

# Entre o Carlo R. e o Orleannais: a saúde pública e a profilaxia marítima no relato de dois casos de navios de imigrantes no porto do Rio de Janeiro, 1893-1907\*

*Between the Carlo R. and the Orleannais: public health and maritime prophylaxis in the description of two cases of ships transporting immigrants arriving in the port of Rio de Janeiro, 1893-1907*

*Fernanda Rebelo*

Professora do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde/  
Instituto de Humanidades, Artes e Ciências  
Professor Milton Santos/Universidade Federal da Bahia.  
Campus Ondina  
Rua Barão de Jeremoabo, PAF IV  
40170-115 – Salvador – BA – Brasil  
feferebelo@yahoo.com.br

Recebido para publicação em maio de 2011.  
Aprovado para publicação em março de 2012.

REBELO, Fernanda. Entre o Carlo R. e o Orleannais: a saúde pública e a profilaxia marítima no relato de dois casos de navios de imigrantes no porto do Rio de Janeiro, 1893-1907. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, jul.-set. 2013, p.765-796.

## Resumo

Aborda as mudanças ocorridas nas práticas da profilaxia marítima brasileira. Por meio de dois casos de navios de imigrantes, que chegaram ao porto do Rio de Janeiro com epidemias a bordo, são analisados a compreensão sobre a etiologia, a forma de prevenção e o combate às três doenças com regulamentação portuária internacional: febre amarela, peste bubônica e cólera. Até o final do século XIX, uma das principais práticas de profilaxia era a quarentena. No início do XX, identificamos a emergência do ideário da microbiologia e dos vetores no serviço sanitário dos portos. A quarentena, que já vinha sendo criticada como antiquada e ineficaz, é limitada a alguns casos, e novos métodos e tecnologias da higiene passam a ser aplicados na defesa sanitária dos portos.

Palavras-chave: imigração; porto; saúde pública; história; Brasil.

## Abstract

We address the changes in Brazilian maritime prophylaxis by studying two cases of immigrant ships arriving at the port of Rio de Janeiro with epidemics onboard. The objective is to understand the etiology, means of prevention and methods used to combat the three diseases subject to international port regulations: yellow fever, bubonic plague and cholera. Until the late nineteenth century, quarantines were one of the main disease prevention practices. In the early twentieth century, microbiology and the concept of vectors in ports sanitation services emerged. Quarantines, which were already being criticized as antiquated and ineffective, were limited to a few cases, and new hygiene methods and technologies began to be applied in port sanitary defense.

Keywords: immigration; ports; public health; history; Brazil.

O Vapor Carlo R., sobrecarregado de passageiros, cortando o oceano e perdendo sempre doentes de cólera-morbo, faz lembrar alguma coisa de horrorosamente fantástica, que o próprio Dante não descreveu nos seus círculos infernais: insensivelmente recorda a lenda de Ashaverus, deixando o horrível morbo após si em todos os lugares por onde passava (Brasil, 1895, p.10).

Em 1892, o cólera, que já havia invadido vários países europeus, grassava na França, atravessava o Atlântico e adentrava os EUA. Os vapores, principalmente os que realizavam a travessia transoceânica apinhados de imigrantes, eram os focos privilegiados de atenção das autoridades de saúde pública. Esses navios, que cortavam o oceano a perder doentes de cólera, nas palavras do inspetor-geral de saúde dos portos do Brasil, doutor José da Silveira, faziam crer que eram os principais responsáveis pela pandemia, pois carregavam consigo a doença de porto a porto.

O fluxo migratório intensificou-se no último quartel do século XIX, atingindo seu pico nas primeiras décadas do seguinte. Entre 1881 e 1915, cerca de 31 milhões de europeus imigraram para as Américas. Renovações tecnológicas, que propiciaram meios de comunicação e transporte mais rápidos e baratos, como os navios a vapor, a instalação de cabos telegráficos e as ferrovias, foram decisivas para essa grande vaga migratória transatlântica. A partir de então, a imigração se enquadra num movimento geral de circulação de mercadorias, mão de obra e capital (Klein, 2000, p.23-25; Leite, 2000, p.184-186).

Nos anos de 1850, o transporte entre continentes era realizado por veleiros de duzentas a quatrocentas toneladas, com capacidade para número de passageiros entre cem e duzentos. A era das migrações em massa foi, sobretudo, a dos vapores, embarcações que substituíram os veleiros a partir da década de 1870. Os navios a vapor encurtavam consideravelmente o tempo da viagem entre Europa e América. Se os veleiros levavam em média seis semanas na travessia entre Lisboa e Rio de Janeiro, os vapores realizavam esse percurso em três. Caso a viagem fosse sem escalas, o tempo do trajeto poderia ser encurtado para duas semanas (Leite, 2000, p.188).

Para os passageiros, a vantagem dos vapores estava não apenas na diminuição do tempo do trajeto, mas também na regularidade e previsibilidade. Os emigrantes viajavam quase sempre pelas grandes companhias de navegação que tinham contratos de correio, estando, por isso, obrigadas a cumprir horários. Em contraste, nos veleiros não só oscilavam as previsões de partida, como o tempo de viagem. Longos e de duração incerta, esses percursos eram propícios a toda sorte de problemas, desde a resistência física dos passageiros até o armazenamento de alimentos. Ao conferir previsibilidade às viagens, os vapores poupavam tempo de espera, desgastes físicos e riscos à saúde (Leite, 2000).

Por outro lado, ao acelerar as viagens, os vapores intensificaram a circulação de microrganismos entre as populações. Epidemias e pandemias tornaram-se mais frequentes, e o controle dos micróbios, inseparável da vigilância dos indivíduos. As doenças ameaçavam o desenvolvimento da economia capitalista, pois castigavam a mão de obra que partia da Europa para a América. Além disso, prejudicavam o livre comércio com a imposição de medidas profiláticas como as quarentenas e desinfecções de navios, bagagens, mercadorias e

passageiros nos portos de escala e no desembarque (Cueto, 2007, p.27-34; Löwy, 2006, p.15-19; Stern, Markel, 2004, p.1474).

A maior parte dos navios que carregavam imigrantes, isto é, passageiros de terceira classe<sup>1</sup>, era de origem inglesa. A Royal Mail Steam Packet Company, a primeira a estabelecer serviço regular de vapores entre Inglaterra e Brasil, em 1851, era uma das mais importantes a fazer a rota Europa-Brasil-Rio da Prata, transportando trabalhadores da Europa para as Américas (Benchimol, 1992, p.48). Começando por Londres, tocava em muitos portos, como Southampton, Cherburgo, Vigo, Lisboa, Madeira e outros na Europa, até chegar ao destino final na América do Sul. No Brasil, o navio passava por três portos até Santos: Recife, Salvador e Rio de Janeiro. Em todas essas paradas, descia e entrava gente de todo tipo e nacionalidade.

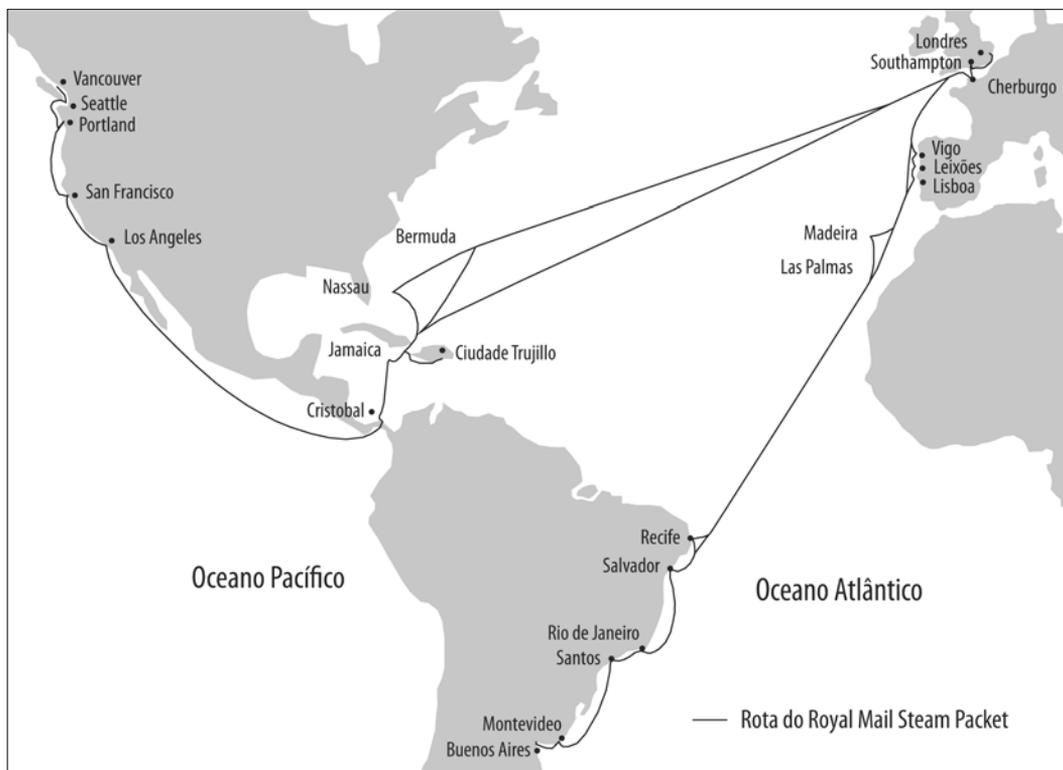


Figura 1: Rota da Royal Mail Steam Packet Company (Arquivo Iconográfico do Memorial do Imigrante, São Paulo)

Ainda que no século XIX não se conhecesse perfeitamente a etiologia das doenças, sabia-se que algumas eram transmissíveis, ligadas a aglomerações de pessoas em local fechado e a ‘maus hábitos higiênicos’. Sabia-se ainda que em alguns lugares certas doenças eram prevalentes, como a peste bubônica na Ásia e a febre amarela no Caribe, e que poderiam tomar formas epidêmicas por meio da comunicação entre populações (Weindling, 1995).

Na Europa, endemias como de sarampo e escarlatina tendiam a estabilizar-se, incidindo ocasionalmente nas novas gerações. A circulação de infecções entre continentes estabeleceu então novo padrão de doenças: as que vinham ‘de fora’, as chamadas moléstias exóticas.

Normalmente alastravam-se do porto e das cidades para o interior dos países, com altas taxas de mortalidade (Porter, 1999, p.48, 58).

A migração implicava normatização do espaço transoceânico e portuário, informada pela compreensão sobre a etiologia e as formas de transmissão das doenças. As práticas de profilaxia marítima tinham relação direta com os pressupostos científicos adotados pelos profissionais dos serviços sanitários dos portos.

Este artigo tem por objetivo analisar como eram compreendidas as formas de transmissão da peste, cólera e febre amarela, e como suas manifestações epidêmicas eram combatidas pelas autoridades de saúde pública no porto do Rio de Janeiro. Nele apontam-se mudanças e continuidades nas teorias e práticas sanitárias aplicadas na profilaxia dessas doenças, que chegavam a bordo dos navios junto ao fluxo de mercadorias e passageiros. Utiliza-se como recurso metodológico a descrição de dois casos de navios de imigrantes que chegaram ao porto do Rio de Janeiro com epidemias a bordo: o Carlo R., em 1893, e o Orleannais, em 1907.

### **O vapor Carlo R. e o ‘torna-viagem’ (1893)**

Em abril de 1893, representações diplomáticas brasileiras no exterior começaram a enviar ao gabinete do ministro do Interior, Fernando Lobo Leite Pereira, no Rio de Janeiro, avisos oficiais sobre a propagação do cólera por portos europeus (Documentos..., 1892-1897). Os navios de imigrantes de lá procedentes só deveriam ser recebidos nos portos da República após ‘tratamento’ sanitário: desinfecção da embarcação, de bagagens, roupas e demais objetos pessoais dos passageiros com produtos químicos ou vapor d’água. O tratamento sanitário era realizado no lazareto da ilha Grande, na enseada do Abraão, em Angra dos Reis, município ao sul do Rio de Janeiro. Para lá eram encaminhados os navios quando o serviço sanitário do porto identificava casos suspeitos ou confirmados de doença a bordo (Documentos..., abr. 1893).

Com o recrudescimento da epidemia na Europa, o governo brasileiro suspendeu a corrente imigratória, recusando os imigrantes transportados em vapores saídos da Itália e Espanha depois de 16 de agosto de 1893. Todos os portos franceses e africanos do Mediterrâneo foram declarados “infeccionados”. Foi imposta a quarentena a “navios infectados ou suspeitos” de cólera, e só no começo de 1894 a situação se normalizou, sendo liberada a imigração de locais considerados livres da epidemia (Brasil, 1895, p.3-7; 1896, p.69).

A quinta epidemia de cólera do século XIX, de 1881 a 1896, chegava ao Brasil dividindo as opiniões do alto comando sanitário da Capital Federal. O diretor de Higiene municipal, doutor José de Souza Lima, defendia a total interrupção das comunicações com o estado de São Paulo, onde haviam aparecido, no início do mês de agosto, casos de ‘diarreias letais’ na Hospedaria de Imigrantes. José da Silveira, inspetor de saúde dos portos, era da mesma opinião. No entanto, o chefe da Diretoria Sanitária, Francisco Castro, discordava do cordão sanitário que fechava por mar e terra o Rio de Janeiro, preferindo as desinfecções, sem o impedimento da livre circulação das pessoas (Benchimol, 1999, p.251, 252).<sup>2</sup>

Entre as medidas profiláticas e defensivas da Inspetoria Geral de Saúde dos Portos do Brasil, o ‘torna-viagem’<sup>3</sup>, isto é, o retorno do navio a seu porto de origem, era utilizado em casos extremos, quando havia grande quantidade de doentes e mortos a bordo. Foi o caso do

Carlo R., vapor com imigrantes italianos que chegou ao porto do Rio de Janeiro em setembro de 1893 com surto de cólera a bordo.

