

Emigração e sanitarismo – Porto e Brasil no século XIX¹

Jorge Fernandes Alves

Faculdade de Letras da Universidade do Porto

Durante cerca de dois séculos, uma persistente corrente migratória fluía do Porto para o Brasil, com origem geográfica essencialmente na faixa litoral do Norte de Portugal. O início desse fluxo pode situar-se nos primeiros anos do século XVIII, ainda a coberto do conceito de colonização, mas intensificou-se com a independência do Brasil, já sob o prisma da emigração, quando chegou às dezenas de milhar de partidas anuais. Com este movimento de pessoas se contribuiu não só para a construção social da nação brasileira, como para o caldeamento do quadro patogénico, através das doenças de origem europeia que os emigrantes levavam consigo, das que adquiriam na viagem ou ainda no evidenciar das patologias de origem brasileira que contraíam logo após a sua chegada por manifesta fragilidade imunitária.

A patologia social da emigração

Pela sua amplitude e pela sua natureza, a emigração oitocentista era um problema complexo, equacionável diferentemente a partir de dois pontos distantes (o lugar de partida e o lugar de recepção) e amplamente distintos (nas razões da expulsão e nas

¹ Comunicação apresentada ao I Encontro Luso-Brasileiro de Epidemiologia, organizado pelo Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Ordem dos Médicos, 7 de Setembro de 2004.

razões da atracção). Por isso, para o campo das decisões individuais as representações dominantes eram mais importantes do que a realidade, decidia-se, como em quase tudo, com o que se pensava sobre essa realidade. Ora, no domínio da emigração oitocentista, sempre se cruzaram representações contraditórias, com as miragens da riqueza material a serem contrabalançadas por imagens de sofrimento e doença, gerando um quadro complexo, de difícil avaliação para os numerosos candidatos à partida, sem recurso a meios objectivos de informação nem grande disponibilidade mental para esse efeito.

Entretanto, os discursos mais elaborados sobre a emigração e os seus fluxos incorporavam imagens do campo sanitário, o qual fornecia as metáforas oportunas à expressão da síntese interpretativa. Assim, do ponto de vista da partida, a leitura social do liberalismo oitocentista tendia a reduzir a complexidade causal da emigração a dois tipos de explicações:

- 1) a emigração *espontânea*, a que era fruto de uma decisão individual plenamente assumida, enquadrada juridicamente como mudança de domicílio, no âmbito das garantias individuais asseguradas pelo quadro constitucional;
- 2) a emigração *patológica*, a que se explicava através das deficiências do organismo social e das suas tensões expulsivas, fórmula encontrada para exprimir a condição de miséria, a que corresponderia uma situação de incapacidade de avaliação/decisão individual, tipo migratório para o qual, em consequência, se pretendia atribuir ao Estado um papel regulador que servisse de filtro selectivo e/ou protector.

Perante a natureza massiva desta emigração, o recurso à metáfora médico-cirúrgica era recorrente nos discursos então veiculados: uns retomavam o velho registo

populacionista que vinha do século XVII e XVIII (de Sancho de Moncada e D. Luís da Cunha), pelo qual se via na emigração uma “sangria” que enfraquecia o organismo da nação, diminuindo-lhe essa riqueza que a população constituía; para outros, o conceito de sangria, na sua ambivalência terapêutica, conotava-se com recuperação e fortalecimento, como um efeito demográfico e social de distensão, similar ao da poda num árvore (Marnoco e Sousa). Ora a menos, ora a mais, mas nunca no lugar adequado em relação à sociedade de partida, o emigrante era sempre remetido para o campo da patologia social da nação, funcionando como um sintoma, propiciador de um diagnóstico facilmente reconhecível, para o qual dificilmente se vislumbrava a cura.

Argumentos e contra-argumentos enredavam-se na disputa política e, entretanto, a produção de emigrantes portugueses seguia sempre a bom ritmo, em face dos desequilíbrios económicos e sociais existentes, desde que as condições de recepção se revelassem minimamente acolhedoras. O Brasil, carente de europeus, era aparentemente o melhor destino para os portugueses, que ali julgavam poder desfrutar de relações particulares (afinidades de língua, cultura, ligações familiares), especialmente através da rede comercial de base portuguesa lá instalada, responsável pelo célebre fluxo de caixeiros para o Rio de Janeiro e outras cidades comerciais. Mas nem só de caixeiros se fazia a emigração, muitos tinham como destino profissões de baixa condição social no espaço urbano, sendo outros conduzidos para plantações do interior ou para as grandes obras públicas ligadas à construção de estradas e caminho de ferro. Esforços em trabalhos pesados e más condições de alojamento e alimentação, conjugados com as doenças contraídas localmente, traduziam-se numa mortalidade elevada dessa população emigrante que ali chegava muito jovem: a informação dos meados do século XIX estimava que um terço dos emigrantes falecia

no primeiro ano de chegada perante o afloramento das patologias endêmicas ou da virulência de algumas epidemias!

O argumento sanitário contra a emigração

Alguns portugueses já instalados no Brasil, mas que se confrontavam com o espectáculo do sofrimento dos seus compatriotas recém-chegados, procuravam alertar o governo português para a necessidade de medidas repressivas que limitassem as partidas, fazendo publicar nesse sentido cartas nos jornais portugueses. Sendo uma prática recorrente, muitas dessas cartas glosavam a questão das vantagens ou desvantagens da emigração, muitas evidenciavam a questão das más condições sanitárias do Brasil e da sobremortalidade dos jovens emigrantes portugueses. Observe-se uma delas, publicada no *Periódico dos Pobres no Porto*, em 30.5.1853, que, lamentando a falta de providências oficiais no controlo das partidas, apesar dos múltiplos alertas, aduzia com veemência:

“Não admira que o governo português pareça ver com indiferença abandonar os lares pátrios milhares de cidadãos que podiam ser úteis ao Estado, e a si próprios, para virem procurar em terra estranha uma fortuna inteiramente ilusória; o que na verdade custa compreender é que ele, tendo conhecimento de que uma epidemia se manifestava nos principais portos do Império, continuasse com a mesma indiferença a ver sair pelas barras do Reino a mocidade portuguesa em demanda de uma morte quase certa!

