

<http://dx.doi.org/10.14393/HeP-v31n58-2018-14>

A COQUELUCHE, A ARTICULAÇÃO INTER-REGIONAL E AS CRIANÇAS NO SUDESTE RURAL BRASILEIRO (1840-1870)

*Carlos Alberto Medeiros Lima**

RESUMO: Neste artigo, usam-se informações sobre a incidência da coqueluche entre crianças do Sudeste rural brasileiro com a finalidade de ajustar modelos de choque microbiano frequentemente utilizados. A história das doenças nas Américas pode enfatizar (i) os choques atlânticos súbitos, seja como “epidemias em solo virgem”, seja sob a forma da chegada das pandemias do século XIX. Mas pode também por acento (ii) na difusão, permitida pela expansão agrária, de doenças causadas por patógenos locais, (iii) no processo segundo o qual males do Velho Mundo foram tornados endêmicos, causando taxas de mortalidade constantemente muito altas, (iv) na circulação, entre regiões conectadas, de doenças eurásianas de um modo que causasse repetidas epidemias, ou (v) na consolidação de uma afecção eurásiana como a coqueluche, tornando-a endêmica em cidades e permitindo-lhe alcançar áreas rurais em processos relevantes, mas intermitentes e discretos. Este é o tema do presente artigo, que leva em conta informações provenientes de Bananal, Capivari, Rio Claro, Limeira e Santa Cruz.

PALAVRAS-CHAVE: Morbidade livre. Morbidade escrava. Coqueluche. Crises de mortalidade.

ABSTRACT: In this article, information on the incidence of whooping cough in Brazilian Southeast is used to calibrate models of microbial shock. History of diseases in the Americas can emphasize (i) sudden Atlantic shocks, either as “virgin soil epidemics” or under the form of the spread of nineteenth-century pandemics. But it can also put emphasis (ii) on the spread and intensification of diseases caused by local pathogens allowed by agrarian expansion, (iii) on the endemization of Old World’s pathogens causing very high, although constant, mortality rates, (iv) on the circulation of other Eurasian viruses between regions connected to one another, causing repeated epidemics or (v) on the consolidation of an European disease such as whooping cough, making it endemic in cities and allowing it to reach rural areas, as important, but intermittent and discrete events. This is the theme of this article, which takes into account data on the cases of Bananal, Capivari, Rio Claro, Limeira and Santa Cruz.

KEYWORDS: Morbidity among free children. Morbidity among enslaved children. Whooping cough. Mortality crises.

Há várias razões para discutir a coqueluche no Brasil. Uma delas passa por razões ligadas à historiografia das doenças. Outra, pelos modelos de choque microbiano. Outra, ainda, relaciona-se a questões muito específicas, ligadas às percepções formuladas por historiadores acerca da incidência da tuberculose, especialmente nas populações escravas.

Quanto ao primeiro ponto, há uma espécie de lacuna no Brasil quanto a essa doença, e a isso se deve acrescentar que considerá-la poderá ajudar a rever alguns acentos postos recentemente na tuberculose para entender a vida e a morte de cativos. Quanto ao século XIX, pode-se dizer já ser raro que a tosse comprida e a tísica fossem confundidas. Um elemento a balizar, na época, a diferenciação entre essas doenças, pode ter estado no fato de afetarem grupos etários diferentes, embora momentos muito trágicos da tuberculose tenham sido de incidência infantil. Mas não devem ser esquecidos fatos como o de que, em

* Professor do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Paraná. Pesquisador nível 2 do CNPq. Doutor em História Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

meados do século XX, mesmo após a revolução pasteuriana, ainda se podia polemizar a respeito da possibilidade de que a coqueluche agravasse fatalmente ou ativasse formas latentes da tuberculose (TOOMEY; BERNO; AGUSTSSON, 1948, p. 260-265). Não havia confusão entre os males. Mas suspeitava-se (talvez injustamente) de relacionamento íntimo entre ambos.¹¹⁹ Especialmente entre os padres que registravam os óbitos no passado brasileiro, destituídos, aliás, do treinamento médico acessível no entrecho, deslizes podiam ser produzidos por pressupor-se tal relacionamento.

No tocante aos modelos de choque microbiano, perceber a importância da incidência da doença entre crianças escravas leva a pôr ênfase em circuitos pouco frequentados por historiadores das doenças cativas. Primeiramente, por ser pouco provável que o patógeno circulante no Brasil fosse de origem africana. Em segundo lugar, a doença pode ter se tornado endêmica muito cedo no continente americano,¹²⁰ de modo que a endemização de males originados no Velho Mundo europeu, mesmo que de doenças transmitidas de pessoa a pessoa – é o caso da coqueluche – pode ter afetado escravos. Por fim, há o fato de que muitas das mortes implicadas significaram submeter filhos de africanos a doenças europeias endemizadas, mais que vitimar crianças brancas com doenças africanas. Teoricamente, isso leva a rever modelos de choque microbiano marcados por uma tônica epidêmica, ou de epidemias em solo virgem. Conduz a reavaliar a importância das afecções trazidas em navios negreiros, pois estes, mais que levar ao Brasil patógenos destinados a vitimar hospedeiros locais, traziam os pais e as mães dos hospedeiros que viriam a ser afetados, às vezes tragicamente, por males eurásianos tornados endêmicos.¹²¹ Aos modelos muito atlânticos usados para compreender a vida de livres e escravos no Brasil, sugerem os resultados deste trabalho ser necessário acrescentar o que se pode chamar de “crioulização da insalubridade”.

Para defini-la, abordam-se os agentes, os circuitos que realizavam e a temporalidade inscrita nesses percursos. A abordagem atlântica enfatiza patógenos do Velho Mundo atravessando o oceano e produzindo eventos súbitos. A expressão “crioulização da insalubridade” serve para enfatizar processos diferentes.

Uma versão aponta para patógenos locais – algumas verminoses frequentemente mostraram esse padrão – como que “pegando carona” na expansão agrária e produzindo uma insalubridade expansiva, geradora de tragédias quotidianas, mas silenciosas. Outra – a da malária, por exemplo – indica patógenos eurásianos ou africanos radicados no Brasil e produzindo um ambiente doentio também constante. Outra ainda aponta – caso, possivelmente, do sarampo – para a circulação de males entre regiões diferentes e conectadas dentro da colônia ou do Império, dependendo da circulação das pessoas para produzir com alguma frequência epidemias importantes.

