

Os surtos de febre amarela na cidade de Paranaguá (1852-1878)

Yellow fever outbreaks in Paranaguá (1852-1878)

João Pedro Dolinski*

Resumo

O objeto de estudo deste trabalho são os surtos de febre amarela ocorridos na cidade de Paranaguá entre os anos de 1852 (quando irrompem os primeiros casos da doença na região) e 1878, quando eclode a principal epidemia, atingindo aproximadamente 500 pessoas. Os flagelos epidêmicos geraram tensões e conflitos na população, demandando intensos esforços por parte de médicos que lá atuaram na tentativa de combater os surtos e compreender a moléstia. Este trabalho procura sistematizar um estudo até então tratado de forma muito tímida pela historiografia local. Portanto, propõe-se um avanço ao debate historiográfico ligado à saúde, à doença e às ciências no Brasil, sobretudo, meridional. Assim, problematizam-se as seguintes questões: como foram elaboradas as medidas de prevenção à doença? Quais os atores, repartições públicas e espaços de cura envolvidos nesse processo? Que estratégias foram utilizadas? Quais eram as negociações, os conflitos e as tensões vivenciadas pelos agentes históricos durante os momentos de crise epidêmica? O presente estudo abordará não apenas aspectos de ordem sanitária como também a complexa dinâmica entre práticas políticas centrais e locais, demonstrando que a febre amarela pode ser uma porta de entrada para o estudo de outros fenômenos culturais, sociais, econômicos e políticos. Espinha dorsal da economia da província, o porto de Paranaguá assumiu posição estratégica na importação de mão de obra estrangeira durante a conjuntura que marcou o fim da escravidão no Brasil. A cidade também viu surgir os primeiros espaços de cura e o desenvolvimento das primeiras iniciativas públicas de organização sanitária no Paraná. Desse modo, a análise das epidemias de febre amarela naquela cidade permite a compreensão da formação da saúde pública desse Estado.

Palavras-chaves: Febre amarela. Paranaguá. Epidemias.

* Doutorando do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Paraná. Linha de pesquisa: Espaço e Sociabilidades. Áreas de interesse: História da saúde e das doenças; história urbana e política. E-mail: joaodolinski@gmail.com

Abstract

The study matter of this paper are the outbreaks of yellow fever occurred in the city of Paranaguá between the years 1852 (the year in which the first cases of the disease in the region arose) and 1878, when a major epidemic broke out, reaching approximately 500 people. The yellow fever epidemic generated tensions and conflicts in the population, demanding intensive efforts on the part of doctors who worked there, in an attempt to combat the outbreaks and understand the disease. This paper aims to systematize a study hitherto treated in a very shy manner by the local historiography. Therefore, this work is justified by the proposal of advance to the historiographical debate linked to health, disease and the sciences in Southern Brazil. Thus, we scrutinize the following questions: How the disease prevention measures were elaborated? Who were the actors, public offices and healing spaces involved in this process? What strategies were utilized? Which were the negotiations, conflicts and tensions experienced by historical agents during moments of epidemic crises? This paper will discuss not only health related issues, but also the complex dynamics between central and local political practices, demonstrating that yellow fever can be a gateway to the study of other cultural, social, economic and political phenomena. Being the main axis of the economy of the Province, the port of Paranaguá had a strategic position in the import of foreign workers during the conjuncture that marked the end of slavery in Brazil. The city also saw the emergence of the first healing spaces and the development of the first initiatives of public health organization in Paraná. Therefore, the analysis of the yellow fever epidemics in that city allows for the understanding of the formation of public health in that State.

Key-words: Yellow fever. Paranaguá. Epidemics.

O objeto deste trabalho são os surtos de febre amarela ocorridos na cidade de Paranaguá entre os anos de 1852 (ano em que irrompem os primeiros casos da doença na região) e 1878, quando eclode a principal epidemia, atingindo aproximadamente 500 pessoas¹. Não há estatísticas populacionais para esse ano, no entanto, em 1872, conforme o censo realizado naquela época, a cidade contava com uma população de 8.228 pessoas². Existem

¹ A fundação da Vila de Paranaguá data de 1648. Suas fronteiras no início do século XIX eram, ao norte, o distrito de Cananeia; ao sul, o território de Guaratuba; a leste, o Oceano Atlântico; e a oeste, os distritos de Antonina e Morretes. Em 1842, tanto Paranaguá como Curitiba foram elevadas à categoria de cidade.

² DIRETORIA GERAL DE ESTATÍSTICA. *Recenseamento geral do império de 1872*. Rio de Janeiro: Typ. Leuzinger; Tip. Comercial, 1876. 23v. < <http://www.nphed.cedeplar.ufmg.br/> Acesso em: 14 jan. 2013.

evidências da presença da febre amarela, ao menos na América Latina, que datam do século XVII. Odair Franco³ afirma que ela se manifestou epidemicamente pela primeira vez no Brasil no ano de 1685, mais precisamente na cidade de Recife. No entanto, para Benchimol⁴, a febre amarela tornar-se-ia um problema sanitário nacional somente no século XIX.

Em Paranaguá, surgiram os primeiros espaços de cura e se desenvolveram as primeiras iniciativas públicas de organização sanitária. Dessa forma, a análise das epidemias de febre amarela nessa cidade permite a compreensão da formação da saúde pública no Paraná. Assim, buscamos compreender como foram elaboradas as medidas de prevenção à doença; quais os atores, repartições públicas e espaços de cura envolvidos nesse processo; que estratégias foram utilizadas; e quais eram as negociações, os conflitos e as tensões vivenciadas pelos agentes históricos durante os momentos de crise epidêmica. Para compreendermos esse processo, precisamos, inicialmente, reconstituir, ainda que brevemente, o quadro político do Segundo Reinado e a articulação entre governo central e local, pois as iniciativas desenvolvidas no âmbito da saúde pública não estavam à margem da complexa estrutura política do Império brasileiro, marcada por relações burocráticas, centralização administrativa e extensas negociações envolvendo as diversas instâncias do poder.

A formação do império brasileiro foi possível, segundo José Murilo de Carvalho⁵, em virtude da existência de uma elite homogênea em termos ideológicos e educacionais, o que reduziu os conflitos internos e possibilitou a dominação política.

Para Carvalho⁶, nos países em que ocorreram as primeiras revoluções burguesas, como Inglaterra e EUA, o papel do Estado assumiu caráter pouco relevante, com uma elite política voltada muito mais para a representação parlamentar. Em países com revolução burguesa tardia, como a Prússia, predominou a combinação entre elites burocráticas e representativas. Em Portugal, cuja revolução foi abortada, Carvalho vê o predomínio do elemento burocrático na elite. Essa herança burocrática portuguesa teria sido a responsável pela unidade e estabilidade do Império no Brasil.

³ FRANCO, Odair. *História da febre amarela no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Departamento Nacional de Endemias Rurais, DNER/ Div. de Cooperação e Divulgação, 1969.

⁴ BENCHIMOL, Jaime Larry. (coord). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

⁵ CARVALHO, José Murilo de. *A construção da ordem: a elite política imperial*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

⁶ Ibidem.

O topo da burocracia imperial brasileira era formado pelos conselheiros de Estado. Ao todo, existiam doze conselheiros ordinários e doze extraordinários, que ocupavam cargos vitalícios por nomeação do imperador. Abaixo do conselho estava o primeiro escalão, composto pelos ministros, senadores e deputados. No segundo escalão, estavam os presidentes de província, diretores e chefes de seção. O cargo de presidente de província era crucial para a ascensão do político ao primeiro escalão. Nomeados pelo imperador, os presidentes não assumiam o comando de suas províncias nativas por uma questão de imparcialidade. A rotatividade desses cargos também era grande e deles dependia a vitória do governo nas eleições, entre outros assuntos, como: as nomeações estratégicas para as funções de promotor, delegado de polícia, oficiais inferiores da Guarda Nacional e a validação das eleições municipais.

Além da experiência administrativa e dos bons salários, o político tinha ainda, como presidente, a oportunidade raramente perdida de acelerar sua carreira, especialmente pela garantia de uma eleição para o Senado, precedida ou não por eleição para a Câmara. Era um dos poucos mecanismos que lhe permitiam conseguir uma senatoria por uma província que não a sua própria. Na realidade, a presidência de província, apesar dos esforços do Imperador em contrário, era um cargo muito mais político do que administrativo, como o indica a grande mobilidade de presidentes e o pouco tempo que permaneciam nos postos⁷.

Segundo Miriam Dolhnikoff⁸, o único poder de intervenção que o presidente da província tinha era o de vetar, em casos específicos, as leis aprovadas pela Assembleia Legislativa Provincial. As resoluções das Assembleias Provinciais em relação aos assuntos municipais não estavam sujeitas ao veto presidencial, o que reforçava ainda mais o controle a nível local das elites provinciais e sua autonomia legislativa. Dessa forma, o poder concedido aos presidentes era limitado, impedindo-os até mesmo de apresentar projetos, função que cabia exclusivamente às Assembleias. As atribuições dos presidentes, de acordo com a autora, não foram alteradas com o Regresso Conservador.

As províncias atuavam de forma estratégica na intermediação política entre o governo central e os poderes locais. No entanto, a estrutura centralizadora do império concentrava em torno do seu núcleo grande quantidade

⁷ Ibidem, p. 95.

