

As epidemias no Rio de Janeiro e a culpabilização das classes pobres na transição para a República

Epidemics in Rio de Janeiro and the blaming of the poor classes in the transition to the Republic

Daniel Marcos Martins

Doutorando em História Política –
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(UERJ), Brasil
danielmmartinscontato@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7860-7780>

Resumo: Neste artigo, abordarei a situação das classes mais pobres diante dos problemas de epidemias no Rio de Janeiro, no fim do Segundo Reinado e início do Período Republicano. Analisarei como as autoridades responsáveis lidavam com a situação e quais mentalidades foram desenvolvidas a fim de dar conta dos novos problemas gerados pelas "misteriosas epidemias". Quais problemas sociais podem ser observados na relação da elite fazendeira com as camadas mais pobres? Qual foi o avanço da ciência e como o discurso Higienista atingiu a população? O que os jornais da época falavam sobre as epidemias, os imigrantes e as classes pobres? São pontos que pretendo tratar para desenvolver um senso crítico acerca da relação social das classes e da apropriação dos discursos sobre as diversas doenças que assolavam o Rio de Janeiro.

Palavras-chaves: História da Saúde Pública no Brasil; Classe Social; Epidemias.

Abstract: In this paper, I am going to address the situation of the lower classes in the face of the epidemic problems in Rio de Janeiro at the end of the Second Reign and beginning of the Republic.. I am also going to analyze how the authorities dealt with the situation and the mentalities developed in order to deal with the new problems generated by these "mysterious epidemics". What kind of social problems can be observed in the relationship between the farmer elite and the lower classes? What advances in science were made and how did this discourse was received by the people? What did the newspapers of the time say about these epidemics, the immigrants and the poor? These are the points that will be addressed in order to develop a critical sense about the social relationship between classes and the appropriation of discourses on the various diseases that plagued Rio de Janeiro.

Keywords: History of the Public Health in Brazil; Social Class; Epidemics

Introdução

Qual foi a situação das epidemias no Rio de Janeiro e como a população e as autoridades atuaram em relação à questão da saúde na transição do Segundo Reinado para a República no final do século XIX e início do século XX? A antiga capital já conhecia alguns surtos epidêmicos, que aconteceram nessa época ainda é necessário nos debruçarmos mais sobre as implicações sociais que reverberam no seio da sociedade ao tentarem racionalizar o evento, não raramente atribuindo os problemas de saúde a alguns tipos de pessoas que seriam responsáveis pela desgraça que assolava o país.

O fim do século XIX foi acompanhado de muitas mudanças sociais e políticas: tivemos a abolição da escravatura em 1888 e um golpe que instaurou a república no país no ano seguinte, trazendo mudanças sociais, econômicas e políticas na sociedade. Durante esse período, intensificou-se a imigração vinda de várias partes da Europa a fim de substituir o trabalho escravo. A ideologia liberal exaltava a mão de obra livre e assalariada dos europeus, de olhos azuis e pele clara, fazendo-se afastar os negros de algumas profissões que décadas antes da abolição eram ocupadas pelos chamados “negros de ganho”. Ainda no início do século XIX, com a chegada de imigrantes, a ideologia de higienização racial misturou-se à ideia de higienização da cidade associando o negro à sujeira. O jornal A Gazeta do Rio de Janeiro, em 1820, dava preferência para o pão produzido pelo italiano Horácio Messeri, pois não seria um pão contaminado pelo suor dos negros: destaca-se que o pão era produzido por máquinas sem a mão de obra de pessoas negras, as quais poderiam infectar o pão com seu suor (WEYRAUCH, 2009, 137). Existia uma lógica nesse tipo de associação, pois procurava demonstrar que o doente era culpado por ter adquirido alguma doença e, também, seu causador. Na visão das pessoas mais ricas dessa sociedade patriarcal, que privilegiava os brancos, os outros (negros, indígenas e até estrangeiros) seriam os culpados pelos males que assolavam o Rio de Janeiro.

Neste artigo, proponho analisar notícias publicadas pelos jornais do Rio de Janeiro sobre os focos de doenças veiculados na segunda metade do século XIX durante o período do Brasil Imperial e as primeiras décadas do período republicano até o início do século XX. Pretendo demonstrar qual a relação dessas notícias com a construção da imagem dos culpados pelas moléstias amparado em três pontos de reflexão: 1) Qual seria a relação da elite com as camadas mais pobres a ponto de culpá-los pelas moléstias que assolavam a cidade? 2) Como era o discurso da ciência em relação às doenças descobertas e 3) Qual a participação dos jornais na

divulgação de informação ou na fomentação de pânico? Para embasar minhas análises, recorro aos estudos de Chalhoub (2017) acerca dos cortiços presentes no fim do século XIX e a sua relação com as doenças da época; e de Carvalho (1987) e Benchimol (1992, 2008), para compreender como essas doenças foram encaradas na Primeira República. Analisarei, também, a metáfora contida nas acusações feitas às camadas mais pobres, pelos estudos de Susan Sontag (1984). Dessa forma, pretendo demonstrar que a culpabilização das camadas mais pobres também atravessou a transição do Segundo Reinado para a República e, como os discursos precisaram se adaptar para continuar buscando, em suas mentalidades, um inimigo mais fácil de ser enfrentado.

Três causas para os males: miasmas, cortiços e “os outros”

No século XIX, é possível delimitar três etapas no pensamento sobre as epidemias: 1) O predomínio da teoria do miasma atmosférico, no período de 1800 até 1850; 2) A visão que os contrários advinham de microrganismos vivos, entre as décadas de 1850 e 1860; 3) Quando é provado e se institucionalizou a microbiologia médica no final do século XIX entre os anos de 1886 e 1905 (CZERESNIA, 1997; CERVELLERA, 1998: 286).

A primeira grande epidemia de febre amarela ocorreu em dezembro de 1849 e, ao longo de um ano, acabou fazendo muitas vítimas. No ano seguinte, a Assembleia Geral reconheceu a necessidade de organização permanente para o combate sanitário da capital do Império; dessa forma, aprovou a criação da Comissão de Engenheiros que ficariam responsáveis pelo melhoramento urbano e que, em conjunto com uma Junta de Higiene Pública, poderiam executar medidas para a preservação da saúde na Corte e nas províncias (BENCHIMOL, 1992, p.113-114). Em 1862 a doença parece ter dado uma trégua, vindo a reaparecer somente em 1868, durante o verão. Nos anos de 1873 e 1876 houve dois surtos graves, e os doutores da época acreditavam em teorias sobre as formas de contágio, como a dos miasmas. A febre amarela só seria erradicada depois dos esforços de Oswaldo Cruz no início do século seguinte.

Acreditava-se que existiam emanações pestilentas do ar que vinham dos cadáveres, lixo ou do solo. A cura para esses males seria a eliminação das origens dessas emanações miasmáticas e a busca por ar puro. Gradativamente esses espaços foram sendo disputados, porém, com a permanência de algumas dessas ideias sobre a transmissão de doenças (BRITO, 1997: 16). O contágio pelo miasma fazia parte de duas concepções que coexistiam: a ontológica,

presente em todas as culturas; e a dinâmica, formulada no mundo grego, que daria corpo ao pensamento do século XVI. Na concepção ontológica, a doença era como uma entidade que vinha do exterior, do ar ou de outros indivíduos ou lugares. Se não fazia parte da natureza humana, era algo que invadia esse corpo; logo, a cura era a expulsão dessa doença (CZERESNIA, 1997: 78).

