi

⁸⁹Em relação à construção de uma imagem “heroica” pelos médicos que atuaram durante a epidemia, Jane Beltrão(1999, p. 17-19) ressaltou que esse posicionamento também contribuiu para a institucionalização da medicina-acadêmica, ao desqualificar a atuação de outros terapeutas e suprimi-los dos relatos oficiais acerca do surto.

⁹⁰O historiador resalta ainda que para analisar indivíduos e suas práticas é preciso contextualizá-las, tendo em consideração os critérios próprios de cientificidade de cada prática em cada época. Utilizar o método empirista como norteador das ações no período, possibilita a compreensão do processo de construção da autoridade científica (EDLER, 2011, p. 72-4).

mencionado no segundo capítulo, ele atribuiu as causas da moléstia “as exalações miasmáticas e eflúvios empireumaticos⁹¹ [o] verdadeiro gérmen de epidemia”. Alzamora descartava a possibilidade de contagiosidade da moléstia, utilizando como exemplo o fato de que o grupo “médico encarregado de tratar os doentes, não tem sido mais frequentemente acometido que as pessoas estranhas a este serviço, assim não tem havido nesta circunstância nenhuma transmissão sucessiva a maneira de contágio” (SP 600, Documento, 198-201, APM, 1856).

Essas apreciações embasaram, ainda, uma avaliação do surto que, segundo seu julgamento, manifestou-se na região de forma “tão mortífera [...] na sua invasão que os primeiros acometidos todos faleceram”, e que com os socorros médicos prestados “no primeiro período a medicina soe salvar todos os [outros] enfermos”. Entre as medidas indicadas pela comissão sanitária, da qual o médico espanhol fazia parte, e que segundo o mesmo foram mais eficazes, estavam as visitas “diárias as casas indistintamente”, o combate “as indigestões, os sintomas epidêmicos” e as recomendações acerca do “regime, o asseio, coragem, a desinfecção completa e imediata inumação dos coléricos depois de bem verificada a morte, a cujos enterros assisti”. Da mesma forma que os serviços prestados pelo estudante Thomaz de Almeida foram reconhecidos e gratificados, a atuação de Fernando Alzamora também o foi. Em ofício dirigido ao presidente Herculano Ferreira Pena, João Baptista Pinto, presidente da câmara da vila Cristina, informou ter concedido ao terapeuta espanhol uma gratificação no valor de 300\$000 réis.

Os valores das respectivas bonificações concedidas pela câmara de Cristina apontam para uma diferença expressiva entre o que foi pago ao médico e ao estudante de medicina. O segundo recebeu 100\$00 réis a mais do que o primeiro, talvez essa diferença de valores possa ser explicada por algum problema relacionado ao reconhecimento de Fernando Alzamora como médico, uma vez que observamos certa indecisão das autoridades locais em nomeá-lo dessa forma. Vale aqui esclarecer que, segundo seu próprio relato, Alzamora havia permanecido mais tempo na freguesia do Carmo tratando dos doentes, cerca de 42 dias, enquanto Thomaz de Almeida teria ficado por cerca de doze dias na região, segundo o presidente João Baptista Pinto. Outra hipótese está relacionada à distância percorrida por eles, para que chegassem ao local afetado pela moléstia: o primeiro partiu da sede do município de Cristina e o segundo

⁹¹ Cheiro desagradável (PINTO, 1832).

do município de Baependi. Na FIG. 4 podemos observar os trajetos percorridos pelos terapeutas (SP 600, Documentos 265-66, 236-37, 118-19, 151, APM, 1856).

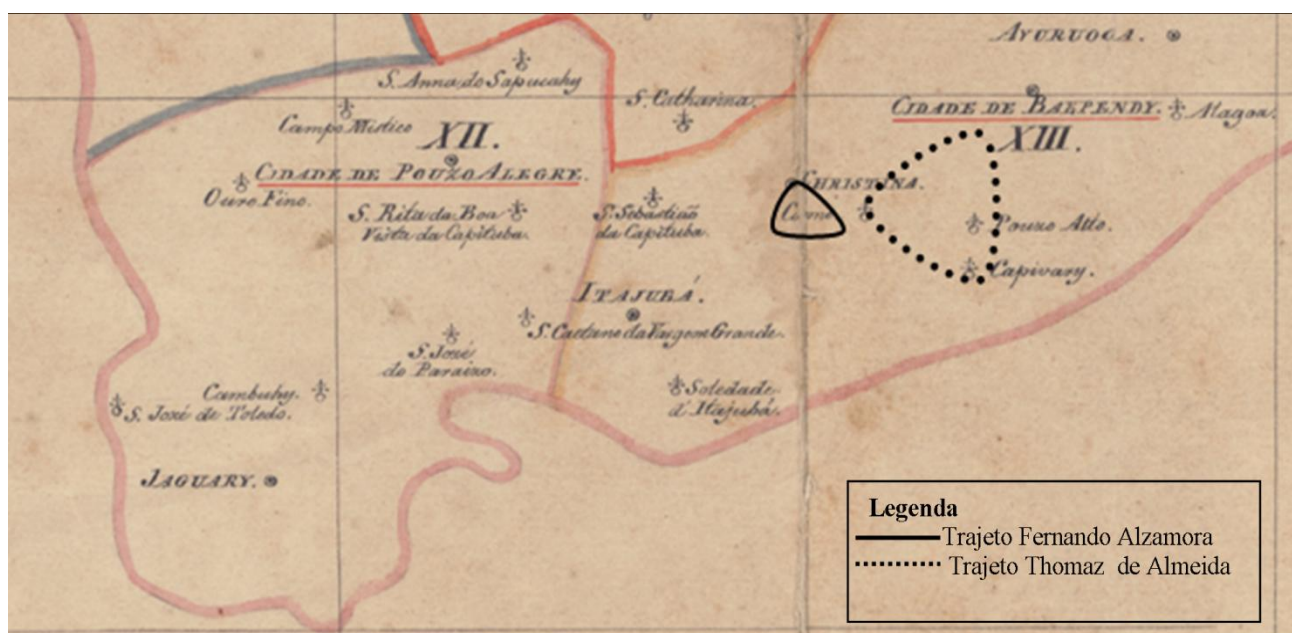


FIGURA 4 - Detalhe dos trajetos percorridos por Fernando O. Alzamora e Thomaz Baptista Pinto de Almeida. In: “Mapa demonstrativo da divisão da Província de Minas Gerais, em 20 distritos eleitorais”. Fonte: SG – 009, APM, 1856.

Nota: Os percursos indicados no mapa foram assinalados com base nas descrições encontradas nas fontes documentais (SP 600, Documentos 265-66, 236-37, 118-19, 151, APM, 1856).

Outo médico que também foi muitas vezes citado nos ofícios trocados entre as autoridades administrativas foi o doutor João da Cruz Santos, cirurgião do corpo fixo da província que, a pedido do governo provincial, integrou a comissão sanitária de Ouro Preto, na freguesia de Antônio Dias e redigiu “alguns preceitos preventivos para sobrestar a introdução do cólera morbus e minorar seus efeitos perniciosos, caso esse inimigo devastador [...] tenha de nos fazer sua fatal visita”. Os apontamentos foram publicados em duas edições do jornal *O Bom Senso*: a primeira parte no número 345, do dia 13 de setembro de 1855, e a segunda no número 350, de 1º de outubro de 1855. Além das indicações preventivas acerca do cólera, os serviços do doutor João Santos foram requisitados no atendimento dos habitantes do arraial de São Miguel, município de Santa Bárbara, mesmo não tendo essa povoação registrado casos da moléstia (*O Bom Senso*, 13/09/1855, Nº 345, 01/10/1855, Nº 350, p. 1-2; SP 533, Documentos 51.2,100.3, APM, 1855-56).

Ainda que sem registros do cólera, a presença do doutor João Santos em São Miguel esteve relacionada à doença. Como vimos no segundo capítulo, o povoado havia

sido palco de uma procissão, realizada com o intuito de rogar o fim da epidemia, mas que teve um desfecho trágico, mobilizando autoridades locais, provinciais, médicos e padres. Segundo o relato de alguns presentes, entre eles o juiz de paz Antônio Fernandes Diniz e o padre Evencio Antônio Rodrigues Pinto⁹², participavam do ato religioso cerca de quatro mil pessoas⁹³e, no momento em que o grupo conduzindo a imagem do Senhor do Bom Jesus de Matozinhos, atravessou a ponte sobre o rio Piracicaba:

com estrepito horroroso se desabaram dois lances da mesma, deixando cair sobre as águas, entre mortais ruínas a mais de trezentas pessoas, quase todas mulheres, pois a ponte se desabou no momento em que o clero saía a terra; pois dos mesmos músicos que seguiam próximos ao pódio⁹⁴ ainda alguns foram as águas (SP 574, Documento 257, APM, 1855).

O ofício que informava o governo provincial sobre o acidente de São Miguel contabilizava em um primeiro momento “duas mulheres mortas, mais de oitenta feridos, e destes mais de vinte gravemente, que é provável sucumbirem”. Informando ainda que “vai se tendo sempre notícias de mais feridos”, apesar dos esforços para salvar as muitas pessoas que caíram nas águas do rio. O atendimento aos feridos foi feito pela “caridade pública”, despertada “em prol dos míseros feridos e de duas órfãs pobríssimas, filhas de uma honesta viúva”. A exposição, assinada pelo juiz de paz e o sacerdote, terminava informando ao presidente Francisco Diogo Pereira de Vasconcelos a necessidade imediata do reparo da dita ponte, uma vez que por meio dela era realizado o trânsito de todos os gêneros alimentares que abastecia a povoação (SP 574, Documento 257, APM, 1855).