[...] A febre amarela, como se deve saber em Portugal, tornou-se endémica no Brasil. Desde 1849 a 50 nunca ela deixou de aparecer na estação calmosa, com mais ou menos fúria, fazendo sempre vítimas de preferência sobre os estrangeiros recém-chegados, e sobretudo nos Portugueses, cujo número é sempre mais considerável.

[...] O governo português, que estabelece quarentenas e lazaretos para aqueles que demandam a Pátria, não pode ignorar estes factos, e contudo não julga dignos de compaixão os infelizes que, deixando a pátria, parentes e amigos, vem encontrar a morte em terra estranha! É aqui [Baía] e no Rio de Janeiro que a febre amarela continua a levar ao túmulo um grande número de vítimas e, todavia (parece incrível) são estas as duas cidades que os emigrados buscam de preferência! É doloroso, mesmo para os corações menos sensíveis, ver jovens de 12 a 24 anos, lutar com uma enfermidade terrível, que rapidamente lhes apaga a luz da inteligência e lhes extingue a vida”.

Na verdade, em Portugal, apenas havia um esforço de controlo burocrático das partidas, em que a grande preocupação portuguesa era apenas o cumprimento do serviço militar e pagamento dos emolumentos devidos pelo passaporte e documentação afim, mas que, mesmo assim, deixava escoar elevados níveis de clandestinidade. Não havia qualquer preocupação qualitativa, nomeadamente a etária, desde que os emigrantes ficassem fora do escalão previsto para salvaguardar o recrutamento. E quando parecia existir no preceito legal, para que se cumprisse a respectiva medida era preciso obter a colaboração dos dois países em relação, o que raramente acontecia. Por exemplo, a exigência do cirurgião a bordo dos veleiros era apenas mais um formalismo: se a lei portuguesa, desde 1842, exigia um cirurgião ao navio que transportasse mais de 24 emigrantes, o Brasil estabelecia essa exigência apenas a partir dos 300 passageiros, ou seja, dispensava quase todos os veleiros dessa obrigação. Para o círculo de interesses das grandes plantações e outros focos de absorção de mão-de-obra o que importava era atrair europeus, tantos mais quanto maior fosse a mortalidade, de forma a garantir um saldo satisfatório na reserva de trabalho. Tal como se afirmava na altura, a emigração era a expressão do livre-câmbio no mercado internacional do trabalho.

Em todo o caso, nos discursos gerados em torno da emigração, as questões das patologias, nomeadamente as de natureza epidémica, eram um argumento forte e pertinente, de tal forma que mesmo os que apoiavam a liberdade de emigração se tinham de confrontar com o problema, procurando encontrar saídas airosoas para compatibilizar apoio à partida e preocupação social. Na verdade, não era só a febre amarela a fornecer quadros negativos da vida quotidiana no Brasil, irrompendo frequentemente outras epidemias, a que a correspondência jornalística conferia descrições desoladoras e de impotência. Atente-se na informação de um correspondente de Sergipe, datada de 24.3.1863, mas inserta n' *O Comércio do Porto* de 20.5.1863:

“O cólera aproxima-se da capital, ou antes, podemos dizer que já o temos dentro das portas! Por onde vai passando, vai devastando cruelmente. Correndo de norte para o sul, o flagelo mostrava-se benigno, mas ao chegar à cidade de Maroim tornou-se intensíssimo e vitimou grande número de pessoas. Calcula-se em 400 as que têm sucumbido nestes últimos dias somente naquele ponto, cuja população não excede as 4.000 almas.

A vila do Rosário, que conta 2.000 habitantes, está deserta! Quem não morreu, encontrou na fuga o único remédio que lhe restava para salvar a vida. O infeliz vigário, que se conservava no seu posto evangélico, foi, por fim, vítima da sua dedicação! [...] A cidade de Laranjeiras, uma das mais importantes da província, foi ultimamente invadida e eram grandes os estragos. A mortalidade começou por 12 casos diários e, marchando sempre numa escala ascendente, chegou ao número de 60, tanto foram os cadáveres que se enterraram ontem!

O lugar, porém, onde a mortalidade é espantosa em relação ao número de habitantes, é na povoação do Socorro, lugar de lugar de pouco mais de 200 fogos, distante meia légua de Aracajú. A mortalidade nesse pequeno arrabalde chegou ontem ao número de 28 e, a julgar pelas notícias que chegam hoje, pode-se crer que a infeliz freguesia do Socorro ficará deserta!

No Aracajú começou a desenvolver-se , não sendo, porém, ainda aterrador o estado sanitário. [...] A escravatura é quem mais tem sofrido. O cólera parece ter um gosto particular para filar os

‘paisinhos’ e a febre amarela é com os brancos que se diverte. Temos de tudo no Brasil, louvado seja Deus! [...] É tristíssima a situação actual de Sergipe. Eu estou de malas prontas e esperando o vapor do sul para ir por esse norte tranquilizar o espírito, que tem sofrido não pouco com esta consternação geral”.

