



PESTE BUBÔNICA EM MINAS GERAIS: A EPIDEMIA QUE NÃO ACONTECEU (1899-1900)

THE BUBONIC PLAGUE IN MINAS GERAIS: THE EPIDEMIC THAT DID NOT HAPPEN (1899-1900)

Rita de Cassia Marques *

Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

 <http://orcid.org/0000-0002-9143-0385>
rcmarques23@gmail.com

Anny Jackeline Torres Silveira **

Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP

 <https://orcid.org/0000-0003-2324-8810>
anejack@terra.com.br

RESUMO: A peste bubônica surgiu no Brasil em 1899. A doença foi inicialmente notificada em Santos, de onde seguiu para o Rio de Janeiro e outras cidades do país. Apesar de Minas Gerais fazer fronteira com os principais focos da doença, não houve notificação de nenhum caso dentro do seu território. Este texto analisa as ações implementadas pelas autoridades contra a peste em Minas Gerais, destacando o papel do médico Cícero Ferreira na luta contra a expansão da doença.

PALAVRAS CHAVE: Peste Bubônica, Política Sanitária, Minas Gerais, Cícero Ferreira.

ABSTRACT: The bubonic plague outbreak in Brazil in 1899. The disease was initially notified at Santos. From there, it swept into Rio de Janeiro and other Brazilian cities. The borders of the state of Minas Gerais are not far from places touched by the plague. However, this vast region did not report any cases of the disease. This text analyses the actions implemented by the authorities against the plague in Minas Gerais. In particular, we focus on doctor Cícero Ferreira's role in the fight against the disease's spread.

KEYWORDS: Bubonic Plague, Health Policy, Minas Gerais, Cícero Ferreira.

* Professora da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora em História pela Universidade Federal Fluminense.

** Professora da Universidade Federal de Ouro Preto e do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora em História pela Universidade Federal Fluminense.

Em janeiro de 2021 o Global Health NOW (GHW), compendium eletrônico da *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*, informava a ocorrência de casos de peste na conturbada República Democrática do Congo (GHW, 2021). Reproduzindo dados de relatório produzido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em novembro de 2020, o GHW apontou a existência de cerca de 300 casos notificados desde agosto daquele ano, dos quais 24 resultaram em morte. Em julho de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) informava que testes realizados em amostras enviadas ao laboratório do Instituto Nacional de Pesquisa Biomédica de Kinshasa, capital do país, indicaram ser peste bubônica, havendo sinais de peste septicêmica em dois deles. Avaliando as informações disponíveis, a OMS postulava a presença das três formas clínicas: bubônica, septicêmica e pneumônica (WHO, 2020). O relatório da UNICEF estimava que quase metade das 5,6 milhões de pessoas vivendo na província de Ituri demandava assistência humanitária (UNICEF, 2020). Também estimava que nesse cenário crítico conformado pela guerra, fome e insalubridade, e fenômenos naturais – como chuvas torrenciais – a expansão da Covid-19 e as restrições e consequências sociais por ela impostas seriam novos fatores capazes de agudizar a situação na região.

Em meio à ansiedade e preocupação de toda monta geradas pela pandemia do SARS-CoV-2, pouca gente ouviu falar sobre os casos da doença no Congo. Entretanto, com a Covid-19 o termo “peste” foi novamente trazido à ribalta. O imaginário poderoso mobilizado pela expressão nos reenvia a eventos de um passado que nos afigurava até então longínquo, cujos sons nos chegam por relatos tornados clássicos, como *História da Guerra do Peloponeso* de Tucídides, *Decamerão* de Giovanni Bocaccio, e *Um diário do ano da peste* de Daniel Defoe. Imaginário que foi acionado algumas vezes nas últimas décadas, com a emergência de doenças consideradas ameaças potencialmente globais – Aids, Ebola, SARS, gripe H1N1. Mas como aprendemos com a história, nem todos os episódios nomeados pestíferos foram efetivamente manifestações da peste. Estudiosos da Antiguidade pontuam que os termos peste e praga já eram amplamente utilizados no período em referência a eventos associados a catástrofes e calamidades envolvendo grande número de pessoas, entre os quais se inseriam as epidemias (GAIA, 2021).

Este artigo tem como tema a primeira epidemia de peste ocorrida no território brasileiro, na passagem dos séculos XIX e XX. Baseado em uma metodologia pautada em ampla pesquisa bibliográfica e no cotejamento de variado conjunto de fontes – abrangendo desde documentos da administração pública, legislação, documentos institucionais, artigos da imprensa periódica, memórias e documentação epistolar do médico Cícero Ferreira,

protagonista desta narrativa – focalizamos as respostas públicas diante da ameaça representada pela doença no seu desembarque no sudeste brasileiro. As atenções se voltam para a região de fronteira de Minas Gerais e São e São Paulo, onde a implantação de barreiras sanitárias foi considerada medida de sucesso para obstar o avanço da doença, identificada no porto de Santos em 1889, para o território de Minas Gerais.

A PESTE

A peste é uma patologia infecciosa cuja origem está associada à bactéria *Yersinia pestis*¹, geralmente disseminada pela picada das pulgas. Alguns estudos sugerem ser a pulga o hospedeiro natural da *Yersinia*, transmitindo a doença para uma ampla população de roedores, incluindo ratos urbanos, ratos silvestres, esquilos, marmotas entre outros. Por isso, é considerada primariamente uma doença animal que pode infectar humanos – uma epizootia que em momentos determinados se transforma em uma zoonose. O ciclo primitivo dos microrganismos envolvendo pulgas e roedores, relativo à transmissão entre animais, é conhecido como peste silvestre. Muitos desses hospedeiros são resistentes à infecção, permanecendo ativos, sem alteração física visível mesmo sob a presença da *Yersinia*, e sua susceptibilidade em relação à bactéria parece estar associada a perturbações ambientais. Tais características sugerem uma doença de ecologia complexa, colocando em debate a noção mesma de doença entre os animais envolvidos (CARMICHEL, 2008, p. 628-631). A moléstia pode *pular* para os humanos quando há coexistência com os focos naturais da doença (a bactéria, seu vetor/pulga e os hospedeiros/roedores) e ainda quando as populações de roedores sucumbem à bactéria e as pulgas buscam outros hospedeiros.

Uma vez inserida no corpo humano pela picada da pulga, ou pelo contato de alguma ferida com matérias infectadas, a *Yersinia pestis* se propaga pelo sistema linfático replicando nos linfonodos onde origina uma infecção. Entre quatro e seis dias, a região da picada é tomada por um inchaço dolorido, os bubões, que podem evoluir para feridas supuradas e a necrose dos tecidos (CARMICHEL, 2008, p. 629-631). Outros sintomas são febre alta, dores de cabeça e desorientação, dores no corpo, náuseas e vômito, tosse com presença de sangue e falta de ar. À ausência de cuidados necessários, a morte do paciente pode sobrevir dentro do mesmo período de tempo após a manifestação dos primeiros sintomas. Em seu ciclo humano a peste pode assumir diferentes manifestações clínicas,

¹ A bactéria *Yersinia pestis*, denominada até meados do século XX como *Pasteurella pestis*, é um cocobacilo gram-negativo em formato de bastonete, um bacilo. Em 1944, Van Loghen propôs o novo gênero *Yersinia*, separado do gênero *Pasteurella*, que anteriormente abrigava o bacilo sob a espécie *Pasteurella pestis* (CARNIEL, 2004, p. 3-12).

dentre as quais três são mais mencionadas. A primeira é peste bubônica, considerada a forma clássica e caracterizada pelo surgimento dos bubões após a picada da pulga, sendo a virilha, pescoço e a região sob os braços as áreas mais comuns para seu aparecimento. A peste septicêmica ou “sanguínea”, na qual a deposição da bactéria se faz diretamente no sistema circulatório, atingindo diferentes órgãos. É a forma mais letal e, em casos de evolução rápida, o doente pode perecer antes mesmo de desenvolver os bubões. Há ainda, a peste pneumônica, quando a bactéria atinge os pulmões através da circulação. Essa forma pode ser transmitida de maneira direta entre dois indivíduos através de gotículas de secreção respiratória ou expelidas com a tosse. Por essa característica é considerada a manifestação de potencial mais virulento e de mais difícil controle.²

A doença é curável e a bactéria sensível a ampla classe de antibióticos. Havendo adequado, os índices de mortalidade se reduzem 40-60% entre pacientes sem assistência para 1-1,5% entre aqueles que recebem tratamento antimicrobiano. De tal forma, desde meados do século XX, a peste, ainda que perigosa e assustadora, se tornou menos mortal. Já a prevenção mobiliza um espectro mais amplo de ações, concentradas em duas frentes: aquelas relativas ao controle dos vetores e animais hospedeiros e aquelas associadas à promoção do saneamento. Antes da instauração dos preceitos da biomedicina, os recursos utilizados no combate à doença variaram entre laxantes, eméticos, sudoríficos, sangrias, fumigações, quarentenas, desinfecções, ervas aromáticas e medicinais – rosa, aloe, tomilho, cânfora (FRITH, 2012).