O Carlo R. partiu de Gênova em 27 de julho. Em Nápoles recebeu 1.300 emigrantes, seguindo viagem no dia 29 em direção à capital brasileira. O primeiro óbito ocorreu no dia 31. Ao invés de retroceder para o lazareto de Nápoles, onde os doentes poderiam receber tratamento, o comandante continuou a viagem, informando às autoridades brasileiras que os casos não eram de cólera mas de gastroenterite. Durante os mais de vinte dias de viagem, outros falecimentos ocorreram. Como o vapor era pequeno, não havia local para isolar os doentes. Ao chegar ao lazareto da ilha Grande, em 24 de agosto, o comandante informou que havia mais de cem mortos a bordo. Segundo o inspetor-geral de saúde dos portos, era possível que houvesse um número maior de mortos e doentes, pois o navio “exalava um cheiro fétido” (Brasil, 1895, p.8-12).

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

Era unanimidade entre a população, as autoridades e a imprensa que o vapor deveria deixar águas brasileiras o mais rápido possível, permanecendo até então incomunicável, ou seja, ninguém poderia embarcar ou desembarcar, ainda que tal medida não fosse muito humanitária. O terror que o cólera inspirava era imenso, conhecia-se seu poder letal<sup>4</sup>, pois em menos de um ano assolara portos europeus, asiáticos e africanos.

Quando o Carlo R. deixou Nápoles, no dia 29 de julho, esse porto ainda não era considerado infeccionado. Data de 16 de agosto o aviso que proibiu a entrada no Brasil de navios vindos de portos infeccionados ou suspeitos de cólera. Sendo assim, quando foi publicado o aviso, o Carlo R. encontrava-se em alto-mar. Autoridades consulares brasileiras enviavam por telégrafo continuamente notícias sobre a situação sanitária de portos e cidades no exterior. Além disso, de acordo com os regulamentos portuários internacionais, o comandante era obrigado a fornecer informações de bordo aos portos de escala e de destino. Assim, logo se soube da chegada daquele navio, vindo de porto europeu infeccionado e com doentes a bordo.

O comandante seguiu as prescrições, enviou informação sobre a moléstia a bordo, mas o tempo todo afirmou que se tratava de diarreia normal, gastroenterite, e não de cólera. Essa omissão ou engano custou a vida a centenas de passageiros.

Como o vapor chegou de ‘porto infeccionado’ e com doentes a bordo, de acordo com a regulamentação sanitária de 1889, foi proibido de atracar no Rio de Janeiro, sendo direcionado para o lazareto da ilha Grande. Lá seria desinfetado, os passageiros saudáveis ficariam em quarentena, e os doentes permaneceriam em tratamento (Brasil, 22 ago. 1889).

O Carlo R. trazia mais de 1.400 imigrantes, tendo falecido 109 durante a viagem. Ainda havia doentes a bordo, e, na época de sua chegada, eram esperados mais três ou quatro vapores com imigrantes da Itália (Gazeta..., 27 ago. 1893, p.1).

O lazareto da ilha Grande não estava preparado para receber tanta gente. Por isso, logo que o Carlo R. chegou à enseada do Abraão, foi-lhe ordenado que fundeasse à distância de ‘três milhas’, cerca de cinco quilômetros da costa, onde ficaria impedido de se comunicar com terra. A situação pareceu tão complicada, que o próprio vice-presidente da República<sup>5</sup>, Floriano Peixoto, em plena Revolta da Armada, enviou telegramas à ilha Grande, determinando que o vapor fosse intimado a sair de águas nacionais e que não se permitisse a outros navios procedentes da Itália, com imigrantes a bordo, atracar e se comunicar com terra. O mesmo aviso foi encaminhado a autoridades de outros estados da União:

O Carlo R. foi intimado a partir e isto fará hoje, logo que cheguem os mantimentos que devem seguir esta manhã daqui. O Carlo R. está comboiado pelo República. Para substituí-lo, deve seguir o Lamego para a Ilha Grande. Não cabe senão aconselhar às autoridades que persistam na intimação que se fez por mais violenta que ela pareça (Gazeta..., 27 ago. 1893, p.1).

Vê-se assim que um cruzador<sup>6</sup>, o República, e um rebocador<sup>7</sup>, o Lamego, pertencentes à Marinha brasileira, foram incumbidos de comboiar o Carlo R. até a ilha Grande, a poucos dias da segunda Revolta da Armada, que irrompeu na baía de Guanabara em 6 de setembro de 1893. Isso demonstra a particularidade do caso e o terror que a presença do navio com cólera causou à população e às autoridades, enquanto esteve próximo à cidade do Rio de Janeiro.

Quando o vapor adentrou o ancoradouro da ilha Grande, o diretor do lazareto, José da Silva Joaquim Sardinha, como era de rotina, foi interrogar o comandante. Mesmo a grande distância, ficou “desagradavelmente impressionado com o cheiro nauseabundo que partia do ponto em que se achava o vapor”. Impressionado também com o aspecto doentio dos passageiros e tripulantes, perguntou ao comandante se havia cólera a bordo. Foi-lhe respondido que apenas existiam casos de “colerina grave”<sup>8</sup>, mas que tinham morrido mais de cem passageiros. O diretor do lazareto ordenou, então, que o navio seguisse em direção à enseada de Palmas, também na baía de Angra dos Reis, onde ficaria inteiramente isolado e vigiado pelo cruzador República, a bordo do qual havia um médico ajudante do lazareto (Gazeta..., 28 ago. 1893, p.1).

O ministro do Interior, Fernando Lobo, e o inspetor-geral de saúde dos portos, José da Silveira, informaram que estavam a caminho, mas um temporal atrasou a viagem, de forma que só chegaram à ilha no dia seguinte, 25 de agosto. Foi resolvido que o navio não seria recebido, “ministrando-se tudo aquilo de que tivesse necessidade a bordo”. O comandante pediu cem toneladas de carvão, 15 bois vivos, farinha de trigo, legumes, frutas, grande quantidade de desinfetante, medicamentos e principalmente “láudano, um preparado de ópio com efeito sedativo” (Gazeta..., 28 ago. 1893, p.1; Brasil, 1895, p.8-12).

O material deixou o porto do Rio de Janeiro no dia 28, em um grande saveiro rebocado pelo Victória; ao chegar ao lazareto, foram encaminhados para a enseada de Palmas, onde ancoraram para que a tripulação do Carlo R. retirasse os mantimentos. Feita a descarga, o saveiro foi incinerado (Gazeta..., 28 ago. 1893, p.1).

Quando o Carlo R. chegou ao lazareto, havia três cadáveres a bordo, os outros cento e seis tinham sido lançados ao mar – segundo a *Gazeta de Notícias* (28 ago. 1893, p.1), durante o trajeto do porto do Rio de Janeiro à ilha Grande – e 16 passageiros encontravam-se enfermos.

Em 30 de agosto, seis dias após atracar em águas brasileiras, o vapor começou a viagem de regresso à Itália, comboiado durante algum tempo pelo República. No entanto, os transtornos à cidade não terminaram aí, nem cessou o pavor da população.

Na manhã do dia 31, o delegado da 19ª Delegacia de Polícia foi chamado às pressas para examinar um cadáver na praia de Copacabana; os habitantes e pescadores, aterrorizados, suspeitavam que fosse um dos mortos lançados ao mar pelo navio italiano. O chefe de polícia imediatamente pediu à Diretoria de Higiene Municipal que procedesse logo à remoção do cadáver, com as necessárias cautelas antissépticas. Às cinco horas da tarde ele jazia ainda na praia de Copacabana, sem que houvesse sido tomada qualquer providência. Exasperado, o chefe de polícia participou ao doutor Souza Lima, diretor de Higiene Municipal, que mandara remover o cadáver para o cemitério (Gazeta..., 31 ago. 1893, p.1).

Corria o boato de que o Carlo R. não havia realmente deixado a ilha Grande no dia 30, como noticiado. O ministro do Interior pediu ao da Marinha que reiterasse a ordem para que o República levasse o navio o quanto antes para longe do Brasil. Souza Lima, por sua vez, pediu ao chefe de polícia que lhe comunicasse imediatamente o aparecimento de outro cadáver no litoral, por acreditar ser “possível, embora não provável” que se tratasse de uma vítima do cólera atirada ao mar pelo Carlo R., que “ali está ainda, não sei por que, como uma ameaça tremenda à nossa capital, arriscando a pagar com uma hecatombe medonha a nossa generosidade, condescendência, fraqueza, ou que melhor nome tenha” (Gazeta..., 1 set. 1893, p.1).

No dia 2 de setembro, os cariocas respiraram, aliviados, com a notícia de que o vapor havia, enfim, deixado a enseada de Palmas. Porém, moradores de outra redondeza entraram em pânico. Pela madrugada, apareceu boiando junto à praia de Itaipu, no município de Niterói, um cadáver “em adiantado estado de putrefação”. O chefe de polícia comunicou o caso ao diretor de Assistência Pública, doutor Francisco Tavares, que mandou retirar o cadáver (Gazeta..., 2 set. 1893, p.1).<sup>9</sup>

O Carlo R. fora proibido de atracar, sem sequer passar pelos procedimentos de rotina: desinfecção e quarentena no lazareto. Foi-lhe ordenado o torna-viagem. Esse procedimento era adotado quando havia grande número de doentes e mortos a bordo. Assim, os imigrantes logo vivenciaram o terror de permanecer mais um mês dentro de um navio em que grassava a epidemia. Muitas mais mortes ocorreram na viagem de retorno. O inspetor-geral de Saúde dos Portos, senhor José de Souza da Silveira (Brasil, 1895, p.9), justificou-se nos seguintes termos:

Parecerá, à primeira vista, a quem não observar com acurada atenção e necessário critério, que as medidas de extremo rigor tomadas pelo governo e autoridades sanitárias, em relação aos vapores supramencionados, foram atos de desumanidade, de verdadeiro vandalismo, contrários aos princípios de fraternidade e atentatórios dos direitos das gentes; mas quem tiver uma vez visitado um desses paquetes com imigrantes, sobretudo os italianos, perfeitos ‘necrotérios ambulantes’ em épocas epidêmicas, concordará que outro não podia ser o proceder das autoridades incumbidas de velar a saúde pública (destaque no original).

A expulsão dos ‘necrotérios ambulantes’ gerou mal-estar entre as autoridades de saúde pública e a população. O caso Carlo R., assim como de outros três vapores italianos que chegaram nesse período e em igual situação, repercutiu nos principais jornais da capital<sup>10</sup>

e foi encarado, pela população local e pelas autoridades italianas, como ato desumano do governo brasileiro.

O fato gerou desavenças diplomáticas. Maior exportadora de mão de obra para o Brasil, a Itália fez questão de recordar o evento um ano depois, quando discutia legislação sanitária concernente à imigração durante a Nona Conferência Sanitária Internacional.<sup>11</sup>

Em 6 de setembro de 1893, quase quinze dias após a chegada do navio ao porto do Rio de Janeiro, uma última notícia publicada pela imprensa local revela outro ângulo do caso Carlo R.:

Escreve-nos do Bananal um cavalheiro que nos merece toda a confiança: “no dia 3 apareceu na fazenda do Dr. Pinto Torres, no bairro do Capitão Mor, município do Bananal, um italiano que declarou ser passageiro do vapor Carlo R., e que havia desembarcado com outros companheiros, mediante pagamento de uma libra esterlina.<sup>12</sup> Contou horrores sobre o que havia sofrido a bordo com a cólera-morbo. Veio por terra de Angra dos Reis, sofrendo fome durante todo o trajeto pelo sertão. O Dr. Pinto Torres socorreu-o e depois o fez sair da fazenda, tomando ele a direção da Estrada de Ferro Central” (Gazeta..., 6 set. 1893, p.1).

A notícia mostra que havia brechas no sistema de recepção e inspeção de navios e passageiros no porto do Rio de Janeiro. O modelo de prevenção mais utilizado, a quarentena, vinha sendo criticado. A profilaxia marítima tradicional começou a ser percebida como um conjunto de medidas arbitrárias, desconexas, autoritárias, como mecanismo protecionista e fonte de recriminações e rancores entre nações. A capacidade popular de burlar o sistema com subornos, viagens clandestinas, comandantes que negavam a ocorrência de doença a bordo, esconderijos para mercadorias e viajantes, autoridades portuárias que acobertavam sinais e epidemia demonstravam a ineficácia daquele modelo de prevenção baseado na crença do contágio (Brasil, 1902, p.296, 297; Cueto, 2007, p.33).

## **As quarentenas no século XIX**

Como indicou Ackerknecht (Sep. 1948), o contagionismo, a crença de que as doenças eram transmitidas através do contato direto com o indivíduo doente ou com objetos por ele manipulados – base teórica de sustentação das quarentenas –, era teoria obsoleta na primeira metade do século XIX. Contágio e quarentena, para o rápido crescimento da classe de comerciantes e industriais europeus, significavam fontes de problemas, perdas e limitações para a expansão dos negócios, além de ferramenta de controle burocrático para os Estados. De forma que o anticontagionismo, ou seja, a crença de que os miasmas – o veneno vindo da matéria animal e vegetal em putrefação – espalhados pelo ar causavam as doenças, foi a teoria predominantemente aceita pela comunidade médica e científica durante quase todo o século XIX.

Até os mais radicais anticontagionistas admitiam a existência de algumas doenças contagiosas como a sífilis e a varíola. No entanto, as ‘três grandes’ enfermidades contra as quais a quarentena era direcionada, peste bubônica, febre amarela e cólera, pareciam confirmar, justamente, as teses anticontagionistas ao ultrapassar todas as barreiras sanitárias impostas para contê-las. Para os defensores dos miasmas, de modo geral, existia não relação, mas coincidência entre a chegada de epidemias e de navios, pois não acreditavam na importação

de doenças de localidades infeccionadas e nem que elas fossem transmitidas de pessoa a pessoa (Ackerknecht, Sep. 1948, p.573).

As chamadas três grandes constituíam o principal problema de saúde pública do período. Epidemias de varíola, influenza, meningite devastavam também a Europa na mesma época, mas não geravam respostas preventivas e emocionais similares nas sociedades, como ocorria com a peste, a febre amarela e o cólera. Provavelmente porque aquelas não matavam tanto nem tão dramaticamente e nem geravam as odiadas quarentenas, como estas (Ackerknecht, Sep. 1948, p.569).