Assim, o Brasil pós-independência, pretendendo atrair europeus, estava longe de ser um destino apetecido, em função de representações menos favoráveis, entre elas a do seu estado sanitário. O Brasil só conseguiu atrair elevados volumes de europeus de diversas nacionalidades nos finais do século XIX, quando a emigração se dirigiu para os territórios mais salubres do sul do país. Durante muito tempo, tanto o Estado brasileiro como os particulares mobilizaram-se para produzir o efeito de atracção de europeus, criando vários tipos de incentivos, desde os contratos de locação com pagamentos antecipados, a produção de uma rede de engajadores (muito criticada) que se encarregava de recrutar emigrantes para encher os navios e criar oferta de mão-de-obra, isenção de impostos a transportadores com colonos, viagens gratuitas, doações de terras... Mas só parcialmente o Brasil conseguia o seu objectivo expresso de europeizar a estrutura populacional e aproveitar amplos espaços ainda por explorar. Por isso, encontrar a fórmula ideal para atrair europeus foi um tema recorrente do debate político no parlamento brasileiro, na imprensa e na opinião pública do século XIX.

Ecos desse debate encontram-se também nas razões que levaram ao inquérito parlamentar sobre a emigração portuguesa (1873), promovido pela Câmara dos Deputados, em Lisboa. Numa das respostas ao inquérito, o cônsul geral do Rio de Janeiro comparava números na origem da imigração: no Rio de Janeiro entravam anualmente mais de 4000 portugueses e apenas cerca de 90 emigrantes de outras

nacionalidades! E interrogava-se, na linha do que fazia o *Jornal do Comércio*, publicado naquela cidade, sobre as razões que levavam a emigração europeia em geral a preferir em primeiro lugar os Estados Unidos, seguidamente a Austrália, depois vários outros países e só em último lugar o Brasil:

«Entretanto, a fertilidade do solo brasileiro, a grandeza e variedade do seu território, o número infinito dos seus rios, as riquezas inexauríveis de suas matas, os tesouros ocultos em seu seio, são outras tantas magníficas ofertas ao braço e ambição do emigrante, ofertas de que o mundo inteiro tem cabal conhecimento. Como pois explicar esse fenómeno estranho de preferir a emigração europeia países muito menos favorecidos, passando diariamente pelas costas e baías deste império, mas fugindo dele, como de uma região destinada pela fatalidade a ser eternamente um deserto?» (Primeiro Inquérito Parlamentar, 1874:100)

Os preconceitos populares contra o estrangeiro, o carácter leonino da legislação sobre contratos de locação de serviços que prendia o homem ao seu contratante (criando a designada «escravatura branca») eram algumas das razões conhecidas... Mas havia outra, subliminar mas fundamental: a ideia de insalubridade associada ao clima. Dizia esse cônsul, Almeida Campos:

«Sabe-se que os países novos não são tão salubres como os povoados, e o Rio de Janeiro, bem como outros pontos do litoral, além das moléstias endémicas, que são numerosas, tem sido mais de uma vez visitados pelos terríveis flagelos da cólera e da febre amarela, que sempre causam horríveis estragos. Apesar disso, sendo este país dotado como é de uma variedade infinita de climas, pode considerar-se na sua generalidade um país salubre» (Primeiro Inquérito Parlamentar, 1874:101)

Na altura, o Brasil interior era apenas um conjunto de grandes plantações trabalhadas pelo braço escravo e a indústria ainda não tinha significado palpável: o Rio de Janeiro era o principal pólo económico que atraía os europeus por ser o centro de todo o comércio nacional e internacional. Principal destino da época, mas ponto

crónico de febre amarela, a cidade era, por isso, considerada como um “cemitério de estrangeiros”, ceifando anualmente muitas vidas, mas também fatal para os naturais, embora em menor escala: foram, de resto, os surtos da década de 50 que fizeram mudar a corte brasileira para Petrópolis, pequena cidade dos arredores com ambiente mais higiênico.

Era ainda a febre amarela que levava a navegação inglesa a afastar-se do Rio de Janeiro, dado muitos marinheiros sucumbirem à sua virulência, aspecto que até se reconhecia em meios portugueses como uma oportunidade de mercado. Num jornal do Porto afirmava-se: «Por ora nós obtemos no Brasil e na Austrália carregamentos a fretes subidos para a Inglaterra: a febre amarela e a guerra, aquela incutindo receio aos marinheiros ingleses e esta empregando navios em outro destino, colocaram os nossos em momento aproveitável e sumamente lucrativo» (*O Commercio*, 15.9.1854).

Mas o problema não era apenas o Rio de Janeiro. Se os emigrantes se dirigissem para outros portos nordestinos o que os esperava? Por exemplo, para Belém do Pará, um destino secundário? Ouçamos o respectivo cônsul Henrique Rodrigues, que descreve o calvário sanitário a suportar:

«Enquanto não ficam aclimatados têm os imigrantes um primeiro período, mais ou menos longo, em que gozam da saúde que trouxeram ou adquiriram pelo descanso da viagem e no qual absorvem a causa da sua moléstia de aclimação. Segundo os diferentes temperamentos, a moléstia de aclimação é pertencente à classe das afecções febris (resfriamentos, congestões, tifos, febre amarela) ou à classe das moléstias adinâmicas (hepatite, intermitentes, anemias, paralisias). Este é o segundo período, passado o qual volta a saúde geral mais ou menos quebrantada por afecções consecutivas, o que constitui o último período de aclimação (Ministério dos Negócios Estrangeiros, 1874: 229).

E, relativamente a Pernambuco, o encarregado consular, Domingos Gonçalves, dizia apenas: «Adoecem muitos com febre amarela, é raro o que a não tem» (Ministério dos Negócios Estrangeiros, 1874: 239).

Era, de resto, a frequência destas e de outras moléstias que despertava a designada colónia portuguesa no Brasil para uma obra admirável de assistência hospitalar, recriando misericórdias, sociedades de beneficência e caixas de socorro e outras associações afins nas principais cidades do Brasil, mas que não existiam nas localidades interiores. Cálculos consulares referidos nesses relatórios, que teremos de considerar vagos, apontavam para uma mortalidade de 27% nos emigrantes chegados ao Rio, no seu primeiro ano de estadia, número elevado que confirmava a ideia de dizimação nos fluxos de jovens desprevenidos que constituíam a imigração.