Quanto à antiguidade da doença, achados arqueológicos sustentam sua presença em comunidades humanas há pelo menos 4.000 anos antes da era comum (AEC).³ Historicamente, as manifestações da peste são agrupadas em ciclos pandêmicos, havendo consenso no estabelecimento de três deles: o primeiro relativo ao período clássico, o segundo abarcando as experiências do período medieval e da renascença, e o terceiro associado aos séculos XIX e XX. Outro aspecto de aceitação tácita na abordagem dessas ondas pandêmicas é o modelo epidemiológico que atribuiu à infecção uma origem estrangeira e, na perspectiva europeia, de um mal que vem do oriente.⁴ No ocidente, até o

² WHO (2018). *Managing epidemics: key facts about major deadly diseases*. Luxembourg: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272442>. Acesso em 20/03/2021. Há estudos que consideram quatro ou mais formas relativas à doença. Ver: Hovett (1998) e Benedictow et al (2012).

³ Algumas referências sugerem entre 3500 e 5.000 anos. Ver: Benedictow et al (2012).

⁴ A concordância sobre a origem oriental dos ciclos pandêmicos da peste tem como uma de suas premissas a escassa população da espécie de roedores considerados hospedeiros mais adaptados ao *Yersinia pestis*, o rato negro ou *Rattus rattus* no ocidente, o que inviabilizaria a transmissão sustentada da doença. Essa hipótese tem sido contestada, especialmente no que diz respeito à segunda onda pandêmica, por estudos que combinam pesquisas arqueológicas e questões do campo da zoologia e da história ambiental. Os

século VI, a peste havia sido apenas uma doença da qual se “ouvira falar” e as primeiras referências descrevendo os sintomas característicos da peste bubônica são relativas à epidemia ocorrida em 542 na capital do Império Romano do Oriente.⁵ Testemunhos sobre o evento, escritos em quatro diferentes idiomas, davam conta da doença que flagelou a cidade de Bizâncio sob o governo do Imperador Justiniano, e que ficou conhecida como Peste de Justiniano. A epidemia, que se acredita tenha originado no Egito, expandiu-se para leste e oeste, alcançando várias regiões da Ásia e do Mediterrâneo. Alargou-se também no tempo, havendo referências a surtos da doença até o século VIII. De tal forma, esse período é reconhecido como o primeiro ciclo epidêmico da peste bubônica. Uma nova onda pandêmica seria iniciada em 1347. Vinda da Ásia Central, aportou na Itália e foi se expandindo por outros países europeus. Conhecida como Peste Negra, a ela é atribuída a morte de cerca de um terço da população europeia entre os séculos XIV até o século XVII, período abarcado pelo segundo ciclo pandêmico.

Uma terceira onda de peste teve lugar nos séculos XIX e XX, surgida em 1855 na província chinesa de Yunnan e expandindo-se pelos territórios adjacentes até a década de 1890, chegando à província do Cantão, e depois Hong Kong e Bombaim. A partir de então foi levada ao resto do mundo através das rotas marítimas, persistindo em surtos mais ou menos localizados ainda em meados da década de 1920. Durante epidemia de 1894 em Hong Kong, o microrganismo causador da doença foi identificado. O feito foi realizado por duas missões científicas distintas deslocadas para estudar o surto da doença em Hong Kong: uma delas composta por pesquisadores japoneses, tendo como um de seus líderes o bacteriologista Shibasaburo Kitasaro; a outra organizada pelo Instituto Pasteur de Paris e integrada por Alexandre Yersin. Em junho de 1894 os dois cientistas anunciaram a proposição do bacilo como agente causador da doença⁶, descoberta integrada ao conjunto de conquistas propiciadas pela bacteriologia desde meados do século XIX. Quatro anos mais tarde, Paul-Louis Simond estabeleceu o rato marrom como hospedeiro primário e a pulga como vetor do bacilo de Yersin. A navegação a vapor levou os ratos e a peste ao

novos argumentos são de que a população de ratos no período medieval não era tão pouco expressiva como imaginado e que outras espécies de ratos poderiam servir como hospedeiros eficientes para sustentar a manutenção e transmissão da bactéria. Há também contraposição ao argumento da linguística que ampara a ideia de *população escassa*, fundado na ausência das línguas grega e latina de um termo correlato ao latim medieval para *rattus* (McCORMICK, 2003).

⁵ As notícias faziam referência ao Egito, Líbia e, em menor monta, à Síria. Cf.: Little LK (2007, p. 4).

⁶ S Kitasaro teve a primazia no anúncio do agente causador da doença, figurando por certo tempo como seu descobridor. Anos depois, esse crédito passou a A. Yersin, visto sua descrição do bacilo ter sido considerada mais acurada, e sua pesquisa ter atendido aos postulados de Koch, protocolo de investigação bacteriológica na atribuição de agentes infecciosos específicos à doenças específicas. Cf.: FRITH (2012).

resto do mundo, tendo a doença aportado pela primeira vez no Brasil e em outros países da América do Sul no ano de 1899.

A PESTE NO BRASIL

A saúde dos portos foi um dos principais problemas sanitários no decorrer do século XIX, sendo considerados porta de entrada de terríveis e ameaçadoras doenças epidêmicas. Além dos passageiros e tripulantes provenientes de lugares diversos, confinados por semanas nas embarcações transatlânticas, os trapiches e outras as instalações portuárias eram moradia de uma infinidade de roedores, muitos dos quais também recém-chegados do estrangeiro. Desses grandes ancoradouros, mercadorias, pessoas, ratos e doenças eram remetidas pela navegação de cabotagem e vias fluviais para portos menores, seguindo por estradas, picadas e ferrovias para o interior mais recônditos.

A chegada da terceira onda de peste ao Brasil seguiu o mesmo modelo de expansão. A doença fez seu ingresso na América Latina na primeira metade de 1899, pela região do Rio da Prata, através de um veleiro holandês proveniente de Rotterdam. Logo que atracado em Montevideo (Uruguai), sua carga seguiu em outra embarcação com destino a Assunção (Paraguai) com passagem por Buenos Aires (Argentina). Dias após aportar em seu destino, em abril daquele ano, noticiou-se a morte de marinheiros do barco recém-chegado. Os exames sugeriam peste, mas o diagnóstico restou inconclusivo.

Em julho a doença surgiu entre militares na capital paraguaia, expandindo-se nos meses seguintes para outras localidades. Mas a determinação definitiva de peste bubônica seria feita somente após a chegada de uma missão médica encaminhada pelo governo argentino em setembro de 1899, com vistas a debelar a doença. Ainda em setembro, logo que a peste foi reconhecida, as autoridades locais organizaram um Departamento de Desinfecção e Desratização e uma Seção de Isolamento integrada por seis casas e uma ambulância para o transporte dos enfermos, profilaxia propaladas por manuais de higiene e as Conferências Sanitárias Internacionais. Na avaliação de Maria Elena R Rojas, a chegada da peste bubônica no Paraguai foi evento que deu impulso à reorganização dos serviços sanitários no país (ROJAS, 2020). Como veremos adiante, os impactos gerados por eventos desta natureza certamente mobilizam as autoridades e demandam ações no campo da saúde pública, entretanto, tais ações nem sempre resultaram em medida eficaz.

Ao mesmo tempo em aquele surto mobilizava autoridades nas fronteiras paraguaia, argentina, uruguaia e brasileira, outro foco da doença foi reconhecido em agosto de 1899 na cidade do Porto, importante entreposto português de embarcações e

mercadorias em trânsito para o Brasil (NASCIMENTO; SILVA, 2013b). Os primeiros casos foram identificados ainda em julho, e logo que confirmada a peste, foi imposta a quarentena. O temor do contágio repercutiu em outros portos lusitanos e espanhóis, e os navios, passageiros e mercadorias providas da cidade foram objeto de estrito controle. A epidemia perdurou no Porto até janeiro de 1900, quando foi declarada debelada, deixando um saldo de 323 infectados e 115 mortos (NASCIMENTO; SILVA, 2013a).

No Brasil, a doença aportou em Santos entre julho e setembro de 1899. Nesse período foram registradas duas mortandades de ratos, mas foi somente em outubro, após exames identificarem o bacilo de Yersin, que a presença da peste foi declarada na cidade. A origem do surto verificado em Santos é associada pela historiografia aos casos de peste verificados na cidade do Porto (NASCIMENTO; SILVA, 2013a), enquanto a manifestação da doença na região do Prata é considerada a origem de outros surtos que ocorreram sul do país nos anos seguintes (SCHWARTSMAN, 2010).