Em resposta às notícias oriundas do arraial de São Miguel, o governo provincial designou o doutor João da Cruz Santos e o farmacêutico Calixto José de Arieira para que fossem “sem perda de tempo” socorrer os feridos, levando “os medicamentos que julgar[em] mais apropriados”. Deviam, ainda, informar à presidência da província sobre o estado dos enfermos, quais os curativos aplicados e a gravidade dos ferimentos. A

⁹²Ao todo, onze pessoas assinaram a correspondência informando sobre o acidente, estando entre elas um juiz de paz, dois padres, um professor, um major, um tenente, um fiscal, um capitão e um subdelegado (SP 574, Documento 257, APM, 1855; O Bom Senso, 19/11/1855, Nº 363, p. 1).

⁹³Segundo a estatística populacional apresentada no levantamento realizado junto aos delegados e câmaras municipais da província, nos anos de 1853 e 1854, o município de Santa Bárbara contava com aproximadamente 13.813 habitantes (MINAS GERAIS, Relatório apresentado pelo Presidente da Província, 1855).

⁹⁴Tipo de dossel utilizado em ritos religiosos, sob o qual caminham padres e autoridades durante as procissões (PINTO, 1832).

câmara de Santa Bárbara também foi notificada para que prestasse “os medicamentos e quaisquer socorros” necessários e providenciasse a nomeação de peritos para que fosse avaliada a despesa provável com os reparos da ponte danificada (SP 574, Documento 292, APM, 1855; SP 533, Documento 68.3, APM, 1855-56).

O médico e o farmacêutico enviados ao arraial deixaram Ouro Preto no dia 15 de novembro de 1855, chegando a São Miguel no dia 17 do mesmo mês. Segundo João da Cruz Santos e Calixto José de Arieira, encontravam-se no arraial 63 pessoas feridas, sendo dez de forma mais grave e que já haviam sido tratadas por eles. Algumas delas padeciam de fraturas nos braços e clavícula e muitas outras de luxações e contusões no tórax, coluna vertebral, braços e pernas. O rápido atendimento às vítimas, segundo o médico, impediu ainda que fossem necessárias amputações dos membros machucados, tratados “por meio de aplicação interna e externa de medicamentos”, evitando assim “a gangrena e outras consequências mórbidas, que aparecendo consecutivamente as grandes contusões e fraturas indicam as amputações”. Vários feridos ainda inspiravam cuidados por terem apresentado doenças provocadas pelos machucados como “erisipelas⁹⁵, gastroenterites e pneumonias” (SP 574, Documentos 295-296, 308-10, APM, 1855).

João Santos e Calixto Arieira também informaram ao governo provincial, em 19 de novembro, sobre os auxílios prestados pelas autoridades locais, como o vigário de Catas Altas, Francisco H. Augusto de França que disponibilizou animais de carga, pessoas para guiá-los e dinheiro, conforme as orientações da presidência da província. Relataram ainda terem encontrado “além do bom agasalho, todo auxílio e socorro de parte do reverendo vigário João Pinto da Cruz e do juiz de paz em exercício Antônio Fernandes Dinis” que chegaram a acompanhá-los nas “visitas médicas de mais de uma légua de extensão debaixo de copiosas chuvas, que por aqui tem havido”. O médico e o farmacêutico noticiaram por fim certa demora (cerca de dois dias após a chegada dos terapeutas) no atendimento das ordens expedidas pela presidência da província por parte da câmara de Santa Bárbara, concluindo que “bem mal estaríamos nós, se por ordem de Vossa Excelência não viéssemos munidos de medicamentos” (SP 574, Documentos 308-10, APM, 1855).

Do ponto de vista do presidente e demais membros da câmara de Santa Bárbara,

⁹⁵ “Inflamação da pele, caracterizada pela cor vermelha, inchaço e dor da parte afetada” (CHERNOVIZ, 1890, vol. 1, p. 1000).

os auxílios solicitados pelo governo provincial haviam sido disponibilizados de forma ágil, uma vez que o ofício que continha as ditas ordens foi recebido no dia 16 de novembro à noite, tendo a câmara se reunido apenas no dia seguinte. Segundo o vereador Francisco de Assis Pinto Coelho da Cunha, as informações sobre o acidente foram obtidas junto ao juiz de paz de São Miguel, Antônio Fernandes Diniz, “cirurgião pelo protomedicato”⁹⁶, testemunha do sinistro, assistente dos feridos e contusos, e sabedor por tudo isso não só dos recursos, que são necessários como dos que se encontravam na botica do mesmo arraial”. Com base nos esclarecimentos que prestou, a câmara deliberou nomear uma comissão composta pelo juiz, um subdelegado e um fiscal, incumbidos de fornecer todos os medicamentos necessários e “quaisquer outros socorros de que pudessem necessitar”. O farmacêutico da vila, que contava com uma botica “com grande sortimento e muito crédito”, também foi encarregado de fornecer os auxílios que estivessem ao seu alcance. Entre eles, os que fossem solicitados pelos terapeutas ou pela comissão nomeada pela câmara, tendo comunicado tais disposições a João da Cruz Santos e Calixto José de Arieira através do juiz de paz que se retirou para o arraial a cavalo no dia 17 de novembro (SP 600, Documento 39-41, APM, 1856).

A réplica foi redigida pelos vereadores de Santa Bárbara e encaminhada ao governo provincial em 13 de janeiro de 1856, em resposta à publicação do ofício encaminhado por João Santos e Calixto Arieira no jornal *O Bom Senso* em 26 de novembro de 1855. Ao término da exposição, os membros da câmara solicitaram a publicação de seu relato dos fatos, “para que se divulgue e não se desvaire o juízo do publico a semelhante respeito”. As ações da presidência da província e demais pessoas encarregadas do atendimento às vítimas do acidente foram amplamente divulgados no periódico *O Bom Senso*. Vários ofícios a esse respeito foram reproduzidos⁹⁷, incluindo a réplica da câmara de Santa Bárbara, publicada no número 377, de 24 de janeiro de 1856

⁹⁶Em muitos casos, os terapeutas que se dedicavam às artes de curar desempenhavam outras funções além das que se relacionavam com as de cura. O desempenho dessa “dupla função” é comumente observado entre médicos e cirurgiões que, segundo Betânia Figueiredo (2002, p. 217-8), por ocuparem uma posição de destaque na comunidade onde vivem, somando-se aos conhecimentos adquiridos com os anos de estudos, ingressavam na vida política, ocupando cargos de deputados, vereadores, senadores, ministros e juizes de paz. Como observamos em relação ao juiz de paz Antônio Fernandes Diniz, citado também como cirurgião pelo Protomedicato, que possivelmente continuava a exercer suas atividades como terapeuta em paralelo ao cargo de juiz de paz, uma vez que essa função foi utilizada para caracteriza-lo. Mesmo com essa descrição, suas habilidades relacionadas à cura possivelmente não foram acionadas pelas autoridades locais, uma vez que todos os relatos acerca do sinistro descrevem apenas o doutor Santos e o farmacêutico Arieira como responsáveis pelo tratamento dos doentes.

⁹⁷As edições do *O Bom Senso* que mencionaram o acidente foram os números 363, 19/11/1855; 364, 22/11/1855; 365, 26/11/1855; 367, 03/12/1855; 368, 06/12/1855; 370, 13/12/1855; 371, 17/12/1855; 372, 20/12/1855; 374, 01/01/1856; 375, 14/01/1856; 377; 24/01/1856.

(SP 600, Documento 39-41, APM, 1856; O Bom Senso, 26/11/1855, Nº 365, 24/01/1856, Nº 377, p. 1).

João Santos e Calixto Arieira permaneceram em São Miguel até o dia 29 de novembro de 1855, tendo atendido ao todo 75 doentes. Em resposta aos seus serviços, o presidente Francisco Diogo Pereira de Vasconcelos, ordenou o pagamento de duas gratificações no valor de 150\$00 réis a cada um, além dos 330\$580 réis dispendidos com “os medicamentos que ministraram por ordem desta presidência aos que ficaram molestados em consequência da queda da ponte de São Miguel”. Além da gratificação, a atuação do médico e do farmacêutico foi exaltada nas páginas de *O Bom Senso*. Na seção “Publicações a pedido” do número 370 de 13 de dezembro de 1855, o padre Evencio Antônio Rodrigues Pinto publicou um soneto de agradecimento aos socorros prestados aos fiéis feridos na queda da ponte;

Quase mortos de dor, de angústia, e pranto
Os miguelenses povos, em gemidos
Já com custo exalados, sem sentidos,
Um ai inda soltaram... ai de encanto....

E de encanto por quê?? O sacrossanto
Amor da pátria, em peito dele ardido
O ai magoado escuta... e enternecido,
A dois manda suster da morte o espanto!!!

Fostes vós, doutor Cruz, vós Arieira,
Que hipocráticas as armas manejando
Venceis a Libitina⁹⁸.... carneeira⁹⁹...

E o povo então já de prazer chorando
Uníssonos clamava de Pereira
Vasconcelos o nome entrecortado... (O Bom Senso, 13/12/1855,
Nº 370, p. 4).