O caso da coqueluche sugere outra coisa: o patógeno do Velho Mundo se tornou endêmico onde a concentração de pessoas o permitiu e, a partir daí, passou a produzir avanços não sustentados sobre áreas rurais. Tais avanços não se sustentavam pelo fato de

¹¹⁹ Sobre crenças nesse relacionamento observadas durante o século XVII inglês, com a coqueluche tida por conducente à tuberculose, ver Weston (2012, p. 334).

¹²⁰ Ver Cook (1998, p. 114, 149) e a possibilidade – seguindo John Hemming – de que uma epidemia de coqueluche tenha atingido a costa brasileira, no Espírito Santo, na Bahia e em São Paulo em 1559-1561. Por sustentarem ter chegado à América o “gran catharro” que atingiu a Catalunha em 1580, e que consistiu em coqueluche, com maior probabilidade que influenza, ver Camaño Puig; Barriendos Vallvé; Faus Gabandé, (2005, p. 50). Ver especialmente a discussão sobre uma pandemia de coqueluche que atingiu o México em 1564 em Malvido (2003, p. 73).

¹²¹ Na elaboração deste artigo, não se esbarrou com nenhuma sugestão de endemicidade da coqueluche no continente africano. Ao contrário, quando se leem relatos sobre a morbidade na África Subsaariana na segunda metade do século XIX, transparece que a coqueluche era então uma novidade na grande área. Ela surge como uma das “doenças do Velho Mundo temperado” recém incorporadas às condições africanas. Ver, quanto a isso, Lyons (1993, p. 303). Para exemplificar, escreveu-se, fazendo referência à atual África do Sul durante a virada do século XVIII para o seguinte, sobre temores expressos no início do oitocentos de que o sarampo e a coqueluche manifestada em navios e em europeus chegados à colônia fossem transmitidos aos habitantes locais. Ver Campbell (1897, p. 38, 49).

a população não ser suficiente para a preservação de uma bactéria que só tem por hospedeiros seres humanos.

A história de doenças compreendida dessa maneira põe em jogo, portanto, e conforme a afecção de que se trate, o papel do Atlântico, do trajeto de regiões específicas e do relacionamento entre regiões, como nas discussões sobre economia ou política coloniais e do início do Império, que já puderam enfatizar a metrópole, as histórias regionais com seus agentes próprios ou os atores decisivos das relações inter-regionais. Quanto aos circuitos e à temporalidade de seus efeitos, põe igualmente em jogo o problema dos deslocamentos e do enraizamento de agentes (nesse caso, patógenos), o que também se presta àqueles paralelos.¹²²

Quanto ao relacionamento desta pesquisa com as investigações acerca das mudanças do século XIX, há o fato de que a coqueluche se transmite de pessoa a pessoa, de modo que depende da aglomeração. Assim, seu avanço pode ter respondido ao fato de que muitos segmentos das populações americanas e brasileiras começaram a crescer endogenamente naquele período (MARCÍLIO, 1986, p. 11-27).

Por fim, questões específicas enfrentadas por historiadores das doenças escravas – especialmente o lugar da tuberculose e alguns dilemas interpretativos postos por referências documentais à morte de crianças escravas por “tuberculose” – podem ser recolocadas observando-se a coqueluche. Além disso, não é destituído de interesse o fato de que essa doença matou mais livres e escravos no Sudeste brasileiro que as pandemias do século XIX.

Essa incidência da coqueluche talvez ajude a compreender algumas anomalias que historiadores encontraram na documentação relativa à tuberculose. Quando estudou os óbitos de escravos de Santa Cruz do intervalo 1861-1867, Júlio César Pereira chegou a conclusões importantes (PEREIRA, 2011, p. 249-253). Os falecimentos foram observados segundo grupos de doenças, tendo o primeiro sido o das doenças infectoparasitárias. Ressalta-se a enorme importância da tuberculose. A relevância da coqueluche (maior que a da varíola e do sarampo somadas) também ganhou acento. As febres foram desmembradas (febre, febres intermitentes, febre tifoide, malária): sua importância alcançou a metade da relativa à tuberculose e o dobro da atinente à coqueluche. O tratamento dispensado às mortes por afecções do sistema digestivo excluiu delas a disenteria e os vermes, que foram inseridas entre as causas infectoparasitárias, mas incluiu a hidropisia. Nelas predominou a diarreia, seguida pela enterite (a hidropisia foi responsável por menos de um décimo das mortes causadas por esse grupo). Quanto às doenças do sistema respiratório, na esmagadora maioria dos casos tratou-se de pneumonias. Mas deve-se lembrar que a tuberculose e a coqueluche, por exemplo, apareceram em outra rubrica. Ao quebrar as informações por faixa etária, o autor observou o estranho fenômeno de que a maior parte das mortes por tuberculose ocorreu entre crianças com idades menores que cinco anos, e da mesma forma espanta a observação de que a maior parte dos falecidos desse jeito era do sexo masculino.¹²³

A doença

Em um resumo dos anos 1990, Anne Hardy informou ser a coqueluche causada pelo bacilo *Bordetella pertussis*. Doença infecciosa aguda da infância, caracteriza-se por paroxismos de tosse que culminam em inspiração prolongada. Sua designação só se popularizou no fim do século XVIII. Trata-se de doença endêmica que aparece ocasionalmente como epidemia. Além de seu caráter infantil, médicos trabalham com indícios de que sua incidência é um pouco maior entre mulheres que entre homens. A transmissão

¹²² Esse paralelo entre a morbidade e a história política, social ou econômica permite reavaliar, conferindo-lhe nova ênfase, a importância do fato de Crosby ter tratado sua história ambiental como análise de uma forma de “imperialismo” (CROSBY, 1993).