O reconhecimento da presença da doença pelos parceiros comerciais da região do Prata, como daqueles de Portugal, gerou reações das autoridades brasileiras, que instituíram medidas profiláticas visando o controle da peste (NASCIMENTO; SILVA, 2013a). Uma vez desembarcada em Santos, a doença espalhou-se por outras localidades entre 1899-1900, sendo relatada São Paulo, Rio de Janeiro e Fortaleza. Dos portos, a doença passou ao campo, instalando-se em várias regiões do país na sua forma silvestre, onde se faz presente até os dias atuais (BRASIL, 2008).

A Peste atingiu a América em 1899-1900, altura em que se espalhou pelo Brasil, Argentina, Estados Unidos e México. Em outubro de 1899 a peste bubônica alcançou o território brasileiro, a partir da cidade de Santos, que foi infectada em 18 de outubro de 1899, estendendo-se em seguida para as cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Campos, Niterói, São Joao da Barra, Petrópolis, Fortaleza, Porto Alegre, Paranaguá, Recife, Vitoria, Aracaju, Belém, Salvador e São Luiz do Maranhão. (CRUZ, 1906).

Em 16 de outubro de 1899 a doença era confirmada em São Paulo, por meio de exame clínico feito por Emilio Ribas. Segundo Nascimento e Silva (2013a, p. 23), o diagnóstico laboratorial é uma das principais características dessa epidemia. Ela é contemporânea a ascensão da bacteriologia e a comprovação por exames de laboratório foi solicitada pelo Governo Federal. Para essa tarefa, foi convocado Oswaldo Gonçalves Cruz, médico especializado no Instituto Pasteur de Paris. As ações ancoradas nas proposições da ciência bacteriológica apontam para uma orientação diversa em relação à condução do combate a outras epidemias que grassaram no país no período anterior.

Saber que na cadeia de transmissão da peste estavam ratos, pulgas e um bacilo era a principal conquista do final do século XIX, o que permitia às autoridades um combate com mais eficácia. A descoberta do bacilo em 1894 propiciou a criação de uma vacina contra a doença por Waldemar Haffkine em 1897, e o soro antipestoso por Yersin, Calmette e Roux, em 1898 (ECHENBERG, 2002; NASCIMENTO, SILVA, 2013b, p. 1273). A imunoterapia ainda que com alguns percalços, apresentava alternativas que iam além das tradicionais medidas de quarentenas portuárias.⁷

Enquanto o soro era desenvolvido nos laboratórios europeus, a peste bubônica se espalhava pela Europa e Ásia. Em 1897, teve lugar em Veneza a Décima Conferência Sanitária Internacional que estabeleceu algumas medidas para conter a epidemia: máximo de 10 dias de quarentena para os navios saídos de portos infectados; notificação dos casos pelos países; vigilância sobre passageiros desembarcados vindos de portos suspeitos; a proibição de importar produtos originários de portos infectados ou suspeitos (NASCIMENTO, SILVA, 2013 b). Por não ser signatário da Conferência, o Brasil adotou medidas mais rígidas, propostas por Nuno de Andrade, diretor-geral de saúde pública. Os navios deveriam ficar quarentenados por 20 dias. A importação de produtos vindos da cidade do Porto e de Vigo, na Espanha, que não pertencesse à bagagem dos passageiros, como roupas de uso e seus acessórios, peles, móveis e guarnições usadas em cama e mesa, frutas e laticínios foram proibidos.

A severidade das medidas tomadas para conter pulgas e bacilos colocou o diretor-geral em confronto com o diretor de Higiene e Assistência Pública do estado do Rio de Janeiro, Jorge Alberto Leite Pinto, defensor de uma quarentena de 10 dias, visto o período de incubação de 8 dias do *Yersina*. Nunes replicou afirmando que os estudos sobre o tema não eram conclusivos, sendo melhor prevenir com um prazo maior. Por seu turno, Jorge Pinto ainda sugeria medidas menos restritivas ao comércio, temendo a carestia de gêneros: “(...) tudo isso de pouco ou nada vale ante a glória [?] de evitar o contágio da peste, as custas de meios defensivos exageradíssimos, repudiados por todas as nações” (Nascimento, Silva, 2013b). A controvérsia entre as duas autoridades tomou as páginas do *Jornal do Commercio* tendo, os dois, ganhado afetos e desafetos.

No debate então travado foram mobilizados argumentos a favor de medidas mais flexíveis, que considerassem o prejuízo econômico, especialmente dos comerciantes. Em interpretação construída já no seu nascedouro sobre tal impasse, Nuno Andrade surgia

⁷ Problemas de contaminação na vacina de Haffkine em 1902 no Punjab, acabaram suplantando os resultados positivos, impactando o futuro tanto da vacina como do cientista (ECHENBERG, 2002).

como advogado da Saúde Pública, e Jorge Pinto como defensor dos interesses do comércio, argumento desse artigo de Nuno Andrade, publicado semanas antes da peste chegar no país:

Ninguém ignora a índole das medidas: ‘são restritivas, prejudicam os interesses, ferem capitais, coartam a liberdade. Todos se submetem a tais vexames’ e obedecem a semelhantes imposições, para que a incolumidade pública não seja destruída, o princípio do *salus Populi* avassala os clamores e faz emudecer a queixa; e quem vai ficando pobre encontra conforto em ir ficando vivo”. (JORNAL DO COMÉRCIO, 13 set. 1889).

A doença chegou a Santos pouco depois. As medidas listadas por Andrade não foram aplicadas com o rigor sugerido. Os navios transportando carga de alimentos puderam entrar e a quarentena para passageiros foi reduzida de 20 para 10 dias. O governo de Epitácio Pessoa adotou a prática dos cordões sanitários, que seriam mantidos pelo policiamento dos trens de ferro e dos veículos, pela fiscalização das estradas, pelo registro dos recém-chegados, pela observação médica dos fugitivos e transeuntes, sem suspensão radical de liberdade de vida, que provocaria relutância e má vontade às medidas (NASCIMENTO, SILVA, 2013a, p. 28). Em outras regiões do país o combate à doença seguiu os protocolos impostos aos portos e a profilaxia terrestre. Entre as localidades atingidas, nenhuma cidade mineira, mesmo com a proximidade e o intenso contato da capital mineira e outras regiões do estado com localidades do Rio de Janeiro e São Paulo.

A PESTE EM MINAS GERAIS

Sem mar ou portos, as medidas de vigilância do governo mineiro se concentraram nas fronteiras, especialmente no transporte ferroviário, sendo o responsável pela ‘profilaxia terrestre’ no combate à peste Cícero Ribeiro Ferreira Rodrigues (1861-1920). Nascido em 1861 em Bom Sucesso (MG), matriculou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1878. Uma doença pulmonar o afasta dos estudos logo no primeiro ano do curso, que seria retomado em 1880, marco de implantação da reforma do ensino médico de 1879, conhecida pelo nome de seu principal inspirador, Vicente Cândido Figueira de Saboya, o Visconde de Saboya. Os decretos de 1879 e seu complemento de 1881 renovavam completamente o ensino médico no país, abrindo condições de treinamento prático. As cadeiras de clínica médica e clínica cirúrgica foram desdobradas e novas disciplinas instituídas, como obstetrícia, psiquiatria, oftalmologia e dermatosifilografia. Os laboratórios de química mineral, física e terapêutica foram concluídos, assim como os

anfiteatros de aula e os gabinetes de medicina operatória, histologia, fisiologia experimental e anatomia (MARQUES, CARVALHO, DINIZ, 1996).

Em discurso proferido na solenidade de comemoração do cinquentenário de Fundação da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais, em 1961, Pedro Nava traça um retrato do ambiente em que se formou Cícero Ferreira:

Um sopro de renovação varreu a velha escola carioca e, ao influxo de professores da qualidade de Benjamin Franklin de Ramiz Galvão, de João Baptista Kossuth Vinelli, José Pereira Guimarães, João José da Silva, Pedro Severiano de Magalhães, Cláudio Velho da Motta Maia, Albino Rodrigues de Alvarenga, Luiz da Cunha Feijó Júnior, Domingos de Almeida Martins Costa e do incomparável Torres Homem, começam a aparecer os médicos formados pelos anos 80, a quem caberia a criação da moderna Medicina Brasileira e que tão largo papel desempenhariam no seu ensino – mestres como Sattamini, Pessegueiro do Amaral, Rodolfo Galvão, Fernando Terra, Pereira da Cunha, Almeida Magalhães e os doutorandos de 1885, ano em que se formaram Chapot Prevost, Azevedo Sodré e Miguel Couto. Cícero Ferreira pertenceu a essa turma predestinada e foi dos maiores entre esses grandes. (NAVA, 1961, p. 35).