A edição seguinte, de 14 de janeiro de 1856, publicava outro ofício do arraial de São Miguel endereçado ao presidente da província. O documento foi assinado por 22 pessoas, estando entre elas o vigário João Pinto da Cruz, o juiz de paz Antônio Fernandes Diniz e o padre Evencio Antônio Rodrigues Pinto e fazia novas referências à atuação do médico e do farmacêutico, descrita de forma elogiosa, enaltecendo-se, ainda, o posicionamento adotado pela presidência da província,

⁹⁸De acordo com o *Vocabulário Português e Latino* de Raphael Bluteau (1728, vol. 5, p. 115), o termo foi usado na literatura como figura de retórica para a morte, estando sua origem ligada a mitologia greco-romana.

⁹⁹Sepultura, segundo Bluteau (1728, vol. 2, p. 155) na literatura latina o termo designava uma sepultura comum a vários ossos ou um sepulcro.

O pobre andrajoso [...] vê chegar dois homens polidos [...] os vê estender mãos benéficas, lavar suas feridas, empenhar todo o desvelo na restauração de sua saúde, arranca-los das garras da morte a que já estavam dedicados, e [...] quando perguntam quem lhes pagará benefício tamanho [...], eles ouvem dizer que nada tem que pagar porque foi o excelentíssimo senhor presidente da província quem os mandou para medicar, e curar todos os enfermos pobres!!! (O Bom Senso, 14/01/1856, Nº 375, p. 4).

Os relatos acerca da queda da ponte no arraial de São Miguel – em especial os dedicados a agradecer os serviços prestados – indicam que a assistência aos enfermos e feridos não era entendida como uma obrigação da administração pública, mas uma questão de caridade e filantropia¹⁰⁰ que, nos casos extremos, como epidemias e acidentes, eram assumidas pelo governo (SP 574, Documento 388-89, APM, 1855; SP 533, Documento 87.1, APM, 1855-56).

3.3: O enfrentamento da moléstia: a atuação de sacerdotes e autoridades administrativas

Outros agentes frequentemente nomeados nas fontes foram os sacerdotes, muitas vezes mobilizados como mediadores entre médicos, autoridades e a população. Em Baependi, o vereador Olímpio Carneiro Viriato Catão, ao propor medidas para “prevenir a invasão da epidemia reinante na Corte, e a ocorrer de socorros caso de que ela infelizmente apareça”, sugeriu que se recomendasse aos párocos residentes na região, que durante as celebrações de suas missas, orientassem a população acerca de medidas higiênicas e dos principais sinais do cólera, para que todos estivessem “atentos aos menores sintomas da invasão da epidemia para os denunciarem aos médicos e [...] combater o mal no seu começo”. O subdelegado de polícia de Congonhas de Sabará, Francisco Felizardo Ribeiro, também contou com o auxílio do pároco “para na estação da Missa aconselhar ao povo [sobre] os seus deveres” para prevenir a moléstia (SP 574, Documentos 193, 194-5, 101-2, APM, 1855).

¹⁰⁰ Os termos “caridade” e “filantropia” são recorrentes na documentação levantada, sendo na maioria dos casos usados em conjunto, remetendo a assistência prestada pela sociedade à população pobre, que viesse a ser vitimada pela doença. Buscando diferenciar o emprego dessas palavras, Rita Marques (2011, p. 108-113) destacou que a caridade estaria diretamente relacionada ao cristianismo, sendo identificada como “uma virtude suprema” que deveria guiar as ações dos fiéis, que foram “estimulados a cuidar dos necessitados”. Enquanto a filantropia estaria dissociada de uma interpretação religiosa, remetendo o auxílio prestado em benefício da sociedade a uma “virtude que se considerava natural do ser humano”.

Alguns padres foram designados para compor comissões sanitárias e de mobilização de recursos junto a população, possivelmente em vista de sua proximidade com os habitantes e por serem vistos como pessoas esclarecidas. Foi o caso, por exemplo, do vigário Francisco Antônio Cipilo e do cônego José Carlos Martins em Caldas; do vigário Jeronimo Emilhano de Araújo, em Congonhas do Sabará; ou do Padre Antônio Caetano Ribeiro em Cristina. Alguns chegaram ainda a exercer atividades de terapeuta, como no distrito de Capela Nova do Betim, em Sabará, onde o vigário da freguesia Manoel Roberto da Silva Dinis era apontado pelo delegado de polícia como uma “pessoa assas inteligente na matéria e que está curando no lugar” (SP 574, Documento 277, 278, 101-2, APM, 1855; SP 600, Documentos 03, 74, APM, 1856).

A mobilização de alguns padres também foi direcionada para a articulação com o governo provincial, como podemos observar por meio da solicitação feita pelo vigário Honório P. de Magalhães à presidência da província para que se nomeasse uma comissão sanitária para o município de São Paulo do Muriaé. Segundo o vigário “não pode o pastor ser indiferente ao clamor de suas ovelhas, que baldas de todos os recursos se veem prestes ao acometimento da epidemia reinante”, uma vez que lhes faltavam “todos os medicamentos e quem os aplique” (SP 574, Documento 409, APM, 1855).

Durante as epidemias, esperava-se um comportamento abnegado por parte dos padres frente à moléstia, como discutimos no primeiro capítulo. Entretanto, tal expectativa foi, algumas vezes, contradita pelo medo e apreensão advindos durante as ameaças epidêmicas. Em 13 de outubro de 1855, o *Jornal do Commercio* informava que, na freguesia do Rio Preto (Santo Antônio do Paraibuna), o vigário local “não só não administrou os devidos sacramentos aos moribundos atacados do mal [o cólera], como até opôs-se a que eles fossem enterrados em sagrado!”. Seu comportamento foi duramente criticado pelo editorial do *O Bom Senso*, que o classificou como “procedimento escandaloso” por estar ele “obrigado” em função de seu papel de sacerdote de “prestar aos moribundos as consolações religiosas e os remédios da alma”. (O Bom Senso, 22/10/1855, Nº 356, p.1-2).

O relato acerca das atitudes do vigário de Rio Preto, que não teve seu nome divulgado pelo periódico, motivou a divulgação de um comunicado redigido pelo bispo de Mariana, dirigido a “cada um dos Párocos e Capelães curas” do Bispado. Destacando ser o episódio “nova prova da necessidade de um clero mais zeloso, mais caritativo,

mais ilustrado, [e] mais cheio do espírito do cristianismo”. A missiva redigida por Antônio Bispo destacava que as atitudes do vigário de Rio Preto, não pareciam críveis na diocese, que “certamente não é de incrédulos nem de bárbaros”. Lembrando a obrigação dos sacerdotes em ouvir confissões dos doentes e administrar a extrema unção aos moribundos, “ainda que com o perigo da própria vida”, citava o exemplo dos padres e médicos do Rio de Janeiro, que mesmo atendendo aos doentes ficaram a salvo da moléstia, e que mesmo que pudessem exercer seu dever estariam imitando “a Jesus Cristo Nosso Senhor”. Antônio Bispo classificou ainda como “barbaridade negar a sepultura eclesiástica a um católico, que em vez de um crime que o privasse dessa honra, teve a infelicidade de morrer como um gentio no mato”. Encerrou a epístola informando aos sacerdotes que, em vista das “circunstâncias tão críticas”, havia ordenado “sob pena de suspensão que não desampa[rassem] os doentes em sua aflição e necessidade de Sacramentos nem ne[gassem] a sepultura Eclesiástica a seus cadáveres” esperando que os mesmos não faltassem “a um dever tão sagrado” (SP 574, Documentos 114, 115, APM, 1855).

O adoecimento entre aqueles que prestavam socorro físico e espiritual aos coléricos, estimularam reações como a do vigário de Rio Preto e as que foram observadas por Jucieldo Alexandre (2010, p. 149-51) entre alguns sacerdotes que atuaram no Crato (Ceará). Durante o surto de 1862, essa região cearense contou com apenas dois padres. Este número reduzido era devido ao abandono da povoação ou a recusa em atender moribundos coléricos por parte dos outros sacerdotes após os primeiros religiosos terem caído doentes e sucumbido à moléstia durante o exercício de suas atividades. Jean Delumeau (2011, p.194-99) cita um comportamento semelhante, durante os episódios de peste negra. Em diferentes cidades – Bilbao (Espanha), Nápoles (Itália), Marselha (França) – nos séculos XIV, XVI, XVIII, alguns padres recusaram-se a atender os doentes ou fugiram das cidades. Nesse contexto, também houve autoridades religiosas – bispos, cônegos, etc. – que buscavam garantir que os doentes recebessem “assistência espiritual” editando impedimentos aos sacerdotes, para que os mesmos não abandonassem suas paróquias. O autor destaca um ponto em comum entre tais reações: o medo de sucumbir à moléstia – discutido no primeiro capítulo – que era “revivido de uma cidade a outra e de um século ao seguinte”.

Ao longo deste capítulo, abordamos os posicionamentos de diferentes grupos de atores frente à ameaça representada pela epidemia de cólera. As autoridades locais –

vereadores, delegados e juízes – apareceram de forma recorrente nas fontes desempenhando o papel de relatores, fornecendo ao governo provincial informações acerca das condições locais. E também, cumulativamente, exercendo o papel de articuladores das ações que deveriam fazer frente à epidemia, como revelam a grande maioria das correspondências trocadas¹⁰¹. É o que podemos observar, por meio das solicitações oriundas de Mar de Espanha e Piumhi. Na primeira, o médico Fernando Gomes Caldeira de Oliveira Fontoura Junior, pediu que fossem expedidas

ordens às autoridades públicas deste Termo para que emprestem todo auxilio na execução das medidas de salubridade pública, indispensáveis em quadro tão critico: sem o que teremos [...] de lutar com sérios embaraços resultantes da ignorância de huns e da má vontade de outros

e na segunda a atribuição feita pela câmara de Piumhi aos subdelegados que deveriam se encarregar “promover a limpeza e o asseio aconselhados” (SP 574, Documentos 358, 311-2, APM, 1855).

