



Poder e saúde na América do Sul: os congressos sanitários internacionais, 1870-1889

*Power and health in South
America: international
sanitary conferences,
1870-1889*

Cleide de Lima Chaves

Professora do Departamento de História/
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
Estrada do Bem Querer, km 4, caixa postal 9
4083-900 – Vitória da Conquista – BA – Brasil
keuchaves@hotmail.com

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

CHAVES, Cleide de Lima. Poder e saúde na América do Sul: os congressos sanitários internacionais, 1870-1889. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.411-434.

Resumo

Analisa os congressos sanitários internacionais que aconteceram na América do Sul em 1873 e 1887, e que envolveram o Império do Brasil e as Repúblicas da Argentina e do Uruguai, numa perspectiva de integração a eventos similares ocorridos na Europa e na América do Norte a partir da segunda metade do século XIX. Discutem-se os interesses dos países envolvidos no que se refere às relações comerciais e ao fluxo imigratório europeu, diretamente atingidos pelas epidemias, e apontam-se as repercussões desses acordos sanitários nos demais países do continente americano. As convenções sanitárias americanas do final do século XIX representaram as primeiras iniciativas do continente para solucionar os problemas de saúde pública internacional.

Palavras-chave: saúde pública; diplomacia; epidemias; Império do Brasil; repúblicas platinas.

Abstract

This article analyzes the international sanitary conferences that were held in South America in 1873 and 1887, involving the Brazilian Empire and the Republics of Argentina and Uruguay, as an integral part of a series of similar events that took place in Europe and North America starting in the second half of the nineteenth century. The interests of the countries involved, namely trade relations and immigration from Europe – both directly affected by the epidemics – are discussed, and the repercussions of these sanitary agreements on the other countries in the Americas are indicated. The American health conventions in the late nineteenth century represented the first initiatives in the Americas to solve international public health problems.

Keywords: public health; diplomacy; epidemics; Brazilian Empire; Río de la Plata republics.

O movimento de cooperação sanitária internacional surgiu da necessidade de controlar surtos epidêmicos que atingiam grandes extensões de terra e ultrapassavam as fronteiras legais entre os países. Todo o século XIX foi caracterizado por grandes epidemias, que ocuparam lugar de destaque entre as ações de interesse de saúde pública. Ao longo desse período, seis graves invasões de cólera asiático, resultantes de uma pandemia mundial, devastaram a Europa e a América, e outras doenças, como a febre amarela e a varíola, atingiram caráter epidêmico diversas vezes e em distintos continentes. Como afirma Ilana Löwy (2006, p.32):

O movimento pela investigação da saúde pública tem origem no temor, muito concreto, das epidemias; tal apreensão suscitou tentativas de implementação de políticas sanitárias comuns. Mais tarde, com o advento da teoria microbiana da doença, esse movimento promoveu um esforço de homogeneização das práticas de laboratório utilizadas para reconhecer os agentes das doenças transmissíveis. Ele se estruturou através das conferências sanitárias internacionais.

Realizaram-se 14 delas entre 1851 e 1938, e o objetivo principal “das primeiras conferências sanitárias foi estudar em que medida era concebível suprimir a quarentena sem colocar em risco a saúde das populações” (Löwy, 2006, p.33). As quarentenas eram um verdadeiro entrave ao comércio internacional, e, em parte, os órgãos sanitários buscavam resolver os assuntos econômicos em primeiro plano.

Vale destacar, nos estudos das conferências e congressos sanitários internacionais, a importância dos três congressos latino-americanos realizados na segunda metade do século XIX: os dois primeiros envolveram o Império do Brasil e as Repúblicas do Uruguai e da Argentina e foram realizados em 1873, em Montevideú, e em 1887, no Rio de Janeiro; o terceiro ocorreu em Lima, no Peru, em 1888, e contou com a participação de Bolívia, Chile, Equador, além do país que o sediou. Destaca Marcos Cueto (2004, p.14) que “em todas essas reuniões, apontaram-se as limitações existentes na saúde internacional tradicional, geralmente fragmentada, inimiga do comércio e, na maioria das vezes, ineficiente”.

Se, para a Europa, as conferências sanitárias internacionais foram a gênese da Organização Mundial de Saúde (OMS) fundada em 1948, para a América, as de 1873 e 1887 significaram os primórdios da Organização Pan-americana de Saúde (Opas). A Opas teve como marco inicial a Primeira Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas, ocorrida em 1902 em Washington (Cueto, 2004). Portanto, a Opas é mais antiga do que a OMS, o que evidencia o pioneirismo da América no que se refere à saúde internacional.

Por muito tempo, a historiografia sobre a saúde pública esteve centrada nas análises produzidas por historiadores europeus e norte-americanos, que desconheciam ou minimizavam os eventos ocorridos na América Latina. Os trabalhos feitos no Brasil não os consideravam fenômenos de grande porte que pudessem ser elevados à condição de conferências sanitárias internacionais.

No Uruguai, um trabalho pioneiro do médico José Saralegui (1958) é o primeiro a tratar dos congressos sanitários de 1873 e 1887 como eventos importantes e integrados ao que ocorria em outros lugares. Segundo o autor, o evento de 1873, ocorrido em Montevideú “representou uma conquista sanitária para a época; foi a primeira Convenção Internacional Americana que buscou uniformizar as medidas quarentenárias e o tratamento sanitário dos navios infectados por cólera, febre amarela e peste” (p.131).

Das abordagens mais recentes, devem-se destacar dois estudiosos, que se diferem daqueles que não levavam em conta os acontecimentos ocorridos na América Latina: Marcos Cueto (2004, p.14), historiador peruano, para quem os congressos sanitários realizados entre países da América do Sul estavam em sintonia com as conferências internacionais: “na América Latina também se organizaram eventos nessa mesma época, geralmente resultando em um acordo entre dois, três e até quatro países. Entre eles, estava uma série de reuniões sobre saúde que envolveu Argentina, Brasil e Uruguai”; e a canadense Anne-Emanuelle Birn (2006, p.679), que, igualmente, apontou essa aproximação, ao afirmar que “a preocupação europeia, em meados do século XIX, em prevenir a propagação de doenças epidêmicas – e as consequências econômicas das interrupções do comércio – ecoou em uma série de encontros, realizados em Montevideu e no Rio de Janeiro, iniciados em 1873, visando à padronização de medidas de quarentena e saneamento marítimo”.

Esses dois pesquisadores, de alguma maneira, interpretaram os congressos sanitários americanos por outra perspectiva, mais integrados às discussões que ocorriam na Europa. Uma análise mais aprofundada e comparativa revela a atualidade das discussões desses eventos americanos e europeus realizados ao longo da segunda metade do século XIX e que exerceram papel crucial em relação à saúde pública de várias partes do mundo.

Como ressaltou Nísia Lima (2002, p.25), “o papel desempenhado pela saúde na configuração das relações internacionais a partir da segunda metade do século XIX ainda não foi suficientemente avaliado”. É nesse contexto que se situam as convenções sanitárias de 1873 e 1887 estabelecidas entre o Império do Brasil e as Repúblicas da Argentina e Oriental do Uruguai. Esses congressos objetivavam fundamentalmente suprimir os obstáculos que se opunham ao comércio e aos transportes, e proteger a região contra as denominadas epidemias exóticas.

O processo de idealização do Primeiro Congresso Sanitário Internacional Sul-americano, de 1873, iniciou-se em meados de 1871, quando se extinguiu a epidemia de febre amarela na Argentina, e o governo desse país apresentou a primeira proposta de um acordo sanitário entre as duas repúblicas do Prata, a Argentina e a Oriental do Uruguai. Um dos principais motivos era a proximidade geográfica desses dois países, o que facilitava a circulação e a propagação de doenças epidêmicas.

Vale recordar que se tratava de momento de fluxo migratório para essa região e que a febre amarela esteve associada à imigração, pois se acreditava que a doença atingia preferencialmente os imigrantes. Nesse sentido, a febre amarela foi mais responsável do que qualquer outra questão pela realização do congresso sanitário de 1873.

Com o fim da epidemia de febre amarela na Argentina, o medo das autoridades voltava-se para o porto, local privilegiado de entrada das mais diversas doenças. A partir de julho de 1871, as autoridades diplomáticas argentinas, preocupadas com o surgimento de casos de febre amarela na Bahia¹ e com a possibilidade de nova incidência da doença no seu país, propuseram às autoridades uruguaias a uniformização de procedimentos preventivos para os navios que saíam daquele porto em direção a Montevideu e Buenos Aires.

Inicialmente, a ideia era formular um acordo quarentenário e criar lazaretos (hospitais de isolamento) internacionais comuns aos dois países. Além disso, estava prevista apenas a participação da Argentina e do Uruguai, pois as hostilidades dos argentinos em relação ao

Brasil, em virtude da Guerra do Paraguai² e das constantes epidemias de febre amarela no Império, contribuíram para que o governo brasileiro não fosse convidado, em um primeiro momento, a tomar parte dessas negociações.

A diplomacia brasileira, logo após a publicação do “Projeto de Bases para uma Convenção Sanitária entre as Repúblicas Argentina e Oriental”, reclamou, no periódico *Telégrafo Marítimo*, em 16 de outubro de 1872, sua participação no acordo. O fato sugere que os políticos do Brasil estavam atentos e vigilantes aos acontecimentos no Uruguai e que ainda mantinham certo controle sobre as decisões do governo oriental.

A partir daí, começa um conflito com o governo argentino, contrário à participação do Brasil no acordo sanitário. Ao mesmo tempo, havia forte dependência do Uruguai em relação ao Império brasileiro, pois ainda vigoravam os acordos firmados na década de 1850, o que justificava a reclamação do Brasil em participar do acordo sanitário, com base em um dos tratados de navegação firmado em 1857 com o Uruguai.

A presença brasileira no Uruguai advinha do período pós-independência, quando a província Cisplatina (atual Uruguai) foi incorporada ao Império do Brasil entre 1823 e 1824, união que se prolongou até 1828. Mesmo após a separação, o Brasil continuava exercendo forte influência na economia e na política uruguaias. Durante a década de 1850, redefiniu-se a presença brasileira no rio da Prata não mais pelo uso da força militar, mas pelos tratados de comércio, navegação e limites.