⁸ DOLHNIKOFF, Miriam. *O pacto imperial: origens do federalismo no Brasil do século XIX*. São Paulo: Globo, 2005.

de funcionários e de atividades administrativas pouco visíveis a nível provincial, quase não sendo notados nos municípios. Segundo Carvalho⁹, serviços ligados à saúde, à educação e ao desenvolvimento social e econômico (obras públicas) tinham sua ação limitada às capitais das províncias, sendo o correio e as estradas de ferro os únicos que alcançavam as demais cidades. Na província do Paraná, porém, a realidade foi outra, pois existiam importantes espaços de cura e organizações sanitárias também na cidade portuária e não somente na capital, Curitiba. É possível que cidades portuárias de outras regiões também fossem exceções, em virtude de sua importância econômica. Porém, mesmo municípios como esses não tinham poder executivo independente do legislativo, fato que leva Carvalho a sugerir que a ação distributiva ficava à mercê da vontade dos potentados locais.

A centralização dava visibilidade ao Estado, mas era consequência direta da inépcia do governo brasileiro em estender seu raio de ação até às margens do território:

A incapacidade do Estado brasileiro em chegar à periferia é bem ilustrada pelos compromissos que se via forçado a fazer com os poderes locais. No Brasil, como nos exemplos históricos descritos por Weber, o patrimonialismo combinava-se com tipos de administração chamados litúrgicos. Na ausência de suficiente capacidade controladora própria, os governos recorriam ao serviço gratuito de indivíduos ou grupos, em geral proprietários rurais, em troca da confirmação ou concessão de privilégios¹⁰.

As atribuições das Câmaras Municipais ficaram restritas com a promulgação da Lei de 1º de outubro de 1828, que as subordinou aos presidentes de província, tolhendo suas autonomias na arrecadação e aplicação de impostos. Para Dolhnikoff¹¹, o Ato Adicional de 1834 manteve essa estrutura em relação às Câmaras, que passaram a fruir de uma liberdade relativa, com responsabilidade apenas administrativa. Somente nos âmbitos judiciário e policial a municipalidade tinha maior liberdade de ação em decorrência da criação do cargo de juiz de paz, função exercida de forma independente em relação ao governo central e ao próprio imperador.

No que diz respeito ao orçamento imperial, é possível observar constantes déficits, principalmente após a Guerra do Paraguai (1864-1870). Entre 1826 e 1888, o déficit contabilizou aproximadamente 850 mil contos, dos quais 95% devidos às revoltas internas, às guerras externas e aos desastres

⁹ CARVALHO, op. cit.

¹⁰ Ibidem., p. 122.

¹¹ DOLHNIKOFF, op. cit.

naturais, entre eles as epidemias. Para cobrir esse rombo, o governo viu-se obrigado a contrair empréstimos¹². O déficit, afirma Dolhnikoff¹³, afligia tanto as províncias quanto o governo central. A explicação estaria na própria estrutura econômica do Império, “que fazia depender quase exclusivamente da riqueza produzida direta e indiretamente pela agricultura de exportação as receitas que deveriam cobrir a gigantesca tarefa de construção do Estado nacional”¹⁴.

As receitas do governo provinham dos direitos de exportação e importação; indústria e profissões; transmissão de propriedade; estradas de ferro; empresas do Estado; selo e renda. A partir de 1870, empresas e estradas de ferro do Estado passaram a ser a principal fonte de receita interna do governo, o qual concentrou grande parte de seus recursos na construção de ferrovias: 65% dos investimentos foram direcionados para o setor em 1885¹⁵.

Parte dos gastos com saúde pública era absorvida pelas Inspetorias de Saúde dos Portos, outra parte era aplicada em saneamento e assistência à saúde na Corte. De forma genérica, Carvalho observa que investimentos maiores na área só eram liberados durante os períodos de epidemia. A lógica era aplicar capital em infraestrutura para expandir a economia. Assim, a saúde, ao contrário dos transportes e da retórica propagada nos discursos e na imprensa, não fazia parte da estratégia de crescimento econômico. As disputas entre médicos, associadas à crônica falta de recursos, paralisavam ainda mais, segundo Carvalho¹⁶, as ações do governo. Como esses problemas foram tratados pelos médicos, funcionários do governo e autoridades políticas de Paranaguá durante os surtos de febre amarela na segunda metade do século XIX? A proposta deste trabalho é justamente tentar responder a essa questão.

Epidemia: uma tragédia em quatro atos

Uma epidemia é um acontecimento com impactos emocionais significativos sobre uma sociedade, cuja intensidade situa-se no tempo e no espaço. Pode ser definida como episódio de pânico, trauma psíquico, tanto a

¹² CARVALHO, José Murilo de. *A construção da ordem: a elite política imperial; Teatro de sombras: a política imperial*. 2.ed. rev. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, Relume-Dumará, 1996.

¹³ DOLHNIKOFF, op. cit.

¹⁴ *Ibidem.*, p. 160-161.

¹⁵ CARVALHO, op. cit.

¹⁶ *Ibidem.*

nível individual quanto coletivo, abrangendo a população de determinado local. A ocorrência desses eventos traumáticos ocasionam perturbações nos comportamentos cotidianos, alterando costumes, hábitos e principalmente as relações humanas:

Que diferença do tratamento reservado em tempo comum aos doentes que parentes, médicos e padres cercam de seus cuidados diligentes! Em período de epidemia, ao contrário, os próximos se afastam, os médicos não tocam os contagiosos, ou fazem-no o menos possível ou com uma varinha; os cirurgiões só operam com luvas; os enfermeiros depositam ao alcance do braço do doente alimento, medicamentos e pensaduras. Todos aqueles que se aproximam dos pestíferos aspergem-se com vinagre, perfumam suas roupas, em caso de necessidade usam máscaras; perto deles, evitam engolir a saliva ou respirar pela boca¹⁷.

À época em que se situa o presente estudo, em tempos de “peste” os costumes fúnebres eram alterados. Os cantos deixavam de ser entoados, assim como os toques de finados e os sepultamentos individuais. Hábitos como: dobres de sino, sacramentos de comunhão ministrados aos moribundos, cortejos fúnebres, enterros faustosos e fechamento de portas e janelas de casas onde se encontrava um cadáver também passavam a ser considerados prejudiciais à população em tempos de epidemia. As autoridades médicas propunham vigilância auditiva e olfativa, uma vez que odores, barulhos de sinos e procissões podiam agravar o estado de saúde de um enfermo. Segundo Cláudia Rodrigues¹⁸, alguns médicos do século XIX afirmavam que o medo, aliado a outros problemas psíquicos, tornavam o indivíduo mais suscetível ao contágio.

Até meados do século XIX, as pessoas que possuíam muitas posses enterravam seus familiares e amigos no interior das igrejas, onde expressavam sua fé em meio a um ambiente impregnado pelo odor que exalava dos cadáveres. Assim, a igreja era um espaço onde coabitavam vivos e mortos. A epidemia de febre amarela que devastou a cidade do Rio de Janeiro entre os anos de 1849 e 1850 colocou um fim a esses costumes na capital brasileira, execrados pelo discurso médico da época que propugnava a criação de

¹⁷ DELUMEAU, Jean. *História do medo no ocidente 1300-1800: uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das letras, 2009, p.178-179.

¹⁸ RODRIGUES, Cláudia. *Lugares dos mortos na cidade dos vivos: tradições e transformações fúnebres no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1997. (Coleção Biblioteca Carioca; v. 43. Série publicação científica).

cemitérios segundo as normas recomendadas pela higiene¹⁹. Em 1834, por determinação do governo da província de São Paulo, os sepultamentos no interior das igrejas foram proibidos. No ano seguinte, Paranaguá, que pertencia à região da 5ª Comarca, deu início às obras de construção do novo cemitério. Costumes fúnebres também foram alterados naquela cidade em tempos de epidemias. Médicos, entre eles Leocádio Correia (1848-1886)²⁰, ordenavam que cadáveres de amareletos e variolosos fossem inumados à noite, sem os típicos rituais praticados durante os enterros²¹.

Para os vivos é uma tragédia o abandono dos ritos apaziguadores que em tempo normal acompanham a partida deste mundo. Quando a morte é assim desmascarada, “indecente”, dessacralizada, a esse ponto coletiva, anônima e repulsiva, toda a população corre o risco do desespero ou da loucura, sendo subitamente privada das liturgias seculares que até ali lhe conferiam nas provações dignidade, segurança e identidade²².

A obscuridade da morte; a taciturnidade citadina quando a urbe se assemelha a um campo de batalha juncado de mortos; a solidão reforçada pela abolição abrupta de ritos coletivos, costumes e hábitos cotidianos – eis a descrição um tanto sucinta do cenário aterrador produzido por um flagelo epidêmico. A fuga era uma das primeiras atitudes tomadas quando uma epidemia despontava numa cidade. Nas palavras de Delumeau, um par de botas era o mais eficaz e seguro dos remédios perante uma medicina impotente. Os ricos assumiam a dianteira, por exemplo, o presidente da Câmara Municipal de Antonina, que abandonou a cidade durante o surto de febre amarela que assolou a região em 1878²³. Por sua vez, as pessoas comuns combatiam o mal com recursos que estavam ao seu alcance, entre eles a própria fuga, conforme os relatos de pessoas pobres das cidades de Santander e Lisboa do final do século XIV²⁴. Na Paris do século XIV, os pobres pululavam defronte

¹⁹ Segundo essas normas, o responsável pela construção desses espaços precisaria levar em consideração fatores como nível do terreno, características do solo e da vegetação e a distância em relação aos núcleos urbanos.