Assim como observado entre os religiosos, o descumprimento das funções inerentes às autoridades públicas durante a quadra epidêmica também foi mencionado, como destacaram os médicos Eduardo Augusto de Miranda Monteiro de Barros e Luis Sobral Pinto, que na freguesia de São José do Paraíba (Leopoldina) presenciaram “o doloroso espetáculo de até o presente não se ter tomado a menor medida higiênica por falta de ação policial, [...] pois até hoje não tivemos o prazer de ver [...] o subdelegado deste distrito [...] sendo o Arraial o principal ponto da epidemia!!!”. O mesmo se passou em Jaguari, de onde o médico João Dias Ferraz da Luz relatou ter tido “o desprazer de observar – que nem as medidas ordenadas pelo presidente antecessor, em sua portaria de 20 de setembro passado, nem as que eu aconselhei as respectivas municipalidades por incúria foram observadas e cumpridas”. Relatos semelhantes foram levantados por Juciêdo Alexandre (2010, p. 151, 171-3) para o Crato (Ceará) onde subdelegados, fiscais e membros de comissões sanitárias deixaram de atender as suas incumbências refugiando-se em fazendas ou até mesmo se ausentando do município (SP 574, Documento 386-7, APM, 1855; SP 600, Documento 168-9, APM, 1856).

Para além da atuação – ou falta dela – de médicos e autoridades públicas, a documentação também ilumina a mobilização de outros sujeitos – como moradores que

¹⁰¹Nas províncias que contavam com Comissão ou Provedoria de Saúde Pública, como nas de Pernambuco e do Rio Grande do Sul, esses órgãos foram os responsáveis por organizar a mobilização contra a epidemia de cólera em uma ação articulada com as câmaras municipais (WITTER, 2007; DINIZ, 1997).

se envolveram na organização dos socorros – através da arrecadação de verbas, disponibilização de cativos ou imóveis. Essa mobilização foi pautada pelo discurso da caridade e filantropia e embasada pelo entendimento de que as pessoas mais abastadas deveriam “zelar” pelos desfavorecidos¹⁰².

3.4: Prestação de contas e elaboração da experiência vivida

O declínio do número de casos registrados era o prenúncio do fim da epidemia em uma região, salvo quando ocorriam episódios de recrudescimentos. Como sugere a historiografia sobre as epidemias, o período logo após o fim do surto é marcado pela realização de um retrospecto, no qual são indagadas quais as “lições” aprendidas com o episódio. Segundo Charles Rosenberg (1995, p. 286-7), esse seria o quarto ato da dramaturgia epidêmica, caracterizado por uma avaliação crítica do comportamento da sociedade frente ao evento. No caso de Minas Gerais, segundo os registros a que tivemos acesso, os últimos casos registrados de pessoas acometidas pelo cólera ocorreram em Ubá, no mês de junho de 1856, e foram reportados pelo médico Carlos Thomaz de Magalhães Gomes. Após quatro meses sem notificações de novos casos, em 31 de outubro a presidência da província mineira enviou às câmaras municipais um ofício circular reencaminhando às mesmas as orientações do Ministério do Império, expedidas no dia 24 do mesmo mês, que suspendiam as despesas feitas “por conta do Estado com o fim de prevenir a epidemia do cólera morbus, visto achar-se felizmente extinta” (SP 600, Documentos 298, 393, APM, 1856; O Bom Senso, 17/11/1856, Nº 461, p. 2).

O pagamento das despesas feitas pelas câmaras municipais e autorizadas pelo governo provincial, quando da liberação de quotas de 2:000\$000 de réis em função da ameaça epidêmica¹⁰³, estava condicionado à prestação das respectivas contas, que deveriam conter uma descrição detalhada da dita despesa, acompanhadas dos

¹⁰² Grande parte das informações relativas às reações e opiniões populares foi coligida nos documentos oficiais, tendo sido encontrados poucos relatos produzidos diretamente pela gente comum.

¹⁰³ Como assinalamos anteriormente, a disponibilização de verbas para os socorros públicos, durante surtos epidêmicos foi uma ação comum do governo provincial, por intermédio da presidência da província. A mesma disposição pode ser vista em relação à varíola, em especial durante o surto de 1873-75, que se destacou por sua virulência e por ter atingido várias povoações mineiras ao mesmo tempo (SILVEIRA, 2011, p. 50; SILVEIRA, MARQUES, 2013, p. 424-6).

“competentes recibos originais e as ordens que teve autorizando-a para esse fim”. Além disso, deveriam trazer a indicação acerca do “destino que tiveram os objetos constantes das contas”, como descreveu João José Ribeiro Bhering, chefe de seção da Contadoria da Tesouraria da província. (SP 600, Documentos 345.01, 345.02, APM, 1856).

O ressarcimento dos valores gastos com os medicamentos comprados com o objetivo de tratar de forma rápida as pessoas que fossem atacadas pelo cólera e sua posterior destinação, constituiu um ponto de controvérsia entre as câmaras, o governo provincial e a contadoria da tesouraria da fazenda mineira. Em janeiro de 1856, os vereadores de Sabará apresentaram a conta “dos principais remédios contra o cholera morbus, [que] foram enviados a Câmara Municipal de Curvelo, [...] na importância de 422\$100 réis”, solicitando que fosse satisfeito o pagamento da dita importância, assim como da quantia de “389\$740 réis de remédios idênticos [que] julgou dever enviar ao subdelegado do Arraial de Congonhas”. Em resposta a esta demanda, já em julho de 1857, o governo provincial instruiu a câmara municipal de Curvelo para que colocasse à venda os ditos medicamentos, que não foram usados uma vez que o município não registrou casos de cólera. Entretanto, os administradores locais informaram que não puderam cumprir as ditas ordens “em razão de haver no País remédios da mesma natureza por metade do valor destes, e tal vez por menos”. Sugeriram, então, que seria necessário colocá-los em “praça com rebater de 3 partes de seu valor”, pedindo, assim, que a mesma presidência instrísse sobre como proceder. Em outubro do mesmo ano, a tesouraria da fazenda provincial, após consultar o farmacêutico que providenciou os medicamentos em Sabará, informou ao presidente da província, Joaquim Delfino Ribeiro da Luz, que em função dos “preços [que os medicamentos] então foram vendidos em consequência de terem sido na ocasião comprados também por [valores] elevados, não podiam ser atualmente sustentados”, aconselhando, portanto a venda com o desconto de 30% sugerido pela câmara (SP 600, Documento 55, APM, 1856; SP 657, Documentos 418, 549, APM, 1857).

Os medicamentos enviados para o arraial de Congonhas em 1856 permaneceram em poder do subdelegado até 1859, quando os vereadores de Sabará informaram o fato ao então presidente da província, Carlos Carneiro de Campos, para que deliberasse sobre o “destino que se deve dar a tais medicamentos antes que fiquem deteriorados”. A orientação dada a câmara de Curvelo se repetiu e os vereadores de Sabará foram orientados para que os vendessem “a quem mais vantagem oferecer”, devendo os

valores auferidos serem recolhidos à coletoria provincial. Os remédios adquiridos em janeiro de 1856 custaram 389\$740 réis e, após sucessivas tentativas de venda, os mesmos foram, em agosto de 1860, reavaliados em 103\$400 réis. Ainda assim, não foram encontradas pessoas interessadas em adquiri-los. Ponderando que após “quatro anos e sete meses que saíram da botica, onde talvez contassem já algum tempo de estada, é muito natural que [os medicamentos] estejam em grande parte perdidos e que continuem a deteriorar-se”, o presidente da província, Vicente Pires da Motta, solicitou ao Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império a autorização para a doação dos ditos remédios à Santa Casa de Misericórdia da cidade de Sabará, onde poderiam ser “aproveitados à bem dos desvalidos que ali procuram alívio aos seus sofrimentos”. A solicitação da presidência da província foi aprovada pelo governo imperial, tendo Vicente Pires da Motta informado à câmara e ao provedor da Santa Casa de Sabará acerca da decisão relacionada aos medicamentos, em setembro de 1860 (SP 779, Documentos 400, 442, APM, 1859; SP 738, Documentos 57.02, 58.03, 59.01, APM, 1858-1864).