Definiu-se que o primeiro causador da doença era a geografia do meio ambiente e a condição climática: o excesso de calor, a umidade e a disposição de montanhas que impediam a circulação do ar, favorecendo os gases miasmáticos. A cidade era situada em uma zona tropical de planície pantanosa e rodeada pelas montanhas. Os pântanos já eram temidos, pois acreditava-se que exalavam os miasmas que seriam os misteriosos veiculadores das doenças fazendo com que os médicos da época defendessem o aterramento dos pântanos e a derrubada dos morros.

O segundo aspecto era urbanístico: as habitações coletivas que aglomeravam os moradores de baixa renda na área central do Rio de Janeiro, era visto como um perigo para a cidade. A política médica passou a identificar essas habitações como lugares insalubres com ar confinado e estagnado, logo perigoso e pestilento.

Presumiu-se, também, que os grupos mais propensos a adoecer eram os pobres, os trabalhadores, a população rural e os que viviam, enfim, em condições insalubres. Considerou, ainda, a predisposição ou constituição corporal de cada indivíduo, supondo que os exauridos por doenças prévias ou os que sofriram de inanição apresentavam maior propensão para adoecer (CZERESNIA, 1997: 89).

O discurso sobre os miasmas era levantado em jornais na década de 1850. Os jornais faziam relação com algumas obras urbanas, como a construção de uma rede de esgoto sanitário, pois se revirava o terreno durante as escavações. Ainda havia o agravante de que estavam no verão, que era a estação considerada como a de maior proliferação dos miasmas. No Jornal Correio Mercantil de 1855, dizia-se que a febre amarela se manifestava em diversas regiões, mas destacava uma obra local. A obra em questão já durava uma semana e se pedia a sua conclusão para que não causasse mais vítimas:

Não queremos absolutamente atribuir à abertura da vala na rua de Matacavallos uma influência fatal; mas coincidiu com esse facto o aparecimento de alguns casos de epidemia nos prédios e habitações fronteiras aos buracos que se abriram. No sobrado de peitoril n. 12 ou 14, próximo aos Arcos, já faleceu ontem uma pessoa; na casa do sobrado n. 9 enfermou gravemente um escravo; no cortiço n. 7 foi também acometida da epidemia uma pobre mulher, que, segundo nos informam, tendo sido visitada pelo médico ante-hontem, ainda ontem até as 7 da noite não havia merecido segunda visita! (NOTÍCIAS..., 1855: 1).

Já as notícias, do final do século, demonstram o desenvolvimento dos debates acerca do problema, como, por exemplo, os jornais de 1889 publicaram algumas notícias sobre congressos médicos, em que se discutiam as condições de higiene de diversas cidades da província do Rio. Nessa matéria, apontava-se que os estudos eram empíricos e que uma comissão deveria ser nomeada para estudos das regiões. Visavam combater a Febre Amarela e Malária, estavam convencidos que a primeira era originada por um micróbio e que a Malária também viria de alguma moléstia parasitária. Naquele mesmo ano, mesmo com as afirmações científicas, algumas pessoas insistiam em atribuir aos miasmas a origem de algumas doenças (CONGRESSO..., 1889^a: 2; CONGRESSO..., 1889^b: 2). O discurso sobre a existência de miasmas estava expresso em um pedido de remoção de suínos e chiqueiros do 1º distrito do Engenho Novo, pois esses seriam focos de doenças devido ao miasma que produziam na região. Observa-se que os avanços dos estudos científicos coexistem ainda com antigas concepções, mesmo quando a microbiologia médica era mais consolidada (TREZENTOS..., 1889: 1).

Se havia preconceito no discurso médico do século XIX em relação aos escravizados, sendo esses identificados como os causadores dos males, representando um perigo físico e moral, no início do século XX, essa narrativa se renova (BRIZOLA, 2010: 35). A medicina social colocava a culpa da degeneração da saúde e a desordem urbana nas pessoas pobres que precisavam morar nessas condições. Tais agentes também atribuíam os males morais da população a essas pessoas desprovidas. Dessa forma, a medicina social não buscava apenas diagnosticar biologicamente os males, mas também julgar comportamentos morais da população mais pobre. Tais julgamentos também foram usados para reforçar o discurso de expulsão das pessoas de suas moradas no conhecido “bota abaixo” na primeira década da nova República que se iniciava. O discurso elaborado pela medicina social acabou também favorecendo o capital privado na sua tomada do espaço urbano, agindo como agentes exterminadores desses lugares perigosos, expurgando a desordem urbana (BENCHIMOL, 1992).

Outra forma de lidar com a doença em meados do XIX era culpabilizar todo tipo de pessoa que não fosse pertencente à elite branca, como por exemplo, imigrantes. Porém existia uma diversidade conflitante de discursos: alguns deles poupavam o imigrante e culpabilizavam ainda mais o negro escravizado. O historiógrafo e médico alemão Roberto Lallement descrevia a situação em meados de 1850, dizendo que a doença não fazia discriminação social, “exercendo

assim o socialismo mais genuíno”, sendo eclética e caprichosa. Lallement afirmava que a doença acabou poupando a vida de “escravos pretos” e “algumas vítimas na raça mista, preferindo saciar-se nos brasileiros de origem europeia e matando principalmente os estrangeiros” (FRANCO, 1969: 39). Tal pensamento legitimava o discurso que a classe que menos se contaminava poderia ser a causadora dos problemas, mesmo que esses escravizados estivessem de fato se contaminando.

No início da República, os relatos de cientistas demonstraram que os recém-chegados sofriam com as moléstias locais. Osvaldo Cruz constatou esse fato ao escrever as Instruções para o Serviço de Profilaxia Específica de Febre Amarela, em 5 de maio de 1903. Nas instruções, que foram enviadas ao Ministro da Justiça e Negócios interiores e divulgadas pela imprensa da época, destacava que “A febre amarela mata no Rio de Janeiro grande número de estrangeiros, na maior parte, portugueses, e ultimamente, até mesmo os nacionais ela não tem poupado, com especialidade as crianças” (FRANCO, 1969: 82). Cruz cita ainda a aplicação das medidas feitas em Havana que ajudou a extinguir a febre amarela: em 1881 foi realizada em Washington uma Conferência Sanitária Internacional. Nessa conferência estava presente o Dr. Carlos Juan Finlay, integrante da Delegação cubana, que se dedicava ao estudo da febre-amarela e afirmava que essa era uma doença de adaptação, porque atacava os estrangeiros e poupava os nativos. Finlay, na ocasião, chegou à conclusão que o causador da doença seria o mosquito, pois a presença do inseto coincidia com os casos da doença (FRANCO, 1969: 56). Como é possível observar, a Febre Amarela voltou a atacar em 1928, contaminando cerca de 175 mil pessoas e, no ano seguinte, 217 mil na zona urbana. Franco (1969) constata que o comportamento da doença foi como nas primeiras epidemias presentes no Brasil: cerca de 64% dos estrangeiros foram contaminados, fazendo com que fossem a classe mais atingida novamente. Dezesete meses depois, a epidemia cessou, com 738 casos e 478 óbitos, ou seja, a letalidade chegou a 64,8% naquele ano (FRANCO, 1969, p. 103).