Uma vez formado, Cícero Ferreira retorna a Minas Gerais, iniciando sua clínica em São Sebastião da Estrela e Bom Despacho. Porém, uma nova suspeita de tuberculose fez com que se transferisse para o Curral del Rei, onde se ergueria a futura sede do governo estadual entre 1894-1897, em busca de clima adequado ao tratamento então propalado para a doença. Ali passou a clinicar, trazendo carta de apresentação à Comissão Construtora da Nova Capital encaminhada pelo Dr. Henrique Augusto de Oliveira Diniz, médico da cidade de Barbacena e Secretário de Estado dos Negócios do Interior do governo Bias Fortes (1894-1898). Graças ao apadrinhamento, em agosto de 1894 Cícero Ferreira entra no exercício do cargo de 1º escriturário da 2ª Seção (Fotografia e Meteorologia), pertencente à 1ª Divisão, que cuidava da Administração Geral da Comissão Construtora (BARRETO, 1995, p. 115-117). Em pouco tempo, havia se tornado peça importante no esquema de trabalho do engenheiro Aarão Reis, centrado até então no grupo de engenheiros formados pela Escola Politécnica do Rio de Janeiro, a exemplo de Bernardo Joaquim de Figueiredo, Antônio do Prado Lopes Pereira, Américo Macedo, Francisco Saturnino Rodrigues de Brito e Pedro da Nóbrega Sigaud. Com o objetivo de ampliar as instruções para os serviços da 1ª Divisão, Aarão Reis fez profunda alteração na Comissão Construtora, passando a ser apoiado diretamente pela Secretaria da Comissão, Almoarifado, Gabinete Fotográfico e Observatório Meteorológico. Com essa medida, passava a controlar os setores responsáveis pela orientação e fiscalização dos serviços da

Comissão e Cicero Ferreira ganhava relevo, deixando o cargo de escriturário para assumir a direção do Gabinete Fotográfico e Observatório Meteorológico.

Como acima disse, transferi (provisoriamente) pela Ordem de Serviço n. 58, de 31 de outubro, da 3ª para a 1ª Divisão o Observatório Meteorológico, e pela de n. 59, da mesma data, em observância do art. 41 das Novas Instruções Regulamentares, designei um 1º escriturário da secretaria para dirigir os trabalhos do Gabinete Fotográfico e do Observatório Meteorológico. O Gabinete Fotográfico executou variados serviços de sua especialidade, fornecendo grande número de provas positivas, já de diversas vistas do arraial e das suas principais habitações atuais, que servirão de recordação deste arraial, quando transformado em cidade moderna (...). (BARRETO, 1995, p. 273).

Os encargos assumidos por Cícero Ferreira na 1ª Divisão exigiam habilidades que iam além de sua formação clínica. Para os trabalhos no Gabinete Fotográfico, procurou o auxílio de um profissional habilitado, de quem “em pouco tempo suga tudo o que ele sabia, aperfeiçoando os métodos com sua profunda intuição”, descreve Nansen Araújo (ARAÚJO, s.d.). Para o desempenho das funções que cabiam ao Observatório Meteorológico, estudou meteorologia na literatura científica que conseguiu reunir. “No final da vida, inúteis e ultrapassados, ainda incluíam-se na biblioteca os volumes que o orientaram”, anotou Araújo (MARQUES, CARVALHO, DINIZ, 1996).

O ano de 1895 marcou grande transformação na Comissão Construtora: a substituição do engenheiro Aarão Reis por Francisco de Paula Bicalho, encarregado de concretizar as obras planejadas e acelerar as já iniciadas.⁸ O prestígio de Cícero Ferreira manteve-se o mesmo, passando este a figurar na qualidade de médico, lotado na 3ª Divisão (Serviços Municipais), com funções ligadas à higiene pública. O serviço sanitário seria organizado por meio do Decreto-lei 144, de 23 de junho de 1895, que tratava da criação de um Conselho de Saúde Pública, de uma Diretoria de Higiene e Vacinação e de uma equipe integrada por engenheiros, comissários de higiene e vacinadores. A Diretoria de Higiene desempenharia um papel importante na execução de medidas de saúde pública e profilaxia das doenças. O órgão colocava o estado em sintonia com os novos ditames da saúde pública, pautados no paradigma microbiológico (CHAVES, 2011, p. 32).

O deslocamento de Ferreira como médico da 1ª para a 3ª Divisão o alçava à importância dos engenheiros no combate às precárias condições de higiene da cidade em

⁸ Embora Aarão Reis tenha alegado motivos de saúde para afastar-se do cargo de engenheiro-chefe da Comissão Construtora, estudos sugerem que tal afastamento se devesse a divergências entre o engenheiro-chefe e o novo presidente do Estado, Bías Fortes, que vinha interferindo sistematicamente nas questões relativas à construção. Francisco Bicalho, era homem de confiança de Bías Fortes (VEIGA, 1994).

construção, destino de novos contingentes populacionais em busca de trabalho. Mas, pensada por Aarão Reis para sede do governo, a cidade abrigava essencialmente funcionários públicos, sem prever local para alojar as centenas de trabalhadores, muitos dos quais acompanhados pelas famílias, empregados nas obras de construção. Em Relatório de 1896, o então engenheiro-chefe Francisco Bicalho reconhecia os sérios problemas sanitários da nova capital, atribuídos por ele não a uma falha de planejamento, mas aos maus hábitos da população:

A aglomeração de semelhante população, que não se prima pelo amor à higiene, o acúmulo de detritos orgânicos e resíduos de toda sorte, infetando o ambiente, a falta absoluta dos mais ligeiros elementos de confortabilidade e mesmo de asseio em suas habitações provisórias constituíam outras tantas fontes para gravemente comprometerem a salubridade pública”. (BARRETO, 1995, p. 589).

Além do precário alojamento da população operária, que vinha de diversos pontos assolados por doenças epidêmicas, o serviço de terraplenagem, fundamental à abertura de ruas e avenidas da nova capital, era também um fator de insalubridade. No processo de revolvimento das terras, matérias orgânicas há muito acumuladas eram expostas, favorecendo o desenvolvimento de toda sorte de germes patogênicos.

Diante do surgimento dos primeiros casos de varíola no arraial e da impossibilidade de manter o recurso aos serviços da Santa Casa de Misericórdia da vizinha Sabará⁹, em meados de 1896 a Comissão Construtora erige às pressas o primeiro hospital de Belo Horizonte, um barracão de pau-a-pique e cobertura de zinco improvisado na região do Calafate. Além de cuidar da construção desse hospital, Cícero Ferreira tratou de providenciar doses de vacina antivariólica: o serviço de vacinação e revacinação, como observa Abílio Barreto, “foi estendido, quase que violentamente, ao maior número possível de operários para acobertá-los contra qualquer surpresa e, malgrado a grande relutância de alguns, elevou-se o número dos vacinados e revacinados a mais de mil” (BARRETO, 1995, p. 590). Ao fim de dois meses, estava debelada a epidemia sem perda de um só doente.

Além de combater epidemias, com vacinação, desinfecção e isolamento, cabia ainda ao médico da 3ª Divisão tarefas como: zelar pela limpeza pública; construir cemitérios e matadouros; fiscalizar a qualidade dos gêneros alimentícios consumidos pela população. Essa diversidade de funções concentradas nas mãos de um médico estava em

⁹ Doentes que não pudessem receber tratamento domiciliar eram transferidos para Sabará. Com o surgimento dos primeiros casos de varíola em Belo Horizonte, essa providência tornou-se insuficiente, visto que outras cidades vizinhas já estavam afetadas pela epidemia (SALLES, 1964, p. 59).

consonância com a concepção de medicina urbana surgida na França no século XIX, atribuindo ao médico a tarefa de organizar, controlar e regularizar a vida social.

Os argumentos para a escolha de Belo Horizonte como local para a edificação da nova capital ancoravam-se, entre outros, na “privilegiada” topografia e na “excelência” de seu clima achavam-se, na opinião de alguns contemporâneos, progressivamente comprometidos pela “febre” da construção e a intensa migração. Coube a Cícero Ferreira intervir sobre a natureza modificada e, ao fazê-lo, firmou-se como higienista.