¹²³ Para a maior normalidade da tuberculose entre moças jovens, mas adultas, ver, por exemplo, Read (2009). Inversamente, sugere-se que, nos momentos iniciais da incidência epidêmica da tuberculose, ela afetava com muita força crianças. Ver, a respeito, Stead (1997, p. 68). Mas isso não poderia aplicar-se ao Rio de Janeiro.

parece dar-se predominantemente por via aérea, sendo humanos os únicos reservatórios da doença. O bacilo sobrevive muito pouco fora de um ser humano, sendo agredido pela menor umidade, por raios ultravioleta e por temperaturas excessivamente altas. Curar-se confere imunidade, e alguns casos raros de reincidência provavelmente resultam da exposição ao *Bordetella parapertussis*, bem menos agressivo. Incubação de 7 a 10 dias se faz seguir por um estágio catarral de uma a duas semanas de duração, sendo essa uma fase de alta contagiosidade (HARDY, 1993, p. 1094-1096). Segue-se tosse persistente, cada vez mais severa e progressivamente espasmódica. Isso culmina na inspiração prolongada, frequentemente seguida de vômito, e os paroxismos, nos casos agudos, podem ocorrer até 40 ou 50 vezes durante um único intervalo de 24 horas. Em crianças pequenas, inaptas para a inspiração prolongada e a retomar a respiração rapidamente, episódios de cianose podem seguir-se aos paroxismos. O estágio agudo dura até quatro semanas, mas os paroxismos podem continuar manifestando-se por três ou mais meses. Identifica-se a convalescença pelo fim dos vômitos e pela menor severidade dos paroxismos. As complicações podem conduzir a colapsos pulmonares, convulsões anóxicas e exaustão. Infecções secundárias podem levar à pneumonia.

Na Inglaterra, a taxa de mortalidade por coqueluche parece ter aumentado rapidamente durante o século XVIII, tendo começado a cair por volta de 1870. Quando se iniciou a queda, ela foi mais rápida no campo que na cidade. Entre as crianças da classe trabalhadora britânica do século XIX, as mortes costumavam resultar de complicações envolvendo os órgãos respiratórios (HARDY, 1993, p. 1095).

Geralmente se considera que a coqueluche só se tornou endêmica no mundo há cerca de 500 anos. Antes da vacina, referiam-se taxas de mortalidade de 6% em áreas endêmicas, assim como epidemias ocorrendo segundo ciclos de três a cinco anos (às vezes sete anos). No que alguns consideram a primeira descrição de uma epidemia feita no Ocidente – aquela ocorrida em Paris, em 1578 –, fez-se referência à grande suscetibilidade de crianças bem pequenas.¹²⁴

Tendo em mente o caso norte-americano, David Rosner sugere que a difteria e a coqueluche começaram a circular mais intensamente quando as relações comerciais se ampliaram e as cidades cresceram, rompendo o relativo isolamento até então prevacente, especialmente a partir do final do século XVIII. Fizeram-no juntamente com o cólera e a tuberculose (ROSNER, 2006, p. 130).¹²⁵

No caso do Brasil e das Américas, convém considerar a doença inserindo sua incidência em quadros locais mais amplos.

A coqueluche e as crianças no Sudeste

À frente, na Tabela 1, há uma apreciação a respeito da importância da pertussis entre as crianças livres e escravas, devendo-se antes escrever rapidamente sobre as localidades cujos dados serão examinados a esse respeito. Uma delas é a vila açucareira de Capivari, que manteve durante o século XIX o foco canavieiro que adquiriu desde sua consagração dos anos 1820 como área de fronteira no Oeste Paulista. Só muito parcialmente, Capivari voltou-se para a produção cafeeira durante o intervalo observado. Bananal constituiu uma das principais vilas cafeeiras do Vale do Paraíba paulista. Rio Claro e Limeira foram abordadas por serem vilas do Oeste Paulista que, à condição de área de fronteira, aliaram, diferentemente de Capivari, o fato de terem vivenciado uma transição para a concentração na atividade cafeeira, embora os dados de Rio Claro sejam frágeis e concentrados em momento no qual a cana ainda devia preponderar. Por fim, inseriram-se informações sobre o curato de

¹²⁴ Ver: Aslanabadi *et al.* (2015, p. 1480). Ver também: Yarmohammadi *et al.* (2015, p. 1-3).

¹²⁵ Deve-se lembrar que McKeown sugeriu, inversamente, ter havido uma redução da importância da coqueluche na Inglaterra do século XIX. Ver Appleby (1978, p. 730-731). Mantenha-se em mente, como acontece frequentemente com as instigantes análises de McKeown, que, em seu raciocínio, “redução da importância” podia significar decréscimo tanto da incidência quanto, diferentemente, da letalidade.

Santa Cruz durante os anos 1860, localizado na parte rural da cidade do Rio de Janeiro, em virtude de algumas questões relativas à tuberculose entre livres e escravos.

Percebe-se uma progressão em qualquer caso que tenha sido passível de acompanhamento por mais tempo. Em segundo lugar, as condições de vida dos escravos impactavam o problema, provavelmente em virtude da maior aglomeração das crianças cativas, além do fato de que problemas nutricionais – mais prováveis entre cativos – podem ter constituído um fator de aumento da suscetibilidade à tosse convulsa e das mortes de infectados, o que é uma das particularidades dessa doença, segundo epidemiologistas.¹²⁶ Assim, apesar da precariedade dos dados de base, fica-se com a impressão de que os níveis alcançados em Bananal, localidade cafeeira realmente antológica (MOTTA, 1999, *passim.*), não tiveram paralelo nos outros locais estudados.

Tabela 1 – Coqueluche, “tosse”, “tosse comprida” ou “tosse convulsiva” como causas de morte de crianças (0 a 14 anos) no Sudeste

	Crianças (0-14 anos) livres			Crianças (0-14 anos) escravas		
	Mortes por coqueluche	Total de mortes registradas	Participação (%) da coqueluche	Mortes por coqueluche	Total de mortes registradas	Participação (%) da coqueluche
Bananal, 1818-21	Nd	Nd	Nd	2	18	11,1
Bananal, 1854-8	Nd	Nd	Nd	15	217	6,9
Capivari, 1821-30	-	47	-	-	26	-
Capivari, 1829-39	-	134	-	Nd	Nd	Nd
Capivari, 1840-50	6	428	1,4	13	326	4,0
Capivari, 1851-8	8	413	1,9	15	293	5,1
Capivari, 1859-61	1	216	0,5	3	163	1,8
Capivari, 1862-9	Nd	Nd	Nd	35	449	7,8
Rio Claro, 1839-41	2	203	1,0	-	56	-
Limeira, 1839-50	1	665	0,2	-	267	-
Limeira, 1851-62	24	924	2,6	8	348	2,3
Santa Cruz, 1862-4	3	100	3,0	4	102	3,9

“Nd” significa que não foram levantadas informações (ou elas se mostraram inutilizáveis) para o local, o período e/ou a condição jurídica referida. O traço significa não ter havido casos de coqueluche.