Os tratados assinados em 1851 e 1857 decorreram de negociações entre o Império do Brasil e a República Oriental do Uruguai após a derrota de Oribe e a reestruturação do Estado oriental, e foram, em sua maioria, extremamente desvantajosos aos interesses dos uruguaios e objeto de grande polêmica.³ Em um dos artigos do tratado de Navegação Fluvial, firmado em 15 de setembro de 1857, estipulava-se que: “a legislação sanitária a ser aplicada sobre as procedências suspeitas ‘será regulada de maneira uniforme e em comum acordo com todos os Estados ribeirinhos’, para que cada um concilie as precauções sanitárias com os deveres humanitários e os interesses do comércio e da navegação em geral” (Uruguay, 1993, p.523; destaque meu). Foi com base nesse artigo que o Brasil exigiu sua participação no acordo sanitário.

A diplomacia argentina no Uruguai foi comunicada desse convite, de certa forma ‘forçado’, do governo oriental ao Brasil e ao Paraguai; a reação das autoridades argentinas foi hostil, sob o argumento de que havia partido do governo argentino a iniciativa da elaboração do acordo sanitário e que, segundo o próprio Projeto de Bases, só havia a possibilidade de convidar outros países depois que o acordo tivesse sido aprovado por ambas as repúblicas.

O Congresso Sanitário Internacional de 1873 realizou-se na cidade de Montevideú, capital da República Oriental do Uruguai, de 14 de junho a 3 de setembro, com a participação do Império do Brasil, da República Argentina e da República Oriental do Uruguai.

O Paraguai foi convidado a participar, segundo informação do Relatório do Ministério dos Negócios Estrangeiros do Brasil (Brasil, 1888). No entanto, o governo paraguaio não enviou nenhum representante, provavelmente pela desorganização administrativa em que vivia o país no pós-guerra e pelo fato de que “entre 1869 e 1876, o Paraguai foi praticamente um protetorado do Império” (Doratioto, 2002, p.464), que desejava a estabilidade paraguaia e era contrário à pretensão argentina de anexar o país.

O objetivo do congresso era “chegar a um acordo com as respectivas nações protegê-las tanto quanto possível das epidemias que infelizmente assolam esses países desde a alguns anos atrás” (Ata..., 14 jun. 1873). O congresso foi composto por diplomatas e médicos dos três países, cuja grande preocupação era a existência das epidemias que atingiram esses países – em especial a febre amarela, conforme se apontou, – e a necessidade de tratá-las de maneira coletiva e articulada.

A primeira atividade do congresso de 1873 foi a apresentação dos componentes diplomáticos e médicos de cada país (Ata..., 14 jun. 1873): a delegação uruguaia compunha-se do ministro das Relações Exteriores, Gregório Perez Gomar, e dos doutores em medicina, Gualberto Mendez (1824-1883) e Pedro Visca (1840-1912). Os doutores uruguaiois se graduaram na Faculdade de Medicina de Paris em 1857 e 1870, respectivamente, entre outros fatores, devido à não existência de faculdade de medicina na República Oriental até 1875 (Mañé Garzón, Roca, 1996). Gualberto Mendez era, desde 1860, membro da Junta de Higiene Pública e médico de saúde do porto montevideano e, entre 1872 e 1877, ocupou o cargo de presidente do Conselho de Higiene Pública. Em sua formação, Pedro Visca foi diretamente influenciado pela medicina experimental de Claude Bernard (1813-1878), que crescia na França, bem como pela teoria pasteuriana; durante a epidemia de cólera que atingiu a Europa em 1865 trabalhou num hospital em Paris (Mañé Garzón, Bonavita, 1989). Em 1885, contribuiu para a organização do ensino da clínica médica na Faculdade de Medicina e tornou-se docente dessa disciplina; entre 1887 e 1889, foi diretor dessa faculdade.

Da Argentina, faziam parte o cônsul-geral e o agente especial do governo argentino para o congresso sanitário, Jacinto Villegas, e os médicos Eduardo Wilde (1844-1913) e Pedro Mallo (1838-1889). Os médicos integravam a Junta de Saúde do Porto de Buenos Aires e eram professores da Faculdade de Medicina da capital argentina, fundada em 1822, além de membros da Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, o que lhes atribuía prestígio e reconhecimento profissional. Eduardo Wilde fazia parte da geração de higienistas que passaram a ocupar cargos públicos, num processo de constituição e consolidação desse segmento profissional. O grupo buscava a ampliação de sua participação na estrutura burocrática estatal, no sentido de intervir nas questões relacionadas à saúde pública. Wilde representou a figura do médico político, definida por González Leandri (2000, p.430) como “construtor e produto tanto do Estado quanto de sua profissão, sendo complementada no plano institucional pelo Conselho de Higiene, em seu duplo papel de organismo de Estado e representante legítimo do corpo médico enquanto grupo legalmente privilegiado”.

A comitiva brasileira contava com o cônsul-geral do Brasil no Uruguai, Eduardo Carlos Cabral Deschamps, os doutores em medicina Francisco Marques de Araújo Góes (1837-1905) e José Ignácio de Barros Pimentel (1832-1888), e o ministro das Relações Exteriores residente no Uruguai, Antonio Duarte de Araújo Gondim. O brasileiro Francisco Marques de Araújo Góes era lente de história natural do Imperial Colégio D. Pedro II e na década de 1880 tornou-se membro da Academia Imperial de Medicina no Rio de Janeiro. O médico José Ignácio de Barros Pimentel formara-se pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1857 e, como informa Lycurgo Santos Filho (1991, p.159), “prestou serviços por ocasião da Guerra do Paraguai e, finda a luta, fixou residência em Montevideú, onde exerceu a profissão por alguns anos”. Certamente o fato de ter participado dos campos de batalha defendendo o Império e

servido como cirurgião-mor de brigada e/ou primeiro-cirurgião nos hospitais de sangue da campanha deu ao doutor Barros Pimentel prestígio e reconhecimento perante as autoridades diplomáticas brasileiras que atuavam no Uruguai e que o convidaram para o evento de 1873.

Os critérios para a escolha dos médicos para o congresso sanitário não estão evidentes na documentação, mas é certo que eram considerados representantes legítimos da medicina em seus países e tinham proximidade com as instâncias de poder, especialmente na ocupação de cargos públicos. A ligação dos médicos com o Estado tornava-se cada vez mais sólida na segunda metade do século XIX tanto no Brasil quanto nas repúblicas do Prata, especialmente com o estabelecimento dos acordos sanitários internacionais, como afirmou González Leandri (2000, p.426):

Pouco a pouco a aproximação entre a corporação médica e o Estado foi perdendo seu caráter esporádico, em função de um novo impulso proveniente da conjuntura político-sanitária internacional, cuja principal consequência foi o notório incremento de conferências e tratados. Além disso, os jovens estados necessitavam dar respostas aos problemas sociais e sanitários e precisavam contar com representantes e tradutores intelectuais.

Os princípios que nortearam a elaboração dessa legislação internacional podem ser resumidos em três pontos: (a) aplicação de medidas preventivas contra o cólera-morbo, a febre amarela e a peste do Oriente, consideradas doenças exóticas; (b) estabelecimento de medidas que atendessem aos interesses da saúde pública e do comércio exterior; (c) emprego, em comum acordo, das quarentenas e dos lazaretos como meio de isolar pessoas e mercadorias contaminadas por essas doenças. Para que fossem estabelecidos esses três preceitos, houve diversos debates no contexto do congresso.

Essas discussões tiveram como ponto central as quarentenas, a questão mais polêmica entre os integrantes. Os debates ocorreram entre diplomatas e médicos, o que provocou ainda mais discussões e divergências, pois as autoridades políticas buscavam resolver, prioritariamente, os problemas econômicos, enquanto os médicos propunham solucionar questões relacionadas à saúde pública.

O estabelecimento e a constituição da medicina como profissão importante e influente nas decisões das autoridades públicas foi um processo conflituoso e longo. Flavio Edler (1992, p.64) afirma que os baixos salários dos médicos e a pouca profissionalização impunham-lhes um sistema de patronagem na busca de carreiras mais seguras:

O monopólio virtual dos empregos públicos era peça fundamental da política de cooptação dos profissionais liberais pela oligarquia senhorial, o que vale dizer que tanto os cargos de direção política, quanto quaisquer outros sob o domínio estatal eram distribuídos a partir da lógica do patronato. ... Pouco espaço havia, portanto, para a afirmação de uma ética profissional sedimentada em instituições orientadas por critérios como competência, habilitação técnico-científica, concursos e carreira pautados por um sistema meritocrático.

É provável que alguns médicos que participaram desse congresso tivessem sido indicados por autoridades políticas e fossem remunerados pelos serviços prestados a seus respectivos Estados. Havia estreita relação de dependência, o que dificultava a afirmação de um saber

médico autônomo e o monopólio médico “no processo de decisão política a respeito dos modelos científicos que deveriam ser ratificados como válidos” (Edler, 1992, p.14).

Em relação à febre amarela, os argentinos e os uruguaios se posicionavam a favor do contagionismo, ao passo que os brasileiros defendiam a teoria infeccionista, argumentando que, no Rio de Janeiro, a doença era esporádica e se desenvolvia espontaneamente. Essas diferentes posições entre os médicos eram comuns nesse período, pois o conhecimento era muito precário.

Além das distintas teorias existentes, as divergências entre os médicos envolvidos no congresso eram bastante convenientes visto que defendiam posições que beneficiavam seus respectivos governos. Nesse período, argentinos e uruguaios já apresentavam a hipótese de que a febre amarela era uma doença domiciliada no Brasil e, por essa razão, os médicos da delegação brasileira tentavam amenizar e modificar essa opinião tão prejudicial ao Império brasileiro.

Observou-se que a última palavra no congresso estava sempre com a diplomacia; aos médicos cabia papel mais consultivo do que deliberativo. No entanto, apesar de a decisão final ter ficado nas mãos dos diplomatas, os médicos reivindicavam o reconhecimento e o prestígio profissional nesse espaço institucional. Era o início de um processo que culminará no final do século XIX com o reconhecimento da profissão médica pelas autoridades políticas dos três países.