Os vereadores de Campanha receberam as mesmas orientações em relação aos medicamentos que não foram distribuídos à população e também encontraram dificuldades na prestação de contas com os gastos realizados com medidas preventivas contra o cólera, como podemos observar através dos ofícios trocados entre as autoridades. Em julho de 1856, o presidente da câmara Antônio José de Mello Prant encaminhou “a conta e mais documentos acerca das despesas feitas com as medidas sanitárias, que foram tomadas para prevenir a invasão do cholera neste município”, que somaram a quantia 761\$550 réis que foi “recebida na coletoria desta Cidade segundo as ordens do governo provincial”. No mês seguinte, as ditas contas foram devolvidas à municipalidade para que as despesas fossem detalhadas e acompanhadas “das ordens pelas quais foi autorizada a fazer semelhantes despesas”, tendo o chefe da contadoria, João José Ribeiro Bhering, destacado que “parte da quantia foi dispendida com obras no encanamento da cadeia o que não parece bem regular”. Bhering também orientava a venda dos medicamentos que não foram distribuídos à população, empregando-se os valores auferidos na “indenização da Fazenda”¹⁰⁴. As discussões acerca das dificuldades para a venda dos medicamentos que serviria de indenização para os cofres públicos

¹⁰⁴ Em novembro do mesmo ano, parte dos gastos com remédios, que somavam 13\$960 réis, e haviam sido ministrados aos presos pobres recolhidos à cadeia da cidade, não foram aprovados pela contadoria (SP 600, Documentos 316, 346, 35, APM, 1856).

apontam para um problema recorrente durante as epidemias, o aumento de preços dos gêneros de primeira necessidade – alimentos – ou que teriam relação direta com o evento –tais como os valores de aluguéis de imóveis indicados para a instalação de enfermarias provisórias e os preços de medicamentos e serviços (SP 600, Documentos 316, 346, 35, APM, 1856; WITTER, 2007, p. 75; SILVEIRA, 2007, p. 153).

Em resposta aos questionamentos da contadoria, os vereadores de Campanha informaram que os gastos com o “encanamento da cadeia e assim como o esgoto das águas e branqueamento à cal, não sendo reclamada por necessidade alguma, só teve lugar pela prescrição de facultativos, que assim exigirão como medida salutar”. E em relação aos medicamentos não distribuídos, sugeriram que os mesmos fossem doados à Santa Casa de Misericórdia da cidade¹⁰⁵, por julgarem que sua venda pouco contribuiria para a indenização da “fazenda pública”, uma vez que foram comprados “por subido preço, aplicáveis a casos excepcionais”. Caso sua venda se concretizasse, seria por um valor baixo, de forma pouco vantajosa “para a indenização da Fazenda Pública”. A mesma sugestão foi feita com relação às “20 camas com todos os seus pertences e em estado de receber os pobres que fossem acometidos do cholera morbus” (SP 657, Documentos 55, 54, APM, 1857) .

Assim como ocorreu no município de Sabará, na cidade de Campanha em abril de 1859, os medicamentos, roupas e demais utensílios adquiridos tiveram suas contas aprovadas e foram doados à Santa Casa de Misericórdia da cidade. Já a aprovação das despesas realizadas com obras públicas, como encanamentos, esgotos e chafarizes, encontrou uma resistência maior em ser aceita por parte da tesouraria provincial. É o caso de Campanha, onde a documentação disponível nos permite inferir que esses gastos não foram aprovados, tendo a câmara que restituir os valores. Situação semelhante também ocorreu com a câmara de Pouso Alegre, que teve suas contas reprovadas pela tesouraria provincial em junho de 1857. Nesse caso, Bhering apontou que os montantes de 1:366\$100 réis gastos na construção de encanamentos e um chafariz e o de 633\$900 réis com medicamentos deveriam ser restituídos, uma vez que eles foram dispendidos de forma indevida, já que a autorização do governo provincial de 22 de Outubro de 1855 estaria destinada apenas ao “socorro dos indivíduos da classe

¹⁰⁵ A sugestão feita pela câmara para que os remédios fossem doados à Santa Casa, foi embasada no “Art. 69 da Lei de 1º de outubro de 1828”, que atribuía a elas a incumbência de zelar pela criação e manutenção desses estabelecimentos que ficariam encarregados da criação de crianças expostas, tratamento de doentes pobres e de promover a vacinação entre crianças e adultos (SP 657, Documentos 55, APM, 1857; BRASIL. Coleção de Leis do Império do Brasil, 1828).

indigente que fossem atacados da epidemia”, destacando que o município não havia registrado casos de cólera (SP 738, Documentos 30.01, 30.02, APM, 1858-64; SP 657, Documentos 395, APM, 1857).

Os representantes de Pouso Alegre contestaram o posicionamento da tesouraria, reafirmando que os gastos realizados com o chafariz foram autorizados pelo governo provincial e que, caso não o tivesse, “não poderia proporcionar a esta cidade o indispensável benefício de gozar de água potável visto como esta obra não comportava com os seus escassos rendimentos”. Assim, por considerar ter recebido as devidas autorizações, a câmara se julgou “isenta de indenizar a Tesouraria da Fazenda de dita quantia”. Em relação aos remédios comprados, comprometeu-se a “vendê-los por maior preço possível entrando com o seu produto para a coletoria”. (SP 657, Documentos 528-29, APM, 1857).

As dificuldades apresentadas nas fontes para a realização da prestação de contas dos gastos realizados em função da mobilização contra a epidemia de cólera reforça a ideia de que a assistência à saúde só se tornava atribuição do Estado em momentos críticos. Outra questão que essa prestação de contas traz à luz diz respeito às necessidades sanitárias prementes das comunidades, como a construção de encanamentos e chafarizes que o momento de ameaça epidêmica transforma em uma possibilidade, quando a doença é usada como argumento para justificar sua execução e também como fonte de verba para a realização da mesma (WITTER, 2007, p. 68, 148-50, 157-9; ALEXANDRE, 2010, p. 192, SILVEIRA, 2007, p. 175; SILVEIRA, MARQUES, 2013, p. 427-437).

Neste capítulo, abordamos a chegada do cólera ao território mineiro, destacando como a população, em especial médicos e autoridades, reagiu ao desenrolar do surto, atentando para alguns aspectos que particularizaram a experiência vivida em Minas Gerais, mas que encontram eco na vivência epidêmica de outras sociedades e no contexto político – dos órgãos e ações voltadas para a assistência a saúde – de meados do século XIX. A contabilização das ações promovidas em função da epidemia nos permitiu observar, que a mesma oportunizou a realização de obras em favor da saúde das populações que, em outra ocasião, seriam proteladas ou ignoradas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mobilização suscitada pela primeira manifestação do cólera em Minas Gerais constituiu o principal foco de análise desta pesquisa, que considerou o contexto no qual o surto se desenvolveu, observando a experiência vivenciada pela sociedade mineira, em especial entre médicos e autoridades administrativas. O conceito de dramaturgia epidêmica foi utilizado como fio condutor do trabalho, pois o estudo da epidemia sob o olhar dramático possibilita narrativas que, construídas com base nos momentos de crise epidêmica, permitem o olhar para as particularidades da sociedade atingida, revelando, para além da ruptura característica do momento do surto, os hábitos, costumes e formas de organização de uma comunidade.

As representações construídas sobre a doença no momento da epidemia contribuem na compreensão de como a mesma foi vivenciada. Como observamos no caso do cólera em Minas, uma atmosfera de medo construída em torno da doença foi embasada por experiências e interpretações anteriores, vivenciadas durante a manifestação de outras enfermidades pestilenciais e, também, nos surtos anteriores da moléstia em outras regiões e países. Tais vivências influenciaram a mobilização observada entre os mineiros, quando das primeiras notícias de que doença havia se manifestado no Brasil.

Vimos que os argumentos apresentados com o objetivo de explicar a natureza do cólera, e especialmente a forma como o mesmo agia no organismo humano, foram baseados nas teorias que visavam explicar a origem e natureza das doenças, em especial daquelas que se manifestavam de forma epidêmica. Por meio dos posicionamentos e das descrições da doença sistematizadas por alguns médicos residentes em Minas Gerais – em diálogo com as interpretações oriundas de outras regiões – observamos certa indefinição acerca do caráter contagioso ou não da enfermidade, baseados nas teorias do contágio e dos miasmas. No esforço para compreender o cólera e propor formas de agir contra ele, as ações comumente colocadas em prática contra surtos epidêmicos foram consideradas à luz dessas teorias e dos impactos que causavam nas sociedades ameaçadas por doenças epidêmicas. Dessa forma, observamos, a partir de meados do século XIX, uma tendência – também constatada no território mineiro – para a aplicação de medidas que intervissem de forma mais pontual contra a moléstia, buscando alterar

apenas os aspectos previamente identificados como nocivos e prováveis causadores da doença.

Esse posicionamento explicava a relutância das autoridades em adotar medidas mais restritivas, como quarentenas e cordões sanitários que, por serem aplicados em uma comunidade como um todo, impediam relações comerciais e de sociabilidades e, por isso, apresentavam impactos econômicos e políticos acentuados. Ao invés disso, em geral, optavam por ações que pudessem ser direcionadas para os elementos identificados como os causadores ou facilitadores da doença, como as melhorias sanitárias e higiênicas que, incidindo sobre um número restrito de indivíduos, provocaria menos alterações no cotidiano da sociedade ameaçada e menores custos para sua aplicação. Observamos, também, a construção de um conhecimento em torno da doença, indicado pela inexistência de uma terapêutica bem estabelecida para o seu tratamento, ao lançar mão de um rol substâncias previamente estabelecidas como eficazes no tratamento das mais diversas moléstias.

Voltando a atenção para os casos de cólera registrados no território mineiro, observamos como a população, em especial médicos e autoridades administrativas, reagiu no desenrolar do surto, atentando para alguns aspectos que particularizaram a experiência vivida em Minas Gerais, mas que encontram eco na vivência epidêmica de outras sociedades. Partimos do acompanhamento da marcha da moléstia pelo território imperial, passando pelas ações articuladas para o enfretamento da doença e pelo desfecho do surto, observarmos que as autoridades locais buscaram se resguardar, antecipando-se contra a doença, não de uma forma ostensiva, mas através de ações pontuais que foram expandidas e reforçadas à medida que casos da enfermidade foram relatados na região. Essas ações, além de indicar como o cólera foi interpretado naquele momento, nos permitem inferir sobre aspectos mais amplos, que extrapolam a epidemia e dizem sobre algumas características da organização social mineira, em especial as que se relacionavam com as concepções que norteavam a assistência à saúde pública naquele contexto.