Fontes:

CÚRIA DIOCESANA DE LORENA, *Óbitos – Bananal, Livro 1; Óbitos – Bananal, Livro 2*; CÚRIA DIOCESANA DE PIRACICABA, *Livro 1 – Óbitos – São João Batista de Rio Claro – 1830 – 1842; Livro 2 – Óbitos – São João Batista de Rio Claro – 1843-1860; São João Batista de Capivari – Óbitos – Livro 1; São João Batista de Capivari – Óbitos – Livro 2*; CURATO DE SANTA CRUZ, *Livro de encomendação – Livro III, 1864-1878; 1861-1878; Livro de encomendação – Livro I*; PAROCHIA LIMEIRA – *Livro n. 1 – Óbitos 1833-março – 1843-julho; Livro 2º de Óbitos de 1843 á 1849; Livro 3 terceiro de Óbitos. De 1849 á 1858; Livro 4º de Óbitos de 1858 á 1860.*

Explicar o porquê dessa especificidade bananalense deve passar pelo fato de que as condições de aglomeração residencial, assim como de cuidado conjunto das crianças cativas, parecem ter sido grandemente exacerbadas nas áreas cafeeiras, segundo especialistas.¹²⁷ Além do mais, é necessário lembrar que as vilas e paróquias cafeeiras no Sudeste brasileiro

¹²⁶ Na Liverpool da segunda metade do século XIX, por exemplo. Cf. Duncan *et al.* (1998, p. 331).

¹²⁷ Ver Fragoso; Florentino (1987, p. 151-173). Ver também Marquese (2006, p. 11-57).

podem ter apresentado densidades demográficas maiores que as de antigas áreas açucareiras (LIMA, 2011, p. 73).

O fato é que, apesar do número de casos visivelmente pequeno, a doença foi muito mais frequente que o sarampo nos locais observados.¹²⁸ A diferença em relação à varíola foi ainda mais marcante, pois esta última esteve estranhamente ausente das mortes, à exceção de Limeira. As “bexigas” só apareceram em momentos específicos, normalmente em épocas durante as quais as tentativas de identificação das causas de morte não foram usuais nas fontes. A varíola aparece pouco nos casos analisados. Isso é estranho, mas a segurança quanto a sua raridade pode ser aumentada através de algumas situações inusitadas. Faz-se referência aqui a períodos e localidades em que os padres não estavam lançando na quase totalidade dos registros as causas das mortes de escravos e livres. Ainda assim, apareciam nesses locais registros quase em sequência nos quais os religiosos declaravam terem os falecimentos decorrido de “bexigas”. O fato de assentarem isso em épocas ou em lugares em que não costumavam tentar explicar as mortes significa, de um lado, que, se bem não entendiam lá muito de causas de falecimento, aquela causa pelo menos eles sabiam reconhecer. Por outro lado, essas aparições nos mostram que, se os que sequer se arriscavam a estimar causas de falecimento ainda assim identificavam a varíola quando viam cadáveres de vitimados por ela, torna-se inegável que os que, sim, se sentiam confortáveis ao identificar causas de morte também reconheceriam as “bexigas” se as vissem. Assim, a ausência da identificação nos períodos e localidades ricos de causas era, efetivamente, ausência da coisa a ser identificada, ou pelo menos se pode acreditar nisso com menos vacilação. De outra parte, ganhamos conhecimento acerca da ocorrência efetiva de surtos, mas também sobre sua raridade relativa.

Quanto a isso, incluem-se observações relativas a um caso que não foi tratado acima, mas que foi trabalhado quanto a alguns outros problemas de investigação. Em Palmeira, no atual Paraná, entre 1812 e 1845, dos apenas sete óbitos por “bexigas”, quatro ocorreram entre crianças (só uma escrava) entre outubro de 1838 e janeiro do ano seguinte.¹²⁹ Em Rio Claro, durante o ano de 1848 (nessa época não se tentavam identificar causas de morte nos registros de óbito), seis africanos com idades entre os 14 e os 18 anos faleceram de “bexigas” durante o mês de maio. Em Limeira, registraram-se entre 1834 e 1860 somente dez mortes por varíola. Nove delas ocorreram em 1848, sendo oito concentradas em agosto, setembro e outubro (no caso deste mês, apenas uma situação). Todos os mortos eram adultos e só um escravo.¹³⁰ Fica a demanda por pesquisar-se a varíola em São Paulo durante esse ano de 1848, permanecendo, também, a hipótese de que a primavera tinha associação com ela.

A incidência verificada da coqueluche permanece, ainda assim, como uma espécie de quebra cabeças. Epidemiologistas sustentam que são necessárias populações relativamente grandes – ultrapassando a centena de milhares, nível muito raramente encontrado no Brasil – para a pertussis permanecer num local em bases permanentes.¹³¹ Assim, ou bem não se tratava de endemia, ou então a endemização ocorrera em outro lugar, eventualmente extravasando para as áreas rurais abordadas, o que é o mais provável. Além do mais, a chegada recorrente da coqueluche a áreas rurais, a partir de um ponto no qual o mal teria sido endêmico, não necessariamente implicaria alguma forma de deslocamento de crianças doentes para as áreas agroexportadoras, fenômeno bastante improvável. Estudos sobre períodos recentes, nos quais a coqueluche vem ganhando nova importância, sugerem que adultos e adolescentes podem servir de reservatório para a doença.¹³²

¹²⁸ Afirma-se que, antes da vacinação, nos Estados Unidos, a entrada da coqueluche em áreas rurais a partir dos locais em que ela era endêmica era bem mais intensa que a da caxumba, do sarampo, da rubéola, da escarlatina, da meningite e da difteria. Cf. Aslanabadi *et al.* (2015, p. 1483).