Embora aprovada e assinada pelos representantes dos governos envolvidos, essa convenção sanitária não foi ratificada por nenhum dos países. A não ratificação evidenciava a existência de hostilidades entre os diplomatas do Brasil e da Argentina, que começavam a disputar nesse momento a mão de obra estrangeira e buscavam forjar imagens positivas de seus países, em detrimento do país vizinho, e garantir a entrada em seus portos dos vapores europeus abarrotados de imigrantes. Demonstrava ainda o quão difícil era estabelecer acordos multilaterais nessa época, e o congresso sanitário de 1873 tornou-se espaço privilegiado para a percepção dos antagonismos existentes entre o Império brasileiro e a República da Argentina.⁴

Uma das motivações para que os três países elaborassem um segundo acordo sanitário, que viria a ocorrer em 1887, foram as medidas proibitivas, de caráter comercial, tomadas pelo Império brasileiro quando do surgimento da epidemia de cólera nas cidades de Buenos Aires e Montevideú. Conforme explicita o ofício do Ministério dos Negócios do Império em 13 de novembro de 1886, o Brasil assumiu a drástica determinação de “que, até segunda ordem, fiquem fechados os portos nacionais, exceto o do Lazareto da Ilha Grande, a todos os navios procedentes da República argentina e de quaisquer portos infeccionados pelo cólera-morbo” (Brasil, 13 nov. 1886).

Essas medidas causaram grande impacto no comércio platino, que tinha o Brasil como principal mercado consumidor da carne de charque⁵, produto amplamente utilizado na alimentação dos escravos e da população pobre brasileira (Medrano, 1989).

Em função desses acontecimentos, o Império e as repúblicas platinas iniciaram, em meados de 1887, uma discussão sobre a celebração de um congresso sanitário que formulasse uma legislação própria, com o estabelecimento dos direitos e deveres de cada país nos momentos de epidemias. O tema da carne foi tão importante, que, durante a elaboração da convenção sanitária, uma comissão composta por dois médicos brasileiros e um farmacêutico uruguaio se reuniu para estudar e realizar experiências científicas que atestassem ou não a possibilidade de a carne servir como veículo transmissor de cólera-morbo.

Uma das diferenças entre esse acordo e o de 1873 é que ele foi aprovado, assinado pelas autoridades médicas e diplomáticas e ratificado pelas câmaras de deputados das três nações. Isso implicou a implantação das decisões assumidas no regulamento sanitário formulado pelos médicos para evitar a propagação das epidemias. Na convenção, estabeleceu-se a criação de instituições de controle sanitário nos portos e nas embarcações e exigiu-se a contratação de médicos, por meio de concurso público, para os portos e navios de transporte de passageiros, visando aumentar o controle e a vigilância desses países quanto às doenças (Brasil, 1888, anexo n.1, p.82-121). Houve forte repercussão do acordo sanitário, tanto nos demais países sul-americanos como em alguns países europeus.

Se as epidemias de febre amarela na década de 1870 foram as responsáveis, em grande medida, pela realização do Congresso Sanitário Internacional em Montevideu em 1873, nos anos 1886 e 1887 foi o cólera-morbo o grande vilão das desavenças entre as autoridades dos três países. Vale destacar, no entanto, que, além do medo da contaminação das doenças, havia disputas políticas (questões de fronteira) e econômicas (comércio da carne e imigração europeia) bem delimitadas entre o Império do Brasil e as repúblicas platinas. As epidemias serviam como justificativas ‘plausíveis’ para a interrupção do comércio e a clausura dos portos, afetando a imigração europeia e a troca de mercadorias importantes entre essas regiões, como foi o caso da carne de charque, também denominada *tasajo* pelos platinos.

Era conveniente para o Império interromper, ainda que momentaneamente, a comunicação portuária com o Prata, pois assim causava receio em outras embarcações, especialmente as europeias lotadas de imigrantes, que se viam forçadas a desembarcar seus passageiros nos portos brasileiros. E mais, interessava proteger a produção sul-rio-grandense de carne de charque que enfrentava a concorrência da produção platina.

A grande queixa das repúblicas do Prata era a exportação da carne de charque para o Brasil, item muito importante para a economia desses países. Como enfatizou o diplomata uruguaio no Brasil, Carlos María Ramírez, em Nota da Legação Oriental ao Governo Imperial em 26 de setembro de 1887, “somente o Uruguai produz e introduz dois terços do charque estrangeiro consumido anualmente pela população do Império” (Brasil, 1888, p.7).

A interrupção da exportação da carne de charque platina, ocorrida entre o final de 1886 e meados de 1887, em função da moléstia, e a elaboração de uma convenção sanitária internacional podem ser consideradas fortes indícios de que o cólera-morbo incomodou as autoridades diplomáticas e comerciais e tornou-se, no final do século XIX, uma das principais questões de saúde pública dos países latino-americanos.⁶ Não se pode esquecer ainda que, mesmo com a chegada dos imigrantes e com o processo lento e gradual da abolição da escravidão, o Brasil era um país escravista e necessitava conservar essa mão de obra.

O governo uruguaio enviou para o Brasil em 24 de agosto de 1887, em missão especial, o ministro Carlos María Ramírez para negociar um acordo sanitário. Junto com o ministro, integrava a missão o farmacêutico José Arechavaleta (1838-1912), com o intuito de demonstrar que a carne de charque não era transmissora do cólera, e Pedro Saenz de Zumarán, como secretário do diplomata.

O envio da missão uruguaia especial ao Brasil gerou muita expectativa entre os orientais, como manifestou o jornal uruguaio *El Siglo*: “o mais importante dos assuntos internacionais desta República é, neste momento, o que motivou a missão especial do doutor Carlos María

Ramírez à Corte do Rio de Janeiro, que foi o de procurar nos assegurar que a carne de charque deste país não seja novamente excluída dos mercados brasileiros” (¿Se dejarán..., 24 ago. 1887). O tema da carne de charque mobilizava parte significativa da elite econômica oriental, que dependia da sobrevivência do mercado brasileiro para garantir a produção e comercialização do produto.

A partir de então iniciavam-se as negociações para um acordo sanitário entre o Império do Brasil e as repúblicas do Uruguai, Argentina e Paraguai. Fica evidente na documentação certo ar de imposição do Brasil para com os outros países. De fato, o Império encontrava-se em posição privilegiada, pois uruguaios e argentinos dependiam do Brasil para comercializar seu charque, e o país não havia sido atingido pela epidemia de cólera-morbo que devastou a Argentina e afetou fortemente o Uruguai.

Travou-se uma disputa inicial para decidir o local de realização do evento. De acordo com a documentação encontrada, teria sido o representante uruguaio o primeiro a propor ao Brasil e à Argentina a realização de um congresso sanitário, no entanto o Brasil foi o primeiro a sugerir o Rio de Janeiro como sua sede. A diplomacia oriental não aceitou imediatamente a ‘imposição’ do Rio de Janeiro, argumentando que a ideia inicial partira do Uruguai e que Montevidéu seria o local ideal não só do ponto de vista geográfico, como também por ter sediado o encontro sanitário de 1873.

A escolha do local do congresso sanitário, entretanto, extrapolava os limites da geografia física. Representava a imposição e conquista de um território político e simbólico, a partir do domínio dos espaços de produção de normas e legislações em comum. O país que melhor dominasse esse espaço conseguiria persuadir os demais de suas ideias e opiniões e, por conseguinte, definir sua dominação política na região.

Foi o que aconteceu com o Império do Brasil, que, se não dominou a situação, ao menos se impôs e marcou sua posição frente às questões sanitárias discutidas e acordadas. Cabe lembrar a dominação exercida pelo Brasil no Uruguai, desde sua constituição como Estado nacional em 1828. Mesmo com o fim da Guerra do Paraguai, a supremacia brasileira no país ainda era considerável. A par disso, o Brasil valeu-se da situação de fragilidade econômica do Uruguai, que dependia do seu mercado para exportar a carne de charque, e determinou as condições de realização do congresso sanitário de 1887.

Definido o local, iniciaram-se efetivamente os trabalhos dos representantes nomeados pelos países. Assim como ocorreu nas reuniões do congresso sanitário de 1873, também esta contou com a presença de autoridades diplomáticas e médicas. Do Brasil, os delegados foram o barão de Cotegipe, ministro dos Negócios Estrangeiros, e os médicos Nuno Ferreira de Andrade (1851-1922), João Batista de Lacerda (1846-1915) e o já citado Araújo Góes.

Araújo Góes, além do trabalho no Imperial Colégio D. Pedro II, engajou-se nas pesquisas sobre febre amarela juntamente com João Batista de Lacerda entre 1883 e 1886, no Laboratório de Fisiologia do Museu Nacional. Os dois trabalharam juntos em diversos experimentos e combateram fervorosamente a vacina contra febre amarela criada por Domingos Freire (Benchimol, 1999). Em 1885, Araújo Góes tornou-se membro da Academia Imperial de Medicina com uma memória sobre a febre amarela.

João Batista de Lacerda participou das mais diversas práticas científicas da época (Vergara, 2005) e foi personagem importante na medicina brasileira do final do século XIX. Formou-se

em medicina no Rio de Janeiro, em 1870, seis anos depois se tornou funcionário do Museu Nacional e seu diretor entre 1895 e 1915. A partir de 1880 trabalhou no Laboratório de Fisiologia, ligado ao Museu. Em 1882, concorreu a uma vaga de professor na Faculdade de Medicina, mas não foi aprovado. No ano seguinte, tornou-se membro titular da Academia Imperial de Medicina, que o dispensou das formalidades exigidas pelo estatuto, tendo sido ainda presidente dessa associação no biênio 1892-1893.