Durante os anos 1855-56, observamos que a concepção vigente de assistência à saúde estava relacionada a uma ideia de que esta era uma questão privada a ser tratada no seio familiar. O doente ou a sua família podiam, em alguma medida, eleger como e por quem ele seria tratado, de acordo com as possibilidades de acesso a cada terapeuta. Devemos levar em consideração que, naquele período, a medicina acadêmica

encontrava-se no processo de sua institucionalização, buscando garantir um lugar de fala legitimado pelo Estado e, para alcançar tal intento, no processo, alijou outros grupos que também exerciam práticas de cura, como curandeiros, benzedeiros, parteiras, raizeiros, etc. Segundo essa compreensão, a assistência por parte do Estado estaria direcionada para as pessoas pobres e desvalidas, que por falta de recursos próprios ou de outras pessoas próximas que lhe auxiliassem, dependiam dessa atuação. Assim, tal assistência configurava uma atuação emergencial que buscava responder ao momento de crise impetrado pela epidemia em curso e que contava, também, com a ação da sociedade em geral ao mobilizá-las por meio do discurso da caridade e filantropia.

A organização de comissões sanitárias e o envio de médicos em comissão a serviço do governo provincial, como o caso do doutor Carlos Thomaz de Magalhaes Gomes para Ubá, tinham por objetivo estabelecer minimamente os socorros – atendimento médico, alimentação e medicamentos – que poderiam vir a ser necessários e que seriam acionados apenas quando a doença se manifestasse. Essas orientações restritas ao registro de casos da doença em uma povoação apontam uma concepção de atuação emergencial em relação à saúde pública. Isso pode ser observado, também, no que diz respeito à destinação para as Santas Casas de Misericórdia de Campanha e Sabará – instituições que prestavam atendimento a doentes pobres, organizadas pela iniciativa caritativa, dos medicamentos e demais utensílios – macas, lençóis, cobertores, etc. – utilizados em enfermarias, que foram comprados para o tratamento das pessoas que ficassem enfermas.

Através desse estudo, podemos observar ainda que o evento epidêmico poderia ser utilizado como argumento para embasar ações que, fora do contexto da ameaça, não se configuravam como demandas prioritárias, como no caso das obras públicas voltadas para intervir em aspectos que, segundo as teorias em voga naquele período, interferiam na salubridade e condições higiênicas de uma população. Comunicados de várias câmaras mineiras embasaram na teoria miasmata sua seus pedidos de autorização e disponibilização de verba para a construção de cemitérios, matadouros, chafarizes e esgotos.

Ao analisar a experiência vivenciada pela população de Minas Gerais, tivemos a oportunidade de observar questões relacionadas ao cotidiano dessa população ameaçado por uma doença até então pouco conhecida. Afirmamos anteriormente que a passagem do cólera por Minas ficou restrita às cidades fronteiriças da província com as do Rio de

Janeiro e São Paulo, não causando os “grandes estragos” tão temidos pela população. Mesmo assim, essa experiência refletiu em alguns aspectos relacionados à assistência a saúde, ao ser utilizada como base de argumentação para alterações do espaço físico de algumas cidades, ao mobilizar ações caritativas e filantrópicas e contribuindo para a execução da legislação que regulava as questões relativas à saúde. Acreditamos que essa experiência possa ter influenciado na posterior instalação da Inspetoria de Saúde Pública mineira (1857-8), que contou com Carlos Thomaz de Magalhães Gomes – um dos médicos comissionados durante o surto de 1855 – como primeiro inspetor.

FONTES

Manuscritas

Arquivo Público Mineiro (APM)

Seção Provincial (SP), Códices: SP 533; Ofícios do governo a diversas autoridades sobre estabelecimentos de caridade e saúde pública, 1854-1858.

SP 574; Ofícios e mais papéis dirigidos ao governo sobre a saúde pública, 1855

SP 600; Ofícios e mais papéis dirigidos ao governo sobre a saúde pública e casas de caridades, 1856

SP 657; Ofícios e mais papéis dirigidos ao governo sobre estatística, eclesiásticos, saúde pública e terras, 1857

SP 738; Registros: Ofícios e mais atos do Governo sobre a saúde pública, 1858-1861.

SP 775; Ofícios e mais papéis dirigidos ao Governo sobre eclesiásticos, Saúde Pública e terras, 1858.

SP 779; Ofícios a respeito de Saúde Pública, Eclesiásticos e Indústria, 1859.

Secretaria do Governo Provincial (SG), Mapa demonstrativo da divisão da Província de Minas Gerais, em 20 distritos eleitorais, SG – 009, 1856.

Obras Públicas (OP), Mapas das coletorias, recebedorias e seus extravios, linhas de correios e suas ramificações da província de Minas Gerais, OP - 013(02), 1866.

Impressas

BRASIL. *Coleção de Leis do Império do Brasil – 1828*. Lei de 1º de Outubro de 1828. Vol. 1 pt I, p.74. <http://www2.camara.leg.br>. Acesso em 28/08/2014.

BRASIL. *Coleção de Leis do Império do Brasil – 1830*. Decreto de 15 de Janeiro de 1830. Vol. 1 pt II, p. 2- 10. <http://www2.camara.leg.br>. Acesso em 25/09/2014.

BRASIL. *Coleção de Leis do Império do Brasil – 1832*. Vol. 1 pt. I, p. 87. <http://www2.camara.leg.br>. Acesso em 29/08/2014

BRASIL. *Coleção de Leis do Império do Brasil – 1850*. Decreto nº 598, de 14 de Setembro de 1850. Vol. 1 pt. I, p. 299. <http://www2.camara.leg.br>. Acesso em 28/08/2014.

BRASIL. *Coleção de Leis do Império do Brasil – 1851*. Decreto nº 828, de 29 de Setembro de 1851. Vol. 1 pt II, p. 259. <http://www2.camara.leg.br>. Acesso em 28/08/2014.

BRASIL, Ministério do Império. Ministro Luiz Pedreira do Couto Ferraz. *Relatório do ano de 1854 apresentado a Assembleia Geral Legislativa na 3ª sessão da 9ª legislatura*. Publicado em 1855. <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/455>. Acesso em 25/03/2013.

BRASIL, Relatório acerca da Saúde Pública. Dr. Francisco de Paula Cândido. Anexo S2-1 a S2-86. In: BRASIL, Ministério do Império. Ministro Luiz Pedreira do Couto Ferraz. *Relatório do ano de 1855 apresentado a Assembleia Geral Legislativa na 4ª sessão da 9ª legislatura*. Publicado em 1856. <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/455>. Acesso em 25/09/2013.

MINAS GERAIS, *Relatório que a Assembleia Provincial da província de Minas Gerais, apresentou na sessão ordinária de 1851* o doutor José Ricardo de Sá Rego, presidente da mesma província. Ouro-Preto, Tipografia Social, 1851. <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd>. Acesso em 21/03/2014

MINAS GERAIS, *Relatório que a Assembleia Legislativa Provincial de Minas Gerais apresentou na sessão ordinária de 1854*, o presidente da província, Francisco Diogo Pereira de Vasconcellos. Ouro Preto, Tipografia do Bom Senso, 1854. <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd>. Acesso em 21/03/2014

MINAS GERAIS, *Relatório que a Assembleia Legislativa Provincial de Minas Gerais apresentou na 2.a sessão ordinária da 10.a legislatura de 1855* o presidente da província, Francisco Diogo Pereira de Vasconcellos. Ouro Preto, Tipografia do Bom Senso, 1855. <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/455/>. Acesso em 21/03/2014.

MINAS GERAIS, *Relatório que a Assembleia Legislativa Provincial de Minas Gerais apresentou na abertura da sessão ordinária de 1857*, o conselheiro Herculano Ferreira Penna, presidente da mesma província. Ouro Preto, Tipografia Provincial, 1857 <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/455/>. Acesso em 21/03/2014.

MINAS GERAIS, Relatório do Inspetor de Saúde Pública, Dr. Domingos Eugenio Nogueira. Apenso 4. In: *Relatório que a Assembleia Legislativa Provincial de Minas Gerais apresentou no ato da abertura da sessão ordinária de 1870* o vice-presidente, Dr. Agostinho José Ferreira Bretas. Ouro Preto, Tipografia Provincial, 1870.. <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/455/>. Acesso em 29/08/2014.

World Health Organization - WHO. Weekly Epidemiological Record. 87th year No. 31-32, 03/08/2012, p. 289–304. <http://www.who.int/wer> Acesso em: 15/07/2013.

Periódicos

Astro de Minas Gerais, São João del Rei, 1834 -1835.

O Bom Senso, Ouro Preto, 1852 -1856.

O Constitucional Mineiro, São João del Rei, 1832-1833.

O Universal, Ouro Preto, 1832-1834, 1837.

Jornal da Sociedade Promotora da Instrução Pública no Ouro Preto, Ouro Preto, 1832.

Estado de Minas, ALVES, Renato. Sob ameaça do cólera, *Estado de Minas*, Belo Horizonte, Folha Internacional, Caderno Gerais, 30/09/2012, p. 21.