Com o Decreto 1.145, de 27 de junho de 1898, é promulgado o *Regulamento de Defesa Sanitária e Higiene Profilática*, ao qual se referem as leis 144 e 200. O Regulamento detalhou o âmbito de atuação do Serviço Sanitário em Minas Gerais enfatizando o trabalho de desinfecção, o isolamento dos doentes, a adoção de meios preventivos quanto às moléstias epidêmicas e endêmicas transmissíveis aos homens e animais. Também versava sobre meios de melhoramento das condições sanitárias de populações agrícolas e industriais, e a incumbência do serviço quanto à indicação de meios necessários para o saneamento das diversas regiões. Previa ainda a criação de um hospital de isolamento na capital e de estações de desinfecção na capital, em Juiz de Fora, São José do Além Paraíba, Cataguases e Pouso Alegre, definindo quais doenças mereceriam notificação compulsória: “febre amarela, difteria, cólera *morbis*, peste, sarampo, escarlatina e febre tifoide” (CHAVES, 2007).

Por meio do decreto 1.222, de 25 de novembro de 1898, o presidente do estado, Silviano Brandão, nomeia Cícero Ferreira médico da Prefeitura, lotado na Diretoria de Obras. Pouco depois, o decreto 1.358, de 6 de fevereiro de 1900, criaria a Seção de Higiene e Assistência Pública da prefeitura da nova capital, cuja direção ficava a cargo do médico da capital. Ferreira permanece no cargo até 6 de setembro de 1906, época em que a insistente pedido seu obteve a exoneração.¹⁰ Nesse posto, Cícero Ferreira deu prosseguimento ao trabalho que já vinha realizando na Comissão Construtora como médico responsável pela saúde e higiene públicas. As obras que implementou em caráter provisório ou permanente foram regulamentadas pelo governo estadual após a inauguração da cidade (SILVEIRA, 2007).

Verifica-se nesses regulamentos a aprovação, pelo Secretário de Estado dos Negócios do Interior David Campista, das normas elaboradas pela prefeitura da capital.

¹⁰ A Diretoria de Higiene Municipal manteve suas atividades até 1919, quando foram encerradas em virtude de um convênio com o Estado, que lhe absorveu as funções e os funcionários (SALLES, 1967).

Enquanto o Estado não dispõe de uma diretoria de higiene, a questão da saúde pública é uma atribuição do município. O regulamento de Polícia Sanitária, aprovado pelo decreto 1.367, de 2 de março de 1900, estabelece as condições para o funcionamento de hotéis; fábricas e oficinas; habitações operárias e coletivas; escolas e internatos; padarias, botequins e restaurantes; lavanderias públicas; casas de banho; barbeiros e cabeleireiros. É também nesse regulamento que são tratadas questões relativas à alimentação pública; precauções contra moléstias epidêmicas e transmissíveis; vacinação e revacinação; limpeza da cidade e remoção de lixo; latrinas e mictórios públicos; cocheiras e estábulos. Ao médico da Prefeitura cabe fiscalizar e verificar se são observadas as indispensáveis condições higiênicas. No parágrafo 11 do Art. 1 e nos parágrafos 4 e 5 do Art. 3, pode-se atestar a importância atribuída ao cargo em questão:



O médico da Prefeitura, por si ou por intermédio do fiscal, no intuito de fiscalizar a natureza e o regime dos aparelhos sanitários, instalados nas habitações particulares e coletivas, e verificar se são observadas as indispensáveis condições higiênicas nos domicílios, sempre que o julgar necessário, procederá à visita de todos os prédios, e, no caso de oposição do proprietário ou inquilino, recorrerá ao Prefeito para fazer efetiva esta providência. (...) Quando a autoridade sanitária verificar em terrenos incultos e abertos depósito de lixo e imundícies, intimará o proprietário ou locatário a removê-los. (...) Se o proprietário ou locatário intimado não obedecer a essas determinações, o médico da Prefeitura mandará fazer a remoção do lixo e imundícies e requisitará do Prefeito ordem para que, pela Diretoria de Obras, sejam feitos os tapamentos necessários, correndo por conta do proprietário ou locatário todas as despesas, não só com as obras, como com o serviço de remoção do lixo e imundícies. (“POLÍCIA SANITÁRIA”, 3 mar. 1900, p. 1).

Competia ainda ao médico da capital, as funções previstas nos regulamentos do cemitério público e do matadouro municipal, aprovados em 5 de março de 1900. Cabia-lhe assistir às exumações dos corpos, abrir e controlar os livros de escrituração do cemitério e determinar área de sepultamento para as vítimas de moléstias transmissíveis e epidêmicas (MINAS GERAES, 1900a,1900b).

O episódio da peste bubônica forçou o governo de Minas Gerais a centralizar as ações de combate à doença. Como se viu, até então a defesa sanitária era uma atribuição das autoridades municipais. A fim de colocar o território mineiro ao abrigo da invasão da doença, governo estadual tomou as providências que o caso exigia, dando instruções aos inspetores de higiene em diversos municípios, dirigindo-se aos presidentes das câmaras e agentes executivos municipais, a fim de que as medidas sanitárias fossem colocadas em prática e, finalmente, estabelecendo postos de desinfecção em diversos pontos.

Na Cidade de Minas, nome inicialmente dado à nova capital, o prefeito Bernardo Monteiro enumerou em sua Mensagem ao Conselho Deliberativo, as providências tomadas contra ameaça da peste. Entre as elas constavam: vigilância sanitária estabelecida sobre os passageiros vindos do ponto infeccionado; distribuição de medicamentos à população para a extinção dos ratos, assim como folhetos com preceitos higiênicos recomendados pelas autoridades sanitárias; criação de um hospital de isolamento, constando de duas barracas Docker (LARA, 2018, p. 27).

Embora o governo de São Paulo cuidasse de fiscalizar todos os passageiros que deixavam a capital paulista, o governo de Minas Gerais tratou de proteger a zona sul-mineira e o Triângulo, construindo postos de desinfecção, dotados de uma estufa e um pulverizador, em Passa Quatro – primeira estação mineira da ferrovia Minas-Rio, que se ligava à Central na estação do Cruzeiro; Eleutério – em correspondência com o ramal de Itapira, vindo da Mogiana; Cascavel – entroncamento de um ramal que ia da Mogiana a Poços de Caldas; Mococa – ponto final do ramal vindo da Mogiana; e Uberaba – no extremo do tronco da Mogiana. Para a construção dos postos que ficavam em território paulista, como os de Cascavel e Mococa, foi firmado um acordo entre os governos dos dois estados (MARQUES, CARVALHO, DINIZ, 1996).

No município fluminense de Barra do Piraí, sede de importante entroncamento ferroviário, os governos de Minas e Rio de Janeiro instalaram um posto de desinfecção para evitar a expansão da epidemia. A direção dos trabalhos do posto coube a Cícero Ferreira, que havia sido convocado pelo presidente de Minas Gerais, Silviano Brandão, para definir as providências a serem tomadas, juntamente com o Diretor-Geral de Saúde Pública do Rio de Janeiro, Nuno de Andrade, e com o Diretor da Estrada de Ferro Central, Alfredo Maia (SILVEIRA, 2007; TEIXEIRA, MARQUES, 2014).

Inicialmente o posto de Barra do Piraí — onde foram instaladas uma estufa fixa de Geneste e Herscher, três pulverizadores portáteis para a desinfecção de vagões, dois vaporizadores de formol para a desinfecção correspondência e seis banheiras de desinfecção — visava passageiros e cargas procedentes de São Paulo, cujas comunicações com Minas Gerais se faziam em pequena escala. A chegada de Cícero Ferreira a Barra do Piraí, se deu em 8 de novembro de 1889, tendo ali permanecido até 14 de dezembro. No período passaram pela estação cerca de 178 passageiros conforme consta no relatório encaminhado a Wenceslau Braz, então secretário do Interior e da Justiça (LARA, 2017, p. 29). Cícero Ferreira considerava tedioso aquele trabalho, conforme relato feito em correspondência à esposa, Laura das Chagas Ferreira, em 6 de dezembro de 1899:

As 6 horas da manhã levanto-me, tomo o meu banho frio e vou para a estação esperar o trem, viso os passaportes dos passageiros que de São Paulo vão para Minas, vou ao telegrafo e transmito para os lugares onde estes se dirigem a notícia da sua ida e venho tratar de ler os jornais do dia; feito isso morro de aborrecimento até as quatro horas, em que vem nosso trem de São Paulo, este serviço vou até as 5 horas, depois venho jantar. (...) As 9 meia da noite, novo trem, novos passageiros e nova demora na estação até as 10 horas, hora que venho para o vale dos lençóis. (FERREIRA, 6 dez. 1899).

Na mesma carta, revela que havia 27 dias não se manifestava um só caso de peste em São Paulo, graças ao trabalho de Vital, Brasil, Adolpho Lutz, Eduardo Chapot Prévost e Oswaldo Cruz que para lá se dirigiram e conseguiram identificar, controlar e debelar a peste. Ferreira solicitou ao Presidente do Estado que concedesse uma licença para se retirar do Posto, mas não obteve resposta.