Nuno de Andrade participou do congresso sanitário como inspetor-geral de saúde dos portos, cargo que ocupou entre 1886 e 1889. No primeiro ano de sua gestão foi criado o Lazareto da Ilha Grande, instalado na enseada do Abrahão (Ilha Grande, RJ), para executar o regime quarentenário vigente na época. Tal medida foi importante no momento do aparecimento do cólera, porque o país não possuía lazaretos adequados, e o da Ilha Grande foi o único que ficou aberto para receber as embarcações vindas do Prata.

Do Uruguai, estavam presentes Carlos María Ramírez, enviado extraordinário e ministro plenipotenciário, o farmacêutico José Arechavaleta e o médico Elias Regules (1861-1929), ambos professores da Faculdade de Medicina de Montevideu.

A delegação argentina contou com o ministro plenipotenciário Henrique B. Moreno e os médicos José María Astigueta (?-1897) e Telémaco Susini (1856-1935) que, à semelhança de seus colegas uruguaios, também eram docentes, da Faculdade de Medicina de Buenos Aires. Susini destacava-se na cátedra de bacteriologia, ciência nova naquele momento, e fundou, no início da década de 1880, o Instituto Bacteriológico. Ambos também ocuparam o cargo de presidente da Assistência Pública na capital argentina.

A nomeação dos médicos decorreu, em princípio, de uma tradição já estabelecida nos diversos congressos sanitários ocorridos na Europa e na América, mas também refletiu o contexto daquele congresso, em que questões científicas e econômicas ocuparam o centro do debate, conforme observou o barão de Cotegipe na primeira conferência para negociação da convenção sanitária, em 20 de outubro de 1887: “discussão e qualquer ajuste sobre medidas sanitárias deviam assentar, como já estava entendido por meio de notas, no juízo de profissionais, sobretudo quanto aos gêneros que por ventura possam transmitir moléstias epidêmicas, como a carne-seca ou charque” (Brasil, 1888, anexo n.1, p.41).

A comissão de médicos nomeada pelo governo brasileiro, além de ter sido composta por ocupantes de cargos públicos, congregava indivíduos de um campo médico em ascensão, o dos caçadores de micróbios, aqueles que haviam se filiado à ciência de Pasteur, contribuindo para a formação do novo ramo da medicina, a bacteriologia. No entanto, vale ressaltar que muitos profissionais não aderiram à teoria microbiana, de imediato; eles mesclaram a teoria dos micróbios com a dos miasmas.

A convivência das duas teorias ficou explícita na discussão sobre formas de desinfecção nos navios entre os médicos da comissão técnica do congresso. O presidente da comissão, doutor Nuno de Andrade, elogiou em ata a comissão encarregada de fazer os experimentos com o bacilo do cólera e mencionou o uso do “ácido sulfuroso nos casos de cólera-morbo, pois o seu emprego em uma atmosfera úmida, com formação de gás sulfídrico é de resultado certo” (Ata..., 9 nov. 1887). O doutor Lacerda, buscando fazer um discurso diplomático, não questionou os conhecimentos de seu colega e superior naquela comissão, porém afirmou concordar “com o sr. Presidente, embora esteja convencido pelos estudos de Koch, que o germe

colerígeno não se encontre no ar” (Ata..., 9 nov. 1887). Mesmo assim, a comissão técnica aprovou o uso do ácido sulfuroso como desinfetante nas embarcações, ou seja, as teorias miasmática e microbiana coexistiram por algum tempo na ciência médica sul-americana.

Segundo afirmaram Cueto e Rivera (2009), em estudo sobre o Congresso Sanitário de Lima de 1888, essas posições aparentemente contraditórias marcaram um complexo processo de recepção dos novos paradigmas médicos e, na prática, significaram o acolhimento híbrido das ideias modernas e tradicionais por parte das elites médicas sul-americanas. Assim como ocorreu no Rio de Janeiro em 1887, no congresso de Lima de 1888 “este tipo de posição, que pode ser considerada heterodoxa, foi bem aceita pelos participantes do Congresso, e se chegou a uma conclusão que não estabelecia diferença entre as ideias miasmáticas e a teoria do germe das doenças” (p.144).

O congresso sanitário de 1887 foi organizado diferentemente do primeiro, pois se formaram duas comissões: uma técnica, composta por médicos, e outra político-diplomática, por ministros dos três governos. Essas duas comissões trabalharam de maneira independente: a técnica elaborava as propostas para o regulamento sanitário internacional, e a dos ministros avaliava, sugeria modificações e, ao final, aprovava o trabalho.

Essa mudança na forma estendeu-se ao conteúdo das discussões. Enquanto no congresso sanitário de Montevideú, em 1873, médicos e diplomatas debatiam conjuntamente as questões relativas à saúde dos portos, quarentenas e lazaretos, causando problemas e difíceis debates, no de 1887 os assuntos ligados à medicina e à saúde foram delegados aos profissionais da área, que haviam sido convocados para cumprir a missão de elaborar uma convenção sanitária para os três países. Essa motivação de não interferir no trabalho dos médicos evidenciou-se no pronunciamento do barão de Cotegipe na abertura do congresso, no dia 1º de novembro de 1887, registrado no protocolo da segunda conferência:

Declarando instalado o Congresso, disse que como estava assentado, ele escolheria a sua mesa entre os seus membros; que se reuniria para os trabalhos em uma das salas da Secretaria de Estado dos Negócios Estrangeiros nos dias e horas que lhe conviessem, remetendo com o projeto de convenção um resumo das discussões, e que a estas poderão os Plenipotenciários assistir, juntos ou cada um de per si, sem contudo tomar parte nelas (Brasil, 1888, anexo n.1, p.45).

Explicitava-se, portanto, que os diplomatas não poderiam emitir opinião nas reuniões dos médicos, e vice-versa. Além disso, o congresso precisava resolver um impasse criado pelo governo brasileiro: a proibição de importação do charque platino nos portos do Império, conforme o Aviso de 13 de novembro de 1886. Foi formada uma comissão de médicos do Brasil e do Uruguai para pesquisar se a carne era ou não veículo transmissor do cólera-morbo. Na verdade, a maior motivação para a organização do congresso, foi, sem dúvida, o bloqueio do Brasil ao charque proveniente do Prata, decisão que muito prejudicou a economia da região.

Na década de 1880, importantes transformações no ensino médico e na própria medicina marcariam os rumos que os profissionais tomariam a partir de então. Um dos marcos foi a Reforma Saboia, ocorrida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1884, que modificou as condições materiais de ensino, com a criação de 11 laboratórios e de novos cursos de clínica. Como destacou Flavio Edler (1992), as mudanças no ensino médico não se devem unicamente à figura de seu diretor, Vicente Saboia, entre 1880 e 1889, mas ao periodismo

médico atuante na Corte e às Conferências Populares da Glória, em que várias lideranças médicas se engajaram e se utilizaram da tribuna para denunciar as péssimas condições das faculdades de medicina do país.

Vistas do plano imediatamente político, as reformas do ensino médico no limiar da última década do Império decorrem como o resultado mais próximo das ações corporativas das elites médicas, iniciadas na década de 1870, visando persuadir os poucos personagens que participavam do jogo político sobre seu conteúdo utilitário. Revelam, ao mesmo tempo, que tornara-se factível a unificação dos interesses corporativos. A redução drástica do campo de incertezas que até então pairava sobre os fundamentos práticos e teóricos da medicina possibilitou maior eficácia na ação corporativa em torno de uma agenda de reformas nas instituições médicas em que a pedra de toque era a questão da formação profissional (Edler, 1992, p.230).

Portanto, as mudanças no ensino, aliadas às descobertas científicas, que deram à medicina um *status* de conhecimento confiável, formaram a base para que as lideranças médicas conquistassem maior prestígio e espaço na agenda governamental e a definitiva legitimação do saber técnico-profissional. Isso se reflete diretamente no Congresso Sanitário Internacional do Rio de Janeiro, em que os médicos tiveram destaque e puderam impor seus conhecimentos científicos.

A primeira missão da comissão técnica foi a leitura da convenção sanitária de 1873 celebrada em Montevidéu. Essa primeira convenção foi lembrada durante todo o período de negociação entre os governos; a primeira conferência evidenciava que era dever dos médicos “recebidas as suas instruções, e tomando por base para a questão geral a convenção sanitária firmada em Montevidéu a 29 de julho de 1873, dar com a brevidade possível o parecer” (Brasil, 1888, anexo n.1, p.43).

O objetivo era, em primeiro lugar, apontar para a importância da primeira tentativa de acordo sanitário entre os três países, especialmente por parte do governo brasileiro, que inicialmente recusou o convite feito pelo governo do Uruguai para a realização de um congresso sanitário em Montevidéu. A diplomacia brasileira evitava confrontos diretos e, na medida do possível, negociava soluções que agradassem aos outros países, em especial ao Uruguai, antigo parceiro comercial do Império. Buscou-se não menosprezar o primeiro acordo, que, apesar de não ter sido ratificado, foi assinado pelos representantes presentes de cada governo. Em segundo lugar, estava ali um médico que havia participado do congresso de 1873, Francisco Marques de Araújo Góes, que colaborou com a redação do primeiro documento e que poderia sugerir permanências e mudanças no convênio sanitário.

A comissão médica, após a leitura e análise da convenção, que não foi ratificada, concluiu que ela já estava ultrapassada e que não era recomendável tê-la como modelo para a atual conferência, em função dos progressos da profilaxia internacional, pois, conforme se lê no protocolo da terceira conferência, “a Convenção de Montevidéu representa conseqüentemente uma tentativa esforçada, mas já envelhecida” (Brasil, 1888, anexo n.1, p.49). Como exemplo desses progressos, a comissão apontava os congressos sanitários ocorridos na Europa e nos EUA, mostrando-se bastante informada sobre o assunto, o que confirma a tese de que os congressos de Montevidéu e do Rio de Janeiro integravam-se ao circuito das conferências sanitárias internacionais iniciadas em 1851, na capital da França:

pareceu à Comissão técnica, que as Conferências de Viena, em 1876, de Washington, em 1881, de Roma, em 1885, de Antuérpia, ainda em 1885 e finalmente o recente Congresso de Havre, em 1887, tinham inovado muito em matéria de higiene administrativa e de organização quarentenária; sendo aproveitável, portanto, para a elaboração científica do Convênio, que os três Governos sul-americanos projetam a cópia riquíssima e ilustrativa de preceitos e arestos que as referidas Conferências estabeleceram e firmaram (Brasil, 1888, anexo n.1, p.49).

