

EFEITOS DE UMA EPIDEMIA DE VARÍOLA EM TAUBATÉ – (1873-1874)

*Cristina Soto **

RESUMO: Tentando compreender a contradição detectada entre as medidas aplicadas pelas autoridades no combate a uma epidemia de varíola surgida em 1870 no município de Taubaté e as comemorações subsequentes, o artigo vai desvendando os jogos de interesses locais, a crescente importância dos critérios sanitários na orientação da política municipal, as propostas perante o temor que a doença provoca, as resoluções destinadas a neutralizar os conflitos derivados da epidemia e o processo de construção de uma versão oficial dos fatos. Da interligação destes fatores, extrai o significado do acontecido.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemia, Vale do Paraíba, Higiene, Varíola, Urbanização.

I. O INÍCIO DA EPIDEMIA: INCIDÊNCIA E TRATAMENTO

Em 12 de outubro de 1873 deu-se em Taubaté um caso de varíola, marcando o início de uma epidemia que iria durar 3 meses.

Quando em 10 de agosto de 1874, ante a existência de um único doente, se declarou oficialmente finalizada a epidemia, as autoridades municipais e médicas proclamaram sua satisfação ao fechar o que consideraram um triste capítulo da história do Município, ao mesmo tempo que se congratularam pelo triunfo alcançado.

A epidemia acabou, deixando atrás de si um saldo aproximado de 423 mortos. Deixou também seqüelas de outra índole e que não finalizaram tão cedo. Durante o seu transcurso desenvolveu-se uma série de mecanismos que iriam ter continuidade no tempo.

* * *

* Pós Graduada em História FFLCH/USP.

No mês de outubro de 1873, já se tinha notícia em Taubaté da existência de uma epidemia de varíola nas províncias do Rio de Janeiro e São Paulo, instalada inclusive em cidades próximas do Vale, como Queluz.

Segundo relatório apresentado à Câmara Municipal pelo médico Antonio Teixeira de Souza Alves, nesse mesmo mês, foi detectado o primeiro caso em Taubaté. Tratava-se de um jovem negociante que, de volta da Corte e ao passar pelos lugares afetados, contraiu a doença. Era uma varíola suave e a cura foi atingida em pouco tempo. Mas dias depois apareceram outros dois casos na sua residência e mais alguns surgiram na mesma rua, a rua Direita, em novembro, estendendo-se pelo quarteirão.

A doença começou a adotar proporções epidêmicas e, no mês de dezembro, já eram numerosos os atingidos.

Na realidade, a existência de varíola era muito anterior; já em janeiro de 1873 a Câmara afirmava ao Governo Provincial terem ocorrido "alguns casos funestos" no Município e solicitava recursos, precisamente "para acudir à pobreza em caso de invasão de epidemia de bexigas"¹. Algumas "lâminas de pus vacinio" foram também solicitadas em 27 de outubro mas, como os primeiros casos foram considerados benignos, fora esta medida isolada, nenhuma outra foi adotada oficialmente, até se produzir a "invasão" e se estabelecer "definitivamente entre nós"², isto é, até caracterizar-se uma situação de epidemia. Foi então que as autoridades municipais recorreram ao médico da Comarca, Dr. Souza Alves, que resolveu criar um hospital para o tratamento gratuito dos pobres.

Até esse momento, o tema da epidemia ocupava um lugar secundário nos debates dos vereadores, sendo mais um item, entre outros, na ordem do dia. Mas, à medida em que se desenvolvia e se agravava o processo, o tema começou a aparecer com maior insistência. Era apresentado praticamente em todas as reuniões, a partir de maio, coincidindo com o auge da epidemia. Mas em momento nenhum foi realizada uma sessão extraordinária para tratar do tema com exclusividade.

A decisão de encarregar o médico, Dr. Souza Alves, do combate à doença como diretor do hospital, constituiu a principal providência tomada pelas autoridades municipais. O resto das medidas se reduziu à solicitação de

1 Atas da Câmara de Taubaté, 1869-1879, Ed. Félix Guisard Filho, São Paulo, Empresa Ed. Universal, 1944, ano 1873, p.116.

2 *Relatório da epidemia de varíola apresentado à Câmara Municipal, pelo ilustre e distinto médico Sr. Doutor Antonio De Souza Alves, em 11 de setembro de 1874*, Taubaté, impresso nas oficinas de O Paulista, 1874, p.4.

fundos para a manutenção do hospital e a algumas medidas indiretas, devidas, sobretudo, à iniciativa do delegado de polícia e ex-vereador Joaquim Pires Dias: reformulação do código de posturas, aumento em 15 ou 20 do número de policiais, ataques aos curandeiros, organização do cemitério e dos enterros, regulamentação sobre o bater dos sinos, normalização do abastecimento de produtos alimentares e controle da imprensa.

Ante a ausência de um hospital municipal e a desativação do lazareto fora da cidade, escolheu-se um antigo hospital pertencente à Ordem Terceira de São Francisco de Assis, cujo prédio fora cedido à Câmara pelo seu Ministro, o Capitão Caetano José do Amaral. Crescendo o número de doentes, mudaram-se, em fevereiro, ao Convento de Santa Clara, apropriado por ser "altamente colocado, vasto e espaçoso"³. Lá permaneceram até o dia 10 de agosto quando, com poucos doentes (4), transferiram-se para um prédio no "Moinho", doado pelo Sr. José Benedito de Mattos.

O Capitão Caetano José do Amaral, nomeado Fornecedor pela Câmara, atendia às necessidades materiais enquanto o farmacêutico, João Rodrigues de Souza, providenciava os medicamentos, chegando a aviar mais de 2.000 receitas. Os serviços prestados por ambos, assim como os do diretor, foram gratuitos. Para cobrir as despesas hospitalares foram doados 4 contos e 500 mil réis pelo Chefe de Polícia da Província. Três contos e 500 mil réis angariaram-se numa subscrição pública na Corte e 250 mil réis em outra, aberta em Caçapava; um conto de réis foi obtido entre os fazendeiros de Taubaté, a pedido do Presidente da Câmara.

A organização do hospital e o seu funcionamento ficaram a cargo do Dr. Souza Alves, seu diretor, que abandonou a antiga estrutura do hospital da Ordem Terceira e criou um novo esquema, seguindo um critério hierárquico de organização e poder. No topo, o Diretor era o único com capacidade de decisão, tanto com respeito ao tratamento dos doentes, quanto no aspecto administrativo: geria a contabilidade, dirigia a reorganização espacial do hospital, a distribuição de leitos e pacientes, governava os empregados e determinava-lhes as funções e atividades. Um enfermeiro, pessoa de toda confiança cuidadosamente selecionada, se encarregava de transmitir e fazer cumprir as ordens provenientes da direção, fiscalizar e vigiar o trabalho dos seus subalternos e administrar os remédios aos doentes. Aos empregados, pessoal não especializado, competia fazer os curativos, os serviços domésticos e cuidar dos doentes seguindo estritamente as normas do médico. A

3 *idem.*

equipe se completava com um religioso que prestava a sua assistência, onde a medicina se manifestava insuficiente, "alertando ao moribundo e consolando os aflitos"⁴.

Os afetados pela doença, abrigados e comodamente instalados, eram levados ao hospital num carro, seguindo as "ruas extremas". Aqueles que ofereciam resistência eram conduzidos com a ajuda policial. No hospital, os doentes eram classificados, isto é, separados seguindo vários critérios ordenatórios e distribuídos pelo espaço hospitalar. Refletindo esta divisão eram repartidos por sexo, por idade, pela gravidade da doença e por quantidade, procurando colocar um número reduzido de leitos em cada sala. No Convento, as mulheres situavam-se no melhor lugar, ou seja, no mais espaçoso – -as celas –; as crianças eram cuidadas noutra sala; os convalescentes, separados dos moribundos, "afim de que a morte de uns não amedrontasse os outros"⁵, também eram isolados dos que só estavam em observação. As salas deviam ser desinfetadas sem cessar, os leitos dispostos "na melhor ordem possível com a decência e asseio reclamados"⁶. Acomodados nestas condições, eram visitados diariamente pelo doutor.