O terceiro fator presente nas narrativas que se arrastaram desde o século XIX era que a existência dos cortiços era considerada como focos de insalubridade, lugares de péssimas condições de moradia e higiene. Definia-se os cortiços como focos geradores dos “germes da febre amarela” e que esses eram os responsáveis por assolar a cidade com tais doenças. Além das reformas habituais, entraram em pauta os planejamentos de derrubada de cortiços e a construção de avenidas largas e abertas, pois, assim, poderiam dispersar o miasma

(CHALHOUB, 2017: 101-102). Durante as décadas de 1870 e 80, houve a maior imigração interna de portugueses e descendentes de africanos, fazendo aumentar ainda mais a densidade nos cortiços e crescer o número de vítimas de febre amarela devido às péssimas condições de higiene dessas moradias. Embora a febre amarela fosse um problema de saúde pública, muitos dos casos nos cortiços eram ignorados, em especial, quando pessoas negras eram afligidas (CHALHOUB, 2017: 103). Em 1891, o *Jornal do Commercio*, nas edições de maio, julho e agosto, abordava as questões da febre amarela associada aos cortiços. Na edição de 10 de maio, publicou uma reportagem sobre a região do Mangue que foi convertida em cortiço e apresentou casos de febre amarela (O CANAL..., 1891: 1). Na edição de 6 de julho, o jornal destacou notícia sobre focos de infecção de varíola na Glória, que provocou dois óbitos e resultou na reclamação dos moradores da região sobre a sujeira dos cortiços locais (FOCOS..., 1891: 1). No dia 2 de agosto, apontava que o prédio número 65 na Rua do Rezende, chamado de cortiço nobre, é descrito como “em estado de muita sujeira”, pois havia muitos quartos e aglomeração de pessoas, fazendo-se multiplicar os casos de varíola e febre amarela. O jornal ainda apontava que o secretário da polícia morava a menos de 100 metros do “imundo cortiço” e não tomava providências sobre o caso (FÓCO..., 1891: 1).

A partir de 1880, na terceira etapa de pensamento sobre as epidemias, a imprensa médica nacional e internacional, noticiava mais informações sobre o papel de alguns agentes na transmissão de doenças, como as moscas, que viriam a substituir a teoria dos miasmas; porém, algumas pestes ainda eram um mistério para grande parte da população. Somente em 1880, foram feitas as primeiras observações do sangue de pacientes febris que continham o bacilo da malária e sintomas para a febre amarela, identificando o protozoário responsável (BENCHIMOL, 2008: 720-721). Um desses estudiosos foi o Dr. Domingos José Freire Júnior, professor de Química Orgânica e Biológica. O professor dedicou-se aos estudos da febre amarela, iniciando sua pesquisa em 1879 e desenvolveu uma vacina experimental que foi divulgada em seu livro em 1890. Em 1883, o Dr. Domingos obteve autorização do Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império para inocular a população do Rio de Janeiro (LOPES, s.d). Os feitos do Dr. Domingos são noticiados pelo jornal *O Paiz* em 1890, nas edições dos dias 15 e 20 de janeiro. Explicava-se que Freire Júnior buscava atenuar o vírus e inocular no indivíduo os “micróbios da febre amarela atenuadas”, para assim causar uma forma branda da febre amarela (AS INOCULAÇÕES, 1890: 3; MICRÓBIO..., 1890: 2). Embora o Dr. Domingos ainda não tivesse

encontrado a cura definitiva da febre amarela, contribuiu para o avanço dos estudos e ajudou a mudar a mentalidade acerca da teoria dos miasmas.

Mesmo com as novas descobertas à luz das Ciências, ainda se atribuíam aos hábitos e costumes dos brasileiros a condição para a proliferação de tais doenças. Leia-se que os hábitos e costumes aqui citados eram ligados também a fatores naturais como o calor do verão, críticas ao estado de pobreza e a presença das pessoas negras. O Brasil era retratado como um lugar insalubre, um flagelo que contaminava outras cidades e países do hemisfério sul. Tais afirmações eram do higienista-mor Pereira Rego em sua publicação de 1873, intitulada "Memória histórica das Epidemias da febre amarela e cholera-morbo que têm reinado no Brasil" (CHALLOUB, 2017: 107). Nesse livro, Rego considerava que foram três fases de surtos epidêmicos: um de 1850 a 1853; o segundo de 1857 a 1861; e o terceiro de 1869 a 1870 (REGO, 1873). O autor aponta que em alguns casos a epidemia atacava exclusivamente a população "de cor", o que levaria a causar grande atraso na lavoura, opinião conflitante com a de Bertoldo Lallement (BENCHIMOL, 1992: 114). Rego diferenciava os tipos de doenças associando os brancos à cólera atenuada (forma benigna), enquanto que nos demais predominava a cólera morbo:

Nesta epidemia os tapuios e índios, os pretos e os mestiços destas duas raças foram os menos poupados, sobretudo a primeira raça, em a qual a moléstia manifestava-se com sintomas característicos da cólera-morbo, causando a morte em poucas horas, e sendo raros os que sobreviviam a seu acometimento. Nos pretos foram os escravos que mais sofreram em virtude das péssimas condições higiênicas em que viviam. Nos brancos dominava quase sempre a colerina (REGO, 1873: 90).

Questiono se a doença não atacava os negros escravizados ou se não era verificado que os negros estariam contaminados. Coloca-se em dúvida a competência das afirmações, pois se abriam diversas interpretações e afirmações como as que foram apresentadas até aqui. Se em um discurso dizia-se que o branco e europeu sofriam com a doença para culpabilizar o negro, em outros diziam que o branco era mais resistente que o negro para justificar alguma superioridade biológica que ainda seria mais bem explorada no relato médico do início do século XX. As sistematizações dos levantamentos eram precárias e ainda podiam ser influenciados por interesses de terceiros. Para além desse questionamento, é possível observar a divergência de informações, quando uns falavam que os negros eram acometidos de moléstia e outros diziam que não. BRIZOLA afirma que:

Em que pese a visão racista e arbitrária da elite brasileira ter apontado para uma possível 'africanidade de algumas doenças', sabemos que muitas delas não foram

geradas na África, nem, muito menos, trazidas de lá. Se pudéssemos apontar uma causa para as muitas enfermidades que acometiam os negros [...] teríamos antes de examinar com detalhamento as condições precárias de vida e trabalho às quais submetidos (BRIZOLA, 2010: 36).