²⁰ Leocádio José Correia foi um dos principais médicos que atuou em Paranaguá no século XIX. Vivenciou a principal epidemia de febre amarela da região em 1878 e fez anotações que revelam seu esforço em compreender a doença a partir dos ensinamentos adquiridos com João Vicente Torres Homem, durante o período em que cursou a faculdade de medicina no Rio de Janeiro (1868-1873).

²¹ CORRÊA, Rubens. *Brumas do Passado: Doutor Leocádio, médico de homens e de almas*, 1989; FERNANDES JUNIOR, Lindolfo. *Memórias da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (1853-1983)*. Curitiba: Imprensa Oficial, 1988.

²² DELUMEAU, op. cit., p. 181.

²³ Arquivo Público do Estado do Paraná (daqui em diante APEP), 1878, AP 538, Arquivo IJIP vol. 5, Ofícios.

²⁴ DELUMEAU, op. cit.

os órgãos responsáveis pelas emissões de certificados de saúde. Carroças, coches e carruagens espalhavam-se profusa e desordenadamente pelas ruas, vielas e becos do espaço urbano²⁵. Diante de tragédias como essas, de proporções homéricas, as famílias dissolviam-se e isolavam os entes queridos que contraíam a doença. Missas, comércio, aulas e qualquer espécie de lazer e divertimento ficavam proscritos. Em Antonina, naquele mesmo surto de 1878, as aulas foram suspensas pelo período de trinta dias²⁶. Na Europa, o sacrifício em massa de animais como cães, gatos, porcos e pombos era comum, pois se pensava que, com tal atitude, o mal deixaria de se propagar. Diversas outras imagens poderiam ser aqui evocadas para dar ao leitor uma ideia das proporções que eventos como um surto epidêmico podiam e podem ainda alcançar. Daniel Defoe²⁷, por exemplo, os compara a um grande incêndio, como aquele que devastou Londres em 1666, um ano depois dos eventos narrados pelo autor relativos à chegada da peste negra à capital britânica.

A peste é então uma 'praga' comparável às que atingiram o Egito. É ao mesmo tempo identificada como uma nuvem devoradora que chega do estrangeiro e que se desloca de país em país, da costa para o interior e de uma extremidade à outra de uma cidade, semeando a morte a sua passagem.

Delumeau compara as epidemias com ataques instantâneos que não distinguem credo, cor, raça ou condição social, muito embora suas conclusões apontem o contrário, em consonância com a opinião médica de outrora (séculos XVII e XVIII), que encarava a pobreza como predisposição essencial para se contrair doenças como a peste bubônica. Rosenberg²⁸, por sua vez, mostra que as explicações etiológicas do cólera no século XIX estavam pautadas em visões ideológicas que imputavam aos pobres e marginalizados a condição de vítimas inevitáveis das doenças pestilenciais. O autor também constata que medidas profiláticas como quarentena e desinfecções foram aplicadas principalmente a esse grupo social.

Conforme Delumeau²⁹, a primeira atitude das autoridades, quando confrontadas com esses flagelos, era a recusa em reconhecer sua manifestação. Justificavam tal atitude com os seguintes argumentos: evitar a desestruturação psíquica e emocional da população e, talvez o mais importante, uma

²⁵ Ibidem.

²⁶ APEP, 1878, AP 539, Arquivo IJIP vol.6, Ofícios.

²⁷ DEFOE, Daniel. *Um diário do ano da peste*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2002.

²⁸ ROSENBERG, Charles. *Explaining Epidemics and other Studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

²⁹ DELUMEAU, op. cit.

crise econômica. Delumeau mostra que quarentenas significavam para uma cidade a dificuldade de abastecimento e a angústia do desemprego. Representantes do poder público dirigiam-se aos médicos para solicitar exames minuciosos dos casos suspeitos. Quando o diagnóstico era positivo, decisões passavam a ser procrastinadas. Por outro lado, caso as conclusões dos médicos fossem pessimistas, novos exames eram solicitados como contraprova. Os governantes empedernidos relutavam em aceitar qualquer parecer que os obrigassem a tomar medidas mais drásticas. Essa recusa talvez possa ser observada em Paranaguá por meio dos diagnósticos do médico Leocádio Correia, contestados muitas vezes, não somente por seus pares, mas também pelo próprio senso comum.

Delumeau distingue três tipos de explicação para as epidemias. A primeira seria a dos eruditos, que atribuíam a culpa pela crise à corrupção do ar. O ar viciado seria o resultado de emanações pútridas e fenômenos celestes. A segunda explicação era a dos leigos, da multidão anônima, para a qual “semeadores de contágio espalhavam voluntariamente a doença”³⁰. Por fim, à opinião dos leigos juntava-se a da igreja católica, para a qual a catástrofe nada mais era do que consequências de um deus encolerizado que precisava ser “tranquilizado” por meio de procissões religiosas.

Se a epidemia era uma punição, precisava haver culpados. Delumeau argumenta que os sacrifícios humanos realizados por civilizações antigas reproduziam-se de forma inconsciente no corpo social durante as epidemias modernas. As vítimas, nesses casos, costumavam ser estrangeiros, viajantes, marginais, judeus ou leprosos. É possível verificar esse comportamento entre os grupos afrodescendentes de Recife durante o século XIX, cuja desconfiança levou-os a crer que o cólera fosse fruto de uma trama engendrada na calada da noite por homens brancos com o intuito de prejudicá-los. Os médicos também eram vistos como cúmplices do processo³¹. Atitudes semelhantes foram tomadas por habitantes de cidades europeias vitimadas pelo cólera nesse mesmo período (século XIX). Para os pobres, a doença era uma maquinação dos ricos para eliminar as classes que julgavam perigosas³².

Portanto, segundo Delumeau, negação, acusação e punição aos culpados formariam o principal roteiro de eventos epidêmicos. Rosenberg³³,

³⁰ Ibidem, p. 201.

³¹ CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial*. São Paulo, Brasil: Companhia das Letras, 1996.

³² ROSENBERG, op. cit.

³³ Ibidem.

ao analisar a epidemia como fenômeno social cujas formas assumiriam dimensões dramáticas, situa os comportamentos e as atitudes por ela suscitados em um modelo determinista e fatalista semelhante ao proposto por Delumeau³⁴, porém, com sequência de atos um pouco diferente. A primeira reação observada seria também a demora em reconhecer a doença por força de interesses econômicos, institucionais e sociais. A aceitação pública do flagelo ocorria somente quando fosse inevitável. O próximo passo era então criar um quadro explicativo, a partir de um acordo coletivo, que desse sentido ao mal e fornecesse meios de combatê-lo. Esse quadro explicativo podia ter raízes em questões transcendentais, ou seja, nas relações entre seres humanos e Deus. Mas isso não significa que justificativas laicas não fossem invocadas. Rosenberg observa que a busca por explicações significava uma chama de esperança para o controle da doença. O terceiro ato dizia respeito às ações públicas desenvolvidas em reação aos surtos epidêmicos. Esses acontecimentos traumáticos demandavam respostas imediatas, precisas e generalizadas por conta de pressões morais e políticas exercidas pela sociedade afetada. Na visão de Rosenberg, medidas de combate às epidemias constituiriam rituais coletivos integrados a elementos cognitivos e emocionais, como a religião e as explicações etiológicas racionais.

Para historiadores e cientistas sociais, o teor dos rituais públicos fornece percepções a respeito de valores sociais em determinados períodos históricos, enquanto que os conflitos por hegemonia suscitados pelos representantes de cada espécie de ritual específico propiciam perspectivas a respeito das estruturas de autoridade e crença. Portanto, na epidemia de cólera de 1832, inconsistências entre as visões leigas e médicas sobre o contágio modelaram o pensamento político da Europa e da América do Norte; os leigos quase que unanimemente assumiam o caráter contagioso das doenças, enquanto a opinião médica estava dividida³⁵.

O último ato tem relação com o declínio da epidemia e a reflexão a respeito dos fatos ocorridos. A rigor, essa fase traz à tona as marcas, muitas vezes indelévels, que a doença imprimiu na comunidade afligida. O aspecto mais importante desse processo seria o modo pelo qual a comunidade absorve, formula interpretações e retira ensinamentos valiosos para o futuro. Conforme a metáfora de Rosenberg, da mesma forma como um dramaturgo escolhe seu tema e organiza sua trama, uma sociedade constrói suas próprias respostas às epidemias.

³⁴ DELUMEAU, op. cit.

³⁵ ROSENBERG, op. cit., p. 285.