¹²⁹ PARÓQUIA DE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DA PALMEIRA, *Assentos de batismo*. Livro I (os óbitos realizados entre 1813 e 1836 foram lançados neste livro); *Óbitos, 1837-1873*.

¹³⁰ PARÓQUIA LIMEIRA, Livro nº 1. Óbitos. 1833, março – 1843, julho; Livro segundo 2º de Óbitos de 1843 á 1849; Livro 3 terceiro de Óbitos. De 1849 á 1858; Livro 4º de Óbitos de 1858 á 1860.

¹³¹ Ver, por exemplo, Weston (2012, p. 337-338).

¹³² Ver Cherry (2007, p. 139-144); Camaño Puig *et al.* (2005, p. 48).

É preciso ressaltar o fato de somente crianças terem sido mortalmente afetadas pela tosse convulsa. Nem mesmo no caso do sarampo – que, como se deixou referido, foi muitíssimo menos mortal ou bem menos frequente que a coqueluche – houve tamanha concentração em crianças, pois volta e meia encontraram-se nos dados casos de falecimentos de adultos causados por essa afecção. Mas a sugestão de que a coqueluche era endêmica no Rio, atingindo eventualmente áreas rurais, continua a mais interessante, pois a suscetibilidade especial das crianças mostrava seus efeitos até mesmo nas primeiras epidemias, como foi visto.

A ausência de estacionalidade da coqueluche

Observa-se em seguida se havia ou não sazonalidade nas mortes pela tosse comprida. Essa estacionalidade não costumava ser muito marcada. Segundo alguns, elas podiam ocorrer em qualquer estação, havendo outros que enxergam tendência a que se associassem a intervalos anuais específicos.¹³³ Para citar um exemplo do final do século XIX, no Rio de Janeiro de 1896 as mortes desse tipo tenderam a concentrar-se em janeiro e março, com novo pico, de menor intensidade, em maio. No ano seguinte, fevereiro foi o mês de maior incidência, embora o total tenha sido pequeno demais (talvez apenas sete mortes por essa causa).¹³⁴

Examinar a estacionalidade não serve apenas para descrever sua incidência. É útil, igualmente, para obter uma aproximação à confiabilidade dos dados. Isso é feito através da tabela 2, cujos dados podem ser comparados com os do apêndice 1, que contém informações sobre a estacionalidade de todos os óbitos de crianças. Neste segundo caso, a unidade de medida é um pouco diferente. Para a coqueluche, trata-se de números absolutos. No tocante ao conjunto dos óbitos de crianças registrados, estampa-se no apêndice 1 a média diária de cada mês expressa como porcentagem da média diária anual.

¹³³ Sobre indiferença da estação, ver Aslanabadi *et al.* (2015, p. 1483). Outra versão sustenta que, persistente endemicamente a coqueluche, podiam ocorrer epidemias, especialmente no inverno. Por exemplo: Hernández Ferrer (2003, p. 429). Análises antigas, como as realizadas na Inglaterra do final do século XVII, chamavam a atenção para a tendência da doença a incidir no verão e no outono. Cf. Hardy (1993, p. 1095). Weston lembra a opinião de Willis, de 1674, apontando o outono como o momento mais favorável às epidemias de coqueluche. Cf. Weston (2012, p. 333). Mas, no final do século XVIII, testemunhos médicos relativos aos Estados Unidos apontavam indiferença da doença às épocas do ano. Ver, por exemplo, Currie (1792, p. 6).

¹³⁴ WYMAN, Walter. Mortality table, foreign cities. *Public Health Reports*, v. 11, números 1 a 52, 1896; v. 12, números 1 a 53, 1897; v. 13, números 1 a 25, 1898.

Tabela 2 – Movimento mensal das mortes de crianças por coqueluche no Sudeste (1839-1869)

	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Bananal, 1854-8 Escravos		2	1		3	2	3			2	1	2
Capivari, 1840-69 Escravos	5	3	5	6	3	7	11	4	9	2	3	8
Capivari, 1840-61 Livres	2	1	1	1	1	2			3	1	2	1
Rio Claro, 1839-41 Livres							1					1
Limeira, 1839-62 Livres	5		1	2	2	4	3	2	2	1	1	2
Limeira, 1851-62 Escravos	1		1			2		1		1	1	1
Santa Cruz, 1862-4 Escravos	2				1	1						
Santa Cruz, 1862-5 Livres		1	1	1				1	1	1		

Fontes: vide a Tabela 1.

Nota-se tendência a maior importância do inverno entre os escravos de Bananal (1851-1858). Quanto aos escravos de Capivari, os meses de mais coqueluche eram junho, julho, setembro e dezembro. Forçando um pouco, vê-se alguma tendência à primavera entre os livres da mesma localidade. Entre os livres de Limeira, havia concentração leve no inverno, mas também no verão, devendo-se lembrar que, se juntados livres e escravos, a importância relativa do inverno aumentará. É impossível levar em consideração os demais casos tratados. Para entender as disparidades notadas, por outro lado, não é possível simplesmente dizer que elas se deveriam à imprecisão do termo “tosse”, sem adjetivos, que poderia indicar doenças outras que não a tosse convulsa. Isso não resolveria nada, pois essa definição não aparecia tanto assim. Essas variações da sazonalidade indicam, além das características da doença, a forte possibilidade de que ela chegasse eventualmente de fora, tendo feito isso ao sabor dos deslocamentos das pessoas e das diversas formas de comunicação entre as áreas rurais estudadas e a cidade do Rio de Janeiro.¹³⁵

Dada a fraca incidência da doença, é claro que a estacionalidade da coqueluche não podia explicar a distribuição sazonal de todos os óbitos. Mas não é demais deixar claro que o inverso também não ocorria, ou seja, a primeira também não era explicada pelo movimento conjunto dos falecimentos de crianças. Para isso, vale a pena consultar a Tabela 3, onde se descreve a sazonalidade dos óbitos de crianças nas freguesias abordadas nas Tabelas 1 e 2.

¹³⁵ Referências à coqueluche no Rio de Janeiro em 1851 e 1859 aparecem em MARCÍLIO, 1992-1993, p. 65-66. A epidemia de tosse comprida em Salvador (1844) aparece em Barreto; Pimenta (2013, p. 87). Os relatórios de presidentes de província, especialmente os baianos da segunda metade do século XIX, contêm diversas alusões à coqueluche como algo corriqueiro.