O cólera varreu o mundo em quatro grandes epidemias durante o século XIX, espalhando verdadeiro terror. Em 1821, a doença, que havia começado na Índia, bateu às portas da Europa. Franceses e russos aplicaram medidas como cordões militares e quarentenas. No entanto, em 1831, o cólera invadiu a Rússia e, no ano seguinte, o resto da Europa a despeito da prevenção radical nos portos e fronteiras. Esse fato serviu de forte argumento para os defensores da tese anticontagionista. Em 1848, a doença invadiu novamente as barreiras sanitárias europeias, o que provava mais uma vez a ineficácia das quarentenas e dos cordões sanitários (Ackerknecht, Sep. 1948, p.575).

Ackerknecht (Sep. 1948, p.567), em clássico texto sobre o anticontagionismo no século XIX na Europa, demonstra a existência de um ajuste fino entre sistema político e saúde pública. Em seu argumento, a escolha de determinada forma de prevenção era ditada pelo tipo de regime político. Assim, uma ideologia autocrática favorecia a visão das doenças epidêmicas como contagiosas e, conseqüentemente, aplicava a quarentena. Regimes liberais, em contraste, optavam por uma variedade de medidas localistas, atentando também para problemas sociais, como remoção de lixo, drenagem do solo, remoção de casas insalubres e fornecimento de água potável. Em vez da quarentena, preferiam corrigir as deficiências do meio como forma de prevenção às doenças.

No entanto, como indica Peter Baldwin (1999), a relação entre defesa sanitária e ideologia política era mais complexa uma vez que os interesses mercantis não eram uniformes. Segundo o autor, é verdade que o estilo de governar deixava sua marca no controle de doenças, embora fosse mais significativo entender como a compreensão das ameaças de epidemias era moldada pelo estilo de intervenção estatal, elaborado para combatê-las.<sup>13</sup>

Fato é que a oposição à quarentena no século XIX crescia junto com a expansão do comércio internacional. E, se grupos mercantis a identificavam com regimes tirânicos, a comunidade médica a associava a práticas de prevenção sem rigor científico. Muitos anticontagionistas eram cientistas proeminentes, e a luta por tal teoria representava a guerra pela ciência, contra autoridades absolutas e o misticismo religioso, e a favor do rigor científico em detrimento de especulações a respeito da etiologia das doenças (Ackerknecht, Sep. 1948, p.567; Harrison, 2006, p.203).

Os discursos a respeito de contágio e anticontágio estavam, porém, longe de ser homogêneos entre autoridades governamentais e científicas europeias. Se para alguns a entrada do cólera na Rússia em 1830, apesar do forte aparato sanitário de defesa, era a prova da ineficácia da quarentena, para outros demonstrava que essa prática de prevenção não havia sido aplicada e reforçada corretamente durante a epidemia. Como Richard Evans (Aug. 1998) mostrou, autoridades em Hamburgo tiveram pouca ação na luta contra o cólera em 1832

e 1848, enquanto autoridades prussianas, menos dependentes do comércio, insistiram na contagiosidade da enfermidade e na necessidade de restrição do comércio e da livre circulação da população (Harrison, 2006, p.206).

Como observou Ackerknecht (Sep. 1948, p.564), a história da teoria do contágio e, por conseguinte, a das quarentenas como prática de prevenção contra epidemias não é linear, mas uma série contínua de altos e baixos, aceites e refutações. Até alguns contagionistas consideravam a quarentena ineficaz para doenças como o cólera, que se vinha demonstrando capaz de ultrapassar qualquer tipo de barreira sanitária.

Krista Maglen (2002) examinou a história da quarentena na Inglaterra e o estabelecimento das Port Sanitary Authorities (PSA), em 1872, como sistema alternativo de profilaxia e meio de retificação de deficiências da quarentena na prevenção de infecções. Ao contrário do que a historiografia tem demonstrado<sup>14</sup>, quando afirma que a quarentena se tornou redundante nos portos britânicos no final do século XIX, Maglen defende que essa prática foi mantida na recepção de doenças consideradas exóticas – peste e febre amarela – e continuou a desempenhar papel importante no dia a dia das operações portuárias até 1896, quando foi abolida, não sem controvérsias entre autoridades sanitárias e científicas. A autora mostra que o sistema montado com a criação das PSA foi mantido por um quarto de século ao lado do velho sistema de quarentenas.

Dessa forma, nem no contexto do extremo modelo político liberal da Inglaterra, a divisão entre contágio e miasmas deve ser compreendida de forma determinante e definitiva para o lado anticontagionista. Baldwin (1999, p.15) prefere explicar o modelo de prevenção inglês em saúde pública como mais informado pelo anticontagionismo, em relação aos países europeus continentais. Na verdade o que existia, em nível de estratégias nacionais, era a justaposição de medidas profiláticas localistas e contagionistas.

Se o ambientalismo procurava significados para a implementação de reformas sociais e para a luta pelas liberdades, nas nações europeias que aplicavam medidas quarentenárias, o argumento para utilizá-las estava longe de ser alguma violação de liberdades civis, sendo antes medida higiênica pelo benefício de todos (Baldwin, 1999, p.19, 24).<sup>15</sup>

A emergência da bacteriologia mostrou que as duas teorias – contágio e miasmas – poderiam estar em perfeita harmonia quanto a alguns aspectos: doenças poderiam surgir em um local e daí serem transmitidas; a sujeira poderia multiplicar microrganismos; a aglomeração de pessoas em local fechado era condição insalubre capaz de produzir doenças (Baldwin, 1999, p.5).

Quando o cólera chegou ao Brasil, em 1893, no entender dos médicos do Instituto Sanitário Federal o contágio era indiscutível. No decurso da epidemia, entretanto, a importação da doença e a questão do contágio foram objetos de debates na comunidade médica. Os adversários do diagnóstico oficial de cólera-morbo, em sua maioria autoridades locais, procuravam demonstrar que os casos de diarreia – sem provas suficientes, em sua opinião, de que se tratasse de cólera – não vinham do vale do Paraíba, mas estavam enraizados no meio ambiente local, “sob o efeito de fatores climáticos e telúricos conjugados à predisposições individuais e à ingestão de alimentos que favoreciam a eclosão de desordens intestinais” (Benchimol, 1999, p.255).

A verdade é que os adeptos da causa microbiana não tinham respostas conclusivas para a emergência da epidemia, que havia ultrapassado rapidamente as barreiras sanitárias montadas

nas cidades e nos portos brasileiros. Os elos da cadeia infecciosa se perdiam na trilha que os imigrantes percorriam dos portos até as fazendas no vale do Paraíba (Benchimol, 1999, p.256).

A defesa sanitária das cidades brasileiras, durante a epidemia de cólera de 1893, dava-se através da imposição de cordões sanitários, com aparato militar ao longo dos caminhos por onde os viajantes permaneciam em quarentena sob a mira de fuzis. “A ambiência bélica reinante no Brasil favorecia a adoção de medidas dessa natureza para aferir a inocuidade de pessoas e objetos suspeitos a desinfecção e vigilância forçada por vários dias” (Benchimol, 1999, p.257).

Na realidade, salvo em épocas críticas de epidemias, a saúde pública brasileira, como a europeia, inspirava-se nas medidas que o médico sanitaria francês Adrien Proust (pai de Marcel Proust) adotara na França em 1890 para impedir a importação do cólera da Espanha, onde a epidemia reinava, sem despertar reações internacionais contra os cordões sanitários e quarentenas. Os componentes básicos utilizados pela saúde pública no Brasil na defesa sanitária de cidades, habitações, meio ambiente e corpos eram as desinfecções por vapor, calor e germicidas (Benchimol, 1999, p.271).<sup>16</sup>

A maioria dos representantes da classe médica brasileira partilhava das teorias do higienista bávaro Max von Pettenkofer (1818-1901), em especial de sua *Boden Theorie*, que defendia a ideia de que, para a ocorrência de uma epidemia, eram necessários quatro fatores: o germe específico, condições relativas ao lugar, condições relativas ao tempo, e predisposições individuais para contrair as doenças. O germe, por si só, não causaria a doença sem a presença dos outros três fatores, o que excluía o contágio direto (Benchimol, 1999, p.279).

Os pasteurianos brasileiros tinham a preocupação de encaminhar as medidas de prevenção da saúde pública à luz da teoria dos germes, em um ‘estilo moderno’ igual ao aplicado pelo sanitarismo francês. O saneamento executado no início do século XX no Rio de Janeiro, no entanto, acabara tomando feições prussianas. A reforma urbana de Pereira Passos mantinha seus alicerces nas teorias do solo e na higiene dos miasmas (Benchimol, 1999, p.284).

## **Recepção e inspeção de navios e passageiros no porto do Rio de Janeiro**

A preocupação com a entrada de doenças transmissíveis pelos portos brasileiros remete a uma época em que o país ainda se via livre da febre amarela, cólera e peste. Em 1843, o Ministério do Império baixou decreto exigindo a inspeção e a quarentena para navios estrangeiros que pudessem estar contaminados com alguma moléstia desconhecida (Sardinha, 1916, p.7).<sup>17</sup>

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

Essa atitude do Brasil acabou provocando uma crise de superprodução de artigos platinos, principalmente o gado e a carne de charque, que perdiam temporariamente um de seus maiores mercados. Cerca de 70% da produção deixou de ser exportada, e o valor do imposto aplicado à exportação duplicou, chegando a representar 27% do preço final dos produtos platinos (Chaves, 2003).

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

Era necessário elaborar determinação precisa de quais produtos poderiam transmitir o cólera. Foi pedido parecer a médicos experientes dos três países, e, representando o Brasil estavam João Batista de Lacerda, diretor do Museu Nacional, e Nuno de Andrade, inspetor de saúde dos portos. O mais importante era uniformizar o sistema de controle nos portos, mas para se saber se o produto estava contaminado ou não, era necessário realizar exames laboratoriais (Brasil, 1911, p.A-N1-41).

Durante a convenção, foram realizados experimentos com a carne de charque no Laboratório de Fisiologia do Museu Nacional no Rio de Janeiro. Foram adotados os pressupostos de Robert Koch sobre o bacilo-vírgula, descoberto no Egito em 1883. De acordo com alguns médicos da própria comissão científica organizada para a convenção, no entanto, a etiologia do cólera e sua contagiosidade ainda constituíam algo a ser confirmado (Chaves, 2006, p.4).

O doutor Nuno de Andrade, presidente da comissão científica da convenção, recomendou o uso do ácido sulfuroso nos casos de cólera, pois sua utilização em atmosfera úmida, com formação de gás sulfídrico, seria de resultado positivo. João Batista Lacerda, renomado cientista brasileiro e diretor do Laboratório de Fisiologia do Museu Nacional no Rio de Janeiro, apesar de não ter refutado os conhecimentos de seu colega e superior na comissão, afirmou que, de acordo com os estudos de Koch, estava convencido de que o germe do cólera não se encontrava no ar. Mesmo assim, a comissão técnica aprovou o uso do ácido sulfuroso como desinfetante nas embarcações (Chaves, 2006, p.10-11).

Em 22 de agosto de 1889, através do decreto n.10.318, foi promulgada a Convenção Sanitária celebrada, em 1887, entre o Império do Brasil, as repúblicas Argentina e Oriental do Uruguai, e à qual o Paraguai aderiu um pouco mais tarde. Uma das questões definidas dizia respeito a quais doenças se aplicariam as medidas sanitárias nos portos. Ficou decidido que as medidas seriam direcionadas à categoria criada durante uma das conferências de “moléstias pestilenciais exóticas”, que incluía a febre amarela, o cólera-morbo e a peste oriental (Brasil, 22 ago. 1889, art. 1<sup>o</sup>).

Assim, foram criadas definições exatas para que se pudessem aplicar as medidas de controle em forma de legislação nos três países. Foi determinado que: porto infectado era aquele em que reinasse epidemicamente qualquer uma das moléstias pestilenciais exóticas; porto suspeito era aquele em que tivessem existido casos isolados das moléstias ou por onde tivessem passado embarcações procedentes de localidades infectadas. Navio infectado era o que tivera a bordo algum caso de moléstia pestilencial. Navio suspeito era todo aquele procedente de porto infectado ou suspeito sem caso de moléstia pestilencial durante a viagem; o procedente de porto limpo, que tocasse em porto infeccionado ou suspeito; o que tivesse casos de óbito por moléstia não específica ou repetidos casos de qualquer moléstia; e o que

não portasse carta de saúde ou bilhete internacional de livre prática, após ter passado por tratamento sanitário.

Foram estipuladas três espécies de navios: vapores com menos de cem passageiros; vapores para o transporte de imigrantes, com privilégio ou não de pacote, com mais de cem passageiros e navios à vela (Brasil, 22 ago. 1889, art. 5<sup>o</sup>).

Nos navios do primeiro e do segundo grupo passou a ser necessária a presença de um médico de bordo e de estufa de desinfecção a vapor d'água. Os navios destinados a portos dos três países que assinaram a convenção passaram a ter que portar carta de saúde, passada pela autoridade sanitária do porto de procedência e visada pelos cônsules dos países de destino, no mesmo porto de procedência ou de escala. Essa carta deveria ser apresentada pelo comandante do navio às autoridades sanitárias dos portos de escala e entregue à autoridade do último porto em que o navio atracasse. As cartas de saúde não eram exigidas entre portos da mesma província.

O visto consular era escrito no verso da carta e autenticado com selo do consulado. Se o cônsul não fizesse nenhuma objeção aos dizeres da carta de saúde, era dado o visto simples ao navio. Caso contrário, o mesmo cônsul anotava, em seguida ao visto, o que lhe parecesse conveniente. As cartas de saúde que trouxessem visto retificativo, depois de visadas no primeiro porto de qualquer dos estados contratantes em que o navio tivesse tocado, eram acompanhadas de bilhete sanitário, firmado pela autoridade do mesmo porto, que detalhava o tratamento a que o navio fora submetido.