Tempos de Peste

Registros mencionados por Antonio Vieira dos Santos³⁶ revelam que o primeiro surto epidêmico em Paranaguá ocorreu no ano de 1686. Os habitantes locais batizaram o mal de *peste grande*. Os sintomas descritos eram: calor excessivo, pulso fraco, intensas febres seguidas de delírios, escarros de sangue. A população local combateu a doença mediante o cozimento da *erva do bicho*³⁷, que fazia os doentes vomitarem e/ou evacuarem bichos cabeludos análogos a lagartas das hortas. Vieira dos Santos revela que a doença havia surgido em Pernambuco durante o ano de 1680, propagando-se em virtude da abertura de barricas contendo carne podre e que eram originárias de São Tomé, África. O médico francês José Francisco Xavier Sigaud (1796-1856), em sua obra *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste império*³⁸, fez referência a um relato histórico datado de 1694 cuja autoria é atribuída a Ferreira da Rosa. Segundo esse relato, um navio proveniente da Índia teria introduzido a febre amarela em continente americano por meio de barris de carne podre que se encontravam no interior da embarcação. Sigaud discordou que tal doença fosse de fato a febre amarela, pois, em sua opinião, os surtos epidêmicos não haviam apresentado nenhuma semelhança em termos sintomáticos com os que grassaram nos EUA. Segundo Sigaud³⁹, os portugueses deram a denominação de *bicha* à doença, que em sua perspectiva teria sido uma espécie de disenteria. De Recife teria se alastrado para Olinda e territórios da Bahia que levava à sepultura mais de vinte brancos por dia, poupando negros, mestiços e índios. Tanto Sigaud como Santos enfatizam o fato de que o padre jesuíta Valentim Extancel tinha observado um eclipse lunar em dezembro de 1685 e profetizado que o Brasil passaria por momentos de grande aflição. Naquela época, a influência dos astros era uma das formas pelas quais se explicavam fenômenos epidêmicos. Daniel Defoe⁴⁰ escreveu, por exemplo, que a passagem de um cometa teria precedido a invasão da peste negra na Europa no ano de 1665: “Em primeiro lugar, uma estrela

³⁶ SANTOS, Antonio Vieira dos. *Memória Histórica de Paranaguá*. vol. I. Curitiba: Vicentina, 2001.

³⁷ Segundo o dicionário de medicina popular de Chernoviz (CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Dicionário de medicina popular e das ciências acessórias* [...] (Volume 2: G a Z), Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. <<http://www.brasiliana.usp.br/bbd/handle/1918/00756320>> Acesso em: 14 jan.2013.), erva do bicho, também conhecida como *cataia*, é uma planta utilizada como estimulante, diurético e para tratamento de hemorroidas.

³⁸ SIGAUD, J.F.X. *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste império*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ DEFOE, op. cit.

incandescente ou cometa apareceu durante vários meses antes da peste, como faria no ano seguinte, pouco antes do incêndio”⁴¹.

Após o surto da *peste grande* em Paranaguá, abre-se uma lacuna de cento e dois anos até o aparecimento de outra epidemia na região, quando a “disenteria de sangue” fez aproximadamente trezentas vítimas fatais, número considerado significativo se levarmos em consideração que a população total não ultrapassava quatro mil pessoas⁴².

Os primeiros casos reconhecidos como febre amarela no litoral paranaense datam da segunda metade do século XIX. Em setembro de 1856, casos suspeitos da doença foram verificados na Ilha do Mel (a aproximadamente 24 km do porto de Paranaguá) pelo comandante da fortaleza da baía. Um facultativo foi enviado à ilha e, após alguns exames, chegou à conclusão de que se tratava de uma febre gástrica⁴³. No início do ano seguinte, o médico Henrique da Cunha Moreira informou o governo da Província que a febre amarela estava extinta na cidade de Paranaguá. A informação levou as autoridades a desativarem o lazareto da Ilha das Cobras. Moreira ficou indignado com tal atitude alegando judiciosamente que o lazareto não poderia permanecer fechado enquanto reinasse qualquer espécie de epidemia na Corte. Outro problema enfrentado pelo médico em decorrência do encerramento dos serviços de saúde na Ilha das Cobras foi a demissão do enfermeiro, pois existia uma grande dificuldade para encontrar esse tipo de profissional na região. Por outro lado, a revolta de Moreira sensibilizou o presidente da Província, que, em 18 de fevereiro, encaminhou ofício ao governo imperial solicitando a contratação de um novo enfermeiro, além de um cozinheiro e de um intérprete. O ofício não deixa claro se o lazareto foi fechado ou não⁴⁴.

A advertência feita por Moreira confirmou-se. Dias após ter anunciado o fim dos casos de febre amarela, atracou no ancoradouro da Ilha da Cotinga a embarcação inglesa *Meggie*, oriunda do Rio de Janeiro. No dia 7 de fevereiro, três de seus tripulantes foram encaminhados à Santa Casa, onde o provedor de Saúde de Paranaguá confirmou o diagnóstico de febre amarela. A Santa Casa evitava ao máximo tratar pessoas acometidas por doença pestilencial, por isso, os enfermos foram removidos para um hospital provisório que havia sido criado por ocasião de um surto de cólera que grassara na cidade

⁴¹ Ibidem, p. 33.

⁴² SANTOS, op. cit.

⁴³ Arquivo Nacional (daqui para frente AN), 1856, SI IJ 9 429 caixa 373 fundo AA.

⁴⁴ AN, 1857, SI IJ 9 429 caixa 373 fundo AA.

em anos anteriores. Um dos tripulantes faleceu entre vinte e quatro e quarenta e oito horas após a manifestação dos primeiros sintomas; os outros dois apresentaram melhoras. No dia 9, mais três marinheiros manifestaram a doença e foram encaminhados para o lazareto da Ilha das Cobras, onde o Provedor de Saúde realizava visitas diárias para atendê-los.

O inspetor interino da Alfândega de Paranaguá, Antonio José Caetano da Silva, temia que a doença chegasse ao interior da cidade, que, segundo informa, possuía apenas dois médicos, o Provedor de Saúde e um estrangeiro que não podia exercer o ofício por determinação da Câmara Municipal⁴⁵. Uma Comissão Extraordinária de Saúde Pública foi criada para conter o avanço da febre amarela⁴⁶. As embarcações provenientes da Corte foram submetidas a quarentena e só obtinham livre prática após a tripulação e os passageiros passarem por exames de saúde⁴⁷. Uma ambulância com todo o equipamento médico necessário foi requisitada para o tratamento dos enfermos no lazareto. Medidas de asseio e higiene pública foram adotadas pelas autoridades sanitárias na tentativa de minimizar os estragos realizados pela doença⁴⁸. No entanto, essas ações da Comissão de Saúde Pública não foram suficientes para conter a marcha da febre amarela rumo ao coração da cidade.

A crônica falta de recursos

Durante o surto de 1857, o farmacêutico Joaquim Antonio Pereira Alves forneceu medicamentos para amareletos que estavam internados no lazareto da Ilha das Cobras. Sua lista continha vários remédios, entre eles, sulfato de quinina, inclusive em forma de xarope; xarope simples; xarope de vinagre; enxofre; tártaro emético; alguns nitratos; álcool retificado; cânfora; éter sulfúrico e avenca. O custo total dos medicamentos que forneceu foi orçado por Pereira Alves em 144.980 réis⁴⁹. Dessa quantia, o governo se dispôs

⁴⁵ AN, 1857, SI IJJ 2 275 rel.1 fundo A1.

⁴⁶ A documentação não especifica quem eram os integrantes da Comissão. Deduzimos que eram as mesmas autoridades que formariam a Comissão de Saúde de Paranaguá no surto de febre amarela de 1878: inspetor de Saúde do Porto, juiz de Direito da Comarca, presidente da Câmara Municipal, capitão do Porto e delegado de polícia.

⁴⁷ Por meio de uma solicitação feita pelo governo da Província ao dr. José Cândido da Silva Murici em relação às despesas que seriam efetuadas com o lazareto durante o período em que a febre amarela reinasse na baía de Paranaguá, é possível constatar que a quarentena era suspensa a partir do momento em que a doença se expandia para o centro da cidade, não ficando mais restrita somente à área portuária (AN, 1857, SI IJJ 9 429 CX 373 FUNDO AA).

⁴⁸ AN, 1857, SI IJJ 9 429 caixa 373 fundo AA.

⁴⁹ AN, 1857, SI IJJ 9 429 caixa 373 fundo AA. Para possibilitar ao leitor uma compreensão do significado dessa quantia, utilizo como parâmetro, por exemplo, o valor mensal de um aluguel, que custava aproximadamente 90.000 réis em época de epidemia (APEP, 1871, AP 349, Arquivo IJIP Vol. 1, Ofícios).

a restituir-lhe 142.980 réis. O pagamento seria feito somente após a conclusão dos trâmites burocráticos exigidos pelo Tesouro Nacional. A solicitação desse pagamento, feita por intermédio da Comissão Extraordinária de Saúde Pública de Paranaguá, sofreu entraves na Tesouraria da Fazenda do Paraná, que exigiu da Comissão de Saúde a apresentação da conta com a especificação dos gastos. Outro fator que dificultou o ressarcimento ao farmacêutico foi o fato de não haver crédito previsto para tal despesa, que deveria estar vinculada ao Ministério do Império⁵⁰. O processo arrastou-se por pelo menos dois anos, sob a alegação, por parte do governo, de que o reembolso tinha sido autorizado em 1857, mas que, no entanto, o farmacêutico não havia comparecido para receber o dinheiro, assim, nova ordem de pagamento foi submetida ao Ministério do Império⁵¹. As fontes não permitiram averiguar se o farmacêutico conseguiu ser ressarcido de fato. Porém, esse episódio ilustra o que Carvalho⁵² afirmara a respeito da ausência de controle por parte dos governos, que recorriam aos serviços gratuitos de indivíduos ou grupos em troca de privilégios.