Enquanto a epidemia arrefecia em São Paulo, apareceu o primeiro caso no Rio de Janeiro, confirmado por exame bacteriológico em janeiro de 1900. Outros casos foram observados na segunda quinzena de abril (CRUZ, 1906). Com o segundo e mais grave surto de peste no Rio de Janeiro, reconhecido pelas autoridades em maio do mesmo ano, o posto de Barra do Piraí foi então acionado para atender além dos passageiros vindos de São Paulo, aqueles oriundos do Rio de Janeiro. Com o recrudescimento da moléstia na capital da República, Cícero Ferreira se desloca para a capital carioca, concentrando seus trabalhos no controle do tráfego de passageiros da Estação Central que tinham como destino Minas Gerais. Na correspondência dirigida à esposa Laurita em 8 de julho de 1900, ele descreve seu trabalho de combate à peste, destacando o esforço das autoridades para conter a epidemia e a pouca importância que a população dava à doença.

Aqui estou purgando meus pecados, longe de você e dos filhos. A peste continua naquilo mesmo. São três a quatro casos por dia e hoje constame que foi atacado um filho do senador Generoso Ponce, tendo sido confirmado o diagnóstico. Porém, ninguém aqui está dando muita importância à epidemia; pouco mesmo, que é isto um mal. (...) Não se podendo tomar providências enérgicas, a epidemia tenderá a desenvolver-se. O Nunes de Andrade mostrou-se muito satisfeito com a minha vinda e já pôs à minha disposição os aparelhos de que necessitava. (...) acabo de sair do Instituto, onde me fui vacinar contra a peste, de sorte que estou com 1 grama de bacilos da peste no corpo. Assim fico mais tranquilo e posso lidar sem o medo entre os pestilentos. (FERREIRA, 8 jul. 1900).

Na Estação Central do Rio, ao contrário do marasmo Barra do Piraí, os dias eram agitados e conter a peste tornou-se trabalho mais árduo. Nas cartas para a esposa Ferreira ia

revelando a piora da epidemia, acreditando não haver meio termo possível. Enquanto não se decretasse a completa extinção, como se deu em Buenos Aires e São Paulo, a peste continuaria afligindo. Diante da dificuldade de importar o soro antipestoso pronto da Europa, foi necessário investir na produção própria (LARA, 2017, p. 32-33).

Até o episódio da peste bubônica, as ações no campo da saúde pública davam-se de modo pontual. A epidemia enseja, pela primeira vez, uma ação conjunta de vários estados e possibilita, diante das dificuldades de importação de soro pronto da Europa, a criação de institutos voltados para sua produção, como o Instituto Butantan (SP, 1899) e o Instituto Soroterápico Municipal, na Fazenda de Manguinhos (RJ, 1900).¹¹ Caberia ao instituto carioca, comandado pelo barão de Pedro Afonso e sob a direção técnica de Oswaldo Cruz, o desenvolvimento de soros e vacinas e o estabelecimento de uma padronização desses produtos segundo as condições vigentes no país. Não se tratava de mera reprodução de fórmulas já conhecidas, a exemplo do que se dava com a vacina antivariólica. Em 1900, o Instituto transfere-se para a área federal, subordinando-se ao Ministério da Justiça e Negócios do Interior. O prefeito do Rio de Janeiro, Antônio Coelho Rodrigues, solicitou ao ministro Epiácio Pessoa que o Instituto fosse federalizado, pois, com o aparecimento do carbúnculo sintomático no gado abatido a municipalidade precisava montar um outro laboratório no Matadouro de Santa Cruz.

Os trabalhos de Cícero Ferreira na Estação Central do Rio de Janeiro surtiram os efeitos desejados, visto que não se registrou nenhum caso de peste bubônica em Minas Gerais naquele período, a despeito dos prognósticos alarmistas da imprensa carioca de que era inevitável a chegada da doença ao Estado. Talvez ignorando a envergadura da ação conjunta que se armava no Rio de Janeiro para combater a epidemia, sobretudo seus procedimentos, o jornal *O Paiz* de 6 de junho de 1900, publicou extenso editorial, intitulado *A peste e o Estado de Minas*, em que, apesar de reconhecer o zelo e a competência de Cícero Ferreira, duvidava dos métodos de desinfecção que estavam sendo adotados, criticando principalmente o fato de o controle estar sendo feito na Estação Central e não em Barra do Piraí (*A PESTE...*, 6 jun. 1900). Cícero Ferreira reagiu ao editorial, publicando um outro artigo no jornal carioca, *A Notícia* e reproduzido no *Minas Geraes*, onde rebate as

¹¹ Desde 1892, São Paulo possuía uma instituição dedicada ao estudo da microscopia e da bacteriologia, o Instituto Bacteriológico, organizado pelo cientista Adolfo Lutz. Com a peste e a conseqüente necessidade de se produzir soro antipestoso, foi instalado em 1899, na fazenda Butantan, um novo laboratório, dirigido por Vital Brazil, que funcionava como órgão anexo do Instituto Bacteriológico. Ao retornar ao país, após três anos de especialização no Instituto Pasteur, em Paris, Oswaldo Cruz trabalhou na identificação da peste em Santos, juntamente com os cientistas Adolfo Lutz e Vital Brazil. Foi nesse contexto da contenção da peste que surgiu o instituto Manguinhos, no Rio de Janeiro (BENCHIMOL, 2020, p. 59).

críticas ratificando a necessidade de as desinfecções serem feitas na Central e esclarecendo que os procedimentos adotados não eram fruto exclusivo de sua iniciativa, mas de um trabalho conjunto com a Diretoria-Geral de Saúde.

(...) procurei, como me havia sido ordenado, entender-me com o diretor-geral de saúde pública e acordamos ambos que essas medidas profiláticas deviam ser postas em execução com o máximo de proveito possível e o mínimo de incômodo aos passageiros e ao comércio. Para chegar a esse resultado, o melhor que havia a fazer era colocar a sede dos trabalhos na Estação Central; primeiro, porque sendo o ponto de partida podia-se exigir dos passageiros apresentar-se com algumas horas de antecedência a fim de se submeterem ao expurgo suas bagagens, sem que daí lhes proviessem maiores incômodos, segundo, porque com o pessoal e o material de que dispunha a diretoria-geral de saúde, esses trabalhos poderiam ser imediatamente iniciados. (FERREIRA, 8 jun. 1900, p. 5).

No mesmo artigo, Ferreira faz minucioso relato dos trabalhos de desinfecção que continuavam a ser feitos em Barra do Pirai e na Estrada de Ferro Leopoldina, e explica por que era desnecessária a desinfecção de passageiros, outro alvo das críticas de *O Paiz*:



Quando se fez aquela instalação do Pirai visava-se a epidemia de São Paulo cujas comunicações com o estado de Minas Gerais se faziam em diminuta escala. Foram assentadas seis banheiras, que chegaram e muito para todo o serviço. Agora, porém, o mesmo não se dá: seguem diariamente para o interior de Minas 30. 40,50 e mais passageiros, e não parece coisa razoável fazer parar o trem as 9 horas da noite, tirar os passageiros de suas camas para obriga-los a tomar um banho e sujeitar suas roupas a expurgo (...) Devo, entretanto, observar que o governo de Minas não abandonou o posto de Barra do Pirai, pois que se acha nessa cidade o Dr. Vaz de Mello, que vem conferenciar comigo e com o diretor geral de Saúde Pública sobre as providências que aí se fazem necessárias. (FERREIRA, 8 jun. 1900, p. 5).

Assim procedendo, a epidemia não checou em Minas Gerais. Pelo menos nas estatísticas dos anos de 1899 e 1900, embora fosse de notificação compulsória, não foi registrado nem um caso de Peste entre os mineiros.

MAIS UM BOM RESULTADO: A FILIAL DE MANGUINHOS

Além de ter alcançado o intento de impedir que a doença atingisse a população mineira, esse episódio da peste colocou Cícero Ferreira em contato com uma elite de pesquisadores brasileiros dedicados à bacteriologia, como Oswaldo Cruz, Vital Brazil, Nuno de Andrade e Adolfo Lutz. Sua ida ao Rio de Janeiro, em fins de 1899, a fim de discutir uma ação conjunta para enfrentar a epidemia, coincide com a criação do Instituto

Butantan, em São Paulo, e do Instituto Soroterápico Municipal, na capital da República. Como se viu, a criação desses institutos esteve associada com a necessidade de se produzir o soro antipestoso internamente, diante da dificuldade de importá-lo pronto da Europa.¹²

Vencida a fase aguda da epidemia de peste, Cícero Ferreira retorna ao seu posto na Diretoria de Higiene de Belo Horizonte. Oswaldo Cruz permaneceria cuidando da obtenção do soro antipestoso, ao mesmo tempo em que tratava de difundir o modelo de medicina experimental parisiense implantada em Manguinhos. “Oswaldo Cruz pensava que Manguinhos devia, precisava expandir-se, para bem do Brasil. Cada Estado teria uma filial, que seria uma guarda avançada das doutrinas de que Manguinhos era campeão” (MAGALHÃES, 1956, p. 183).