As cartas de saúde poderiam ser de duas espécies: 'limpa', sem caso de moléstia no porto de procedência ou no de escala; 'suja', se o navio tivesse passado por epidemia ou por casos isolados de moléstias pestilenciais exóticas.<sup>18</sup>

No porto havia turmas de médicos encarregados de realizar as visitas sanitárias aos navios que entravam ou saíam, vindos do exterior ou para lá se dirigindo. Parte dos médicos encarregados da inspeção ficava com as visitas internas em navios já fundeados, e outra parte com as visitas externas em navios que tinham acabado de chegar ao porto.

A visita sanitária interna deveria ser feita de preferência aos navios que tivessem a bandeira da nacionalidade içada no mastro da proa, o que significava que havia doente a bordo. Se o doente estivesse afetado com moléstia comum, a autoridade sanitária comunicava por escrito ao comandante. Essa comunicação o autorizava a tratar o doente a bordo ou em terra. Caso, porém, o doente estivesse afetado por moléstia contagiosa e a autoridade sanitária verificasse tratar-se de doença pestilencial exótica, o navio era encaminhado ao lazareto da ilha Grande (Andrade, 12 abr. 1890).

No lazareto, o navio poderia permanecer em duas espécies de quarentena, a de rigor e a de observação. Em ambas dava-se o isolamento do navio. Na quarentena de observação o navio devia permanecer até expirar o prazo máximo de incubação da moléstia – dez dias para a febre amarela, oito para o cólera-morbo e vinte para a peste oriental – que começava a ser contado a partir da data de entrada do navio (ou do passageiro) no lazareto, mas não se fazia desinfecção (Andrade, 12 abr. 1890).

Na quarentena de rigor, após o desembarque dos passageiros no lazareto, procedia-se ao desembarque das cargas e à desinfecção do navio e dos objetos suspeitos de transmitir a moléstia. Era aplicada aos navios infeccionados e àqueles em que a bordo houvessem ocorrido

casos de moléstia não especificada. Possuía duas finalidades: isolar passageiros com moléstia pestilencial exótica em período de incubação e proceder à desinfecção de objetos suspeitos de se prestar à transmissão da doença.

A quarentena de observação consistia no exame rigoroso, efetuado pelo médico do lazareto. Verificavam-se os livros de bordo, da enfermaria, da farmácia, das prescrições médicas, assim como os medicamentos existentes, comparando-os com os embarcados. Na ocasião desse exame, competia a um funcionário do lazareto verificar diversos compartimentos no navio, podendo mesmo interrogar passageiros e tripulantes.

A duração da quarentena de rigor também era a do prazo máximo de incubação da moléstia pestilencial que se queria evitar, a contar da data do último caso ocorrido durante a viagem. Se o prazo decorrido depois do último caso de moléstia pestilencial fosse menor do que o da incubação máxima da doença, os passageiros permaneciam em quarentena complementar de tantos dias quantos faltassem para inteirar o referido prazo de incubação máxima. Esse tipo de quarentena era praticado no lazareto, salvo na eventualidade de não haver espaço suficiente no local, sendo então permitida sua realização a bordo.

Passageiros acometidos de moléstia pestilencial na ocasião da chegada do navio eram recolhidos ao hospital de isolamento; os demais, submetidos à quarentena no lazareto.

Ficava livre da quarentena e das visitas o navio que procedesse de porto reconhecidamente limpo – em satisfatórias condições de saúde a bordo, atestadas pela autoridade sanitária – e tocasse Rio de Janeiro, Montevidéu ou Buenos Aires em época epidêmica. Nessa situação, deveria limitar-se à descarga de mercadorias, ao desembarque de passageiros e à entrega e recebimento da correspondência postal, contanto que tais operações fossem realizadas de forma segura, livres de toda infecção, não tendo o navio se comunicado com pessoa ou objeto algum de portos infectados ou suspeitos. Esses fatos eram comprovados por documento, firmado pela autoridade sanitária do porto que o navio tocara, visado pelo cônsul do país de destino e certificado pelo inspetor sanitário também do país de destino.

As visitas sanitárias externas eram feitas a todos os navios que chegavam de portos estrangeiros, a fim de verificar o estado de saúde a bordo, determinar as medidas convenientes para restabelecer as boas condições de higiene, impor quarentenas e fiscalizar o cumprimento das providências (Andrade, 12 abr. 1890).<sup>19</sup>

Nas visitas externas, logo que o navio chegava no ancoradouro, a ele se dirigia um médico e, antes de subir a bordo, procedia ao interrogatório do comandante da embarcação. Se o navio estivesse em boas condições, o médico já a bordo verificava as alegações do comandante, concedendo ou não a livre prática.<sup>20</sup> Se, entretanto, antes de entrar no navio, o médico encontrasse razões para acreditar que estivesse ‘infeccionado’, com doentes a bordo, ordenava que se dirigisse ao ancoradouro do lazareto da ilha Grande a fim de passar pela inspeção do médico encarregado do serviço (Andrade, 12 abr. 1890).

### **Micróbios, vetores e as tecnologias da ‘nova higiene’**

Nos primeiros anos do século XX, identificamos no Brasil algumas mudanças no padrão da prevenção e do combate às três grandes epidemias, em decorrência de algumas noções que, se nas últimas décadas do século XIX eram tema de controvérsias na comunidade científica,

no início do XX estavam comprovadas e bem articuladas em termos de teoria e prática de prevenção.

Como indica Benchimol (1999, p.439), a palavra vetor direcionava-se a algo bem preciso. No lugar de um antagonismo entre a velha higiene dos miasmas e a nova ciência dos micróbios, o que ocorreu foi uma retificação da ação dos velhos pressupostos à luz da estratégia dos novos, “realizando-se uma tradução recíproca de interesses vantajosos para metas que uns e outros perseguiam”.<sup>21</sup> Para cada doença que se pretendia combater, a velha higiene tinha que travar batalhas contra as forças da natureza, a topografia das cidades, os solos encharcados. Com o micróbio específico para cada enfermidade, os pasteurianos indicavam a direção das batalhas.

Os esforços para equacionar a febre amarela à luz de micróbios específicos não romperam, no entanto, com o caráter plural das estratégias de luta contra essa doença.<sup>22</sup> Quando Oswaldo Cruz assumiu a direção da saúde pública, em 1903, retificou o curso das ações na focalização dos vetores da febre amarela e da peste bubônica e na ênfase à vacina contra a varíola (Benchimol, 1999, p.440).

No início do século XX, os velhos modelos de detenção – de pessoas e/ou navios – durante certo número de dias, para averiguar a presença de algum tipo de doença infecciosa, era contestado pela ‘nova higiene’<sup>23</sup>, que ditava o isolamento do doente, a vacinação e a vigilância sanitária<sup>24</sup> dos passageiros saudáveis. “O regime quarentenário teve então o seu canto de cisne”, nas palavras do ministro da Justiça e Negócios Interiores, Sabino Barroso Junior, em seu relatório anual para a presidência (Brasil, 1902, p.293).

A detenção dos navios em lazaretos foi substituída pelo expurgo das matérias contaminadas (desinfecção pelo aparelho de gás de Clayton) e pela vigilância médica dos desembarcados, que tinham agora liberdade de locomoção desde que indicassem a residência de destino, onde seriam visitados por funcionários da Inspetoria Geral de Saúde do Porto do Rio de Janeiro, durante o prazo de incubação da doença (Brasil, 1902, p.296).

O regulamento sanitário brasileiro de 1904 priorizava o saneamento do meio, do porto e da cidade, com o objetivo de criar nesses locais resistências mais fortes às infecções. Para que a quarentena<sup>25</sup> não fosse mais aplicada, entretanto, era necessário um contingente maior de pessoal técnico para vacinar e seguir os passageiros em vigilância; além da reorganização da cidade e do porto, exterminando os locais considerados focos de epidemias: cortiços e habitações populares com aglomeração de pessoas<sup>26</sup> (Brasil, 1902).

Mudanças, porém, não acontecem de forma abrupta. Foi preciso, a par do estabelecimento de nova legislação, que se ditassem normas e medidas, e também novos hábitos, principalmente para os inspetores, funcionários e médicos do porto. Eles tiveram que se preparar para lidar com os novos preceitos profiláticos e com os modernos instrumentos e técnicas de desinfecção, como o aparelho de Clayton.

No porto do Rio de Janeiro, o serviço de desinfecção já foi completamente modificado, poupando-nos assim, V. Ex., o deprimente espetáculo que oferecíamos ao estrangeiro, de uma desinfecção cômica por meio de ‘painéis de enxofre’ e ‘de um balde’ contendo uma solução antisséptica ..., um desinfetador ignorante borrifava os sapatos dos passageiros com a referida solução. Este serviço, naturalmente, não era presidido pelos médicos do porto, que vexavam-se de presidir tal operação (Brasil, 1904a, p.42; destaques no original).

Assim, num primeiro momento, foi expedido, em 30 de setembro de 1901, aviso informando que as quarentenas seriam reduzidas ao caso de navios infectados e, nesse caso, a desinfecção das mercadorias e das bagagens seria estabelecida, bem como a vigilância médica dos desembarcados. Seria inovação muito complicada, e tanto as autoridades de saúde pública quanto o governo sabiam disso, pois, com raríssimas exceções, os estados da União se encontravam completamente desprovidos “da precisa orientação científica” e de serviço sanitário estruturado e eficaz (Brasil, 1902, p.297).

O Brasil, enquanto signatário da 11ª Conferência Sanitária Internacional, assinada em Paris, em 1903, e da Convenção Sanitária entre as Repúblicas Platinas, assinada no Rio de Janeiro, em 1904, tinha agora o compromisso de promover as reformulações acertadas nas reuniões com relação aos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais do país, que eram então extremamente deficientes<sup>27</sup> (O Brazil-Medico, 1905, p.228).

Para dar cumprimento ao disposto nesses tratados, era indispensável dotar de instalações sanitárias ao menos os principais portos da União para que pudessem ser postos em prática o isolamento dos doentes e a desinfecção dos navios e de todos os objetos e pessoas capazes de veicular o contágio. Dessa forma, era urgente a instalação de hospitais de isolamento e de estações de desinfecção nesses portos. Ao lado das instalações materiais, era preciso também realizar a reorganização administrativa dos serviços, dotando-os de mais pessoal para dar conta de vigilância, vacinação, isolamento, fiscalização e desinfecções (O Brazil-Medico, 1905).

Oswaldo Cruz foi então chamado, pelo ministro da Justiça e Negócios Interiores, J. J. Seabra, a realizar longa expedição aos portos marítimos e fluviais do Brasil, com a finalidade de verificar *in loco* os melhoramentos de que cada um carecia. Entre setembro de 1905 e fevereiro de 1906, em plena remodelação do Rio de Janeiro, o diretor de Saúde Pública realizou sua viagem pelos portos, de norte a sul do país, com o objetivo de levantar dados para pôr em prática o projeto de reforma da organização de todos os principais portos da União (Lima, 1997).

Na Convenção Platina de 1887, foi acordada a construção de lazaretos em outros portos brasileiros. Assim, começou-se a pensar na construção de estações de desinfecção nos portos do Pará, da Bahia e de Pernambuco. Estas estações ficaram prontas, embora não tenham tido um funcionamento contínuo durante os anos posteriores, o que gerava entraves comerciais (Ofício..., 16 dez. 1913).

Em ofício dirigido no dia 16 de dezembro de 1913 ao ministro do Interior, Uladislau de Freitas, o presidente da Associação Comercial do Amazonas encaminha solicitação apresentada pelos senhores Booth & Cia., agentes em Manaus da The Booth Steamship Co., Ltd., com sede em Liverpool. Os ingleses pediam a criação de estação de desinfecção no Norte do país. Os navios que saíam de portos europeus e da América do Norte para o norte do Brasil, caso fossem declarados infeccionados, tinham que se dirigir para o expurgo na ilha Grande, gastando nessa viagem de ida e volta mais de vinte dias.

Chegou a existir, durante algum tempo, um lazareto próximo ao porto de Manaus, com sede na ilha da Tatuoca, na baía de Marajó, construído após a assinatura da Convenção Platina de 1887, que, no entanto, em 1912 já estava em ruínas (Ofício..., 5 jan. 1912).

Em 1903, o serviço de desinfecção do porto do Rio de Janeiro sofreu completa transformação. Uma das novas estrelas da profilaxia moderna era o aparelho de gás de Clayton, que passou a

ser utilizado na desinfecção de navios, mercadorias e bagagens, com a promessa de liquidar com qualquer tipo de inseto vetor (rato, pulga, mosquito) e micróbios.

As desinfecções com a solução numa panela de enxofre, que tanto envergonhavam o então empossado diretor-geral de Saúde Pública, doutor Oswaldo Cruz, passaram a ser feitas por uma barca, portando o aparelho de Clayton, estufa, câmaras de formol e gás sulfuroso, novidades técnicas da profilaxia internacional. Essa barca era dividida em duas seções, uma para os objetos contaminados, e outra para os expurgados. Todas as suas operações passaram a ser presididas por um médico do porto (Brasil, 1904b, p.354).

No Rio de Janeiro, existiam três estações de desinfecção em terra, subordinadas à Inspetoria do Serviço de Isolamento e Desinfecção, órgão vinculado à Diretoria de Higiene e Assistência Pública Municipal: a estação do Desinfectório Central<sup>28</sup>, na rua Clapp, perto da praça Quinze de Novembro, inaugurado em 1890; a do Engenho Velho, onde funcionava o antigo matadouro, atual praça da Bandeira, e a da rua da Relação, distrito de Santo Antônio, ambas construídas em 1891. Em 1894, o Desinfectório Central foi provido de moderna aparelhagem de fabricação alemã, as estufas de Geneste Herscher. Em 1904, Oswaldo Cruz inaugurou mais um desinfectório, em Botafogo, onde hoje fica o Hospital Rocha Maia (Benchimol, 1999, p.291-292).