Em 1873, o lazareto da Ilha das Cobras contabilizou despesa no valor de 210.150 réis com o seu funcionamento rotineiro. O governo da província autorizou o pagamento de apenas 126.250 réis, sob o argumento que o valor restante teria sido gasto de forma indevida, ou seja, sem autorização, como foi o caso dos remadores do escaler, que dividiram entre si 35 mil réis. O ressarcimento de tal despesa foi negado pela Tesouraria da Fazenda da Província do Paraná, alegando ela que os remadores possuíam remuneração fixa para exercer tal atividade, independente de gratificações ou abonos. A Tesouraria enfatizou ainda a inexistência de documentação comprovando ou explicando a natureza das despesas realizadas com esses empregados, subordinados aos serviços da polícia. Naquele ano, o inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá era o dr. Eugenio Guimarães Rebello. Segundo a Tesouraria, Rebello não fornecera justificativa coerente para os gastos realizados com os surtos de febre amarela. Encaminhara somente informações concernentes aos navios entrados no porto e a aqueles submetidos à quarentena, bem como uma lista dos objetos existentes no lazareto. Em sua defesa, o inspetor de Saúde argumentou que sua palavra e honra deveriam prevalecer sobre a ausência de documentos que comprovassem os gastos:

⁵⁰ AN, 1857, SI IJ 9 429 caixa 373 fundo AA.

⁵¹ AN, 1859, SI IJ 9 429 caixa 373 fundo AA.

⁵² CARVALHO, op. cit.

Informarei mais que muitos gêneros são fornecidos por minha ordem aos navios em observação na Ilha das Cobras [...]. Direi sem constrangimento e com a minha natural franqueza que houve desperdícios, os quais não devem ser levados à minha conta, nem à dos empregados da inspeção, nem à do fornecedor, mas imputada exclusivamente a um concurso inevitável de circunstâncias excepcionais (AN, 1873, SI IJJ 9 432 CX 374 FUNDO AA).

Essa fonte revela um inspetor de Saúde agindo por conta própria, portanto, os funcionários provinciais dispunham de relativa autonomia. Porém, não podemos descartar a possibilidade de ser um caso isolado. Também não significa ausência de regime burocrático em Paranaguá e, sim, personalismo na gestão da coisa pública, condizente com aquele que regia as relações de compadrio a nível local.

As fontes primárias revelam ainda que, por contar com poucos recursos e ocupar posição secundária na economia do Império e conviver com constantes déficits financeiros, o governo se valia com frequência de uma estratégia retórica para convencer os médicos a abrir mão dos ressarcimentos a que tinham direito. Consistia ela em persuadi-los de que o exercício de sua profissão estava, por natureza, intimamente relacionado ao exercício da filantropia e do patriotismo.

Esses e outros processos de ressarcimento envolvendo médicos e farmacêuticos de Paranaguá envolviam extensas negociações. Muitas vezes os valores devidos não eram pagos ou eram restituídos parcialmente. A Câmara Municipal não figurou nos processos analisados acima. Por que essa ausência? Talvez isso corrobore, em parte, os argumentos de Carvalho e Dolhnikoff a respeito da subordinação da Câmara Municipal em relação ao governo provincial. Porém, o que dificultava a restituição por parte do governo dos valores devidos aos médicos e farmacêuticos eram os já referidos mecanismos burocráticos da centralização. Como bem sabem os leitores deste trabalho, a burocracia, peculiar às instituições administrativas do Império é uma das mais notáveis heranças ao Brasil republicano, até os dias de hoje, com sua pesada e engessadora burocracia a submeter os cidadãos não abastados a rotinas às vezes tão excruciantes como as do passado.

O surto de 1877-1878

Em Paranaguá, os surtos de febre amarela foram recorrentes desde a década de 1850, mas nunca alcançaram a gravidade que assumiram em 1878, desafiando os médicos e as autoridades públicas da província paranaense. Segundo relatórios do governo, a epidemia começou em 15 de fevereiro e

findou em 5 de abril, acometendo 479 pessoas, das quais 54 faleceram⁵³. Esse número talvez seja maior se levarmos em consideração os afetados que residiam em lugares distantes e de difícil acesso. A crise epidêmica foi precedida pelos acontecimentos ocorridos em janeiro de 1877, quando uma embarcação alemã, o *Pellikan*, oriunda da Corte, na qual a febre amarela grassava com intensidade, atracou em Paranaguá e deixou em alerta as autoridades locais, exigindo dos médicos um esforço para evitar a disseminação da doença na região.

A fortaleza da barra, por meio da estação telegráfica, comunicou a Leocádio Correia, então inspetor de Saúde do Porto, que a bordo do *Pellikan* haviam falecido dois tripulantes, vítimas de uma enfermidade que ainda desconheciam. Seus corpos foram atirados ao mar. O capitão da embarcação apresentou os mesmos sintomas, porém, procurou dissimulá-los ao receber a visita da inspeção sanitária, negando que estivesse com a saúde comprometida e que em seu brigue existisse qualquer anormalidade. O capitão não forneceu maiores detalhes sobre a morte dos dois marinheiros. No dia seguinte à inspeção, o capitão foi removido em estado grave para o lazareto, onde veio a falecer. Segundo Correia, apresentou todos os sintomas característicos da febre amarela. O brigue ficou retido durante vinte dias e foi submetido a desinfecção geral e a visitas diárias de Correia. Durante essa temporada, outros casos de febre amarela foram constatados na tripulação do *Pellikan*. Após ser considerado livre da doença, seguiu para Antonina, mas aí surgiu a bordo o oitavo caso, despertando a fúria daqueles que já haviam criticado Correia por não ter agido de forma mais rigorosa em relação à quarentena⁵⁴.

O médico da Companhia de Aprendizes de Marinheiro da cidade de Paranaguá, temeroso com a notícia de que a bordo do *Pellikan* reinava a febre amarela, recomendou ao capitão do porto de Paranaguá, Joaquim Guilherme de Mello Carrão, a limpeza do navio-escola e de todas as paredes do quartel com caiações tanto internas quanto externas. Receosa, a Câmara Municipal de Antonina também solicitou ao governo da província os medicamentos recomendados pelo médico local, o dr. José Franco Grillo⁵⁵. A Câmara

⁵³ MENEZES, Rodrigo Octávio de Oliveira. *Relatório apresentado à Assembléia Legislativa do Paraná*. Província do Paraná, 1878, p.2. Disponível em: <<http://www.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>> Acesso em: 10 de junho de 2011. De acordo com o censo de 1872, Paranaguá contava com uma população de 8.228 pessoas (DGE – Diretoria Geral de Estatística. *Recenseamento geral do império de 1872*. Rio de Janeiro: Typ. Leuzinger; Tip. Comercial, 1876. 23v. <<http://www.nphed.cedeplar.ufmg.br/>> Acesso em: 14 jan. 2013).

⁵⁴ APEP, 1878, AP 535, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios.

⁵⁵ APEP, 1877, AP 513, Arquivo IJIP Vol. 3, Ofícios.

Municipal de Paranaguá, assim que recebeu as notícias referentes ao *Pellikan*, recorreu ao presidente da Província, Adolpho Lamenha Lins, para que fosse criada uma Comissão Sanitária na cidade antes que o mal se disseminasse⁵⁶. Lamenha Lins atendeu ao pedido da Câmara e criou a Comissão Sanitária de Paranaguá. Seu presidente era o juiz de Direito, Cesário José Chavantes; dela faziam parte o inspetor de Saúde, Leocádio Correia; o delegado de Polícia, Joaquim Antonio Pereira Alves e o capitão do porto, Joaquim Guilherme de Mello Carrão⁵⁷. As Comissões Sanitárias tinham caráter temporário e eram dissolvidas logo após o surto⁵⁸. Mesmo assim, exigiam do governo da província recursos para a instalação de lazaretos, hospitais, saneamento de cidades e principalmente apoio médico⁵⁹.

O capitão do porto manifestou a preocupação de que a Comissão não se reunisse para tratar das medidas a serem tomadas em relação ao *Pellikan* antes da ida do inspetor de saúde, Leocádio Correia – reeleito deputado provincial para o biênio 1878/1879 –, para Curitiba. A reunião de fato não se realizou e o capitão do brigue alemão dirigiu-se à Capitania onde deu entrada na documentação necessária para prosseguir viagem para Antonina. Indignado com o desprezo por parte dos demais membros da Comissão, Carrão exclamou:

“Se a febre amarela aparecer em Antonina ou nesta cidade onde as imundícies pulam por baixo dos pés dos transeuntes, respirando ar fétido imundo das praias e animais mortos? Quem será o responsável por tamanha desgraça se Deus todo poderoso não se compadecer de nós?”⁶⁰

Sobreviveram apenas um ou dois marinheiros da tripulação do brigue alemão. A doença não ficou somente a bordo da embarcação, mas também acometeu e vitimou pessoas em terra. Correia observou que, nos casos fatais, o vômito negro e as hemorragias foram constantes. Alguns doentes apresentaram anúria (diminuição da secreção urinária), e os casos benignos foram seguidos por disúria (dificuldade para urinar) e adinamia (prostração intensa). Enfermos diagnosticados com os mesmos sintomas dos tripulantes do brigue foram internados na Santa Casa de Misericórdia.