O primeiro censo de 1872 mobilizou interesses políticos de proprietários rurais escravocratas e reforçava a hierarquização herdada de tempos coloniais (OLIVEIRA, 2003: 13). O censo não demonstrava escravos brancos, assim chamados de caboclos, pois se identificava que apenas os negros poderiam ser escravos. Vale destacar que “[...] não raras vezes e, mormente, em uma operação, como a do censo de 1872, realizada pela primeira vez, com pouco treinamento, instruções de coleta e de apuração vagas e escassos instrumentos de controle- vale também o que não está escrito” (OLIVEIRA, 2003: 13).

A ambiguidade de informações, a interpretação pessoal baseada nos preconceitos da época acabava por direcionar parte das pesquisas e seus julgamentos. É possível observar o caráter das afirmações e as narrativas que se criavam sobre quem supostamente era menos contaminado. Levantamentos feitos antes de 1872 sofriam dos mesmos problemas do censo aqui mencionado, eram realizados por sujeitos dessa mesma sociedade escravocrata. As críticas ao censo de 1872 apontam a exclusão da definição de escravos e de mulheres de alguns ofícios, ignorando-se práticas populares. Dessa forma, o censo buscava mostrar uma transição ordeira para o mundo republicano (MENDES, 2018), da mesma maneira que algumas estatísticas poderiam tentar mostrar culpados pelas doenças que as autoridades não conseguiam controlar.

No jornal *Correio Mercantil* de 1855, alertava-se sobre o aparecimento de novos cortiços, identificando-os como foco de “tudo que há de ruim”. As casas feitas de sopapo seriam consideradas insalubres; faziam-se sugestões de que fossem construídas em lugares planos, deveriam ter um corredor no centro da casa, com divisão em duas linhas, com fogão do lado esquerdo da porta de entrada, para assim manter a casa arejada (TIRCE, 1855: 2). Em nada tais transformações ajudaram a combater a propagação das doenças, só serviram para tornar as moradias mais quentes. Já no início da República, o historiador e memorialista Luiz Edmundo (1880-1961), fez comentários pejorativos sobre a cidade com ideias de clareamento e de pureza da raça branca quando mencionava acerca da limpeza e bem-estar da cidade. O autor cita que todos pensavam viver numa cidade mais branca, mais “linda”, mas que nos conformamos até com o espectro da febre amarela, sem indústrias, dependentes da Inglaterra e da França (EDMUNDO, 2003). Falava também da agricultura e das festas para alegrar a “alma indígena”,

relacionando a alegria a algo “primitivo”. Importante observar que o festivo em oposição a uma sociedade herdeira do iluminismo, portanto, racionalista, era visto como algo menos sério, logo algo primitivo e irracional (BAKHTIN, 2010; DAMATTA, 1983; TRAVASSOS, 2002). O autor ainda relatava que o Rio de Janeiro tinha ruas estreitas, vielas imundas, as quais quase não tinham sombras. Reclama, até mesmo, da aspereza das calçadas e do doce local como o pé-de-moleque (EDMUNDO, 2003: 26). O historiador ainda considera que a febre amarela não mata o leiteiro, mas contamina o leite que vende, que ceifará a vida de crianças; logo, o leiteiro obtém o lucro e “quando não morre levado pela peste, traduz-se em cadernetas da Caixa Econômica, ou em louras esterlinas postas a ferrolho ao fundo de fortes arcas de ferro ou pau” (EDMUNDO, 2003: 36). Edmundo culpava os imigrantes e fazia menção aos médicos da Higiene Pública por não tomarem providências contra esses leiteiros, pois defendiam a liberdade do comércio e a imigração. Observa-se, assim, que colocar a culpa dos males em imigrantes disputava espaço com as narrativas de culpabilização das classes pobres e dos negros.

Um tipo de doença moral: do uso das metáforas

A ideia de doença sempre foi um problema para a humanidade. Assim, os empregos metafóricos frisam elementos visíveis da doença e se associam à alguma parte do corpo. Alguns membros são ligados à intelectualidade ou ao baixo material que é considerado vulgar e escatológico (BAKHTIN, 2010). Doenças ligadas a parte de cima do corpo, como a cabeça, ganham aspectos mais intelectualizados, enquanto aquelas associadas às genitálias e nádegas, são deploráveis, “digno de pessoas baixas”, promíscuas e não intelectualizadas, são partes de rebaixamento da moral. Partes do corpo como o pulmão, simbolizam a vida, a cabeça é associada a intelectualidade, abaixo da cintura estão as partes que devem ser evitadas.

Susan Sontag (1984) explica que pelo desconhecimento da doença, as metáforas preenchem essa falta de sentido, logo, criavam-se algumas formas de compreensão do desconhecido. Associavam as doenças, como a tuberculose, às pessoas sensíveis e passivas; esse doente tornava-se, nessa visão, uma pessoa sensual. Outro elemento deteriorante seria a devassidão, pois essa levaria à degeneração psicológica, o que ocasionaria alguma doença relacionada à parte de baixo do corpo. Compreende-se dessa forma a insistente ênfase em notar nas classes pobres os seus vícios e promiscuidades.

No jornal Gazeta de Notícias em 1883, foi relatado que 52 pessoas estavam acometidas de febre palustre, ou “mau caráter” (BOLETIM Parlamentar, 1883: 1). “Mau caráter” é compreendido como um dos nomes dados a febre amarela, chamada também de “febre de mau caráter” ou “entidade mórbida” (FRANCO, 1969: 65), demonstrando assim algumas das metáforas empregadas na forma de chamar a doença. Desse modo, reforçavam os estereótipos individualistas que culpavam a vítima da doença. Os adoecidos seriam as pessoas consideradas inimigas, pertencentes às camadas pobres, que moravam em cortiços ou locais considerados insalubres. Os ambientes considerados nocivos estavam relacionados à pobreza, e os pobres seriam os portadores das doenças. Com a explosão demográfica, estimulada pela grande quantidade de filhos dos pobres, somaria-se a noção de uma ameaça ao desenvolvimento econômico da cidade (CARVALHO, 2006, p.2-3).

O que também foi observado por Susan Sontag (1984) é que algumas doenças, como a tuberculose, isolavam o indivíduo da sociedade, e, por ser algo individual, logo seria mais fácil de julgamento moral. Se uma doença é considerada individual, no sentido de que aflige apenas uma pessoa, então ela remete à vida privada; mas se essa doença é coletiva, no sentido de que contamina muitas pessoas, devido à aglomeração, como nos cortiços, vai incidir sobre a esfera pública, pois “não se morre sozinho, mas em série” (BRITO, 1997: 13-14).

A peste (epidemia) está no imaginário social como algo que pode desintegrar a sociedade, levar a um apocalipse. Tal visão é antiga e presente no imaginário popular até o século XXI nos males modernos, como a Aids. No emprego da fatalidade, a culpabilização das pessoas de classes baixas ou de estrangeiros encontrava seu lugar. Vimos até o momento que os cortiços foram os mais cobiçados como locais de proliferação das doenças, e não raramente a condição era justificada pelo modo de agir das pessoas que moravam naquele lugar. Desenvolviam-se, assim, várias origens sociais para a doença.