Também o tratamento aplicava-se de um modo diferencial, dependendo de uma outra classificação dos doentes, em função da sua maior ou menor resistência à doença, do tipo de varíola que sofriam e das suas transformações. Assim, aos "robustos", "sangüíneos", "fortes" e "vigorosos" contrapunham-se os "idosos", "fracos, cachéticos e debilitados", aos jovens, as crianças e os velhos, aos homens, as mulheres...

As crianças e os velhos eram mais sensíveis às moléstias intestinais e convulsões, as mulheres sofriam numerosas complicações nos órgãos genitais (pústulas, gangrenas), retenções de urina, hemorragias e abortos prematuros, quase sempre mortais. No entanto, em todos os tratamentos seguia-se o mesmo critério clínico, baseado no princípio de que não era possível prever, reduzir a duração ou interromper o curso da doença. Era melhor deixá-la transcorrer no seu ritmo, sem interrupção.

4 *idem.*

5 *Relatório, op. cit., p.5.*

6 *idem.* A ênfase na limpeza e a procura de lugares espaçosos eram dois elementos de que os pobres careciam no seu cotidiano e a cuja falta o médico atribua a propagação da doença. Por outro lado, o asseio (físico) e a decência (moral) eram sinónimos e indissociáveis na concepção do médico. O tratamento baseava-se também na identificação entre doença, pobreza, sujeira, por um lado, e sociabilidade, apetite, asseio e saúde por outro.

Por isso o tratamento era dirigido à cura dos efeitos colaterais e para "combater os sintomas"⁷. Como alívio à dor receitavam-se as preparações opiáceas e os xaropes calmantes; as implicações gástricas eram combatidas com purgativos; as pústulas nas pálpebras com pomada mercurial; outras pústulas nas mãos, pés, nariz, com sulfato de quinina, sal e infusão de camomila; a sede com limonada; o delírio com preparações opiáceas, água de louro, de cereja e tintura de beladona; as convulsões com estrato de beladona; a conjuntivite com "lavagens emolientes"; as hemorragias com adstringentes, opiáceas e sulfato de quinina; outros remédios desta índole eram aplicados na laringite varilosa, contra a tosse, as ulcerações, os gânglios linfáticos, a febre e a gangrena.

Essas medicações complementavam-se com os cuidados higiênicos (banhos, troca de roupa de doente e de cama), o regime dietético, composto de caldos e mingaus, café ou mate, biscoitos, canja de galinha, marmelada e, para os mais debilitados, leite, ovos, pão e vinho.

Para o seu tratamento, o Dr. Souza Alves recolheu informações e remédios provenientes das mais diversas fontes e procurou comprovar a sua eficácia aplicando-os nos doentes.

Dos experimentos feitos o doutor deduziu que alguns (os que não produziam resultados positivos) eram fruto da ignorância e do charlatanismo, como era de "se esperar". Os que, pelo contrário, resultaram excelentes, foram adotados para fazer parte de seu saber médico. Entre eles se incluíam numerosos remédios baseados em ingredientes de plantas autóctones. Como ele mesmo manifestava, a variedade e riqueza nacionais em questão de plantas com propriedades terapêuticas era imensa e devia ser aproveitada. Reconhecia, assim, a existência de um conhecimento de plantas medicinais na cultura e práticas das pessoas do lugar. Mas isso não significava uma concessão aos curandeiros, recoletores e vendedores de ervas e, em geral, às pessoas que as conheciam e as usavam costumeiramente, as quais, pelo contrário, eram desqualificadas em todas as oportunidades.

Além das soluções populares apropriadas, os tratamentos baseavam-se em conhecimentos médicos aprendidos no curso universitário, através da leitura, experiência e troca de impressões com outros colegas. Mas este conhecimento médico não era homogêneo ou único, nem sólido, fechado ou definitivo. Existiam vários tratamentos assentados em diferentes concepções. O Dr. Souza Alves se posicionava num lugar intermediário, entre um tipo de

7 *idem.*

medicina baseado na aplicação de sangrias e uma corrente mais recente que rechaçava totalmente o seu uso. Considerando a sangria uma solução antiga, fundamentada na ignorância e utilizada excessiva e abusivamente no interior, reconhecia, entretanto, a sua utilidade em determinados casos (não para a varíola), "respeite-se o sangue, mas saiba-se apreciar as indicações formais em que é a sangria reclamada"⁸. Também aprovava o uso da vacina frente àqueles "medicastroos que com suas autorizadas opiniões procuram desprestigiar as glórias do immortal Jenner"⁹.

Portanto, não apoiava as rupturas com o passado, nem a repetição conservadora de fórmulas antigas. Defendendo a renovação da prática e do saber médico, ele mesmo ensaiava no hospital uma medicação nova para as hemorragias.

Em resumo, sua terapêutica reunia diversas tendências e culturas e ia se construindo com a própria experiência visando, não curar o doente, mas sim fazer menos penosa a sua convalescência, atacando todas as moléstias indiretas provocadas pela varíola. Para esta só existia um procedimento eficaz de cura: a inoculação do vírus no afetado.

A vacina era aplicada na Europa com êxito, desde o século XVII, sendo bem conhecida pelo Dr. Alves e pelas autoridades municipais. No entanto, só foram vacinados 45 dos 288 doentes do hospital (15,62%). No começo da epidemia, a vacina foi solicitada ao Governo Provincial, mas não parece ter havido resposta. Só no dia 26 de junho de 1874 a Secretaria do Governo Provincial remeteu um exemplar das instruções "para as pessoas não profissionais conhecerem e propagarem a vacina, extrair e conservar a mesma"¹⁰, que a Câmara mandou publicar.

Ao mesmo tempo que, a pedido dos poderes públicos, organizava o hospital, o Dr. Souza Alves atendia outros afetados pela varíola nas residências e na sua "clínica civil" (92). O tratamento não pareceu ter sido exatamente o mesmo do hospital, pois, quando coincidia, ele deixava constar o fato no relatório, como no caso do uso de uma "substância vermelha que cobre as

8 *idem.*

9 Jenner, na passagem do século XIX faz importantes observações sobre a prática da vacina, que contribuem para disseminar este procedimento e o controle da doença.

10 *Atas da Câmara de Taubaté*, 20 de julho de 1874, p. 174. Foi em 1819 que o governo da Capitania de São Paulo cria um instituto para a preparação da vacina e se preocupou com a sua divulgação, solicitando aos vigários que promovessem sua aceitação, pelo púlpito. Marcílio, Maria Luíza, *A Cidade de São Paulo. Povoamento e População, 1750-1850*, São Paulo, Livraria Pioneira Editora, EDUSP, 1974.

sementes do urucú", aplicada para prevenir o aparecimento de pústulas nos olhos.

Também alguns dos doentes foram atendidos pelo Dr. Barbosa (148) e outros (300) preferiram os serviços não gratuitos de facultativos, ou decidiram não se tratar, ocultando a doença.

Os que morriam no hospital eram colocados num caixão fechado e conduzidos de carro até o cemitério especial dos variolosos, longe das jazidas familiares, onde eram sepultados, poucas horas depois, a mais de 10 palmos de profundidade. Os que, pelo contrário, mostravam sinais evidentes de recuperação, obtinham alta depois de serem lavados e trocadas as suas roupas.

Segundo o relatório, de um total de 828 pacientes, unicamente 288 (34,78%) foram tratados no hospital. Entre eles, predominavam as mulheres (54,16%), os menores de 30 anos (76,04%) e os de condição livre (92,96%). Dos hospitalizados morreram 134 (46,52%), sendo a mortalidade maior entre os livres (46,99%), frente a 40,90% entre os escravos; houve igual proporção para os dois sexos nas pessoas livres (46,21% dos homens, 46,79% das mulheres), mas o índice foi muito maior nas mulheres escravas (88,88%). De todos os pacientes morreram 423 (51,08%), dos quais 31,67% faleceram no hospital.

II. O FIM DA EPIDEMIA: BALANÇO DOS RESULTADOS

A mudança do hospital para o "Moinho" representou o fim da epidemia. Mas se, nos últimos tempos, o tema da varíola tinha voltado a ocupar um lugar secundário e quase desaparecido dos debates da Câmara, ao finalizar a epidemia, ele foi retomado com a promulgação de novas medidas. Algumas, ainda relacionadas com a epidemia passada, visavam concluir o esquema sanitário montado para combatê-la. Assim, por exemplo, ordenou-se a caiação das casas dos doentes e o hospital. Paralelamente, começava uma ofensiva atuação de outra índole, visando o futuro, onde teriam efeito e significado; tratava-se de aproveitar a experiência passada de modo a revertê-la, favoravelmente, para o município. De um lado, instituíram-se medidas sanitárias, normas, pautas de comportamento e mecanismos de controle e, de outro, estabeleceu-se uma versão dos acontecimentos para passar à história. Assim, a notícia do fim da epidemia causou "especial agrado" na Câmara que resolveu publicá-la a fim de notificar a população.