Com a entrada de Oswaldo Cruz para a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), em 1903, o porto passou a ter inspetoria específica para realizar o serviço de profilaxia, a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção, presidida pelo doutor Jaime Silvado. O serviço era realizado seguindo o novo arranjo conceitual relativo à forma de transmissão das doenças, articulado

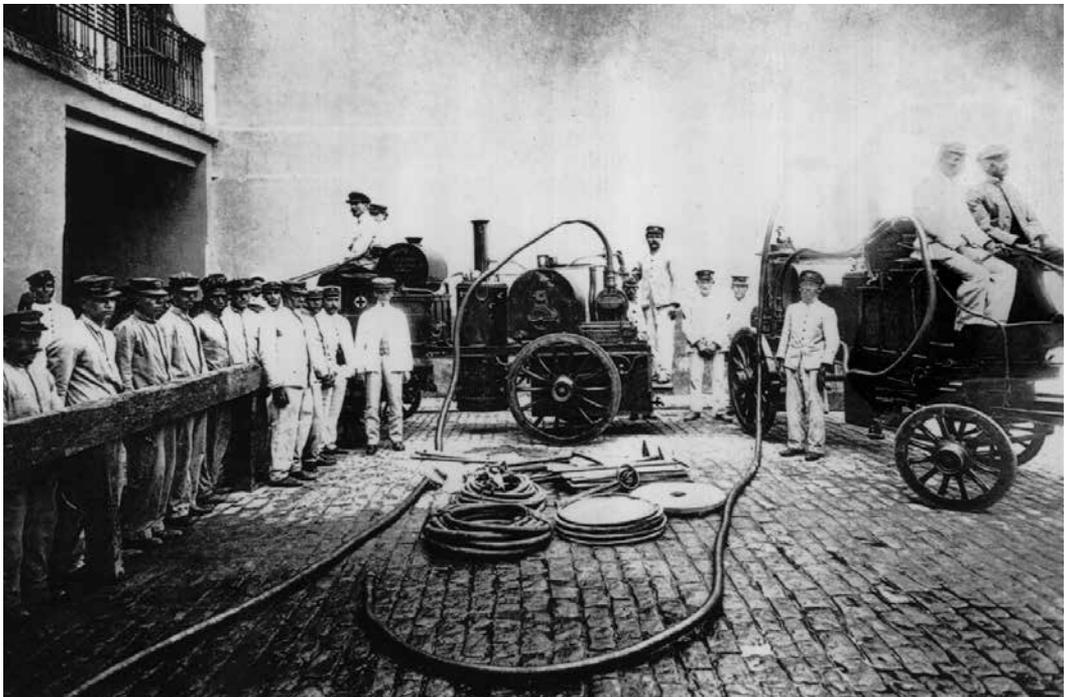


Figura 2: Aparelho de Clayton utilizado nos processos de desinfecção e fumigação; grupo de desinfetadores, uniformizados, da Diretoria Geral de Saúde Pública (Acervo COC/Fiocruz, s.d.)

por Oswaldo Cruz em sua campanha de combate aos vetores (Brasil, 1904b, p.41; Benchimol, 1999, p.284).

Uma das novidades do aparelho de Clayton era a possibilidade de ser instalado a bordo de uma barca, que se encostava aos navios para que se realizasse a desinfecção sem a necessidade de fazer a descarga da embarcação. Isso impedia possível invasão do porto por vetores, principalmente por ratos que saíam quando o navio atracava, normalmente por cordas e plataformas (Brasil, 1904b, p.42).



Figura 3: A chalupa de desinfecção funcionando junto ao vapor Manáos pouco antes da partida; foto de Marc Ferrez (Silvado, 15 ago. 1903, p.10)

O novo serviço de desinfecção foi inaugurado no dia 17 de outubro de 1903, em plena epidemia de peste bubônica na cidade. Com o intuito de proteger o litoral do Brasil da epidemia que grassava no Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz instalou o aparelho de desinfecção pelo gás de Clayton em todos os navios que partiam da capital com destino aos demais portos brasileiros (Silvado, 15 ago. 1903, p.5).

Uma chalupa a vapor, medindo cerca de vinte metros de comprimento por cinco metros e meio de largura, foi preparada para realizar o serviço, sendo montada a bordo uma estufa de fabricação alemã Geneste Herscher e dois aparelhos de Clayton (Silvado, 15 ago. 1903).

O aparelho de Clayton não era novidade apenas no Brasil, mas também na Europa. Começou a ser utilizado praticamente no mesmo período tanto no porto do Rio de Janeiro quanto no de Dunquerque, na França. No ano anterior, 1902, o aparelho ainda estava sendo sujeito a testes para verificação de sua eficácia na desinfecção de roupas e objetos.

Em 27 de setembro de 1902, o diretor do Instituto Pasteur de Lille, doutor A. Calmette, empreendeu uma série de experiências com o objetivo de determinar a ação desinfetante do gás sobre roupas e objetos artificialmente contaminados por “micróbios patogênicos: febre tifoide, cólera e peste”, escolhidos porque ofereciam o maior interesse sob o ponto de vista

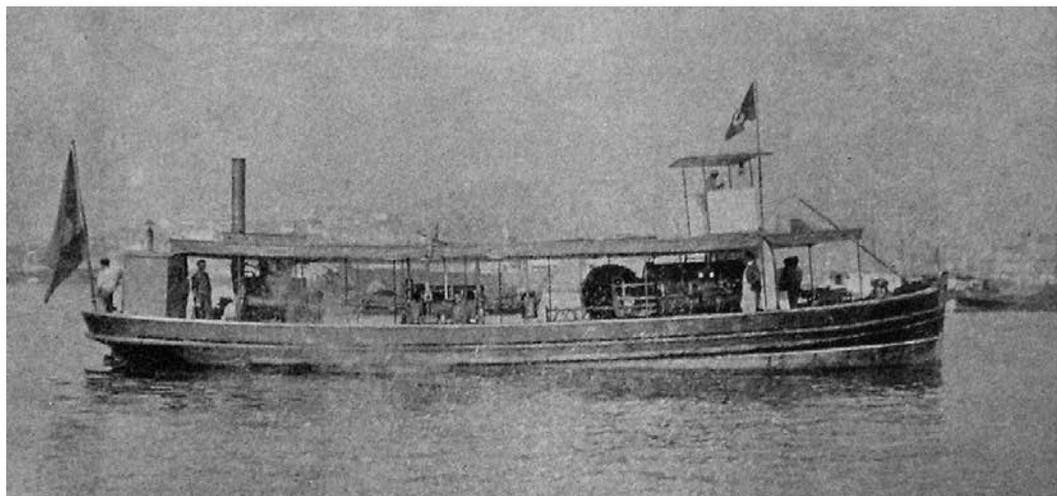


Figura 4: A chalupa de desinfecção; foto de Marc Ferrez (Silvado, 15 ago. 1903, p.10)

da profilaxia marítima. A experiência teve colaboração também do doutor Duriau, diretor de saúde do porto de Dunquerque, e do senhor David, químico-chefe do ministério das finanças francês, que se encarregaram de estudar mais especialmente os efeitos do gás sulfuroso seco sobre os ratos e sobre as diversas mercadorias (Calmette, Hauteville, 1902, p.449-451).

Os testes concluíram que o uso do gás sulfuroso seco, produzido sob pressão do aparelho de Clayton, nas condições em que foi empregado (grau de concentração de 8%), foi perfeitamente eficaz na desinfecção dos navios, para tornar inofensivos os objetos contaminados pelos micróbios da febre tifoide, do cólera e da peste. Além disso, o processo permitia destruir todos os ratos e insetos como pulgas, percevejos, baratas etc., sem alterar sensivelmente as mercadorias mais delicadas, como peles, couros, cereais, açúcar, carnes, frutas, tampouco causando o menor estrago nos objetos de metal (Calmette, Hauteville, 1902, p.451).

Foi recomendado, então, que todos os serviços sanitários marítimos da França fossem aparelhados para empregar o novo método de desinfecção, no sentido de evitar as quarentenas prolongadas. A técnica também foi aplicada na defesa dos portos contra a invasão do cólera e da peste, sempre ameaçadoras em território francês. Do mesmo modo, foi aconselhada sua adoção às grandes companhias de navegação, que deveriam instalar, em cada unidade, um aparelho de Clayton a bordo. Pouco tempo depois, no Brasil, de acordo com o regulamento sanitário de 1904 (Brasil, 8 mar. 1904, art. 47), o aparelho de desinfecção se iria tornar obrigatório em embarcações que viajassem por período superior a 48 horas.

Aplicada no porto do Rio de Janeiro, a desinfecção pelo Clayton permitia que os navios não precisassem mais ir à ilha Grande para realizar os procedimentos sanitários. Feita a desinfecção nos porões carregados de mercadoria, o resultado da operação só era visível horas ou dias depois, quando a embarcação chegava ao porto de escala, onde se procedia a descarga, com a visão dos insetos vetores mortos (Brasil, 1904b, p.43).

Bastante significativos para o Brasil com respeito à participação em eventos internacionais, como congressos<sup>29</sup>, conferências e convenções, foram 1903 e 1904. Um desses eventos foi a segunda participação do país em conferência sanitária europeia, ocorrida em Paris, em

outubro de 1903, com a finalidade de renovar as bases científicas da convenção anterior, de 1897, que visava à profilaxia da peste e do cólera. De acordo com os estudos sobre a peste, considerando-se o rato seu principal transmissor, nova orientação deveria ser tomada no que dizia respeito a sua profilaxia (O Brazil-Medico, 1905, p.227).

A Conferência de Paris de 1903, que reuniu 21 países, recomendou a implementação da descoberta de John Snow sobre o cólera: era possível prevenir a doença, evitando que a água destinada ao consumo fosse contaminada pela do esgoto. Isso resultou em importante inflexão no que dizia respeito à higiene dos navios e portos, assim como à vigilância de viajantes e de tripulações provenientes dos locais infectados. Retificou-se também que a peste era doença que poderia ser combatida mediante a eliminação dos ratos dos portos e navios. Além disso, conhecia-se, desde o século XIX, remédios contra a doença, como o soro de Yersin e a vacina de Haffkine (Cueto, 2007, p.28).<sup>30</sup>

O diplomata Gabriel de Piza foi o representante brasileiro em Paris. Apesar de o foco dessa convenção concentrar-se apenas na peste e no cólera, Piza conseguiu que se discutisse também a febre amarela.<sup>31</sup> A Convenção de Paris aceitou como demonstrada cientificamente a profilaxia decorrente dos estudos da missão americana – coordenada por Walter Reed em Cuba em 1900 – que constataram ser a febre amarela transmitida pelo mosquito *Stegomyia fasciata*.<sup>32</sup> Todas as nações deveriam modificar seus regulamentos, a partir de então, de acordo com a nova orientação, que reconhecia esta espécie de mosquito como o transmissor da febre amarela (Cueto, 2007; Brasil, 1904a, v.3, p.15).

O segundo evento internacional relevante, com participação brasileira, foi a convenção com os países vizinhos, Argentina, Uruguai e Paraguai, que ocorreu no Rio de Janeiro, em junho de 1904.<sup>33</sup> A modificação do tratamento sanitário dos navios provenientes de portos infectados era há muito uma das maiores aspirações das nações platinas e também do Brasil, por causa dos numerosos prejuízos sofridos pelo comércio em decorrência dos regimes de quarentena. A abolição desse regime na região foi a primeira das vantagens decorrentes de tal convenção (Cueto, 2007, p.228; Brasil, 1904a, v.3, p.16).

A segunda vantagem foi o aceite, pelos membros das nações vizinhas, da profilaxia da febre amarela adotada pelo Brasil, estabelecendo como princípio científico a não obrigatoriedade da desinfecção das roupas na profilaxia da moléstia, segundo o art. 15, letra E dessa convenção (Brasil, 1904a, v.3, p.16).

### **Mudanças e continuidades na profilaxia da peste, cólera e febre amarela**

A Convenção Platina de 1904 apontou medidas profiláticas diferenciadas para a peste bubônica, cólera e febre amarela, ratificando as práticas do isolamento do doente, da vigilância sanitária dos saudáveis, das desinfecções do navio, bagagens, roupas e objetos pessoais e da vacinação preventiva. A nova legislação ditou mudanças que iam em direção aos novos pressupostos científicos, relacionados à compreensão dos insetos vetores na transmissão de moléstias (Brasil, 1904a, v.3, p.15).

A vigilância sanitária deveria ser exercida sobre todos os passageiros, mas com certas diferenças entre os de primeira, segunda e terceira classes. Para os passageiros de primeira e segunda classes, ela seria cumprida em terra, garantindo a liberdade de locomoção dos

indivíduos, podendo a autoridade sanitária recorrer ao sistema de passaportes sanitários, exigindo prévio depósito em dinheiro, a ser devolvido quando terminasse a observação médica (Brasil, 1904a, v.3, p.15).

Quanto aos passageiros de terceira classe, em sua maioria imigrantes, a vigilância poderia ser praticada dentro dos navios e sob as restrições que a autoridade sanitária julgasse mais conveniente. Isso dava autonomia às autoridades para que utilizassem a proteção profilática que achassem mais adequada, incluindo a quarentena, que teoricamente fora abolida pela nova legislação, mas que permaneceu sendo aplicada em situações específicas (Brasil, 1904a, v.3, p.15).

Com relação à ‘peste levantina’, os navios que tocassem ‘portos infeccionados ou suspeitos’ deveriam tomar as necessárias precauções para impedir a passagem de ratos pelos cabos, amarras, correntes e demais meios de contato com a terra. Após a descarga, seriam submetidos aos processos para extermínio de roedores (Brasil, 8 mar. 1904, art. 24, 25).

Os inspetores sanitários de navio<sup>34</sup> tinham que assistir ao embarque dos passageiros no porto contaminado por peste e impedir a admissão a bordo de pessoas que apresentassem sinais evidentes ou suspeitos da moléstia. Quando julgassem conveniente, os inspetores poderiam exigir, antes do embarque, a desinfecção das bagagens dos passageiros de terceira classe. Caso aparecesse peste a bordo, o inspetor deveria isolar o doente em local apropriado, fazer a desinfecção de seus objetos pessoais e aplicar a sorovacinação em todos os passageiros e tripulantes que consentissem (Brasil, 8 mar. 1904, art. 26, 28).