⁵⁶ APEP, 1877, AP 512, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios.

⁵⁷ APEP, 1877, AP 513, Arquivo IJIP Vol. 3, Ofícios.

⁵⁸ LINS, Adolpho Lamenha. *Relatório apresentado á Assembléia Legislativa do Paraná*. Província do Paraná, Typ. da Viuva Lopes, 1877, p. 25. Disponível em: <<http://www.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>>. Acesso em: 10 de junho de 2011.

⁵⁹ MENEZES, op.cit.

⁶⁰ APEP, 1877, AP 513, Arquivo IJIP Vol. 3, Ofícios.

Antes de darmos prosseguimento à narrativa, vejamos alguns aspectos referentes às teorias explicativas da febre amarela. Na opinião de Leocádio Correia, o germe responsável pela doença fora importado da cidade do Rio de Janeiro, onde a epidemia reinava com grande intensidade⁶¹. Correia recorria à teoria miasmática para explicar o aparecimento da febre amarela em Paranaguá e ao conceito de germe para referir-se à importação da doença de portos infectados. Apesar de não haver referência explícita ao higienista bávaro Max Von Pettenkofer (1818-1901), essa maneira de ver o problema coaduna-se bem com sua teoria. Pettenkofer, mediante a teoria do solo utilizada para explicar tanto a transmissão do cólera como da febre tifoide e da febre amarela, dava fundamento aos processos desencadeadores de epidemias. Segundo essa teoria, que teve larga aceitação no século XX, seriam quatro os fatores necessários para o desenvolvimento da febre amarela: um germe, condições climáticas, condições ambientais referentes a determinado local e a suscetibilidade de cada indivíduo para contrair a doença, ou seja, questões de ordem idiossincráticas. O germe não agia isoladamente. Para que pudesse maturar e adquirir capacidade de induzir doenças, seria preciso que o solo onde estivesse armazenado apresentasse umidade adequada e matéria orgânica em decomposição. Após o seu completo amadurecimento, o germe deslocava-se para a atmosfera, imiscuía-se em outros eflúvios e penetrava o organismo humano pelas vias respiratórias. A teoria do solo, muito difundida na comunidade médica da segunda metade do século XIX, não ignorou os novos conceitos da microbiologia, mas tampouco descartou aqueles relacionados à teoria ambiental⁶². Por meio dessa teoria, era possível explicar o caráter sazonal e a especificidade geográfica da febre amarela⁶³. Clima e solo agiam sobre o germe que amadurecia e transformava-se em matéria infectante nos verões quentes e chuvosos de zonas litorâneas tropicais. Rosenberg⁶⁴ assinala que a teoria de Pettenkofer buscou manter um quadro de orientação ambiental holístico, ao mesmo tempo em que incorporou um papel específico ao microrganismo. Outros médicos brasileiros também acreditaram na importação do germe da febre amarela: “José Pereira Rego,

⁶¹ APEP, 1878, AP 535, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios.

⁶² BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora UFRJ, 1999.

⁶³ BENCHIMOL, Jaime Larry. *Febre Amarela e a Instituição da Microbiologia no Brasil*. In: HOCHMAN, Gilberto (org). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 57-97.

⁶⁴ ROSENBERG, op. cit.

por exemplo, louvou a ‘proverbial’ salubridade do Rio de Janeiro logo no início de seu estudo sobre a grande epidemia de febre amarela de 1850; em seguida, empenhou-se em demonstrar que o flagelo fora uma importação do estrangeiro, não se devendo apenas a causas locais”⁶⁵.

Conforme observa Löwi⁶⁶, durante os séculos XVIII e XIX, a febre amarela não tinha uma identidade teórica específica em razão de ser confundida com outras doenças. Em meados do século XIX, emergiu a ideia de uma entidade “febres”, formada por unidades mórbidas distintas, possibilitando a diferenciação, por exemplo, entre a febre tifoide e a difteria. Até então, a singularidade das diversas patologias era compreendida a partir das perturbações dos mesmos sistemas fisiológicos de base. A febre amarela, que apresenta os mesmos sintomas clínicos da leptospirose, só foi dissociada dessa enfermidade no final dos anos 1920. Portanto, os sintomas da febre amarela (febre alta, icterícia, vômito negro) não são específicos. No entanto, se por um lado os médicos reconheceram a especificidade de certas doenças como a varíola, por outro, tiveram dificuldade em admitir que febres “sazonais”, como gripe, pneumonia e febre tifoide, classificadas àquela época como febres intermitentes, remitentes ou estacionárias, não eram a manifestação causada pela ação do mesmo agente causal em indivíduos de constituições diferentes. Porém, já era consenso entre alguns médicos daquele período (segunda metade do século XIX) que manifestações epidêmicas de determinadas moléstias tinham como causa uma unidade mórbida distinta. A ideia de que as doenças infecciosas são induzidas por um microrganismo específico, postulada pela bacteriologia no final do século XIX, deu origem à definição da febre amarela conhecida atualmente⁶⁷.

⁶⁵ CHALHOUB, op. cit. p. 60.

⁶⁶ LÖWI, Ilana. *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

⁶⁷ Ibidem. Na década de 1880, diversas teorias foram propostas para explicar a origem, a classificação e a forma pela qual o microrganismo da febre amarela, cuja natureza ainda era desconhecida, agia no corpo humano. Por bom tempo essas teorias foram objeto de muitas controvérsias e fervorosos debates entre grupos médicos e comunidades científicas nacionais e internacionais daquela época. Um dos principais cientistas a protagonizar esses embates no Brasil foi Domingos José Freire (1843-1899). Freire havia descoberto um microrganismo que acreditava ser o agente causal da febre amarela. Denominado *Cryptococcus xanthogenicus*, era uma planta microscópica que pertencia à espécie das algas. Em 1883, Domingos Freire desenvolveu um profilático específico para a prevenção da febre amarela. A produção da vacina foi possível em virtude da atenuação do micróbio *Cryptococcus xanthogenicus* por meio de técnicas desenvolvidas recentemente por Pasteur. Suas publicações sofreram inúmeras objeções tanto por seus pares como por leigos, que publicavam suas críticas nas seções regulares dos jornais da época (BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora UFRJ, 1999).

Com o aumento do fluxo imigratório, visto Paranaguá ser uma cidade portuária e eixo de ligação da província com outras partes do país e do mundo, aumentava o número de pessoas não aclimatadas, portanto suscetíveis à febre amarela. Em 9 de fevereiro de 1878, um tripulante da embarcação *Calderon* faleceu em consequência da doença. A embarcação iria atracar no porto de Paranaguá com centenas de imigrantes. Leocádio Correia pediu orientação de como proceder ao vice-presidente da Província, Jesuino Marcondes de Oliveira e Sá, ao qual sugeriu ainda a criação de um local de quarentena na Ilha de Eufrasina, com o intuito de desafogar o lazareto da Ilha das Cobras e evitar que passageiros e tripulantes em observação viessem a se misturar com pessoas doentes. Não obtendo resposta do governo, ameaçou enviar os colonos para Curitiba. O presidente da Câmara Municipal de Antonina pediu ao governo da província que os imigrantes desembarcados em Paranaguá fossem primeiramente encaminhados para a Ilha da Eufrasina antes de seguirem para aquela cidade. A justificativa do presidente da Câmara para tal procedimento era a prevenção de aglomerações humanas que pudessem favorecer o desenvolvimento da febre amarela⁶⁸. A ameaça foi a estratégia utilizada por Correia nesse episódio para tentar obter resposta mais célere por parte do governo provincial, mas as fontes não permitem conhecer o desfecho dessa história.

Em telegrama enviado em 5 de março de 1878 ao presidente da Província, o capitão do Porto, Joaquim Guilherme de Mello Carrão, revelou que sessenta colonos do navio *Marumby*, acometidos pela febre amarela, tinham desembarcado no porto de Paranaguá, de onde seguiriam para Barreiros (provavelmente o município de São José, em Santa Catarina). Pressões populares fizeram com que Carrão ordenasse o reembarque imediato dos doentes para que seguissem diretamente ao seu destino final⁶⁹.

Os portos de Montevideú haviam suspenso as atracções de embarcações provenientes do Brasil⁷⁰. Surpreendentemente, e por razões não declaradas na fonte que foi consultada, o Ministério do Império ordenou ao governo da província do Paraná que suspendesse as quarentenas. Contudo, as recomendações não foram seguidas. Apesar de o inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá ter suspenso as observações na barca inglesa *Kent* e na francesa *Cité d'Aleth*, depois das desinfecções e caiações, outras três

⁶⁸ APEP, 1878, AP 536, Arquivo IJIP Vol. 3, Ofícios.

⁶⁹ APEP, 1878, AP 538, Arquivo IJIP Vol. 5, Ofícios.

⁷⁰ APEP, 1878, AP 536, Arquivo IJIP Vol. 3, Ofícios.

embarcações permaneceram sob vigilância, uma vez que seus tripulantes estavam internados para tratamento⁷¹. As ordens do governo central não foram seguidas pelos funcionários da província.