Outros tipos de celebrações se sucederam, ao tempo em que se iniciou uma troca de elogios entre a Câmara e o Dr. Souza Alves recolhidas em

ofícios, nas atas da Câmara ou nos relatórios e publicados pela imprensa ou em livros. Neles, a Câmara cumprimentava e agradecia ao médico os serviços prestados; editou o seu relatório e, inclusive, deu o seu nome a uma rua, para preservar a memória da sua participação no combate à epidemia. Também congratulou outros que tomaram parte, citando os nomes, os méritos e o valor monetário aportado por cada um deles.

O médico, de sua parte, felicitou os outros que, como ele, tiveram uma atuação desinteressada e decisiva, incluída a Câmara. E, por fim, ambos – a Câmara e o Dr. Souza Alves – louvaram o caráter humanitário e cristão do povo de Taubaté, pelos donativos e demais atos de filantropia.

Em definitivo, proliferaram as congratulações num clima de festa, em que se celebrava uma vitória. O discurso que permeou todos estes atos, apresentou a epidemia como uma ameaça sobre a cidade, que só foi vencida através da coordenação de todos os esforços, após uma dura luta. Mas, alguns pontos não ficaram suficientemente esclarecidos: o que festejaram exatamente? O que foi vencido? Quem venceu e com que esforços? Quais pontos basearam a sua vitória?

Na verdade, dependendo do enfoque, poderia se duvidar deste triunfo. Do ponto de vista médico, por exemplo, foi um fracasso se comparado com a média mundial na época, pois o índice de mortalidade nessa epidemia em Taubaté foi altíssimo. Na sua forma mais virulenta, muito incomum, a varíola atingia uma mortalidade máxima de 20 a 50% da população, enquanto que a varíola suave apresentava uma faixa de mortandade inferior a 1%¹¹.

Além disso, nem o tratamento dirigido para combater os efeitos colaterais parece haver sido totalmente eficiente, pois muitos morreram por causa deles ou por motivos simples, como por exemplo, de exaustão após 2 ou 3 dias de sofrimentos. E sem falar dos que morreram de outras doenças: reumatismo, febre tifóide, pneumonia.

O tratamento mostrou que, na verdade, não seria preciso um hospital senão para isolar, reunir e facilitar a tarefa do doutor: no mais, ele poderia ter sido aplicado nas próprias residências dos pacientes. Apesar do surto haver se apresentado "de modo assustador"¹² em Queluz, nenhuma providência foi adotada para evitar o contágio; a epidemia só começou a ser levada em

11 MANDELL, Gerald, e alia, *Principals and Practice of Infections' Diseases*. New York, Willy Medical Publications, 1979. O próprio Dr. Souza Alves assinala: "Em geral as epidemias no Brasil ainda se apresentam com o caráter devastador com que costumavam mostrar-se na Europa antes do vírus vaccínico" (cf Relatório, p.12).

12 Relatório, *op. cit.*, p.1.

consideração com o passar do tempo, com o crescimento do número de doentes e, acima de tudo, não foram aplicadas vacinas suficientes, único modo de sanar a doença.

Fora a primeira petição, não houve mais solicitações neste sentido. O médico também não demonstrou maior interesse e se, no fim do seu relatório, reconhecia a falta de vacina como causa principal da alta mortalidade, o tom não foi, em momento algum, de censura à administração pública.

Por fim, quando a epidemia cessou, não foram adotadas medidas a fim de evitar futuros surtos epidêmicos e, quando estes surgiram, as atitudes continuaram idênticas. Em 1884, por exemplo, "devendo se tomar providências para que ela (a varíola) não aumente (a Câmara) indica que seja autorizado o Dr. E. Winther a escolher uma casa apropriada para um lazareto no subúrbio da cidade, para onde devam ser remetidas as pessoas que forem atacadas da moléstia"¹³.

Tudo parecia indicar a inexistência de um verdadeiro interesse pela cura, como prova a história posterior da doença. As epidemias sucederam-se sem interrupção e, em 1969, o Brasil era dos poucos lugares no mundo em que ela ainda era endêmica. A sua desapareição foi consequência de uma campanha mundial de vacinação, e não de uma política nacional. O último caso de toda América foi detectado no Brasil, em 1971, considerando-se mundialmente erradicada em 1979¹⁴.

* * *

Essa contradição entre a euforia das comemorações e as deficiências no tratamento aplicado, só pode ser entendida analisando-se a versão das autoridades e o modo dela se apresentar. Neste sentido, os discursos médicos e administrativos mostraram numerosas coincidências.

Em relação à doença o discurso era sempre tranquilo, confiante, objetivo e explicativo. Esta era percebida como um fenômeno puramente material, físico e individual. À diferença da lepra, representada com um forte conteúdo moral, como um reflexo externo de fenômenos internos, a varíola foi definida com critérios empíricos e, neste sentido, "científicos". Era ima-

13 *Atas da Câmara de Taubaté*, 15ª sessão ordinária, 23 de novembro de 1885, p.214.

14 MANDELL, G., et alii, *op. cit.*, p.986.

ginada como um vírus que, entrando no organismo humano, produzia uma série de sintomas, internos ou externos, característicos e fáceis de se identificar. Tais sintomas desenvolviam-se segundo um curso medicamente previsível, produzindo moléstias colaterais e desembocando na cura ou na morte, dependendo exclusivamente da relação do doente com o seu quadro clínico.

Os pacientes, de acordo com este ponto de vista, constituíam-se apenas nos organismos nos quais a doença se produzia e proliferava, podendo ser divididos em função de suas respostas à doença e suas reações aos cuidados médicos. Nesse raciocínio, o doente era o principal e quase único responsável pelo desenvolvimento e o desfecho final da doença; além de também sê-lo pela sua contração.

Segundo essa concepção, tanto a doença quanto o doente eram fenômenos individuais, não sociais, e muito menos econômicos. Assim, acabaram sendo extraídos do seu contexto de origem, citado unicamente quanto às suas condições higiênicas e à densidade de população; todavia, era uma interpretação que só completava a anterior sem a contradizer, porque esses fatores ambientais contribuíam à propagação da doença mas não a produziam; a responsabilidade era da população, que se aglomerava, e não observava os devidos cuidados higiênicos.

Mas se os lugares mais populosos, mais sujos e mais afetados pela varíola, eram também os mais pobres, ficava então o pobre associado à sujeira e à varíola e, enquanto portador e propagador de doenças, caracterizava-se como socialmente perigoso. A doença constituía mais um atributo da pessoa pobre e não o produto de uma situação de miséria. Seguindo essa imagem, a atenção médica foi dirigida ao corpo onde, em última instância, se encontrava a solução; de modo preventivo, buscou-se promover a urbanização para evitar a existência de focos de infecção, mas nunca fomentar uma política de reformas sociais, no sentido de questionar a pobreza ou de aliviar as condições de vida desta parte da população.

Na verdade, porém, a varíola é uma enfermidade intrinsecamente unida às condições materiais; sua frequência e tipo dependem do grau de imunidade da população, atacando e propagando-se sobretudo entre os mais debilitados fisicamente e com menos defesas biológicas¹⁵.

Segundo esta concepção e à diferença da lepra, o contágio era um fenômeno físico, concreto, tangível e conhecido. Sendo, então, admitida a

15 Assim por exemplo, na Europa durante o século XIX, a varíola esteve presente quase exclusivamente entre o operariado e nos portos (cf. Mandell, G., p. 985).

possibilidade de uma intervenção humana para frear sua propagação, através de medidas claras, objetivas e reais. Contudo, conhecer a forma de transmissão não significava a desapareção do perigo, por isso que este aspecto do contágio era o mais temido, onde a enfermidade se apresentava ameaçadora, pois podia se transformar em epidemia.