Tabela 3 – Média diária mensal de mortes de crianças expressa como percentagem da média diária anual (Sudeste, 1839-1869)

	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Bananal, 1854-8 Escravos	98	137	76	152	98	129	120	103	51	54	62	125
Capivari, 1840-69 Escravos	140	107	97	98	72	85	89	85	97	80	108	144
Capivari, 1840-61 Livres	143	125	90	77	71	75	89	84	86	109	126	126
Rio Claro, 1839-41 Livres	99	96	133	78	104	102	70	58	90	75	114	180
Limeira, 1839-62 Livres	121	133	97	84	99	82	78	77	70	95	131	136
Limeira, 1851-62 Escravos	142	104	125	63	88	84	85	61	73	95	112	166
Santa Cruz, 1862-4 Escravos	202	183	71	98	107	135	60	71	98	36	37	107
Santa Cruz, 1862-5 Livres	188	172	94	172	136	54	83	42	140	21	65	42

Fontes: vide a Tabela 1.

Iniciando por áreas do Oeste Paulista (Capivari, Limeira e Rio Claro), nota-se a esperada concentração dos óbitos no verão chuvoso, ou em suas extremidades imediatas. A situação era um pouco diferente em áreas mais marcadas pelos contatos ou pela proximidade com o núcleo urbano da cidade do Rio de Janeiro. Quanto às crianças escravas de Bananal, além do período das chuvas, o outono e o inverno acabavam por ter alguma importância. O verão chuvoso certamente apontava para a centralidade da malária, ao passo que os outros picos de falecimentos indicavam a importância de outros males, especialmente aqueles ligados à provisão de água e ao estado sanitário, podendo apontar até para o inverno. No Curato de Santa Cruz, esses picos secundários também apareciam no outono, na primavera ou mesmo no inverno. No caso específico de Bananal, como será visto logo adiante, ao se abordarem duas crises de mortalidade, a própria coqueluche pode ter ajudado a produzir esses picos secundários em partes mais centrais do ano. Convém atentar para uma ou duas crises de mortalidade ligadas à coqueluche.

Coqueluche e crise

A identificação das crises de mortalidade apoiou-se no método simples e eficiente proposto por Jacques Dupâquier, no qual foi introduzida uma adaptação, referida a seguir. Proceda-se da seguinte maneira: subtrai-se do volume de sepultamentos de um dado ano a média dos dez anos anteriores e divide-se o resultado pelo desvio padrão referente aos mesmos dez anos anteriores. Com isso, se identificam e medem, em termos aproximados, as crises de mortalidade.¹³⁶ Introduziu-se, no entanto, uma adaptação, consistente na avaliação da incidência de crises em estações, ao invés de anos. Em outras palavras, o que se quer

¹³⁶ Resultados entre 1 e 2 apontariam para uma crise fraca; de 2 a 4, para uma crise média; de 4 a 8, para uma forte; de 8 a 16, para crise maior; de 16 a 32, para uma supercrise e superiores a 32, para catástrofes. Cf. Dupâquier (1979, p. 93).

saber aqui é se a primavera de 1839, por exemplo, pode ser considerada atípica em confronto com as dez primaveras que a antecederam. Em vista de se terem utilizado os valores relativos a estações, e não a anos completos, supõe-se só deverem ser levados em conta os resultados que apontem para crises maiores e, com muitas ressalvas, crises fortes. Só resultados realmente chamativos foram levados em conta.

Assim, a técnica de Dupâquier não foi usada para o exame das crises de mortalidade, mas unicamente como uma ferramenta para formular hipóteses a respeito da morbidade. Isso significa que não necessariamente, ao identificar-se uma estação particularmente mórbida, se esteja identificando também um ano de crise de mortalidade. Algumas doenças são fortemente sazonais e há grupos e subgrupos na população que são muito suscetíveis a mais de uma delas, de modo que uma estação de forte mortalidade podia estar simplesmente “roubando” óbitos de outra estação do mesmo ano, alterando muito pouco os resultados anuais. Foram identificadas diversas estações peculiarmente mórbidas em vários locais, mas aqui serão referidas apenas duas, em Bananal, que tiveram muito a ver com a coqueluche.

Uma delas foi uma crise maior acontecida entre as crianças escravas locais no verão de 1856. Outra, uma crise forte sucedida na primavera de 1859. O período em que crises de mortalidade podem ser capturadas nos dados de Bananal, dadas as lacunas dos dados, estendeu-se do início de outono de 1851 ao final do verão de 1859-1860.

Para observar essa crise, os diversos tipos de causa de morte propostas pelos párocos locais foram agrupados em uma classificação que não tenta adaptar a *Classificação Internacional das Doenças*, por julgar-se isso impossível. Elaborou-se uma classificação adequada às questões abordadas no presente trabalho.

Começa-se destacando algumas doenças do conjunto das infecções; primeiramente as febres, por sua frequência, seguindo-se a tuberculose e a ela um trio – cólera, varíola e febre amarela – tornado congruente somente por sua raridade, sendo esta raridade um fenômeno significativo, dados os processos de transmissão e de recrudescimento verificados no século XIX. Prosseguindo, juntam-se diversas outras infecções com poucos casos cada uma (só o tétano era mais frequente), para, subsequentemente, reunirem-se em uma categoria as mortes por vermes que os contemporâneos conseguiam detectar. A categoria seguinte engloba a diarreia, a gastroenterite e a disenteria ou fluxo, passando-se em seguida para a hidropisia, julgando-se precipitado juntá-la aos vermes. Reuniu-se na sequência uma grande categoria com casos raros, mal definidos e aparentemente não infecciosos, para a seguir tratar dos acidentes e da violência. Termina a classificação a categoria que engloba as mortes sem atribuição causal, os registros ilegíveis quanto a isso e os falecimentos repentinos.