O periódico *Echo Paraná* apresentaria quadro das embarcações onde fora constatada a febre amarela durante o primeiro semestre de 1878. Eram oito, sendo duas nacionais. Na barca alemã *Wilhelmina*, ocorreram sete casos, sendo dois fatais. No brigue holandês *Yonge Evert*, foram seis casos com três mortes. Na embarcação inglesa *Catherine*, apenas seis infectados sem nenhum óbito. Na barca francesa *Cité d'Aleth*, houve três casos com uma morte. Foi registrado apenas um caso fatal na barca inglesa *Kent* e também no brigue alemão *Emmi&Otto*. Nos vapores nacionais *Cervantes* e *Rio Grande*, ocorreram três casos com uma morte nesse último⁷².

A Câmara Municipal de Paranaguá, em sessão extraordinária realizada em meados de março, resolveu elaborar em conjunto com o inspetor de saúde do porto um edital com instruções higiênicas e ações coercitivas direcionadas para a população a fim de conter os estragos causados pela epidemia. Resolveu, entre outras deliberações:

1º Proibir a criação e conservação de porcos nos quintais das casas dentro do quadro urbano, e bem assim estrebarias de gado vacum e cavalari.

2º Proibir a conservação de latrinas nas casas e quintais, a menos que não estejam hermeticamente fechadas.

3º Proibir lançar nas ruas, pátios, saídas para o campo, áreas e quintais: despejo, lixo, matérias deletérias ou qualquer outro objeto contra o asseio e salubridade pública.

4º Proibir conservar-se nos quintais: águas estagnadas, infectas, corpos sólidos ou solúveis, que incomodem, ou disso possa produzir mal.

7º Ordenar que as embarcações que aportarem nesta cidade vindas de portos infectados, de bordo de vapores ou outras embarcações de tal procedência, tragam a seu bordo desinfetantes por onde devem passar a bagagem dos passageiros, e qualquer carga.

9º Deliberar também pagar os medicamentos às pessoas afetadas da epidemia de febre amarela, sendo elas pertencentes à classe menos abastada da sociedade, uma vez que na receita haja nota do médico assistente em que declare essa qualidade.

12º Convida-se também aos habitantes deste município a mandar cair interna e externamente as suas casas, a trazê-las perfeitamente asseadas, os quintais varridos, usando de desinfetantes.

⁷¹ APEP, 1878, AP 536, Arquivo IJIP Vol. 3, Ofícios.

⁷² *Echo Paraná*. Paranaguá, 22 de fevereiro de 1879, ano I, n.8.

Paço da Câmara Municipal de Paranaguá, em sessão extraordinária aos 19 de março de 1878. Eu, Evaristo José Cardenas, secretário da Câmara Municipal que o escrevi e assino⁷³.

Essa é uma das poucas fontes que revelam ações desenvolvidas pela Câmara Municipal de Paranaguá. Ao contrário do que afirma Dolhnikoff⁷⁴, ela não tinha liberdade de ação somente no âmbito judiciário e policial. Como podemos ver, possuía autonomia para propor medidas no âmbito da saúde pública. As normas contidas no edital possuem caráter repressivo e recorrem ao uso da força policial, além de denotarem intervenção direta na vida do indivíduo, com o controle de aspectos particulares do cotidiano, como habitação e dieta alimentar. Tais normas podem ser comparadas àquelas propostas pelo higienista alemão Johann Peter Frank (1745-1821) e pela medicina de estado, conforme definida por Rosen e Foucault⁷⁵. O documento também nos mostra um dos primeiros modelos de organização sanitária colocados em prática no Paraná, constituindo, dessa forma, os primeiros contornos do que viria a ser a administração de saúde pública no estado paranaense.

A mesma Comissão Sanitária que não se reuniu para decidir sobre o destino do *Pellikan* concordou e resolveu colocar em prática as medidas estipuladas pela Câmara em 19 de março. Com gratificação de 200 mil réis mensais, os médicos Leocádio Correia e Aristides Guedes Cabral ficaram incumbidos de tratar os enfermos indigentes. Foi estabelecida uma enfermaria próxima à cidade só para o atendimento dos pobres. Dois guardas foram nomeados para fazer cumprir as normas do edital. Cabia a eles: vigiar as casas dos afetados pela febre amarela; informar à Comissão quais enfermos necessitavam de dieta gratuita e lançar ao mar todas as frutas verdes que encontrassem à venda ou armazenadas em canoas, lojas e mercados. A cidade foi dividida em dois distritos, cada um sob a responsabilidade de um médico. Na enfermaria, foram contratados um enfermeiro e um cozinheiro para preparar as dietas prescritas aos enfermos. Uma das dificuldades enfrentadas pela Comissão foi contratar coveiros. Foi preciso recorrer à força policial para obrigar as pessoas a fazerem esse serviço⁷⁶.

A admissão de escravos na enfermaria provisória gerou tensões entre as autoridades políticas de Paranaguá. De acordo com o juiz de direito,

⁷³ APEP, 1878, AP 539, Arquivo IJIP Vol. 6, Ofícios.

⁷⁴ DOLHNIKOFF, op. cit.

⁷⁵ ROSEN, George. O que é medicina social. In: *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980; FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 24. ed. Rio de Janeiro: E. Grall, 2007.

⁷⁶ APEP, 1878, AP 540, Arquivo IJIP Vol. 7, Ofícios.

Cesário José Chavantes, a enfermaria provisória deveria atender somente os indigentes. O presidente da Câmara Municipal, major Manoel Ricardo Carneiro, negou que tivesse sido o autor de uma proposta apresentada à Comissão Sanitária para que escravos fossem admitidos na enfermaria com as despesas do tratamento pagas pelos respectivos proprietários. No entanto, o próprio major mandou internar, naquele local, um escravo pertencente ao barão de Nácar. Para Chavantes, a tentativa de misturar ambos os grupos teria suscitado o desentendimento entre ele, o delegado de polícia e o major Carneiro que, junto com o delegado, acabou pedindo afastamento da Comissão Sanitária⁷⁷. De acordo com o relatório da Comissão, foram recolhidos à enfermaria 65 indigentes, dos quais 44 recuperaram a saúde, 19 faleceram e 2 foram transferidos para a Santa Casa⁷⁸.

Também ocorreram atritos entre o delegado de polícia e o inspetor de saúde referente a uma imigrante russa. O delegado, Agostinho Antonio Pereira Alves, o inspetor de Saúde e o médico da Companhia de Menores Aprendizes visitaram a enferma russa para confirmar o diagnóstico de febre amarela. Segundo Pereira Alves, o inspetor de saúde era irresoluto e tratava com desleixo os negócios públicos. Isso ressalta o que havia sido argumentado anteriormente a respeito da falta de iniciativa de Leocádio Correia. O delegado considerou absurda a proposta do inspetor de criar uma enfermaria provisória e um lazareto específico para imigrantes russos. As fontes não revelam o local e nem o motivo para a criação desses espaços. O delegado denunciou o envio de cadáveres ao cemitério sem os cuidados básicos exigidos pela higiene. Em sua percepção, a população teria motivos de sobra para entrar em pânico, ainda mais quando grande número de russos miseráveis, imundos e ociosos vagava pelas ruas da cidade e o inspetor, que não acatava seus conselhos, se recusava a por em prática as ações recomendadas pela ciência. Pereira Alves imputou aos russos a culpa antes atribuída aos estrangeiros, mendigos e leprosos nas epidemias que varreram a Europa entre os séculos XIV e XIX⁷⁹. Mas o que chama atenção é o fato de o delegado de polícia repreender o inspetor de saúde por não seguir as “regras da ciência”. Não houve confronto aberto nos periódicos leigos como aqueles travados por Domingos Freire e “Felipe”, pseudônimo do cronista que assinava as “Cartas

⁷⁷ APEP, 1878, AP 540, Arquivo IJIP Vol. 7, Ofícios.

⁷⁸ APEP, 1878, AP 544, Arquivo IJIP Vol. 11, Ofícios.

⁷⁹ DELUMEAU, op. cit.

de um caipira”⁸⁰. No entanto, o falecimento da enferma russa repercutiu em um periódico denominado *Cruzeiro*⁸¹, que publicou nota criticando o governo da província pelo incidente. Provavelmente, foi esse o motivo do desentendimento entre o inspetor de saúde e o delegado de polícia, que enviou um telegrama à redação do jornal desmentindo que a febre amarela tivesse sido a causa da morte. O delegado ressaltou ainda que não existia nenhum caso da doença em Paranaguá e que seu estado sanitário era excelente⁸². Sem dúvida, o grande receio era que a imprensa viesse a despertar uma reação descontrolada que desestruturasse o cotidiano da cidade.

Segundo Leocádio Correia, José Pereira Rego afirmava que os serviços de saúde realizados em conjunto com a polícia não geravam conflitos durante os períodos normais. Porém, durante as quadras epidêmicas, essa união poderia afetar o bom desempenho dos serviços sanitários. Era tarefa dos médicos, durante esses momentos de crise, segundo o Barão do Lavradio, efetuar o maior número possível de visitas, fiscalizar as desinfecções e demais trabalhos que lhes eram imputados pelo regulamento sanitário⁸³.