Neste ponto, o discurso dava um giro para adotar um outro tom; carregado de conotações também de ordem moral, tomava um vocabulário emprestado aos discursos religiosos ou militares, acumulando imagens que faziam referência a outras experiências. Com a epidemia, a doença se transformava, de um fenômeno físico, individual, localizado, conhecido e sob relativo controle, em um fenômeno de dimensão social, cheio de símbolos e significados, intangíveis, indefinidos, ambíguos, que esboçavam problemas e soluções de outra índole.

A epidemia variólica era vista como uma ameaça externa que se estendia sobre o município, entendido no sentido de "comunidade", isto é, um perigo comum que afetava a todos igualmente. Possuía também o caráter de expiação típica das epidemias, pois servia para testar a preparação, a resistência e as virtudes da população e dos seus administradores. E não se tratava de uma simples doença: a cidade era visitada pela própria morte, a representação de uma luta entre dois agentes, a vida e a morte, nos corpos de seus habitantes, que eram assim "flagelados". A epidemia era um "hóspede incômodo" que se instalava na própria casa, desafiando as defesas, invadindo a intimidade; uma "semente" que depositada, permanecia oculta, inimiga, para depois germinar traiçoeira, rápida, "vorazmente", sem dar oportunidade para se precaver da surpresa. "Germem" infecto e infeccioso, representava, acima de tudo, a essência do todo negativo.

O discurso se tornava, portanto, inseguro, subjetivo, deixando transparecer entre outros sentimentos, o temor. Era o temor dos sãos perante os enfermos, dos vivos frente aos mortos. As atitudes assumidas desde a primeira medida, quando se solicitou ajuda em dinheiro, tinham a intenção de prevenir e não de curar os já afetados; o tratamento e a forma de apresentar a doença, denotavam uma preocupação maior para com os não atingidos do que para com os contagiados. Era o medo do contágio em um município percebido como um todo orgânico, em que uma parte insana ameaçava estender-se pelo resto; preocupação que começava a se revelar na medida em que esta possibilidade se tornava real com o aumento da epidemia.

Mas ainda assim, a possibilidade de um verdadeiro contágio parecia remota. Como o próprio doutor manifestou, ela concentrou-se nas zonas mais baixas e insalubres, entre os mais pobres. Além disso os numerosos doentes foram isolados no hospital, não circularam livremente pela cidade propagando o seu mal; foram segregados, levados longe, fechados e seus contatos limitados aos mantidos com outros doentes e os empregados do estabeleci-

mento. Todavia, aqueles que puderam, fugiram com as suas famílias para as fazendas, incluindo-se os próprios vereadores. Por fim, era uma doença que se espalhava só por contato pessoal e direto (principalmente nas residências, casas e nos hospitais) entre pessoas pouco imunizadas¹⁶.

Detrás desse temor ocultava-se outro mais difuso e de raízes mais profundas e que nascia da apreensão de determinados grupos perante a proximidade de outros, num espaço físico e socialmente, menos definido do que aquele da fazenda, perante a obrigatória convivência na cidade com os mais pobres. A epidemia era mais uma forma em que se manifestava e se concretizava esse outro medo.

* * *

Considerando a epidemia desta perspectiva, as medidas adotadas pelas instituições públicas adquirem outro significado: a epidemia não pressupunha um momento de grande sofrimento dos moradores da cidade, mas sim uma quebra da rotina e da ordem; portanto, as medidas públicas não visavam o doente em especial: comportavam a visão do são e a ele buscavam atingir. Isto explica a demora para uma reação imediata e efetiva do surto, ou mesmo o fato de as autoridades celebrarem o final da epidemia, apesar de ela ainda continuar em alguns bairros. Neste caso, a preocupação não era terminar com ela definitivamente, mas evitar que infeccionasse de novo a cidade, isto é, determinados bairros.

Durante todo o tempo, não se tratava de extinguir a varíola senão de recuperar o que eles consideravam um grau satisfatório de ordem; por isso, as medidas se limitaram ao momento em que, devido às proporções atingidas, os mecanismos normais de controle se revelaram insuficientes para garantir os limites da ordem.

Esta alteração se manifestou em vários sentidos: a epidemia subentendia uma quebra da rotina, desde o momento em que uma parte da população estava doente, outra fugida e o resto amedrontada. Provocava problemas na prática com relação à política urbanística, sanitária ou de limpeza, principalmente, por causa do crescimento do número de mortos e a insuficiência do cemitério provisório, o municipal não passando ainda de um projeto. Coloca-

16 *idem.*

va problemas administrativos (responsabilidades, financiamento) que forçavam uma definição administrativa, um novo questionamento de competências e funções, obrigações e deveres entre todos. Em consequência do surto epidêmico, produziram-se deficiências no abastecimento de produtos de primeira necessidade, provocadas pelos atravessadores, apesar da regulamentação da Câmara, que tentou evitar a carestia comprando arroz e feijão para revender ao "povo", a preço de custo.

Contudo, o mais importante é que a epidemia evidenciou as falhas dos organismos municipal e provincial, as suas incapacidades administrativas, para prever e manter em limites reduzidos o surto epidêmico e recompor o equilíbrio da sociedade: sua dependência econômica; a sua falta de firmeza perante as pressões dos atravessadores, as deficiências de infraestrutura; a ausência de um planejamento; as lacunas nas suas políticas urbanísticas e sanitárias (a carência de hospitais, cemitérios, serviço de recolhimento de lixo, ou esgotos); a falta de material e de pessoal especializado (por exemplo, de médicos ou pessoas preparadas para extrair o "cowpox" dos animais e aplicar nos doentes a vacina); as insuficiências da política médica que punham em dúvida a capacidade pessoal do doutor Souza Alves e das possibilidades da Medicina; a existência de miséria no interior da cidade e o desinteresse das autoridades, especialmente dos vereadores "refugiados" nas fazendas. Acima de tudo, a epidemia pôde desmontar as imagens constituídas desde o poder, e a auto-imagem do próprio município, o que poderia levar a população a questionar desde as políticas seguidas pelos órgãos públicos até o seu próprio poder.

As críticas à administração poderiam atrair desordens sociais ou protestos visando exigir mais responsabilidade e maior eficácia, e podiam conduzir à busca de outras alternativas ou soluções próprias por parte da população, como de fato aconteceu, com a procura de clínicas particulares ou curandeiros, a resistência à hospitalização, a ocultação dos doentes e dos mortos. Desta maneira, era possível se subtrair do campo de ação da administração municipal num momento em que, no contexto de uma luta de poderes dentro do município, esta ação seguia uma política de ampliação de competências.

III. O IMPACTO DA EPIDEMIA

Desde a metade do século até o final, parecia crescer o interesse pela cidade e pela sua estruturação, coincidindo com a baixa produtividade do café. Já anteriormente, a elite dos fazendeiros possuía residências urbanas,

mas tudo girava ao redor da fazenda, unidade econômica, política e social por excelência.

Por este motivo e apesar da sua antiguidade, a cidade possuía ainda numerosas questões por resolver a nível de infraestrutura. A eles adicionavam-se os novos problemas que, sucessivamente, iam aparecendo, com a chegada das pessoas desmobilizadas da área rural, com a instalação de fazendeiros, comerciantes, e, mais tarde, de migrantes, procedentes de outros países ou outros pontos da Comarca.

A Câmara, como principal órgão administrativo, ficou encarregada de organizar este crescimento. Todos os aspectos da cidade foram debatidos e decididos nas suas sessões; as atividades esportivas e recreativas, o ensino, a religião, a saúde pública. Ela empossava os juizes e determinava quem seriam os médicos, engenheiros, professores, jornalistas e farmacêuticos que colaborariam com o Município, bem como as condições salariais de todos os funcionários ou contratados; recolhia impostos e decidia quais as despesas a serem feitas; concedia ou desapropriava terrenos, construía estradas e organizava o transporte; regulamentava os lugares e condições de venda; interferia nas associações, clubes, irmandades e outras instituições, na vida do quartel e na cadeia; relacionava-se com outras entidades fora do Município; possuía poderes para conceder licenças, assinar contratos, legislar e modificar os códigos de posturas e a utilização da Força Pública.