Portal de notícias MSN, Casos de cólera aumentam no Haiti após passagem do furacão 'Sandy'. *Portal de notícias MSN* 09/11/2012. Disponível em <http://noticias.br.msn.com/story.aspx>. Acesso em: 10/11/2012.

Dicionários

BARBOSA, Waldemar de Almeida. Dicionário histórico-geográfico de Minas Gerais. In: PAIM, Antônio; BARROS, Roque Spencer Maciel de; NUNES, Ruy Afonso da Costa. *Coleção Reconquista do Brasil*. Editora Itatiaia, Belo Horizonte – Rio de Janeiro. 1995, vol. 181

BLUTEAU, Raphael. Vocabulário português & latino: áulico, anatômico, arquitetônico, Coimbra: Colégio das Artes da Companhia de Jesus, 1712 - 1728. 8 v. <http://www.brasiliana.usp.br/pt-br/dicionario/edicao/1>. Acesso em 02/06/2014.

PINTO, Luiz Maria da Silva. Dicionário da Língua Brasileira por Luiz Maria da Silva Pinto, natural da Província de Goiás. Ouro Preto: Tipografia de Silva, 1832. <http://www.brasiliana.usp.br/pt-br/dicionario/edicao/3>. Acesso em 02/06/2014.

Manuais de medicina

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Dicionário de Medicina Popular e das ciências acessórias*. Paris: A. ROGER&F. CHERNOVIZ, 6ª edição, 1890, vol. 1 e 2. <http://www.brasiliana.usp.br/pt-br/dicionario/edicao/1>. Acesso em 09/05/2013.

LANGGAARD, Theodoro. Dicionário de Medicina: domestica e popular. Rio de Janeiro: Tipografia Laemmert, 2ª edição, 1873.

LITTRÉ, E. 1855 *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire*. 17. ed. Paris: Livraria da Academia Imperial de Medicina, 1893.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Jean Luiz Neves. *Nos domínios do corpo: o saber médico luso-brasileiro no século XVIII*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

ALEXANDRE, Juciêdo Ferreira. *Quando o “Anjo do extermínio” se aproxima de nós: representações sobre o cólera no semanário cratense O Araripe (1855-1864)*. Dissertação (mestrado), Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010. <http://www.cchla.ufpb.br/ppgh/>. Acesso em: 08/07/2011.

BARBOSA, Waldemar de Almeida. *História de Minas: Formação histórica*. Belo Horizonte: Editora Comunicação, 1979, vol 3.

BARZILAY, Ezra J. et al. Cholera Surveillance during the Haiti Epidemic — The First 2 Years. *N Engl J Med*; 368:599-609 February, 14, 2013.

BELTRÃO, Jane Felipe. *Cólera, o Flagelo da Belém do Grão-Pará*. Tese (doutorado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999. <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000175786> Acesso em: 24/09/2010.

_____. “Autoridade médica e divulgação científica no Grão-Pará flagelado pelo cólera: século XIX”. *Horiz. antropol.* [online]. 2002, vol.8, n.17, pp. 239-252. ISSN 0104-7183. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832002000100012>. Acesso em: 24/09/2010.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. *A gripe espanhola em São Paulo, 1918; Epidemia e sociedade*. São Paulo: Paz e Terra, 2003

CAPONI, Sandra. Miasmas, micróbios y conventillos. *Asclepio* Vol. LIV-1-2002. www.asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/.../123. Acesso em: 5/5/2012.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CZERESNIA, Dina. Do contágio transmissão: uma mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. IV(I): 75-94, mar – jun. 1997.

DAVID, Onildo Reis. *O inimigo invisível*. Dissertação (mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1993. <http://www.ppgh.ufba.br/spip.php?article61>. Acesso em: 04/09/2011.

DELUMEAU, Jean. *História do Medo no Ocidente 1300 – 1800: Uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

DINIZ, Ariosvaldo da Silva. *Cólera: representações de uma angústia coletiva (A doença e o imaginário social no Brasil)*. Tese (doutorado), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997. <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document>. Acesso em: 16/06/2010.

DOBSON, Mary. *Disease: The Extraordinary Stories Behind History's Deadliest Killers*. London: Quercus, 2008.

DOLHNIKOFF, Miriam. *O pacto imperial: origens do federalismo no Brasil do século XIX*. São Paulo: Globo, 2005.

EDLER, Flávio Coelho. A Natureza Contra o Hábito: A ciência médica no Império. *Revista Acervo*, 22, nov. 2009. <http://revistaacervo.an.gov.br/seer/index.php/info/>. Acesso em: 14/05/2013.

_____. *A medicina no Brasil Imperial: clima, parasitas e patologia tropical*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

EVANS, Richard John. *Death in Hamburg: Society and Politics in the Cholera Years 1839-1910*. London: Penguin Books, 1990.

_____. Epidemics and revolutions: cholera in nineteenth-century Europe. In: RANGER, Terence and SLACK, Paul (Ed.). *Epidemics and ideas: essays on the historical perception of pestilence*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999, p. 149 – 173.

FARIA, Rosilene Gomes. *O KHAMSIN DO DESERTO; Cólera e cotidiano no Recife (1856)*. Dissertação (mestrado). Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007. www.btd.ufpe.br/btd/tedeSimplificado/. Acesso em: 24/11/2011.

FERREIRA, Luiz Otávio. Introdução: José Francisco Xavier Sigaud e a tradução local do higienismo. In: SIGAUD, José F. Xavier, *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste império*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. *A Arte de Curar; Cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002

_____. Os manuais de medicina e a circulação do saber no século XIX no Brasil: mediação entre o saber acadêmico e o saber popular. *Educar em Revista*, núm. 25, 2005, pp. 59-73. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=155016226005>. Acesso em: 3/7/2011.

_____. As artes de curar na província de Minas. In: RESENDE, Maria Efigênia Lage; VILLALTA, Luiz Carlos (Org.). *História de Minas Gerais: A Província de Minas 2*. Belo Horizonte: Autêntica Editora; Companhia do Tempo, 2013. Volume 2.

FIGUEIREDO, Cecília Maria Fontes. Religião, Igreja e Religiosidade em Mariana no Século XVIII. In: *Termo de Mariana: História e documentação*. Mariana: Imprensa Universitária da UFOP, 1998.

GUIMARÃES, Maria Regina Cotrim. Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Aug. 2005. <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 21/03/2014.

HAMLIN, Christopher. *Cholera: The Biography*. Oxford: Oxford University Press, 2009.

HANNAWAY, Caroline. Environment and miasmata. In: BYNUM, W. F. e PORTER, Roy. *Companion encyclopedia of the history of medicine*. Londres: Routledge, 1993. p. 292-308.

HARRIS et al. Seminar: Cholera. *The Lancet*, Volume 379, Issue 9835, p. 2466 - 2476, 30 June 2012. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6-X/abstract>. Acesso em: 29/06/2012.

KURY, Lorelai Brilhante. *O império dos miasmas: A Academia Imperial de Medicina (1830-1850)*. Dissertação (Mestrado), Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 1990.

LEE GOFF, Jacques. *As doenças têm historia*. Lisboa: Terramar, 1997.

MACIEL, Dhenis Silva. “*Valei-me São Sebastião*”: A epidemia de cólera morbo na Vila de Maranguape (1862-1863). Dissertação (mestrado). Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011. <http://www.repositorio.ufc.br:8080>. Acesso em: 25/06/2012.

MARQUES, Rita de Cássia. A Caridade criando hospitais em Minas Gerais (Brasil) – século XVIII-XX. *Dynamis*; 31(1): 107-129, 2011.

PELLING, Margaret. Contagion/Germ theory/Specificity. In: BYNUM, W. F. e PORTER, Roy. *Companion encyclopedia of the history of medicine*. Londres: Routledge, 1993.

PIMENTA, Tânia Salgado. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828 - 1855)*. Tese (Doutorado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003 www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/. Acesso em: 16/06/2011.

_____. “Doses infinitesimais contra a epidemia de cólera no Rio de Janeiro em 1855”. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo e CARVALHO, Diana Maul (orgs). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 31-51.

PORTER, Roy (org). *Cambridge: História ilustrada da medicina*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 2001.

_____. *Das tripas coração: Uma breve história da medicina*. Rio de Janeiro / São Paulo: RECORD, 2004.

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

RICHARDSON, B. W. John Snow, um representante da ciência e da arte médica na era vitoriana. In: SNOW, John. *Sobre a maneira da transmissão do cólera*. HUCITEC-ABRASCO; São Paulo – Rio de Janeiro, 1999, p.37-58.

RODRIGUES, Cláudia; FRANCO, Maria da Conceição Vilela. “O corpo morto e o corpo morto entre a colônia e o Império”. In: PRIORE, Mary del; AMANTINO, Marcia (orgs.). *História do corpo no Brasil*. São Paulo, Unesp, 2011.

ROSEN, George. *Uma historia da Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC, 2006.

ROSENBERG, Charles E. *The cholera years: The United States in 1832, 1849 and 1866*. Chicago: The University of Chicago Press, 1987.

_____. What is an epidemic? AIDS in historical perspective. In *Explaining epidemic and other studies in the history of medicine*. Chicago: The University of Chicago Press, 1995. Cap 13, p. 278 – 292

_____. Explaining epidemics In: *Explaining epidemic and other studies in the history of medicine*. Chicago: The University of Chicago Press, 1995. Cap 14, p. 293 – 304.

SANTOS NETO, Amâncio Cardoso dos. *Sob o signo da peste: Sergipe no tempo do cólera (1855-1856)*. Dissertação (mestrado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001. <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document>. Acesso em: 16/06/2011.