É preciso explicitar aqui que, apesar da inspiração em modelos europeus – refletida no próprio ensino nas faculdades, em sua quase totalidade, tributário do modelo francês e nas reformas nesse ensino, com influência direta da Europa –, os médicos brasileiros preocupavam-se com os temas nacionais e/ou regionais, adaptavam os conhecimentos adquiridos nos livros europeus à realidade local e formulavam suas teorias para explicar o surgimento das doenças e os mecanismos de cura. Havia, segundo Carreta (2006, p.32), um projeto político dos médicos, que aspiravam à esfera pública:

Embora a inspiração para tais mudanças fosse buscada na Europa, o novo modelo teria necessariamente que se ocupar de temas nacionais. A preocupação de incluir o estudo dos problemas locais na reforma revela a pretensão dos esculápios de participar das decisões governamentais. Aqui se esboça a concepção da elaboração de políticas públicas como algo eminentemente técnico, descolado da esfera das paixões partidárias e ideológicas. Assim essas políticas deveriam ser pensadas e executadas por cientistas, pessoas obrigadas, por sua profissão, a estar acima dessas paixões.

A discussão sobre a imparcialidade e a autonomia dos médicos nos assuntos ligados à saúde pública nesse final do século XIX permite perceber que o campo da medicina ainda se consolidava e que a ciência médica se apoiava nas decisões políticas, fazendo uso das instâncias de poder para afirmar determinados saberes. Por outro lado, como comprovou Saldaña (2000, p.22) “a política estatal foi definitiva na organização e promoção da atividade científica e, reciprocamente, ... a ciência foi um fator de legitimação do Estado nacional”. Sem a presença dos Estados, a medicina não teria se constituído como um campo de produção de conhecimento no século XIX.

A proibição da importação do charque foi uma medida mais política do que sanitária e ainda assim os médicos cariocas ficaram favoráveis à decisão do governo brasileiro, até que houvesse a realização da pesquisa de laboratório, que comprovou a inexistência de riscos de a carne platina transmitir o germe colérico. Vale destacar que os critérios de escolha desses médicos para a composição do congresso sanitário continuaram sendo, majoritariamente, meritocráticos, como afirma Flavio Edler (2001). Apesar de traços da sociedade clientelista senhorial imperial, como o apadrinhamento de cargos públicos, ter perdurado entre os médicos, eles buscavam estabelecer sua credibilidade em suas capacidades técnica e científica. Isso porque, segundo Edler (p.118-119),

os debates científicos no interior do campo médico eram baseados não no *status* social, ou na honra, medida pela inscrição dos médicos na ordem senhorial, e sim no pertencimento a uma corporação científica. Portanto, não era a titularidade nobiliárquica que credenciava a opinião ou testemunho, mas sim a habilidade em atuar de acordo com as regras científicas consagradas nesse microcosmo.

Os médicos João Batista de Lacerda, Nuno de Andrade e Araújo Góes já haviam mostrado suas competências nos espaços institucionais mais importantes, como a Academia e a Faculdade de Medicina. Batista de Lacerda e Araújo Góes tinham larga experiência em laboratórios em suas pesquisas sobre febre amarela no Museu Nacional, e Nuno de Andrade lecionava na Faculdade e havia publicado diversos artigos em periódicos médicos, além de ter ocupado cargos na burocracia imperial, como o de inspetor de Saúde dos Portos e de conselheiro do imperador dom Pedro II (1886).

José Maria Astigueta e Telémaco Susini fizeram parte de uma geração na Argentina que modificou a organização sanitária e legitimou a participação dos médicos nas estruturas de poder, demonstrando suas competências na administração de órgãos públicos como o Departamento Nacional de Higiene (1880). Houve mudança no perfil do profissional médico argentino, daquele engajado politicamente da década de 1870 para um novo modelo de médico higienista a partir de 1880, mais ‘profissionalizado’ e afinado com a produção e difusão médico-científica. Como destaca Alvarez (1999, p.299), a figura do profissional médico higienista “foi ganhando corpo e espaço onde antes não alcançava, haja vista que os objetivos dos higienistas estavam comprometidos, fundamentalmente, com a hierarquização da profissão médica e com a liderança médica no campo do progresso social”.

A primeira questão discutida nas reuniões da comissão técnica foi sobre as quarentenas, tal como no congresso de 1873. O tema era importante porque representava a busca do equilíbrio entre interesses econômicos e os da saúde pública. Na década de 1880, com a descoberta dos micróbios, o enfoque era o de sanear as cidades e menosprezar as antigas práticas de isolamento, que, para muitos, não tinham nenhuma eficácia comprovada cientificamente. Segundo Nuno de Andrade, a comissão se posicionou favorável à manutenção da quarentena pelos seguintes motivos:

Nenhuma divergência, nem o mais leve reparo, suscitou a questão dos lazaretos, porque pareceu à Comissão que o lema moderníssimo de que tais estabelecimentos para nada servem e a melhor profilaxia é saneamento da região até os confins do último arraial, na frase enfática de Berval, retrata, no primeiro caso, um vício radical de observação e de lógica, por inferir-se a inutilidade dos lazaretos, em absoluto, da péssima organização de alguns deles; e, no segundo caso, exprime uma aspiração ideal, generosa sem dúvida, mas de realização remotíssima e incerta.

Entretanto, entende a Comissão que nas grandes cogitações dos higienistas que combatem, à demasia, o regime da quarentena para encarecer as vantagens, que ninguém aliás contesta, do saneamento das povoações, germina e frutifica a semente de uma reação que, por excessiva, pode tornar-se perigosa contra os exageros das quarentenas de outrora.

Não basta, efetivamente, colocar as povoações em estado de receber mal o germen mórbido que lhe é trazido: mas a segurança pública exige ainda que se obste, por todos os meios, a introdução de tal germe.

Sanear uma cidade não é o problema único a resolver; porquanto outro, tão importante como ele, se nos afigura existir no emprego constante e assíduo das providências destinadas a impedir que a salubridade urbana seja perturbada pela incursão de uma moléstia epidêmica.

Por isso a Comissão técnica propõe a manutenção das quarentenas, em suas duas formas: a de observação e a de rigor (Ata..., 1º nov., 1887).

Apesar de aceitarem, unanimemente, o estabelecimento de quarentenas, houve polêmica quanto ao prazo que deveria ser fixado para cada uma das moléstias. A quarta sessão da comissão técnica, em 7 de novembro, foi totalmente dedicada a discutir os períodos de quarentena. O médico argentino Susini sugeriu uma proposta que foi aceita por todos: “para os efeitos do máximo de incubação a que se refere a Convenção, e em relação às medidas sanitárias, se consigne os prazos de oito dias para o cólera, de dez para a febre amarela e de vinte para a peste” (Ata..., 7 nov. 1887).

Araújo Góes lembrou que esses eram os prazos estabelecidos pelo regulamento imperial de 3 de fevereiro de 1886, referente ao decreto n.9.554, que reorganizou o serviço sanitário do Império. O artigo 151 desse regulamento afirmava que “a declaração de infeccionado aplicada a um porto onde tenham aparecido casos de moléstia pestilencial tirará a interdição sanitária dos navios dele procedentes e saídos durante o período, imediatamente anterior à manifestação do primeiro caso, de vinte dias em relação à peste, dez em relação à febre amarela e oito em relação ao cólera” (Barbosa, Rezende, 1909, p.671).

No entanto, no dia 17 de novembro, quando ocorreu a sexta sessão, o comissário brasileiro Araújo Góes apresentou a seguinte proposta para apreciação da comissão: “Desde o dia 1º de maio até 31 de outubro, as quarentenas para os passageiros procedentes de portos sujos pela febre amarela serão de sete dias, contados do da partida” (Ata..., 17 nov. 1887). Essa proposta representava a restauração do artigo 8º do Convênio de Montevideu de 1873 e, apesar de naquela época ter sido aceita, foi rejeitada no atual congresso.

Mesmo já tendo sido determinado o período de incubação das moléstias, o médico brasileiro voltava a insistir na redução da quarentena para a febre amarela. Para a comissão, em especial para os membros argentinos e uruguaios, essa proposta carecia de fundamento, pois se havia sido julgado necessário o prazo de dez dias para determinação do período incubatório máximo da febre amarela, a redução da quarentena para sete dias podia ser perigosa. Araújo Góes argumentava que naquela época do ano, nas duas repúblicas do Prata, havia acentuada diminuição da temperatura, e que já havia sido comprovado que a febre amarela incidia, com maior regularidade, nos meses quentes de verão e outono. No entanto, os comissários platinos contestaram a alegação – a redução da temperatura ambiente não era tão intensa que fosse capaz de impedir a propagação do tifo americano –, e citaram exemplos de manifestação epidêmica no referido período.

Na verdade, o que Araújo Góes buscava era beneficiar quase exclusivamente o Brasil, que tinha a febre amarela constantemente presente nos noticiários de óbitos. Essa doença assolou o país por diversas vezes durante a segunda metade do século XIX até o início do XX. Benchimol (1999, p.286) destaca que os médicos debatiam se “era a febre amarela uma doença endêmica, ‘domiciliada’ no solo da cidade, ou uma doença importada que se podia combater pela tríade tradicional da saúde pública: quarentenas, desinfecções e isolamento?” (destaque do original). As respostas a essas perguntas foram adiadas até a primeira década do século XX, quando se passou a aceitar a tese do mosquito transmissor.⁷

A votação sobre o período de quarentena evidenciava o posicionamento dos três governos. Votaram a favor os comissários brasileiros Batista Lacerda e Araújo Góes, e contra os quatro comissários platinos, tendo o presidente declarado abstenção.