Dentre todos estes aspectos, o da higiene adquiriu, com o tempo, maior relevância e peso nos debates; organizar e limpar tornaram-se sinônimos, sendo impossível a existência deles separadamente. A cidade, por exemplo, não podia considerar-se em ordem, sem um bom serviço de coleta de lixo ou a presença de animais vagando pelas ruas.

Organizar significava, basicamente, que cada atividade e função se desenvolviam no lugar que lhes correspondia por prévia determinação, ou seja, no lugar "apropriado". Por outro lado, significava que a cada lugar deveria corresponder uma função, o que presupunha a desaparecimento de zonas amorfas ou indefinidas. Neste sentido, um depósito de lixo num quintal abandonado estava fora de contexto, atentando contra a ordem por significar sujeira.

Ainda mais, o que determinava se o uso de um espaço estava mais ou menos apropriado, eram os critérios higiênicos, mais do que os critérios estéticos.

Por outro lado, a limpeza também era entendida como sinônimo de higiene (o depósito de lixo era anti-higiênico porque podia provocar problemas de saúde, doenças) e, em consequência, a ordem ia ser determinada pelos critérios sanitários. Estes estavam por detrás da preocupação pela extinção de

formigueiros, pela limpeza de ruas, praças, chafarizes, cadeia, ou casas de comércio; por detrás da decisão de mudar, para lugar "remoto e apropriado" o lixo, para um espaço mais "remoto e cômodo" a cadeia e para outro mais "conveniente" o cemitério; pela remodelação dos esgotos e das feiras, pelo fechamento dos animais soltos nas áreas urbanas do Município.

Além da visão físico-espacial da ordem, existia também interesse pela ordem social da qual a física é indissociável, sendo frequentemente um reflexo desta. Não se tratava unicamente de remover os lixos, de criar um espaço para a venda e de retirar os mendigos da rua; pelo mesmo motivo deveriam ser afastados os doentes que, fora do lugar apropriado, desafiando a ordem, podiam transmitir e provocar doenças.

Em 12 de janeiro de 1864, "o Sr. Monteiro (vereador) requereu providências contra o grande número de morféticos arranchados na estrada, com grande perigo de contágio pela reunião dos nossos escravos com aqueles doentes e servidão das águas de que logo pouco distante fazem uso vários habitantes desta cidade"¹⁷. O problema não foi resolvido e, em 1874, coincidindo com o surto da varíola ainda o Sr. Assiz Moura indicou que "se promovesse os meios ao alcance da Câmara, afim de fundar-se um hospital para serem colhidos os lázaros que em abundância vagam pelas ruas da cidade"¹⁸. Dentro da ordem estabelecida, não ficara reservado um espaço para eles. Como tudo o que não se encaixa e, assim, ameaça alterar a ordem definida, eles deviam ser mantidos afastados¹⁹. Da mesma maneira, os lugares propícios ao contágio da varíola deveriam ser isolados e fechados.

De uma forma geral, tratava-se de determinar os limites, as fronteiras da cidade, para evitar irrupções descontroladas, procedentes do exterior, na forma de mercadorias contrabandeadas, pessoas indesejáveis, ou germes infecciosos; tentava-se isolar, "imunizar" a cidade, tornando-a um lugar seguro; paralelamente, concentraram-se os esforços de controle ou de "afomoseamento" do interior urbano, expulsando-se o residual. Visava-se em suma, criar uma cidade esférica, sem impurezas, fechada, sem contradições,

17 *Atas da Câmara de Taubaté*, 12 de janeiro de 1864, p.265.

18 *idem*, 21 de julho de 1873, p.139.

19 O afastamento físico é paralelo ao esquecimento (que se perpetua após a cura), à destituição de todos os símbolos de identidade, ao abandono, à assistência negligente e ao tratamento médico extremamente rigoroso. Medidas perpetuadas até hoje (caso do leprosário de Pitapitingui) que, ignorando a origem e forma de contágio e conseqüentemente o remédio, e atribuindo um excesso de periculosidade ao doente, não justificável do ponto de vista da medicina, parecem orientadas a punir e não determinadas a obter a cura.

formando um todo. A limpeza era uma manifestação externa e um símbolo deste projeto; o critério sanitário seria, então, de importância capital na hora de estabelecer hierarquias sociais, competências, classificações.

Ao tempo em que o fator sanitário adquiria relevância, a figura do médico ocupava maior espaço no âmbito público e aumentava a sua influência, bastante presente em múltiplas áreas.

Ele já constituía uma figura importante por causa da escassez, no Vale do Paraíba, de médicos ou de hospitais, sendo Taubaté um dos primeiros e únicos Municípios a possuir um hospital²⁰. Recebia consideração como pessoa admirada e associada à elite, como figura política e membro da Câmara Municipal, como sujeito de prestígio cuja opinião era manifestada e escutada em todo lugar, principalmente, através da docência nas clínicas ou hospitais, nas sociedades médicas, nos artigos dos jornais.

Cumpria também uma função essencial dentro do aparelho judicial. Na sua qualidade de perito em casos de violência, ele constatava defloramentos ou mortes, a gravidade do crime e, conseqüentemente, da sua análise dependeria a sentença final. Extra-oficialmente, ele difundia o seu parecer sobre o caso, influenciando juízes e membros do júri e decidindo diretamente no veredito, como participante do júri. Enfim, ele determinava o grau de periculosidade ou loucura dos criminosos.

Às vezes, o seu prestígio vinha da participação em alguma atividade econômica, mas é principalmente no exercício da sua profissão que adquiria a sua autoridade; ele julgava o nível de gravidade de uma doença e, ao mesmo tempo, do enfermo; determinava quais as roupas, os alimentos e as condições habitacionais adequadas à saúde; decidia através de atestados médicos quem estava suficientemente são para trabalhar, ou quem devia recorrer à caridade.

Estas atribuições foram sendo consideravelmente ampliadas, na medida em que a política sanitária foi se tornando indispensável. Como doutor, vereador ou encarregado da higiene pública definia quais eram os lugares insalubres, quais as situações ou atitudes que podiam gerar doenças, examinava as águas ou as carnes locais, julgava quais eram os perigos que uma determinada doença apresentava para a sociedade e as resoluções precisas; determinava quais eram as prioridades de higiene e de urbanização. Ele opinava sobre a localização do cemitério e do hospital, as condições apropriadas de sepultamento, a conveniência ou não de um tipo de construção e a exata distribuição interna dos prédios...

20 O Hospital da Santa Casa, por exemplo, foi fundado em 1876.

Como médico municipal, ele se encarregava do "tratamento e curativo das pessoas pobres"²¹, proporcionando dados estatísticos sobre seu número e características, hábitos, condições de vida e, finalmente, convertia-se em um importante instrumento de controle social. Todas essas atribuições tornavam-se evidentes e reforçadas em tempo de epidemia. Ao médico correspondia alertar sobre o perigo e, uma vez caracterizado como epidemia, impedir a sua propagação.

É nesse contexto que se produziu a aliança entre as autoridades médicas e as administrativas. As duas apresentavam o mesmo interesse pelo controle de algumas parcelas do corpo e da mente da população do Município; ambas visavam obter a sua obediência e confiança; tentavam, igualmente, exercer o seu direito de interferir na liberdade individual do cidadão, em prol do bem comum. A fim de monopolizar esse direito, precisavam, de uma parte, ganhar a aceitação da população persuadindo-a da necessidade e eficácia da sua gestão e, por outra, necessitavam neutralizar os concorrentes. E isso era especialmente válido no caso do médico, dado que os fundamentos da ciência médica pressupunham o monopólio do saber médico nas mãos dessa instituição, pois o seu poder provinha da sua condição de possuidora da verdade no terreno da saúde. O depoimento de Otavio Freitas (médico pernambucano do começo do século) a este respeito, é altamente esclarecedor: "O médico, mesmo calouro como eu era, não tinha o direito de dizer que "não sabia", de confessar sinceramente que "hesitava" e, por isso, "necessitava meditar um pouco". Ele seria, naqueles anos de fim do século XIX, um profissional perdido, se externasse tal pensamento à maioria dos clientes. Seria "um incapaz", um "inhábil para a clínica", um "teórico", sem o menor valor"²².

Mas como a verdade era uma só, qualquer outra prática paralela na área de saúde estava errada e, como em outros casos, tinha de ser excluída, apagada, desqualificada. Isso incluía curandeiros, não facultativos, boticários que receitavam, comadres e, inclusive, eclesiásticos que, até então, exerciam um certo domínio sobre as questões relativas à doença e à morte.