Voltando à questão do baixo material, observa-se que grande parte dessa associação provém de uma moral cristã que associa as genitálias ao sexo, logo ao pecado da luxúria. Algumas dessas doenças eram associadas à paixão ou mesmo a manifestação de amor. A constante ideia de julgamento divino sempre esteve presente devido à exacerbação da religiosidade, difundindo-se o temor e busca por responsáveis que semeavam o mal. Eram incriminados os viajantes, marginais e qualquer outro grupo periférico como os judeus (BRITO, 1997: 15) ou, no caso do Rio de Janeiro, os negros, estrangeiros e pobres. Já as epidemias, que

eram os males coletivos, atacavam o caráter, pois gerava caos na sociedade, levando a alterar o comportamento civilizado, deixando as pessoas em pânico, logo, incivilizadas.

Na cidade do Rio de Janeiro, a tuberculose matava implacavelmente todos os anos e o ano todo, e desconfio que nas últimas décadas do século fazia mais vítimas fatais do que todas as doenças epidêmicas de maior visibilidade somadas. No entanto, nenhum plano de combate à doença foi jamais implementado na cidade ao longo do século XIX. As razões para esse fato são complexas, mas a possível alegação de que as autoridades públicas da época não saberiam mesmo o que fazer para controlar tal flagelo seria anacrônica e irrelevante no caso (CHALHOUB, 2017: 109).

A vida cotidiana sofre rupturas de continuidade com a interrupção da rotina revirando com a vida social e a mentalidade da população. A situação atípica criava angústias, impotência e aflição que levavam ao pessimismo e até à loucura. Buscava-se voltar à antiga normalidade, em alguns casos, uma das formas escolhidas seria negar a situação ou a simples busca de um 'novo normal'. Uma das ferramentas para essa normalização seria a marginalização de grupos como uma tentativa de reordenar a sociabilidade, pois uma doença precisa ser cristalizada e especificada na mentalidade da sociedade para que, dessa forma, ela passe a existir. A existência da doença só acontece quando as pessoas aceitam que ela é real e isso depende da percepção, classificação e da legitimação das políticas públicas de saúde que vão combatê-la (GOULART, 2005, p.112).

A mentalidade da Elite

Para além do sofrimento das classes pobres, também é necessário compreender a mentalidade das elites da época e o que pensavam sobre a gente menos desprovida que levava a culpa pelos males da sociedade. Após a abolição, em 1888, o contingente de desempregados aumentou nas ruas da cidade. Somava-se a essa massa os imigrantes recém-chegados, que buscavam alguma forma de trabalho. Diante dessa situação, o governo procurou formas de combater a ociosidade e começou a associar essas massas ao que chamavam de 'classes perigosas'. O termo já era conhecido na França e havia sido utilizado amplamente nas constantes revoltas e revoluções da Europa para designar pessoas que fossem perigosas e agitadoras (HOBSBAWM, 2014); no Rio de Janeiro, eram definidas como pivete, ambulantes, ciganos, desertores, recebedores de bonde e o conhecido capoeira (CARVALHO, 1987). Essa definição apresentava sérios problemas: ela não conseguia diferenciar uma 'classe perigosa' de uma

‘classe pobre’, muitas vezes ajudando a estigmatizar e estereotipar os mais pobres na sociedade levando até mesmo a associações diretas entre eles e aos piores males da sociedade. Relacionavam-se os pobres aos vícios ou diziam que a pobreza levaria as pessoas a fazerem atos criminosos na sociedade, recorrendo a narrativas deterministas.

O indivíduo que não consegue acumular, que vive na pobreza, torna-se imediatamente suspeito de não ser um bom trabalhador. Finalmente, e como o maior vício possível em um ser humano é o não trabalho, a ociosidade, segue-se que aos pobres falta a virtude social mais essencial; em cidadãos nos quais não abunda a virtude, grassam os vícios, e logo, dada a expressão “classes pobres e viciosas”, vemos que as palavras “pobres” e “viciosas” significam a mesma coisa para os parlamentares (CHALHOUB, 2017: 25).

A pobreza era vista com desconfiança pela elite, pois dentro da ideologia liberal, aquele que tem a boa vontade de trabalhar pode acumular dinheiro e melhorar sua situação de vida; aqueles que são pobres são culpados por essa situação, pois não saberiam como poupar ou mesmo teriam preguiça de trabalhar. Essa reduzida concepção criava desconfiança sobre as pessoas pobres, colocando a condição miséria como algo desejável, tal como porcos que chafurdam na lama por prazer. Observando esses aspectos deterministas, a pobreza é equiparada a uma doença, pois se culpabiliza a condição do sujeito como puro ato negligente. A construção da visão pejorativa sobre os pobres já era desenvolvida em meados do século XIX, como mostra um dos jornais que publicava sobre os cortiços, em outubro de 1855, na coluna intitulada “Cortiços: casas para os pobres”. O jornal explicava que nesses lugares poder-se-ia imaginar tudo, menos um lugar para habitações humanas: “Entretanto a pobreza sujeitase, porque só aquela morada está na proporção de seus recursos. Já temos dado a estatística e feito muitas vezes a descrição dessas tristes habitações, onde a imundície e a infecção disputam aos moradores a estreiteza de seus cômodos” (CORTIÇOS..., 1855: 1). Ainda na mesma coluna, aponta-se para a limpeza do espaço, ressaltando-se que as pessoas que ali moravam iriam continuar a deixar o espaço imundo, pois, dentro da lógica da época, a condição de pobreza era resultado das práticas dos próprios pobres. No jornal Correio Mercantil de 1853, a coluna escrita por *Carijó e comp.* pretendia avisar ao chefe da polícia que olhasse o cortiço que existia nos fundos do Hospício de Pedro II. Reclamavam dos trabalhadores ilhéus¹, acusando-os que, toda noite, eles falavam palavras obscenas, gritavam e dançavam,, terminando em brigas,

¹ Existia uma diferenciação entre os portugueses quanto aqueles que haviam nascido na Ilha da Madeira, a esses era dado o nome de ilhéus (SANTOS, 2018: 104). Logo os portugueses que vinham dessa ilha eram chamados no Brasil apenas de ilhéus.

pauladas, murros, gemidos e injúrias (CARIJÓ E COMP., 1853: 1). Para além dos vícios, também estava colocado à prova um tipo de ‘degeneração moral’. A mentalidade da elite era assim reforçada pelos discursos dos jornais da época, fazendo quase sempre a associação da pobreza aos males, não raramente, às doenças.

A racialização da doença

Doença, peste ou praga que surgem em períodos históricos causam terror, apreensão e medo diante do desconhecido. A doença é temida porque é misteriosa. Quem se contamina pode ser julgado moralmente, pois se questiona como e por que essa pessoa contaminou-se com aquele mal. O doente, o ‘contaminado’, acaba ganhando um estigma, até mesmo uma identidade, como um leproso, aquele que carrega o mal, a peste, a doença ou, ainda, o “portador da peste” que pode nos infectar. A doença, ainda em sua fase misteriosa, é um mau presságio e se abre para as mais diversas metáforas, em especial aquelas que possam explorar seu terror (SONTAG, 1984).