Também existiam divergências entre os médicos. Pedro Moreira, contratado para auxiliar o inspetor de saúde, pediu para ser substituído logo no início da epidemia de 1878, em virtude de desentendimentos com o inspetor. De acordo com Moreira, o serviço sanitário estava assim distribuído: um médico tinha sob sua responsabilidade os serviços relativos ao lazareto da Ilha das Cobras e às quarentenas. Outro médico tinha a sua disposição uma lancha para cuidar das quarentenas em alto-mar, enquanto o inspetor cuidava da cidade com o auxílio da Comissão Sanitária. Moreira alegara ter sido desmoralizado pelo inspetor e que as ordens a ele dirigidas deveriam ser dadas diretamente pelo presidente da Província. Informara, ainda, que o inspetor suspendera arbitrariamente as quarentenas impostas aos passageiros. Além das discórdias com o inspetor, a falta de autonomia também foi invocada por Moreira como um dos motivos que o levaram a pedir sua substituição⁸⁴.

As quarentenas também geraram atritos entre as cidades de Antonina e Paranaguá. O governo geralmente se posicionava contra essas medidas em virtude dos embaraços causados às atividades comerciais. No dia 7 de

⁸⁰ BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora UFRJ, 1999, p. 34.

⁸¹ Não foi possível determinar a procedência do periódico.

⁸² APEP, 1878, AP 540, Arquivo IJIP Vol. 7, Ofícios.

⁸³ APEP, 1875, AP 459, Arquivo IJIP Vol. 4, Ofícios.

⁸⁴ APEP, 1879, AP 562, Arquivo IJIP Vol. 1, Ofícios.

fevereiro de 1878, o então presidente da Província, Octávio de Oliveira Menezes, ordenou que o inspetor enviasse um navio com amarementos a bordo, oriundo de Antonina, para o lazareto da Ilha das Cobras. No entanto, as demais embarcações procedentes do mesmo porto obtiveram a livre prática. Uma carta foi enviada de Antonina para Leocádio Correia, informando que a quarentena estava causando controvérsias naquela região: “Dando-se livre entrada aos vapores, colonos, passageiros etc., torna-se muito odiosa a medida tomada contra os navios estrangeiros”⁸⁵. A carta ainda descreve que um trabalhador havia falecido vítima da febre amarela e outro se encontrava em estado grave. Os trabalhadores tinham pernoitado em um armazém carregado de mercadorias. O autor da carta argumentou que a quarentena deveria ser aplicada indistintamente: “Desde que se dá livre prática aos vapores, por que não se manda os navios continuarem a receber suas cargas, deixando os doentes no lazareto?”⁸⁶.

A epidemia de 1878 fez surgir conflitos entre as diversas autoridades políticas, judiciárias e sanitárias. Algumas delas, leigas em questões de saúde pública, queriam que suas resoluções prevalecessem sobre aquelas impostas pelos médicos. Portanto, além do engessamento causado pela centralização administrativa, a organização sanitária em Paranaguá tinha mais um agravante, os conflitos locais. Isso tornava ainda mais angustiante a vida daqueles que dependiam da saúde pública para obter uma cura.

Apesar de o relatório do governo da província declarar encerrada a epidemia em 5 de abril, o jornal *Dezenove de Dezembro* publicou, em 23 de março, a mensagem do delegado de polícia segundo a qual a febre amarela ainda atacava oito a dez pessoas diariamente em Antonina. Em Paranaguá, a situação já estava normalizada, ocorrendo apenas alguns casos de febres intermitentes⁸⁷. No mesmo jornal, uma carta anônima nos permite compreender melhor que percepção a população tinha a respeito da doença:

Aliados da peste: por toda parte água estagnada, lodo, lama, matérias putrefatas, casas sujas, pouco arejadas, quintais imundos [...] pouca

⁸⁵ APEP, 1878, AP 539, Arquivo IJIP Vol. 6, Ofícios.

⁸⁶ APEP, 1878, AP 539, Arquivo IJIP Vol. 6, Ofícios. No ano seguinte aos eventos aqui narrados, Leocádio Correia foi alvo das queixas de pessoas submetidas à quarentena, que chegaram a fixar na parede do lazareto um edital em forma de pasquim criticando as medidas tomadas pelo inspetor. Um indivíduo chamado Adriano, alegou que Correia maltratou os passageiros durante todo o período em que durou a quarentena do navio no qual estava embarcado. O médico se defendeu afirmando que apenas cumpriu ordens ao aplicar os rigores do regulamento da saúde aos tripulantes, cujo contanto foi mantido somente durante o período de observação (APEP, 1879, AP 576, Arquivo IJIP Vol. 17, Ofícios).

⁸⁷ Dezenove de dezembro. Curitiba, sábado, 23 de março de 1878. Ano XXV n. 1894.

cal nas paredes, lixo amontoado nas casas, nada de fumigações, muita negligência e muita irregularidade. Eis os aliados da peste. É toda esta frandulagem que nos dá direito a visita próxima dos filhinhos e netinhos bastardos da verdadeira amarela que nos amarela de susto e está fazendo emigrar os habitantes de Antonina⁸⁸.

Conclusão

Os surtos de febre amarela que se desenvolveram em Paranaguá podem ser considerados inferiores em termos estatísticos àqueles ocorridos em outras regiões do Império, como Rio de Janeiro e São Paulo, mas de forma alguma foram menos trágicos em termos socioeconômicos. Alguns médicos que atuavam em Paranaguá acharam absurda a sugestão do governo da província de manter o lazareto da Ilha das Cobras em funcionamento somente nas quadras epidêmicas. Autoridades sanitárias direcionaram seus esforços para a área portuária, considerada a região mais suscetível ao desenvolvimento de epidemias. Hospitais e lazaretos assumiram posição estratégica para impedir que doenças como a febre amarela rompessem a frágil “redoma” que envolvia os portos e suas adjacências e viessem a se instalar no coração da urbe. Enquanto os casos estivessem restritos aos ancoradouros, acreditava-se que o mal estaria sob controle.

A imigração foi um dos principais catalizadores de epidemias de febre amarela no continente americano ao longo do século XIX, colocando na berlinda cidades portuárias, elos entre o Atlântico e o interior do continente, em razão da suscetibilidade dos estrangeiros ao veneno amarílico. A tradicional tríade (quarentena, desinfecção e isolamento) constituiu o principal meio de combate à doença. Paranaguá foi dividida em distritos, porém, campanhas sanitárias não figuraram em suas estratégias sanitárias.

Os atos que compõem o roteiro de uma epidemia também puderam ser notados em Paranaguá, porém, não com a mesma linearidade descrita por Delumeau⁸⁹. Médicos tinham os diagnósticos contestados por seus pares e pelo senso comum. Imigrantes, sobretudo russos, foram acusados de disseminar doenças. Suspeitos e pessoas já enfermas eram isoladas em lazaretos e hospitais. Conforme vimos, os surtos epidêmicos exigiam respostas imediatas, precisas e generalizadas em virtude de pressões morais e políticas. Em Paranaguá, essas pressões foram traduzidas em conflitos

⁸⁸ Dezenove de dezembro. Curitiba, quarta-feira, 27 de março de 1878. Ano XXV n. 1893

⁸⁹ DELUMEAU, op. cit.

envolvendo diversas autoridades e instâncias do governo central, provincial e municipal. Tais tensões tinham como causa a centralização; a burocracia estatal; os déficits financeiros; a carência de recursos e a falta de médicos nas províncias pobres e periféricas. Apesar da centralização política, o controle por parte do governo central não era exercido eficazmente nas regiões mais distantes da Corte. Assim, buscava-se convencer os médicos a exercerem seu ofício em nome apenas da filantropia e do patriotismo. As tomadas de decisões dos médicos de Paranaguá dependiam de negociações em que ministros e presidentes de província precisavam ser persuadidos e, em alguns momentos, dissuadidos. Dependia também do personalismo de alguns médicos que discordavam e agiam em contradição com as ordens dos governos.

Em relação à Câmara Municipal, foi possível perceber que suas ações não se limitavam ao âmbito policial e judiciário, muito embora as medidas de saúde pública fossem elaboradas em conjunto com delegados e subdelegados de polícia. Há controvérsias também no que diz respeito ao governo provincial, que não tinha autonomia para efetuar os pagamentos devidos a médicos e farmacêuticos pelos serviços prestados durante as quadras epidêmicas. Para Dolhnikoff⁹⁰, as províncias tinham liberdade para decidir sobre questões de grande importância, como tributação, obras públicas e investimentos estratégicos para o crescimento econômico, porém, constatou-se ao longo deste trabalho que as elites provinciais do Paraná ficavam presas à burocracia estatal quando o assunto era saúde pública, considerada secundária nos planos do governo central. No entanto, esse engessamento ocorria somente em relação a aspectos econômicos, pois no âmbito da Câmara Municipal tinham autonomia para por em vigor medidas sanitárias de caráter muitas vezes coercitivo.

A análise dos principais surtos de febre amarela ocorridos em Paranaguá na segunda metade do século XIX revelou que a autonomia da província do Paraná em assuntos relacionados à saúde foi relativa. Por outro lado, dentro desse mesmo âmbito (saúde pública), algumas práticas políticas, econômicas e sociais refletiram ações desenvolvidas em contextos mais amplos.

Artigo recebido para publicação em: 01/05/2013

Artigo aprovado para publicação em: 20/09/2013

⁹⁰ DOLHNIKOFF, op. cit.