A suspeita de a carne de charque ser a transmissora do cólera-morbo foi também debatida no congresso. Coube à comissão técnica aprovar o parecer emitido pelos doutores João Batista de Lacerda, Francisco Marques de Araújo Góes, Nuno de Andrade e José Arechavaleta a respeito da não transmissibilidade do germe do cólera asiático pela carne de charque. Esse parecer decorreu de uma série de experiências científicas realizadas no Laboratório de Fisiologia do Museu Nacional, no Rio de Janeiro, anteriores à realização do congresso sanitário, devido à urgência das autoridades diplomáticas, especialmente as uruguaias, em defender seu produto comercial mais importante.⁸

Além de abordar a questão da carne de charque, o congresso sanitário, logo no seu início, instituiu duas subcomissões: uma para o estudo da febre amarela, composta pelo brasileiro Araújo Góes, pelo argentino Telemaco Susini e pelo farmacêutico uruguaio Arechavaleta; e a segunda para o estudo das matérias suscetíveis e dos desinfetantes, contando com os médicos Lacerda e, novamente, Susini e o farmacêutico Arechavaleta.

No entanto, ao contrário da comissão anterior que pesquisou o cólera, com base em experimentos científicos e com respaldo internacional, o relato feito pelos médicos sobre a febre amarela baseou-se em especulações e incertezas. Até aquele momento, não se havia ainda descoberto o verdadeiro agente de transmissão da doença. Trabalhava-se sobre os dados empíricos e com as experiências cotidianas com a doença. Alguns brasileiros como Domingos Freire e Batista Lacerda, a partir de 1880, acreditavam na existência de um germe causador da febre amarela, o que os tornou rivais na busca da vacina contra a doença. Era o auge da utilização dos métodos da bacteriologia pelos médicos.⁹

Em 1880, João Batista de Lacerda chegou até a propor a reunião de países americanos para se discutir o combate à febre amarela, remetendo à Conferência Sanitária Internacional de Constantinopla em 1866, quando os países europeus se reuniram para discutir a epidemia de cólera-morbo. Lacerda “desejava que o governo brasileiro promovesse conferência similar no Rio de Janeiro, para tratar da febre amarela, com representantes das repúblicas platinas e dos EUA” (Benchimol, 1999, p.178), pois era assunto urgente para o continente americano.

Efetivamente, no Congresso Sanitário Internacional de 1887 discutiu-se a temática, ainda que as respostas para as questões levantadas fossem todas vagas e nada se afirmasse com certeza. Isso se explica, em parte, pela derrota sofrida por Lacerda e Araújo Góes a respeito do agente causador da doença. Acreditavam esses médicos que um ‘fito-organismo’ ou um vegetal produzia a febre amarela, sendo introduzido no organismo através do alimento e da bebida. Em 1887, porém, um laboratório na França desmentiu a hipótese dos brasileiros, sugerindo que o vegetal encontrado era apenas uma bactéria já conhecida pelos médicos.

A partir de então, toda cautela passou a existir na discussão sobre as causas da febre amarela, o que fica explicitado no relatório da comissão técnica de 1887. À primeira questão, sobre quais seriam os veículos do contágio direto de homem a homem, a resposta foi:

Nada há mais litigioso do que o contágio direto da febre amarela. Os fatos citados em favor do contágio prestam-se igualmente a explicar a propagação da moléstia por meio das roupas e objetos provenientes ou de doentes ou de lugares infeccionados. A comissão, portanto, não podendo pronunciar-se com exatidão, diz que a febre amarela não parece transmitir-se diretamente do homem doente para o homem são (Relatório..., 13 nov. 1887).

Sobre os meios de propagação da doença, a comissão explicitava a mescla das teorias contagionistas e miasmáticas pelos médicos, haja vista o fato de elas afirmarem que tanto o contato com objetos quanto o ar atmosférico eram veículos propagadores da epidemia. De acordo com a comissão,

As roupas e mais objetos, que serviram a doentes de febre amarela ou estiveram em con-tacto mais ou menos direto com eles, são veículos de transporte do gérmen mórbido.

Fora desses casos a comissão considera ainda como podendo transportar o agente mórbido o porão dos navios ...; os cadáveres, em razão dos humores que deles correm e podem infeccionar o meio; os excretos, pelo mesmo motivo; a água e alimentos e o ar; finalmente os insetos no caso de sentirem-se com os excretos.

O ar atmosférico propaga a moléstia em um certo raio que provavelmente não passa de um quilômetro. O fato da rápida passagem dos emigrantes pela cidade em quadros epidêmicos para embarcarem na estrada de ferro Pedro 2^o e a manifestação da febre amarela neles, quando chegam a seu destino, provam cabalmente que a infecção fez-se pelo ar (Relatório..., 13 nov. 1887).

E assim, nota-se em todo o relatório a presença de incertezas em relação à febre amarela. Os termos mais recorrentes foram ‘uma questão que não foi ainda estudada’, ‘faltam estudos rigorosos’, evidenciando tema em aberto para a medicina oitocentista. Como destacou Marta de Almeida (2003, p.77-78), ao estudar os congressos médicos latino-americanos, no segundo deles, ocorrido em 1904, em Buenos Aires, a temática da febre amarela ainda estava em evidência.

Como se sabe, uma das preocupações epidemiológicas de maior gravidade do final do século XIX e início do século XX foi a febre amarela. No entanto, ela só irá aparecer como tema de debates no 2^o Congresso Médico Latino-Americano.

Além disso, percebe-se que nesse período, não havia consenso em torno dos diagnósticos e profilaxias existentes. Por isso mesmo, havia interesse entre os cientistas pela primazia da ‘descoberta’ que pudesse decifrar o enigma da doença.

A segunda comissão do congresso internacional de 1887 encarregou-se de apresentar as bases para a regulamentação no que se referia aos objetos suscetíveis de transmitir contágios e aos meios e processos de desinfecção aplicáveis às três doenças epidêmicas – o cólera, a febre amarela e a peste do Oriente.

Para discriminar os produtos suscetíveis de transmissão do cólera, a comissão utilizou as deliberações tomadas no Congresso Sanitário Internacional de Roma, ocorrido em 1885,

(1) Que sejam considerados objetos suscetíveis de transmitir o contágio do cólera – as roupas, os trapos e todos os objetos que tenham estado em contato com os enfermos, inclusive as malhas, baús ou caixas que hajam servido para guardar esses mesmos objetos.

(2) Que atentas às suas naturais condições de dessecamento, e à ausência de todo o contato com os enfermos, as mercadorias, como crinas, peles, plumas, cabelos, palhas, couros secos ou curtidos, cereais, frutas, metais não devem ser consideradas objetos suscetíveis.

(3) Que nesta segunda categoria deve ser também incluído o charque ou *tasajo*, cuja impropriedade a servir de veículo ao germe colerígeno ficou experimentalmente provado por uma Comissão formada de membros deste Congresso (Relatório..., 9 nov., 1887).

Constata-se, novamente, o quanto as teorias contagionistas e anticontagionistas ainda influenciavam os médicos, determinavam os procedimentos e impunham ações na área de saúde pública. O tema dos objetos suscetíveis de contágio era ponto nevrálgico do congresso, pois colocava em questão a existência ou não de produtos comerciais que pudessem transmitir as epidemias, e os médicos sabiam disso; tanto assim que foram bastante modestos nas proibições de determinadas mercadorias, certamente com receio de que essas medidas pudessem afetar a economia da região.

Ainda que começasse a haver crescente autonomia do campo médico no final do século XIX, não é possível afirmar que esses doutores tenham ficado imunes às pressões de seus governos para que as relações comerciais fossem minimamente afetadas. A afirmação da comissão no que se refere ao cólera explicita isso:

A noção, porém, que nos vieram fornecer as recentes pesquisas de Koch e dos seus ilustres colaboradores na elucidação da etiologia do cólera – de que o micróbio produtor dessa moléstia é dotado de diminuta resistência à dissecação, perecendo por efeito dela em pouco tempo, facilita sobremodo aos legisladores sanitários, a resolução de certos problemas, os quais, por falta de base científica estiveram até então sujeitos a decisões arbitrárias, prejudicando assim interesses, às vezes muito respeitáveis, de ordem social e econômica (Relatório..., 9 nov. 1887).

Duas questões básicas nortearam as atitudes dos médicos brasileiros no congresso: o comércio de carne platina e a imigração europeia. De fato, para o Brasil, eram temas importantes, pois o charque fazia referência ao sistema escravista que ainda perdurava no país, apesar do crescente movimento abolicionista, e a imigração remetia ao projeto das elites políticas em resolver a crescente falta de mão de obra para a lavoura, com o processo gradual de abolição da escravidão. Vale destacar que o final da década de 1880 foi o auge da entrada de imigrantes europeus no Brasil: “a partir de 1887, a imigração estrangeira passou a ocorrer em grande escala, a maior parte destinando-se a São Paulo: 65% entre 1891 e 1900, 58% na década seguinte, 63% na década de 1910 e 58% na última década da Primeira República” (Telarolli Jr., 1996, p.33).

Pode-se concluir que o congresso sanitário de 1887 buscava resolver, prioritariamente, questões político-econômicas, e não problemas sanitários e higiênicos entre esses países. Como afirma Almeida (2003, p.20),

Se o Estado necessitava, por exemplo, do respaldo do conhecimento científico para o reconhecimento de suas potencialidades minerais, territoriais, vegetais e para a solução de problemas emergenciais como o controle de doenças epidêmicas, os cientistas necessitavam criar espaços de atuação e ampliação de suas relações científicas num meio muitas vezes adverso, pautado por prioridades político-econômicas distantes dos seus interesses.

O resultado efetivo desse congresso foi a elaboração, aprovação e publicação de dois importantes documentos: a Convenção Sanitária entre a República Argentina, a República Oriental do Uruguai e o Império do Brasil e o Regulamento Sanitário Internacional.

A tensão de interesses entre o Império do Brasil e as Repúblicas do Uruguai e da Argentina, que, até a década de 1870, havia levado esses países a guerras, tinha passado para a esfera diplomática. A ‘guerra’ passou a ser a das correspondências e dos acordos, estes extensamente

negociados e debatidos até o momento de suas assinaturas, como o que ocorreu nas duas convenções sanitárias, a de 1873 e a 1887.