Com a febre amarela instalada de forma endémica, a invocação da natureza cemiterial do Rio de Janeiro e de outros locais era habitualmente utilizada como argumento dissuasor da emigração e passou a ser adoptado também pelas autoridades portuguesas, depois de há muito o ser pela imprensa. A partir do inquérito de 1873 e da discussão gerada, o *Diário do Governo* passou a imprimir regularmente longas listas de elaboração consular com os portugueses falecidos no Brasil, cobrindo o duplo objectivo de alertar para a elevada mortalidade dos jovens emigrantes, como de dar a conhecer os óbitos aos seus familiares e à sociedade em geral. Muitas vezes, essas listas preenchiam a primeira página e continuavam na seguinte. Alguns jornais diários republicavam-nas, adensando as representações negras da emigração, com relatos de jovens que voltavam para morrer... Para alguns, era um exagero! A imprensa, dizia Mariano Pina, escreve «os maiores horrores acerca da situação dos colonos portugueses no Brasil, e pinta quadros tétricos da febre amarela e de muitas outras enfermidades que são comuns a todos os países inter-tropicais» (Pina:

1896:163). O governo pedia a bispos e padres para que, nas homilias, se dissuassem os candidatos à emigração, através de ilustrações dos padecimentos que os esperavam.: a difusão do medo era claramente uma estratégia adoptada pelos poderes interessados em evitar a emigração, mas havia razões bem fundadas para a sustentar.

Naturalmente que o problema da febre amarela abrangia uma arcatura geográfica muito mais vasta do que o Brasil:

«O grande circo das Antilhas, compreendendo nele a costa meridional da América do Norte e a costa setentrional da América do Sul pode considerar-se, debaixo do ponto de vista da polícia sanitária europeia, como a região amarilogénea», segundo diziam Berenger-Féraud (1891).

E a febre amarela, na peregrinação atribuída ao génio epidémico, também viajara até à Europa, tornando-se aqui conhecida. Coube até a um português fazer a primeira descrição impressa (embora não a primeira referência) da febre amarela ou peste das Antilhas, pois é descrita pelo médico português João Ferreira Rosa, no seu *Tratado Pestilencial de Pernambuco*, publicado em Lisboa, em 1694, a partir da observação que fizera em Olinda de 1687 a 1694, depois da conquista de Pernambuco pelo exército português.

O quadro sanitário do lado europeu

No século XVIII, já a febre amarela surdira na Europa, passando a fazer companhia ou alternando com uma outra pestilência aqui enraizada: a peste bubónica. Foi reconhecida em vários portos de contacto com as carreiras da América Central e América do Sul. Cadiz, pela sua íntima ligação às carreiras antilhanas, é um dos portos europeus onde os surtos do também designado tifo americano foram detectados pela primeira vez e se repetiam com muito frequência (1701,1703, 1730,

1731,1733,1734, 1736, 1740, 1741, 1744, 1745, 1746,1763, 1764, 1780, 1784, 1790, 1792). Em Málaga, em 1741, faleceram 10 mil pessoas de febre amarela, considerando-se como importação das Antilhas por um navio infectado a que deram livre prática. Em Portugal, as referências mais antigas a surtos de febre amarela vão para Peniche (1718), Ericeira (1721) e Lisboa (1723). Mas foi no século XIX que a febre amarela mais se fez sentir, a começar pela grande epidemia de Cadiz, em 1800, da qual teriam morrido 7387 pessoas, sendo atingidas mais de 48 mil pessoas, numa população de 57500. Raros foram os portos importantes com ligações à América Latina (particularmente Brasil e Antilhas) que não experimentaram surtos de febre amarela (Sevilha, Córdova, Barcelona, Marselha, Saint-Nazaire, Swansea, Southampton, Londres...), o que se explica pela multiplicação de contactos humanos e pelo tipo de mercadorias que vinham das regiões sul-americanas, tais como os fardos de algodão, os couros e peles, os ossos e chifres, o açúcar, o tabaco, e pela natureza das estruturas insalubres da maior parte dos veleiros, pesados, primitivos e pouco cuidados.

Fiquemo-nos pelo Porto, onde se identificaram focos epidémicos de febre amarela, todos relacionados com veleiros da carreira do Brasil (Duarte IV, Tentadora, Santa Cruz), em 1850, 1851, sucumbindo alguns tripulantes e passageiros, bem como descarregadores e guardas da alfândega que fiscalizavam os navios. Em Julho de 1856, novo surto se verificou, a partir dos brigues S. Manuel e Monteiro I, saltando dos protagonistas habituais para o bairro de Miragaia, o que levou o Conselho de Saúde a obrigar a sair a barra a todos os navios então considerados suspeitos (12 dos 50 fundeados originários do Brasil), com ordem para afundar os que não os quisessem obedecer (quatro foram mesmo submersos), criando obviamente a indignação e fortes protestos do corpo comercial da cidade, que criticava o tipo de diagnóstico e a

aplicação cega e terrorista das medidas quarentenárias, aplicadas com base em hipóteses gratuitas, bem como a habitual pressa do conselho de saúde em declarar o porto do Douro suspeito. Invocava já as resoluções da Conferência Sanitária de Paris, de 1851, que apontavam para medidas de fiscalização à partida dos navios, suavizando a aplicação das medidas quarentenárias. Entre Julho e 2 de Outubro foram atingidas 120 pessoas, verificando-se 63 óbitos, números divergentes segundo as fontes. Novos surtos foram detectados no Porto, com pouca incidência, em 1858, 1860. Pela mesma altura, ocorriam surtos em Lisboa: 1856, 1857, 1858, e ainda em 1879, o mesmo se verificando noutros portos estrangeiros. A febre amarela perdurava, emparelhando agora com uma outra doença epidémica típica das cidades modernas em que a densidade populacional crescera abruptamente – a cholera morbus. À febre amarela atribuía-se, porém, menor virulência do que às outras epidemias, mas muitas vezes era subavaliada, quer por que não a sabiam diagnosticar, quer porque assim convinha aos interesses ligados ao comércio. Aquela sobre a qual existe mais informação em Portugal é a de 1857, em Lisboa, que foi reconhecida em 22 de Julho num carregador da Alfândega, a que se seguiram muitos outros casos, dada a sua marcha lenta, de uma rua para outra, quase de uma casa para outra casa: até ao fim desse ano, havia registos de 13757 doentes, dos quais teriam falecido 5652.