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

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; NASCIMENTO, Dilene Raimundo. “A doença revelando a história. Uma historiografia a das doenças”. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo e CARVALHO, Diana Maul (orgs), *Uma história brasileira das doenças*. Brasília, Paralelo 15, 2004.

_____. *A Influenza Espanhola e a cidade planejada: Belo Horizonte, 1918*. Belo Horizonte: ARGUMENTVM, 2007.

_____. “O despertar de uma paixão – (Adpatação de The painted veil [1925], de Willian Somerset Maugham)”. In: FIGUEREDO, Betânia Gonçalves & SILVEIRA, Anny Jackeline Torres (orgs) *História da Ciência no Cinema 3*. Belo Horizonte: ARGUMENTVM, 2010.

_____. Epidemias, estado e sociedade: Minas Gerais na segunda metade do século XIX. *Dynamis*; 31(1): 41-63, 2011.

_____; MARQUES, Rita de Cássia. Sobre a varíola e as práticas da vacinação em Minas Gerais (Brasil) no século XIX. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, fevereiro, 2011, p. 387-396. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000200003>. Acessado em 22/03/ 2014.

_____; FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. “A saúde em Minas Gerais durante o século XIX”. In: MARQUES, Rita de Cássia; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves (orgs). *História da Saúde em Minas Gerais: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Belo Horizonte, Editoras Fiocruz e Manole, 2011.

_____; MARQUES, Rita de Cássia. Estado e saúde na Província de Minas. In: RESENDE, Maria Efigênia Lage; VILLALTA, Luiz Carlos (Org.). *História de Minas Gerais: A Província de Minas 2*. Belo Horizonte: Autêntica Editora; Companhia do Tempo, 2013. Volume 2.

SLACK, Paul. "Introduction". In: RANGER, Terence and SLACK, Paul (Ed.). *Epidemics and ideas: essays on the historical perception of pestilence*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

SNOW, John . *Sobre a maneira da transmissão do cólera*. HUCITEC-ABRASCO; São Paulo – Rio de Janeiro, 1999.

SONTAG, Susan. *Doença como metáfora/AIDS e suas metáforas*. Tradução: Rubens Figueiredo/Paulo Henriques Brito. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SOURNIA, Jean-Charles e RUFFIE, Jacques. *As epidemias na história do homem*. Lisboa: Edições 70, 1986.

WITTER, Nikelen Acosta. *Males e Epidemias; Sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul)*. Tese (doutorado). Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007. <http://www.historia.uff.br/stricto>. Acesso em: 16/06/2011.

APÊNDICE A

QUADRO 4

Médicos por povoações atendidas por comissão sanitária.

Nome	Povoação
1 Anastácio Sinfonio de Abreu	Sabará Caeté Sete lagoas
2 Anacleto Teixeira de Queiroga	Ouro Preto (freguesia de Antônio Dias)
3 André Augusto Joanes	Santo Antônio do Paraibuna (freguesia de Rio Preto)
4 André Frederico Regnil[?]	Caldas
5 Afonso Antônio de Portugal e Castro	Mariana
6 Agostinho José Ferreira Brettas	Caldas
7 Antônio Arnaldo de Moura Ruas	Leopoldina (distrito de São José do Paraíba)
8 Antônio Coutinho da Fonseca	Sabará
9 Antônio Dias Ferraz da Luz[?]	Campanha
10 Antônio da Fonseca Vianna	Santa Luzia Sete lagoas
11 Antônio Joaquim de Miranda Nogueira da Gama	Santo Antônio do Paraibuna
12 Antônio Vaz da Silva	Caeté Sabará
13 Balbino Candido da Cunha	Aiuruoca Christina Itajubá Baependi (freguesia de Pouso Alto) Pouso Alegre
14 Bento Alvez Goudim	Conceição
15 Bernardo Antônio Monteiro	Ouro Preto (freguesia do Pilar)
16 Camilo Maria Ferreira	Barbacena
17 Candido José Coutinho da Fonseca	Sete Lagoas Sabará
18 Carlos José Verssiani	Montes Claros Formigas
19 Carlos Thomaz de Magalhães Gomes	Ouro Preto (freguesia do Pilar) Ubá (distrito do Sapé)
20 Casimiro Lucio de Azevedo Coutinho Rangel	São João Del Rei
21 Cassiano Augusto de Oliveira Lima	Santa Luzia Sabará
22 Cassiano Bernardo de Noronha Gonzaga	São João Del Rei Aiuruoca

(continua)

23	Cassiano Lucio de Azevedo [ilegível]	Aiuruoca São João Del Rei
24	Carlos Cony de R.	Minas Novas
25	Domiciano Matheus Monteiro de Castro	Leopoldina Mar de Espanha
26	Domingos José da Cunha	São João Del Rei Aiuruoca
27	Domingos Martins Guerra	Itabira
28	Eduardo Augusto de Miranda Monteiro de Barros	Leopoldina (freguesia de São José do Paraíba)
29	Eduardo Ernesto Pereira da Silva	Aiuruoca (distrito do Turvo)
30	Eugenio Celso Nogueira	Ouro Preto (freguesia do Pilar)
31	Fernando Olivier Alzamora	Cristina
32	Fernando Gomes Caldeira de Oliveira Fontoura Junior	Mar de Espanha
33	Francisco Boggiani	Mar de Espanha
34	Francisco Cordeiro dos Campos Valadares	Pitangui Dores
35	Francisco de Assis Pacheco Penna	Barbacena
36	Francisco de Castro Pereira de Macedo	Mariana (freguesias de Camargos e Bento Rodrigues)
37	Francisco de Paula Alvarenga	Pomba
38	Francisco de Paula Pereira Lagoa	Ouro Preto (freguesia do Pilar)
39	Francisco Cirilo Ribeiro Souza	Formiga Tamanduá Piumhi
40	Francisco José de Araújo e Oliveira	São João Del Rei Aiuruoca
41	Francisco José Martins da Silva	Mariana (freguesia de Barra Longa)
42	Francisco José Pereira Zebral	Queluz
43	Francisco Martins Ferreira da Silva	Mariana (freguesia de Ponte Nova)
44	Gervásio Pinto C. de Góes e Lara	Leopoldina (freguesia de São José do Paraíba)
45	Guilherme C. Lee	São João Del Rei Aiuruoca
46	Herculano José de Oliveira Pereira Mafra	Ubá Muriaé
47	H. R. Trigant dês Genettes	Bagagem
48	Joaquim Bueno Goulart Brum	Lavras
49	Joaquim Carneiro	Mar de Espanha
50	Joaquim Cassimiro de Miranda	Itabira
51	Joaquim Francisco Baeta Neves	Queluz
52	Joaquim Marciano dos Santos	Diamantina Grão Mogol

(continua)

53	Joaquim Pedro de Mello	Paracatu
54	João Baptista dos Santos	Santo Antônio do Paraibuna (freguesia do Rio Preto)
55	João das Chagas e Andrade	Oliveira
56	João da Cruz Santos	Ouro Preto (freguesia de Antônio Dias)
57	Joao Dias Ferraz da Luz	Pouso Alegre Jaguari
58	João Daniel Ingles[?]	Diamantina Grão Mogol
59	João Nogueira Penido	Santo Antônio do Paraibuna
60	João Policarpo de Araújo e Oliveira	São João del Rei Aiuruoca
61	José Afonso Dias de Souza	Caldas
62	José Agostinho Vieira de Mattos	Diamantina Grão Mogol
63	José Constâncio de Oliveira e Silva	São João del Rei
64	José Francisco Netto	Queluz
65	José Joaquim Ferreira Monteiro Barros	Leopoldina (freguesia de São José do Paraíba) Mar de Espanha
66	José Rodrigues Lima Duarte	Barbacena
67	José Tavares de Mello	Queluz
68	José Thomas de Figueiredo	Santa Bárbara
69	Leonardo José Pereira da Silva	Mariana (freguesia de Barra Longa)
70	Lucindo Pereira dos Passos	Diamantina Grão Mogol
71	Luis Sobral Pinto	Leopoldina (São José do Paraíba)
72	Manoel Alvares Ferreira Prado	Diamantina Grão Mogol
73	Manoel Faustino Correa Brandão	Mariana (freguesia de São Caetano) Aiuruoca
74	Manoel Joaquim Pereira de Magalhães	Baependi (freguesia de Pouso Alto) Itajubá Cristina
75	Manoel Moreira de Figueiredo	Santa Bárbara Sabará
76	Modestino Carlos da Rocha Franco	Santa Luzia Sete lagoas
77	Pedro Maria Halfeld	Santo Antônio do Paraibuna
78	Pedro Maria Verssiani	Montes Claros Formigas
79	Romualdo Cezar de Miranda Ribeiro	Mar de Espanha

(continua)

80	R. H. Guinning	Santa Bárbara
81	Salathiel de Andrade Braga	São João Del Rei Aiuruoca
82	Sebastião Cordeiro dos Campos Valadares	Pitangui Dores do Indaiá
83	Silvério Augusto de Araújo Viana	Sabará Sete lagoas Caeté
84	Silvério José Lessa	Diamantina Grão Mogol
85	Simão da Cunha Pereira	Serro
86	Virgílio Augusto Pinto Coelho da Cunha	Cocais Santa Barbara

Fontes: SP 574, APM, 1855; SP 533, APM, 1855; SP 600, APM, 1856; SP 657, APM, 1857; SP 775, APM, 1858.