Na Semana Santa de 1901, Oswaldo Cruz chega a Belo Horizonte. O engenheiro Bernardo Figueiredo, que havia trabalhado na Comissão Construtora da nova capital, recebera de seu cunhado Ezequiel Dias — um dos auxiliares de Cruz — uma carta pedindo-lhe que providenciasse acomodações no Grande Hotel para o diretor de Manguinhos. Era uma viagem de estudos. Segundo Octávio Magalhães, Oswaldo Cruz estava interessado “em ver de perto o secular problema dos papudos, cretinos e cardíacos do interior mineiro” (MAGALHÃES, 1976, p. 79).

Alardeado com exagero por gente contrária à instalação da capital no Curral del Rei, o problema do bócio e do cretinismo corrente no lugarejo chegou a ameaçar sua escolha como sede da futura capital de Minas Gerais. A pecha de *Papudópolis*, imposta ao local em virtude do pescoço avolumado de alguns de seus habitantes, corria de boca em boca e, vez por outra, ganhava as páginas dos jornais. De acordo com o relatório do médico higienista José Ricardo Pires de Almeida, de 1893, sobre as condições higiênicas das localidades indicadas para sediar a nova capital, esses males constituíam sério óbice à candidatura do Curral del Rei.

(...) não me parece de bom conselho, mormente não sendo ainda bem conhecida a causa do bócio e sua afinidade com o cretinismo, preferir uma localidade em que tais moléstias reinam endemicamente. Repugna à razão designar para uma capital, em que deve reunir-se a gema das ilustrações em todos os ramos de conhecimentos, e desenvolver-se toda a atividade de que é susceptível o homem, uma zona em que o próprio

¹² Os cem primeiros frascos do soro antipestoso de Manguinhos só ficariam prontos em fevereiro de 1901. Essa demora em produzi-lo deve-se ao fato de que Oswaldo Cruz e seus colaboradores tiveram que desenvolver uma metodologia adequada às condições brasileiras. Não se tratava simplesmente de copiar a fórmula já existente no continente europeu (SCHWARTZMAN, 1979, p. 129).

homem encontre causa desconhecida que o enfraquece no físico e abate no moral. (MINAS GERAES, 1893).

Embora a viagem de Oswaldo Cruz a Minas seja considerada uma viagem de estudos, não se tem notícia de seus resultados em nenhum trabalho ou relatório do mestre de Manguinhos. O “secular” problema do bócio permaneceria, portanto, sem explicação científica, até que surgissem os trabalhos de Carlos Chagas e, mais tarde, o de José Baeta Vianna.¹³

Diante do sabido interesse de Cruz em espalhar a semente de Manguinhos para além da capital de República, essa viagem a Belo Horizonte provavelmente implicou as primeiras negociações em torno da instalação ali de uma filial do Instituto. A criação da primeira filial de Manguinhos derivaria, porém, de outro fato. Acometido pela tuberculose e necessitando viver em clima de montanha, Ezequiel Dias, discípulo dileto de Oswaldo Cruz, se transferira para Belo Horizonte em dezembro de 1905, onde já viviam seus pais e a irmã Carolina, casada com o engenheiro Bernardo Figueiredo. A gravidade da doença de Ezequiel Dias, que o impossibilitava de retornar ao Rio de Janeiro, impôs a Manguinhos a perda de um de seus melhores pesquisadores. Por outro lado, como crescia a necessidade de expansão do laboratório de Manguinhos, Oswaldo Cruz viu nessa fatalidade a chance de criar a primeira filial do Instituto. Para dirigi-lo, ninguém melhor do que Ezequiel Dias.

Para concretizar seu desejo, Cruz contou com a colaboração de Cícero Ferreira, seu antigo companheiro de combate à peste bubônica. Coube a ele estabelecer os entendimentos prévios entre o chefe de Manguinhos e o presidente de Minas, Francisco Salles (MAGALHÃES, 1956, p. 184). Resulta desses contatos o ofício do Secretário de Finanças de Minas Gerais, de 16 de maio de 1906, dirigido ao Ministro da Justiça e Negócios do Interior, J.J. Seabra, solicitando a instalação da filial em Belo Horizonte. Dias depois, a 19 de maio, o ministro respondeu favoravelmente ao pedido do secretário.

Tendo eu resolvido aceitar a proposta que, em ofício de 16 do corrente, me foi feita pelo Secretário de Finanças do Estado de Minas Gerais, para instalação, na cidade de Belo Horizonte, de um estabelecimento filial do Instituto Soroterápico Federal para estudo das diferentes epizootias, que reinam nos centros pastoris, recomendo-vos providências no sentido de, com a possível brevidade, de ser instalado o dito estabelecimento, para

¹³ Dos estudos feitos por Carlos Chagas em Lassance (MG), em 1909, que resultariam na descoberta da Doença de Chagas, o cientista interpreta o bócio como decorrência daquele mal. Em 1930, o médico e cientista José Baeta Vianna, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais, publica, nos *Annaes da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Geraes*, seu clássico artigo ‘Bócio endêmico em Minas Gerais’, atribuindo o bócio à carência de iodo (MARQUES, 2004).

cuja criação o Presidente do Estado supramencionado oferece a necessária casa, bem como os terrenos precisos para o plantio de forragens. Autorizo-vos, outrossim, a destacardes para o estabelecimento a criar-se um dos médicos assistentes do Instituto Soroterápico Federal. (MAGALHÃES, 1956, p. 184-185).

Diante dessa autorização, o governo de Minas Gerais tratou de providenciar o local onde funcionaria a filial do Instituto Manguinhos e de criar as condições necessárias ao seu funcionamento. Em 3 de agosto de 1907, o presidente João Pinheiro inauguraria a primeira instituição científica de Belo Horizonte. Sua direção ficou a cargo de Ezequiel Dias. As instalações ocuparam prédio próximo ao Palácio da Liberdade, onde mais tarde se ergueria a Biblioteca Pública Estadual. Construído inicialmente para abrigar a Intendência da Força Pública de Minas Gerais, o edifício sofreu as adaptações necessárias para adequar-se ao mister de produzir soros e vacinas. Coube ao arquiteto Luís de Moraes, construtor de Manguinhos, concluir as obras iniciadas.

Com a instalação da filial de Manguinhos em Belo Horizonte, a nova capital de Minas adquire uma instituição fundamental ao funcionamento de um serviço sanitário afinado com o que de mais moderno havia em matéria de saúde pública. Como, por essa época, Minas Gerais ainda não contasse com uma diretoria estadual de higiene, só criada no ano de 1910, a filial de Manguinhos passa a ter papel de destaque no cenário estadual. Além de produzir soros e vacinas, é chamada a opinar sobre questões relacionadas à vigilância sanitária de modo amplo. Tão logo inaugurada, a filial da Diretoria de Agricultura do estado e Minas Gerais solicita a Ezequiel Dias a indicação de medidas para impedir ou reduzir a propagação da febre aftosa, que tantos prejuízos vinha causando aos criadores sul-mineiros (“FEBRE APHTOSA... 30 ago. 1907, col. 3 e 4).