As representações sobre a febre amarela eram terríveis, como o expressa a sua outra designação popular: «vómito negro». Os sintomas começavam por arrepios, dores ao longo da coluna, dores de cabeça e apertos no estômago. Seguia-se febre alta, com agitação e insónia, muita sede, olhos injectados, rosto e corpo ruborizados. Diarreia e vómitos intensos adensavam o quadro. Pelo quarto dia, os sintomas desapareciam definitivamente se o ataque era benigno, ou apenas temporariamente se

o caso era grave, surgindo uma cor amarela, vítrea, a cobrir toda a superfície do corpo. Vinham então os vômitos de sangue, negros, que podiam coincidir com hemorragias intestinais e manchas avermelhadas na pele. A mortalidade variava entre 15 a 50%, conforme as epidemias.

Até ao desenvolvimento da microbiologia pasteuriana, as populações curvavam-se perante os ritmos sazonais do mal amarelo, estabelecendo-se conexões empíricas com a elevação da temperatura e com focos de matérias vegetais ou animais em decomposição, em zonas litorais ou junto aos rios. As zonas portuárias e os navios eram os lugares de eleição para se contrair a doença. O frio fazia desaparecer a epidemia, daí que fosse aconselhada a estação fria aos emigrantes e viajantes para o atravessamento de regiões em que a febre amarela fosse reconhecida como endémica, de modo a conferir-se tempo à aclimação. Tinha-se a percepção da contagiosidade, com recomendações para se vigiar o doente de longe, evitando a aproximação, tal como se procedia com a peste bubónica: deixar o doente num compartimento para se responder aos seus apelos ou entregar mantimentos em outro compartimento ao lado.

Nos finais do século XIX, a atenção sanitária internacional, nas suas múltiplas conferências, prestou-lhe grande atenção, concentrando-se sobre as três grandes «pestilências exóticas» que continuavam a dizimar em muitas partes do mundo e ameaçavam surgir mais ou menos inopinadamente em qualquer lugar: a peste bubónica, a cólera e a febre amarela, distintas entre si, originárias de situações diferentes. Procurava-se encontrar forma de ultrapassar a ineficiência das medidas sanitárias tradicionais, que passavam pela ideia de colocar um dique às epidemias, seguindo sempre o pressuposto da sua origem externa: nesse contexto, era preciso cortar-lhes o avanço, através de cordões sanitários, para as deslocações em terra, e as

quarentenas, apoiadas em lazaretos, para as comunicações por água. E esperar que o tempo permitisse o esvaír do mal...

O reconhecimento de que o homem e os seus objectos quotidianos eram portadores de contacto infeccioso alarmavam ainda mais as populações, voltando-se em muita situações a comportamentos tipicamente medievais de repulsa pelos doentes afectados, preocupação que crescia à medida que se acentuava a circulação de pessoas e bens, nomeadamente de bens alimentares. Os regulamentos minuciosos da sanidade marítima apontavam medidas particulares para a febre amarela, dado considerar-se que ela só surgiria por importação marítima: apenas os navios com carta de saúde limpa, atestada pela autoridade consular do porto de partida, eram admitidos imediatamente à livre prática; os navios procedentes de portos suspeitos de febre amarela eram obrigados a uma quarentena sistemática «de observação» até cinco dias, que só podia ter lugar em portos com lazareto, ou seja, com casa própria para albergar os passageiros em isolamento, independentemente de estarem ou não infectados; o conselho de saúde (onde escasseavam os médicos e proliferavam autoridades administrativas) podia decretar ainda outras medidas se tivessem surgido casos de morte ou doença na viagem, como a quarentena de «rigor», obrigando então ao desembarque de toda a carga e à aplicação de medidas de rigor (purificação e desinfecção, então reduzida a fumigações de enxofre) e à permanência de passageiros e tripulação no lazareto (onde deviam ficar obrigatoriamente os doentes) ou no navio isolado; a contagem do tempo para a quarentena recomeçava sempre que era declarado outro doente (*Regulamento sobre quarentenas*, 14.1.1864)

As novas perspectivas sanitárias

Os desenvolvimentos epidemiológicos e microbiológicos começaram, entretanto, a desvalorizar as práticas tradicionais. Os lazaretos e as medidas quarentenárias, com seus regulamentos rigorosos sobre tempos de espera e isolamento de passageiros, misturando indivíduos afectados com os não afectados, passaram a ser considerados como focos em si mesmo insalubres e infecciosos. Por outro lado, em Portugal, só o porto de Lisboa tinha lazareto, pelo que os navios vindos do Brasil com destino ao Porto, com carta de suspeitos, tinham de fazer quarentena anterior em Lisboa ou em Vigo, o que transtornava as relações comerciais e pessoais e deu origem a múltiplos protestos. Com o tempo, países como a Inglaterra, depois a França e, finalmente a Espanha, desactivaram os seus lazaretos e aligeiraram as medidas quarentenárias (excepto quando surgiam casos suspeitos a bordo), adoptando outras práticas para controlo da sanidade, que passavam pela fiscalização, desinfecção de carga e isolamento apenas dos declarados doentes. O nosso lazareto tornou-se alvo do ridículo pela imprensa e foi considerado com um factor do desvio dos brasileiros em viagem à Europa da rota de Lisboa:

«Quem traz dez ou quinze dias de viagem, por mais dois ou três dias para chegar a um porto de França ou de Inglaterra, não se sujeita a esse Lazareto, a essa ridícula prisão, a esse presídio de guerra, onde se é recebido, olhado, vigiado com mais desconfiança e mais aferro do que um condenado à morte (...) E só alguém se sujeita à quarentena no Lazareto, quando se dá um facto raro, como o do Chili, das Messageries Maritimes, que durante a viagem de Fevereiro último, do Rio para Lisboa, teve a bordo três casos fatais de febre amarela (...) que tem que ver ou ganhar o Brasil, que haja ou não Lazareto em Lisboa?... Quem perde com semelhante regimen quarentenário é Lisboa, em proveito dos portos de França ou Inglaterra, para onde se dirigem os

paquetes das Messageries, do Pacífico e da Mala Real, cheios de passageiros de todos os países da América do Sul (Pina, 1896:165-166).

E o autor citado, na esteira de outros como Ramalho Ortigão, acusava o Lazareto de lançar o descrédito sobre o país, de afastar de Lisboa os viajantes ricos sul-americanos e de criar a animosidade do espírito brasileiro contra Portugal, pois negava-se em Lisboa a livre prática «durante todo ano», impedindo-se o livre desembarque no primeiro porto da Europa, incluindo o período de Maio a Novembro, durante o qual era excelente o estado sanitário em todo o Brasil (Pina: 195)

Só na viragem para o século XX, o Rio de Janeiro atravessou o estigma da febre amarela, mercê do trabalho do sanitarista Oswaldo Cruz que, enquanto Director-Geral da Saúde Pública, organizou uma campanha específica contra a febre amarela, reorganizando a autoridade sanitária e estabelecendo medidas rigorosas contra a insalubridade: obrigou à demolição e reforma de edifícios, criou as brigadas mata-mosquitos, saneou caixas de água e esgotos, expurgou casas através da queima de soluções à base de enxofre como forma de acabar com os mosquitos e suas larvas, imitando a campanha norte-americana desenvolvida em Havana com base na teoria de Carlos Finlay de que o agente transmissor era um mosquito (*stegomia fasciata*, *culex aegypti* ou *Aedes aegypti*). A febre-amarela foi apenas uma das campanhas de Oswaldo Cruz, a par das desenvolvidas contra a peste bubónica, como a desratização, e a da varíola, obrigando à vacinação (www.fiocruz.br/coc.fioc1.html)

Não lhe faltaram inimigos, nem as crónicas de maldizer. Mas a imagem dessa acção, rumo à transição sanitária, foi decisiva para assegurar melhores condições e atribuir prestígio internacional: o Brasil ganhou então direito a ser um país salubre no conceito das organizações sanitárias internacionais, configurando-se mesmo como um modelo exemplar. Os seus portos passaram a ser considerados limpos, muito em

função de novos regulamentos sanitários internacionais, que abrandaram os critérios de classificação, mas essas novas representações criadas pela nova cultura médica foram decisivas para a emergência da mitologia que, nos alvares do século XX, colocava o Brasil como a futura grande potência mundial.

Claro que a sanidade também falava política e condicionava o jogo de culturas e dominações. Gilberto Freire fala das dificuldades para aquilo que designa como a reconquista europeia do Brasil no século XIX, apontando diversas resistências nativistas:

«O clima, por exemplo, resistiu ao nórdico. E sob o favor do clima, a malária, a febre-amarela agiram contra o europeu. À sombra das condições precárias de higiene, agiram contra ele a peste bubónica, a sífilis, a bexiga, o bicho-de-pé. Elementos, todos esses de resistência antieuropeia, alguns de origem terrivelmente asiática ou africana. Operaram eles no sentido de moderar a reeuropeização do Brasil e de conservar o mais possível, no País, os traços e as cores extra-europeias, avivadas durante séculos profundos de segregação. Houve mesmo nativistas que se regozijaram com a acção violentamente antieuropeia da febre amarela. Febre terrível que, poupando o nativo, não perdoava o estrangeiro. (...) A febre amarela é que terminou vencida. E essa reconquista alterou a paisagem brasileira em todos os seus valores. Reeuropeizou-a ou europeizou-a quanto pôde (Freire, 1985: 310-311).

A transição sanitária desenvolvia-se um pouco por todo o mundo, embora com andamentos diferentes. A desinfecção e a vacinação tornaram-se a base racional de toda a profilaxia perante determinados tipos de doenças contagiosas, a partir da viragem do século. Hospitais de isolamento e cuidados de saúde preventivos faziam parte de uma nova cultura sanitária, convicta de que se todos tratassem os focos infecciosos próprios diminuiriam substancialmente tanto os perigos das pestilências exóticas como das endemias internas, porque neste domínio sempre se viveu em globalização. A criação de estruturas colectivas de abastecimento de água e de

saneamento foi fundamental, ainda que a ligação entre a água consumida e as epidemias demorasse a ser clarificada, não obstante os trabalhos de bacteriologia: a prova definitiva terá sido observada em 1892, quando a localidade de Altona, junto de Hamburgo, por ter um sistema de água filtrada, escapou a uma epidemia de cólera que dizimou a localidade vizinha.