A razão para que sejam deixadas separadas, sem inclusão em alguma classificação, a febre amarela, a varíola e o cólera relaciona-se às pandemias do século XIX. Fez-se o mesmo com a tuberculose, e, nesse caso, o motivo é a importância atribuída a este mal por historiadores, especialmente do café e daquilo que se situava ao seu redor.¹³⁷ A ideia é deixar bem evidentes os exuberantes zeros associados à incidência das pandemias e o quase zero resultante para a tuberculose (o que também se explica pelo fato de se estar tratando de óbitos de crianças). É claro que os dados relativos à coqueluche também foram deixados fora de qualquer categorização, pois eles constituem o objeto das preocupações do presente trabalho. A classificação aplicada às estações críticas e às normais está na Tabela 4.

¹³⁷ Cf. Stein (1961, p. 225); Reis (2009, p. 80 e *passim*); Karasch (2000, p. 497-503).

Tabela 4 – Crianças escravas de Bananal – a crise maior do verão de 1855-1856 e a crise forte da primavera de 1859

	Verões de 1853-54 a 1858-59	Verão de 1855-56 (crise maior)	Primaveras de 1853 a 1858	Primavera de 1859 (crise forte)
Coqueluche	-	4	1	5
'Febre'	13	7	6	2
Tuberculose	-	1	-	1
Variola	-	-	-	-
Cólera	-	-	-	-
Febre amarela	-	-	-	-
Outras infecciosas	1	-	3	1
Vermes	3	1	-	2
Hidropisia	3	-	1	1
Diarreia, disenteria	13	3	7	1
Outras-poucos casos	3	2	1	1
Causas externas	-	-	-	-
S/ inf., ilegível etc.	19	5	16	3
Total	55	23	35	17

Fontes: CÚRIA DIOCESANA DE LORENA, *Óbitos – Bananal, livro 1; Óbitos – Bananal, livro 2.*

Tudo diminuiu ou variou muito pouco. Quanto ao verão de 1855-1856, as febres aumentaram um tanto sua incidência em comparação com os outros verões considerados, ao passo que a importância dos vermes e do grupo da diarreia e da disenteria reduziu-se. Mas chama muito a atenção a variação da coqueluche, de zero nos verões normais para pouco mais de um quinto das mortes na estação de crise maior. Coisa semelhante deu-se na primavera de 1859, comparada às seis anteriores. Foi a coqueluche que mudou tudo na criação da atipicidade dessas estações.

Considerações finais

Há tempos se vem tratando, quanto ao Brasil colonial e do século XIX, de rever uma imagem excessivamente centrada em crises súbitas no que tocasse à escravidão, às doenças e à relação com o ambiente. Essas crises chegariam ao Brasil através dos portos, trazidas do Velho Mundo no início de cada episódio. Em seu lugar, vêm importando muito modelos mais voltados para uma tragédia quotidiana, larvar e constante, tragédia que, no caso das doenças, ligava-se à prevalência de uma espécie de charco de endemias. No mesmo registro estariam processos de transmissão ligados aos contatos entre regiões brasileiras envolvendo ao menos uma onde males eram endêmicos. Este último parece ter sido o caso da coqueluche, que, nessa transposição do contágio da cidade endêmica para áreas rurais tocadas intermitentemente pela doença, chegava a produzir crises de base estacional.

O que se pretendeu acrescentar no presente estudo foi o fato de que, aos casos mais conhecidos das endemias rurais (a malária, a febre tifoide, as verminoses, as diarreias e disenterias), deve-se acrescentar o impacto de algumas endemias muito dependentes da

aglomeração. Estas não podiam enraizar-se no campo do Sudeste, mas seus efeitos chegavam até localidades agrárias, às vezes com alguma importância.

É possível levar em conta que a varíola e o sarampo estavam em processo de rapidíssimo avanço durante o século XIX. É, no entanto, inegável que a coqueluche também estava, e isso se refletiu em algumas histórias locais da doença. Além do mais, ao longo deste trabalho se pôde deixar no ar diversas razões para suspeitar de que, dado o crescimento a partir de então endógeno da população brasileira, o alastramento da doença pode ter sido ainda maior que o expresso nos dados, pois a contiguidade com a tuberculose, na qual possivelmente se cria, pode ter feito com que muita identificação de tísicos, e especialmente de crianças tuberculosas, consistisse em mal entendido perpetrado diante da tosse comprida. A escravidão e, especialmente, o cativo na cafeicultura podem ter expandido as chances de morte em virtude da doença, como foi visto, e a pujante expansão desse cultivo fortalece a suposição de avanço da afecção, além de auxiliar a explicá-lo. Apesar de não se terem verificado números ou proporções enormes, a coqueluche funcionava, à sua maneira, segundo o padrão da crioulização da insalubridade.

Referências

APPLEBY, Andrew B. Disease, diet, and History. **Journal of Interdisciplinary History**, Boston, v. VIII, n. 4, p. 725-735, primavera, 1978.

ASLANABADI, Arash; GHABILI, Kamyar; SHAD, Kaveh; KHALILI, Majid; SAJADI, Mohammad M. Emergence of whooping cough: notes from three early epidemics in Persia. **The lancet Infectious diseases**, Londres, v. 15, p. 1480-1484, dez., 2015.

BARRETO, Maria Renilda Nery; PIMENTA, Tânia Salgado. A saúde dos escravos na Bahia oitocentista através do Hospital da Misericórdia. **Territórios & Fronteiras**, Cuiabá, v. 6, n. 2, p. 75-90, jul.-dez., 2013.

CAMAÑO PUIG, Ramón; BARRIENDOS VALLVÉ, Mariano; FAUS GABANDÉ, Francisco. El gran catharro de 1580: gripe o pertussis? **Asclepio**, Madri, v. LVII, n. 2, p. 45-58, 2005.

CAMPBELL, Colin Turing. **British South Africa**. A history of the Colony of the Cape of Good Hope from its conquest 1795 to the Settlement of Albany by the British emigration of 1819 [A.D. 1795-A.D. 1825]. London: John Haddon & CO, 1897.

CHERRY, James D. Historical perspectives on pertussis and use of vaccines to prevent it. **Microbe**, Sterling, v. 2, n. 3, p. 139-144, 2007.

COOK, Noble D. **Born to die**. Disease and the New World conquest, 1492-1650. Cambridge: Cambridge U. P., 1998.

CROSBY, Alfred. **Imperialismo ecológico**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

CURATO DE SANTA CRUZ, Livro de encomendação. Livro III, 1864-1878.