Antes mesmo de comemorar uma década de fundação, Belo Horizonte já contava com um estabelecimento científico do porte da filial de Manguinhos. Isso foi possível não só em razão da presença de Ezequiel Dias na capital, como também da fecunda atuação empreendida por Cícero Ferreira desde os tempos da Comissão Construtora. Ferreira não se notabilizou por seu trabalho no campo da pesquisa – como Ezequiel Dias e muitos outros que, pouco depois, despontariam no cenário científico de Belo Horizonte –, mas como médico e higienista, por um verdadeiro trabalho de base, sobre a qual muitos cientistas firmariam o seu gênio. O trabalho eficiente de Cícero Ferreira, médico da capital, na condução da política sanitária fez com que a peste não chegasse a Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

- “FEBRE APHTOSA”. **Minas Geraes**, Belo Horizonte, 30 ago. 1907. p. 7.
- “POLÍCIA SANITÁRIA”. **Minas Geraes**, Belo Horizonte, 3 mar. 1900, p. 1.
- A PESTE E O ESTADO DE MINAS, **O Paiz**, Rio de Janeiro, 6 jun. 1900, p.1.
- ARAÚJO, Nansen. **Notas biográficas sobre Cicero Ferreira**. s.d. (manuscrito)
- BARRETO, Abílio. **Belo Horizonte: Memória Histórica e Descritiva - História Média**. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, 1995.
- BENCHIMOL, Jaime L. (coord.). **Manguinhos, do sonho à vida: ciência na Belle Époque**. [online] Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2020. (Reimpressão comemorativa: Fiocruz 20 anos Patrimônio da Sociedade Brasileira).
- BENEDICTOW, Ole Jørgen; BIANUCCI, Raffaella; KACKI, Sacha; WIECHMANN, Ingrid. History of the Plague. In: “Sickness, Hunger, War, and Religion: Multidisciplinary Perspectives,” **RCC Perspectives**, n. 3, p. 63-74, 2012. Disponível em: http://www.environmentandsociety.org/sites/default/files/seiten_aus_1203_sickness_we_b_color-4_0.pdf. Acesso em: 20 fev. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da peste / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CARMICHAEL, Ann G. Bubonic plague. In: KIPPLE, Kenneth F. **The Cambridge World History of Human Disease**. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
- CARNIEL, Elizabeth. Evolution of Pathogenic Yersinia, Some Lights in the Dark. In: SKUMIK, Mikael; BENGOCHEA, José Antonio; GRANFORS, Kaisa. **Advances in Experimental Medicine and Biolog: The Genus Yersiniann**. v. 529, p. 3-12, 2004.
- CHAVES, Bráulio Silva. Instituições de saúde e a ideia de modernidade em Minas gerais na Primeira metade do século XX. In. MARQUES, Rita de Cássia; SILVEIRA, Anny Jaqueline Torres; FIGUEIREDO, Betânia G. (Orgs.). **História da saúde em Minas Gerais: instituições e patrimônio arquitetônico**. Barueri, SP: Manole, 2011.
- CHAVES, Bráulio Silva. Os primeiros tempos: a ciência e a cidade moderna. In: STARLING, Heloisa M.; GERMANO, Lígia B. P.; MARQUES, Rita C. **Fundação Ezequiel Dias: um século de promoção e proteção da saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2007.
- CRUZ, Oswaldo Gonçalves. **A Peste**. Rio de Janeiro: Typ. Besnard’Freres, 1906.
- ECHENBERG, Myron. Pestis Redux: The Initial Years of the Third Bubonic Plague Pandemic, 1894-1901. **Journal of World History**, v. 13, n. 2, p. 429-449, 2002.
- FERREIRA, Cícero. A peste e o Estado de Minas. **Minas Geraes**, Belo Horizonte, 8 jun. 1900. p. 5.
- FERREIRA, Cicero. Destinatário: Laura das Chagas Ferreira (Laurita), 6 dez. 1899 (carta).
- FERREIRA, Cicero. Destinatário: Laura das Chagas Ferreira (Laurita), 8 jul. 1900 (carta).
- FRITH, John. The History of Plague. Parte 1: The Three Great Pandemics. **JMVH**, v. 20, n. 2, 2012. Disponível em: <https://jmvh.org/article/the-history-of-plague-part-1-the-three-great-pandemics/>. Acesso em: 20 mar. 2021.

GAIA, Deivid V. Peste Antonina: A primeira Pandemia do Mundo Antigo. **Ciência Hoje**, n. 371, mar. 2021. Disponível em <https://cienciahoje.org.br/artigo/peste-antonina/>. Acesso em: 20 mar. 2021.

GHW – Global Health Now. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. (2021). Plague in DCR. January, 2021. Disponível em: <https://www.globalhealthnow.org/2021-01/plague-drc>. Acesso em: 20 mar. 2021.

HOVETI, P. et al. Pneumonic Plague. **Revue de Pneumologie Clinique**, v. 54, n. 6, p. 373-376, 1998.

JORNAL DO COMÉRCIO, Rio de Janeiro, 13 set. 1889.

LARA, Mario. **Cícero Ferreira: o legado – a vida e a obra do grande empreendedor**. Livro III. Rio de Janeiro: Imperial Mundo Novo, 2017.

LITTLE LK. (ed.). **Plague and the End of Antiquity: the pandemic of 541–750**. Cambridge University Press, 2007.

MAGALHÃES, Octávio. **Ensaio**. Belo Horizonte: Oficina da Faculdade de Direito da UMG, 1956.

MAGALHÃES, Vanda F. **Octávio de Magalhães: um pouco do que ele foi**. Belo Horizonte: Editora Cordel, 1976.

MARQUES, Rita de Cássia; CARVALHO, Roberto Barros; DINIZ, Carlos Ribeiro. **A gênese da ciência em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Relatório Fapemig, 1996. (manuscrito)

MARQUES, Rita de Cássia; MITRE, Sérgio Munir. Bócio endêmico em Minas Gerais: a pesquisa biomédica na terra dos 'papudos'. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de (Orgs.). **Uma história brasileira das doenças**. Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 182-193.

McCORMICK, Michael. Rats, communications and plague: Toward an Ecological History. **Journal of Interdisciplinary History**, v. 34. n. 1, p. 1-25, 2003.

MINAS GERAES. **Regulamento do Cemitério Público. Decreto 1.368, de 5 de março de 1900**. Cidade de Minas, Imprensa Oficial, 1900a.

MINAS GERAES. **Regulamento do Matadouro da Capital. Decreto 1.369, de 5 de março de 1900**. Cidade de Minas, Imprensa Oficial, 1900b.

MINAS GERAIS. **Comissão d' estudo das localidades indicadas para a nova capital** (Relatório apresentada a S. Ex. O Sr. Dr. Affonso Penna pelo engenheiro civil Aarão Reis, janeiro a maio de 1893). Rio de Janeiro, Imprensa Nacional. 1983.

NASCIMENTO, Dilene R. SILVA, Matheus Alves Duarte. “Não é meu intuito estabelecer polemica”: a chegada da peste ao Brasil, análise de uma controvérsia, 1899. **História, Ciência e saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 20, p. 1271-1285, supl. 2013b.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo; SILVA, Matheus Alves Duarte. A peste bubônica em Portugal e Brasil. **Vozes, Pretérito e Devir** (Dossiê Temático: História da saúde e da Doença), ano 1, v. 1, n. 2, p. 21 -32, 2013a.

NAVA, Pedro. “Cícero Ferreira e Aurélio Pires: seu papel na fundação da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais”. **Brasil Médico**, ano 75, n. 1-7, jan.-jun. 1961.

ROJAS, Maria E R. **La peste bubônica en el Paraguay, 1899-1928**. Assunção: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2020.

SALLES, Pedro. “Contribuição para a história da medicina em Belo Horizonte”. **Revista da Associação Médica de Minas Gerais**, v. 18, n. 3, set. 1967.

SALLES, Pedro. “Contribuição para a história da medicina em Belo Horizonte”. **Revista da Associação Médica de Minas Gerais**, v. 15, n. 1-4, jan.-dez. 1964.

SCHWARTSMANN, Leonor C. B. Aspectos da peste bubônica em Porto Alegre no início do Século XX. In: GUILHERMANO Luiz G et al. **Páginas da História da Medicina**. Porto Alegre: EDIPRUCS, 2010, p. 110-119.

SCHWARTZMAN, Simon. **Formação da comunidade científica no Brasil**. São Paulo/Rio de Janeiro: Companhia Editora Nacional/Financiadora de Estudos e Projetos, 1979.

SILVEIRA, Anny J.T. **A Influenza Espanhola e a cidade planejada**: Belo Horizonte, 1918. Belo Horizonte: Argumentum/FAPEMIG/CAPES, 2007.

TEIXEIRA, Virginia M.N., MARQUES, Rita de Cassia. Enfermeiros e saúde pública em Belo Horizonte: combatendo doenças e educando para a saúde (1897-1933). **Educar em Revista**. Curitiba, Editora UFPR n.54, p.37-54, out./dez 2014.

UNICEF. Democratic Republic of the Congo Humanitarian Situation Report n. 11. November, 2020. Disponível em: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UNICEF%20DRC%20Humanitarian%20Situation%20Report%20No.%2011%20-%20November%202020.pdf>. Acesso em 20 mar. 2021.

VEIGA, Cynthia Greive. **Cidadania e educação na trama da cidade**: a construção de Belo Horizonte em fins do século XIX. Campinas. UNICAMP 1994.

WHO - World Health Organization (2020). **Emergencies preparedness, response**. Plague – Democratic Republic of the Congo. July 23, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/csr/don/23-july-2020-plague-drc/en/>. Acesso em 20 mar. 2021.

RECEBIDO EM: 30/08/2021 PARECER DADO EM: 01/10/2021