No porto de destino, os ‘navios indenes’, ou seja, aqueles que, tendo saído de portos contaminados, não tiveram casos de doenças durante a travessia, passaram a ter livre prática, o que significava poder atracar no porto sem qualquer problema. Seus passageiros e tripulantes permaneciam em vigilância sanitária durante cinco dias, contando do momento do desembarque.

No caso de ‘navios infectados’ pela peste, eram realizados procedimentos iguais aos que recebiam os navios indenes, sendo que após o desembarque dos passageiros, o navio era desinfetado, procedendo-se ao extermínio de ratos antes da descarga e à desinfecção das roupas e objetos de uso pessoal. Essas operações deveriam ser realizadas sempre com o aparelho de Clayton ou qualquer outro sistema que reunisse condições para a realização do serviço. Terminadas tais intervenções, as cargas deveriam ser recebidas sem restrições (Brasil, 8 mar. 1904, art. 29-32).

Em caso de ‘porto contaminado’ pela febre amarela, antes da partida, os navios que tocassem tais portos deveriam tomar as necessárias precauções para evitar sua invasão pelos mosquitos de terra. Uma vez determinada a operação de descarga, eles eram submetidos ao tratamento julgado mais eficaz pela autoridade sanitária para o extermínio dos mosquitos (Brasil, 8 mar. 1904, art. 33, 34).

Os inspetores sanitários de navio deveriam assistir normalmente ao embarque de passageiros, impedindo a admissão de pessoa que apresentassem sintomas de febre amarela. Durante a travessia, o inspetor tinha que proceder a minuciosa vigilância sobre passageiros e tripulantes, indagando e verificando a existência de mosquitos, larvas ou ninfas a bordo, lançando mão dos meios necessários para os destruir. Se durante a travessia aparecessem casos

da moléstia, o inspetor procederia o isolamento por meio de mosquiteiro adequado, evitando que os passageiros fossem picados (Brasil, 8 mar. 1904, art.35-37).

Os navios indenes, que haviam partido ou feito escala em porto com infecção de febre amarela e tomaram as precauções necessárias, eram recebidos no porto de destino em livre prática. Seus passageiros e tripulantes eram submetidos à vigilância de seis dias. Após o desembarque dos passageiros, procedia-se ao extermínio dos mosquitos, larvas e ninfas a bordo, podendo, de acordo com a autoridade sanitária, ser executadas medidas profiláticas com relação às roupas e objetos de uso pessoal dos passageiros. A carga deveria ser recebida sem restrição (Brasil, 8 mar. 1904, art. 38-40).

Os navios que tocassem portos contaminados pela 'cólera asiática' evitariam que os passageiros em trânsito e tripulantes baixassem a terra, salvo para operações imprescindíveis. Antes da partida, navios considerados contaminados deveriam proceder à limpeza e desinfecção dos depósitos de água (Brasil, 8 mar. 1904, art. 41-43).

Os inspetores sanitários de navios assistiam ao desembarque dos passageiros, impedindo a entrada de pessoas com sintomas da doença. Deveriam igualmente exigir a desinfecção prévia das bagagens. Durante a travessia, era feita a vigilância, e, caso aparecessem doentes, seriam isolados, e suas roupas e objetos de uso pessoal desinfectados (Brasil, 8 mar. 1904, art. 43-45).

No porto de destino, o navio indene que passara por tratamento sanitário era recebido em livre prática, sendo os passageiros e tripulantes submetidos à vigilância de cinco dias, contando do último porto contaminado. Os navios infectados eram submetidos à observância das determinações das autoridades sanitárias, no sentido de evitar a contaminação das águas do porto. Os enfermos eram desembarcados e isolados e, após esse desembarque, os navios deveriam ser descarregados e submetidos à rigorosa desinfecção. As roupas e os objetos pessoais sofriam expurgo. Os demais passageiros eram desembarcados e submetidos à vigilância sanitária de cinco dias. A carga, qualquer que fosse sua natureza, não deveria passar por processo algum (Brasil, 8 mar. 1904, art. 46, 47).

Identificamos algumas diferenças na profilaxia das três enfermidades. Com a utilização do aparelho de gás de Clayton, o desembarque das cargas passou a ser realizado sem restrições, o que resolvia os problemas relacionados ao entrave e à danificação das mercadorias no porto. Com relação à recepção de passageiros, no entanto, a aplicação de medidas diferenciadas para primeira, segunda e terceira classes continuou a gerar constrangimentos aos passageiros que viajavam na terceira classe. Enquanto aos da primeira classe era dado o direito à livre circulação – com a utilização dos passaportes sanitários e do depósito em dinheiro a ser devolvido ao final da observação médica – os passageiros da terceira classe permaneciam suscetíveis à medida profilática que a autoridade sanitária julgasse mais eficaz, a aplicação de quarentena incluída, o que estava diretamente relacionado com a política de controle imigratório.<sup>35</sup>

De acordo com Löwy (2006, p.33-34), a revolução pasteuriana mudou a natureza das pesquisas sobre as enfermidades, mas sua influência nas modalidades de prevenção foi limitada. O isolamento do bacilo da peste e do cólera e a elucidação do papel da pulga do rato na transmissão da peste não alteraram muito as medidas preventivas anteriores. O extermínio dos roedores era de realização mais prática do que a eliminação de seus parasitas. Com relação à febre amarela, a erradicação eficaz só foi possível com a descrição do papel do mosquito

como vetor. A certeza de que sua transmissão só ocorria por intermédio do *Stegomya fasciata* (posteriormente rebatizado como *Aedes aegypti*) tornavam obsoletas as medidas quarentenárias.

A seguir, analisarei o segundo caso de navio de imigrantes, o vapor francês Orleannais, que chegou em 1907 ao porto do Rio de Janeiro com epidemia de peste bubônica. Nele foram aplicados todos os preceitos da profilaxia moderna, da ‘nova higiene’. Esse caso foi tão bem sucedido que virou modelo para o serviço de desinfecção do porto do Rio de Janeiro.

### **A peste no Orleannais: um caso modelo**

Em 1907, o serviço de desinfecção do porto do Rio de Janeiro já tinha quatro anos de funcionamento sob a direção do doutor Jaime Silvado. A ordem da DGSP era de que se fizesse principalmente a profilaxia antipestosa de forma rigorosa, e o doutor Silvado seguia a determinação à risca (Brasil, jan. 1908, p.A1-1).

A situação sanitária no porto parecia tranquila. Há pelo menos três anos não ocorriam problemas sérios relacionados às epidemias. Para mostrar a eficiência de seu serviço, o doutor Silvado, em relatório enviado à DGSP, em 1907, apresentou quatro casos bem-sucedidos de navios que sofreram desinfecção e tiveram os surtos epidêmicos controlados. Um deles foi o Orleannais, que transportava imigrantes.

Vindo de Marselha, com escala em portos espanhóis, aportou no Rio de Janeiro com oitocentos imigrantes. Durante a travessia, houve dois óbitos e os corpos foram jogados ao mar, após serem diagnosticados pelo médico de bordo como peste bubônica. O vapor chegou ao porto com outros doentes, que foram encaminhados para o Hospital São Sebastião, no Caju, bairro situado na região portuária. Dos oitocentos imigrantes, de diversas nacionalidades aglomerados na terceira classe, 102 desembarcariam no Rio de Janeiro e quinhentos em Santos. O restante se encaminharia para Montevidéu e Buenos Aires (Brasil, 1908b, p.4; Gazeta..., 1 nov. 1907, p.4).

No dia 31 de outubro de 1907, começaram a surgir na imprensa notícias sobre um navio interdito com peste no porto do Rio de Janeiro. A polícia marítima impedira o desembarque dos passageiros, e uma visita médica, feita quando o navio se encontrava além da ilha de Villegaignon, na baía de Guanabara, verificou a existência da moléstia. Diante dessa situação, o médico do porto, doutor Joaquim Sardinha, comunicou o fato à Diretoria de Higiene, que enviou o doutor Emílio Gomes a bordo para examinar o sangue de um dos doentes. O enfermo foi encaminhado para terra firme a fim de ser devidamente tratado (Correio..., 31 out. 1907, p.2).

Enquanto isso, autoridades e população começaram a ficar preocupadas com o fato de haver um navio com surto de peste bubônica próximo à cidade. O major Trajano Louzada, inspetor da polícia marítima, como medida de prevenção, ordenou que o pacote fosse vigiado durante toda a noite, para que “nenhum imprudente, sem saber do perigo que corria” lá penetrasse, até que as autoridades decidissem o que fazer para evitar a propagação do mal. Dentro do vapor, os passageiros já começavam a sentir a escassez de comida. Em Buenos Aires, escala final do navio, o clima também era de temor (Correio..., 31 out. 1907; Gazeta..., 5 nov. 1907, p.2).

O Orleannais constituiu caso grave e cheio de dificuldades. Segundo o doutor Silvado, não era possível desinfetar no porto um vapor em tais condições anti-higiênicas e abarrotado de passageiros. Por isso, foi resolvido enviá-lo ao lazareto da ilha Grande, onde se poderia com calma, sem os passageiros a bordo, desinfetá-lo cuidadosamente. O inspetor de desinfecção havia pedido ao doutor Pedroso, que substituíra Oswaldo Cruz na direção da DGSP naquele momento, para levar o navio até a enseada da Jurujuba, em Niterói, município do estado do Rio de Janeiro, onde supunha poder realizar os procedimentos com comodidade, já que a enseada se localizava próxima ao porto. No entanto, o local, que havia abrigado o hospital de isolamento Paula Cândido, depois chamado Santa Izabel, não estava preparado para tal empreendimento. Assim, o Orleannais foi encaminhado à ilha Grande (Correio..., 31 out. 1907; Gazeta..., 5 nov. 1907, p.2).

Esse caso veio evidenciar a necessidade da instalação no porto de estação em que os navios pudessem ser desinfetados – problema já identificado por Oswaldo Cruz ao realizar a viagem de inspeção aos portos da República entre 1905 e 1906. Só a barca de desinfecção, de nome Pasteur, não dava conta de tal emergência, dada a quantidade de passageiros (Brasil, 1908b, p.5).

Silvado partiu, então, para o lazareto, a bordo da barca Pasteur, na companhia do doutor Henrique Aragão do Instituto de Manguinhos, no dia 1º de novembro de 1907, às sete horas da manhã, chegando à ilha às quatro horas da tarde. O diretor do lazareto, que, embora desativado, funcionava como estação de desinfecção, foi a bordo da Pasteur receber os dois médicos que se encaminharam para o Orleannais, já fundeado na enseada do Abraão. “O navio estava em condições de completa imundície, como se costuma observar nos vapores franceses que dão-se a esse tráfico” (Brasil, 1908b, p.5).

Os médicos combinaram com o comandante o desembarque dos passageiros, assim como a remessa das bagagens ao desinfectório do lazareto. Os imigrantes foram imunizados pelo doutor Aragão, enquanto Silvado desinfetava o navio e as roupas dos tripulantes (Brasil, 1908b, p.5).

No dia seguinte, 2 de novembro, começou o desembarque dos passageiros. A desinfecção a bordo foi realizada com soluções antissépticas, sendo todos os compartimentos fumigados, desde os porões até a câmara do comandante. “A estufa do Pasteur funcionou bem, tendo desinfetado as roupas da tripulação” (Brasil, 1908b, p.5).

Em 4 de novembro, o trabalho estava terminado, e os médicos deixaram a ilha Grande. O Orleannais voltou ao porto do Rio de Janeiro, entrando em livre prática para desembarcar alguns passageiros e carga. Seguiu para Santos, onde ficaram mais quinhentos imigrantes, e o restante foi para Buenos Aires. Nenhum caso novo surgiu. Na capital argentina, o vapor entrou também em livre prática. “A explosão epidêmica fora dominada” e o comandante e o médico de bordo mostraram-se satisfeitos com o serviço. Os passageiros que se destinavam ao Rio de Janeiro foram desembarcados, permanecendo em vigilância médica, durante o período de incubação da doença (Brasil, 1908b, p.5; Gazeta..., 6 nov. 1907, p.3).

## Considerações finais

O artigo abordou as mudanças ocorridas nas práticas da profilaxia marítima no porto do Rio de Janeiro no final do século XIX e na primeira década do XX. A partir de dois casos de navios de imigrantes que chegaram com surto epidêmico a bordo em momentos distintos, o Carlo R. (1893) e o Orleannais (1907), foram analisadas as práticas da defesa sanitária utilizadas para prevenir e combater as epidemias que chegavam com o grande fluxo de mercadorias e passageiros.

Com a emergência do ideário da microbiologia e da transmissão de doenças por insetos vetores, a quarentena, que até o final do século XIX era a prática de prevenção mais utilizada pelas instituições de recepção e inspeção de navios e passageiros, é substituída por outras práticas, como a vigilância sanitária e a vacinação. Novas tecnologias da higiene como o aparelho de gás de Clayton e a barca de desinfecção passaram a permitir o desembarque de cargas e passageiros sem o 'perigo do contágio'. O vapor Orleannais configura-se com caso bem-sucedido de interrupção de uma epidemia a bordo, evitando que ela se propagasse para a cidade e para os outros portos em que o navio ainda faria escala. Ao contrário dos passageiros do Carlo R., que foi impedido de entrar no Brasil, recebendo o 'torna-viagem' e tendo mais de quinhentos mortos durante o retorno ao porto de origem na Itália, os do Orleannais foram desembarcados, os doentes receberam tratamento, e os saudáveis passaram pela desinfecção.

O caso do Orleannais constituiu boa resposta dos aparatos de saúde pública à recepção de passageiros portadores de doenças transmissíveis. Na ocasião, o Serviço Sanitário do Porto do Rio de Janeiro se encontrava montado e funcionava regularmente, com as práticas de prevenção bem configuradas, com suas tecnologias, convenções e regulamentos. A chegada de navios com surto de moléstias contagiosas, portanto, não se configurava mais como problema excepcional, pois as práticas de prevenção para esse tipo de situação se haviam tornado rotineiras. Havia ações protocolares para tal circunstância: desinfetar o navio, as bagagens e os passageiros com a utilização do aparelho de Clayton e das estufas de desinfecção; isolar os doentes e deixar a tripulação e os passageiros não contaminados em observação durante o período de incubação das enfermidades.