Em Portugal coube a Ricardo Jorge um papel particular neste processo de realizar a transição sanitária, com contributos ao nível de doutrina e da acção. A sua perspectiva pode delinear-se a partir das críticas lançadas nas célebres conferências de 1884 (reunidas em *Higiene Social e Aplicada à Nação Portuguesa*) por ocasião da ameaça de cólera, que, grassando em França e Portugal, poupou Portugal, o que muitos atribuíram ao cordão sanitário colocado na fronteira. Ricardo Jorge indignou-se perante as posições administrativas, criticou a hibernação da higiene oficial que se alvoraçava perante a ameaça do micróbio externo e não se movia perante os «micróbios da casa – os variólicos, os tíficos, os tuberculosos, em legião destruidora permanente» (Jorge, 1885: IV).

Foi o início de uma acção sanitária determinante, primeiro na câmara municipal do Porto (Relatório sobre o saneamento, criação do Instituto de Higiene Municipal), serviço onde reconheceu a peste bubónica de 1899 em diagnóstico depois confirmado por exame laboratorial (bacilo de Yersin) com o apoio de Câmara Pestana. Peste que, contra a sua opinião, levou à adopção pelo governo das tradicionais medidas do cordão sanitário (uma linha de tropas à roda da cidade a uma distância de 8 a 10 km do centro, com barragens ao trânsito nas estradas de ligação e, nos seus intervalos, sentinelas militares de 300 em 300 metros, além de uma navio de guerra na entrada do Douro para impedir acesso de navios estranhos). Este cordão sanitário durou de Agosto a 24 de Dezembro, não obstante a oposição e os protestos do corpo médico,

comércio e população em geral, pelo que aos poucos o seu carácter proibitivo foi afrouxando, deixando-se passar mercadorias após desinfeção e os transeuntes a passar livremente quando munidos de um passaporte sanitário, com obrigação de se apresentarem durante nove dias consecutivos à uma autoridade sanitária no local de destino; como medidas internas, o serviço de higiene municipal organizou um registo do Laboratório Municipal de Higiene, praticava a desinfeção dos locais atingidos e vacinavam as pessoas que tinham contactos com os doentes, sendo estes remetidos para o Hospital de isolamento em Guelas de Pau (actual Joaquim Urbano). Mas dada a reacção popular, que não acreditava na peste ou considerava que esta estava a ser propagada pelos médicos, as medidas estiveram longe de ser eficazes: por exemplo, as desinfeções eram efectuadas em casas que não eram evacuadas por os seus moradores se recusarem a fazê-lo e a internarem os doentes e ainda por recusarem a vacina, pelo que foram constatados contágios por via familiar, considerados evitáveis. Para além disso, procedeu-se à lavagem de ruas e de esgotos com soluções desinfectantes e procedeu-se à desratização na zona portuária. Finalmente, os cadáveres dos pestosos eram cremados em cal viva. Entre Junho e 20 de Janeiro foram registados 329 casos de peste (Métin, 1900). Não se conheciam casos de peste bubónica em Portugal desde 1680, pelo que a reacção popular foi brutal contra os mensageiros da notícia, os médicos, ameaçados de morte na rua, junto aos doentes ou nos jornais.

Forçado a abandonar o Porto, Ricardo Jorge foi para Lisboa, desenvolveu uma acção sanitária a nível nacional, criando os regulamentos (*Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública*, de 24.12.1901) para uma nova estrutura sanitária, embora sempre insatisfeito, pois ou as leis não funcionavam ou não havia recursos para as concretizar. Evocando a sua acção legisladora entre 1899-1902,

Ricardo Jorge comparava, em 1923, o atraso da situação sanitária de Portugal relativamente a outros países e exclamava: «O Brasil deu-nos uma lição, desatentada, de como governos, médicos e público se conjugam na execução dos preceitos da medicina social» (Jorge, 1923:194).

Não esqueçamos que foi no seu retorno ao Brasil, ido do Instituto Pasteur, em 1900, que Osvaldo Cruz se confrontou com uma epidemia de peste bubónica em Santos, o que levou à criação do Instituto Soroterápico Federal, no Rio de Janeiro, para a produção do soro antipestoso e assim se evitar a propagação da epidemia.

No percurso de ambos (Osvaldo Cruz e Ricardo Jorge), o reconhecimento de um novo paradigma, de um novo olhar médico sobre a doença e a emergência do médico como autoridade sanitária, segundo os novos regulamentos de saúde pública, ultrapassando a subalternização a que estava sujeito perante outras autoridades administrativas: o poder médico, na realidade, tem pouco mais de um século no domínio da saúde pública.

Entretanto, com uma situação sanitária local crítica, com uma sociedade flagelada pela cólera, pela febre amarela, pela peste bubónica, a que se associavam outras endemias agressivas (como o tifo, a tuberculose...), como podiam os candidatos à emigração do Porto e sua região temer as ameaças sanitárias do Brasil, por contraponto à “terra de esperanças” que este país representava enquanto campo de novas oportunidades económicas? Em termos correlativos, podemos mesmo dizer que a emigração parecia crescer à medida que aumentavam as tentativas de dissuasão pelo medo, completamente ineficazes.

Bibliografia:

- ALVES, Jorge Fernandes, 1994 – *Os Brasileiros: emigração e retorno no Porto Oitocentista*. Porto: Ed. Autor.
- AZEVEDO, Lourenço de Almeida e, 1884 – *A Cholera Morbus. Sua Profilaxia e Tratamento*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- BERENGER – FÉRAUD, 1891 - *Traité de la Fièvre Jaune*, Paris : s/e.
- Boletim de Emigração*.
- Boletim dos Serviços Sanitários*.
- CALMON, Pedro, s/d. – *História Social do Brasil*. São Paulo: C. Editora Nacional.
- CARDOSO, Júlio, 1899 – *A peste do Porto*. Porto: Tip. Gutenberg.
- CARVALHO, A. V. Campos, 1898 – *Prophylaxia da peste, febre amarella e cholera-morbus*. Coimbra: França Amado.
- Comissão da Câmara dos Senhores Deputados, 1874 - *Primeiro Inquérito Parlamentar sobre a Emigração Portuguesa*. Lisboa, Imprensa Nacional.
- DOURNIA, Jean-Charles; RUFFIE, Jacques, 1984 – *As Epidemias na História do Homem*. Lisboa: Edições 70.
- FARREL, Jeanette, 2003 – *A Assustadora História das Pestes e Epidemias*. São Paulo: Ediouro.
- FREIRE, Gilberto, 1985 – *Sobrados e Mucambos*, 7ª edição. Rio de Janeiro: José Olímpio Editor.
- GONNARD, R. , s/d – *L'Emigration européenne au XIXe siècle*. Paris : A. Colin.
- GOUBERT, J. P., 1998 – *Initiation à une Nouvelle Histoire de la Médecine*. Paris : Ellipses.
- JORGE, Ricardo, 1885 – *Hygiene Social aplicada à nação portuguesa*. Porto: Liv. Civilização.

- JORGE, Ricardo, 1899 – *A peste bubónica no Porto*. Porto: Repartição de Saúde e Higiene da C. M. Do Porto.
- JORGE, Ricardo, 1899 – *Demographia e Higiene na Cidade do Porto*. Porto: Repartição da Saúde da Câmara Municipal.
- JORGE, Ricardo, 1923 - *A propósito de Pasteur*. In CORREIA, Fernando da Silva, 1960 – *A vida, o obra , o estilo, as lições e prestígio de Ricardo Jorge*. Lisboa: Instituto Superior de Higiene.
- LE GOFF, Jacques, 1985 – *As Doenças têm História*. Lisboa: Terramar.
- MÉTIN, 1900 – *La Peste de Porto*. Paris: Imprimerie Nationale.
- Ministério dos Negócios Estrangeiros, 1874 – *Documentos apresentados às Cortes – Emigração Portuguesa*. Lisboa: Imprensa Nacional.
- NOVAIS, Fernando (dir.), 1997 – *História da Vida Privada no Brasil*. São Paulo. Companhia das Letras.
- PEARCE, Evelyn, 1964 – *Environmental Health and Hygiene*. Londres: Faber and Faber.
- PEREIRA, Gaspar Martins, 1995 – *Famílias Portuenses na Viragem do Século (1880-1910)*. Porto: Afrontamento.
- PINA, Mariano, 1896 – *Portugal e Brasil*. Lisboa: José Bastos Editor.
- Relatório da Epidemia da Febre-Amarela em Lisboa no ano de 1857 feita pelo Conselho Extraordinário de Saúde Pública do Reino*, 1859. Lisboa: Imprensa Nacional.
- RODRIGUES, Teresa, 1995 – *Nascer e Morrer na Lisboa Oitocentista. Migrações, Mortalidade e Desenvolvimento*. Lisboa: Cosmos.
- ROSA, João Ferreira, 1694 - *Tratado Pestilencial de Pernambuco*. Lisboa: s/e.
- SAUVY, Alfred, 1957 – *Teoria General de la Poblacion*. Madrid: Aguilar.

SÉRGIO, António, 1974 – *Antologia dos Economistas Portugueses (Século XVII)*.

Lisboa: Sá da Costa Editora.

SOUSA, Marnoco e, 1910 – *Sciencia Económica*. Coimbra: F. França Amado.

VIEIRA, A. X. Lopes – *Lições de Hygiene Pública*. Coimbra: Imprensa da
Universidade.

ABSTRACT

Emigration and sanitarianism – Oporto and Brasil in the XIX th century

Emigration was not only a demographic phenomenon but also a pathogenic exchange. Focusing a traditional destination, Oporto-Brasil, during the XIXth century, this article analyses the effect of the yellow fever and others epidemics (cholera, bubonic plague...) as representations on the migratory destination, the fear effect as dissuasion strategy, before the emergence of the new sanitary technologies of public health who overcame the epidemic disasters.

RESUMÉ

Émigration and salubrité – Porto et Brésil aux XIXe siècle

L'émigration n'était pas seulement un phénomène démographique mais aussi un échange de pathogénies. En abordant une destinée traditionnel, Porto-Brasil, pendant le XIXe siècle, cet article analyse l'effet de la fièvre jaune et d'autres épidémies (cholera, peste bubonique...) comme représentation sur les destinées de l'émigration, l'effet du peur comme stratégie de dissuasion, avant que les nouvelles technologies sanitaires de la santé publique aient surmonté les désastres épidémiques

RESUMO

Emigração e sanitarianismo – Porto e Brasil no século XIX.

A emigração não era apenas um fenómeno demográfico, mas também uma troca de patogenias. Abordando um destino tradicional, Porto-Lisboa, durante o século XIX, este artigo analisa o efeito da febre-amarela e de outras epidemias (cólera, peste bubónica...) como representação sobre os destinos da emigração, o efeito do medo

como estratégia de dissuasão, antes que as novas tecnologias sanitárias de saúde pública tivessem superado os desastres epidémicos.

Jorge Fernandes Alves é professor associado com agregação no Departamento de História da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. É autor de diversos livros e artigos, abordando temas como as questões da população, emigração, estruturas económicas e sociais, indústria. Alguns títulos: *Os Brasileiros, emigração e retorno no Porto oitocentista*, Porto, 1994; “O ensino médico no Porto e Ricardo Jorge”, in *Signo de Hipócrates – O ensino médico no Porto segundo Ricardo Jorge*, Porto, Sociedade de Gastrentorologia, 2003 (coordenação da edição e autoria de texto introdutório); *Corpo biológico /corpo social. Hospital Joaquim Urbano, 120 anos em defesa da saúde pública*, Porto, HJU, 2004. *Proleite - 40 anos de cooperativismo*, Lisboa, Medialivros, 2004.