21 *Atas da Câmara de Taubaté*, 6 de outubro de 1873, p.149. Ao seu pedido foi nomeado "Médico do Partido da Câmara".

22 O depoimento deste médico, apesar de pertencer a uma outra época e lugar, é de grande valia por ele ter sido um importante médico sanitário. Entre outras realizações levou a cabo uma grande campanha contra a varíola e dirigiu por 30 anos o primeiro Instituto de Pesquisa e Aplicação de Varíola. Freitas, O., *Minhas Memórias de Médico*, São Paulo, Cia. Ed. Nacional, 1940, p.106.

De fato a resistência perante a intromissão médica era forte e ainda iria persistir durante muito tempo. A procura de curandeiros, ervateiros²³, comadres e, em geral, de pessoas que inspirassem uma maior confiança²⁴, enfim, as soluções populares, ainda exerciam forte pressão e concorrência à eficiência e ao saber da medicina acadêmica.

A luta dos médicos pelo poder também estava presente dentro da sua própria instituição. Existiam conflitos entre os diferentes métodos, entre os médicos mais velhos e os mais jovens, aqueles identificados com as formas mais tradicionais, esses detentores de um conhecimento mais recente; os primeiros, mais ligados ao tratamento costumeiro e os segundos, conectados ao saber erudito dos livros; os médicos do interior e os das grandes cidades...

A epidemia aumentava a possibilidade de se criar divisões entre os médicos responsáveis e de se dar preferência ao controle de cada indivíduo sobre seu próprio corpo e a sua vida. Em suma, a epidemia revelou uma crise em um contexto de organização, definição, classificação, e na procura de modelos de convivência e de mecanismos de controle, que bem poderiam aprofundar a descrença ou, pelo contrário, poderiam contribuir à formação de sólidas bases, na estrutura sócio-municipal da região.

* * *

Neste contexto compreende-se que as medidas adotadas foram dirigidas aos sadios e objetivavam recompor a ordem; ante o temor do contágio físico, opõe-se o isolamento dos doentes do resto da população, da sua rotina, casa, família, objetos, trabalho, etc, visando, assim, manter a epidemia dentro

23 Até hoje, vendem-se aos domingos ervas medicinais no mercado de Taubaté e dão-se instruções para o seu consumo.

24 Geralmente os médicos eram observados entre as classes populares com desconfiança ou receio, preferindo-se pessoas mais próximas ao seu universo mental e ambiental. Era o temor que tinha suas raízes em séculos de experiência de convívio com epidemias e com atitudes repressivas, estigmatizadoras, segregadoras, discriminatórias e punitivas, contra os afetados pela varíola. Temor perante medidas provenientes de figuras e instituições remotas que, longe da realidade dos doentes, tentavam dirigir suas vidas. Em 1942 aconteceu um caso extremo que evidenciou essa atitude. A operária Benedita Amaral, ao constatar que estava grávida, tomou numerosos remédios para abortar ficando doente mas, negou-se a avisar ao médico, escolhendo os cuidados de uma parteira, apesar das recomendações desta para recorrer ao médico diante da sua impotência. No processo que se seguiu à sua morte, o médico acusou injustamente a parteira de ter causado a morte pela sua ignorância. Processo Crime, Taubaté, 1942.

de limites geográficos, numéricos e temporais. Opuseram-se também as medidas higiênicas, como a obrigação de cair as casas e o hospital e outras para evitar a acumulação dos mortos, de lixos, de águas.

Todavia, os dois tipos de atitudes se revelaram insuficientes para persuadir os doentes a colaborarem com o esquema; eles resistiram à hospitalização e à assistência médica, interpretando-os como mecanismos de controle, meios de disciplinar, desrespeito à sua intimidade e ao livre arbítrio; negaram-se a se afastar dos seus lugares, correndo talvez o risco de sofrer, de contrair uma outra doença, de morrer em desacordo com as suas crenças e cultura, e de serem sepultados sem se observar as medidas convencionais e necessárias aos vivos e aos mortos.

De fato, a maioria dos doentes não foi tratada no hospital. Quando isto aconteceu, a Câmara recorreu à força, cumprindo as solicitações do médico e do delegado de polícia, também vereador²⁵.

Diante dos problemas administrativos criados pela epidemia, as instituições opuseram uma atividade coordenada de todas elas. No tema da responsabilidade, a explicação da Câmara foi a de que os principais culpados pela propagação foram os doentes e a população que não observava as necessárias medidas higiênicas. Eram eles que provocavam uma situação conflitiva que precisava ser resolvida. Portanto, os diversos poderes (público ou privado, municipal ou provincial, médico ou administrativo, civil ou eclesiástico) sentiam-se moralmente compelidos pelos seus sentimentos humanitários e caridosos a interverem, mas não consideraram que isso fazia parte das suas obrigações.

No terreno financeiro, e seguindo o costume de epidemias anteriores, a Câmara declinou de toda responsabilidade, exigindo do Governo Provincial o envio de recursos humanos, materiais e monetários. Este, no entanto, também não assumiu totalmente a responsabilidade: a sua resposta foi esporádica, ocasional e precária. Mesmo assim, financiou parte da operação através do seu Chefe do Polícia e a troca de uma informação minuciosa sobre os acontecimentos. Em última instância, o Governo Provincial reservou-se a capacidade de tomar as principais decisões e de marcar as diretrizes a seguir, alertando sobre os principais perigos (ao seu ver, os curandeiros e os cemitérios). Completando suas doações, coube aos fazendeiros, ordens religiosas e

25 Em 23 de março de 1874, partiu do delegado a solicitação para o "emprego de medidas enérgicas afim de evitar a continuação do contágio da presente epidemia". Foi o primeiro pedido neste sentido. Atas da Câmara de Taubaté, 1874, p.167.

ao Presidente da Câmara, a título pessoal, arcar com as despesas, de modo que o problema econômico resolveu-se mediante uma ação conjunta de governos e instituições, públicas ou não.

Na área da organização da campanha anti-epidêmica ocorreu também a mesma resposta múltipla, característica de uma situação de indefinição de competências, submetendo-se a responsabilidade principal ao médico e encarregando-se a Câmara da coordenação e dos assuntos burocráticos.

Em geral, todas as medidas visavam tranquilizar tanto a população quanto os próprios dirigentes, neutralizar possíveis críticas, oferecendo uma imagem de eficácia de uma administração preparada racional e cientificamente. Quando as medidas citadas não foram suficientes para atingir esse efeito, os agentes públicos auxiliaram-se de um poderoso agente – a propaganda – para difundir uma visão dos fatos e da sua atividade em relação ao acontecido. Nela, eles se apresentaram como os salvadores do Município: sua intenção adquiriu maior destaque quanto mais intensas foram as proporções da epidemia, e tanto mais caracterizadas como um perigo; neste caso, o discurso sobre a epidemia e o discurso sobre eles mesmos tornaram-se complementares. É por isso que a epidemia foi representada como algo que irrompia subitamente, desenvolvia-se e acabava por ser vencida quando, na verdade, houve uma grande continuidade. A varíola era uma doença endêmica e continuou a sê-lo ainda durante muito tempo, e esta epidemia foi mais um dos surtos que regularmente apareciam. Nesse mesmo ano de 1873 já haviam aparecido alguns casos no mês de janeiro e continuou a apresentar doentes nos bairros periféricos, mesmo depois de ser declarado o fim da epidemia, no mês de agosto.

A iniciativa médico-governamental foi também apresentada como um serviço de utilidade pública, desde o momento em que a epidemia constituía um mal que afetava toda a comunidade. Mais ainda, era definida como uma atuação voluntária, desinteressada, "animada de boa vontade" e de sentimentos humanitários; eram "atos filantrópicos" e de caridade, impelidos pelo sentido de dever moral, próprios de uma "afanosa missão"²⁶. No caso do médico esta característica era ainda mais acentuada. Para ele, a sua profissão representava uma espécie de sacerdócio, onde o médico estava destinado a cumprir uma alta missão, quase heróica, eliminando numerosos inconvenientes e obstáculos, acudindo a toda solicitação feita a qualquer hora do dia ou da noite. Era um dever acima da sua vontade. Havia também um componente

26 Relatório, *op. cit.*

sagrado que conferia ao seu realizador qualidades e virtudes superiores aos seus olhos e aos olhos dos outros.