Diante de eventos pandêmicos, é possível observar fenômenos da vida social e como a adversidade implicou na vida humana, exacerbando questões e problemas sociais que, antes, não eram tão visíveis. As epidemias criam impactos demográficos com dados sobre a mortalidade, gestos, ritos, discursos, metáforas e símbolos que revelam algo. Mesmo as criações fantasiosas, notícias falsas, imaginário coletivo também revelam mentalidades de uma época (BRITO, 1997). Observa-se que as epidemias ocorriam em situações desagregadoras da sociedade (CZERESNIA, 1997). Culpar o pobre ou o negro revela a mentalidade imperialista, os ideais de civilização, aaversão ao estrangeiro e o desenvolvimento das ideais de embranquecimento da nação. Os ex senhores só poderiam ser patrões na república sem poder cometer todo tipo de abuso, então supunham que o caráter do ex-escravizado teria sido forjado em cativeiro e que agora, em liberdade, estariam levando para as ruas esses males (CHALHOUB, 2017: 27-28). Alguns doutores procuravam justificar que escravidão em 1850 seria responsável pela origem de algumas doenças uma vez que “não eram acometidos” pelos males, chegando à conclusão de que os negros seriam um tipo de espécie diferente e concebido para suportar doenças e o trabalho ((CHALHOUB, 2017: 92). Ao observarem os indígenas pré-colombianos e a ausência de doenças, deduziu-se que as pestes eram de origem europeia ou africana; as desconhecidas na Europa deveriam ter origem africana, já as conhecidas poderiam ser de ambos

os lugares. Consideravam que os africanos viviam em lugares julgados OU tidos como precários e transportados em situação pior; logo, eles poderiam ser os portadores de doenças (CARVALHO, 2006: 3-4).

O branqueamento trouxe seus aspectos ideológicos, que foram construídos na passagem do século XIX para o XX, acreditando em uma superioridade racial e um clareamento biológico natural. Também foi incentivada a entrada de imigrantes brancos, o que acabava reforçando a tese do branqueamento. Porém não se esperava que, nesse cruzamento, o clareamento nem sempre poderia acontecer (DOMINGUES, 2002). O branqueamento também seguiria uma ordem moral e social com uma ideologia imposta por uma elite branca, mostrando constantemente que os negros precisavam tentar “tornar-se brancos”. A forma de viver, portar-se, festejar, música, o modo de andar, dançar, falar, gingar, vestir, o cabelo e suas tradições culturais e religiosas sempre eram criticados. Os negros, nas primeiras décadas da República, eram vistos como grotescos, bárbaros e selvagens. Dessa forma, os ex-escravizados buscavam a assimilação, tornar-se um “negro da essência da brancura” ou como diziam “negro de alma branca” e deveriam abolir qualquer traço das religiões de matriz africana e ter um comportamento puritano (DOMINGUES, 2002: 576-577). Sendo assim, o branqueamento moral e social foi a primeira etapa antes do desenvolvimento do “branqueamento estético” que inculcou nos negros a tentativa de alisar seus cabelos ou clarear a pele e o “branqueamento biológico” na qual incentivava-se o casamento com pessoas brancas na década de 1920 (DOMINGUES, 2002: 576-577).

Diante de tantas críticas, não seria estranho também atribuírem às pessoas negras como sendo um dos elementos de propagação das doenças, mesmo ignorando que esses estivessem doentes. A elite da época conhecia as teorias racistas europeias e norte-americanas provenientes das atrocidades imperialistas e replicou essas ideias como conveniente a intenção de extirpar os negros da sociedade. Como disse o historiador Sidney Chalhoub.

Os brasileiros inventaram um racismo à sua feição: ao combater a febre amarela e negligenciar as doenças que flagelavam a população negra, os doutores, na realidade, procuravam mudar o ambiente com o intuito de auxiliar a natureza. E o trabalho da natureza, coadjuvada pela imigração e pela miscigenação, era a eliminação paulatina da herança africana - isto é, a herança da “raça inferior” - presente na sociedade brasileira (2017: 111).

O tema 'Raça' seria fundamental na análise de autores na virada do século. Vários eram os artigos que refletiam sobre o tema: "As raças e seus cheiros" (1921), "Raça e civilização" (1880), "Raça e degeneração" (1887), "O cruzamento racial" (1891) (SCHWARCZ, 1993: 207). Na Bahia, artigos produzidos por Nina Rodrigues e Sílvio Romero, também, criticavam a mestiçagem, pois a consideravam um fator de degeneração; no Rio de Janeiro, o reconhecimento da eugenia fazia com que eugenistas recuperassem seu papel social. A atuação médica foi mais agressiva com a implementação de medidas eugênicas que fazia parte do projeto de inserção social, a fim de ter o controle sobre a futura geração (SCHWARCZ, 1993, p.236).

As condições da saúde no século XX: desdobramentos e consequências nas décadas seguintes

No ano de 1906, Arthur Neiva ingressa no Instituto Manguinhos e juntamente a Carlos Chagas combatem a malária na Baixada Fluminense. Neiva estava à frente da campanha com Gomes de Faria, que também era do Instituto de Manguinhos. Xerém apresentava notória insalubridade, sendo palco de epidemias que eram relatadas desde o século anterior. Chagas ficou pouco tempo na região, pois foi designado a combater a malária em Minas Gerais. Nessa época, foi criado o Instituto Oswaldo Cruz, que se desdobrava na fabricação de produtos biológicos, na pesquisa e no ensino. Consta que as ações realizadas entre os anos de 1890 e 1920 foram de suma importância para compreender mais a doença e conseguir combatê-la (BENCHIMOL, 2008). Em 1915, os estudos evoluíram e a compreensão sobre o mosquito da malária completou-se com a teoria da infecção domiciliar.

O ano de 1918 foi marcado pela temida gripe espanhola, que teve caráter pandêmico de larga escala. Fora a última grande pandemia, antes da Covid-19 em 2020. A gripe espanhola, *influenza* ou *la dansarina* apresentava manifestações desde 1880 com alto grau de virulência e se espalhava entre os continentes com enorme velocidade. A *influenza* afetou toda população, porém, com mais ênfase nas classes mais pobres, que viveram os dramas e horrores daquela pandemia. A situação alarmante ainda se somava às antigas doenças correntes de febre amarela, varíola, peste bubônica etc. O surto de *influenza* durou quase três meses, criando enormes transtornos e gerando um cenário desolador de cadáveres amontoados nas ruas. A falta de orientação fazia com que a população recorresse a remédios caseiros que imaginavam ser eficazes; porém, não se deve julgar tais atos como simples ignorância, mas compreender que

eram os chás, emplastos, vapores e gases que estava ao alcance dos mais pobres naquele momento (BRITO, 1997). A população fez sua própria leitura da realidade, utilizando-se da medicina popular, buscando uma alternativa diante da incompreensível doença. Tal atitude da população também reflete a falta de assistência e a incapacidade das autoridades em estabelecer algum diagnóstico (GOULART, 2005: 112).