CURATO DE SANTA CRUZ, 1861-1878; Livro de encomendação. Livro I.

CÚRIA DIOCESANA DE LORENA, Óbitos. Bananal, Livro 1.

CÚRIA DIOCESANA DE LORENA, Óbitos. Bananal, Livro 2.

CÚRIA DIOCESANA DE PIRACICABA, Livro 1. Óbitos. São João Batista de Rio Claro, 1830-1842.

CÚRIA DIOCESANA DE PIRACICABA, Livro 2. Óbitos. São João Batista de Rio Claro, 1843-1860.

CÚRIA DIOCESANA DE PIRACICABA, São João Batista de Capivari. Óbitos. Livro 1.

CÚRIA DIOCESANA DE PIRACICABA, São João Batista de Capivari. Óbitos. Livro 2.

CURRIE, William. **An historical account of the climates and diseases of the United States of America**. Philadelphia: T. Dobson, 1792.

DUNCAN, C. J.; DUNCAN, S. R.; SCOTT, S. The effects of population density and malnutrition on the dynamics of whooping cough. **Epidemiology & Infection**, Cambridge, n. 121, p. 325-334, 1998.

DUPAQUIER, Jacques. L'analyse statistique des crises de mortalité. In: CHARBONNEAU, Hubert e LAROSE, André (Org.). **The great mortalities**. Liège: IUSSP, 1979, p. 83-112.

FRAGOSO, João Luis Ribeiro; FLORENTINO, Manolo Garcia. Marcelino, filho de Inocência Crioula, neto de Joana Cabinda: um estudo sobre famílias escravas em Paraíba do Sul (1835-1872). **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 151-173, maio/ago., 1987.

HARDY, Anne. Whooping cough. In: KIPLE, Kenneth (Org.). **The Cambridge world history of human disease**. Cambridge: Cambridge U. P., 1993, p. 1094-1096.

HERNÁNDEZ FERRER, Francisca Isabel. **Análisis epidemiológico de la mortalidad en Cartagena (1871-1935) y semántico-documental de las expresiones diagnósticas**. 2003. Tese (Doutorado) – Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia, Murcia, 2003.

KARASCH, Mary C. **A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

LIMA, Carlos Alberto Medeiros. Pandemias oitocentistas, povoações rurais e densidades demográficas no Brasil em perspectiva comparativa. **História e Economia**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 57-82, 2011.

LYONS, Maryines. Diseases of Sub-Saharan Africa since 1860. In: KIPLE, Kenneth (Org.). **The Cambridge world history of human disease**. Cambridge: Cambridge U. P., 1993. p. 298-305.

MALVIDO, Elsa. La epidemiología, una propuesta para explicar la despoblación americana. **Revista de Indias**, Sevilha, v. LXIII, n. 227, p. 65-78, 2003.

MARCÍLIO, Maria Luiza. Mortalidade e morbidade da cidade do Rio de Janeiro imperial. **Revista de História**, São Paulo, n. 127-128, p. 53-68, ago.-dez./1992-jan.-jul.1993.

MARCÍLIO, Maria Luiza. A população do Brasil em perspectiva histórica. In: COSTA, Iraci Del Nero da (Org.). **Brasil: história econômica e demográfica**. São Paulo: IPE-USP, 1986, p. 11-27.

MARQUESE, Rafael de Bivar. Revisitando casas-grandes e senzalas: a arquitetura das plantations escravistas americanas no século XIX. **Anais do Museu Paulista**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 11-57, 2006.

MOTTA, José Flávio. **Corpos escravos, vontades livres**. São Paulo: Annablume/Fapesp, 1999.

PAROCHIA LIMEIRA, Livro nº 1. Obitos. 1833, março – 1843, julho.

PAROCHIA LIMEIRA, Livro segundo 2º de Obitos de 1843 á 1849.

PAROCHIA LIMEIRA, Livro 3 terceiro de Obitos. De 1849 á 1858.

PAROCHIA LIMEIRA, Livro 4º de Obitos de 1858 á 1860.

PARÓQUIA DE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DA PALMEIRA, Assentos de batismo. Livro I.

PARÓQUIA DE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DA PALMEIRA, Óbitos, 1837-1873.

PEREIRA, Júlio César Medeiros da Silva. **Trabalho, folga e cuidados terapêuticos: a sociabilidade escrava na Imperial Fazenda Santa Cruz, na segunda metade do século XIX**. 2011. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

READ, Ian. Sickness, recovery, and death among the enslaved and free people of Santos, Brazil, 1860-1888. **The Americas**, Berkeley, v. 66, n. 1, p. 57-80, 2009.

REIS, Thiago de Souza dos. **Morte e escravidão: padrões de morte da população escrava de Vassouras, 1865-1888**. 2009. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Escola de História, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

ROSNER, David. Public health in U. S. cities. A historical perspective. In: FREUDENBERG, Nicholas; GALEA, Sandro; VLAHOV, David (Org.). **Cities and the health of the public**. Nashville: Vanderbilt U. P., 2006, p. 129-142.

STEAD, William W. The origin and erratic global spread of tuberculosis. **Clinics in chest Medicine**, Maryland Heights, v. 18, n. 1, p. 65-77, 1997.

STEIN, Stanley J. **Grandeza e decadência do café no Vale do Paraíba**. São Paulo: Brasiliense, 1961.

TOOMEY, John A.; BERNO, Joack C.; AGUSTSSON, Hreidar. Does pertussis activate tuberculosis? **The Journal of Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 32, n. 3, p. 260-265, 1948.

WESTON, Robert. Whooping cough: a brief history to the 19th century. **Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine**, Toronto, v. 29, n. 2, p. 329-349, 2012.

WYMAN, Walter. Mortality table, foreign cities. **Public Health Reports**, v. 11-13, 1896-1898.

YARMOHAMMADI, Hassan; KAZERUNI, Mohamad H. Bahmani; SOOFI, Amir; ZARGARAN, Arman. The first report of epidemic pertussis by Bahaodowle Razi from the 15th century anno domini. **Iran Red Crescent Medical Journal**, Dubai, v. 17, n. 7, p. 1-3, jul., 2015.

Recebido em fevereiro de 2017.
Aprovado em julho de 2018.