Repercussões

A convenção de Montevideu, realizada em 1873, teve poucos desdobramentos pelo fato de não ter sido ratificada pelos governos do Brasil, da Argentina e do Uruguai, não tendo sido, por isso, posta em prática. Já o acordo de 1887 teve alcance, em um primeiro momento, mais regional. Posteriormente, ele e o acordo sanitário de Lima, de 1888, foram utilizados como modelos no congresso americano de Washington (1889-1890).

O Congresso Sanitário Americano, ocorrido na capital peruana em 1888, recebeu essa denominação porque pretendia reunir todos os países da América (Cueto, Rivera, 2009). Brasil, Uruguai e Argentina foram convidados a participar, porém não compareceram em função do acordo já estabelecido no ano anterior. Participaram Bolívia, Chile, Equador e Peru. A motivação principal para o congresso limenho, assim como ocorreu com o do Rio de Janeiro de 1887, foi a epidemia de cólera que grassava no Chile e ameaçava invadir os países vizinhos.

Neste congresso, se estabeleceram regras gerais de profilaxia contra o cólera e a febre amarela, bem como sobre a organização e as características dos lazaretos, das quarentenas e das desinfecções, e ainda o tipo de perguntas que se devia fazer aos passageiros. Também se considerou indispensável que cada país tivesse um escritório central de informação sanitária e que compartilhasse com as outras nações os dados epidemiológicos produzidos (Cueto, 2004, p.14).

A convenção sanitária do Rio de Janeiro serviria de base para o regulamento sanitário proposto no Congresso Americano de 1889-1890. No final do século XIX, começavam a ganhar cada vez mais força as ideologias lideradas pelos EUA, sob a nova bandeira do pan-americanismo (termo criado na década de 1880). A Primeira Conferência Internacional Americana foi fruto da ação norte-americana e ocorreu em Washington (2 de outubro de 1889 a 19 de abril de 1890), com a participação dos 17 países americanos – todos os então existentes, com exceção da República Dominicana (Santos, 2004).

Pelo exame da agenda do encontro percebe-se claramente a intenção dos norte-americanos de ampliar o intercâmbio comercial com a América Latina: medidas tendentes a promover a prosperidade dos diversos Estados americanos, a união pan-americana de comércio, a comunicação dos portos, a união aduaneira, pesos e medidas, direitos de invenção, moeda comum e arbitramento (Bueno, 1997, p.4).

O projeto de união aduaneira – proposto pelos EUA – previa a regulamentação das atividades portuárias em cada país, o que envolvia as questões de importação e exportação, os direitos e despesas de portos, a classificação e avaliação das mercadorias e questões sobre a higiene das embarcações e dos portos. Por esse motivo, foram discutidos projetos de regulamentos sanitários para o comércio entre os países da América, ainda que o tema sanitário não tenha sido enfatizado nos estudos acerca da primeira conferência americana internacional. As questões relacionadas à saúde pública estavam na pauta de praticamente todos os países participantes, daí o interesse geral em uniformizar as práticas sanitárias nos portos americanos.

Vale ressaltar que, durante a realização da conferência em Washington, houve a queda do Império no Brasil e o início do período republicano. Como destacou Luís Cláudio Santos (2004, p.125) “com o fim do Império, a delegação brasileira, cuja chefia passou a Salvador de Mendonça, foi autorizada a dar um ‘espírito americano’ às instruções recebidas”. A partir dessa mudança, a diplomacia republicana do Brasil passou a ser mais propositiva no congresso e a sugerir mudanças nas relações internacionais entre os demais países americanos:

Com a queda do Império, houve uma guinada também na política externa brasileira. Buscou-se fortalecer as relações com os EUA e com a Argentina e passou-se a apoiar as iniciativas interamericanas. ... A Monarquia identificava-se com a Europa e, nesse contexto, era a antítese da ideia americanista. Com a República, o Brasil pôde, finalmente, assumir sua identidade americana (Santos, 2004, p.113-114).

Durante a Conferência Americana, nomearam-se diversas comissões, entre as quais, a de regulamentos sanitários, que foi composta por delegados dos seguintes países: Nicarágua, Brasil, Peru, EUA, Venezuela, Haiti e Uruguai. Essa comissão foi criada em dezembro de 1889 e, em fevereiro de 1890, submeteu seu relatório aos membros da conferência.

Após a discussão da importância de se estabelecer um regulamento sanitário comum aos países da América, que pudesse prevenir e diminuir os conflitos gerados pelas epidemias entre as diversas nações, a Conferência Internacional Americana recomendou o seguinte, na sessão do dia 28 de fevereiro de 1890:

Que, dado o estado atual das relações entre as nações da América, é tão fácil como conveniente ao desenvolvimento dessas relações, que haja perfeito acordo sobre disposições sanitárias; que a maior parte dos portos da América do Sul sobre o Atlântico se rege e governa pela Convenção Sanitária Internacional do Rio de Janeiro de 1887; que, embora não conste que os projetos do Congresso Sanitário de Lima, de 1888, tenham passado à categoria de fatos internacionais, é de esperar que sejam aceitos pelos Governos que tomaram parte no mencionado Congresso, visto haverem sido esses projetos discutidos e aprovados pelos médicos de reconhecida competência; que a Convenção Sanitária do Rio de Janeiro, de 1887, e os projetos do Congresso de Lima, de 1888, estão de acordo nas suas disposições essenciais, de sorte que se pode dizer que constituem um só corpo de regras e disposições; que, se estas fossem devidamente observadas em toda a América, impediriam, em qualquer circunstância, o conflito que só se apresentasse entre a obrigação de velar pela saúde pública e o princípio de liberdade de comunicações entre os povos; que as Nações da América Central e do Norte não estiveram representadas na Convenção Sanitária do Rio de Janeiro, nem no Congresso de Lima; poderiam porém facilmente aceitar e aplicar aos seus respectivos portos em ambos os Oceanos as já citadas disposições sanitárias.

Recomenda: As Nações representadas nesta Conferência que adotem as disposições da Convenção Sanitária Internacional do Rio de Janeiro, de 1887, ou as do projeto de Convenção Sanitária do Congresso de Lima, de 1888 (Brasil, 1891, p.24-25).

A indicação das convenções do Rio de Janeiro e de Lima deve-se, em grande medida, ao fato de que havia representantes diretos desses países na comissão responsável pela criação de um regulamento sanitário internacional americano. O Brasil e o Uruguai eram os mais interessados em defender o acordo de 1887, enquanto o Peru propunha a adoção do regulamento de 1888.

A partir desse momento, não apenas as nações da América do Sul, mas todas do continente americano eram convidadas a integrar-se ao acordo sanitário do Rio de Janeiro e de Lima. No entanto, a aprovação de recomendações sanitárias a todos os países participantes só ocorreu em 1902, na cidade do México, quando se oficializou a criação da Opas.

Considerações finais

Entre o final do século XIX e início do XX, a vida em três países sul-americanos, Brasil, Argentina e Uruguai, foi marcada por epidemias, que se transformaram em problema tão grave a ponto de provocar a união entre eles no intuito de encontrar soluções para a questão. O cólera foi a grande doença do século XIX e matou milhares de pessoas em todo o mundo. No contexto europeu, essa enfermidade suscitou os primeiros congressos sanitários internacionais e, no contexto sul-americano, igualmente motivou a realização de, pelo menos, dois dos congressos aqui analisados – o do Rio de Janeiro de 1887 e o de Lima de 1888. Como chama atenção Anne Hardy (1993) ao analisar as mudanças causadas pela doença nas políticas de saúde preventiva na Inglaterra, o cólera assumiu importância internacional e salientou a necessidade de respostas diferentes em países diferentes.

Do ponto de vista científico, existem diferenças importantes entre o congresso de 1873 e o de 1887. Enquanto no primeiro eram grandes as dúvidas e incertezas dos médicos em relação à etiologia das doenças e às formas de combatê-las, no segundo há paulatina transformação desse quadro, a partir do crescente desenvolvimento da ciência médica e do início da denominada revolução pasteuriana, com a descoberta dos micróbios, ainda que a teoria miasmática continuasse sendo defendida e muitas vezes mesclada pelos médicos à teoria bacteriológica. Além disso, os profissionais que estiveram envolvidos em 1873 possuíam vínculos institucionais e políticos com seus países, e os que se envolveram em 1887 foram escolhidos mais por suas competências nas áreas relacionadas à convenção sanitária do que por filiações partidárias. Percebe-se a mudança de uma política clientelista de 1870, para uma política meritocrática de ocupação de cargos.

Por fim, destaca-se o quanto esses episódios interferiram na dinâmica econômica de diversos países e tiveram papel de vanguarda no estabelecimento de regras e normas sanitárias que nem o Velho Continente havia logrado. A pesquisa sobre os congressos sanitários internacionais de 1873 e 1887 demonstra que esses eventos, ocorridos abaixo da linha do Equador, na América do Sul, tiveram grandes repercussões no Novo e no Velho Mundo.

NOTAS

¹ A Bahia possuía forte vínculo com o Uruguai, já que alguns negociantes baianos comercializavam a carne de charque platina, e as embarcações baianas estiveram presentes nos portos platinos durante toda a segunda metade do século XIX (Chaves, 2001).

² Para a historiografia argentina, a Guerra do Paraguai constituiu-se como derrota diplomática e territorial. Conforme ressalta Candéas (2005), terminado o conflito, em 1870, a permanência de tropas brasileiras no Paraguai deu respaldo à política de defesa do governo provisório guarani contra as pretensões territoriais argentinas de anexação. Brasil e Argentina quase entram em guerra. As tensões são desanuviadas em 1876, quando Buenos Aires firma, com Assunção, o acordo de fronteiras.

³ Existe um debate na historiografia uruguaia e brasileira a respeito dos tratados firmados entre Brasil e Uruguai na década de 1850. Boa parte dessa produção assinala os prejuízos causados ao Uruguai e as vantagens adquiridas pelo Brasil. Ver Ferreira (2006).

⁴ As relações entre Brasil e Argentina estiveram permeadas por disputas territoriais e por conflitos diversos desde o início do século XIX e da independência desses países, como a Guerra Cisplatina (1825-1828), a Guerra contra Rosas (1851-1852) e a Guerra do Paraguai (1864-1870), entre outras. No final do século XIX, as disputas por imigrantes acirraram os conflitos entre a diplomacia dos dois países.