Artur Neiva incentivava a profilaxia individual, que consistia em evitar as aglomerações e intensificar os cuidados higiênicos. A crise causada pela pandemia levou à escassez dos produtos de base, logo os preços dos remédios e dos alimentos foram superfaturados (GOULART, 2005; BRITO, 1997). Os mais pobres foram os mais afetados pela gripe, mesmo que tivessem a impressão de que todos os bairros estivessem sofrendo por igual, criando assim uma falsa ideia de que a *influenza* era “democrática”. Porém devido à carência de recursos e saneamento básico, as classes mais pobres sofreram com o número elevado de casos fatais na segunda onda em 1919 (BRITO, 1997, p. 23).

Quanto às condições de moradia, passariam por um replanejamento que acabou seguindo as orientações da nova medicina:

A Reforma Pereira Passos, ao prever a abertura da Avenida Beira Mar, anunciou o litoral como uma nova possibilidade de assentamento moderno. O viver próximo ao mar ganhou um prestígio inédito: áreas anteriormente destinadas ao tratamento de doenças foram valorizadas como lugar de moradia e de uma nova classe média em ascensão. Aos poucos os altos dos morros foram substituídos por uma nova medicina e um novo urbanismo que então se consolidavam. O Prefeito Paulo de Frontin deu especial atenção à Zona Sul da cidade, investindo sobre o distante litoral correspondente ao atual bairro do Leblon (WEYRAUCH, 2009: 146).

O prefeito Carlos Sampaio (1920-22) deu segmento à urbanização da área litorânea e em volta da Lagoa na qual se instalava a população ribeirinha. Sampaio relatava que tais pessoas procuravam a localidade, pois conseguiam ali residência gratuita nos terrenos abandonados, mas “pagavam” com a saúde (WEYRAUCH, 2009: 147). Com a reforma, essas pessoas pobres foram excluídas e, com o passar dos anos, cada vez mais empurradas para a periferia ou zona rural. Esses pobres não eram convidados a fazer parte dos novos bairros planejados à beira mar.

Em 1930, o Rio de Janeiro já se encontrava estratificado em zonas, com clara distinção da zona que pertenceria à classe alta, classe média e dos mais pobres. As periferias e zonas rurais acabaram sendo reservadas às classes baixas. Nessas localidades, deslocaram-se também as

indústrias que conseqüentemente trouxeram o processo de favelização local. A periferia era considerada como foco das chagas da cidade; porém nessa nova década em que surgiam as favelas, a periferia herdara a culpa pelos males da sociedade (incluindo os morais). Entretanto, ainda havia interesse nesses lugares, uma vez que também eram regiões de muitos votos. Importante frisar o caráter populista dessa fase na tentativa de assistência aos moradores das favelas e a contradição de considerarem esses espaços como insalubres e intocáveis (ABREU, 1997: 95).

Conclusões

Observei que as camadas mais pobres levaram o estigma e acusação dos problemas de saúde de toda a cidade em diferentes períodos, aqui, apresentados. Mesmo com o avanço da medicina, de alguma forma, inculcaram nas classes a culpa pelos males da sociedade. Os álibis desse quadro foram quase sempre os estrangeiros, os pobres e os negros, os quais seriam as chamadas ‘classes perigosas’. Dentre os três, o último grupo era o mais atacado e estigmatizado, por ser o alvo dos ex-senhores, que não teriam mais controle sobre ele, como donos, após a república, fazendo com que se criassem narrativas, a fim de se manter os negros rebaixados na sociedade hierarquizada. Dessa maneira, diziam que os negros antes forjados em cativo, e após a sua libertação, estariam levando para as ruas esses males (CHALHOUB, 2017: 27-28). Alguns doutores procuravam justificar que a escravidão, em 1850, seria responsável pela origem de algumas doenças, uma vez que “não eram acometidos” pelos males, chegando à conclusão de que os negros seriam um tipo de espécie diferente e concebida para suportar doenças e trabalho (CHALHOUB, 2017: 92)

Todas as doenças matavam a população, fosse estrangeiro ou nascido no Brasil, independentemente da cor de pele; porém as classes mais pobres eram as que mais sofriam o contágio devido às péssimas condições em que viviam e pela falta de assistência e acesso à saúde. Alguns males, como a febre amarela, tinham particularidades, eram endêmicas; logo, se estimulada a produção de moléculas pró-inflamatórias, levariam à imunidade protetora (PASCOAL, s.d.). Portanto, os estrangeiros recém-chegados poderiam ser mais acometidos. Epidemias de Cólera ou a Peste foram levadas para o novo mundo através dos europeus e suas péssimas condições de higiene (BRIZOLA, 2010: 34-35). Não fazia sentido culpabilizar os africanos, a não ser que houvesse também a intenção política e racista em tais discursos. Qual

dessas doenças era de fato uma novidade nas Américas, se a maioria dos males foi trazida na colonização europeia? Também, devemos considerar a hipótese de que a falta de registros e a falta de atenção a essas pessoas, tanto escravizadas como livres, impedia qualquer análise mais séria sobre a real situação da época. Deixava-se em aberto para as diversas narrativas, não baseadas em nenhum método científico (BRIZOLA, 2010).

Quanto à aglomeração, possivelmente, facilitava que um mesmo mosquito contaminasse um maior número de pessoas; porém o fator principal, a condição de moradia, e a falta de saneamento básico favoreciam o aparecimento de outros tipos de doenças como a cólera. O mesmo acontecia no campo. Desprovido de saneamento básico, sofria os males por outros fatores locais e não pela aglomeração ou suscetibilidade biológica. O maior problema ao identificarem os cortiços como os principais focos de doença não era a constatação de insalubridade que certamente levava ao adoecimento, mas a constante estigmatização da classe pobre, como propagadora da doença e que, por escolha, segundo a visão da época, preferia viver na sujeira e imundice. Na visão dessa elite, as pessoas pobres eram irresponsáveis e prejudicavam os mais ‘civilizados’ que viviam na mesma cidade. O mal só seria extirpado se os pobres fossem excluídos com a sujeira.

O que observo é que existiam diversas situações com doenças diferentes, mas na busca por uma explicação mais fácil para todos os males, associava-se sempre que as mesmas condições eram geradoras de todas as doenças possíveis. A negligência nunca era a culpada.

Culpabilizar os negros era a prática racista que estava sendo continuamente construída e atravessou o fim da escravidão. No século XIX, existia uma preocupação em relação ao negro escravizado estar adoecido: a impossibilidade de ele trabalhar, atrapalhando assim a produção nas lavouras, tal como um animal de carga adoecido que não poderia carregar as mercadorias. A herança imperial do racismo construía-se nas mentalidades na virada do século e na passagem da sociedade escravocrata para republicana, teoricamente mais livre, informada, mas ainda, racista. Quanto ao estrangeiro, sempre houve uma preocupação e interesse na sua vinda para o Brasil, especialmente, no projeto de branqueamento da nação; porém alguns associavam os males aos recém-chegados, pois geralmente eram pessoas de classes baixas, muito parecidos com os pobres que aqui já moravam. Dentro dessa mentalidade, o migrante ainda era “o outro”, um traço da constante xenofobia. Com o tempo, acabaram sendo vistos de outra forma: como

mão de obra refinada que deveria ser valorizada em detrimento dos trabalhadores rurais e imigrantes internos no Brasil.