A despeito das novas tecnologias, entretanto, foi inevitável a ida do Orleannais ao lazareto, já desativado naquele momento. Assim como o italiano Carlo R., com doentes de cólera em 1893, o vapor francês com enfermos de peste, em 1907, teve também que atracar na estrutura montada na ilha Grande que, ao longo da história, serviu como instituição para o isolamento de pessoas, fosse como lazareto, prisão ou colônia penal.<sup>36</sup>

Com as novas tecnologias da higiene aplicadas a partir do regulamento da saúde pública de 1904 evitou-se a perversa prática profilática do torna-viagem, que foi utilizada em 1893 no caso Carlo R., obrigando o retorno do navio com doentes a bordo a seu porto de origem sem qualquer tipo de tratamento.

As novas práticas de defesa sanitária nos portos proporcionaram mais segurança para autoridades e população no combate às epidemias; profilaxia mais 'racional', regida por pressupostos científicos estabelecidos e regulamentos sanitários. No entanto, a despeito de compreensões contagionistas ou ambientalista sobre as doenças, ou mesmo da emergência da microbiologia, no que diz respeito à questão imigratória, o espectro do contágio imperou

e permaneceu ao longo do tempo. Assim como permaneceu a necessidade de isolamento, desinfecção, inspeção, exames e toda a sorte de desconfianças geradas pelo processo imigratório.

## NOTAS

\* Este artigo é parte da tese de doutorado da autora, *A travessia: imigração, saúde e profilaxia internacional (1890-1926)*, defendida na Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, no ano de 2010, sob orientação de Marcos Chor Maio e coorientação de Gilberto Hochman.

<sup>1</sup> Para a legislação brasileira, o que caracterizava um passageiro como imigrante era sua vinda com passagens de segunda ou de terceira classe pagas pelo governo brasileiro (Brasil, 1908a, p.114).

<sup>2</sup> Apesar das quarentenas e desinfecções no lazareto da ilha Grande, implementadas pelo serviço sanitário dos portos para evitar que a epidemia adentrasse o território nacional, em novembro de 1894 o cólera se estabeleceu no interior do país. A população do vale do Paraíba, região de grandes propriedades agrícolas entre Rio de Janeiro e São Paulo, para onde o fluxo de trabalhadores estrangeiros era encaminhado, fugia em pânico. O tráfego dos ramais da estrada de ferro entre os estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro foi interrompido, estabelecendo-se o isolamento total da capital da República. Para relato pormenorizado da epidemia de cólera em terra ver Benchimol (1999, p.249-298).

<sup>3</sup> Sobre a recepção e inspeção de imigrantes no porto do Rio de Janeiro no final do século XIX e início do XX, em especial a questão do torna-viagem, ver Rebelo, Maio, Hochman (2011).

<sup>4</sup> O cólera, com seus sintomas assustadores (diarria volumosa, vômitos, cólicas abdominais e espasmos musculares violentos) causava pânico às pessoas, em especial dentro dos navios. “O rosto do paciente fica azulado, a pele murcha, mãos e pés ficam gelados, escurecidos, contraídos e enrugados” (Lewinsohn, 2003, p.109-110). A morte sobrevinha em curto espaço de tempo, às vezes em poucas horas após o aparecimento dos sintomas.

<sup>5</sup> O jornal menciona vice-presidente porque, de 3 de novembro de 1891 a 15 de novembro de 1894, Floriano Peixoto, que era vice de Deodoro da Fonseca, após sua renúncia, em 1891, assumiu o poder sem convocar eleições, o que era inconstitucional. Setores da Marinha, monarquistas e parte da imprensa fizeram grande oposição, o que resultou na Revolta da Armada no Rio de Janeiro e na Revolta Federalista no Rio Grande do Sul. Para aprofundar o assunto, ver Neves (2003, p.15-44) e Flores (2003, p.45-88).

<sup>6</sup> Cruzador: navio de guerra veloz (Luft, 1987, p.154).

<sup>7</sup> Rebocador: lancha apropriada para levar outra a reboque (Luft, 1987, p.471).

<sup>8</sup> Colerina no final do século XIX era “cólera que aparece em um ou dois casos isolados, que sobrevivem em qualquer tempo e lugar independente da influência epidêmica ... Os sintomas não vão além e a moléstia é muito menos grave do que a cólera chamada asiática, que ataca ao mesmo tempo grande número de indivíduos” (Chernoviz, 1904, p.1436).

<sup>9</sup> Sobre caso similar ocorrido com um navio de imigrantes chineses que chegou a São Francisco (EUA), em 1899, com surto de peste, ver Barde (Apr. 2003). Nesse caso, corpos de asiáticos foram aparecendo no litoral, marcados com as palavras Nippon Maru, nome do navio, o que gerou desconfiança de autoridades locais com relação à competência da quarentena federal.

<sup>10</sup> Ver Jornal do Commercio (29 ago. 1893, p.1); Gazeta de Notícias (27 ago. a 2 set. 1893, p.1).

<sup>11</sup> Durante a nona Conferência Sanitária Internacional, em 1894, o país teve a oportunidade de relembrar o ocorrido no ano anterior: quatro navios haviam passado por completa inspeção médica nos portos de embarque, deixando Nápoles em perfeitas condições de saúde. No entanto, os passageiros foram recusados como imigrantes no Brasil. Um dos vapores, o Carlo R., retornou à Itália com 522 mortos. A delegação italiana utilizou o episódio para fazer oposição às propostas dos EUA, que tentavam sem sucesso convencer os representantes das outras nações sobre a importância do controle sanitário de emigrantes europeus para as Américas (Howard-Jones, 1975, p.73).

<sup>12</sup> De 1817 a 1913, a libra manteve-se estável e passou a ser a principal moeda nas transações comerciais internacionais. Uma libra esterlina significava então quantia considerável; comprava, por exemplo, um terno completo. Os operários ingleses ganhavam três *shillings* por um dia de trabalho de dez horas, menos de uma libra por semana. Ver Munro (s.d.); Ross (2000).

<sup>13</sup> Para uma crítica ao modelo explicativo de Ackerknecht (Sep. 1948), além de Baldwin (1999), ver também Harrison (2006) e Maglen (2002).

<sup>14</sup> Ver Hardy (1993) e McDonald (1951).

<sup>15</sup> A respeito da permanência da medicina ambientalista no Brasil nas primeiras décadas da República, ver Maio (2004).

<sup>16</sup> Os desinfetantes utilizados nesses processos eram o enxofre, para os passageiros; o cloreto de zinco e o ácido fênico para as bagagens. Quanto às roupas e objetos, o processo era feito pelo vapor quente sob pressão, aplicado pelo tipo de estufa ou pulverizador de Geneste Herscher (Andrade, 12 abr. 1890). Sobre as desinfecções, ver Benchimol (1999, p.249-298).

<sup>17</sup> Até 1850, o Brasil era conhecido pela salubridade de seu clima. Os habitantes do vasto continente sul-americano desfrutavam de alta e singular condição de saúde. Viajantes europeus diziam que a costa leste da América do Sul, de Pernambuco ao rio da Prata, era uma das regiões mais saudáveis do mundo (Cooper, 1975, p.672-673).

<sup>18</sup> O modelo de prevenção aplicado pelo Serviço Sanitário do Porto do Rio de Janeiro após a Convenção Platina de 1887 é semelhante ao adotado nos portos ingleses nesse período. O Bill of Health era certificado autenticado com informações sobre a saúde do navio, que o capitão do vapor tinha que obter antes de deixar o porto. Ele poderia ser *clean* (sem infecção), *touched*, quando tocava em porto infeccionado, mas não apresentando doenças), ou *suspected* (com rumores de infecção) e *foul* (sujo, com doentes a bordo). Para descrição e análise do modelo inglês, ver Maglen (2002).

<sup>19</sup> Para a descrição e análise do modelo de recepção e inspeção de passageiros imigrantes nos portos dos EUA ver Birn (1997); Fairchild (2006) e Kraut (1994).

<sup>20</sup> Livre prática era a autorização emitida pela polícia sanitária para uma embarcação entrar no porto e realizar as operações de desembarque de cargas e passageiros (Brasil, 1895).

<sup>21</sup> Benchimol (1999, p.439) segue o argumento de Latour (1984).

<sup>22</sup> Para Caponi (2002), os higienistas clássicos, em sua maioria infeccionistas, longe de desaparecerem, encontraram suporte na teoria pasteuriana, o que gerou a permanência da desinfecção e o controle da insalubridade nos centros urbanos. O convívio entre contagionistas, que não duvidavam dos germes, com os infeccionistas, preocupados com o 'ar viciado', teria gerado a continuidade entre teorias propostas e medidas sanitárias programadas.

<sup>23</sup> A expressão nova higiene, utilizada aqui como forma conveniente de apontar certas diferenças na legislação e nas práticas sanitárias entre dois períodos, aparece também nos relatórios governamentais pesquisados.

<sup>24</sup> Segundo o art. 12 da Convenção Sanitária Internacional de 1904 entre as Repúblicas Americanas da Argentina, dos Estados Unidos do Brasil, Paraguai e Oriental do Uruguai, deveria ser entendido por vigilância sanitária a observação médica exercida pela autoridade sanitária sobre os passageiros ou transeuntes procedentes de localidades contaminadas ou suspeitas, dentro de prazo que não excedesse o do período de incubação da moléstia que se queria evitar.

<sup>25</sup> A quarentena no Brasil, apesar de ter sido extinta pela legislação sanitária em 1904, permaneceu como forma de prevenção em alguns períodos críticos de epidemias, como na gripe espanhola (1918-1920) (Chagas, 3 fev. 1920). Sobre a gripe espanhola do Rio de Janeiro, ver Brito (1997).

<sup>26</sup> Para aprofundar a questão da reforma urbana do começo do século no Rio de Janeiro ver Benchimol, (1992) e Chalhoub (1996). Especificamente sobre a modernização do porto do Rio de Janeiro no mesmo período, ver Albuquerque (1989) e Rocha (1995).

<sup>27</sup> Sobre as conferências sanitárias internacionais no continente europeu, ver Bynum (1993); Mateos Jiménez (2005); Howard-Jones (1975); Goodman (1952). Sobre as conferências sanitárias americanas, ver Howard-Jones (1981); Lima (2002) e Cueto (2007). A respeito da Convenção Platina de 1887 entre Brasil, Argentina, Uruguai, ver Chaves (2008).

<sup>28</sup> Para descrição do processo de expurgo no Desinfectório Central, ver Benchimol (1999, p.292).

<sup>29</sup> No mês de abril de 1903, os delegados brasileiros no Segundo Congresso Médico Latino-americano, que ocorreu em Buenos Aires, foram os doutores João Batista Lacerda, Antônio Augusto de Azevedo Sodré, Francisco Farjado e Julio Afrânio Peixoto (Brasil, 1904a, p.20). Sobre os congressos latino-americanos, ver Almeida (2006).

<sup>30</sup> Almeida (2006, p.741) indicou que os congressos médicos pan-americanos mantiveram relativa sintonia com as resoluções encaminhadas nas convenções sanitárias, recomendando obras de saneamento, controle

dos portos americanos para o combate da peste bubônica e da febre amarela, buscando o estabelecimento de Ministério de Saúde Pública em cada país e de sistema quarentenário uniforme.

<sup>31</sup> O internacionalismo, pregado pelas conferências europeias, tinha seus limites na exclusão das doenças tropicais, como a febre amarela, que não ameaçavam o continente europeu. Sobre essa questão, ver Bynum (1993).

<sup>32</sup> Para análise e discussão da historiografia sobre a polêmica científica envolvendo a descoberta do mosquito como o vetor da febre amarela, em 1881, pelo médico cubano Carlos Finlay e sua confirmação apenas em 1900 pela comissão americana de Walter Reed e Ronald Ross, ver Benchimol (1999, p.383-429).

<sup>33</sup> Foram como delegados os doutores Antônio Augusto de Azevedo Sodré, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e Oswaldo Cruz, diretor-geral de Saúde Pública (Brasil, 1904a, v.3, p.8).

<sup>34</sup> O regulamento sanitário internacional de 1889, que se originou da convenção de 1887, criou nos portos do Uruguai, Argentina e Brasil a função de inspetor sanitário de navio. O corpo de inspetores era composto por médicos das respectivas nacionalidades que deveriam testemunhar as ocorrências durante a viagem e relatá-las às autoridades sanitárias do porto de destino (Andrade, 12 abr. 1890).

<sup>35</sup> Ver Ramos (2003).

<sup>36</sup> Sobre as instituições de controle social montadas ao longo do tempo na ilha Grande, ver Santos (2009). Sobre o lazareto da ilha Grande em especial, ver Santos (2007).

## REFERÊNCIAS

- ACKERKNECHT, Erwin H. The Fielding H. Garrison lecture: anticontagionism between 1821-1867. *Bulletin of History of Medicine*, Baltimore, v.22, p.562-593. Sep. 1948.
- ALBUQUERQUE, Marli Brito Moreira de. Modernização do espaço portuário do Rio de Janeiro e a organização sindical: os pigmeus no boulevard. *Estudos*, Rio de Janeiro, n.12, p.31-33. 1989.
- ALMEIDA, Marta. Circuito aberto: ideias e intercâmbios médico-científicos na América Latina nos primórdios do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.733-57. 2006.
- ANDRADE, Nuno de. Organização Sanitária Marítima do Brasil. Inspeção Geral de Saúde dos Portos, série Saúde; IS3-35 (1858-1895). (Arquivo Nacional, Rio de Janeiro). (manuscrito). 12 abr. 1890.
- BALDWIN, Peter. *Contagion and the State in Europe 1830-1930*. New York: Cambridge University Press. 1999.
- BARDE, Robert. Prelude to the plague: public health and politics at American's pacific gateway, 1899. *Journal of the History of Medicine*, Oxford, v.58, p.153-186. Apr. 2003.
- BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999.
- BENCHIMOL, Jaime Larry. *Pereira Passos: um Haussmann tropical*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração. 1992.
- BIRN, Anne-Emanuelle. Six seconds per eyelid: the medical inspection of immigrants at Ellis Island, 1892-1914. *Dynamis*, Granada, v.17, p.281-316. 1997.
- BRASIL. Ministério da Justiça. (Ministro Rivadavia da Cunha Corrêa). Relatório dos anos de 1910 e 1911 apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil... em abril de 1911. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1907/000001.html>. Acesso em: 27 mar. 2010. 1911.
- BRASIL. Relatórios dos médicos do Hospital São Sebastião, doutores Antonino Ferrari, Zeferino Meirelles, Júlio Monteiro e Leão D'Aquino, apresentados ao diretor do Hospital, em janeiro de 1908. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1902/000267.html>. Acesso em: 27 mar. 2010. jan. 1908.
- BRASIL. Ministério da Indústria, Viação e Obras Públicas. Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Indústria, Viação e Obras Públicas Miguel Calmon du Pin e Almeida no ano de 1908. v.1. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u2275/000003.html>. Acesso em: 27 mar. 2010. 1908a.