O objetivo, do médico como também dos outros poderes, era semear o bem, "socorrer aos desvalidos", "mitigar as dores dos pobres", atender aos "gemidos da pobreza", "amparar os desvalidos da sorte"²⁷.

Essa imagem coincidia com a que o Dr. Otavio de Freitas manifestara anos depois ao tratar de características inerentes à profissão. Os médicos constituíam-se "sacerdotes de uma das mais nobres profissões", o ser médico significava, para ele, o ato de "colocarmos o anel auriverde no dedo indicador e sairmos de casa em casa semear o bem, a revigorar ou, pelo menos, a consolar os que sofrem, enchendo as nossas arcas de agradecimentos e de afeições de todos os tamanhos, vendo-nos cercados de grandes considerações e de carinhos e, sobretudo, (para que negá-lo?), ricos, profundamente ricos, em virtude da profissão rendosa que abraçamos..."

Mais concretamente, diante de uma epidemia (neste caso a febre amarela surgida no interior de São Paulo em 1892) explicava: "fomos todos nós cheios de entusiasmo, fortes na luta a travar contra a doença e a morte, demasiadamente confiantes de tudo vencer sem dificuldades e sem canceiras, afugentando o mal e enchendo, em pouco tempo, as cidades devastadas, de intensa vida, desta exuberante vida de que estávamos saturados em nossa adolescência e que pensávamos poder fornecer, as mãos cheias, aos milhares de vítimas da desumana epidemia...". E continuava rememorando: "Era bem de conjecturar o trabalho insano que nos aguardava, mas, nem um só momento fomos invadidos pelo desânimo. Pois que! Sacerdotes amanhã, da grande religião de Esculápio, havíamos de deixar transparecer desfalecimentos aos primeiros embates?..."²⁸.

Mas esta imagem, que se acabava transferindo a toda a profissão médica, só era justificada se acompanhada de um serviço gratuito aos pobres. De outro modo resultava difícil acreditar no seu desinteresse, como no caso do Dr. Souza Alves que dirigia uma clínica privada e realizava outras atividades menos altruístas. Assim construía-se uma imagem baseada nas atividades filantrópicas que pretendia abraçar a totalidade de aspectos da profissão médica quando, na realidade, era só uma parte dela.

Junto com essa imagem, o médico adotou, em todo o relatório, um tom de falsa modéstia, desculpando-se pelos erros cometidos. No entanto, em momento algum ele reconheceu, explicitamente, alguma falha havida na sua

27 *idem.*

28 FREITAS, O., *op. cit.* pp.53, 81, 83, 87.

gestão. Pelo contrário, no discurso, não havia lugar para a dúvida, pressupunha-se que o seu conhecimento e a sua prática eram verdadeiros, científicos e infalíveis. Só no parágrafo final admitia algo, mas logo contraposto pela sua boa intencionalidade. "Não desconhecemos as muitas faltas havidas: umas dependendo de nossa imperícia, outras inamovíveis. No entanto, restamos a satisfação de tranquilamente poder dizer –quod potui feci"²⁹.

Diante de uma atividade tão desinteressada e bem intencionada, não cabia aos receptores propor nenhuma crítica e, ainda menos, exigir nenhum direito. Apresentando a doença fora do contexto e os seus portadores como responsáveis, a epidemia como uma ameaça, um agente destruidor da normalidade, instaurador do terror e do desespero, a intervenção médica como providencial e os próprios médicos como salvadores, conseguia-se neutralizar as críticas e encobrir as faltas da administração. As autoridades saíram triunfantes, satisfeitas, cheias de autoconfiança, da prova a que tinham sido submetidas.

* * *

Da perspectiva das autoridades a epidemia foi um êxito e proporcionou motivos suficientes para justificar as celebrações posteriores. Ainda mais, a epidemia foi para eles um fenômeno positivo, do qual todos saíram beneficiados. Médicos, Câmara, Governo Provincial, Chefe de Polícia Provincial, ordens religiosas, vigário, delegado de polícia, fazendeiros, farmacêuticos... Todos usufruíram do prestígio de terem restaurado a ordem. Todos eles demandavam a sua parcela no agradecimento que a população lhes devia prestar. Ao farmacêutico o médico queria "recomendá-lo à gratidão e reconhecimento deste Município"; o presidente da Câmara se fez "credor de público reconhecimento"; também "merecedor dos maiores encômios o digno fornecedor, que gratuitamente se prestou a tão laboriosa tarefa: nunca poupando esforços, sempre animado do melhor zelo e dedicação para cabal desempenho de sua afanosa missão"³⁰. O médico "jamais mostrou um momento de desânimo ou cansaço", "sempre pronto, levando a generosidade até

29 Relatório, *op. cit.* p.13.

30 *Idem*, pp.2, 5. Palavras do médico.

o sacrifício, a abnegação até o heroísmo, ninguém fez mais do que ele, ninguém o igualou"³¹. E assim por diante.

Mais do que isso, a epidemia serviu para estreitar a aliança entre todos os poderes. O médico prestou um serviço à Câmara e esta retribuiu-lhe, o vigário complementou quando a atuação médica fora insuficiente. A polícia ajudou na tarefa de persuasão. A epidemia reforçou, principalmente, a união existente entre a iniciativa privada e as instituições públicas.

Paralelamente, cada um deles saiu reforçado. Para a administração municipal o combate à epidemia representou o triunfo de uma política dirigida ao pobre, já que tratava de neutralizar suas potencialidades mais perigosas, ao invés de melhorar suas condições de vida. Significou também o triunfo de uma concepção na qual o pobre era visto como merecedor de caridade, e não um sujeito com direitos próprios.

Por outro lado, ao criar a imagem do inimigo comum tentavam obter um consenso e uma união em torno das instituições públicas e dos poderes privados. Não obstante, apresentando a epidemia como um fenômeno que se espalhou a todo o Município, apesar de ela ter afetado seletivamente a sociedade e do tratamento haver sido diferencial, ocultavam as divisões sociais existentes.

Além disso a epidemia acelerou o processo de definição de competências. A administração municipal também deu um passo na sua pretensão ao monopólio do poder, pelas mãos das instituições da saúde pública e da assistência aos pobres. Por fim, a epidemia confirmou a política sanitária que estava sendo adotada e, com ela, um tipo de ordem e uma forma de dominação.

O Dr. Souza Alves também saiu reforçado em vários pontos. Como em todas as situações de emergência e crise, acionaram-se medidas excepcionais que não teriam sido propostas em outras situações e isto lhe reportou benefícios. Para acabar com a varíola, a Câmara delegou ao médico essa responsabilidade; concedia-lhe "ilimitada confiança", com uma atitude que se assemelhava a um ato de fé, e conferia-lhe para isso poderes excepcionais, que lhe permitiam atuar em vários setores: administração pessoal das finanças recebidas, liberdade para criar o hospital e recolher os pacientes, dirigindo o seu funcionamento e estrutura, o tratamento dos doentes, o lugar e condições de sepultamento. Ao substituir o "pânico" pela tranquilidade reve-

31 *Idem*, Prólogo. Palavras da Câmara.

lou-se mais uma vez figura essencial no âmbito administrativo o que lhe aumentava o poder na esfera pública. Mostrando a existência de uma distribuição espacial das moléstias em função do grau de higiene, demonstrava a necessidade de uma política urbanista sob a orientação de um médico sanitário.

Seu poder na área médica também aumentou. O cargo de médico municipal e, mais tarde, de diretor do hospital o destacaram de outros médicos locais. Mas, sobretudo, a partir de sua posição privilegiada ele pode infringir um grave dano aos seus competidores. De fato, em seu relatório, ao mesmo tempo que eliminava qualquer dúvida que pudesse ser levantada sobre o saber médico, ele desqualificava os que tratavam a doença sem as devidas credenciais: a "descomunal brutalidade e extravagâncias charlatânicas", o "charlatanismo e a ignorância pretenciosa". Fora do saber médico, todos estavam errados e, por isso, também eram perigosos, podendo provocar desgraças. Os conhecimentos dos competidores sobre plantas medicinais eram apropriados, mas não se lhes reconhecia aos seus possuidores nenhum valor. Ao mesmo tempo, ele também usava as plantas mas ignorando as práticas às quais estavam associadas (utiliza para acalmar as dores ou fechar feridas mas não para dar boa sorte, por exemplo). Admitia suas propriedades curativas, mas lhes negava qualquer conteúdo simbólico. Todavia, uma estrita separação de saberes acontecia muito mais no discurso do que na prática cotidiana, pois o médico era influenciado pelas práticas locais tanto como o ervateiro o era pela literatura médica.