⁵ A carne de charque é oriunda da carne bovina, que, para sua maior conservação e durabilidade, é cortada em mantas e salgada. No Brasil, também é denominada carne-seca.

⁶ Na Europa, o cólera também ocupou o centro das discussões em torno das políticas preventivas de saúde no século XIX. Ver Hardy (1993).

⁷ Apesar da descoberta do mosquito transmissor da febre amarela, feita pelo médico cubano Carlos Finley (1833-1915), alguns esculápios brasileiros, como Nuno de Andrade, mantiveram suas antigas convicções de transmissão da febre amarela pelos germes. Em 1903, Nuno de Andrade expôs em uma série de artigos publicados no *Jornal do Commercio* (Rio de Janeiro) sua posição contrária às novas descobertas. Vê-se, portanto, o caráter conservador desse médico, que esteve à frente de importantes instituições de saúde no Império e na nascente República do Brasil. Ver Lowy (2006). Atualmente, sabe-se que a febre amarela é doença infecciosa aguda, febril, de natureza viral, que se caracteriza clinicamente por manifestações de insuficiência hepática e renal, e que pode levar à morte em cerca de uma semana. O agente etiológico é o vírus amarílico, um arbovírus pertencente ao gênero *Flavivirus*, família *Flaviviridae*. O mosquito da espécie *Aedes aegypti* é o principal transmissor da febre amarela urbana.

⁸ Esse tema já foi discutido em artigo publicado na *Revista Brasileira de História da Ciência* (Chaves, 2008).

⁹ Ver o trabalho de Jaime Benchimol (1999) sobre a febre amarela no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marta de.

Das cordilheiras dos Andes à Isla de Cuba, passando pelo Brasil: os Congressos Médicos Latino-Americanos e Brasileiros (1888-1929). Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.

ALVAREZ, Adriana.

Resignificando los conceptos de la higiene: el surgimiento de una autoridad sanitaria en el Buenos Aires de los años 80. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.6, n.2. 1999.

ATA...

Ata da Comissão Técnica do Congresso Sanitário Internacional de 17 de novembro de 1887. Congressos e Conferências Internacionais. Estante 273, prateleira 2, maço 25. (Arquivo Histórico do Itamaraty, Rio de Janeiro). 17 nov. 1887.

ATA...

Ata do Congresso Sanitário Internacional de 9 de novembro de 1887. Congressos e Conferências Internacionais. Estante 273, prateleira 2, maço 25. (Arquivo Histórico do Itamaraty, Rio de Janeiro). 9 nov. 1887.

ATA...

Ata da Comissão Técnica do Congresso Sanitário Internacional de 7 de novembro de 1887. Congressos e Conferências Internacionais. Estante 273, prateleira 2, maço 25. (Arquivo Histórico do Itamaraty, Rio de Janeiro). 7 nov. 1887.

ATA...

Ata da Comissão Técnica do Congresso Sanitário Internacional de 1º de novembro de 1887. Congressos e Conferências Internacionais. Estante 273, prateleira 2, maço 25. (Arquivo Histórico do Itamaraty, Rio de Janeiro). 1º nov. 1887.

ATA...

Ata do Congresso Sanitário Internacional de 14 de junho de 1873. Congressos e Conferências Internacionais. Estante 273, prateleira 2, maço 25. (Arquivo Histórico do Itamaraty, Rio de Janeiro). 14 jun. 1873.

BARBOSA, Plácido; REZENDE, Cassio Barbosa de.

Os serviços de saúde pública no Brasil: especialmente na cidade do Rio de Janeiro de 1808 a 1907 (esboço histórico e legislação). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. 1909.

BENCHIMOL, Jaime L.

Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Editora UFRJ. 1999.

BIRN, Anne-Emanuelle.

O nexos nacional-internacional na saúde pública: o Uruguai e a circulação das políticas e ideologias de saúde infantil, 1890-1940. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.675-708. jul-set. 2006.

BRASIL.

Ministério das Relações Exteriores. Relatório [do ano de 1890] apresentado ao Generalíssimo

- chefe do governo provisório dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1604/000002.html>. Acesso em: 15 abr. 2013. 1891.
- BRASIL.
Ministério dos Negócios Estrangeiros. Relatório [do ano de 1887] apresentado à Assembleia Geral Legislativa. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1602/000002.html>. Acesso em: 15 abr. 2013. 1888.
- BRASIL.
Ministério do Império. Minutas de avisos e ofícios. Ofício de 13 de novembro de 1886. Série Reino, Império, Interior e Justiça. A6 IJJ 456-460 – 1886. (Arquivo Nacional, Rio de Janeiro). 13 nov. 1886.
- BUENO, Clodoaldo.
Da *Pax Britannica* à hegemonia norte-americana: o integracionismo nas Conferências Internacionais Americanas (1826-1906). *Revista Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, n.20. 1997.
- CANDEAS, Alessandro Warley.
Relações Brasil/Argentina: uma análise dos avanços e recuos. *Revista Brasileira de Política Internacional*, Brasília, v.48, n.1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-73292005000100007&lng=pt&nr=iso>. Acesso em: 26 ago. 2008. 2005.
- CARRETA, Jorge Augusto.
O micróbio é o inimigo: debates sobre a microbiologia no Brasil (1885-1904). Tese (Doutorado) – Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2006.
- CHAVES, Cleide L.
Pesquisadores de verdade experimental ainda não comprovada: a ciência médica na Convenção Sanitária Internacional de 1887 entre Brasil, Uruguai e Argentina. *Revista da Sociedade Brasileira de História da Ciência*, Campinas, v.1, n.2, p.122-136. 2008.
- CHAVES, Cleide L.
De um porto a outro: a Bahia e o Prata (1850-1889). Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2001.
- CUETO, Marcos.
El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington: Oficina Regional de Organización Mundial de la Salud. 2004.
- CUETO, Marcos; RIVERA, Betty.
Entre la medicina, el comercio y la política: el cólera y el congreso sanitario americano de Lima, 1888. In: Cueto, Marcos; Lossio, Jorge; Pasco, Carol (Ed.). *El rastro de la salud en el Perú*. Lima: IEP/UPCH. 2009.
- DORATIOTO, Francisco.
Maldita guerra: nova história da Guerra do Paraguai. São Paulo: Companhia das Letras. 2002.
- EDLER, Flavio Coelho.
A medicina acadêmica imperial e as ciências naturais. In: Heizer, Alda; Vieira, Antonio Augusto Passos (Org.). *Ciência, civilização e império nos trópicos*. Rio de Janeiro: Access. 2001.
- EDLER, Flavio Coelho.
As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro 1854-1884. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1992.
- FERREIRA, Gabriela Nunes.
O rio da Prata e a consolidação do Estado imperial. São Paulo: Hucitec. 2006.
- GONZÁLEZ LEANDRI, Ricardo.
Miradas médicas sobre la cuestión social: Buenos Aires a fines del siglo XIX y principios del XX. *Revista de Indias*. Madrid, v.60, n.219, p.421-436. 2000.
- HARDY, Anne.
Cholera, the quarantine and the English preventive system, 1850-1895. *Medical History*, Cambridge, v.37, n.3, p.250-269. jul. 1993.
- LIMA, Nísia Trindade.
O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: Finkelman, Jacobo (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2002.
- LÖWY, Ilana.
Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.
- MAÑÉ GARZÓN, Fernando; BONAVITA, Luis. Pedro Visca (1840-1912). In: Blanco, Horacio Gutiérrez. *Médicos uruguayos ejemplares (1788-1988)*, t.2. Montevideu: Imprinta Rosgal. 1989.
- MAÑÉ GARZÓN, Fernando; ROCA, Sandra Burgues (Org.).
Publicaciones médicas uruguayas de los siglos XVIII y XIX. Montevideu: Oficina del Livro AEM. 1996.
- MEDRANO, Lilia I. Z.
A livre navegação dos rios Paraná e Uruguay: uma análise do comércio entre o Império brasileiro e a Argentina (1852-1889). Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1989.

RELATÓRIO...

Relatório da subcomissão da febre amarela, 13 nov. 1887. Congressos e Conferências Internacionais. Estante 273, prateleira 2, maço 25. (Arquivo Histórico do Itamaraty, Rio de Janeiro). 13 nov. 1887.

RELATÓRIO...

Relatório da subcomissão sobre a discriminação dos objetos suscetíveis de contágio, 9 nov. 1887. Congressos e Conferências Internacionais. Estante 273, prateleira 2, maço 25. (Arquivo Histórico do Itamaraty, Rio de Janeiro). 9 nov. 1887.

SALDAÑA, Juan José.

Ciência e identidade cultural: a história da ciência na América Latina. In: Figueirôa, Silvia F. de M (Org.). *Um olhar sobre o passado: história das ciências na América Latina*. Campinas: Editora da Unicamp; São Paulo: Imprensa Oficial. 2000.

SANTOS, Luís Cláudio Villafañe G.

O Brasil entre a América e a Europa: O Império e o interamericanismo (do Congresso do Panamá à Conferência de Washington). São Paulo: Editora Unesp. 2004.

SANTOS FILHO, Lycurgo.

História geral da medicina brasileira, v.2. São Paulo: Hucitec. 1991.

SARALEGUI, José.

Historia de la sanidad internacional. Montevideo: Imprenta Nacional. 1958.

¿SE DEJARÁN...

¿Se dejarán convencer? *El Siglo*, Montevideo. 24 ago. 1887.

TELAROLLI JR., Rodolpho.

Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Editora Unesp. 1996.

URUGUAY.

Asamblea General. Cámara de Senadores. *Tratados y Convenios Internacionales suscritos por Uruguay en el periodo mayo de 1830 a diciembre de 1870*. Tomo 1. Montevideo: Secretaría del Senado, Documentación y Antecedentes Legislativos. 1993.

VERGARA, Moema Rezende.

Medicina e Ciências Sociais: o caso de João Batista de Lacerda. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.511-525. 2005.