O processo de mudanças das mentalidades acerca do causador da doença foi um importante fator, pois se empreendeu muitos esforços para conter as doenças, porém, baseados em antigas crenças não comprovadas. O desconhecimento sobre os males nos permite observar o cenário da época, assim como a imaginação empregada para dar conta dos problemas presentes.

O problema persiste mesmo com as descobertas científicas, porque as mentalidades demoram a mudar. Lentamente, necessita-se de convencimento da sociedade e apresentação de resultados concretos, dito em outras palavras: existe a disputa do saber científico com o senso comum na sociedade e este muda muito lentamente. Os avanços da medicina foram de suma importância para combater as doenças e, também, a constante visão estereotipada sobre a classe pobre. Nesse embate, buscavam-se metáforas que dessem conta de acusar as pessoas indesejáveis e causar um efeito ainda mais assertivo. Essa prática fazia parte de um processo de retomada da normalidade, tentativa de desfazer o caos gerado, buscando apontar os inimigos do povo, fortalecendo as concepções racistas, xenofóbicas e o desprezo pelas classes mais pobres. Para além de tais acusações, gradativamente, essas pessoas também foram associadas à criminalidade em geral, sendo os cortiços também foco de “maus-caráteres”. Reclamava-se que os pobres se sujeitavam a morar nesses lugares, mas a questão é: onde deveriam morar, então?

Fontes

- AS INOCULAÇÕES preventivas da febre amarela [1890, 15 jan.]. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano VI, n. 1926, p.3.,
- BOLETIM Parlamentar [1883, 19 Jun.]. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano IX, n. 170, p.1.
- CARIJÓ E COMP. Escripório da Pacotilha [1853, 5 abr.]. *Correio Mercantil, e Instructivo, Politico, Universal*, Rio de Janeiro, ano X, n. 95, p.1.
- CONGRESSO Médico [1889a, 18 set.]. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano XV, n. 261, p.2.
- CONGRESSO Médico [1889b, 19 set.]. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano XV, n. 262, p.2.
- CORTIÇOS casa para os pobres [1855, 1 out.]. *Correio Mercantil, e Instructivo, Politico, Universal*, Rio de Janeiro, ano XII, n. 271, p.1.
- FÓCO de infecção [1891, 2 ago.]. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, ano 69, n. 213, p.1.
- FOCOS de infecção [1891, 6 jul.]. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, ano 9, n. 186, p.1.

- MICRÓBIO da febre amarela [1890, 20 jan.]. O Paiz, Rio de Janeiro, ano VI, n. 1931, p.2.
- NOTÍCIAS Diversas [1855, 5 ago.]. Correio Mercantil, e Instructivo, Político, Universal, Rio de Janeiro, ano XII, n. 264, p.1.
- O CANAL do Mangue [1891, 10 Maio]. Jornal do Commercio, Rio de Janeiro, ano 69, n.129, p.1.
- TIRCE. Notícias pelo telegrapho eleetrico [1855, 5 ago.]. Correio Mercantil, e Instructivo, Politico, Universal, Rio de Janeiro, ano XII, n. 215, p.2.
- TREZENTOS Porcos [1889, 29 nov.]. Gazeta de Notícias, Rio de Janeiro, ano XV, n. 333, p.1.

Referências Bibliográficas

- ABREU, Maurício de Almeda (1997). *A evolução urbana do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: IPLANRIO.
- BAKHTIN, Mikhail Mikhailovith (2010). *A cultura popular na Idade Média e no Renascimento: o contexto de François Rabelais*. São Paulo: Hucitec .
- BENCHIMOL, Jaime Larry (1992). *Pereira Passos: um Haussmann tropical: a renovação urbana na cidade do Rio de Janeiro no início do século XX*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultura, Divisão de Editoração.
- BENCHIMOL, Jaime Larry; SILVA, André Felipe Cândido da (2008). *Ferrovias. Doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República*. In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.719-762, jul.-/set.
- BRITO, N. A. de (1997). *La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro*. In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos, IV (1):11-30 mar.-/jun.
- CARVALHO, José Murilo de (1987). *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras.
- CARVALHO, Diana Maul de (2006). *Doenças dos Escravizados, Doenças Africanas? “Usos do Passado” – XII Encontro Regional de Historia ANPUH-RJ*.
- CHALHOUB, Sidney (2017). *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras.
- CZERESNIA, D (1997). *Do contágio à transmissão: uma mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia*. História, Ciência, Saúde - Manguinhos, Vol. IV(1), p.75-94 mar-jun. 1997.
- DAMATTA, Roberto (1983). *Carnavais, Malandros e Heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro*. Quarta edição. Rio de Janeiro: Zahar.
- DOMINGUES, Petrônio José (2002). *Negros de Almas Brancas? A Ideologia do Branqueamento no Interior da Comunidade Negra em São Paulo, 1915-1930*. Estudos Afro-Asiáticos, Ano 24, nº3, pp. 563-599.
- EDMUNDO, Luiz (2003). *O Rio de Janeiro do meu tempo*. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial.
- FRANCO, Odair (1969). *História da Febre Amarela no Brasil*. Ministério da Saúde-departamento nacional de endemias ruais, Rio de Janeiro - GB.
- GOULART, A. da C. (2005). *Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 1, p. 101-42, jan.-/abr.
- HOBSBAWM, Eric J. (2014). *A era do capital, 1848-1875*. 21ª ed. São Paulo: Paz e Terra.

- LOPES, Atele Azevedo de Lima et al (s.d). *Instituto Bacteriológico Domingos Freire* INSTITUTO BACTERIOLÓGICO DOMINGOS FREIRE, Disponível em: <https://dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/instbacdfrei.htm>. Acesso em: 14 dez. 2022.
- MENDES, Alexandre de Paiva Rio Camargo (2018). *O censo de 1872 e a utopia estatística do Brasil Imperial*. História Unisinos, vol.22, núm. 3, p. 414-429.
- OLIVEIRA, Jane Souto de (2003). *“Brasil mostra tua cara”*: imagens da população brasileira nos censos demográficos de 1872 a 2000. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas.
- PASCOAL, Marcelo et al (s.d). Perguntas e respostas sobre febre amarela. Disponível em: <https://www.cpqrr.fiocruz.br/pg/perguntas-e-respostas-sobre-febre-amarela/>. Acesso em: 14 dez. 2022.
- REGO, Pereira (1873). *Memoria Histórica das Epidemias de febre amarella e cholera-morbo que têm reinado no Brasil*. Typ. Nacional.
- SANTOS, Leonardo Soares dos (2018). Um sertão entre muitas certezas: a luta pela terra na zona rural da cidade do Rio de Janeiro: 1945-1964. Rio de Janeiro: Agbook
- SCHWARCZ, Lilia Moritz (1993). *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras.
- SONTAG, Susan (1984). *A doença como metáfora*. Tradução de Márcio Ramalho. Rio de Janeiro: Graal.
- TRAVASSOS, Elizabeth (2002). *Música folclórica e Movimento Cultural*. In: DEBATES - Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Música, nº 6, p.73-86.