Também dentro do terreno médico, saiu reforçada a corrente de pensamento que ele representava, inovadora e conectada às idéias do exterior, em detrimento de outras posturas locais, por ele consideradas amiúde ignorantes, frutos de um excessivo apego à tradição.

Não obstante ter prestado serviços gratuitos, o Dr. Souza Alves também iria usufruir economicamente da epidemia. Desde o momento em que sua profissão estava submetida às leis de mercado, à oferta e à procura, um aumento do seu prestígio profissional poderia ter repercussões quanto ao aumento da clientela na clínica particular, por exemplo. A relação da profissão médica com o mercado, foi bem colocada pelo Dr. Freitas, num esclarecedor parágrafo:

"A medicina, apesar dos pezares, tem, sob certos pontos de vista, um aspecto comercial no seu modo de agir, como profissão liberal e, por isso, os seus cultores –sacerdotes convictos mesmo que eles sejam –não podem prescindir deste mercantilismo que lhes proporciona, no final de contas, o ganha-pão necessário à sua subsistência.

Tal aproximação econômica é que determina a classe médica procurar os mesmos pontos de preferência, escolhidos pelos comerciantes, para montagem de seus consultórios.

Uns e outros carecem de clientes ou de freguezes, como se queira denominá-los, para o exercício das profissões que executam; os médicos nos seus consultórios e os negociantes em suas casas comerciais³².

A epidemia oferecia também a oportunidade de aumentar os conhecimentos médicos e reformulá-los para uso no futuro, através dos dados estatísticos e da experiência hospitalar. O hospital constituía uma escola, onde se aprendia com a experiência em doentes. O Dr. Souza Alves aplicou, sucessivamente, e com maior ou menor sucesso, novos remédios e teorias que depois debateria com outros colegas. Por fim, junto com o seu prestígio o médico sempre ganhava uma presença muito maior na sociedade.

Do ponto de vista sanitário, ele escolheu dentre várias possibilidades, a solução mais antiga, aquela que escolhia uma instituição onde prestar assistência ao pobre, mas que afastava e isolava o doente, separando a doença do contexto social. Não visando necessariamente a cura e menos ainda a prevenção, a estrutura endêmica, sócio-econômica e cultural da doença permanecia inalterada.

A introdução do esquema hospitalar que o médico apresentou como única alternativa – "indeclinável necessidade" – e a consecução do apoio e do dinheiro necessários representaram o triunfo de uma proposta médica e de uma concepção sobre o doente.

O esquema da antiga instituição foi substituído por uma organização hierárquica baseada na vigilância, onde a confiança no enfermeiro era mais importante do que o seu conhecimento ou atitudes profissionais e onde o relacionamento com o paciente tornava-se distante, racional e escasso. Junto com a reforma administrativa modificaram-se as condutas dos pacientes, transmitiam-se-lhes noções sobre saúde, limpeza, disciplina corporal, hábitos alimentares, asseio no vestir e, inclusive, valores morais. Em suma, induzia-os a tratar do seu próprio corpo de uma nova maneira, vista como

32 FREITAS, O., *op. cit.*, p.100. Na mesma posição se encontrava o farmacêutico que dependia da licença da Câmara para abrir uma loja. Passada a epidemia ele solicitou da Câmara um atestado pelos serviços prestados durante a crise.

mais responsável e apropriada. Através do hospital o médico irrompia no imaginário dos enfermos, nos seus tabus, tentando acabar com as suas apreensões e implantar uma nova visão. Quando tudo isso apresentava-se insuficiente, sempre era possível recorrer à força, complemento indispensável de toda persuasão.

Nas suas ações, o médico revelava as suas preferências por um tipo de ordem social, enquanto que através delas tinha a oportunidade de moldar a sociedade. De todos os motivos expostos deduzia-se que a epidemia era também uma oportunidade e um instrumento. Novos estereótipos foram criados e confirmados os já existentes, todos eles com um forte conteúdo simbólico, no qual a epidemia era usada como sinônimo de desordem.

Nesse contexto, as medidas finais adotadas pela Câmara adquiriam sentido: reforçavam o lado simbólico, criavam imagens, veiculando uma versão apologética, ocultando e distorcendo, com o discurso, a realidade. Elas eram o último degrau de uma série de medidas que dava sentido ao acontecimento e construía uma memória coletiva dos fatos.

BIBLIOGRAFIA

- Atas da Câmara de Taubaté (1869-1879)*, Felix Guisard Filho (Ed), São Paulo, Empresa Editora Universal, 1944.
- ABREU, M.M., "Aspectos do Folclore em Taubaté", Taubaté, Prefeitura Municipal de Taubaté, *Taubateana*, 7, 1980.
- BERTOLLI FILHO, C., *Epidemia e Sociedade. A Gripe Espanhola no Município de São Paulo*, Dissertação de Mestrado, Depto. de História Social, FFLCH-USP, São Paulo, (mimeo).
- CASTORIADIS, C., *A Instituição Imaginária da Sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.*
- CHAMBERLAIN, M., *Old Wives Tales – Their history, remedies and spells – Great Britain: Virago Press Ltd., 1981.*
- DELUMEAU, J., *O Medo no Ocidente, 1300-1800. Uma Cidade Sitiada.* São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- DOUGLAS, M., *Purity and Danger*, Londres, Routledge and Kegan Paul, 1966.
- DUBY, G., *As Três Ordens ou o Imaginário do Feudalismo.* Lisboa: Editorial Estampa, 1982.
- FREITAS, O., *Minhas Memórias de Médico.* São Paulo, Rio, Recife, Porto-Alegre: Companhia Editora Nacional, 1940.
- FOUCAULT, M., *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro; Edições Graal, 1979.
- MANDELI, G.; Douglas, R.G.; Bennett, J., *Principal and Practice of Infection's Diseases.* New York; Willy Medical Publications, 1979.



- MARSIGLIA, R.G., "Medicina Social: Evolução de um Campo de Idéias e de Práticas", *Temas IMESC*, Soc. Dir., Saúde, São Paulo, V.I (1), 1984, pp. 3-11.
- MILLET, S., "Os Íntimos da Morte", in: *Roteiro do Café e Outros Ensaios*, 4 ed., São Paulo: Hucitec, 1982.
- PEREIRA, J.C., "Problemas Sociais e Problemas de Saúde Pública", *Temas IMESC*, Soc. Dir., Saúde, São Paulo, V.4 (1), 1987, pp.5-20.
- Relatório Apresentado à Câmara Municipal de Taubaté pelo Dr. Antonio Teixeira de Souza Alves, 11 de setembro de 1874*; Taubaté, Typ. do Paulista de Alfredo de Almeida, 16 de novembro de 1874.
- ROWLAND, R., *Antropologia, História e Diferença*, Porto, Ed. Afrontamento, 1987.
- SHORTER, E., *A History of Women's Bodies*, England, Penguin Books, 1984.
- SONTANG, S., *A Doença como Metáfora*, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
- TRONCA, I., "A Questão do Imaginário na Prática do Historiador", *Anais 2 Congresso Latino de História da Ciência*, Nova Stela, 1989, pp. 275-277.
- TRANTER, N.L., *Population and Society, 1750-1940*, Londres: Longman, 1985.

ABSTRACT: Trying to understand the contradiction detected between the measures applied by the authorities in the combat to a smallpox epidemic which arose in 1870 in the municipality of Taubaté and the subsequent celebrations, this article will uncover the local self-interest, the rising importance of sanitary criteria in the orientation of the municipal policy, the proposal toward the fear which the disease stirs up, the resolutions destined to neutralizing the conflicts derived from the epidemic and the process of elaboration of an official version of the facts. From the interrelation of these factors, the meaning of the event is extracted.

KEY-WORDS: Epidemic, Paraíba Valley, Hygiene, smallpox, urbanization.