## BRASIL.

Relatório apresentado ao Senhor Diretor Geral de Saúde Pública sobre o Serviço de Desinfecções no Porto do Rio de Janeiro, durante o ano de 1907, pelo Dr. Jaime Silgado. [Anexo IV do relatório do Diretor Geral da Diretoria Geral de Saúde Pública, em: Ministério da Justiça e Negócios Interiores (Ministro Augusto Tavares de Lyra). Relatório dos anos de 1907 e 1908 apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil... em março de 1908. v.2, Saúde Pública, primeira parte. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.] Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1902/000062.html>. Acesso em: 27 mar. 2010. 1908b.

## BRASIL.

Decreto n.5.156, de 8 de março de 1904. Dá novo regulamento aos serviços sanitários a cargo da União. Disponível em: [http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=223D9C923EFA1D7FB6940F78CDA32807.node2?codteor=468191&filename=LegislacaoCitada+-MPV+373/2007](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=223D9C923EFA1D7FB6940F78CDA32807.node2?codteor=468191&filename=LegislacaoCitada+-MPV+373/2007). Acesso em: 27 mar. 2010. 8 mar. 1904.

## BRASIL.

Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Diretoria Geral de Saúde Pública. Relatório apresentado a Sua Ex. o Sr. Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores pelo Diretor Geral de Saúde Pública [Oswaldo Cruz], 1903. [Anexo J do Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Dr. J.J. Seabra, Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores, em março de 1904. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.] Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1900/000907.html>. Acesso em: 27 mar. 2010. 1904a.

## BRASIL.

Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Diretoria Geral de Saúde Pública. Serviço dos Portos. [Relatório do inspetor de isolamento e desinfecção.] [Parte do Relatório apresentado a Sua Ex. o Sr. Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores pelo Diretor Geral de Saúde Pública, 1903, que integra o Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Dr. J.J. Seabra, Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores, em março de 1904. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.] Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1900/000947.html>. Acesso em: 27 mar. 2010. 1904b.

## BRASIL.

Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Dr. Sabino Barroso Júnior, Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores em março de 1902.

Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1886/000002.html>. Acesso em: 27 mar. 2010. 1902.

## BRASIL.

Ministério da Indústria, Viação e Obras Públicas. Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado dos Negócios da Indústria, Viação e Obras Públicas, engenheiro Antônio Olyntho dos Santos Pires em maio de 1896. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u2263/000001.html>. Acesso em: 27 mar. 2010. 1896.

## BRASIL.

Relatório da Inspeção Geral de Saúde dos Portos, apresentado pelo Diretor Geral, Dr. José de Souza Silveira. [Integrante do Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Dr. Antônio Gonçalves Ferreira, Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores, em abril de 1895. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.] Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1883/000723.html>. Acesso em: 27 mar. 2010. 1895.

## BRASIL.

Decreto n.10.319, de 22 de agosto de 1889. Manda executar o Regulamento Sanitário Internacional para a execução da Convenção Sanitária celebrada entre o Brasil, a República Argentina e a República Oriental do Uruguai. Disponível em: <http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1889-08-22;10319>. Acesso em: 27 mar. 2010. 22 ago. 1889.

## BRITO, Nara Azevedo de.

La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 11-30. 1997.

## BYNUM, William F.

Policing hearts of darkness: aspects of the international sanitary conference. *History and Philosophy of the Life Sciences*, s.l., n.15, p.421-434. 1993.

## CALMETTE, Albert; HAUTEVILLE.

A desinfecção dos navios pelo processo de 'Clayton'. *O Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, ano 16, p.449-451. (extraído da *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, Paris). 1902.

## CAPONI, Sandra.

Trópicos, micróbios y vectores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.9, supl., p.111-38. 2002.

## CHAGAS, Carlos.

[Depoimento]. Em torno da reorganização dos Serviços de Saúde Pública. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro. 3 fev. 1920.

CHALHOUB, Sidney.

*A cidade febril: cortiços e epidemia na corte imperial.* São Paulo: Companhia das Letras. 1996.

CHAVES, Cleide de Lima.

Pesquisadores de uma verdade experimental ainda não comprovada: a ciência médica na convenção sanitária entre Brasil, Uruguai e Argentina. *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.122-136. 2008.

CHAVES, Cleide de Lima.

Um relato de viagem do Rio da Prata ao Brasil (1886-1888): cotidiano, epidemias e quarentenas no Cone Sul. In: Encontro Regional de História, 12., 2006, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Associação Nacional de História. Disponível em: <http://www.rj.anpuh.org/resources/rj/Anais/2006/conferencias/Cleide%20de%20Lima%20Chaves.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2010. 2006.

CHAVES, Cleide de Lima.

Embarcações, germes e notícias: circuitos epidêmicos na Bahia e no Rio da Prata (1872). *Política, História e Sociologia*, Vitória da Conquista, v.3, n.1, p.133-151. 2003.

CHERNOVIZ, Pedro Luís Napoleão.

*Formulário e guia médico.* Paris: A. Roger e F. Chernoviz. 17. ed. 1904.

CORREIO...

*Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, p.2. 31 out. 1907.

COOPER, Donald B.

Brazil's long fight against epidemic disease, 1849-1917, with special emphasis on yellow fever. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, New York, v.51, n.5, p.672-696. 1975.

CUETO, Marcos.

*O valor da saúde: história da Organização Pan-americana da Saúde.* Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

DOCUMENTOS...

[Documentos do Consulado e do Vice-consulado do Brasil em Barcelona.] Ministério das Relações Exteriores; série Justiça; IJ1-1026. (Arquivo Nacional, Rio de Janeiro). 1892-1897.

DOCUMENTOS...

[Documentos do Serviço Sanitário.] Ministério da Justiça e Negócios do Interior; série Saúde; IS1-96. (Arquivo Nacional, Rio de Janeiro). abr. 1893.

EVANS, Richard.

Epidemics and revolutions: cholera in nineteenth century Europe. *Past & Present*, s.l., n.120, p.123-146. Aug. 1998.

FAIRCHILD, Amy L.

The rise fall of the medical gaze: the political

economy of immigrant medical inspection in the Modern America. *Science in Context*, s.l., v.19, n.3, 337-356. 2006.

FLORES, Elio Chaves.

A consolidação da República: rebeliões de ordem e progresso. In: Ferreira, Jorge; Delgado, Lucília de Almeida Neves (Org.). *O Brasil republicano: o tempo do liberalismo excluyente: da Proclamação da República à Revolução de 1930.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. p.45-88. 2003.

GAZETA...

*Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro. 6 nov. 1907.

GAZETA...

*Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro. 5 nov. 1907.

GAZETA...

*Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro. 1 nov. 1907.

GAZETA...

*Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro. 6 set. 1893.

GAZETA...

*Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro. 2 set. 1893.

GAZETA...

*Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro. 1 set. 1893.

GAZETA...

*Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro. 31 ago. 1893.

GAZETA...

*Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro. 28 ago. 1893.

GAZETA...

*Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro. 27 ago. 1893.

GOODMAN, Neville M.

*International health organizations and their work.* Philadelphia: Blakiston. 1952.

HARDY, Anne.

Cholera, quarantine and the English preventive system. *Medical History*, London, v.37, n.3, p.250-269. 1993.

HARRISON, Mark.

Disease, diplomacy and international commerce: the origins of international sanitary regulation in the nineteenth century. *Journal of Global History*, London, v.1, n.2, p.197-217. 2006.

HOWARD-JONES, Norma.

*The Pan American Health Organisation, origins and evolution.* Geneva: World Health Organization. 1981.

HOWARD-JONES, Norma.

*The scientific background of International Sanitary Conferences, 1851-1938.* Geneva: World Health Organization. 1975.

JORNAL...

*Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro. 29 ago. 1893.

- KLEIN, S. Herbert.  
Migrações internacionais na história das Américas. In: Fausto, Boris. *Fazer a América*. São Paulo: Edusp. 2000.
- KRAUT, Alan.  
*Silent travelers: germs, genes and the 'immigrant menace'*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 1994.
- LATOUR, Bruno.  
*Les microbes: guerre et paix, suivi de Irréductions*. Paris: Métailié. 1984.
- LEITE, Joaquim da Costa.  
O Brasil e a emigração portuguesa (1855-1914). In: Fausto, Boris et al. *Fazer a América*. São Paulo: Edusp. 2000.
- LEWINSOHN, Rachel.  
*Três epidemias do passado*. São Paulo: Editora Unicamp. 2003.
- LIMA, Ana Luce Girão Soares de.  
A bordo do República: diário pessoal da expedição de Oswaldo Cruz aos portos marítimos e fluviais do Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.159-167. 1997.
- LIMA, Nísia Trindade.  
O Brasil e a Organização Pan-americana de Saúde: uma história em três dimensões. In: Finkelman, J. (Org.). *Caminhos da saúde pública do Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Opas. 2002.
- LÖWY, Ilana.  
*Vírus, mosquito e modernidade: a febre amarela no Brasil entre a ciência e a política*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.
- LUFT, Celso Pedro.  
*Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa Celso Luft*. Rio de Janeiro: Scipione. 1987.
- MAIO, Marcos Chor.  
Raça, doença e saúde pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX. In: Monteiro, Simone; Sansone, Lívio (Org.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.15-44. 2004.
- MAGLEN, Krista.  
"The first line of defense": British quarantine and the port sanitary authorities in the nineteenth century. *The Social History of Medicine*, Oxford, v.15, n.3, p.413-428. 2002.
- MATEOS JIMÉNEZ, Juan B..  
Actas de las conferencias sanitárias internacionales (1851-1938). *Revista Española de Salud Pública*, Madrid, v.79, n.3, p.339-349. 2005.
- MCDONALD, John.  
The history of quarantine in Britain in the nineteenth century. *Bulletin of the History of Medicine and Allied Sciences*, Oxford, v.25, p.22-44. 1951.
- MUNRO, John H.  
*Money and coinage in Late Medieval and Early Modern Europe*. Disponível em: <http://www.economics.utoronto.ca/munro5/MONEYLEC.htm>. Acesso em: 12 mar. 2010. s.d.
- NEVES, Margarida de Souza.  
Os cenários da República: o Brasil na virada do século XIX para o XX. In: Ferreira, Jorge; Delgado, Lucília de Almeida Neves (Org.). *O Brasil republicano: o tempo do liberalismo excludente: da Proclamação da República à Revolução de 1930*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. p.15-44. 2003.
- O BRAZIL-MEDICO.  
*O Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, ano 20, v.1, p.227-228. 1905.
- OFÍCIO...  
Ofício da Inspeção Geral de Saúde dos Portos. Ministério da Justiça e Negócios Interiores; série Saúde, IS4-82 (1913-1914). (Arquivo Nacional, Rio de Janeiro). 16 dez. 1913.
- OFÍCIO...  
Ofício da Inspeção Geral de Saúde dos Portos. Ministério da Justiça e Negócios Interiores; série Saúde, IS4-82 (1913-1914). (Arquivo Nacional, Rio de Janeiro). 5 jan. 1912.
- PORTER, Dorothy.  
*Health, civilization and the State: a history of public health from Ancient to Modern Times*. London: Routledge. 1999.
- RAMOS, Jair de Souza.  
O poder de domar do fraco: construção de autoridade pública e técnicas de poder tutelar nas políticas de imigração e colonização do Serviço de Povoamento do Solo Nacional, do Brasil. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v.9, n.19, p.15-47. 2003.
- REBELO, Fernanda; MAIO, Marcos Chor; HOCHMAN, Gilberto.  
O princípio do fim: o "torna-viagem", a imigração e a saúde pública no porto do Rio de Janeiro em tempos de cólera. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v.24, n.47, p.69-87. 2011.
- ROCHA, Oswaldo Porto.  
*A era das demolições: a cidade do Rio de Janeiro de 1870-1920*. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração. (Coleção Biblioteca Carioca). 1995.

ROSS, Kelley L.  
*British coins before the florin, compared to French coins of the Ancien Régime*. Disponível em: <http://www.friesian.com/coins.htm>. Acesso em: 12 mar. 2010. 2000.

SANTOS, Myrian Sepúlveda dos.  
*O porões da República: a barbárie nas prisões da ilha Grande, 1894-1945*. Rio de Janeiro: Garamond. 2009.

SANTOS, Myrian Sepúlveda dos.  
Lazareto da ilha Grande: isolamento, aprisionamento e vigilância das áreas de saúde e política (1884-19420). *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1173-1196. 2007.

SARDINHA, Joaquim J.  
*Higiene pública: apontamentos para a história da Repartição de Saúde do Porto do Rio de Janeiro*

oferecidos ao Instituto Histórico Geográfico Brasileiro. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. 1916.

SILVADO, Jaime.  
A febre amarela a bordo do Lombardia: notas críticas para servirem à história da epidemia. *Revista Médica de São Paulo*, São Paulo, ano 6, n.15, p.318-324. 15 ago. 1903.

STERN, Alexandra Minna; MARKEL, Howard.  
International efforts to control infectious diseases, 1851 to present. *Journal of the American Medical Association*, s.l., v.292, n.12, p.1474-1479. 2004.

WEINDLING, Paul (Org.).  
*International Health Organization and movements 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press. 1995.

